**Авдєєва Вікторія Борисівна. Клініко-імунологічне обґрунтування використання інформаційно-хвильової терапії в комплексному лікуванні локалізованих гнійно-запальних захворювань геніталій : Дис... канд. наук: 14.01.01 - 2004.**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Авдєєва В.Б. Клініко-імунологічне обґрунтування застосування інформаційно-хвильової терапії в комплексному лікуванні локалізованих гнійно-запальних захворювань геніталій.** – Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за фахом 14.01.01 – акушерство і гінекологія. – Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, МОЗ України, Київ. – 2004.  Дисертація присвячена підвищенню ефективності лікування гнійно-запальних захворювань внутрішніх геніталій жінок шляхом використання в комплексному лікуванні цієї патології інформаційно-хвильової терапії в сполученні з ендолімфатичним методом медикаментозної терапії.  Клініко-статистичний аналіз анамнестичних даних, ретельне гінекологічне і загальклінічне обстеження 61 жінки із гнійно-запальними захворюваннями (ГЗЗ) геніталій дозволили виділити фактори ризику розвитку цієї патології. Дослідження імунного статусу свідчать, що дана патологія у жінок Донецького регіону виникає внаслідок наявності умовно-патогенної мікрофлори, що підтверджується високим рівнем алергізації до стафілокока і стрептокока, і зниженням загальної опірності організму на фоні вторинного імунодефіциту. Аналіз отриманих результатів показав, що у жінок з наявністю ГЗЗ геніталій розвивався вторинний ДВЗ-синдром.  Основні принципи запропонованої терапії: раціональна ендолімфальна антибіотикотерапія, корекція імунного і гемостазіологічного статусів за допомогою інформаційно-хвильової терапії, інфузійно-трансфузійна терапія і, за показниками, оперативне лікування. Розроблений і впроваджений комплекс лікувальних заходів дає можливість поліпшити показники Т- и В-клітинного імунітету, факторів неспецифічного захисту, нормалізувати показники гемостазу, знизити питому вагу післяопераційних ускладнень, зменшити перебування в стаціонарі, знизити число радикальних операцій на 12% і в 10% випадків проводити консервативне лікування зі збереженням генеративної і репродуктивної функцій. | |
| |  | | --- | | У дисертації наведені теоретичне узагальнення і нове рішення наукової задачі – підвищення ефективності лікування гнійно-запальних захворювань геніталій, зниження частоти післяопераційних ускладнень і числа радикальних операцій шляхом запровадження науково обґрунтованого методу комплексного лікування гнійно-запальних захворювань геніталій із застосуванням інформаційно-хвильової терапії.  1. Виявлено, що основними причинами розвитку гнійно-деструктивних форм захворювання в жінок Донецького регіону є: наявність ВМК (70,49%) і видалення останнього без антибактеріального захисту, аборти (62,29%), екстрагенітальна патологія (хронічний тонзиліт – 50,81%, захворювання товстого кишечнику – 36,06%, захворювання щитовидної залози – 14,75%), зниження імунологічної реактивності за типом вторинного імунодефіциту в практично здорових жінок, що пов'язано з екологічно несприятливими умовами проживання.  2. Установлено, що сполучення двох і більше факторів (генітального й екстрагенітального) викликає розвиток деструктивних форм гнійно-запальних захворювань геніталій: тубооваріальні одно- чи двобічні абсцеси придатків матки (19,67%), піосальпінкс і піоваріум (70,49%), що ускладнюються пельвіоперитонітом (29,51%), перитонітом (11,48%), абсцесом Дугласового простору (9,48%) та параметритом (18,03%).  3. Патогенна мікрофлора виявлена у вмісті труб, матки і черевної порожнини тільки в 55,74% випадків, з них – кокова флора склала 59,63%, кишкова паличка 23,59%, що підтверджується підвищеною сенсибілізацією до цих антигенів (у 2 рази вища в порівнянні з контролем). У 29,51% випадків обстежених із гнійно запальними захворюваннями виявлена асоційована мікробна флора.  4. Доведено, що в жінок із гнійно-запальними захворюваннями геніталій присутні значні зміни імунітету: різке пригничення показників Т-клітинного імунітету (СD3 на 14%, р<0,05, зменшення імунорегуляторного індексу СD4/СD8 на 15% за рахунок СD4 (на 25%)) та показників фагоцитарної системи і системи неспецифічних факторів захисту (фагоцитарне число, фагоцитоз завершений на 17% і лізоцим на 40%) на тлі підвищених значень циркулюючих імунних комплексів у 2,5 разу і тест з нітросинім тетразолієм на 68%; реєструвалося збільшення медіаторів запалення: ТNF у 3 рази, IL6 у 4,6 разу і зниження IL2на 17% відносно контролю.  5. Доведено, що в жінок із гнійно-запальними захворюваннями геніталій у разі ускладнених форм (перитоніт, пельвіоперитоніт, параметрит) спостерігіються більш виражені зміни імунітету, ніж у разі неускладнених форм. На фоні пригнічення клітинного імунітету (у разі перитоніту: CD3 – на 33%, CD16 – на 24%, у разі пельвіоперитоніту: CD22 – на 23%, CD4 – на 13%; у разі параметриту: CD4/CD8 – на 23%, CD4 – на 30%, CD22 – на 39%, зниження Ig G на 26% на фоні підвищеного Ig M на 80%) та зниження факторів неспецифічного захисту (у разі перитоніту фагоцитарне число і фагоцитоз завершений на 35% і 19% відповідно; у разі пельвіоперитоніту лізоцим – на 46%; у разі параметриту фагоцитарне число і фагоцитоз завершений відповідно на 36% і 19%) відбувається підвищення рівня цитокінів та циркулюючих імунних комплексів (у разі перитоніту та параметриту IL6 більш ніж в 5 разів, TNF – більш ніж в 4 рази на фоні зниженого IL2) у порівнянні з контролем.  6. Гемостазіологічні порушення в хворих із гнійно-запальними захворюваннями виявляються у вигляді гіперагрегації тромбоцитів, гіперкоагуляції в плазмовій ланці, появі патологічних маркерів синдрому ДВЗ і зниженні фібринолітичного потенціалу (анти тромбін III і розчинні мономерфібринові комплекси).  7. При прогресуванні запального процесу (перитоніт, пельвіоперитоніт) реєструвалася гіпокоагуляційна фаза синдрому ДВЗ. У пацієнток з ускладненими формами запального процесу спостерігається активація функціонального стану тромбоцитів (агрегація тромбоцитів була вище у разі пельвіоперитоніту і перитоніту у порівнянні з локалізованими формами на 14% і 16% відповідно). Поряд з підвищеною адгезією тромбоцитів спостерігається зниження згортання крові, наявність підвищеної концентрації розчинних мономерфібринових комплексів (у разі перитоніту в 2,5 разу, ніж у разі локалізованих форм) та різке зниження анти тромбіну III (у разі пельвіоперитоніту на 22% відносно локалізованих форм) на фоні підвищеного загального антикоагуляційного потенціалу (зниження толерантності плазми до гепарину у разі перитоніту та пельвіоперитоніту відповідно на 16% та 15% відносно локалізованих форм).  8. Доведено, що включення в комплексну терапію нових медичних технологій (інформаційно-хвильова, ендолімфальна терапії) сприяє зниженню тривалості перебування в стаціонарі на 4,35 ліжко-днів, скороченню числа післяопераційних ускладнень з 22,58% до 6,45%, зменшенню числа радикальних операцій з 35,48% до 23,33%, збільшенню відсотка органозберігаючих операцій з 6,45% до 10%, проведенню консервативного лікування без оперативних втручань – у 10% . | |