**Николин Лариса Богданівна. Клініко-патогенетичні аспекти генітального ендометріозу, оптимізація діагностики, лікування та реабілітації репродуктивної функції жінки : дис... канд. мед. наук: 14.01.01 / Івано-Франківський держ. медичний ун-т. — Івано-Франківськ, 2007. — 168арк. : іл. — Бібліогр.: арк. 135-168.**

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

|  |
| --- |
| **Николин Л.Б. Клініко-патогенетичні аспекти генітального ендометріозу, оптимізація діагностики, лікування та реабілітації репродуктивної функції жінки.** – Рукопис.*Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство і гінекологія. – Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького МОЗ України, Львів, 2007.*Наукова праця присвячена підвищенню ефективності відновлення фертильності хворих на генітальний ендометріоз шляхом оптимізації діагностичних, лікувальних і реабілітаційних заходів на основі комплексу біохімічних, гормональних, морфологічних досліджень. Проведено вивчення клінічних особливостей, преморбідного фону та репродуктивного анамнезу жінок із ГЕ та непліддям, визначені лапароскопічні та гістероскопічні особливості стану статевої системи у жінок із ЗГЕ та непліддям. В роботі вперше встановлено значні зрушення вмісту мікроелементів (заліза, міді, цинку, кобальту) в крові та в ендометрії жінок із зовнішнім генітальним ендометріозом, які залежать від вираженості ендометріоїдної хвороби, і можуть розглядатись як одна з патогенетичних ланок захворювання. Розроблено та впроваджено алгоритм лікувально-реабілітаційних заходів у жінок з порушенням фертильності на тлі ЗГЕ шляхом проведення комплексу хірургічної та медикаментозної корекції порушень репродуктивного здоров’я та застосування диференційованого підходу до використання допоміжних репродуктивних технологій у жінок з непліддям, зумовленим різними ступенями ЗГЕ, що сприяло настанню вагітності у 68,2% пацієнток. |

 |
|

|  |
| --- |
| У дисертаційній роботі подано теоретичне узагальнення і нове вирішення актуальної наукової задачі, що виражається в удосконаленні лікувально-реабілітаційних заходів у жінок з порушенням фертильності на тлі зовнішнього генітального ендометріозу шляхом розробки і впровадження комплексу диференційованої хірургічної та медикаментозної корекції порешень репродуктивного здоров’я на основі вивчення гормонального балансу, стану окисно-відновлювальних і метаболічних процесів.1. В репродуктивному анамнезі жінок із зовнішнім генітальним ендометріозом та непліддям переважають пацієнтки з довготривалим лікуванням без клінічного ефекту запальних захворювань органів малого тазу (56,2%), з первинним непліддям (61.7%), ускладненими абортами та пологами (18,3%). Клінічними особливостями поєднання зовнішнього генітального ендометріозу та непліддя є дисменорея (63,3%), диспареунія (57,0%), безсимптомний перебіг (29,3%).2. До особливостей стану репродуктивних органів жінок із зовнішнім генітальним ендометріозом та непліддям, які виявляються лапароскопічно, належать прохідність маткових труб (72,7%) при наявності зростового процесу в малому тазі (67,7%) переважаюча локалізація ендометріоїдних гетеротопій в ділянці крижово-маткових зв’язок (71,1%), очеревини Дугласового простору (56,3%).3. Встановлено, що у жінок із зовнішнім генітальним ендометріозом та непліддям мають місце порушення окислювально-відновлювальних процесів, вираженість яких залежить від важкості перебігу зовнішнього генітального ендометріозу. Для пацієнток з І-ІІІ ст. зовнішнього генітального ендометріозу характерним є наявність виражених компенсаторних реакцій, що проявляється підвищенням активності антиоксидантної системи (церулоплазмін 33,78±1,6 - 36,77±1,37 у.о. при контролі 29,17 ± 1,1) при зростанні показників перокисного окислення ліпідів (малоновий альдегід 3,91±0,13 - 4,03±0,18 нмоль/мл, при контролі 3,51 ± 0,077). При прогресуванні зовнішнього генітального ендометріозу спостерігається виснаженість антиоксидантного захисту (у пацієнток з ІV ст. церулоплазмін 26,81±0,03 у.о, малоновий альдегід 4,48±0,17 нмоль/мл ).4. У жінок з зовнішнім генітальним ендометріозом виявлено дисбаланс вмісту мікроелементів в крові та в ендометрії, що проявляється зниженням їх кількісного вмісту в крові (заліза 490±9,7 - 406,6±7,2 мг/л, міді 1,13±0,09 - 0,69±0,03мг/л, цинку 5,87±0,15 - 4,04±0,11 мг/л в порівнянні зі здоровими жінками: заліза 517,5±10,1 мг/л, міді 1,31±0,02 мг/л, цинку 6,75±0,15 мг/л) та зростанням рівня цих мікроелементів в ендометрії ( кількісний вміст заліза майже в 2 рази, міді в 1,2 рази, а цинку в 2,5 рази перевищував нормальний рівень). Виявлені зміни балансу металів-біотоків залежать від вираженості ендометріоїдної хвороби і можуть розглядатись як одна з патогенетичних ланок захворювання.5. Помірна гіперестрогенемія при недостатності прогестерону, яка виникає у жінок з зовнішнім генітальним ендометріозом та непліддям забезпечує ріст і відтворення ендометріоїдних гетеротопій і є однією з патогенетичних факторів зовнішнього генітального ендометріозу. Наявність хронічної прогестеронової недостатності можна розглядати як симптом прогресування захворювання, що проявляється збільшенням кількості ендометріоїдних гетеротопій.**6**. При дослідженні мезотелію очеревини у жінок із зовнішнім генітальним ендометріозом та непліддям на ультраструктурному рівні встановлено, що внаслідок порушень міжклітинних контактів епітеліоцитів мезотелію утворюються мікротріщини, в яких одночасно виявляються епітеліоцити ендометрію зі збереженою ультраструктурою та проліферуючими змінами. При тривалому перебігу ЗГЕ формуються ділянки розростання епітеліоцитів мезотелію над ендометріальними імплантатами і мікрокістозні замкнені ендометріоїдні вогнища. Епітеліоцити ендометрію, що виявляються в очеревині малого тазу, мають різні морфологічні характеристики (від деструктивно-некротичних до проліферативних).7.Використання у комплексі лікувально-реабілітаційних заходів після лапароскопічної санації черевної порожнини препаратів Антраль і Золадекс дозволяє у жінок із зовнішнім генітальним ендометріозом та непліддям нормалізувати окисно-відновлювальні процеси, функціональну активність печінки, обмін металів, зменшити прогресування ендометріозу і сприяє настанню вагітності у 26,2% пацієнток без застосування індукції овуляції та допоміжних репродуктивних технологій. При застосування індукції овуляції та допоміжних репродуктивних технологій у жінок, що отримували лікування Антралем і Золадексом, частота настання вагітності зростає до 68,2%. |

 |