**Берая Дженеті Юріївна. Клініко-патогенетичне лікування урогенітальних мікоплазмозів у жінок репродуктивного віку : дис... канд. мед. наук: 14.01.01 / Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика. — К., 2006. — 142арк. — Бібліогр.: арк. 115-142.**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Берая Д.Ю. Клініко-патогенетичне лікування урогенітальних мікоплазмозів у жінок репродуктивного віку**. – Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство та гінекологія. – Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України, Київ, 2007.  Наукову роботу присвячено зниженню частоти патології репродуктивної системи у жінок з урогенітальним мікоплазмозом на підставі вивчення клініко-імунологічних і мікробіологічних особливостей, а також удосконалення лікувально-профілактичних заходів. Вивчено порівняльні аспекти клінічного перебігу УГМ та УГУ у жінок репродуктивного віку залежно від мікробіологічної характеристики збудника. Дана оцінка стану системного і місцевого імунітету у пацієнток з УГМ та УГУ з урахуванням варіанту антибактеріальної і імуномодулюючої терапії. Уточнено деякі аспекти патогенезу мікоплазменної інфекції у жінок, що обумовлюють механізми резистентності, персистенції збудника, прогресування захворювання, тканинних пошкоджень, приєднання нозокоміальних інфекцій. Вдосконалено методику лікувально-профілактичних заходів при урогенітального мікоплазмозу,у яких не було терапевтичного ефекту після традіційного лікування, із застосуванням антибактеріальних і імуномодулюючих препаратів. Запропоновано методи контролю за ефективністю етіотропної терапії з використанням основних параметром місцевого імунітету. | |
| |  | | --- | | У дисертації наведено дані і нове вирішення наукового завдання сучасної гінекології – зниження частоти патології репродуктивної системи у жінок з запальними захворюваннями геніталій, спричиненими молікутами на підставі вивчення в них клініко-мікробіологічних і імунологічних особливостей, а також удосконалення комплексу лікувально-діагностичних заходів.  1. Маніфестуючий клінічний перебіг запальних захворювань геніталій, спричинених мікоплазмами та уреаплазмами було виявлено у 65,0*%* жінок 2 групи та 51,9*%* 3 групи: сальпингоофоріти у 23,3*%* 2 групи та 31,7*%* 3 групи; фонові захворювання шийки матки в 2 групі 48,3 та 59,6 в 3 групі; уретрити та кольпіти 56,7*%* в 2 групі та 40,4*%* в 3 групі. Серед клінічних ознак переважали скарги на посилення виділень із статевих шляхів з слизово-гнійними домішками, дискомфорт при сечовипусканні, диспареунію,помірний біль в нижніх відділах живота і альгоменорею. При об'єктивному обстеженні виявлялися зміни слизових, характерні для кольпіту, ендоцервіциту та ерозії шийки матки, у частини хворих запалення внутрішніх статевих органів, лейкоцитоз у віділеннях з уретри та цервікального каналу.  2. Після проведення мікробіологічного дослідження виявлена питома вага кожного типу молікутів серед жінок 2 та 3 групи. Так, U.urealytikum виявлено у 33 (20,1*%*) хворих 2 групи у 12 (20,0*%*) та 21 (20,2*%*) пацієнтки 3 групи. M.hominis знайдено у 26 (15,9*%*) обстежених (16,7*%* в 2 групі та 15,4*%* в 3 групі); M.genitalium у 27 (16,5*%*) хворих (15,0*%* в 2 групі і 17,3*%* в 3 групі). Різні поєднання вищеперерахованих видів мікоплазм спостерігалися у 78 (47,6*%*) пацієнток (48,4*%* в 2 групі і 47,1*%* в 3 групі).  3. УГМ та УГУ у жінок супроводжується дисфункціональними змінами з боку системного імунітету, що не виходять за межі фізіологічних параметрів, але достовірними порівняно з контрольною групою, що характеризувались зниженням кількості СD4+; співвідношенням СD4+/СD8+, бактерицидною активністю нейтрофільних лейкоцитів і незначним збільшенням концентрації IgA і IFNг в сироватці крові.  4. При УГМ та УГУ у жінок спостерігаються виражені дисфункціональні зміни з боку локального імунітету слизових оболонок сечостатевої зони, які характеризуються зниженням СD4+, співвідношення СD4+/СD8+, СD25+ при одночасному збільшенні СD19+; СD16+; СD56+А і СD69+, незначною активацією макрофагів, тестованою по цитохімічній активності ферментів, що виявляється, особливо б-нафтилбутірат естерази, а також значним підвищенням концентрації IL-1в; IL-6 і TNF-б цервіко-вагінального слизу.  5. При проведенні традіційної терапії запальних захворювань геніталій, спричинених молікутами в (10-18*%*) спостерігались рецидиви захворювання, що супроводжуються дисфункцією локального імунного захисту.  6. Основним механізмом резистентності до мікоплазм є місцева активація Th-1, стимуляція синтезу регуляторних і ефекторних цитокінів з подальшим лімфокінзалежним збільшенням функціональної активності клітин мононуклеарно-фагоцитарної системи, лімфокінактивованих кілерів та NK-клітин, що призводить до підвищення проникності тканин для антибіотиків, ефективної елімінації збудника шляхом фагоцитозу, а також лізису клітин, несучих на своїй поверхні антигени мікоплазм і клітин з секвеструючими мікоплазмами. Розповсюдження процесу з пошкодженням тканин ймовірно зумовлено постійною гіперпродукцією TNF-б, що призводить до патологічного апоптозу епітеліальних клітин слизових серозних оболонок, нейтрофільних лейкоцитів і макрофагів, місцевим порушенням кровообігу з підвищенням проникності судинної стінки, некробіотичним змінам м'язових клітин і дисгормональним порушенням.  **Практичні рекомендації**  1. Всі жінки, які звертаються до акушера-гінеколога з приводу ерозій шийки матки, кандидозів, бактеріальних вагінозів, болей в нижніх відділах живота, запальних захворювань урогенітальної зони і неплідності повинні бути обстежені культуральним методом та методом ПЛР на предмет інфікування мікоплазмами та уреаплазмами  2. Для лікування гострого мікоплазмозу та уреаплазмозу (2 група) необхідно використовувати:  офлоксацин по 400 мг 2 рази на день впродовж 10 днів;  імунофан № 10 в/м через 2 дні.  При хронічному мікоплазмозі та уреаплазмозі:  імунофан № 10 в/м через 2 дні;  фромілід по 500 мг 2 рази на день впродовж 7 днів;  офлоксацин по 400 мг 2 рази на день протягом 7 днів, антибіотики використовували по черзі.  При тривалому перебігу мікоплазмозу та уреаплазмозу, коли досягнення терапевтичного ефекту при проведенні традиційної терапії пов’язано зі значними труднощами, ми запропонували системну терапію:  імунофан № 10 в/м через 2 дні;  поліоксидоній місцево в свічках ректально або вагінально 3 курси – 1 місяць використовування і 1 місяць перерив;  фромілід по 500 мг 2 рази на день впродовж 14 днів;  доксибене по 100 мг 2 рази на день протягом 7 днів, антибіотики використовувати по черзі.   1. Слід зазначити на доцільності проведення хворим на УГУ та УГМ з базовою терапією патогенетичного лікування (протизапальна терапія у поєднанні гепатопротекторами, профілактика спайкового процесу, терапія дисбіозу піхви і кишечника, вітамінотерапія). | |