**Дубковський Геннадій Валерійович. Динаміка імунной реактивності при післяпологовому ендометриті в процесі лімфотропної терапії : Дис... канд. наук: 14.01.01 – 2004**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Дубковський Г.В. Динаміка імунной реактивності при післяпологовому ендометриті в процесі лімфотропної терапії.** – Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство та гінекологія. – Національний медичний університет ім. акад. О.О. Богомольця МОЗ України, Київ, 2003.  Захищається дисертаційна робота і 13 опублікованих наукових праць.  У процесі лікування, вже до 3 доби розробленої терапії відмічено відновлення мікрофлори лохій. За всіх форм ендометриту після використання запропонованої нами методики лімфотропної імунокоригуючої терапії спостерігали нормалізацію показників основних ланок імунітету. Особливо швидко відновлюються лізоцим, пропердин, глікоген, пероксидаза, лужна фосфотаза, IgM. Показові зміни відбуваються в клітинній ланці імунітету. Для відновлення аутоімунного статусу під час традиційного лікування потрібний додатковий час. У разі лімфотропної терапії до 7 доби лікування зафіксовано відновлення рівня аутоантитіл до ендометрію, а за традиційного лікування досягнуто незначне зниження титру аутоантитіл до ендометрію та міометрію, які залишались в титрах більше, ніж в 3 раз вище, порівняно з контролем.  Проведення лімфотропної терапії сприяло швидкому відновленню рівня IgE уже до 3 доби. До 7 доби традиційного лікування ендометриту відбулося виснаження захисних властивостей слизової оболонки матки, що призвело до вираженого зниження рівня IgЕ порівняно з пацієнтками, що отримували комплексну лімфотропну імунокоригуючу терапію та з контролем. Проведення комплексної лімфотропної імунокоригуючої терапії ендометриту патогенетично обгрунтовано, найбільш швидко і повно нормалізує основні показники імунітету, і високоефективно – частота ускладненого перебігу ендометриту скоротилась з 8,1% до 0,8%, тривалість перебування в стаціонарі зменшилась з 9,9±0,5 до 7,8±0,4 доби. | |
| |  | | --- | | У дисертації наведено теоретичне обгрунтування і нове вирішення наукової задачі сучасного акушерства – розробки і впровадження нового ефективнішого методу лікування післяпологових ендометритів – комплексної лімфотропної імунокоригуючої терапії, профілактики і зниження частоти їх ускладнень.  1. Післяпологовий ендометрит у кожному другому випадку (49,6%) набуває атипові форми, які характеризуються стертим (24,79%) або абортивним перебігом (24,79%), що утруднює діагностику, лікування і прогноз. У цих хворих виявлено широкий спектр супутних факторів: анемія II-III ст., хронічна фетоплацентарна недостатність і народження гіпотрофічного плода, кольпіт; проведення в пологах більше 4 піхвових досліджень, тривалість пологів більше 15 годин, тривалість родостимулювання більше 4 годин, розриви шийки матки і піхви.  2. На початку захворювання в лохіях виявляються асоціації (із 3-4 видів мікроорганізмів) умовно патогенної, аеробної та анаеробної мікрофлори. До складу мікробних асоціацій частіше всього входять: кишкова паличка (52,3%), епідермальний (23,9%) і золотавий (33,1%) стафілококи, дріжджова флора (31,4%), стрептококи групи В (23,1%) і Proteus vulgaris (12,4%).  3. Виявлено чіткий взаємозв’язок між ступенем імунних порушень і характером клінічних проявів ендометриту. У породіль з абортивною і стертою формою ендометриту спостерігається компенсаторний перерозподіл лізоциму, пропердину, комплементу в крові і в секреті матки, зниження ФІ та показника завершеності фагоцитозу; перерозподіл енергетичних ресурсів (цитологічна активність лейкоцитів лохій переважає над такою лейкоцитів у крові на 2,3 од.). Маткові аутоантитіла визначались у дуже низьких титрах, в той же час зафіксовано виражене підвищення рівня антитіл до антигенів ендометрію.  4. Перебіг і прогноз запального процесу залежить від стану клітинного метаболізму, збереження і стійкості кислих гідролаз, рівня імуноглобулінів класу Е, які забезпечують енергію процесу завершення фагоцитозу та очищення патогенного осередку від деструктивних білкових структур. Класична форма післяпологового ендометриту та ендометрит після кесарева розтину характеризувались вираженим інфекційно-алергічним типом диспротеїнемії, підвищенням активності кислих і нейтральних мукополісахаридів, глікопротеїнових комплексів (ДФА, серомукоїду), зниженням факторів неспецифічного гуморального і клітинного захисту крові і лохій. При цьому, особливо за високих титрів аутоантитіл до ендометрію, що нижчий коефіцієнт глікогену і пероксидази, то тяжчий клінічний перебіг захворювання.  5. Лімфотропна імунокоригуюча терапія ендометриту порівняно з традиційною терапією має більш виражений позитивний ефект в лікуванні гострого запального процесу: зниження гіпертермії на 2,5 доби; тахікардії – на 2 доби; субінволюції і болючості матки – на 1,5 доби раніше; ліквідація гнійного характеру лохій – на 2 доби раніше; швидше відновлення нормальної кількості лейкоцитів і формули крові; відновлення ширини і довжини порожнини матки відбувається на 2 добу; зниження вираженості гіперехогенності слизової оболонки матки – на 3 доби швидше. У процесі лікування вже до 3 доби терапії відмічено відновлення мікрофлори лохій.  6. За всіх форм ендометриту після застосування лімфотропної імунокоригуючої терапії відмічається нормалізація показників основних ланок імунітету. Швидше за все відновлюється лізоцим, пропердин, глікоген, пероксидаза, лужна фосфотаза, імуноглобуліни M. Виражені зміни відбуваються в клітинній ланці імунітету. У пацієнток, що отримували традиційне лікування, порівнянно з лікуванням за запропонованою методикою, зафіксовано більше, ніж в 2 рази відставання в нормалізації ФАН, ФІ, показника завершеності фагоцитозу.  7. Для відновлення аутоімунного статусу за традиційного лікуванні був потрібний додатковий час. Значна різниця була під час дослідженні аутоантитіл до ендометрію. До 7 доби лікування їхня кількість відновлювалась, а за традиційного лікування досягла незначного зниження титру аутоантитіл до ендометрію та міометрію, які залишались в титрах більше, ніж в 3 рази вище, ніж в контролі.  8. Сенсибілізація до клітин ендометрію запускала механізм синтезу IgE, як найбільш чутливого до антигенних подразників, що й пояснює підвищений рівень даного імуноглобуліну в лохіях. Проведення лімфотропної терапії сприяло швидкому відновленню рівня вказаного імуноглобуліну вже до 3 доби терапії. До 7 доби традиційного лікування відбувається виснаження захисних властивостей слизової оболонки матки, що спричиняє виражене зниження рівня IgЕ порівняно з лімфотропною імунокоригуючою терапією і контролем.  9. Комплексна лімфотропна імунокоригуюча терапія післяпологового ендометриту є патогенетично обгрунтованою (найбільш швидко і повно нормалізує основні показники імунітету) і високоефективною: частота ускладненого перебігу ендометриту скоротилась з 8,1% до 0,8%, тривалість перебування в стаціонарі зменшилась з 9,9±0,5 до 7,8±0,4 доби. | |