**Корнієнко Світлана Михайлівна. Оптимізація ендохірургічного лікування безплідності при синдромі Штейна- Левенталя: дисертація канд. мед. наук: 14.01.01 / Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України. - К., 2003**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Корнієнко С.М. Оптимізація ендохірургічного лікування безплідності при синдромі Штейна-Левенталя. – Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство та гінекологія. – Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України, Київ, 2003.  У роботі вирішено питання підвищення ефективності відновлення репродуктивної функції у безплідних жінок з синдромом Штейна-Левенталя. Конкретизовані особливості клінічного перебігу, дані ехографічної морфометрії та відеоскопічної візуалізації яєчників, досліджений гормональний профіль сироватки периферичної крові та фолікулярної рідини яєчників при цьому захворюванні. Проведена кількісна оцінка ехогенності строми яєчників шляхом вимірювання інтенсивності ультрасонографічних пікселів. Вивчені ультрасонодопплерометричні особливості кровоплину в яєчниках при синдромі Штейна-Левенталя. Уточнені гістологічні особливості яєчників та їх кровопостачання при цій патології. Розроблений та науково обґрунтований спосіб ендохірургічної стимуляції овуляції з аспірацією кістозних включень. | |
| |  | | --- | | У роботі наведено нове рішення актуальної задачі сучасної гінекології – оптимізації ендохірургічного лікування безплідності при синдромі Штейна-Левенталя. На підставі вивчення гормонального профілю сироватки крові і фолікулярної рідини та особливостей кровоплину в яєчниках розроблено і впроваджено спосіб ендохірургічної стимуляції овуляції з аспірацією кістозних включень яєчника, що привело до підвищення ефективності відновлення репродуктивної функції.   1. Синдром Штейна-Левенталя зустрічається у 24 % хворих на СПКЯ і характеризується хронічною ановуляцією та безплідністю. Відновлення репродуктивної функції у пацієнток з синдромом Штейна-Левенталя при використанні традиційних способів ендохірургічної стимуляції овуляції складає 35-40 %, що потребує оптимізації ендохірургічного лікування безплідності. 2. Основними рисами гормонального профілю при синдромі Штейна-Левенталя є порушення взаємовідносин між гонадотропними гормонами, що проявляється підвищенням рівня лютеїнізуючого гормону у 2,4 рази та співвідношення лютеїнізуючого гормону до фолікулостимулюючого у 2,8 рази в сироватці периферичної крові, а також дисбаланс статевих гормонів зі збільшенням вмісту андрогенів яєчникового походження як у сироватці периферичної крові, так й у фолікулярній рідині (андростендіону – в 1,6 та 6,7 рази, тестостерону – в 2,0 та 2,3 рази відповідно). 3. Порушення співвідношень концентрацій 17a-гідроксіпрогестерону, андростендіону, тестостерону та естрадіолу у фолікулярній рідині при синдромі Штейна-Левенталя порівняно з контролем свідчить за наявність ферментативної дисрегуляції конверсії андрогенів і синтезу естрогенів із андрогенів в гранульозних клітинах яєчників. Встановлена пряма кореляційна залежність між рівнями у фолікулярній рідині та периферичній крові андростендіону (r=0,41, p<0,03) і тестостерону (r=0,38, p<0,04) вказує, що фолікулярна рідина при синдромі Штейна-Левенталя є одним із активних депо андрогенів. 4. Запропонований додатковий ультрасонодопплерометричний діагностичний критерій – інтенсивність ультрасонографічних пікселів – дозволяє провести кількісну оцінку ехогенності строми. Середня ехогенність строми (від 15 до 20 пікселів) зустрічається у 14,2 % пацієнток і відповідає помірному склерозу в яєчниках, висока ехогенність строми (від 20 до 30 пікселів) – у 85,8 % і відповідає вираженому склерозу. 5. При ультрасонодопплерометрії у жінок із синдромом Штейна-Левенталя відзначається низькошвидкісний та високорезистентний кровоплин у корковому шарі яєчників (зменшення максимальної швидкості кровоплину у 2,9 рази, мінімальної – у 3,9 рази, середньої максимальної – у 2,2, середньої систолічної – у 3,0, середньої діастолічної – у 2,9 на фоні збільшення індексу пульсативності у 1,5 та індексу резистентності у 1,4 рази). У мозковому шарі яєчників такі зміни менш виражені, що свідчить про розвиток патологічних змін кровоплину, в основному, у корковому шарі яєчників. 6. Розроблений спосіб ендохірургічної стимуляції овуляції з аспірацією кістозних включень сприяє нормалізації гормональних співвідношень (зменшенню співвідношення лютеїнізуючого гормону до фолікулостимулюючого у 2,0 рази), зниженню вмісту андрогенів (тестостерону – в 1,8, андростендіону – в 1,5 рази) та поліпшенню більшості показників кровоплину в корковому шарі яєчника. 7. Застосування розробленого способу ендохірургічної стимуляції овуляції сприяє відновленню репродуктивної функції у 61,7±6,3 % пацієнток з синдромом Штейна-Левенталя (при чистій формі – 70,0±8,5 %, при сполученні з хронічними сальпінгітами і злуковим процесом у малому тазі – 53,3±9,3 %), що на 26,7 % більше порівняно з традиційним. | |