



**МІЖНАРОДНА
НАУКОВО-ПРАКТИЧНА
КОНФЕРЕНЦІЯ**

**«ВІТЧИЗНЯНА ТА СВІТОВА
МЕДИЦИНА В УМОВАХ
СУЧАСНОСТІ»**

м. Дніпропетровськ, 18-19 січня 2013

**Дніпропетровськ
2013**

**ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА
АБСОЛЮТНОЇ І ВІДНОСНОЇ КІЛЬКОСТІ
ІМУНОКОМПЕТЕНТНИХ КЛІТИН У ПЕРИФЕРІЙНІЙ КРОВІ
ДІВЧАТОК, ХВОРИХ НА САЛЬПІНГООФОРИТ
В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СУПУТНЬОЇ
УРОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ
ЗАПАЛЬНОГО ГЕНЕЗУ**

Еволюція системи імунітету тісно пов'язана із становленням системи кровотворення. Морфологічні границі кровотворної тканини і системи імунітету повністю співпадають [1,4]. Кровотворення та імунна реактивність – це дві функції одних і тих же клітинних популяцій [2,3]. Сьогодні не викликає сумніву той факт, що у процесі імуногенезу бере участь вся кровотворна тканина із всіма її клітинними ростками, надаючи, звичайно пріоритету з формування і мунної відповіді лімфоцитам і моноцитам (макрофагам) [1,3,4].

Нами проведено обстеження та аналіз показників периферійної крові у 285 дівчат, хворих на сальпінгофорит. До першої групи увійшло 116 дівчат, хворих на сальпінгофорит із супутньою урологічною патологією запального генезу. Другу групу склало 169 дівчат, хворих на сальпінгофорит без супутньої урологічної патології.

Отримані нами дані свідчать про те, що супутня урологічна патологія запального генезу впливає не тільки на мікробний (етіологічний) фактор у дівчат пубертатного віку, хворих на сальпінгофорит, а також, що є логічним, призводить до імунних порушень, які стосуються абсолютної і відносної кількості імункомпетентних клітин. Так у дівчаток пубертатного віку, хворих на сальпінгофорит, ускладнений урологічною патологією запального генезу збільшується на 12,00%, абсолютна кількість лейкоцитів, відносна кількість паличкоядерних нейтрофільних лейкоцитів – на 20,00%, моноцитів – 22,94%, а також ШОЕ – у 2,13 рази у порівнянні з такими показниками у дівчаток того ж віку, хворих на сальпінгофорит, без супутньої урологічної патології запального генезу. Як вказувалось вище, більше інформативне навантаження при діагностиці та оцінці змін у специфічному та неспецифічному імунному протиінфекційному захисті мають імуногематологічні індекси і коефіцієнти. Так у дівчат пубертатного віку, хворих на сальпінгофорит із супутньою урологічною патологією запального генезу зростає на 5,70% нейтрофільно-лімфоцитарний коефіцієнт, індекс зсуву лейкоцитів зростає на 3,80%, індекс нейтрофільного зсуву – на 27,27%, індекс співвідношення еозинофілів і лімфоцитів – на 18,18%, індекс ступеня ендотоксикозу – на 27,27% та, особливо, показник інтоксикації – у 2,33 рази. Направленість таких імунологічних змін обумовлена з нашої точки зору, мікробним фактором, який носить обтяжливий характер при перебігу сальпінгофорита.

Як згадувалось вище, імунологічні зміни не залежно від супутньої урологічної патології носять різносторонній характер. Тому крім імунних показників, які підвищуються у хворих на сальпінгофорит, ускладнений супутньою урологічною патологією запального генезу, інші показники

мають тенденцію до зниження. Так у дівчат-підлітків із сальпінгоофоритом на тлі запальних захворювань нирок та сечового міхура знижується концентрація гемоглобіну на 4,68%, індекс імунної реактивності – на 33,58%, що з нашої точки зору, обумовлено супресивною дією щодо факторів і механізмів неспецифічного і специфічного імунного протиінфекційного захисту, активністю виділених та ідентифікованих нами патогенних та умовно патогенних мікроорганізмів. Крім того суттєву роль у супресивній дії відіграє виділена нами інтоксикація за показниками інтоксикації.

Встановлено достовірне (на 29,50%) зниження індексу співвідношення нейтрофілів і моноцитів, а також знижується на 37,59% індекс співвідношення лімфоцитів і моноцитів, індекс співвідношення лімфоцитів та еозинофілів знижується на 42,22%, індекс співвідношення лейкоцитів і ШОЕ – на 86,67%, індекс співвідношення агранулоцитів і ШОЕ – у 2,19 рази. Перераховані зміни факторів і механізмів неспецифічного і специфічного імунного протиінфекційного захисту засвідчують про суттєвий розвиток у хворих на сальпінгоофорит з супутньою урологічною патологією дівчаток явищ підвищеної інтоксикації та імунологічної реактивності організму.

Встановлення у пацієнок імунних порушень різних показників неспецифічного і специфічного імунного протиінфекційного захисту за абсолютною і відносною кількістю імунокомпетентних клітин та значенням імуно-гематологічних індексів та коефіцієнтів імунних порушень I, II і III ступенів було положено в основу імунотропної тактики лікування пацієнок. Пацієнтки, в яких встановлений I ступінь, були під постійним моніторингом, у хворих із II ступенем імунних порушень проводилась імунотропна терапія за допомогою імуностимуляторів рослинного походження (адаптогенів). Хворі на сальпінгоофорит із III ступенем імунних порушень підлягали імунотропній терапії із включенням імунотропних препаратів центральної дії. Дана імунотропна терапія проводилась у більшості пацієнтів.

Література:

1. Андриец О.А. Иммуномодулятор Протефлазид в течении вульвовагинитов у девочек / О.А.Андриец, О.И.Боднарюк, А.В.Андриец // Алергология и иммунология. – 2009. – Т. 10, №1. – С. 93.
2. Бережная Н.М. Иммунологические исследования в клинике: состояние вопроса / Н.М.Бережная // Иммунология. – 2006. – Т. 27, №1. – С. 18-23.
3. Дослідження показників імунітету у хворих на хронічні інфекції сечової системи та при їх поєднанні з хронічними запальними захворюваннями геніталій / О.В.Ромашенко, М.О.Колесник, Л.Ф.Яковенко [та ін.] // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2007. – №5. – С. 81-82.
4. Иммунный ответ, воспаление : учебное пособие по общей патологии / [Майборода А.А., Кирдей Е.Г., Семинский И.Ж., Цибель Б.Н.]. – М.: МЕДпрессинформ, 2006. – 112 с.