

**ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО**

ДУЖА – ЕЛІСТАЛ ОКСАНА ІГОРІВНА

УДК 618.11/12-002-036.12-085

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТОК, ХВОРИХ НА САЛЬПІНГООФОРИТ

14.01.01 – акушерство і гінекологія

АВТОРЕФЕРАТ
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Тернопіль - 2007

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в Медичному інституті Сумського державного університету Міністерства освіти та науки України

Науковий керівник: доктор медичних наук, професор

Краснопоясовська - Жерновая Яна Семенівна

Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, професор кафедри генетики та ультразвукової діагностики.

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор **Маланчук Лариса Михайлівна**, Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України, завідувач кафедри акушерства та гінекології;

доктор медичних наук, професор **Мазорчук Борис Федорович**, Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова МОЗ України, завідувач кафедри акушерства та гінекології № 1.

Захист відбудеться 28 листопада 2007 р. о 12 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради К 58.601.02 при Тернопільському державному медичному університеті ім. І.Я. Горбачевського за адресою: 4600, м. Тернопіль, майдан Волі, 1.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського (46001, м. Тернопіль, вул. Січових Стрільців, 8).

Автореферат розісланий 26 жовтня 2007 р.

Учений секретар
спеціалізованої вченої ради
кандидат медичних наук

В.О. Синицька

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. У складних екологічних умовах сьогодення питома вага запальних захворювань жіночих статевих органів у багатьох країнах світу має тенденцію до зростання (Г.М. Бобыр, 2000; Ю.П. Вдовиченко та ін., 2000; С.О. Іванюта та ін., 2001; О.А. Паламарчук, 2001; Mahon B.E. et al, 2005). Серед гінекологічних хворих, що звертаються на консультативний прийом, у 60-65% випадків мають місце запальні захворювання внутрішніх статевих органів, 30% з яких потребують стаціонарного лікування (Л.І. Іванюта, 1999; Г.М. Савельєва и др. 1999; Б.М. Венцківський та ін., 2001; В.И. Краснопольский и др., 2001; В.М. Запорожан та ін., 2004). Найбільш поширеними із усіх гінекологічних захворювань є хронічні запальні процеси, питома вага яких складає 60-80% (А.Г. Корнацкая и др., 2003; В.Я. Голота, 2004; С.І. Шелудченко та ін., 2007; W.L. Risser et all, 2004; P.K. Sand, 2004).

Базовим методом лікування загострень хронічного сальпінгофориту залишається антибіотикотерапія. Відома недостатня ефективність такого лікування і розвиток рецидивів у 20-77% (О.В. Ромащенко, 1999; А.А. Железная и др., 2002; А.В. Руденко та ін., 2003; Redecha M et al 2000). Це спонукало до розробки методики лімфотропної антибактеріальної терапії, яка є альтернативною до стандартної (Ю.М. Левін, 1986; Ю.А. Гуркін, 2000). Недоліком відомих методик є складність проведення терапії, неможливість застосування фізичної стимуляції лімфоутворення та значна кількість додаткових груп лімфовузлів, через які проходять антибактеріальні препарати.

Перераховане переконливо доводить нагальну необхідність пошуку нових шляхів у лікуванні пацієнок на хронічний сальпінгофорит з метою повернення їх до повноцінного суспільного та сімейного життя і підштовхнуло нас до розробки нової методики лімфотропної терапії, яка позбавлена наведених вище недоліків.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дане дослідження направлене на вирішення Національної програми „Репродуктивне здоров'я 2001-2005”. Робота є фрагментом комплексної науково-дослідної роботи медичного інституту Сумського державного університету „Вивчення стану здоров'я дитячого і дорослого населення Сумської області в умовах впливу соціальних, економічних і екологічних факторів”, державна реєстрація № 0105U002471 2005 року в Українському інституті науково-технічної та економічної інформації. Тема дисертації затверджена Вченою радою СумДУ 25.12.2003 року (витяг із протоколу засідання №5); експертною комісією АМН МОЗ України „Акушерство та гінекологія” 24.09.2004 року (протокол №5).

Мета і задачі дослідження. Оптимізувати лікування пацієнок на загострення хронічного сальпінгофориту, підвищити ефективність їх всебічної реабілітації та відтворення репродуктивного здоров'я на основі розробки нової методики антибактеріальної терапії.

Задачі:

1. Розробити власну модифікацію лімфотропної антибактеріальної терапії для лікування пацієнок на загострення хронічного сальпінгофориту, яка б дозволила уникнути недоліків уже існуючих методів та уточнити протипоказання для її проведення.
2. Дослідити динаміку загального аналізу крові та різних ланок імунної системи під впливом лімфотропної терапії.
3. За допомогою ультразвукової доплерографії визначити вплив запропонованої методики терапії на картину кровотоку додатків матки.
4. Вивчити об'єм та центральний і периферійний кровоток у селезінці у різні фази оваріально-менструального циклу.
5. З'ясувати вплив лімфотропної терапії у віддалений період на розлади оваріально-менструального циклу та репродуктивне здоров'я пацієнок, хворих на хронічний сальпінгофорит.
6. На підставі лейкоформули встановити типи адаптаційних реакцій та зміну імунної реактивності у різні пори року, довести можливість динамічного контролю за перебігом загострення хронічного сальпінгофориту за цими реакціями при застосуванні лімфотропної терапії.
7. Прослідкувати особливості клінічного перебігу загострення хронічного сальпінгофориту та вивчити віддалені результати і рівень реабілітації під впливом лікування за запропонованою методикою.

Об'єкт дослідження. Пацієнтки на загострення хронічного сальпінгофориту.

Предмет дослідження. Вплив лімфотропної терапії на перебіг і результати лікування пацієнок на загострення хронічного сальпінгофориту та зміну імунної реактивності організму пацієнок.

Методи дослідження. Для постановки діагнозу, оцінки характеру та динаміки процесу, визначення результатів лікування використовувався комплекс загальноприйнятих методів дослідження: клініко-лабораторних, мікробіологічних, імунологічних, функціональних та променевих: ультразвукове дослідження, доплерографія.

Статистичну обробку отриманих результатів проводили на персональному комп'ютері методом варіаційної статистики з використанням критерію Ст'юдента (Лакин Г. Ф. 1990). Відмінність показників вважали вірогідною при $p < 0,05$.

Наукова новизна одержаних результатів. Розроблено модифікацію патогенетичної лімфотропної терапії для лікування пацієнок на загострення хронічного сальпінгофориту, в основі якої є збудження лімфоутворення фізичними методами та хілуретичними препаратами у ділянці стегна, найбільше наближеній до регіональних лімфатичних вузлів, після чого з проміжками часу у 5

хвилин, не виймаючи голки, вводяться препарати патогенетичної дії: спазмолітики, дезагреганти та протитромботичні, знеболюючі і протимікробні.

Вперше доведено позитивний вплив лімфотропної терапії на динаміку функціонального стану імунної системи у різні фази оваріально-менструального циклу.

Показана можливість контролю за ефективністю запропонованої методики шляхом ультразвукового дослідження додатків матки та селезінки і зв'язку між зміною параметрів останніх та імунними адаптативними реакціями.

Практичне значення одержаних результатів. На підставі аналізу результатів досліджень визначені покази та протипокази до лімфотропної терапії, критерії ефективності консервативної терапії загострень хронічного сальпінгоофориту. Скорочено термін перебування пацієток у стаціонарі, добова і курсова доза антибіотиків. Зменшена кількість рецидивів захворювання, покращене репродуктивне здоров'я пацієток у віддалений період.

Результати досліджень впроваджені у клінічну практику гінекологічних відділень Сумського обласного центру акушерства, гінекології та репродуктології, Сумської центральної міської клінічної лікарні, Охтирської центральної районної лікарні, Волинської обласної клінічної лікарні та Полтавського міського клінічного пологового будинку.

Особистий внесок здобувача. Здобувач самостійно вибрала тему, провела огляд літератури та патентний пошук; розробила нову методику патогенетичної лімфотропної терапії та технологію обстеження двох груп пацієток на загострення хронічного сальпінгоофориту, ультразвукового доплерографічного дослідження картини кровотоку у додатках матки і селезінці; вивчила зміни адаптаційних реакцій, реактивності організму та функціонального стану імунної системи у різні фази оваріально-менструального циклу; провела лікування і передала методику лікарям відділень, у яких вона втілена; дослідила безпосередні та віддалені результати терапії; статистично обробила отримані дані.

Апробація результатів дисертації. Матеріали дисертаційної роботи оприлюднені на обласних конференціях акушерів – гінекологів Сумської області (2004, 2005, 2006); міжвузівській конференції молодих вчених „Медицина третього тисячоліття” (Харків, 2006); на міжнародних науково-практичних конференціях студентів, молодих вчених, лікарів та викладачів „Актуальні питання експериментальної та клінічної медицини” (Суми 2005, 2006, 2007); міжнародній науково-практичній конференції „Репродуктивне здоров'я жінки” (Тернопіль, 2007).

Публікації. За темою дисертації опубліковано 10 наукових робіт, у тому числі 7 статей у фахових наукових виданнях, рекомендованих ВАК України, 2 – у матеріалах тез і конференцій, одному Патенті України на корисну модель.

Обсяг та структура дисертації. Дисертація викладена на 180 сторінках друкованого тексту, основний обсяг становить 149 сторінок, ілюстрована 22 малюнками і 26 таблицями. Дисертація

складається із вступу, 5 розділів, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел літератури, що включає 324 бібліографічних описів (107 іноземних авторів) та додатків.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Об'єкт, методи та методологія дослідження. Вивчено перебіг та результати лікування 190 пацієнток на загострення хронічного неспецифічного сальпінгофориту у віці 20-34 років із збереженим двофазним оваріально-менструальним циклом при тривалості захворювання від 3 до 7 років. У основній групі знаходилося 97 пацієнток, яким проводили лікування за запропонованою новою методикою лімфотропної антибактеріальної терапії. У групі порівняння було 93 пацієнтки, які лікувались за стандартною антибактеріальною терапією. Контрольну групу склали 36 практично здорових осіб. Порушень морально-етичних норм при проведенні досліджень комісією з питань біомедичної етики Сумського державного університету (протокол №5 від 20.04.2006) не виявлено.

Результати лікування оцінювали за клінічним перебігом захворювання. Вивчали скарги загального та місцевого характеру, серед яких основну увагу надавали больовому синдрому за всіма його характеристиками, що оцінювали за шкалою В.В. Архипової у модифікації Г.Т. Утепової (1998). Головними об'єктивними показниками були температура, дані бімануального обстеження, результати ультрасонографії, при якій окрім вивчення органів малого тазу, вивчали характер кровотоку у маткових та яєчникових артеріях, а також у центральній та периферійній зонах селезінки з визначенням її об'єму (І.Д. Дужий, 2002). Абдомінальну ехографію виконували на сканері ALOKA SSD 1700 при наповненому сечовому міхурі за відомими стандартними методиками (Т.М. Козаренко, 2006). Окрім загальних лабораторних досліджень крові були вивчені адаптаційні реакції організму за відносною та абсолютною кількістю лімфоцитів у периферійній крові. Залежно від кількості останніх, констатували реакції стресу, реакції переактивації, реакції активації та тренування. До фізіологічних адаптаційних реакцій відносили реакції активації та тренування, які відбивають динамічну рівновагу гомеостазису. Поява таких реакцій в процесі лікування – свідчення зменшення сили подразника, тобто зворотній перебіг запалення. Неповноцінними адаптаційними реакціями вважали реакції стресу та переактивації, які відбивають стан дезадаптації в організмі, та несприятливий перебіг запалення. За адаптаційними реакціями були вивчені типи реактивності. Фізіологічну реактивність відображав адекватний тип. Патологічну реактивність – гіперреактивний, гіпореактивний, парадоксальний та ареактивний типи реактивності (В.И. Трофимов, 2003). Ступінь інтоксикації вивчали за лейкоцитарним індексом інтоксикації (Я.Я. Кальф-Каліф, 1950), гематологічним індексом інтоксикації (В.С. Васильєв, 1984) та модифікованим лейкоцитарним індексом інтоксикації (Є.А. Петросян, 2004). Стан імунної системи

оцінювали за рівнем імунокомпетентних клітин (CD3 – Т-лімфоцити, CD22 – В-лімфоцити, CD4 – Т-хелпери, CD8 – Т-супресори), фагоцитарної активності поліморфноядерних нейтрофілів (О.С. Прилуцький та ін., 2005); циркулюючих імунних комплексів (М.Ю. Гаєвська, 2000); вмісту імуноглобулінів G, M, A за допомогою імуноферментної тест-системи (Державний реєстраційний номер № 1247/2002 ТОВ НВЛ „Гранум” м. Харків); гетерофільних аглютининів в реакції Пауля – Буннеля за гемаглютинацією; великих гранулярних лейкоцитів за характерними у цитоплазмі азурофільними гранулами при забарвленні по Папенгейму; титром загального комплементу (В.В. Меньшиков, 1987), використовуючи універсальний метод А.М. Земскова (2005) та рекомендації Є.Ф. Чернушенко і Л.С. Когосової.

Мікроскопію отриманого матеріалу проводили шляхом вивчення нативних препаратів, а також забарвлених 1,0% водним розчином метиленового синього, методом Грама та Романовського – Гімзе. Культуральні дослідження з метою виділення та ідентифікації збудників вивчали, застосовуючи спеціальні середовища. Кількісну оцінку різних видів мікроорганізмів здійснювали за критеріями Л.В. Авдєєва (2005). Для визначення чутливості виділеного збудника до широкого спектру препаратів застосовували метод дифузії в агар з використанням стандартних дисків з антибіотиками виробництва Науково-дослідного центру фармакотерапії м. Санкт-Петербург та ТОВ „Аспект” м. Київ. Визначали три варіанти дисбіозу піхви та цервікального каналу (А.Г. Корнацкая и др., 2003). З метою виключення хламідійної та мікоплазменної інфекцій застосовували метод твердофазового імуноферментного „сандвіч”-варіанту аналізу та полімеразно-ланцюгової реакції.

Результати досліджень та їх обговорення.

За суб’єктивними симптомами і репродуктивною функцією пацієнок, даними об’єктивних та мікробіологічних досліджень пацієнтки обох груп достовірно не відрізнялись ($p > 0,05$), що дає право для порівняння і статистичної обробки отриманих результатів.

Враховуючи вимоги ВООЗ до антибіотиків при сучасних інфекціях, за базовий антибіотик при лімфотропній терапії ми вибрали ампісульбін. У групі порівняння антибіотики застосовувались за стандартною схемою.

Після лімфотропної терапії у першій фазі оваріально-менструального циклу (ОМЦ) об’єм запалених яєчників зменшився на 45,73%, що достовірно більше ($p' < 0,001$) у 1,7 рази, ніж у групі порівняння (на 26,98%). У пацієнок, що знаходились у другій фазі ОМЦ, зменшення об’єму запалених яєчників на 41,88% було достовірно більшим у 1,6 рази ($p' < 0,05$), ніж у пацієнок групи порівняння (на 25,84%).

У першу фазу ОМЦ зміна V_{mx} у яєчникових артеріях була достовірно більшою у основній групі у 9,4 рази від групи порівняння; V_{mn} у цій групі збільшилось у 2,4 рази при майже не зміненій швидкості у групі порівняння; відношення V_{mx} / V_{mn} у основній групі зменшилось, а у групі порівняння збільшилось із загальною різницею на 34,91%. Індекс резистентності (RI) у основній групі зменшився, а

у групі порівняння збільшився із загальною різницею на 15,11% ($p < 0,001$). У другій фазі ОМЦ V_{mx} у основній групі збільшилась, а у групі порівняння зменшилась із загальною різницею на 12,89% ($p < 0,001$), V_{mn} у основній групі збільшилась відносно групи порівняння на 25,46% ($p < 0,01$). Зменшення відношення V_{mx} / V_{mn} та RI у основній групі стосовно групи порівняння було недостовірним ($p > 0,05$).

У маткових артеріях V_{mx} у першу фазу ОМЦ під впливом лімфотропної терапії достовірно збільшилась у 4,8 рази відносно групи порівняння ($p < 0,01$); V_{mn} збільшилась у 7,0 разів ($p < 0,001$); зміна відношення V_{mx} / V_{mn} та RI були більш суттєвими у основній групі, але недостовірними ($p > 0,05$) порівняно із групою порівняння. У другій фазі ОМЦ V_{mx} у основній групі збільшилась, а у групі порівняння – зменшилась із різницею на 19,98% ($p < 0,001$); V_{mn} у основній групі збільшилась, а у групі порівняння зменшилась із різницею на 35,30% ($p < 0,001$); відношення V_{mx} / V_{mn} у основній групі зменшилось, а у групі порівняння збільшилось ($p < 0,001$); RI у основній групі зменшився, а у групі порівняння – збільшився, але недостовірно ($p > 0,05$). Таким чином лімфотропна терапія у всіх фазах ОМЦ більш суттєво покращувала кровоток за рахунок зміни швидкості та зменшення периферійного опору та пружності судинної стінки, що покращувало кровоток у додатках матки.

Під впливом лімфотропної антибактеріальної терапії кровоток у першій фазі ОМЦ у центральній зоні селезінки за рахунок V_{mx} прискорювався у 2,1 рази більше, ніж на периферії, при одночасному зменшенні периферійного опору від 0,7376 до 0,5799 ($p < 0,001$) збільшувався об'єм селезінки на 12,26% ($p < 0,05$) і на цьому тлі зменшувався рівень інтоксикації ($p < 0,001$). У групі порівняння ці зміни були недостовірними ($p > 0,05$).

У другій фазі ОМЦ при лімфотропній терапії у центральній зоні селезінки відбулось покращання кровотоку за рахунок збільшення V_{mx} і V_{mn} , а у групі порівняння спостерігалось сповільнення кровотоку. Зменшення судинного опору у основній групі за відношенням V_{mx} / V_{mn} перевершило у 5,0 разів вплив стандартної терапії, а за RI – у 2,7 рази. На периферії селезінки у основній групі за відношенням V_{mx} / V_{mn} та за RI покращання мікроциркуляції було достовірним ($p < 0,001$; $p < 0,001$). Саме ці зміни сприяли покращанню функції селезінки, що і вело до позитивної зміни показників інтоксикації. У основній групі збільшення об'єму селезінки у першій фазі ОМЦ перевершувало таке у групі порівняння у 7,4 рази ($p < 0,01$). У другій фазі ОМЦ вплив лімфотропної терапії був мінімальним і селезінка збільшилася на 0,7%, а при стандартній антибактеріальній терапії – зменшилася на 5,87% ($p < 0,05$). З урахуванням цих двох показників у другій фазі циклу, коли статеві органи жінки підготовлені до вагітності, можна вважати, що гормональний баланс організму є найбільш оптимальним і забезпечує „недоторканість” імунокомпетентних органів до дії будь – яких подразників, у тому числі і антибактеріальних препаратів, що і забезпечило збереження об'єму селезінки у пацієнток основної групи, підтверджуючи фізіологічність її впливу на весь організм жінок. Але подразнення продук-

тами розпаду антибіотиків при стандартній антибактеріальній терапії значно сильніше подразнювало селезінку, ніж при лімфотропній терапії, що і призвело до зменшення її об'єму. Разом із цим, суттєве збільшення селезінки у першій фазі циклу, на нашу думку, є свідченням імуномодуючого впливу лімфотропної терапії на імунокомпетентні органи взагалі і на селезінку зокрема.

У зимовий та весняний періоди виявлялась достовірно більша кількість неповноцінних адаптаційних реакцій та змінювалась реактивність організму і превалювали патологічні її типи над фізіологічним від 3,3 до 8,2 разів, що і було підґрунтям розвитку загострення хронічних сальпінгоофоритів. Найменша кількість пацієнок із рецидивами цього захворювання зустрічалась в осінній період, коли кількість осіб із патологічними (4,74%) та фізіологічним (3,68%) типами реактивності достовірно не відрізнялась.

У пацієнок основної групи до лікування неповноцінні адаптаційні реакції достовірно превалювали над повноцінними у 2,0 рази, а у пацієнок групи порівняння – у 1,2 рази. Після проведеної лімфотропної терапії кількість повноцінних адаптаційних реакцій стала більшою від неповноцінних у 1,6 рази ($p < 0,01$), у той час як після стандартної антибактеріальної співвідношення повноцінних і неповноцінних реакцій залишилось без змін. Зазначене свідчить про регулюючий вплив лімфотропної антибактеріальної терапії на адаптаційні реакції і відсутність такого під впливом стандартної антибактеріальної терапії.

Після лімфотропної терапії у пацієнок основної групи кількість обстежених із адекватним типом реактивності достовірно збільшилась на 19,59%, а у групі порівняння – залишилась без змін ($p' < 0,001$). Кількість хворих у основній групі із парадоксальним типом реактивності зменшилась на 18,59% ($p < 0,01$), а під впливом стандартної терапії – збільшилась на 10,76% ($p > 0,05$; $p' < 0,001$). Кількість пацієнок із гіперреактивним типом у основній групі збільшилась на 9,28% ($p < 0,01$), а у групі порівняння – зменшилась на 2,15% ($p > 0,05$; $p' < 0,01$). Кількість обстежених із гіпореактивним типом у обох групах змінилась недостовірно. Кількість пацієнок із ареактивним типом зменшилась на 13,40% ($p < 0,01$) у основній групі і на 8,6% – у групі порівняння ($p < 0,05$). Отже, при лімфотропній терапії зникає реактивність з мінімальною імунною відповіддю, піднімаючись на один – два рівні вище, а за стандартною терапією спостерігається лише перерозподіл кількості осіб із патологічними типами реактивності.

При вивченні показників синдрому інтоксикації встановлено зменшення лейкоцитарного індексу інтоксикації у першій фазі оваріально – менструального циклу (ОМЦ) у основній групі на 68,26% ($p < 0,001$), а у групі порівняння – на 4,47% ($p > 0,05$), що більше у 15,3 рази на користь лімфотропної терапії ($p' < 0,001$). Модифікований лейкоцитарний індекс інтоксикації під впливом лімфотропної терапії зменшився у 4,9 рази більше стосовно стандартної терапії ($p' < 0,001$), а гематологічний індекс інтоксикації – у 10,7 рази ($p' < 0,001$). У пацієнок, що перебували у другій фазі ОМЦ, лейкоцитарний індекс інтоксикації зменшився на 69,39% у основній групі ($p < 0,001$), а

у групі порівняння – збільшився на 0,84% ($p > 0,05$) різниця склала 70,23% ($p' < 0,001$). Модифікований лейкоцитарний індекс інтоксикації у основній групі зменшився на 45,94% ($p < 0,001$), а у групі порівняння – на 2,37% ($p > 0,05$), що менше у 19,38 рази ($p' < 0,001$). Гематологічний індекс інтоксикації у основній групі зменшився на 78,38% ($p < 0,001$), а у групі порівняння – на 2,68% ($p > 0,05$), що менше у 29,2 рази ($p' < 0,001$). Наведені дані свідчать про значний сануючий вплив лімфотропної терапії і майже відсутність такого при стандартній терапії.

Вивчені індекси інтоксикації під впливом лімфотропної терапії значно зменшувались у всіх фазах ОМЦ на тлі збільшення об'єму селезінки. Навіть у другій фазі ОМЦ при незначному збільшенні селезінки в основній групі (0,70%), показники рівня інтоксикації зменшувались, що свідчить про її позитивний вплив на дезінтоксикацію. У другій фазі ОМЦ при стандартній терапії на тлі зменшеної в об'ємі селезінки рівень інтоксикації за лейкоцитарним індексом інтоксикації навіть збільшився, що свідчить про негативний вплив стандартної терапії на дезінтоксикаційну функцію селезінки.

При дослідженні крові, перш за все, була звернена увага на усереднений вміст її окремих елементів. Загальна кількість лейкоцитів у здорових жінок становила $5,03 \pm 0,07 \cdot 10^9$ /л. Збільшена їх кількість у пацієток обох груп ($p < 0,001$) після лікування достовірно зменшилась ($p < 0,001$) до $5,49 \pm 0,11 \cdot 10^9$ /л у основній групі та до $5,18 \pm 0,16 \cdot 10^9$ /л у групі порівняння. Кількість пацієток із гіперфункцією імунної системи другого та третього ступенів за цим показником у основній групі зменшилась на 40,2%, а у групі порівняння – на 6,4% ($p' < 0,001$); осіб із гіпофункцією імунної системи другого та третього ступенів у основній групі не було, а у групі порівняння їх кількість збільшилась на 19,4% ($p' < 0,001$). Кількість осіб без порушень функції імунної системи у основній групі збільшилась на 7,2%, чого не спостерігалось у групі порівняння ($p' < 0,05$). Рівень швидкості зсідання еритроцитів (ШЗЕ) у здорових жінок становив $7,00 \pm 0,58$ мм/год. Збільшений ($p < 0,001$) його рівень у пацієток обох груп після лікування в основній групі достовірно зменшився до $11,02 \pm 0,41$ мм/год ($p < 0,001$), а у групі порівняння – залишився без достовірних змін: $10,41 \pm 0,64$ мм/год. Кількість пацієток із гіперфункцією імунної системи у основній групі за ШЗЕ зменшилась на 3,1% за рахунок осіб із другим та третім ступенями, а у групі порівняння відбулось збільшення кількості таких пацієток на 7,6% ($p' < 0,01$); із гіпофункцією за цими ступенями у основній групі кількість осіб зменшилась на 10,0% ($p < 0,05$), а у групі порівняння – на 6,4% ($p > 0,05$). У здорових жінок відносна кількість паличкоядерних нейтрофілів становила $1,17 \pm 0,06\%$. Збільшена їх кількість ($p < 0,001$) в обох групах достовірно ($p < 0,001$) зменшилась до $1,48 \pm 0,09\%$ в основній групі та до $1,87 \pm 0,11\%$ у групі порівняння. При цьому кількість осіб із розладами другого та третього ступенів гіперфункції імунної системи зменшилось на 43,3%, а у групі порівняння – на 5,4% ($p' < 0,001$); кількість пацієток із гіпофункцією цього рівня в обох групах недостовірно зменшилась, а без розладів у імунній системі зросла у 4,2 рази на користь лімфотропної терапії. Від-

носний вміст сегментоядерних нейтрофілів у здорових жінок становив $60,00 \pm 0,54\%$. Збільшена їх кількість до $63,30 \pm 0,58\%$ ($p < 0,001$) у пацієток основної групи після лікування достовірно зменшилась до $57,98 \pm 0,47\%$ ($p < 0,001$), а у пацієток групи порівняння – залишилась без достовірних змін $58,70 \pm 0,84\%$. Кількість пацієток із гіперфункцією імунної системи у основній групі за цим показником зменшилась на $32,0\%$ ($p < 0,001$) за рахунок розладів першого ступеня, а із гіпофункцією імунної системи за цим рівнем зросла на $21,6\%$ ($p < 0,001$). У групі порівняння достовірних змін не було. Без розладів у імунній системі кількість пацієток у основній групі збільшилась у $3,8$ рази ($p < 0,01$), а у групі порівняння – недостовірно зменшилось ($p > 0,05$). Відносна кількість еозинофілів у здорових жінок становила $3,06 \pm 0,17\%$. Зменшена їх кількість ($p < 0,001$) в обох групах після лікування достовірно збільшилась від $1,59 \pm 0,15\%$ до $3,54 \pm 0,19\%$ у основній групі ($p < 0,001$), а у групі порівняння – від $2,06 \pm 0,19\%$ до $2,62 \pm 0,22\%$ ($p > 0,05$). Кількість осіб із другим та третім ступенями гіперфункції імунної системи у основній групі збільшилась на $27,8\%$, а у групі порівняння – на $11,8\%$ ($p < 0,01$); із гіпофункцією цього рівня кількість пацієток у основній групі зменшилась на $52,5\%$, а у групі порівняння – на $9,6\%$ ($p < 0,001$). Відносна кількість моноцитів у здорових жінок становила $6,00 \pm 0,21\%$. Деяко зменшена їх кількість в обох групах ($p > 0,05$) після лікування не змінилась ($p > 0,05$). Число осіб із гіперфункцією імунної системи другого та третього ступенів у основній групі зменшилось на $10,3\%$ ($p < 0,05$), а із гіпофункцією такого рівня розладів – на $13,4\%$ ($p < 0,05$). У групі порівняння достовірних змін не було. Без розладів імунної системи у основній групі кількість пацієток збільшилась по відношенню до групи порівняння у $2,4$ рази ($p < 0,05$). Відносна кількість лімфоцитів у здорових жінок дорівнювала $30,67 \pm 0,41\%$. Достовірно зменшена їх кількість у пацієток обох груп після лікування у основній групі збільшилась від $25,67 \pm 0,68\%$ до $30,86 \pm 0,51\%$ ($p < 0,001$), а у групі порівняння – від $28,90 \pm 0,71\%$ до $30,48 \pm 0,71\%$ ($p > 0,05$). Збільшення на $26,8\%$ ($p < 0,001$) кількості осіб із гіперфункцією першого ступеня у основній групі відбулось за рахунок достовірного зменшення на $24,7\%$ ($p < 0,001$) осіб із другим та третім ступенями гіпофункції імунної системи, в той час як у групі порівняння кількість пацієток із різними розладами суттєво не змінилась ($p > 0,05$) (табл. 1).

Таблиця 1

Порівняння ефективності впливу (у відсотках) лімфотропної та стандартної терапії на розлади імунної системи за загальним аналізом крові

Розлади (у ступенях)	Основна група n=97	Група порівняння n=93	p'
першого	+15,6	+3,2	0,01
другого та третього	-24,8	-1,1	0,001
без розладів	+9,3	+3,2	♦

Примітка.

p' – достовірна відмінність порівняно із основною групою; \blacklozenge – $p' > 0,05$ – відсутність достовірності відмінностей порівняно із основною групою.

У здорових жінок відносна кількість Т-лімфоцитів (CD3) дорівнювала $56,33 \pm 0,38\%$. Зменшена їх кількість ($p < 0,001$) після лікування в обох групах достовірно ($p < 0,001$) збільшилась: від $51,79 \pm 0,91\%$ до $55,96 \pm 0,32\%$ у основній групі та від $48,43 \pm 0,70\%$ до $53,03 \pm 0,38\%$ у групі порівняння. При цьому кількість пацієток із гіперфункцією першого ступеня достовірно збільшилась на $32,0\%$ ($p < 0,001$) за рахунок зменшення осіб із гіпофункцією другого та третього ступенів на $9,3\%$ ($p < 0,01$), а у групі порівняння достовірних змін не відбулось ($p > 0,05$). Відносний вміст В-лімфоцитів (CD22) у здорових жінок становив $27,5 \pm 0,29\%$. Достовірно ($p < 0,001$) зменшений вміст цих клітин у пацієток обох груп після лікування збільшився від $25,53 \pm 0,43\%$ до $29,60 \pm 0,34\%$ ($p < 0,001$) у основній групі та від $24,76 \pm 0,37\%$ до $26,35 \pm 0,34\%$ ($p < 0,01$) у групі порівняння. Кількість осіб із гіперфункцією імунної системи у обох групах після лікування достовірно збільшилась за рахунок зменшення ($p < 0,001$) осіб із гіпофункцією першого ступеня. Відносна кількість Т-хелперів (CD4) у здорових жінок була на рівні $34,17 \pm 0,78\%$. Зменшена кількість ($p < 0,001$) цих клітин у обох групах після лікування достовірно збільшилась ($p < 0,001$): від $25,60 \pm 0,46\%$ до $33,24 \pm 0,39\%$ у основній групі та від $25,84 \pm 0,47\%$ до $28,17 \pm 0,40\%$ у групі порівняння. Кількість пацієток із гіперфункцією імунної системи першого ступеня у основній групі збільшилась на $34,0\%$ ($p < 0,001$), за рахунок зменшення загальної кількості випадків із гіпофункцією на $42,3\%$ ($p < 0,001$). У групі порівняння за цим показником зміни були недостовірними ($p > 0,05$). Кількість осіб без розладів у основній групі за CD4 була більшою у $3,9$ рази стосовно групи порівняння ($p' < 0,05$). Відносна кількість Т-супресорів (CD8) у здорових жінок дорівнювала $20,17 \pm 0,33\%$. Дещо збільшена їх кількість у основній групі ($p < 0,01$) після лікування залишилась на рівні $21,39 \pm 0,32\%$ ($p > 0,05$). У групі порівняння нормальний їх рівень збільшився після лікування до $21,64 \pm 0,32\%$ ($p < 0,001$). Кількість осіб із гіпер- та гіпофункцією імунної системи у основній групі за цим показником не змінилась ($p > 0,05$), а у групі порівняння кількість осіб із гіперфункцією першого ступеня збільшилась на $26,9\%$ ($p < 0,001$) за рахунок зменшення осіб із першим ступенем гіпофункції на $30,1\%$ ($p < 0,001$). У здорових жінок відносний вміст нульових лімфоцитів (0-лімфоцити) був на рівні $28,83 \pm 0,65\%$. Достовірно менша кількість цих клітин у пацієток обох груп після лікування у основній групі досягла норми ($p > 0,05$), а у групі порівняння збільшилось до $26,68 \pm 0,35\%$ ($p < 0,05$; $p < 0,001$). Кількість пацієток із гіпер- та гіпофункцією другого та третього ступенів в основній групі достовірно зменшилась на $8,3\%$ ($p < 0,01$) та $19,6\%$ ($p < 0,001$) відповідно. У групі порівняння зміни кількості пацієток із цим рівнем порушень імунної системи не відбулось ($p > 0,05$). Кількість осіб без розладів у імунній системі після лікування стала більшою у $6,5$ рази на користь лімфотропної терапії ($p' < 0,05$) (табл. 2).

Порівняння ефективності впливу (у відсотках) лімфотропної та стандартної терапії на розлади імунної системи за рівнем імунокомпетентних клітин

Розлади (у ступенях)	Основна група n=97	Група порівняння n=93	p'
першого	+12,4	+1,1	0,001
другого та третього	-13,4	-1,1	0,001
без розладів	+2,0	-	♦

Примітка.

p' – достовірна відмінність порівняно із основною групою; ♦ – p' > 0,05 – відсутність достовірності відмінностей порівняно із основною групою.

Рівень загальної фагоцитарної активності у здорових жінок становив $25,83 \pm 0,78$ у.о. У пацієнток обох груп цей показник був зменшений ($p < 0,001$). Після лікування у основній групі він достовірно збільшився від $18,91 \pm 0,29$ у.о. до $24,59 \pm 0,33$ у.о. ($p > 0,05$; $p < 0,001$), у групі порівняння ці зміни були менш суттєвими: від $21,01 \pm 0,25$ у.о. до $22,10 \pm 0,35$ у.о. ($p < 0,001$; $p < 0,05$). Кількість осіб із першим ступенем гіперфункції імунної системи у основній групі збільшилась на 19,6% ($p < 0,001$), а у групі порівняння – зменшилась на 15,0% ($p < 0,05$). Число осіб із гіпофункцією другого та третього ступенів у основній групі зменшилась на 26,8% ($p < 0,001$), а у групі порівняння – залишилось без змін ($p > 0,05$). При цьому у основній групі кількість осіб без порушень у імунній системі збільшилась на 9,2%, що більше у 2,9 рази ніж у групі порівняння. Фагоцитарне число у здорових жінок становило $2,84 \pm 0,07$ у.о. Достовірно зменшений його рівень в обох групах після лікування у основній групі досяг норми ($p > 0,05$; $p < 0,001$), а у групі порівняння збільшився до $2,73 \pm 0,07$ у.о. ($p > 0,05$). При цьому в основній групі число осіб із гіперфункцією імунної системи першого ступеня достовірно збільшилась на 19,6% ($p < 0,001$), а у групі порівняння – зменшилась на 16,1% ($p < 0,01$). При гіпофункції імунної системи в основній групі кількість осіб із другим та третім ступенями розладу достовірно зменшилась на 38,1% ($p < 0,001$), а у групі порівняння – збільшилась на 9,6% ($p < 0,05$). Фагоцитарний показник у здорових жінок знаходився у межах $24,67 \pm 0,70\%$. Зменшений його рівень в обох групах ($p < 0,001$) у основній групі після лікування збільшився від $16,74 \pm 0,28\%$ до $23,46 \pm 0,32\%$ ($p > 0,05$; $p < 0,001$), у групі порівняння – до $21,03 \pm 0,33\%$ ($p < 0,001$; $p > 0,05$). При цьому в основній групі число осіб із гіпофункцією другого та третього ступенів зменшилась на 29,9% ($p < 0,001$), а у групі порівняння недостовірно збільшилось на 6,4%. У здорових жінок кількість ЦК II порядку дорівнювала $27,67 \pm 0,57$ у.о. Достовірно збільшена їх кількість в обох групах під впливом лімфотропної терапії зменшилась від $33,56 \pm 1,19$ у.о. до $26,27 \pm 1,66$ у.о. ($p < 0,001$), а під впливом стандартної терапії від $36,29 \pm 3,77$ у.о. до $28,41 \pm 2,45$ у.о. ($p > 0,05$). Кількість осіб із другим та третім ступенями гіперфункції за цим показником у основній групі зменшилась на 35,1% ($p < 0,001$), а у групі порівняння – залишилась без змін ($p > 0,05$).

Число осіб із гіпофункцією імунної системи при лімфотропній терапії збільшилась за першим ступенем на 13,4% ($p < 0,05$), при стандартній терапії відбувся перерозподіл між кількістю осіб із першим та другим і третім ступенями ($p < 0,001$). Без розладів у імунній системі у основній групі кількість осіб збільшилась у 10,3 рази ($p' < 0,001$) стосовно групи порівняння. У здорових жінок рівень IgG дорівнював $9,88 \pm 0,12$ г/л. У пацієток основної групи до лікування він становив $9,19 \pm 0,29$ г/л ($p \leq 0,05$), а після лікування – $9,80 \pm 0,14$ г/л ($p \leq 0,05$; $p > 0,05$). У пацієток групи порівняння до лікування даний показник дорівнював $9,60 \pm 0,21$ г/л ($p \leq 0,05$; $p' > 0,05$), а після лікування – $10,35 \pm 0,26$ г/л ($p \leq 0,05$; $p < 0,005$; $p' > 0,05$). Кількість пацієток із другим та третім ступенями гіперфункції імунної системи за IgG у основній групі зменшилась на 12,4% ($p < 0,001$), а у групі порівняння – збільшилась на 21,5% ($p' < 0,001$). Число осіб із гіпофункцією другого та третього ступенів у основній групі зменшилось на 19,6% ($p < 0,001$), а у групі порівняння залишилось без змін ($p > 0,05$). Рівень IgM у здорових жінок становив $2,03 \pm 0,07$ г/л. Достовірно збільшений їх рівень в обох групах після лікування зменшився: від $2,38 \pm 0,11$ г/л до $1,62 \pm 0,03$ г/л ($p < 0,001$) у основній групі та від $2,37 \pm 0,11$ г/л до $1,50 \pm 0,07$ у групі порівняння ($p < 0,001$). Кількість осіб із гіперфункцією другого та третього ступенів за даним показником в основній групі зменшилась на 40,2% ($p < 0,001$), а у групі порівняння – на 10,7% ($p > 0,05$). Число осіб із другим та третім ступенями гіпофункції імунної системи в основній групі зменшилась на 14,4% ($p < 0,01$), а у групі порівняння – збільшилась на 34,4% ($p < 0,001$). У здорових жінок рівень IgA становив $2,50 \pm 0,10$ г/л. Після лімфотропної терапії рівень його збільшився від $1,64 \pm 0,11$ г/л до $2,91 \pm 0,05$ г/л ($p < 0,001$), а після стандартної терапії – зменшився від $2,76 \pm 0,10$ г/л до $1,57 \pm 0,06$ г/л ($p < 0,001$). Кількість осіб із другим та третім ступенями гіперфункції в основній групі збільшилась на 26,8% ($p < 0,001$), а у групі порівняння – зменшилась на 16,1% ($p < 0,001$). При гіпофункції імунної системи кількість осіб із другим та третім ступенями у основній групі зменшилась на 64,9% ($p < 0,001$), а у групі порівняння – збільшилась на 41,9% ($p < 0,001$). У здорових жінок відносна кількість великих гранулярних лімфоцитів (ВГЛ) склала $2,33 \pm 0,19\%$. Значно зменшена (до рівня $0,72 \pm 0,09\%$, $p \leq 0,001$) їх кількість у основній групі після лікування збільшилась до $1,72 \pm 0,08\%$ ($p < 0,001$); у групі порівняння – достовірно не змінилась $1,74 \pm 0,10\%$. Рівень титру загального комплементу у здорових жінок складав $0,035 \pm 0,001$. У пацієток основної групи він дорівнював $0,043 \pm 0,002$ ($p \leq 0,001$), а після лікування – $0,039 \pm 0,001$ ($p \leq 0,05$; $p < 0,05$). У групі порівняння до лікування даний показник становив $0,036 \pm 0,002$ ($p \leq 0,05$; $p' < 0,001$), а після лікування – $0,039 \pm 0,000$ ($p \leq 0,05$; $p > 0,05$; $p' > 0,05$). За титром загального комплементу кількість осіб із гіперфункцією імунної системи другого та третього ступенів у основній групі зменшилась на 20,6% ($p < 0,01$), а у групі порівняння – збільшилась на 4,3% ($p > 0,05$). При гіпофункції імунної системи цього рівня за даним показником кількість осіб у основній групі не змінилась ($p > 0,05$), а у групі порівняння – збільшилась на 10,8% ($p < 0,01$). Кількість пацієток без порушень у імунній системі за даним показником змінилась на користь лімфотропної терапії на 13,4% ($p' < 0,001$) (табл. 3).

Порівняння ефективності впливу (у відсотках) лімфотропної та стандартної терапії на розлади імунної системи у різних її ланках

Розлади (у ступенях)	Основна група n=97	Група порівняння n=93	p'
першого	+26,8	-12,9	0,001
другого та третього	-34,0	+12,9	0,001
без розладів	+7,2	-	0,05

Примітка.

p' – достовірна відмінність порівняно із основною групою; ♦ – p' > 0,05 – відсутність достовірності відмінностей порівняно із основною групою.

Отже, за всіма показниками загального аналізу крові та імунограми відбувся перерозподіл кількості пацієнток із різними ступенями розладів функції імунної системи у основній групі у напрямку зменшення випадків другого та третього ступенів, що потребують медикаментозної корекції, на 24,8%, а у групі порівняння – збільшення на 3,3% (p' < 0,001); при цьому кількість пацієнток із першим ступенем порушень у основній групі зросла на 18,6%, а у групі порівняння – зменшилась на 5,3% (p' < 0,001).

Відношення CD4 / CD8 після лімфотропної терапії стосовно стандартної антибактеріальної терапії збільшилось на 32,01% (p' < 0,001). Сума індексів під впливом лімфотропної терапії зменшилась на 33,95% (p < 0,001), а під впливом стандартної антибактеріальної терапії – на 24,92% (p < 0,001). Наведене свідчить про більш виражений позитивний вплив лімфотропної терапії на імунну систему у протипагу стандартної антибактеріальної терапії.

Клінічні результати антибактеріальної терапії відповідали наслідкам впливу лімфотропної та стандартної антибактеріальної терапії на зміну функцій імунної системи. У пацієнток основної групи вдалось скоротити кількість ліжко-днів на 4,2 доби. Спонтанний біль у цій групі переходив у легкий вже після першого сеансу, а на 7 добу не визначався. У групі порівняння у 39,8% пацієнток легкий больовий симптом залишався навіть на 18 добу (p' < 0,001). Явища інтоксикації зникали до 5-6 добу у основній групі, а у групі порівняння залишались на цей час у 43,0% пацієнток. Відчуття працездатності відновлювалось на 5-6, а у групі порівняння – на 15-16 добу. Патологічні зміни при бімануальному обстеженні у основній групі зникали на 10-12 добу, а у групі порівняння – лише у 66,7% пацієнток і зберігались до 18-19 добу у 28,0%. Явища дисбіозу у основній групі у кінці лікування визначались у 20,6%, а у групі порівняння – у 59,9%, тобто у 2,6 рази більше. Через 3 місяці при контрольному обстеженні у основній групі встановлено адаптаційний тип дисбіозу у 4,1%. У пацієнток групи порівняння різні типи порушень мали місце у 39,8% (p' < 0,001), що більше у 9,3 рази, ніж у основній групі. Кількість пацієнток із дисменореєю зменшилась по відношенню до групи порівняння на 21,5% (p' < 0,01), із поліменореєю – на 7,5%, із гіпоменореєю – на

4,4%, із гіперменореєю – на 11,8% ($p' < 0,05$), із опсоменореєю – на 19,3% ($p' < 0,001$) на користь лімфотропної терапії. Зменшення кількості осіб із пройоменореєю в обох групах було однаковим – на 2,1%. Отже, лімфотропна терапія мала регулюючий вплив на ОМЦ, що опосередковано підтверджує її протизапальний вплив на внутрішні статеві органи. Окрім цього, позитивний вплив лімфотропної терапії у віддалений період на репродуктивне здоров'я був більшим на 39,0%, ніж після стандартної антибактеріальної терапії ($p' < 0,001$). Вісім (47,1%) пацієток основної групи із звичним викиднем в анамнезі виносили наступну вагітність без ускладнень, а 5 (41,7%) осіб групи порівняння для збереження вагітності потребували повторних стаціонарних лікувань. У 95,0% пацієток основної групи наступила гармонізація статевих відносин за рахунок нормалізації лібідо, чого не було у групі порівняння ($p' < 0,001$).

Впродовж 2 років загострення хронічного сальпінгофориту спостерігались у осіб основної групи у 4,1%, а у групі порівняння – у 24,7%, що частіше у 5,8 рази ($p' < 0,001$). Ускладнень місцевого та загального характеру при лімфотропній терапії не було, в той час як у групі порівняння вони зустрілись у 18,6% ($p' < 0,001$).

ВИСНОВКИ

У дисертації узагальнені теоретичні передумови та результати клінічного вивчення лімфотропної терапії у пацієток на загострення хронічного сальпінгофориту. Обґрунтований її вплив на імунореактивність організму залежно від пори року та фаз оваріально-менструального циклу, доведена можливість відновлення репродуктивного здоров'я жінок.

1. Загострення хронічних сальпіноогофоритів за загальним аналізом крові та імунограми перебігає на тлі розбалансованої імунної системи по типу гіпер- або гіпофункції другого і третього ступенів та зниженої реактивності організму, що є показанням до антибактеріальної та імунокорегуючої терапії, якій відповідає лімфотропна антибактеріальна терапія за запропонованою методикою. Протипоказами до лімфотропної терапії є обтяжений онкоанамнез, гнійничкові захворювання шкіри, порушення згортання крові та непереносимість препаратів.

2. Лімфотропна терапія покращує кровоток у яєчникових артеріях в усіх фазах оваріально-менструального циклу (у першу фазу за рахунок збільшення максимальної швидкості кровотоку на 65,60%, мінімальної швидкості – на 140,63%, зменшення відношення максимальної швидкості кровотоку до мінімальної на 32,84% та індексу резистентності на 13,01% ($p < 0,001$); у середній та другій фазах оваріально-менструального циклу зазначені зміни були схожими ($p < 0,001$)). Під впливом запропонованої методики у маткових артеріях достовірні зміни кровотоку відбувались за рахунок прискорення як максимальної, так і мінімальної швидкостей кровотоку.

3. На тлі зміни кровотоку у додатках та матці лімфотропна антибактеріальна терапія значно зменшує синдром інтоксикації: лейкоцитарний індекс інтоксикації у першу фазу оваріально-менструального циклу зменшується на 68,26% ($p < 0,001$), модифікований лейкоцитарний індекс інтоксикації – на 48,96% ($p < 0,001$), гематологічний індекс інтоксикації – на 75,14% ($p < 0,001$). Зазначене відбувається паралельно із збільшенням об'єму селезінки на 12,26% ($p < 0,05$). При цьому у її центральній зоні максимальна швидкість кровотоку прискорюється у 2,1 рази більше, ніж на периферії ($p < 0,05$); мінімальна швидкість кровотоку зростає у 1,7 ($p < 0,001$) та 1,8 рази ($p < 0,001$) відповідно, що у свою чергу покращує еластичність та зменшує опір артерій в обох зонах ($p < 0,001$). У середню та другу фази оваріально-менструального циклу зміни менш суттєві ($p < 0,01$).

4. Під впливом запропонованої методики антибактеріальної терапії зменшуються розлади оваріально-менструального циклу: дисменорея на 48,4% ($p < 0,001$), поліменорея на 25,8% ($p < 0,001$), гіперменорея на 26,8% ($p < 0,001$), опсоменорея на 17,5% ($p < 0,001$). Разом із цим відновлюється репродуктивне здоров'я у жінок із вторинним непліддям у 68,4% ($p < 0,001$) та звичним викиднем – у 47,1% ($p < 0,001$).

5. Проведене лікування покращує стан імунної системи, що проявляється нормалізацією еозинофілів ($p < 0,001$), лімфоцитів ($p < 0,001$); фагоцитарної активності сегментоядерних нейтрофілів ($p < 0,001$), рівня імунокомпетентних клітин за Т-лімфоцитами (CD3) ($p < 0,001$) і Т-хелперами (CD4) ($p < 0,001$), імуноглобулінами G ($p < 0,001$). Зазначене покращує показник імунорегуляторного індексу ($p < 0,001$). Достовірно зменшується кількість випадків дисфункції імунної системи другого та третього ступенів, які потребують медикаментозної корекції, у 2,4 рази ($p < 0,001$) і збільшується кількість осіб із відсутністю порушень функції імунної системи у 3,0 рази.

6. Співвідношення повноцінних адаптаційних реакцій до неповноцінних змінюється після лікування від 1:2 до 1,6:1 за рахунок зменшення кількості пацієток із реакціями стресу у 6,2 рази ($p < 0,001$). При цьому кількість пацієток із адекватним типом реактивності збільшується у 2,3 рази ($p < 0,01$), із гіперреактивним типом – у 5,5 рази ($p < 0,01$), із парадоксальним та ареактивним – зменшується у 1,5 ($p < 0,01$) та у 13 ($p < 0,01$) разів відповідно, що свідчить про позитивний вплив лімфотропної терапії на сприятливий перебіг запального процесу у додатках матки.

7. Лімфотропна терапія відновлює мікробіоценоз піхви, що є профілактикою рецидивів у віддалений період, кількість яких зменшилась у 5,8 рази стосовно групи порівняння; скорочує термін перебування у стаціонарі на 4,2 ліжко-днів, знижує фінансові затрати сім'ї та лікувального закладу.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Запропонована методика лімфотропної терапії рекомендується при загостренні хронічного сальпінгоофориту, який перебігає з частими рецидивами на тлі розладів різних

ланок імунної системи другого та третього ступенів, неповноцінних адаптаційних реакцій, з порушеннями оваріально-менструального циклу та репродуктивного здоров'я.

2. Схема терапії. З метою збудження лімфоутворення, пацієнтка повинна перед сеансом терапії 5-10 хвилин походити, після чого виконати м'який масаж стегна у верхній третині. Препарати вводяться нижче пахової складки зовні від судин стегна у зону кравецького м'яза: 64 од. лідази, 2 мл но – шпи, 5000 од. гепарину, 2 мл 2% лідокаїну, максимальну одноразову дозу антибіотика. Введення зазначених препаратів проводять із інтервалом у 5 хвилин, не виймаючи голки із м'яких тканин. Після введення останнього препарату – сакро-абдомінальний електрофорез впродовж 30 хвилин. Рекомендується чергувати сторону введення препаратів.

СПИСОК НАУКОВИХ ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Дужий І.Д., Жерновая Я.С., Дужа – Еластал О.І., Можливості лімфотропної терапії при гінекологічних захворюваннях // Вісник СумДУ, серія „Медицина”. – 2002. – № 11. – С. 143-144. *(здобувачу належить виконання усього об'єму клінічної роботи, спостереження у віддалений період).*

2. Дужий І.Д., Дужа – Еластал О.І. Лімфотропна терапія як діагностичний чинник при туберкульозі придатків матки // Вісник наукових досліджень. – 2005. – № 3 (40). – С. 20-21. *(здобувачу належить виконання усього об'єму клінічної роботи, спостереження у віддалений період, проведення специфічних обстежень і лікування).*

3. Дужа – Еластал О.І. Лімфотропна терапія жіночої неплідності // Вісник СумДУ, серія „Медицина”. – 2005. – № 3 (75). – С.143-147.

4. Дужа - Еластал О.І., Зінчук В.Д., Медведєва І.М., Лохоня І.М. Адаптаційні реакції організму при лімфотропній терапії придатків матки // Вісник СумДУ, серія „Медицина”. – 2005. – № 7 (79). – С.74-78. *(здобувачу належить виконання всього об'єму клінічної роботи, усі підрахунки імунограми, статистична обробка матеріалу, проведення висновків і узагальнень).*

5. Жерновая Я.С., Дужа – Еластал О.І., Вплив лімфотропної терапії на імунобіологічну реактивність при хворобах додатків матки // Вісник СумДУ, серія „Медицина”. – 2006. – № 2 (86). – С. 64-71. *(здобувачу належить виконання усього об'єму клінічних обстежень, в тому числі і лабораторних, проведення підрахунків та вивчення результатів імунологічної реактивності).*

6. Дужа – Еластал О.І., Зінчук В.Д., Медведєва І.М., Лохоня І.М. Порівняльна характеристика змін деяких індексів імунограми в різні фази менструального циклу під впливом антибактеріальної терапії у пацієнток із хронічним сальпінгоофоритом // Вісник СумДУ, серія „Медицина”. – 2006. –

№ 8 (92). – С. 146-152. (здобувачу належить виконання всього об'єму клінічної роботи, усі підрахунки імунограми, статистична обробка матеріалу, проведення висновків і узагальнень).

7. Дужа – Еластал О.І., Сухарев А.Б., Медведєва І.М. Вплив лімфотропної та стандартної антибактеріальної терапії на імунореактивність хворих на сальпінгоофорити // Вісник СумДУ, серія „Медицина”. – 2007. – № 1 – С. 175-178. (здобувачу належить виконання всього об'єму клінічної роботи, усі підрахунки імунограми, статистична обробка матеріалу, проведення висновків і узагальнень).

8. Деклараційний патент на корисну модель 11343 Україна 7 А61В5/00. Спосіб лімфотропної терапії гострих та хронічних захворювань придатків матки / Дужий І.Д., Дужа – Еластал О.І., Жернова Я.С., Шевченко В.В.; Сумський державний університет. – № 06327, Заявл. 25.06.05; Опубл. 15.12.05; Бюл. № 12, 15.12.2005. – 8 с. (здобувач проводила патентний пошук та оформляла патентну документацію, впроваджувала і оцінювала ефективність запропонованого способу лікування).

9. Дужа – Еластал О.І., Маді Мажед Ейса Вплив лімфотропної терапії на реактивність у пацієнок на сальпінгоофорит // Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених „Медицина третього тисячоліття”. Харків, 2006. – С. 107. (здобувачу належить виконання повного об'єму клінічних обстежень, проведення підрахунків, аналізу і узагальнення).

10. Дужа – Еластал О.І. До питання реакції селезінки на лімфотропну терапію // Матеріали Міжнародної науково – практичної конференції „Актуальні питання експериментальної та клінічної медицини”. – Частина 1. – Суми: Видавництво СумДУ, 2007. – С. 5-6.

АНОТАЦІЯ

Дужа – Еластал О.І. Оптимізація лікування пацієнок, хворих на сальпінгоофорит. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальності 14.01.01 – акушерство і гінекологія. – Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачовського МОЗ України, Тернопіль, 2007.

Дисертація присвячена вирішенню актуальної медичної проблеми – лікування пацієнок на загострення хронічного сальпінгоофориту, підвищення їхньої всебічної реабілітації, збереження та відтворення репродуктивного здоров'я пацієнок на основі розробленої методики лімфотропної терапії. Вивчено типи адаптаційних реакцій організму на підставі показників лейкоформули, зміни імунної реактивності пацієнок та показників інтоксикації під впливом лімфотропної терапії. Показано динаміку різних ланок імунітету, кровоток у яєчникових та маткових артеріях, об'єм та кровоток на периферії і у центральній зоні селезінки. Доведено вплив запропонованої терапії на оваріально-менструальний цикл та репродуктивне здоров'я

жінок. Встановлені безпосередні і віддалені наслідки лікування пацієток на загострення хронічного сальпінгофориту.

Ключові слова: загострення хронічного сальпінгофориту, лімфотропна терапія, наслідки.

АННОТАЦІЯ

Дужа – Еластал О.И. Оптимизация лечения пациенток, больных сальпингофоритом. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.01 – акушерство и гинекология. – Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МОЗ Украины, Тернополь, 2007.

Диссертация посвящена решению актуальной медицинской проблемы – лечению пациенток с обострениями хронического сальпингофорита. Проведено обследование и лечение 190 пациенток с обострением хронического сальпингофорита. Из них 97 получили курс лимфотропной терапии, а 93 – стандартной антибактериальной. Предложена модификация лимфотропного введения антибактериальных и патогенетических препаратов.

В процессе лечения и наблюдения получены убедительные ультразвуковые и доплерографические данные об улучшении микроциркуляции и тонуса сосудистой стенки в воспаленных придатках матки под влиянием лимфотропной терапии. Объем яичников уменьшился в первую фазу овариально-менструального цикла в 1,8 раза, во вторую – в 1,7 раза. Указанные изменения сопровождалось улучшением кровоснабжения органа: во все фазы овариально-менструального цикла достоверно увеличивались показатели скоростей кровотока, но в большей мере – минимальной скорости, что отражалось на индексе резистентности, который достоверно снижался.

Доказано изменение показателей интоксикации на фоне достоверного увеличения размеров селезенки, что может быть косвенным свидетельством её дезинтоксикационной функции. Так, индексы интоксикации (лейкоцитарный, модифицированный лейкоцитарный и гематологический) в первую фазу овариально – менструального цикла уменьшались в 3,3, 1,8, 4,6 раза соответственно; во вторую фазу цикла – в 2,2, 1,5, 2,9 раза соответственно. Объем селезенки при лимфотропной терапии, зависимо от фаз овариально – менструального цикла увеличивался на 12,26%, 9,69% и 0,70%.

Показано положительное влияние лимфотропной терапии на адаптационные реакции, типы реактивности и функцию иммунной системы исходя их изменений общего анализа крови и иммунограммы. Так, в результате проведенной лимфотропной терапии количество пациенток с полноценными адаптационными реакциями увеличилось на 21,64%, при этом их стало больше, чем с неполноценными – в 1,6 раза. Достигнуто перераспределение в типах реактивности: количество пациенток с адекватным типом реактивности увеличилось в 2,2 раза, с гиперреактивным – в 5,5

раза, с гипореактивным – в 1,3 раза, с парадоксальным и ареактивным уменьшилось в 1,5 и 13 раз соответственно. По общему анализу крови количество пациенток с нарушениями функций иммунной системы второй и третьей степени уменьшилось в 1,8 раза, а без нарушений в иммунной системе – увеличилось в 3,3 раза. По уровню иммунокомпетентных клеток количество пациенток с нарушениями функции иммунной системы второй и третьей степени уменьшилось в 5,3 раза, а без них – увеличилось в 2,0 раза. По различным звеньям иммунной системы количество пациенток с нарушениями функции второй и третьей степени уменьшилось в 2,7 раза, а без нарушений – увеличилось в 3,3 раза. Таким образом, за всеми показателями общего анализа крови и иммунограммы произошло перераспределение в функциях иммунной системы в сторону уменьшения случаев со второй и третьей степенью нарушений в 2,4 раза и увеличение количества пациенток без нарушений функции иммунной системы в 3,0 раза.

Лимфотропная терапия способствует сокращению сроков лечения на 4,2 койко-дня, уменьшению числа рецидивов в 5,8 раза, укорочению периода спонтанного болевого синдрома, более ранней и полной нормализации овариально – менструального цикла, восстановлению микробиоценоза, улучшению репродуктивного здоровья женщин.

Ключевые слова: обострение хронического сальпингоофорита, лимфотропная терапия, последствия.

SUMMARY

Duzhaya – Elastal O.I. Optimization of treating patients with chronic salpingo- oophoritis. - Manuscript.

Thesis for scientific degree of a candidate of medical science in speciality 14.01.01 – Obstetrics and gynaecology. – I.Ya. Horbachevsky Ternopil State Medical University of the Ministry of Health, Ternopil, 2007.

The aim of the research was to solve an urgent medical problem of treating patients with chronic salpingo-oophoritis and providing for their all-round rehabilitation to save and restore their reproductive performance, for which purpose an original method of anti-bacterial therapy was developed. While working out the above-mentioned method we developed a modification of lymphotropic therapy and introduced it into everyday practice of gynecology units. We also studied the types of adaptation reactions using such information: leukogram indices before and after the lymphotropic therapy, changes in patients reactivity and endogenic intoxication under the influence of lymphotropic therapy, the dynamics of cellular and humoral immunological indices, blood flow in the womb and womb annexa, spleen volume and blood flow. Moreover, we determined the influence of lymphotropic therapy on ovario – menstrual cycle and reproductive performance of patients with chronic salpingo-oophoritis, and studied the immediate and long-term results of the patients treatment.

Key words: chronic salpingo-oophoritis, lymphotropic therapy, aftereffects.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ОМЦ – оваріально – менструальний цикл

RI – індекс резистентності

V mx – максимальна швидкість кровотоку

V mn – мінімальна швидкість кровотоку

ВГЛ – великі гранулярні лімфоцити

IgG – імуноглобулін G

IgM – імуноглобулін M

IgA – імуноглобулін A