**Ілюк Тетяна Анатоліївна. Особливості мікробіоценозу піхви та імунно-ендокринного гомеостазу у жінок репродуктивного віку з хронічною трихомонадно-хламідійною інфекцією: дис... канд. мед. наук: 14.01.01 / Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України. - К., 2004**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Ілюк Т.А. Особливості мікробіоценозу піхви та імуно-ендокринного гомеостазу у жінок репродуктивного віку з трихомонадно-хламідійною інфекцією. – Рукопис.**  Дисертація на здобуття вченого ступеня кандидата медичних наук за фахом 14.01.01 – акушерство та гінекологія. – Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України, Київ, 2003.  Вивчено стан мікрофлори піхви, клінічний перебіг, стан специфічного та неспецифічного імунітету, ендокринного статусу у жінок з хронічними запальними процесами геніталій трихомонадно-хламідійної етіології, в тому числі з неплідністю. Встановлено що при хронічній трихомонадно-хламідійній інфекції спостерігаються різні типи мікробіоценоза піхви.  Вивчено взаємозв’язок між типом мікробіоценозу, клінічними проявами та функціональним станом імунної та ендокринної систем, розроблено алгоритм відповідності типу мікробіоценоза вираженості анатомічних та функціональних змін геніталій, іммуної та гормональної систем. Запропонована, обгрунтована та впроваджена раціональна поетапна комплексна терапія в залежності від типа мкробіценоза. Представлена порівняльна характеристика гормональних та імунологічних показників до та після проведеного лікування по запропонованим схемам.  Використання запропонованих схем терапії дозволяє підвищити відсоток клінічної та етіологічної виліковності та відновлення репродуктивної функції. | |
| |  | | --- | | У дисертації наведено нове вирішення наукової задачі сучасної гінекології по лікуванню трихомонадно-хламідійної інфекції з використанням диференційованих методів імунокорекції на основі вивчення стану системного імунітету, гормонального статусу та мікробіоценозу піхви.  1. Трихомонадно-хламідійна інфекція зустрічається серед 52,6% жінок з хронічними ЗЗВСО та у 69,8% жінок з неплідністю. Діагностика хронічної трихомонадно-хламідійної інфекції має бути комплексною і включати всі можливі методи дослідження біологічних матеріалів з усіх можливих вогнищ інфекції та повторні обстеження після провокації запального процесу. Високу чутливість, поряд з регламентованими має метод полімеразної ланцюгової реакції, який дозволяє виявляти інфекцію при однократному обстеженні у 98,0% хворих.  2. Особливості мікроскопічної картини матеріалу з генітального тракту у обстежених жінок з хронічною трихомонадно-хламідійною інфекцією дозволили виділити типи мікробіоценозу піхви: вагіноз (8,0%), вагініт (43,0%) та дисбіоз (49,0%). Встановлено відповідні особливості імунно-ендокринного гомеостазу та перебігу захворювання у хворих з різними типами мікробіоценозу.  3. На фоні хронічного перебігу трихомонадно-хламідійної інфекції у жінок спостерігається суттєве зниження порівняно з контрольною групою кількості CD3+, CD4+, CD8+, CD22+, підвищення рівня CD4+/CD8+, ЦІК, напруження системи фагоцитозу з достовірним збільшенням фагоцитарного індексу, фагоцитарного числа та зниженням індексу завершеності фагоцитозу, що сприяє персистенції інфекції.  4. Встановлено достовірне підвищення порівняно з контрольною групою рівня гонадотропних (Прл, ФСГ та ЛГ) гормонів у жінок як без порушення репродуктивної функції, так і при безплідності. Рівень Е2,та П у хворих обох груп виявився вірогідно нижчим, ніж у жінок контрольної групи в усі фази менструального циклу, що свідчить про зниження ендокринної функції яєчників на тлі запального процесу.  5. У жінок з хронічною трихомонадно-хламідійною інфекцією спостері-гаються різні типи порушень овуляторного менструального циклу: недостатність обох фаз циклу – у 24,0% хворих першої групи, та у 52,0% другої групи, недостатність лютеїнової фази циклу відповідно – у 62,0% і у 30,0% пацієнток.  6. Розроблена методика диференційованої терапії з урахуванням типу мікробіоценозу піхви сприяла покращенню показників імунного гомеостазу, ендокринної функції яєчників, підвищенню клінічної та етіологічної ефективності лікування (94,8% та 85,5% відповідно); призвела до відновлення репродуктивної функції після консервативного лікування у 44,0% жінок; поліпшила умови для проведення мікрохірургічних втручань, допоміжних репродуктивних технологій, що підвищило відсоток настання вагітності до 52,0%. | |