Проведенные нами серологические исследования показали, что удельный вес защищенных от кори в среднем по области составил 81,5% при охвате прививками 93,8%.

С помощью серодиагностики нами были выявлены группы риска инфицирования, имеющие наименьшую иммунную прослойку к дифтерии, столбняку и кори.

По нашим данным ими оказались дети в возрасте до 2-х лет, 6-7-лет, и подростки 16-17-лет.

В условиях оживления эпидемического процесса при данных инфекциях наличие высокого процента незащищенных лиц требует оперативного принятия управленческих решений. С этой целью, на наш взгляд, целесообразно обследование, так называемых, индикаторных группв возрасте:

- до 2-х лет;
- 3-4 лет;
- 6-7 лет;
- 9-10 лет;
- 16-17 лет.

Целесообразность проведения серологических исследований в пределах индикаторных групп дает возможность значительно сократить объем исследований, тем самым снизить экономические затраты без существенных влияний на показатели результатов исследования.

Таким образом, изучение иммуноструктуры населения к дифтерии, столбняку и кори позволяет своевременно выявить изменения в состоянии иммунитета различных контингентов, идентифицировать группы риска инфицирования и принять управленческие решения.

Внедрение иммунологического контроля в систему эпидемиологического надзора обеспечивает возможность индивидуального подхода к проведению прививок и способствует более эффективному проведению вакцинопрофилактики на территории.

Оценка эффективности комплекса реабилитационных мероприятий и адекватности объема оперативного вмешательства у больных узловым коллоидным зобом

Оленева И.Н., Зинчук С.Ф., Ликстанов М.И.
Городская клиническая больница №3 им. М.А. Подгорбунского, Кемерово

Цель исследования: оценить эффективность комплекса реабилитационных мероприятий и адекватность объема оперативного вмешательства у больных узловым коллоидным зобом.

Материалы и методы исследования: в исследование взято 180 больных, оперированных по поводу узлового коллоидного зоба (УКЗ), которые были разделены на 2 группы. Основную группу (n=120) составили больные, которым в послеоперационном периоде в течение 2 лет проводился комплекс реабилитационных мероприятий, в группе сравнения (n=60) реабилитация не проводилась.

Комплекс реабилитационных мероприятий включал: динамическое наблюдение за состоянием больных, исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ), тироксина (Т4), антител к микросомальной фракции, ультразвуковое исследование щитовидной железы, тонкоигольную аспирационную биопсию с микроскопией мазков, а также медикаментозную коррекцию функции щитовидной железы (назначение препаратов тироксина, препаратов калия йодида или их комбинации).

Результаты исследования: через 2 года после оперативного вмешательства по поводу УКЗ проведена сравнительная оценка уровня и структуры послеоперационных осложнений в обследуемых группах больных. Оценка проводилась по клиническим параметрам, уровню ТТГ, данным сонографии щитовидной железы.

В основной группе послеоперационный гипотиреоз выявлен в 11,6 % случаев, против 25 % в группе сравнения. При расчете критерия χ^2 эта разница оказалась статистически значимой и свидетельствовала о влиянии реабилитации на предупреждение развития послеоперационного гипотиреоза. Через 2 года после операции средний уровень ТТГ в основной группе составил 2,0 ± 0,1 мкМЕ/мл, в группе сравнения – 3,7 ± 0,58 мкМЕ/мл. Установлено, что функциональное состояние щитовидной железы после оперативного вмешательства зависит от объема операции, степени лимфоидной инфильтрации тиреоидного остатка, объема и своевременности проведения реабилитационных мероприятий в послеоперационном периоде.

Рецидив узлового зоба через 2 года после оперативного вмешательства выявлен в основной группе в 10,8 % случаев, против 18,3 % в группе сравнения. При расчете критерия χ^2 разница не оказалась статистически значимой и может расцениваться лишь как тенденция к возможно более частому рецидивированию узлового зоба при отсутствии реабилитационных мероприятий. Однако, выявлена статистически значимая связь ($r = + 0,48$; $p < 0,01$) рецидива узла с функциональным состоянием тиреоидного остатка. В 48, 2% случаев рецидив узла возникал на фоне послеоперационного гипотиреоза. При этом, показана статистически значимая зависимость ($r = + 0,37$; $p < 0,05$) между повышенным уровнем ТТГ через 3 месяца после операции и рецидивом узла через 2 года у больных, не получавших профилактического лечения, которая, однако, нивелируется его назначением.

Проведен анализ конечных результатов оперативного лечения при различных объемах операции в группе больных, получавших профилактическое медикаментозное лечения. Рецидивы узлового зоба выявлены у 13 больных (10,8 %), которые в зависимости от объема оперативного лечения распределились следующим образом: у 3 больных после проведения субтотальной тиреоидэктомии (8,3 % от всех больных после данного объема операции в I группе), у 6 больных после гемитиреоидэктомии (10,2 % соответственно) и у 4 больных после экономных операций (20 %). Надо отметить, что у 2 больных с рецидивом заболевания после субтотальной тиреоидэктомии выявлено снижение функции ЩЖ, подтвержденное при исследовании гормонального профиля.

В группе больных, получавших медикаментозное профилактическое лечение, скрытый послеоперационный гипотиреоз (с уровнем ТТГ до 10 мкМЕ/мл)

выявлен у 15 больных (11,6 %), который в зависимости от объема оперативного лечения распределился следующим образом: у 11 больных после субтотальной тиреоидэктомии (30,6 % от всех больных I группы с данным объемом операции), у 4 больных после проведения гемитиреоидэктомии (6, 8 % соответственно), после проведения экономных операций на фоне профилактического лечения гипотиреоза зарегистрировано не было. У 88,4 % больных I группы сохранялся клинический эутиреоз, подтвержденный гормональным исследованием, средний уровень ТТГ на различных схемах медикаментозного лечения находился в пределах нормальных показателей, статистически значимо не отличаясь друг от друга ($p > 0,05$).

После проведения субтотальной тиреоидэктомии заместительная доза тироксина составила 50-125 мкг/сут, после гемитиреоидэктомии – 50-100 мкг/сут, после проведения экономных операций - у 5 больных 50-75 мкг/сут в комбинации с йодидом калия 100 мкг/сут, остальные получали монотерапию йодидом калия 200 мкг/сут.

Выводы:

1. Течение послеоперационного периода у больных, оперированных по поводу узлового коллоидного зоба и не получавших профилактических реабилитационных мероприятий, осложняется развитием послеоперационного гипотиреоза в 25 % случаев и рецидивом узлового зоба в 18,3 % случаев.

2. Применение комплекса послеоперационных реабилитационных мероприятий улучшает течение послеоперационного периода и существенно снижает риск развития послеоперационного гипотиреоза и рецидива заболевания.

3. Гемитиреоидэктомия является оптимальным объемом оперативного вмешательства при узловом коллоидном зобе, так как позволяет относительно легко, на умеренных дозах тироксина, достичь и поддерживать состояние эутиреоза и, в то же время, в большинстве случаев, избежать рецидива заболевания.

О соотношении процессов местного воспаления и репаративной регене-рации мукозальных мембран верхних дыхательных путей у детей

Осин А. Я., Климкина Т. Н.

Владивостокский государственный медицинский университет и Дальневосточный государственный университет, Владивосток

В последние годы активно развивается учение о воспалении и регенерации не только в эксперименте, но и в клинике. По современным представлениям в развитии воспалительного и регенераторного процесса имеет большое значение тесная связь всех клеток, тканей, крови и сосудов.

Цель настоящего исследования заключалась в изучении процессов местного воспаления и репаративной регенерации мукозальных мембран верхних дыхательных путей (ВДП) и определении их соотношений у детей. Под наблюдением находилось 192 ребенка в возрасте 1- 7 лет , посещавшего дошкольные образовательные учреждения (ДОУ). Состояние мукозальных мембран оценивали по ряду иммуноцитологических показателей.

При анализе результатов исследования было выделено 2 одновременно протекающих процесса и отягчающихся разнонаправленностью. В случаях развития воспалительного процесса снижение содержания клеток цилиарного эпителия (ЦЭ) в назальном секрете отражало степень их десквамации с поверхности респираторного тракта, и повышенную чувствительность слизистых оболочек к патогенным агентам. Увеличение количества лейкоцитов (Н, Э, Лф) в назальном секрете характеризовало их эмиграцию на поверхность слизистой оболочки ВДП. Повышенные показатели вакуолизации клеточных элементов свидетельствовали об усилении их жизнедеятельности и развитии вакуольной дистрофии, признаки простой метаплазии ЦЭ указывали на патологический тип генерации клеток. Нарушение структуры цилиарного аппарата и снижение двигательной его функции доказывало развитие вторичной мукоциллиарной недостаточности, увеличение показателей фагоцитоза – защитную реакцию фагоцитов, колебания активности миелопероксидазы нейтрофилов (повышение/ снижение) – реакцию напряжения и последующего истощения бактерицидного потенциала клеток, постепенное снижение содержания Siq A- формирование дефекта в системе местного иммунитета. В пользу репаративного процесса слизистых оболочек ВДП свидетельствовали признаки повышения содержания клеток ЦЭ в назальном секрете и уменьшение интенсивности их десквамации , улучшения цитоморфологических свойств клеток ЦЭ, снижения степени эмиграции лейкоцитов , роста численности неповрежденных клеток (0-й класс деструкции) и значений индекса метаплазии цилиндрического эпителия, преобладание регенераторного над деструктивным процессом , снижение выраженности цитопатологических процессов (альтерации, вакуолизации, метаплазии), восстановления мукоциллиарного транспорта, местных защитных механизмов специфического и неспецифического характера.

В общем виде репаративной регенерации проявляется единство воспаления и регенерации , которые по существу являются неразрывными компонентами целостной тканевой реакции на повреждение и представляют собой динамическую саморегулирующую систему. Полом гомеостатических механизмов на разных уровнях регуляции приводит к нарушению и извращению стереотипной кинетики воспалительно - репаративной реакции, к разобщению воспаления и регенерации. При этом воспалительно - репаративный процесс теряет защитно-приспособительный характер и его, определяют термином дисрегенерации или патологической регенерации.

Следовательно, процессы местного воспаления и репаративной регенерации мукозальных мембран ВДП находятся в определенном соотношении, от изменения которого зависит развитие воспаления или активация регенерации.