**Цмур Ольга Василівна. Профілактика передчасних пологів у жінок із гіпотиреозом : дис... канд. мед. наук: 14.01.01 / Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика. - К., 2006**

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

|  |
| --- |
| **Цмур О.В. Профілактика передчасних пологів у жінок з гіпотиреозом.** - Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство та гінекологія. Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України. - Київ, 2006.Наукова робота присвячена рішенню актуального питання сучасного акушерства – зниженню частоти передчасних пологів у жінок з гіпотиреозом. Автором встановлений взаємозв'язок між частотою, термінами і причинами передчасних пологів, змінами ендокринологічного статусу, гомеостазу і функціонального стану фетоплацентарного комплексу при гіпофункції щитоподібної залози. Показана роль корекції йоддефицитного стану і антигомотоксичної терапії в профілактиці передчасних пологів. Розроблені і упроваджені практичні рекомендації щодо зниження частоти передчасних пологів у жінок з гіпотиреозом на основі використовування вдосконаленої методики лікувально-профілак-тичних заходів. |

 |
|

|  |
| --- |
| У дисертації зроблено теоретичне узагальнення і запропоновано нове вирішення наукового завдання щодо зниження частоти ПП у жінок із гіпотиреозом шляхом вивчення клініко-ехографічних, доплерометричних, ендокринологічних, біохімічних і мікробіоло-гічних особливостей, а також розробки комплексу лікувально-профілактичних заходів.1. При оцінці ступеня тяжкості гіпотиреозу у вагітних встановлено явне переважання субклінічного варіанту в обох групах (І – 54,0% і ІІ – 56,0%) порівняно з легким (І – 36,0% і ІІ – 34,0%) і середнім ступенем тяжкості (по 10,0% в кожній групі), причому в половині випадків (І – 52,0% і ІІ – 50,0%) пацієнтки мали спочатку аутоіммунний тиреоїдит. Частота діагностування гіпотиреозу до і під час вагітності була приблизно однаковою – до (І – 52,0% і ІІ – 50,0%) і в 1 триместрі вагітності (І – 48,0% і ІІ – 50,0%).
2. Серед основних причин високої частоти ПП у жінок із гіпотиреозом крім основної патології є обтяжений соматичний і репродуктивний анамнез: артифіційні аборти (І - 18,0% і ІІ - 20,0%); репродуктивні втрати в анамнезі (І - 18,0% і ІІ - 16,0%); порушення менструального циклу (І - 20,0% і ІІ - 22,0% відповідно) і нейроциркуляторна дистонія (І - 24,0% і ІІ – 22,0%).
3. Клінічний перебіг вагітності у жінок із гіпотиреозом характери-зується високим рівнем акушерських ускладнень: невиношування (10,0%); анемія (62,0%); плацентарна недостатність (42,0%) і прееклампсія (28,0%), в структурі яких переважають анемія середнього ступеня тяжкості (64,5%); асиметрична форма затримки внутрішньоутробного розвитку плода (71,4%) і прееклампсія легкого ступеня тяжкості (64,3%).
4. Частота ПП у жінок із гіпотиреозом склала 24,0%, причому в кожному іншому випадку (50,0%) це відбувалося в 28-32 тиж., а в кожному четвертому (по 25,0%) - після 32 тижнів гестаційного періоду, які відбуваються на фоні передчасного розриву плодових оболонок (75,0%) у порівнянні з активною пологовою діяльністю (16,7%) і передчасним відшаруванням нормальнороз-ташованої плаценти (8,3%).
5. Клінічний перебіг пологів у жінок із гіпотиреозом характери-зується високою частотою передчасного розриву плодових оболонок (42,0%); дистресу плода (22,0%); аномалій пологової діяльності (20,0%) і акушерських кровотеч (14,0%), що приводить до високого рівня асфіксії новонароджених (24,0%); респіратор-ного дистрес-синдрому (20,0%) і пологового травматизму (6,0%). Сумарні перинатальні втрати склала 60,0 (тяжкий респіра-торний дистрес-синдром на фоні глибокої недоношеності).
6. При ехографічній оцінці стану щитоподібної залози у вагітних переважають дифузні (56,0%) і кістозні зміни (18,0%) в порівнянні з незмінною структурою щитоподібної залози (26,0%) на фоні достовірної зміни рівня основних тироїдних гормонів з 10-12 тиж. у вигляді збільшення вмісту Т3 в 1,5 рази і Т4 –в 1,4 рази при одночасному зниженні вмісту ТТГ в 1,2 рази, що зберігається до 37-38 тиж. вагітності з подальшою нормалізацією всіх гормонів.
7. Стан ФПК у жінок із гіпотиреозом характеризується посиленням матково-плацентарно-плодового кровотоку і дисгормональними порушеннями у вигляді дисфункції (70,0%); гіпо- (4,0%) і гіперфункції (4,0%), а в 22,0% мають місце нормальні значення.
8. Використання запропонованих лікувально-профілактичних заходів у жінок із гіпотиреозом дозволяє знизити частоту невиношування в 2,5 рази; недоношування в 2,0 рази; ФПН - у 1,8 рази; прееклампсії - у 2,0 рази; гестаційної анемії - у 1,3 рази; передчасного розриву плодових оболонок - у 1,5 рази; аномалій пологової діяльності - у 1,7 рази і понизити перинатальні втрати в 3 рази.
 |

 |