

против  $1,71 \pm 0,14$  мкМЕ/мл на монотерапии препаратом йодида калия и  $1,66 \pm 0,27$  мкМЕ/мл на комбинированной терапии. Это связано с присутствием в первой подгруппе больных с ишемической болезнью сердца, получавших переносимую дозу тироксина, которая, однако, не являлась оптимальной для достижения эутиреоза, что в свою очередь привело к повышению среднего уровня ТТГ в данной подгруппе по сравнению с другими.

Эффективность различных схем ведения больных в плане профилактики послеоперационного гипотиреоза подтверждают также результаты исследования уровня Т4, проведенные через 1 год после операции. Средний уровень концентрации Т4 ( $108,3 \pm 1,7$  нмоль/л) в I группе с высокой степенью значимости ( $p = 0,0017$ ) выше уровня Т4 ( $81,2 \pm 2,6$  мкМЕ/мл) в группе больных, не получающих медикаментозного лечения.

Проведенный анализ частоты возникновения рецидива узлового зоба в зависимости от факта медикаментозного лечения после операции показал более высокий процент рецидива заболевания во II группе больных (18,3 % против 10,8 % в I группе). Выявлена более тесная зависимость между рецидивом узлового зоба на фоне приема препарата калия йодида по сравнению с приемом препарата тироксина и комбинированной терапией.

Установлена статистически значимая связь ( $r = +0,48$ ;  $p = 0,0068$ ) рецидива узлового зоба с функциональным состоянием тиреоидного остатка. В 48,2 % случаев рецидив узла возникал на фоне послеоперационного гипотиреоза. При этом выявлена статистически значимая зависимость ( $r = +0,37$ ;  $p = 0,023$ ) между уровнем ТТГ через 3 месяца после операции и рецидивом узлового зоба через 2 года у больных, не получавших профилактического медикаментозного лечения, которая, однако, нивелируется его назначением.

Через 2 года от начала исследования было оценено влияние лечебно-профилактических мероприятий на возникновение послеоперационных осложнений в целом. В группе больных, получавших медикаментозное лечение, рецидив узлового зоба составил 10,8 %, что меньше показателя II группы – 18,3 %, однако при расчете критерия согласия  $\chi^2$  не является статистически значимым различием ( $r = -0,10$ ;  $p = 0,12$ ) и может рассматриваться лишь как тенденция к возможному развитию рецидива заболевания при отсутствии факта профилактического медикаментозного лечения.

Развитие послеоперационного гипотиреоза в I группе зарегистрировано в 11,6 % случаев (скрытый гипотиреоз у больных с ишемической болезнью сердца), во II группе – в 25 % случаев (явный и скрытый гипотиреоз), что является статистически значимой разницей ( $r = -0,34$ ;  $p = 0,019$ ) и говорит о влиянии лечебно-профилактических мероприятий на предупреждение возникновения послеоперационного гипотиреоза.

Таким образом, комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий оказался достаточно эффективным, особенно у пациентов среднего возраста без сопутствующей патологии сердечно-сосудистой систе-

мы. Эффективность мероприятий проявлялась в уменьшении частоты развития рецидивного узлового зоба и послеоперационного гипотиреоза, улучшении течения послеоперационного периода. Результаты исследования показали возможность применения различных схем лечебно-профилактических мероприятий и проведение их в возможно ранние сроки после оперативного вмешательства под наблюдением хирурга и эндокринолога.

#### Выводы

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

2. Сравнительное изучение вариантов медикаментозного лечения в послеоперационном периоде выявило более высокую эффективность схем, включающих препараты тироксина.

3. Применение комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий снижает риск развития послеоперационного гипотиреоза в 2,2 раза и рецидива заболевания в 1,7 раза.

#### ОЦЕНКА ЭНДОКСИКОЗА ПРИ ГРИППЕ

Оразаев Н.Г.

*Кабардино-Балкарский  
государственный университет,  
Нальчик*

Основным показателем, позволяющим оценить степень тяжести у больных гриппом, является выраженность синдрома интоксикации. Синдром эндогенной интоксикации сопутствует многим заболеваниям и патологическим состояниям, определяя их тяжесть и прогноз (Н.П. Метальникова с соавт., 1990).

Под наблюдением находилось 39 больных неосложненным гриппом, у 5-х больных – легкой формы, у 20 – среднетяжелой и 6 – тяжелой формы. Все больные лечились в клинике инфекционных болезней г. Нальчика во время эпидемической вспышки гриппа в декабре 2003 и в январе 2004 года. Диагноз ставился на основании клинико-лабораторных данных и при нарастании титра антител в 4 и более раза в РТГА. Для определения уровня концентрации молекул средней массы в плазме крови был использован скрининговый метод В.В. Николайчика и соавт. (1991) в модификации М.И. Габриловича (1998). Определение содержания среднемолекулярных пептидов проводили в периоде разгара заболевания, угасания клинических симптомов и перед выпиской больных из стационара.

При неосложненном гриппе в первые 1-4 дня болезни, т.е. в периоде разгара заболевания отмечено значительное и достоверное возрастание содержания СМП в плазме крови, причем это возрастание СМП было наиболее существенным в периоде разгара заболевания. На 4-ые дни болезни уровень СМП снижался параллельно положительной динамике заболевания, т.е. при уменьшении синдрома интоксикации. На 7-12 день, т.е. в периоде ранней реконвалесценции про-

должалось ступенеобразное падение уровня СМП в плазме крови, однако этот показатель не достигал до уровня здоровых людей (контрольная группа).

Изучение изменения уровня СМП в плазме крови при неосложненном гриппе в зависимости от тяжести заболевания выявило достоверно более высокие значения СМП в плазме крови при тяжелом течении, чем при среднетяжелой и легкой форме заболевания, а при среднетяжелой форме заболевания концентрация СМП было существенно выше, чем при легкой форме. При тяжелой форме гриппа уровни СМП возвращались к нормальным показателям в периоде поздней реконвалесценции, т.е. через 1 месяц после выписки из стационара. В тоже время нормализация исследуемого показателя у больных легкой и среднетяжелой формы заболевания происходила перед выпиской из стационара. Более высокие значения СМП отмечаются у больных гриппом с сопутствующими инфекциями.

Таким образом, полученные данные подтверждают значение определения СМП как показателя эндогенной интоксикации, дающей дополнительную информацию о развитии патологического процесса в динамике заболевания гриппом, в зависимости от периода и степени тяжести заболевания. Следовательно, уровень среднемолекулярных пептидов плазмы крови может служить одним из маркеров интоксикационного синдрома. При неосложненном гриппе наблюдается значительное и достоверное повышение уровня СМП с максимальным значением в периоде разгара заболевания. В периоде угасания клинических симптомов параллельно положительной динамике, т.е. при улучшении общего состояния отмечается существенное снижение уровня СМП с возвращением у большинства больных к уровню здоровых людей.

#### **МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ТЕХНОЛОГИЯМ РЕАБИЛИТАЦИИ**

Парахонский А.П.

*Кубанская медицинская академия,  
Краснодар*

В связи с новыми задачами здравоохранения существенно повышаются требования к медицинским технологиям, включая средства и методы диагностики и коррекции адаптационных возможностей организма. Объектом влияния корректирующих и реабилитационных технологий являются внутренние факторы риска развития функциональных расстройств. Рассмотрение организма как единой метаболической системы является единственно правильной методологической основой для понимания сущности заболевания, оценки тяжести и определения прогноза болезни. В этой связи системный подход и системный анализ находят применение в диагностике, оценке эффективности терапии и реабилитации различных воспалительных и инфекционных заболеваний, а также определении степени их тяжести.

Современные подходы к диагностическим, корректирующим и реабилитационным технологиям основаны на интеграции адаптационного и нозологического принципов в восстановительной медицине.

Адаптационная модель фокусируется на характере взаимодействия организма с внешней средой. Основанные на этом подходе медицинские технологии выявляют адаптационные возможности организма, а оздоровление воспринимается как успешная адаптация индивида в окружающем мире. Снижение приспособительных возможностей человека является главным фактором, формирующим степень развития патологических нарушений. Это определяет стратегию современной медицины, направленной не только на устранение специфических проявлений болезни, но и на повышение адаптационного потенциала организма человека, уровня его здоровья. Эффект полезного воздействия медицинских технологий в донологическую стадию патологии наибольший, так как большинство защитных ресурсов организма ещё сохранено. Проблема сохранения и реабилитации здоровья требует развития системы тестирования состояния индивидуальных резервов организма и поиска средств, способствующих их восстановлению. Здоровье является основным критерием качества жизни, задача его сохранения, восстановления, укрепления важна как в медицинской, так и в социальной практике, так как состояние здоровья оказывает решающее влияние на профессиональную и социальную адаптацию человека. Применение медицинских диагностических, корректирующих и реабилитационных технологий, основанных на интеграции адаптационного и нозологического подходов, может способствовать более правильной и полной оценке влияния состояния здоровья и факторов окружающей среды на качество жизни населения. Реализация основного принципа современной медицины – подбора медицинских технологий с учётом индивидуальных особенностей пациента – возможна только при комплексном применении диагностических и реабилитационных технологий с учётом состояния структуры и функций основных систем организма, его адаптационных возможностей.

Стратегия реабилитационных мероприятий состоит в комплексности и учёте патогенетических особенностей развития заболевания. Тактика реабилитации пациентов предусматривает совокупность средств, методов и приёмов, направленных на достижение главной цели – восстановление нарушенных функций органов или систем, а, следовательно, улучшение здоровья и качества жизни больных людей. В комплексной реабилитации больных с воспалительными и инфекционными заболеваниями основополагающими являются следующие принципы: определение степени патологии и учёта сопутствующих заболеваний; индивидуальный подбор препаратов; сочетание, системность и локальное использование препаратов; применение не медикаментозных методов лечения; этапность, непрерывность и преемственность ведения больного. Диагностика индивидуального здоровья, особенно нарушенного, включает нозологическую оценку, характеристику состояния адаптационных возможностей и влияние факторов образа жизни. Такой интегративный подход позволяет адресно подобрать реабилитационную программу для каждого конкретного пациента.