**Іяд ХА Олаймі. Реабілітація репродуктивної функції жінок з функціональною гіперпролактинемією. : Дис... канд. наук: 14.01.01 - 2006.**

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

|  |
| --- |
| **Іяд Х.А. Олаймі. Реабілітація репродуктивної функції жінок з функціональною гіперпролактинемією.**- 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 зниженню частоти порушень репродуктивної функції у жінок з функціональною гіперпролак-тинемією на основі вивчення клініко-функціональних особливостей і ендокринологічного статусу, а також розробки і упровадження патогенетично обгрунтованої терапії з урахуванням генезу різних клінічних форм захворювання. Встановлені основні клінічні особливості порушень репродуктивної функції у пацієнток з функціональною гіперпролактинемією в динаміці проведення загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів. Розроблені доступні для практичної охорони здоров'я диференціально-діагностичні параметри обстеження жінок з функціональною гіперпролактинемією. Розроблені і упроваджені практичні рекомендації щодо зниження частоти порушень репродуктивної функції жінок з функціональною гіперпролактинемією на основі використовування патогенетично обгрунтованої терапії. |

 |
|

|  |
| --- |
| У дисертації наведені дані і нове вирішення наукової задачі сучасної гінекології – відновлення репродуктивної функції у жінок з функціональною гіперпролактинемією на основі вивчення в них клініко-функціональних, ендокринологічних і ендоскопічних особливостей, а також розробки і впровадження комплексу лікувально-діагностичних заходів.1. Для хворих з неплідністю і функціональною гіперпролактинемією характерна висока частота (97,6%) супутніх захворювань органів малого тазу при середньому рівні Прл, що не перевищує 2500 мМО/л. Частота регулярного ритму менструацій складає 66,4% і олігоменореї – 33,6%.2. Провідними причинами неплідності у жінок з функціональною гіперпролактинемією є зовнішній генітальний ендометріоз (40,8%); ЗЗОМТ (21,6%) і поліпи ендометрія на фоні секреторної трансформації слизової ендометрія (9,6%) і хронічні ендометрити (7,2%).2. Діагностика функціональної гіперпролактинемії, як самостійного ендокринного захворювання, проводиться при стабільному підвищенні базального рівня Прл і позитивній пробі з МК, після виключення органічного ушкодження гіпофіза за даними рентгенологічних методів дослідження і супутніх захворювань органів малого тазу при ендоскопічному обстеженні.3. У пацієнток з неплідністю і функціональною гіперпролактинемією порушення секреції Прл носять транзиторний характер в 59,2% випадків, при цьому характерна висока частота органічної патології органів малого тазу (100%) на фоні регулярного ритму менструальної функції (73,3%). Стійка гіперпролактинемія діагностується в 40,8% наглядів при якій провідним фактором неплідності є ендокринна патологія (73,8%), що супроводжується порушенням менструальної функції (45,1%).4. Галакторея виявляється у 78,5% пацієнток з функціональною гіперпролактинемією, причому частота її не корелює ні з характером менструального циклу, ні зі ступенем гіперпролактинемії. Гіперпластичні процеси в молочних залозах (64,8%) найбільш характерні для пацієнток з транзиторною гіперпролактинемією і корелюють з рівнем естрогенної насиченості організму.5. Терапія неплідності при функціональній гіперпролактинемії починається з лікування органічної патології органів малого тазу, а призначення парлодела доцільне при збереженні стійкого підвищення рівня Прл.6. Використання запропонованих лікувально-діагностичних заходів у пацієнток з функціональною гіперпролактинемією дозволяє відновити репродуктивну функцію жінок в 47,2% випадків. |

 |