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.