

АДАПТАЦІЙНІ РЕАКЦІЇ У ПАЦІЄНТОК ІЗ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ВНУТРІШНІХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

Шевченко Ю.О., студ. 5-го курсу

Науковий керівник – асист. Дужа-Еластал О.І.

СумДУ, кафедра акушерства та гінекології

Провели обстеження 80 жінок у віці 20-34 років із збереженим двофазним оваріально-менструальним циклом. Із них 60 пацієнток з гострим неспецифічним сальпінгофоритом (СО) склали основну групу, а 20, практично здорових, увійшли у групу контролю.

Адаптаційні реакції (АР), що відбивають кількісно-якісні закономірності адаптаційно-приспосувальних механізмів на дію різних за інтенсивністю подразників, оцінювали за відносною кількістю лімфоцитів. Якщо кількість останніх була до 20,0 % – тип реактивності відповідав реакції стресу; при кількості від 21,0 % до 27,0 % – реакції тренування; від 28,0 % до 43,0 % – реакції активації; 44,0 % і більше відсотків – реакції переактивації. До повноцінних, тобто фізіологічних адаптаційних реакцій, відносили реакції тренування та активації. Вважається, що вони відбивають динамічну рівновагу гомеостазису. Поява цих реакцій у процесі лікування та динамічного спостереження за пацієнтами є свідченням сприятливого прогнозу захворювання. До неповноцінних, або патологічних адаптаційних реакцій, відносили реакції стресу та переактивації, а також реакції тренування та активації, якщо вони супроводжувались патологічними змінами гемограми. До останніх відносили лейкопенію, лейкоцитоз, еозинофілію, моноцитоз та токсичну зернистість нейтрофілів. Ці реакції відбивають стан дезадаптації в організмі та порушення гомеостазису.

Встановлено, що серед наших пацієнток повноцінні адаптаційні реакції (ПАР) мали місце у 17 (28,3 %) випадках. Під впливом стандартної антибактеріальної терапії їх кількість збільшилась на 5,0 % ($p > 0,05$), тобто недостовірно. Неповноцінні адаптаційні реакції (НАР) мали місце у 43 (71,7 %) пацієнток, зменшившись після стандартної терапії на 5,0 % ($p > 0,05$). Оцінюючи ці реакції у різні пори року з'ясували, що кількість пацієнток з повноцінними АР зустрілась влітку у 8 (13,3 %), а восени – у 5 (8,3 %) випадках, що, нам здається, можна пояснити максимальною вітамінізацією та насиченням мікроелементами у літній та осінній періоди і сумарною позитивною дозою інсоляції. Мінімальна кількість повноцінних АР зустрілась взимку у 4 (6,7 %) та весною у 3 (5,0 %) пацієнток. В цей же час кількість хворих з неповноцінними АР була максимальною, а саме у 14 (23,3 %) та у 13 (21,7 %) відповідно. Отже, у зимово-весняний період повноцінні АР зустрілись лише у 11,7 %, а неповноцінні АР – у 45,0 %, що достовірно більше у 3,8 рази ($p \ll 0,001$). Влітку неповноцінні АР мали місце у 10 (16,7%), а найменша їх кількість була восени – у 3 (5,0 %) осіб. Загально відомо, що мінімальний рівень імунного захисту зустрічається саме у зимовий та весняний періоди. Отримані нами дані стосовно неповноцінних типів АР у цей період є тотожними із зазначеним вище і обумовлюють найбільшу чутливість організму до патологічних впливів у ці періоди. Дані показники можуть бути застосовані для визначення рівня імунної готовності організму до дії зовнішніх агресивних факторів та наукового обґрунтування підвищеної чутливості у пацієнток у зимовий та весняний періоди. Разом із цим, встановлення таких типів АР може бути рекомендовано для застосування засобів корегуючих адаптаційні реакції.