**Антонецька Наталія Борисівна. Особливості діагностики та лікування безпліддя при використанні лапароскопії та допоміжних репродуктивних технологій в жінок із мікоплазмозом. : Дис... канд. наук: 14.01.01 – 2008**

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

|  |
| --- |
| **Антонецька Н.Б. Особливості діагностики та лікування безпліддя при використанні лапароскопії та допоміжних репродуктивних технологій в жінок із мікоплазмозом.**– Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство і гінекологія. – Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Вінниця, 2008.Наукову роботу присвячено оптимізації діагностики та лікування безпліддя з використаням лапароскопії та допоміжних репродуктивних технологій в жінок із мікоплазмозом. Вивчено частоту мікоплазменної інфекції в піхві, цервікальному каналі та маткових трубах у жінок із безпліддям трубного походження та мікоплазмозом, оперованих лапароскопічно. Дана оцінка вродженого неспецифічного (природного) та набутого (адаптивного) специфічного імунітету у жінок із безпліддям при мікоплазменній інфекції. Вдосконалено методику лікувально-профілактичних заходів в жінок із безпліддям трубного походження при мікоплазмозі. Запропоновано використання діагностичних швидких тестів інтраопераційно, прогнозування ймовірності настання вагітності після лапароскопічного втручання та проведення комплексної реабілітаційної протизапальної та імуномодулюючої терапії у жінок із безпліддям трубного походження та мікоплазмозом перед використанням допоміжних репродуктивних технологій. |

 |
|

|  |
| --- |
| У дисертації наведено теоретичне узагальнення і представлено нові підходи до діагностики та лікування мікоплазменної інфекції, а також подолання його негативних наслідків у жінок із безпліддям трубного походження та мікоплазмозом, що досягається шляхом застосування діагностичних швидких тестів інтраопераційно, прогнозуванням ймовірності настання вагітності після лапароскопічного втручання, використанням допоміжних репродуктивних технологій та проведенням комплексної реабілітаційної протизапальної та імуномодулюючої терапії.1. В обстежених нами жінок ОГ із безпліддям трубного походження та мікоплазмозом, яких ми оперували лапароскопічно та готували до програм допоміжних репродуктивних технологій, при виявленні мікоплазменної інфекції в піхві культуральним методом, в цервікальному каналі вона знайдена у 72,0% випадках, а в маткових трубах – у 39,0%. Метод ПІФ підтвердив наявність мікоплазменної інфекції в маткових трубах в 88,0% випадках, а метод ПЛР – в 85,0%.
2. Використання цито-тестів «Міко-скан» та «Уреа-скан» під час лапароскопії у жінок із безпліддям трубного походження дозволило покращити діагностику та виявити мікоплазменну інфекцію у 88,0% жінок з асимптоматичним перебігом. Із них інтраопераційно при гострому перерігу в маткових трубах U.urealyticum виявили – у 22(62,5%), M.hominis – у 2(6,2%) та в асоціації U.urealyticum і M.hominis – у 7(21,9%); при хронічному перебігу, відповідно, – у 34(50,0%), 14(20,6%) та в 9(13,2,0%) випадках.
3. Жінки з безпліддям трубного походження та мікоплазмозом під час лапароскопії в 78,0% випадках потребували реконструктивно-пластичних операційних втручань в зв’язку зі спайковим процесом та патологією маткових труб. У 29,0% пацієнток після операції та дослідження на мікоплазменну інфекцію прогноз настання вагітності оцінено як «добрий», у 27,0% – як «задовільний», у 23,0% – як «сумнівний» та у 21,0% – як «негативний».
4. У жінок із безпліддям трубного походження, в анамнезі яких зафіксовано мікоплазменна інфекція, у крові знижена потенційна здатність бактерицидної активності фагоцитарних клітин на 47,0% та коефіцієнт активності фагоцитарних клітин на 48,0% за рахунок глибоких порушень потенційної бактерицидної активності поліморфноядерних нейтрофілів та їх резерву, а також збільшений імунологічний коефіцієнт та відносна кількість 0-лімфоцитів; зменшена на 53,6% відносна кількість Т-лімфоцитів, лейко-Т-клітинний індекс та імунорегуляторний індекс (54,8%) на фоні збільшеної на 59,2% відносної кількості СD8+ цитолітичних лімфоцитів, що покращує кілінгову систему організму.
5. Розробка, впровадження та оцінка ефективності комплексного поетапного лікування з використанням вільпрафену, ліастену та віферону виявилась більш ефективною, ніж традиційний комплекс лікувальних заходів, про що свідчить нормалізація клінічних та мікробіологічних показників протягом двох місяців після лікування а також зростання відносної кількості CD-8+ лімфоцитів, покращеня процесів розпізнавання (збільшення CD-4+ лімфоцитів на 14,2%, CD-3+ – на 22,6%, імунорегуляторного індексу на 23,8% та автономної саморегуляції з формуванням імунної відповіді).
6. Застосування запропонованого діагностично-лікувального комплексу у жінок із безпліддям трубного походження та мікоплазмозом, що включав лапароскопічні операції та підтвердження мікоплазменної інфекції інтраопераційно із використанням швидких цито-тестів та культурального методів, специфічну протиінфекційну та імуномоделюючу терапію, а також допоміжні репродуктивні технології дозволило забезпечити відновлення репродуктивної функції у 17 (30,3%) пацієнток із «добрим» і «задовільним» та у 9 (20,5%) із «сумнівним» та «негативним» прогнозом щодо настання вагітності, народилось доношених дітей відповідно у 14 (25,0%) та 7 (15,9%) випадків.

**Рекомендації щодо наукового та практичного використання здобутих результатів:**1. Алгоритм обстеження жінок із безпліддям трубного походження та мікоплазмозом доцільно доповнити використанням швидких експрес цито–тестів «Міко-скан» та «Уреа-скан» інтраопераційно в умовах in vitro під час лапароскопії для визначення присутності даної інфекції в маткових трубах. При застосуванні даних тестів результат отримуємо вже через 10 хвилин. Тест повинен використовуватися для визначення антигенів мікоплазменної інфекції у клінічних зразках. Він є якісним і тому не може визначати кількісний вміст молікутів або рівень вмісту їх антигенів. Даний тест вказує на наявність антигенів молікутів у зразку в життєспроможному або нежиттєспроможному стані. Кількість мікроорганізмів у зразку для дослідження впливає на визначення молікутів. Це обумовлено технічною стороною забору матеріалу (зразка) та такими факторами як вік пацієнтки, наявність в анамнезі захворювань, що передаються статевим шляхом, наявними симптомами, тощо. Як і в усіх випадках діагностики, результати тесту повинні розглядатися в сукупності з усією клінічною інформацією. Важливим моментом діагностики є обов’язковий контроль з використанням культурального методу діагностики для зменшення хибнопозитивних результатів.1. Для лікування жінок із безпліддям трубного походження, у яких під час лапароскопії з допомогою швидкого теста підтверджено міко-уреаплазмоз, рекомендовано використання:

при хронічному мікоплазмозі:вільпрафен по 500 мг по 1 табл. 2 рази на добу – 15–20 днів;ліастен 5 мл в/м 5 днів;віферон № 12 per rectum.при гострому мікоплазмозі:вільпрафен по 500 мг по 1 табл. 2 р/добу – 10 днів;ліастен 5 мл в/м 3 дні;віферон № 12 per rectum. |

 |