**Кшемінська Марта Вікторівна. Обгрунтування підходів до обстеження та лікування хворих на інфекційно- алергічну бронхіальну астму з урахуванням клінічних особливостей імунологічного статусу та мікроекології товстої кишки: Дис... канд. мед. наук: 14.03.08 / Буковинська держ. медична академія. - Чернівці, 2002. - 225арк. - Бібліогр.: арк. 197-225.**

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

|  |
| --- |
| Кшемінська М.В. Обгрунтування підходів до обстеження та лікування хворих на інфекційно-алергічну бронхіальну астму з урахуванням клінічних особливостей імунологічного статусу та мікроекології товстої кишки. – Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.03.08 – імунологія та алергологія. – Буковинська державна медична академія МОЗ України, Чернівці, 2002.Дисертація присвячена підвищенню ефективності обстеження та лікування хворих на інфекційно-алергічну бронхіальну астму на основі вивчення особливостей показників імунологічного статусу та мікрофлори товстої кишки з вивченням її хроноритмів, а також впливу на ці показники включення до базисних схем лікування імуналу та хронобактеріотерапії за допомогою лінексу.Розроблені схеми прийому імуналу та лінексу забезпечують значний позитивний вплив на імунологічний статус та стан мікроекології товстої кишки переважної більшості хворих на БА, у 89,91% яких період загострення асоціюється з вираженим дисбактеріозом товстої кишки. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. Характерним для хворих на інфекційно-алергічну БА є імунна недостатність відносної кількості моноцитів, Т-лімфоцитів: (CD3+ ), Т-активних, особливо CD8+, зниження фагоцитарної функції поліморфно-ядерних нейтрофілів, титрів нормальних антитіл та комплементу, А/Г індексу при деякому зростанні абсолютної кількості лейкоцитів, відносної кількості еозинофілів, паличкоядерних нейтрофілів, Т - CD4+ лімфоцитів, ефекторного та CD4+/CD8+ індексів, відносної кількості В-лімфоцитів ( CD22+ ), концентрації IgG, IgM, ЦІК, індексних показників імуноглобулінпродукуючої функції В-лімфоцитів, системи комплементу та глобулінів (1та -фракцій ) крові.2. Період загострення БА у 89,91% хворих асоціюється з вираженим дисбактеріозом мікрофлори товстої кишки (у 8,26% – І ступеня, 28,44% – ІІ ступеня, 29,36% – ІІІ ступеня та 23,85% – ІV ступеня відповідно ) за рахунок елімінації та зниження популяційного рівня фізіологічно корисних біфідо-, лактобактерій, ентерококів і контамінації та зростання популяційного рівня умовно-патогенних протеїв, превотел, пептококу, едвардсієл, ентеробактерій, пептострептококів, клостридій, бактероїдів, стафілококів та дріжджоподібних грибів роду Candida, а також небезпечних патогенних гемолітичних, ентеропатогенних, ентеротоксигенних та ентероінвазивних ешерихій.3. На підставі вивчення динаміки порушень видового складу, популяційного рівня та мікроекологічних показників мікрофлори товстої кишки протягом світлового дня встановлено, що найбільш інтенсивно кишковий дисбактеріоз проявляється в період 7.00 - 8.50, найменші порушення мікробіоценозу спостерігається в періоди 5.00 – 6.50, 9.00 – 10.50, 15.00 – 17.00.4. На підставі вивчення змін у системі імунітету та їх динаміки під впливом застосування імуналу запропонована схема використання імуналу – початкова доза 40 крапель, впродовж наступних двох днів по 20 крапель кожні 2 години, а потім по 20 крапель 3 рази на день упродовж місяця, використання якої призводить до значних позитивних змін в імунологічному статусі хворих на БА.5. Частотний аналіз та рейтингове дослідження після проведеного комплексного лікування із застосуванням імуналу свідчить про нормалізацію показників клітинного складу формули периферичної крові, покращання показників клітинного, гуморального імунітету та показників неспецифічних механізмів імунологічного статусу, а також нормалізацію показників білкових фракцій сироватки крові **–** кількість найбільш характерних мішеней доцільної імунокорекції зменшилась до двох показників (абсолютної кількості Т- лімфоцитів та ефекторного індексу ).6. Хронобіологічні ритми популяційного рівня та кількісного домінування мікрофлори товстої кишки у хворих на БА представлені складними кривими, що характеризуються періодами ортофаз та парафаз і значним розмахом коливань у різні періоди світлового дня. Встановлені періоди ортофаз фізіологічно корисних біфідо-, лактобактерій та ентерококів, а також періоди парафаз умовно-патогенних і особливо патогенних мікроорганізмів є найбільш оптимальними для вживання бактерійних препаратів, що містять корисні життєздатні бактерії.7. Використання лінексу з урахуванням хронотерапевтичного підходу для корекції порушень мікроекології товстої кишки, приводить до заселення товстої кишки біфідобактеріями та лактобактеріями, збільшення їх популяційного рівня та зростання мікроекологічних показників цих мікроорганізмів, зменшення умовно-патогенних та патогенних мікроорганізмів, нормалізує мікробіоценоз у 70,41% та покращує стан мікроекології у 29,59% хворих ( у 22,45% зареєстровано дисбактеріоз І ступеня і 7,14% – дисбактеріоз ІІ ступеня).8. Проведення комплексного обстеження хворих на БА та оптимізація комплексних підходів до лікування з урахуванням виявлених порушень імунологічного статусу та супутньої патології у вигляді дисбактеріозу товстого кишечнику, із застосуванням імуналу та хронобактеріотерапії лінексом, – дозволяє скоротити перебування хворих в умовах стаціонару, швидше досягти більш стійкої клінічної ремісії, має позитивний вплив на перебіг захворювання, покращує якість життя хворих, відіграє важливу роль в імунореабілітації хворих на БА та може бути рекомендованим для широкого впровадження в практику охорони здоров’я. |

 |