**Кабаченко Олена Володимирівна. Клініко-метаболічні порушення та тактика ведення при лейкоплакії шийки матки. : Дис... канд. наук: 14.01.01 – 2003**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Кабаченко О.В. Клініко-метаболічні порушення і тактика ведення при лейкоплакії шийки матки.- Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01.- акушерство і гінекологія.- Харківський державний медичний університет, 2002.  Дисертація присвячена питанням клініко-діагностичних та лікувально-реабілітаційних заходів при лейкоплакії шийки матки на підставі визначення клініко-метаболічних порушень при даній патології. Визначені фактори ризику розвитку лейкоплакії шийки матки. Вивчені мікробіоценоз піхви, ехосеміотика матки, яєчників, стан клітинної, гуморальної ланок імунітету, процесів перекисного окислення ліпідів, гормонального статусу. Результати досліджень свідчать про розвиток хронічного запального процесу у піхві при лейкоплакії шийки матки, обумовленого дисбактеріозом з провідною роллю в ньому хламідійної інфекції. Хронічний запальний процес у піхві призводить до розвитку хронічного ендо- та екзоцервіциту, цитологічним змінам епітелію шийки матки, супроводжується ехоструктурними змінами матки та яєчників, порушеннями в імунній, гормональній та ліпопероксидазній системах. Виявлені порушення залежать від наявності в анамнезі хірургічних методів лікування фонової патології шийки матки, а також від тривалості перебігу патологічного процесу в шийці матки. Розроблені шляхи оптимізації диспансерного ведення жінок з лейкоплакією шийки матки для проведення курсів терапії, спрямованої на корекцію клініко-метаболічних порушень, рецидивів та злоякісної трансформації даної патології. | |
| |  | | --- | | У дисертації наведено патогенетичне та клінічне обґрунтування комплексного обстеження жінок з ЛШМ, шляхи корекції клініко-метаболічних порушень, що дозволяють підвищити ефективність лікування та знизити ризик рецидивірування патологічного процесу на шийці матки, у зв’язку з чим зроблені висновки.   1. У структурі патології шийки матки ЛШМ складає 22,55% і представляється у вигляді вперше виявленого самостійного захворювання або ускладнення тривало існуючої фонової патології ШМ (56,55%), а також у жінок, які в анамнезі перенесли хірургічне лікування (ДЕК, ЛД, КД) фонової патології ШМ (43,45%). 2. Факторами ризику розвитку ЛШМ є: пізня поява менархе (пізніше 15 років), тривале (більше 1 року) становлення менструальної функції, аменорея, олігоменорея, ациклічні маткові кровотечі, раннє статеве життя (до 19 років), позашлюбне статеве життя з частою зміною партнерів, наявність хламідійної інфекції з вагінальним дизбактеріозом, тривало існуюча ФПШМ. 3. При ЛШМ мікрофлора піхви, незалежно від віку, клінічних особливостей, тривалості захворювання є змішаною з числом збудників від 3 до 6 (36±5%). Висока активність (57±5%-60±5%), асоційованість хламідій з іншими інфекціями, активація умовнопатогенної флори (72±3%), розвиток анаеробної інфекції (21±5%), кандидозу (34±5%) на фоні різко лужного середовища піхви (7,22±0,03) є виразом піхвового дисбактеріозу (79±3%). 4. Біоценоз піхви у жінок I клінічної групи, порівняно з II групою, відрізняється більш лужним середовищем, вираженою активністю хламідійної йнфекції та гостротою запального процесу. 5. Ехоструктурні зміни при ЛШМ характеризуються достовірним підвищенням довжини, ширини, товщини передньої та задньої губ, наявністю ехонегативних та ехопозитивних включень в шийці матки і залежать як від тривалості захворювання, так і від лікування, що проводилось. 6. ЛШМ характеризується гіпофункцією яєчників в поєднанні із зниженням сумарних естрогенів в сечі в 1,91 рази, пролактину в крові у 67,65% жінок, зниженням 17-КС, ДГЕА. 7. Зміни в імунній системі при ЛШМ характеризуються пригніченням Т-ланки (зниження Т–лімфоцитів, дисбаланс їх субпопуляцій, зниження коефіциєнту Т/В лімфоцитів, зріст О-лімфоцитів), стимуляцією В-лімфоцитів (тенденція к підвищенню В-лімфоцитів, зріст імуноглобулінів всіх класів), зростом ЦІК, ГА, відображаючих вторинний імунодефіцит і розвиток аутоімунних уражень, обумовлених хронічним запальним процесом при ЛШМ. 8. Виявлені при ЛШМ активація ПОЛ (підвищення вмісту первинних і кінцевих продуктів ПОЛ), пригнічення АОС (недостатність вітамінів А, Е, компенсаторний зріст каталази, церулоплазміну) свідчать про розвиток оксидантного стресу і тканинної гіпоксії. Показниками оксидантного стресу при ЛШМ є: підвищення коефіциєнту ШО/МДА в 2 рази, вміст вітаміну А нижче 2,42±0,12 мкмоль/л, вітаміну Е – нижче 18,79±0,73 мкмоль/л, зріст каталази вищє 26,66±1,91 мкат/л, церулоплазміну вишє 15,96±0.54 мг%. 9. Виявлені клініко-метаболічні порушення дозволяють припустити розвиток дисбалансу гомеостазу при ЛШМ, який проявляється гіпоестрогенією, вагінальним дизбактеріозом, хронічним цервіцитом, змінами імунного і ліпопероксидазного статусу, які в свою чергу впливають на ехопоказники матки і яєчників. 10. Оптимізація лікувального процесу хворих на ЛШМ дозволяє консервативними методами досягти вилікування у 38,62% (у I клінічній групі – 51,22%, у II – 22,22%), а при включенні в комплекс хірургічного лікування (ДЕК, ЛК, КД) – у 88,28% випадків. Рецидивірування процесу відмічено у 15,17% випадків. | |