**Романова Ірина Петрівна. Особливості перебігу патології щитоподібної залози аутоімунного та неаутоімунного генезу у жінок в різні терміни вагітності : Дис... канд. наук: 14.01.14 - 2008.**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| Романова І.П. «Особливості перебігу патології щитоподібної залози аутоімунного та неаутоімунного генезу у жінок в різні терміни вагітності» –Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.14-ендокринологія. Державна установа «Інститут проблем ендокринної патології ім. В.Я. Данилевського Академії медичних наук України», Харків, 2008.Дисертацію присвячено дослідженню функціонального стану щитоподібної залози й антитиреоїдного імунітету в різні терміни вагітності у хворих на аутоімунний тиреоїдит.При виконанні роботи було обстежено 275 вагітних жінок з різною патологією ЩЗ, а саме з АІТ, гіпотиреозом, тиреотоксикозом, ГТ та з ДНЗ за умов йодного дефіциту. Виявлено, що вагітність з самих ранніх термінів є станом, що провокує дисфункцію ЩЗ. Встановлено, що у вагітних жінок в різних триместрах вагітності спостерігаються зміни рівнів вТ4; зТ4 та ТТГ, що в деяких випадках (5 %) призводить до порушення функцій ЩЗ і в подальшому потребує відповідного лікування.У вагітних з ДНЗ за умов легкого дефіциту йоду посилюється тенденція до зменшення вмісту вТ4, зТ4 при одночасному вірогідному збільшенні рівня ТТГ, що призводить до розвитку субклінічного гіпотиреозу.Вивчено особливості перебігу у вагітних жінок гіпотиреозу, ДТЗ та підтверджено аутоімунний генез цих захворювань, більш виразний, ніж у вагітних без патології ШЗ та невагітних здорових жінок.Визначено особливості перебігу патології ЩЗ в післяпологовому періоді. Доведено, що особливостями ПТ є його двофазний характер у 85 % випадків та більш значна активність аутоімунного процесу в гіпертиреоїдній фазі із згасанням під час гіпотиреоїдної фази.Автором встановлено, що при наявності порушення функцій ЩЗ у продовж вагітності призначення адекватного лікування покращує стан вагітної, а в подальшому запобігає розвитку післяпологових порушень функції ЩЗ. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. У дисертаційній роботі проведено клінічне спостереження за вагітними жінками с патологією ЩЗ за урахуванням строку вагітності, ступеня виявлених порушень та визначені індивідуальні підходи до їх лікування. Встановлено, що у вагітних жінок із патологією ЩЗ в порівнянні з невагітними за наявності аналогічної патології мають місце однонаправлені зсуви, як функціонального стану ЩЗ, так і органоспецифічного аутоімунітету (антитіл до тиреоїдної пероксидази та антитіл до тиреоглобуліну). Однак при цьому, визначено більшу активацію аутоімунного процесу, та сполученої з ним гормональної функції ЩЗ.
2. Динамічне спостереження за вагітними жінками без клінічних ознак порушення функції ЩЗ з дифузним нетоксичним зобом І-ІІ ступеня свідчить, що на протязі І-ІІІ триместрів показники вільних та загальних трийодтироніну та тироксину не відрізняються, а рівень ТТГ має тенденцію до збільшення подібно до вагітних за відсутності ДНЗ. Разом з тим, активність аутоімунного процесу верифікованого в межах пограничних величин з перебігом вагітності достеменно знижується.
3. Верифіковано, що ураження ЩЗ аутоімунним процесом на тлі аутоімунного тиреоїдиту (АІТ) і її додаткової фізіологічної стимуляції під час вагітності призводить до гіпотиреозу, який супроводжується більш виразними зсувами в гормональному стані та характеризується більшою виразністю аутоімунного процесу в порівнянні з невагітними з гіпотиреозом (збільшення рівнів АТ-ТПО в 2,5 рази).
4. Йодний дефіцит легкого ступеня під час вагітності призводить до швидкого розвитку ДНЗ (наприкінці І триместру), асоційованого з гіпотироксинемією та підвищенням рівня ТТГ.
5. Доведено, що призначення препаратів йодиду калію вагітним жінкам за умов йодної недостатності не супроводжується проявами аутоімунної агресії до антигенів ЩЗ (за показниками АТ-ТПО, АТ-ТГ), що обґрунтовує доцільність та безпечність використання цього препарату.
6. Гормональний дисбаланс у вагітних жінок (достеменне збільшення рівнів як загальних, так і вільних трийодтироніну і тироксину) при дифузному токсичному зобі та його клінічні прояви характеризуються меншою виразністю порівняно до перебігу відповідної патології у невагітних жінок, що обумовлено зниженням активності аутоімунного процесу під впливом гестації.
7. Доведено, що особливостями післяпологового аутоімунного тиреоїдиту у осіб з високим титром антитіл в період гестації є його двофазний характер у 85 % випадків як за функціональним станом ЩЗ (гіпертиреоїдний та гіпотиреоїдний), так і за активністю аутоімунного процесу (відповідно активація в гіпертиреоїдній фазі та його згасання в гіпотиреоїдній фазі). Окрім того, визначено більш швидкий за плином часу перехід до гіпотиреозу, що пов’язано зі значним збільшенням аутоімунної агресії після її довготривалого за збільшенням строку вагітності адаптивного гальмування.
8. На основі визначення особливостей перебігу патології щитоподібної залози під час вагітності розроблено алгоритм лікування тиреопатій у вагітних жінок з урахіванням строку вагітності та індивідуальних особливостей хворих.
 |

 |