**Овсяник Марина Альбертівна. Клініко-імунологічне обґрунтування комплексного лікування гнійно-запальних захворювань післяпологового періоду : Дис... канд. наук: 14.01.01 - 2007.**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Овсяник М.А. «Клініко-імунологічне обґрунтування комплексного лікування гнійно-запальних захворювань післяпологового періоду». –**Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за фахом 14.01.01 – акушерство та гінекологія. – Науково-дослідний інститут медичних проблем сім'ї Донецького державного медичного університету ім. М.Горького МОЗ України, Донецьк, 2007.  Дисертаційна робота присвячена рішенню наукової задачі – підвищенню ефективності лікування гнійно-запальних захворювань післяпологового періоду, на основі розробленого і патогенетично обґрунтованого методу екстреної імунокорекції, що буде сприяти зниженню материнської захворюваності. Розроблено критерії, які дають можливість прогнозувати тяжкість перебігу захворювання.  Проведено ретроспективний аналіз випадків ГЗЗ післяпологового періоду і виділені найбільш значимі клінічні фактори ризику розвитку гнійно-запальних захворювань у післяпологовому періоді: вік породіль старше 35 років; патологія сечостатевої системи; хронічні захворювання геніталій, затяжний перебіг пологів, тривалий безводний проміжок, крововтрата більше 500 мл.  Визначено специфічні показники в імунологічному профілі, жінок із гнійно-запальними захворюваннями післяпологового періоду: зниження рівнів субпопуляцій Т-лімфоцитів (CD 3+, CD 4+, CD 8+) при підвищенні ЕКК і імунорегуляторного індексу. Характерне зниження показників протизапальних цитокінів IL2 і IL 4 і підвищення рівня прозапальних цитокінів IL 1, IL 8 і ФНО. Для гнійно-запального захворювання післяпологового періоду характерний помірний лейкоцитоз на тлі вираженої лімфопенії.  Визначено оптимальну дозу при рентгенівському опроміненні крові – 120 Гр. Вона є найбільш прийнятною в клінічній практиці, тому що найбільш безпечна для клітин і рецепторного апарату Т и В –систем, а також стимулює викид IL2.  При інфузіі РОПОАК відбувається активація Т и В-лімфоцитів, процесу фагоцитозу за рахунок руйнування формених елементів крові.  Вивчено вплив методу РОПОАК на окремі ланки імунітету, специфічну резистентність, гемостаз у породіль із ГЗЗ післяпологового періоду, патогенетично обґрунтовано застосування даного методу і доведена його висока ефективність. | |
| |  | | --- | | У роботі приведене нове рішення актуальної задачі сучасного акушерства – підвищення ефективності лікування гнійно-запальних захворювань післяпологового періоду на основі розробленого і патогенетично обґрунтованого методу невідкладної імунокорекції, що сприяє зниженню материнської захворюваності. Розроблено критерії, які дають можливість прогнозувати перебіг захворювання та обирати тактику лікування.   1. Найбільш значимими клінічними факторами ризику розвитку гнійно-запальних захворювань у післяпологовому періоді є: хронічні захворювання геніталій (90,48%), затяжний перебіг пологів (>12 годин) (81,75%), тривалий безводний проміжок (>8 годин) (76,19%), крововтрата більше 500 мл (80,95%), вік породіллі старше 35 років(53,17%). 2. Специфічною рисою в імунологічному профілі жінок із гнійно-запальними захворюваннями післяпологового періоду є: зниження рівнів субпопуляції Т-лімфоцитів CD 3+ на 21,6 %, CD 4+ – 17,1% та підвищення рівня CD 8+ на 5,7%. Також спостерігається зниження ЕК у 1,35 рази та імунорегуляторного індексу у 2,65 рази (р<0,05); зниження показників протизапального цитокіну IL2 у 1,94 рази, а також підвищення рівня прозапальних цитокінів: IL 1в - у 5,52 рази , IL 8 – у 8,5 і ФНПб – 5,83 рази (р<0,05). 3. При рентгенівському опроміненні крові донорів (in vitro) у дозі 70 Гр відбувається масивна загибель Т-лімфоцитів (17,2 %) без викиду цитокіну IL2 (зменшується на 7,6 %); на тлі опромінення дозою 300 Гр відбувається загибель лімфоцитів (55,09 %), що також супроводжується руйнуванням цитокіна IL2 разом з мембраною клітини (показник зменшився на 43,9 %); доза 120 Гр є найбільш оптимальною для клітин (гине тільки 33,8 %) і рецепторного апарату Т-системи і стимулює викид IL2 у 2,1 рази (р<0,05). 4. Трансфузія РОПОАК позитивно впливає на гуморальний імунітет пацієнток з післяпологовими ГЗЗ, що проявляється у прирості вмісту імуноглобулінів IgА, IgМ, IgG у 1,48, 1,58, і 1,46 рази відповідно, що в 1,5 рази вище, ніж у групі порівняння (р<0,05). При інфузії РОПОАК також відзначається зниження рівнів IL 1в у 2,04 рази на 3-ю добу лікування, ФНПб у 1,84 рази і підвищення показника IL 2 у 2,05 рази (р<0,05). 5. При аналізі клінічної ефективності різних методів лікування породіль із ГЗЗ було відзначено: найбільш швидка нормалізація температури тіла після трансфузії РОПОАК (на 2-гу добу) у порівнянні з традиційною терапією (3-4-а доба); таку ж за часом тенденцію до нормалізування мали показники гемодинаміки, знизилася вираженість ендотоксикозу; нормалізація лейкоцитарної формули відбулася в основній групі на 2-гу добу і у групі порівняння на 5-6-ту добу; тривалість антибактеріальної терапії в основній групі склала 5-6 діб, а групі порівняння – 10-11. Середнє перебування хворих на ліжку в І групі склало 8,05±1,26 днів, у групі порівняння – 14,7±2,3 днів. | |