**Курбацька Ольга Володимирівна. Клініко-патогенетична характеристика неплідності, обумовленої імунологічними факторами, й ефективність корекції порушень з використанням імуноактивних препаратів: дисертація канд. мед. наук: 14.01.01 / Харківський держ. медичний ун-т. - Х., 2003**

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

|  |
| --- |
| Курбацька О.В. Клініко-патогенетична характеристика неплідності, обумовленої імунологічними факторами, й ефективність корекції порушень з використанням імуноактивних препаратів. – Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство та гінекологія. - Харківський державний медичний університет, Харків, 2003.В дисертації узагальнено дані щодо вивчення стану імунологічного гомеостазу у 175 жінок з непліддям, обумовленим імунологічними факторами. Встановлено, що виявлені у 155 (88,6%) жінок імунні порушення полягали, переважно, у розвитку помірної Т-лімфопенії, дисбалансі основних регуляторних субпопуляцій Т-клітин зі зниженням імунорегуляторного індексу, пригніченні функціональної активності лімфоцитів, активації автоімунних та імунокомплексних реакцій. Порушення місцевого імунітету проявлялися, переважно, у зростанні рівня сироваткового і секреторного IgA у цервікальному слизу, зниженні концентрації лізоциму, збільшенні рівня бета-лізинів, що корелювало з активністю автоімунних та імунокомплексних реакцій. Включення диференційованої імунокорекції до комплексу лікування жінок з імунологічним непліддям в якості допоміжного способу в 2,6 разу частіше приводило до чітко вираженої позитивної динаміки порушених імунних показників, в 2,3 разу збільшувало ефективність штучної інсемінації (63,1% у порівнянні з групою співставлення 28,1%), зменшувало частоту ускладненого перебігу вагітності загрозою переривання, число гнійно-септичних захворювань в післяпологовому періоді. З урахуванням цього розроблена низка імунних показників, які можна застосовувати для оцінки імунокоригуючого ефекту під час лікування жінок з непліддям, обумовленим імунологічними факторами. |

 |
|

|  |
| --- |
| На сьогодні проблема непліддя, обумовленого імунологічними факторами, залишається найменш вивченою. Існуючий спосіб лікування таких жінок шляхом внутрішньоматкового осіменіння після піврічної кондомтерапії не зовсім фізіологічний та не приводить до ліквідації порушень з боку імунітету, які мають місце при цій формі неплідності. Тому дана проблема потребує подальшого вивчення. З цією метою нам являлася перспективною розробка програми лікування та медичної реабілітації жінок з імунологічним непліддям шляхом корекції імунних порушень з використанням імуноактивних препаратів.1. Серед обстежених подружніх пар діагноз непліддя, обумовленого імунологічними факторами, встановлено в 69,2% випадків за наявністю антиспермальних антитіл у шийковому слизі; в 56,0% - на підставі незадовільних та в 40,0% - негативних результатів посткоітального тесту; в 38,9% - у разі виявлення ознак імобілізуючих антитіл при зниженні рухливості сперматозоїдів. Середній термін непліддя склав 3,9±1,3 року. Первинне імунологічне непліддя зустрічалося у 145 (82,9%) і вторинне - у 30 (17,1%) жінок.
2. При імунологічному неплідді у 155 (88,6%) жінок виявлені порушення з боку клітинних та гуморальних показників імунітету, а також природної антиінфекційної резистентності, в тому числі помірно виражені - у 79 (45,1%), істотні - у 33 (18,9%) і незначні - у 43 (24,6%).
3. Імунні порушення у більшості пацієнток полягали, переважно, у розвитку різного ступеня вираженості Т-лімфопенії, дисбалансі основних регуляторних субпопуляцій Т-клітин з відповідним зниженням імунорегуляторного індексу, пригніченні функціональної активності лімфоцитів, активації автоімунних та імунокомплексних реакцій. При цьому мала місце пряма кореляція між ступенем вираженості імунних порушень та тривалістю непліддя.
4. Порушення місцевого імунітету у обстежених жінок проявлялися, переважно, зростанням рівня сироваткового і секреторного IgA у цервікальному слизі, зниженням концентрації лізоциму, збільшенням рівня бета-лізинів, що корелювало з активністю автоімунних та імунокомплексних реакцій.
5. Включення диференційованої імунокорекції до комплексу лікування жінок з імунологічним непліддям в якості допоміжного способу в 2,6 разу частіше приводило до чітко вираженої позитивної динаміки вивчених імунологічних показників, в тому числі підвищенню загального рівня Т-лімфоцитів, ліквідації дисбалансу Т-хелперів/індукторів та Т-супресорів/кілерів, збільшення показників РБТЛ та РГМЛ, що свідчило про зростання функціональних спроможностей лімфоцитів та зниження сенсибілізації до тканинних аутоантигенів. Поряд з цим мало місце зменшення рівня ПІФ крові та вмісту ЦІК з нормалізацією їх різномолекулярного складу, а також чітка тенденція до відновлення показників природної антиінфекційної резистентності.
6. В групі жінок, яким застосовувалася диференційована імунокорекція, вагітність настала у 44 (55,0%) випадках, що було в 1,7 разу частіше порівняно з групою співставлення (31 - 32,6%).
7. Застосування диференційованої імунокорекції як допоміжного спосібу лікування імунологічного непліддя в 2,3 рази підвищувало ефективність операції штучної інсемінації (63,1% у порівнянні з групою співставлення 28,1%), зменшувало частоту ускладненого перебігу вагітності загрозою переривання, число гнійно-септичних захворювань в післяпологовому періоді.
8. Включення протефлазиду з метою імунореабілітації жінок, у яких після лікування не настала вагітність протягом 8-10 менструальних циклів, приводить до подальшого відновлення імунних показників, обумовлюючи в низці випадків настання вагітності протягом 4-6 місяців його застосування.
9. Вивчення динаміки імунологічних показників у жінок, які отримували лікування непліддя, обумовленого імунологічними факторами, дозволяє прогнозувати можливість настання вагітності.
 |

 |