

ВПЛИВ ПРОТЕФЛАЗИДУ НА КЛІТИННІ ПОКАЗНИКИ ІМУНІТЕТУ У ЖІНОК, ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ САЛЬПІНГООФОРИТИ З НАЯВНІСТЮ СИНДРОМУ ПІДВИЩЕНОЇ СТОМЛЮВАНОСТІ

Н.О. Удовіка

Луганський державний медичний університет

Як свідчить клінічний досвід, у загальній структурі гінекологічної патології хронічний сальпінгоофорит (ХСО) займає провідне місце [1, 3]. Відомо, що труднощі при лікуванні даного контингенту жінок пов'язані з розвитком імунодефіциту, що обумовлює нерідко часті загострення запального процесу в придатках матки [4, 5]. Нами також показано, що у хворих на ХСО відмічається збільшення рівня сенсibiliзації до аутоантігенів та бактеріальних алергенів та помірне зростання рівня циркулюючих імунних комплексів у сироватці крові [8, 9]. Виходячи з цього нами було вивчено клініко-імунологічну ефективність ербісолу - нового вітчизняного препарату з імунокоригуючою та протизапальною активністю і встановлено більш суттєвий позитивний вплив такого лікування у порівнянні із загальновідомими способами [9]. Однак, дані диспансерного спостереження показали, що все ж таки у деяких жінок хронічний запальний процес в геніталіях має здатність відносно швидко загострюватися, нерідко, супроводжуючись постійним тягнучим болем внизу живота, що приводить до розвитку певних астеничних проявів у таких жінок [9].

За даними літератури за останні роки увагу вчених привернув синдром підвищеної стомлюваності (СПС) [12, 13]. Особливо він характерний для пацієнтів з хронічними запаленнями і характеризується зниженням працездатності, апатією, підвищеною стомленістю, погіршенням пам'яті, періодичним субфебрилітетом, болем у горлі, підвищенням захворюваності на ГРВІ та рецидивами герпетичної інфекції, що, в свою чергу, нерідко пов'язується зі зниженням функціональних спроможностей імунної системи у таких випадках [2, 14]. Клінічний досвід свідчить, що навіть у разі ремісії хронічної патології у низки пацієнтів зберігаються скарги на зниження працездатності, апатію, періодичний субфебрилітет, респіраторні вірусні інфекції. Щодо даного синдрому у жінок, які страждають на хронічне запалення геніталій, то його клініко-патогенетичні аспекти не вивчені. Але ж можна припустити, що наявність цих ознак потребує проведення повторних курсів медичної реабілітації з включенням імунокоригуючих засобів. Тому нами було вивчено можливість застосування імунокорекції як медичного способу реабілітації хворих на ХСО з наявністю СПС. З цією метою нами обрано новий вітчизняний препарат рослинного походження з імунокоригуючими і антиоксидантними властивостями протеплазид [7].

Метою роботи було вивчення впливу протеплазиду на показники реакції гальмування міграції лейкоцитів (РГМЛ) та основний субпопуляційний склад Т-лімфоцитів в комплексі реабілітаційних заходів у жінок, які перенесли загострення ХСО.

Матеріали та методи дослідження

Під нашим наглядом було 60 жінок, які перенесли загострення ХСО, віком від 16 до 38 років. Основну групу склали 32 жінок та групу співставлення - 28 хворих. Обидві групи були рандомізовані за віком та клінічними проявами захворювання. Пацієнткам обох груп після завершення лікування загострення патологічного процесу в придатках матки і отримання позитивного клінічного ефекту призначали в якості реабілітації циклічну немедикаментозну реабілітацію, яка включає у фазу проліферації електрофорез з новокаїном на область шиї і обличчя, а у другу фазу з 17 по 26-й день менструального циклу - ендоназальний електрофорез з вітамінов В1; з 10-го по 24-й день - електростимуляцію шийки матки за С.М.Давидовим або лазеростимуляцію гелій-неоновим лазером, і в подальшому - з 5-го до 25-го дня менструального циклу - гінекологічний масаж із зростаючою тривалістю від 5 до 20 хвилин [6]. Поряд з цим хворим основної групи додатково призначали протеплазид по 5-8

крапель тричі усередину поспіль протягом одного місяця в залежності від тяжкості перебігу ХСО під час загострення і вираженості імунних показників напередодні початку реабілітації.

Жінки обох груп підлягали клінічному та імунологічному обстеженню 2-3 рази за період їх спостереження протягом року. Клітинні показники імунітету (вміст Т- та В-лімфоцитів, рівень основних субпопуляцій Т-клітин - Т-хелперів/індукторів та Т-супресорів/кілерів) вивчались у цитотоксичному тесті [10] із застосуванням моноклональних антитіл (МКАТ) класів CD3+, CD4+, CD8+, CD22+ фірми Ortho Diagnostic Systems Inc (USA). При цьому МКАТ класу CD3+ вважали відносними до тотальної популяції Т-лімфоцитів, CD4+ - до популяції Т-хелперів/індукторів, CD8+ - Т-супресорів/кілерів, CD22+ - до В-клітин. Вираженість аутоімунних реакцій до тканинних аутоантигенів (тимусного - ТА, антигену з слизової маткових труб - АМТ і ліпопротеїду печінки людини - ЛПЛ), а також бактеріальних алергенів (алергену *Staph. aureus* - АЗС і *Str. pyogenes* - АГС) оцінювали за допомогою реакції гальмування міграції лімфоцитів (РГМЛ) у капілярному тесті [15]. Фагоцитарну активність моноцитів (ФАМ) вивчали з використанням чашечкового засобу [11]; в якості тест-об'єкту використовувалась жива добова культура *Staph. aureus*, штам 505, який було отримано з Інституту Пастера (СПб). Підраховували наступні показники ФАМ: фагоцитарне число (ФЧ) - кількість поглинутих бактеріальних клітин на 1 моноцит, фагоцитарний індекс (ФІ) - відсоток фагоцитуючих моноцитів, індекс атракції (ІА) - число мікробних клітин, фіксованих на 100 моноцитах і індекс перетравлення (ІП) - відсоток перетравлених мікробних клітин від загального їх числа, поглинутих 100 моноцитами. Математична обробка отриманих цифрових даних проводилась на комп'ютері Celeron 300 А.

Отримані результати та їх обговорення

В результаті проведених досліджень встановлено, що у значної кількості обстежених жінок після виписки зі стаціонару, що співпадало із завершенням курсу лікування та зникненням клінічних ознак загострення ХСО, залишалися на зміненому рівні деякі імунологічні показники, а також визначалися симптоми СПС (табл. 1).

Таблиця 1

Клінічні показники СПС у хворих на ХСО через 1 рік після імунореабілітації (M±m)

Клінічні показники	До імунореабілітації, n=60	Основна група, n=32	Група співставлення, n=28
Слабкість	24 (40,0%)	5 (15,7%)	8 (28,6%)
Нездужання	23 (38,3%)	3 (9,4%)	8 (28,6%)
Підвищена стомлюваність	29 (48,3%)	5 (15,7%)	8 (28,6%)
Порушення сну	19 (31,7%)	3 (9,4%)	5 (17,9%)
Пригнічення настрою	28 (46,7%)	3 (9,4%)	5 (17,9%)
Зниження працездатності	17 (28,3%)	3 (9,4%)	7 (25,0%)
Періодичний субфебрилітет	16 (26,7%)	3 (9,4%)	5 (17,9%)
Збільшення лімфатичних вузлів	12 (20,0%)	3 (9,4%)	5 (17,9%)
Чутливість лімфатичних вузлів	9 (15,0%)	2 (6,3%)	3 (10,7%)
Збільшення печінки	11 (18,3%)	3 (9,4%)	3 (10,7%)
Чутливість печінки	16 (26,7%)	2 (6,3%)	7 (25,0%)
Червоний дермографізм	27 (45,0%)	3 (9,4%)	17 (60,7%)

Так, після завершення загальноприйнятого лікування хворих на ХСО у 48,3% жінок тривала визначатися підвищена стомлюваність з вираженою слабкістю, у 46,7% - пригнічення

настрою з порушенням формули сна, у 45,0% - червоний дермографізм. Показово, що 26,7% жінок у цей час скаржилися на збереження періодичного субфебрилітету, 28,3% - зниження працездатності, небажання йти на працю і зниження зацікавленості до свого труда, яким раніше займалися із зацікавленістю. У кожної п'ятої такої жінки визначалося збільшення лімфатичних вузлів, причому в 15,0% випадків від загального числа обстежених - чутливість лімфатичних вузлів при пальпації. Виявлено також, що вищевказані ознаки зустрічалися у жінок, у яких поряд з цим мало місце збільшення на 1-2 см розмірів печінки (18,3%). У 26,7% пацієнток із загальної кількості обстежених, навіть при нормальних розмірах печінки, під час диспансерного спостереження виявлялася її чутливість при пальпації, а іноді і помірна болісність. Таким чином, після завершення лікування протягом 1-5 місяців диспансерного спостереження у 29 (48,3%) жінок із 60 обстежених ми реєстрували наявність СПС. У подальшому 15 з них увійшли до основної групи (яким проводилася імунореабілітація з використанням протекфлазиду) та 14 - до групи співставлення (які не отримували даний імунокоригуючий препарат).

У пацієнток з наявністю СПС обох групи після завершення лікування загострення ХСО нами також було виявлено певні остаточні зсуви з боку деяких клітинних показників імунітету. Так, на зниженому рівні порівнянно з нормою залишалось число Т-лімфоцитів (загальна популяція Т-клітин). При цьому кількість клітин з фенотипом CD3+ дорівнювала в середньому $1,02 \pm 0,16 \cdot 10^9/\text{л}$ (при нормі $1,36 \pm 0,03 \cdot 10^9/\text{л}$; $P < 0,05$). Число хелперів/індукторів (клітини з фенотипом CD4+) після завершення лікування складало у середньому $0,62 \pm 0,02 \cdot 10^9/\text{л}$ (при нормі $0,82 \pm 0,03 \cdot 10^9/\text{л}$; $P < 0,01$), кількість Т-кілерів/супресорів також була зменшеною, але ж менш значущо, ніж CD4+-клітин (в середньому до $0,32 \pm 0,09 \cdot 10^9/\text{л}$ при нормі $0,45 \pm 0,03 \cdot 10^9/\text{л}$; $P < 0,05$). Внаслідок цього значення імунорегуляторного індексу CD4/CD8, який відбиває співвідношення Т-хелпери/Т-супресори, у хворих на ХСО з наявністю СПС після завершення лікування складало $1,71 \pm 0,25$ (при нормі $2,05 \pm 0,06$; $P < 0,01$). Виявлено також, у хворих на ХСО з наявним СПС має місце підвищений рівень аутоімунних реакцій, причому більш значний при виражених клінічних проявах даного синдрому. При цьому показники РГМЛ у всіх 29 таких пацієнток були зниженими з усіма вивченими аутоантигенами та бактеріальними алергенами. Міграційний індекс в реакції з ТА напочатку реабілітації у таких пацієнток складав в середньому $0,86 \pm 0,02$ (при нормі $1,10 \pm 0,03$), тобто було в 1,3 рази нижче ($P < 0,01$), з АМТ - $0,82 \pm 0,02$ (при нормі $1,23 \pm 0,05$), що в 1,5 разів менше норми ($P < 0,001$); кратність різниці міграційного індексу в РГМЛ з АЗС складала також 1,3 рази ($0,78 \pm 0,01$ при показнику норми $1,02 \pm 0,04$; $P < 0,001$). У жінок з наявним СПС після загострення ХСО також виявлено зниження показників ФАМ. При цьому встановлено, що значення ІА зменшувалося в середньому в 2,2 рази (при нормі $19,0 \pm 0,4$; $P < 0,05$), причому більш значущо у жінок з більш вираженими клінічними ознаками СПС. Значення ФІ зменшувалося в середньому до $15,2 \pm 0,2$ (при нормі $20,2 \pm 1,3$; $P < 0,01$), а ФЧ - в 1,6 рази (при нормі $4,0 \pm 0,02$; $P < 0,01$). Найбільшого пригнічення зазнавала остання фаза фагоцитозу - фаза перетравлення, яку характеризує індекс перетравлення (ІІ). При цьому ІІ знижувався в середньому в 2,9 рази (при нормі $22,3 \pm 2,0$; $P < 0,001$).

У решти пацієнток, які завершили лікування і у яких не було виявлено клінічних симптомів СПС, вказані клітинні показники імунітету були у межах норми. Отже, збереження явищ вторинного імунодефіциту за відносним супресорним варіантом, залишення на патологічному рівні аутоімунних реакцій і пригнічених індексів ФАМ у хворих на ХСО після завершення лікування із застосуванням загальноприйнятих методів обумовлює на патогенетичному рівні виникнення клінічних симптомів синдрому підвищеної стомлюваності, що необхідно враховувати при подальшій реабілітації таких жінок.

Показово, що в клінічному аспекті при спостереженні за обстеженими хворими виявлено, що загострення ХСО більш раніше і частіше наставало саме у жінок з наявним СПС, тобто зі збереженим вторинним імунодефіцитом. Включення протекфлазиду до комплексу профілактичних заходів щодо рецидиву ХСО виявляло більш виражену позитивну клініко-імунологічну ефективність такого лікування порівняно з групою співставлення. Так в

основній групі після завершення реабілітації із застосуванням протекфлазиду мала місце чітка тенденція до поліпшення клітинних показників імунітету (табл. 2). При цьому якщо у групі співставлення рівень тотальної популяції Т-лімфоцитів наприкінці курсу реабілітації дорівнював $65,2 \pm 2,1\%$ (при нормі $72,5 \pm 1,8\%$; $P < 0,05$), то в основній групі даний показник був у межах норми майже у всіх пацієток (складаючи $72,2 \pm 1,4\%$ у відносному та $1,44 \pm 0,11 \cdot 10^9/\text{л}$ абсолютному вирахованні; $P < 0,05$ та $P < 0,001$ відповідно по відношенню до вихідних показників). Аналогічна тенденція відмічалася і стосовно рівня основних регуляторних субпопуляцій Т-лімфоцитів. У хворих основної групи наприкінці курсу запропонованої реабілітації мало місце відновлення рівня Т-хелперів/індукторів (зростання числа клітин з фенотипом CD4+ з $0,65 \pm 0,03 \cdot 10^9/\text{л}$ до $0,85 \pm 0,02 \cdot 10^9/\text{л}$), що було у межах норми у 26 з 32-х пацієток. Віддзеркаленням ліквідації змін з боку вищевказаних клітинних показників імунітету була чітка тенденція до зростання імунорегуляторного індексу CD4/CD8, який у хворих основної групи дорівнював $1,93 \pm 0,25$ (при нормі $2,02 \pm 0,02$; $P > 0,05$), тоді як в групі співставлення вірогідно від вихідного показника не відрізнявся, складаючи $(1,81 \pm 0,5)$ та $(1,74 \pm 0,21)$ відповідно. Отже, реабілітація жінок, хворих на ХСО, з використанням протекфлазиду приводила до ліквідації Т-лімфопенії і дисбалансу основних регуляторних субпопуляцій Т-клітин, внаслідок чого мала місце нормалізація імунорегуляторного індексу CD4/CD8.

Поряд з цим в основній групі під впливом протекфлазиду відмічалася більш істотне зростання індексів РГМЛ з вивченими аутоантигенами, що вказувало на зниження ступеня вираженості аутосенсibiliзації у даного контингенту хворих. Так, значення міграційного індексу в РГМЛ з комплексним АМТ зростало в середньому в 1,4 рази (складаючи $1,19 \pm 0,02$ при нормі $1,23 \pm 0,05$; $P < 0,001$), а з АГС - в 1,3 рази, що дорівнювало $1,05 \pm 0,01$ (при нормі $1,07 \pm 0,02$; $P < 0,001$) (табл. 3).

Таблиця 2

Клітинні показники імунітету у хворих на ХСО під час диспансерного спостереження ($M \pm m$)

Показники	Основна група, n = 32		Група співставлення, n = 28	
	на початку реабілітації	після закінчення реабілітації	на початку реабілітації	після закінчення реабілітації
CD-3+, %	$62,1 \pm 0,9$	$72,3 \pm 1,3^*$	$62,8 \pm 1,5$	$65,2 \pm 2,1$
$10^9/\text{л}$	$1,04 \pm 0,23$	$1,46 \pm 0,23^{***}$	$1,07 \pm 0,32$	$1,24 \pm 0,24^*$
CD-4+, %	$38,4 \pm 1,1$	$42,8 \pm 1,4^*$	$38,2 \pm 1,5$	$40,1 \pm 2,3$
$10^9/\text{л}$	$0,66 \pm 0,04$	$0,87 \pm 0,03^{**}$	$0,65 \pm 0,02$	$0,72 \pm 0,11^*$
CD-8+, %	$22,2 \pm 1,3$	$22,3 \pm 1,9$	$21,9 \pm 0,9$	$22,1 \pm 1,3$
$10^9/\text{л}$	$0,38 \pm 0,02$	$0,45 \pm 0,04^{***}$	$0,37 \pm 0,03$	$0,4 \pm 0,15$
CD4/CD8	$1,71 \pm 0,25$	$1,98 \pm 0,23^{**}$	$1,74 \pm 0,21$	$1,81 \pm 0,5$
CD-22+, %	$20,2 \pm 1,2$	$22,1 \pm 1,4$	$20,5 \pm 1,7$	$21,2 \pm 2,2$
$10^9/\text{л}$	$0,35 \pm 0,02$	$0,44 \pm 0,03^{***}$	$0,35 \pm 0,04$	$0,38 \pm 0,12$

Примітка: тут і в табл. 3-4 достовірність різниці між показником до та після реабілітації в основній групі та групі співставлення при $P < 0,05$ - *, $P < 0,01$ - **, $P < 0,001$ - ***

Показово, що у хворих основної групи більш значно збільшувалися і набували меж норми індекси РГМЛ з ТА (з $0,94 \pm 0,03$ до $1,06 \pm 0,02$ при нормі $1,10 \pm 0,03$) і ЛПЛ (з $0,97 \pm 0,02$ до $1,12 \pm 0,03$ при показнику норми $1,15 \pm 0,04$), що свідчило про зниження активності аутоімунного компонента в організмі жінок, які приймали протекфлазид. Такої суттєвої динаміки з боку показників РГМЛ у пацієток з наявним СПС групи співставлення нами не відмічено. Аналогічна динаміка відмічена і відносно показників ФАМ (табл. 4). При цьому у більшості пацієток основної групи всі дані індекси на час закінчення прийому протекфлазиду були у межах норми, тоді як у групі співставлення, особливо серед жінок з наявним СПС, значення індексу перетравлення та фагоцитарне число вірогідно відрізнялися від норми, незважаючи на проведену медичну реабілітацію. При цьому дані показники склали $16,5 \pm 0,37$ та $2,8 \pm 0,49$ відповідно, що було в 1,4 та 1,3 рази менше у порівнянні з аналогічними показниками основної групи.

Таблиця 3

Вплив протекфлазиду на рівень аутоімунних реакцій у хворих на ХСО (M±m)

Показники	Основна група (n = 32)		Група співставлення (n = 28)	
	на початку реабілітації	після закінчення реабілітації	на початку реабілітації	після закінчення реабілітації
РГМЛ:				
з ТА	0,94±0,03	1,06±0,02**	0,91±0,04	0,93±0,03
з ЛПЛ	0,97±0,02	1,12±0,03***	0,96±0,02	0,98±0,05
з АМТ	0,87±0,03	1,19±0,02***	0,88±0,06	0,92±0,03*
з АЗС	0,83±0,01	0,98±0,02**	0,92±0,03	0,94±0,06
з АГС	0,82±0,03	1,05±0,01***	0,94±0,05	0,92±0,08

Отже, можна вважати, що застосування протекфлазиду в комплексі реабілітаційних заходів у жінок, які перенесли загострення ХСО, приводить до більш ефективного впливу на показники клітинного імунітету, що особливо виражено у разі наявних імунних порушень на початку такої реабілітації, яке в клінічному плані визначається як синдром підвищеної стомлюваності.

Таблиця 4

Вплив протекфлазиду на показники ФАМ у хворих на ХСО (M±m)

Показники	Основна група (n = 32)		Група співставлення (n = 28)	
	на початку реабілітації	після закінчення реабілітації	на початку реабілітації	після закінчення реабілітації
ФАМ: ФІ	13,5±0,5	18,4±0,8**	13,2±0,9	15,6±1,2
ФЧ	2,5±0,01	3,8±0,04***	2,6±0,12	2,8±0,49
ІА	14,1±0,2	18,9±0,09***	14,3±0,5	16,2±0,21*
ІП	14,4±0,3	21,5±0,02***	14,6±0,3	16,5±0,37*

У клінічному аспекті більш суттєве покращення імунних показників у хворих на ХСО з наявністю СПС під впливом протекфлазиду проявлялося більш швидкою нормалізацією самопочуття хворих (в середньому на 8,2±0,4 доби), прискоренням ліквідації болювого синдрому в придатках матки (в середньому на 9,4±0,1 доби) та його зникненням після завершення медичної реабілітації у 26-ти з 32-ми (70,3%) при показнику у групі співставлення 50% (14 з 28-ми осіб). Диспансерний нагляд показав, що менструальний цикл у всіх пацієнток основної групи відновився, при цьому мала місце нормалізація тестів функціональної діагностики, тоді як в групі співставлення у 3-х (10,7%) відмічалось порушення циклу у вигляді альго-, поліменореї та затримки менструації, що вимагало проведення додаткового лікування. В подальшому під час диспансерного спостереження протягом року лише у 3 (9,4%) пацієнток основної групи відновився тягучий біль внизу живота, тоді як у групі співставлення цей симптом відмічався у 6 (21,4%) осіб і виникав значно раніше (в середньому на 4,6±0,2 місяці). У останніх це супроводжувалося більш частим збереженням клінічних ознак СПС (табл. 1).

Так, якщо в основній групі серед хворих на СПС підвищена стомлюваність та слабкість після завершення реабілітації з використанням протекфлазиду зберігалися у 15,7% випадках, то у групі співставлення у 28,6%, тобто в 1,8 разів частіше. Періодичний субфебрилітет протягом 1-1,5 років диспансерного спостереження відмічався у 3 (9,4%) осіб основної групи при показнику у групі співставлення 5 (17,9%), що було в 1,9 разів частіше. Збільшення лімфатичних вузлів мало місце у 9,4% та 17,9% жінок основної та групи співставлення відповідно, їх чутливість при пальпації - у 6,3% та 10,7% (кратність різниці 1,7 рази); збільшення печінки реєструвалося у 9,4% і 10,7% пацієнток основної та групи співставлення відповідно. Показово, що червоний дермографізм після завершення реабілітаційних заходів у хворих групи співставлення виявлявся в 6,5 разів частіше (складаючи 60,7% при показнику в основній групі 9,4%). За час нашого спостереження (як

правило, протягом року) завагітніли три жінки основної групи з п'яти бажаних та лише одна з чотирьох із групи співставлення. При цьому у однієї пацієнтки основної та двох групи співставлення при ретельному обстеженні було виявлено рубцово-спаєчний процес у малому тазу, що, навіть, і стало причиною неможливістю запліднити.

Отже, реабілітація жінок, які перенесли загострення ХСО, з використанням протекфлазиду приводила до зменшення вираженості або ліквідації Т-лімфопенії, дисбалансу основних регуляторних субпопуляцій Т-клітин, зниження рівня аутоімунних реакцій, зростання показників ФАМ, особливо характеризуючих останню фазу фагоцитозу. У 29 (90,1%) пацієнток основної групи це проявилось повною нормалізацією вивчених імунних показників вже накінець прийому протекфлазиду, тоді як у хворих групи співставлення відновлення вивчених показників імунітету відбувалося більш сповільніше і в середньому зареєстровано на 25-30 днів пізніше. У всіх пацієнток основної групи відновлені імунологічні показники зберігалися на такому рівні протягом всього часу диспансерного спостереження, що поєднувалося зі стійкою клінічною ремісією сальпінгофориту і відсутністю ознак СПС. Щодо динаміки симптомів СПС, то їх збереження після завершення імунореабілітації в основній групі мало місце у 5 з 15 жінок (33,3%) з вихідно наявним СПС, що було в 1,7 рази рідше, ніж у групі співставлення (у 8 з 14 жінок, тобто в 57,1% випадках). При цьому вираженість клінічних проявів у хворих основної групи була значно меншою і майже не турбувала пацієнток. Повернення до звичайного ритму соціального життя було більш значущим і повноцінним в основній групі. Вищевикладене необхідно врахувати при розробці патогенетично обґрунтованих методів медичної реабілітації жінок з хронічним запаленням придатків матки, особливо, при наявності у них клініко-імунологічних ознак синдрому підвищеної стомлюваності.

Висновки.

У жінок, які перенесли загострення ХСО, в перші 1-3 місяці після завершення лікування в 48,3% випадків виявляється синдром підвищеної стомлюваності, клінічними критеріями якого є зниження працездатності, апатія, підвищена стомленість, періодичний субфебрилітет, підвищення захворюваності на ГРВІ, збільшення розмірів та чутливість печінки і лімфатичних вузлів, червоний дермографізм. У патогенетичному аспекті при цьому виявляється збереження Т-лімфопенії, дисбалансу основних регуляторних субпопуляцій за рахунок переважного зменшення рівня Т-хелперів/індукторів, підвищений рівень аутосенсibiliзації до аутоантигенів і бактеріальних алергенів, пригнічення індексів ФАМ, особливо щодо фази перетравлення.

Загострення і нестійкість ремісії сальпінгофориту більш властиве саме пацієнткам з наявними клініко-імунологічними критеріями СПС.

Включення до курсу імунореабілітації ХСО протекфлазиду сприяє більш скорішій нормалізації вивчених імунологічних показників, що в клінічному аспекті у переважній більшості пацієнток приводить до зникнення симптомів СПС та досягненню стійкої ремісії захворювання.

Література

1. Башмакова М.А. *Етиология и патогенез воспалительных заболеваний органов малого таза // Антибиотики в акушерстве и гинекологии.* - СПб.: СпецЛит., 2000. - С. 108-111.
2. Возианов А.Ф., Дранник Г.Н., Петровская И.А., Мусий М.Я. *Нарушения иммунитета и синдром повышенной утомляемости у жителей г. Киева // Врачеб. дело.* - 1991. - № 11. - С.14-17.
3. Занько С.Н., Косинец А.Н., Супрун Л.Я. *Хронические воспалительные заболевания придатков матки.* - Вицйбск, 1998. - 196 с.
4. Іванюта Л.І. *Сучасні аспекти патогенезу, діагностики та терапії запальних захворювань придатків матки // Педіатрія, акушерство та гінекологія.* - 1996. - №1. - С. 45-49.
5. Кузнецов Н.Ф., Бугаев А.И., Стяжина Е.М., Гусарова С.А. *Методики электростимуляции в реабилитации больных хроническим сальпингофоритом // Вопр. курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры.* - 1997. - № 6. - С. 48-51.
6. Малевич К.И., Русакевич П.С. *Лечение и реабилитация при гинекологических заболеваниях: Справ. пособие.* - Мн.: Выш. шк., 1994. - С. 171-173.

7. Протефлазид: Информационные материалы по свойствам и методикам применения. - Киев, 2002.-69 с.
8. Удовіка Н.О. Рівень циркулюючих імунних комплексів та показники реакції гальмування міграції лейкоцитів при хронічних сальпінгофоритах у жінок // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: Зб. наук. праць.- Київ; Луганськ; Харків, 2002.- Вип. 3 (42).- С. 228-233.
9. Удовіка Н.О., Лециньський П.Т., Фролов В.М. Спосіб лікування загострень хронічних сальпінгофоритів у жінок. - 52289 А. - Бюл. №12.
10. Фролов В.М., Пересадин Н.А. Моноклональные антитела в изучении показателей клеточного иммунитета у больных //Лаборат. дело. - 1989. - № 6.- С.71-72.
11. Фролов В.М., Пересадин Н.А., Пиеничный И.Я. Определение фагоцитарной активности моноцитов периферической крови у больных // Лаб. дело. – 1990.- №9. -С.27-29.
12. Фролов В.М., Дранник Г.Н. Проблемы иммуноэкологии: от синдрома повышенной утомляемости до синдрома хронической усталости // Имунологія та алергологія. - 1998. - №1.- С. 69-81.
13. Фролов В.М., Дранник Г.Н., Бариляк И.Р. Эпидемиологические и клинко-цитогенетические аспекты синдромов повышенной утомляемости и хронической усталости // Архив психіатрії. - 1998. - № 1(16). - С. 46-62.
14. Фролов В.М., Дранник Г.Н. Синдром повышенной утомляемости - патогенетические и клинические аспекты // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: Зб. наук. праць.- Київ; Луганськ; Харків, 2001.- Вип. 6 (38).- С. 195-199.
15. Чернушенко Е.Ф., Когосова Л.С., Голубка И.С. Аутоиммунные процессы и их роль в клинике внутренних болезней. - Киев: Здоров 'я, 1985. - 160 с.

Збірник наукових праць «Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології», Київ – Луганськ – Харків 2003, Стр.363-376