следовании использовалась полипараметрическая диагностирующая система «Кентавр» (А.А. Астахов, 1986), Фоль-диагностика, оценивалось физическое развитие, эмиссионный спектральный анализ (лазерный микроспектроанализатор ЛМА-10), спектрограф PGS-2, биохимический анализ слюны (белок, лизоцим, муцин, шиффовы основания, каталаза, дикетоны и др.). Обследованию подвергались 72 воспитанника социально-реабилитационного центра в возрасте 5-17 лет обоего пола. В возрасте 5-11 лет не выявлялось существенных половых различий в физической подготовленности воспитанников социально-реабилитационного центра. Наблюдались пики двигательных способностей в 8, 12, 15 лет Выявлен спектр заболеваний опорно-двигательного аппарата 22,2%, респираторных заболеваний 72,6%, желудочно-кишчного тракта 75%, сердечно-сосудистой системы 54%, отдельные воспитанники имели от 4 до 8 заболеваний.

Выявлено, что воспитанники социально-реабилитационного центра нуждаются в применении программ повышения личного здоровья. У них наблюдается: низкая двигательная активность у 60%, иммунодефицитное состояние, вызванное недостатком витаминов и микроэлементов 71%, низкий уровень физического развития 86%, выход за контур нормы показателей кровообращения (центральная регуляция кардио- и гемодинамики, индекс напряжения, частота сердцебиений, артериальное давление). Жировой компонент массы тела варьирует от 8 до 12%. Интегральная оценка включала в себя самооценку личностной и реактивной тревожности, САН (самочувствие, активность, настроение) и ряда психосоматических состояний.

Частые психогенные симптомы у воспитанников (n=72) по оценки экспертов до и после применения оздоровительных программ соответственно составляли 49 и 42% (P<0,005), головная боль 42 и 33% (P<0,005), депрессивные расстройства 43 и 35% (P<0,005), состояние утомления и истощения 33 и 25% (P<0,001), нарушение концентрации внимания 36 и 29% (P<0,005), страхи 49 и 32% (P<0,001), нарушение сна 25 и 19% (P<0,005), мышечное напряжение 29 и 23% (P<0,005). Наблюдалось снижение уровня тревожности (P<0,005) и некоторое повышение САН.

Вышеизложенное вызвало необходимость создания программы повышения личного здоровья, которое включало в себя: умеренную анаэробную двигательную активность, биологически активные вещества, закаливание, массаж, лечебную физическую культуру, фитотерапию, качественное питание, валеологический самоанализ и т.д. С целью формирования культуры здоровья проведен специальный семинар «Здоровье здорового человека», включающий основы здравостроения, санитарно-гигиенические навыки, элементы поведенческой медицины. В конечном итоге создана теоретическая модель культуры здоровья с входящими в нее алгоритмами поведения.

В течение года был проведен комплексный врачебно-педагогический эксперимент, по результатам которого была выявлена эффективность предложенной технологии: физическое развитие (3-6%), двигательная активность (80-90%), физическая подготовленность (быстрота – 2-3%, общая выносливость – 20-25%, силовая выносливость – 18-20%, гибкость – 3-4%), повысились корреляционные связи между содержанием витаминов, микроэлементов и иммунологических, биохимических характеристик состояния воспитанников социально-реабилитационного центра (r=0,3-0,6). Иммунодефицитное состояние уменьшилось у 65% обследуемых. Показатели сердечно-сосудистой системы приблизились к уровню возрастной нормы у 95% воспитанников.

Таким образом, результаты исследования позволили заключить, что предложенные технологии здравостроения своевременны и эффективны. Они прошли апробацию в ряде социально-реабилитационных центров г. Челябинска (имеются акты внедрения).

Иммунологический контроль в системе эпидемиологического надзора за управляемыми инфекциями

Никитюк Н.Ф.
Оренбургский Государственный Университет, Оренбург

Эффективность иммунопрофилактики определяется показателями фактической защищенности населения. При этом главная роль принадлежит иммунологическому контролю, как основному мероприятию в системе эпидемиологического надзора за управляемыми инфекциями.

Одним из доступных и объективных методов оценки иммунологической эффективности является метод серологических исследований на предмет определения напряженности иммунитета к вакцинозависимым инфекциям.

С этой целью нами было организовано проведение широкомасштабных серологических исследований с помощью постановки РПГА микрометодом. На большом фактическом материале (более 20 000 обследованных лиц) изучена иммуноструктура у детей, подростков и взрослых Оренбургской области к дифтерии, столбняку и кори.

Результаты проведенных серологических исследований показали, что иммунная прослойка к дифтерии в различных возрастных группах колебалась от 40,1% (у детей до 1 года) до 97,8% (18 лет) и составила в среднем по области 80,3%.Состояние иммунитета к дифтерии определялось проведением очередных возрастных ревакцинаций, после которых увеличивались показатели иммунной прослойки в декретированные сроки. Причем, у населения из сельской местности удельный вес защищенных от дифтерии выше, чем в городе (85,7% и 73,9% соответственно),что объясняется низкими показателями охвата прививками, высоким удельным весом детей с медицинскими отводами от профилактических прививок в городах, по сравнению с детьми из сельской местности.

Показатели защищенности против столбняка во всех возрастных группах значительно превышают таковые против дифтерии и варьируют от 76,5% (у детей до 1 года) до 99% (у 18-летних), составляя в среднем по области 96,7%.

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)