**Пузирьов Ігор Вікторович. Роль порушень імунітету в патогенезі гонартрозу і прогнозування його перебігу : дис... канд. мед. наук: 14.03.04 / Донецький держ. медичний ун-т ім. М.Горького. — Донецьк, 2007. — 135арк. — Бібліогр.: арк. 109-135.**

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

|  |
| --- |
| **Пузирьов І.В. Роль порушень імунітету в патогенезі гонартрозу і прогнозування його перебігу. – Рукопис.**Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.03.04 – патологічна фізіологія. Донецький державний медичний університет ім. М. Горького МОЗ України, Донецьк, 2007.Дисертація присвячена вивченню ролі порушень імунітету в патогенезі гонартрозу і прогнозуванню його перебігу.Встановлено, що на початковому етапі розвитку гонартрозу клініко-рентгенологічні зміни в колінних суглобах й імунологічному статусі хворих незначні. Вони, в основному, обумовлені наслідками травми (макро- й мікро-), а також запаленням з в’ялим перебігом, обумовленим неспецифічною інфекцією.У другій стадії хвороби синдром системної запальної відповіді запускає імунні комплекси й прозапальні цитокіни.У третій стадії порушення імуносупресії, у свою чергу, ведуть до збільшення продукції аутоантитіл класу G, рівня ЦІК, концентрації ІЛ-8 і ФНП-. У потерпілих із множинною й поєднаною травмою колінного суглоба в початковому й ранньому періодах травматичної хвороби з боку імунної системи настають виразні зміни, які укладаються в картину імунодефіциту. Виразний дисбаланс між Т-хелперами й Т-супресорами на користь останніх спостерігається в підгрупі потерпілих, в яких у віддаленому посттравматичному періоді гонартроз прогресує.При гонартрозі з гіперактивним рівнем імунологічної реактивності збільшується кількість й активність Т- і В-лімфоцитів, в суглобах закінчується трансформація дегенеративно-дистрофічного процесу в запальний.Для рішення завдань прогнозування виникнення гонартрозу й прогностичної оцінки тяжкості стану хворих, що відповідає клініко-рентгенологічним ознакам гонартрозу I-III ступеня, запропоновано параметри, які полягають в побудовані регресійних рівнянь, що включають найбільш інформативні імунологічні показники. |

 |
|

|  |
| --- |
| У дисертації представлено теоретичне обґрунтування результатів і досягнуто рішення наукового завдання – досліджено роль порушень імунітету в патогенезі гонартрозу, на основі вивчення клініко-рентгенологічних проявів гонартрозу та імунологічної реактивності у хворих установлено нові механізми імунологічних порушень, що доповнюють патогенез гонартрозу, а також представлено імунологічні критерії, які уточнюють діагностику, прогноз та оцінку важкості гонартрозу й стану хворих.1. На початковому етапі гонартрозу клініко-рентгенологічні зміни в колінних суглобах та імунологічному статусі хворих незначні. У динаміці гонартрозу активація фагоцитозу стає все більш значною, в другій стадії вона є максимальною й переважає над активацією Т- і В-лімфоцитів. Це призводить до дисбалансу у функціонуванні імунної системи та сприяє зниженню в 2,2 рази кількості Т-супресорів. У третій стадії порушення імуносупресії, у свою чергу, ведуть до збільшення продукції аутоантитіл класу G у 3,4 рази, рівня ЦІК у 4,4 рази, концентрації ІЛ-8 у 13,2 рази і ФНП- у 8,9 рази. Імунні комплекси й прозапальні цитокіні запускають системну запальну реакцію.2. У потерпілих із множинною травмою колінного суглоба в початковому й ранньому періодах травматичної хвороби з боку імунної системи наступають виразні зміни, які стосуються зниження на 10-40% числа Т- і В-лімфоцитів. Разом з тим відбувається зменшення концентрації імуноглобулінів у плазмі крові. Зрушення в імунній системі потерпілих укладаються в картину імунодефіциту. Показники клітинної й гуморальної ланки імунної системи відновлюються до 12-14 доби, але більша їхня частина – до 28-30 доби. Виразний дисбаланс між Т-хелперами й Т-супресорами на користь останніх спостерігається в підгрупі потерпілих, в яких у віддаленому посттравматичному періоді гонартроз прогресує.3. У патогенезі гонартрозу важливу роль відіграє стан імунологічної реактивності. При гіперактивному її рівні, обумовленому нейтрофільним лейкоцитозом на 50% збільшується кількість й активність Т-лімфоцитів, в 3 рази підвищуються число В-лімфоцитів. При цьому також зростають в 1,5-3,5 рази показники неспецифічного імунітету, в 5,3 рази – концентрація ЦІК, в 6 разів – ІЛ-8, в 12,8 рази – ФНП-.4. Для розробки методів прогнозування виникнення гонартрозу, прогностичної оцінки його важкості й тяжкості стану пацієнтів доцільно використовувати як клініко-рентгенологічні, так і імунологічні показники, серед яких для прогнозування найбільше значення мають параметри СD8+- і СD22+-клітин, ЦІК, концентрації ІЛ-8, ФНП- і Ig G.5. Виразний дисбаланс між лімфоцитами й макрофагами, субпопуляціями лімфоцитів, а також між показниками клітинного й гуморального імунітету у хворих на гонартроз є підставою для проведення імунокорекції за допомогою етіотропних і патогенетичних засобів фармакотерапії. |

 |