

Висновки

1. Трирічний досвід імунопрофілактики грипу в Інгuleцькому районі м. Кривого Рогу серед різних груп осіб, у т. ч. підвищеного ризику, свідчить про високу епідеміологічну ефективність вакцинацій для профілактики грипу в умовах великого промислового центру.

2. Найбільш висока ефективність імунізації проти грипу відзначена в дитячому віці.

Імунізація протигрипозними вакцинами ефективна щодо інших ГРВІ, що зумовлено відсутністю необхідної етіологічної діагностики і суб'єктивних даних клінічних методів диференційованої діагностики грипу й ГРВІ.

4. Отримані та викладені вище дані потребують розширення і доповнення. Дослідження в цьому напрямку тривають.

ЛІТЕРАТУРА

1. Сравнительное изучение реактогенности и иммуногенности инактивированных гриппозных вакцин у лиц пожилого возраста / Е. И. Бурцева, А. Н. Слепушкин, Л. Н. Власова и др. // Микробиология. — 2000. — № 5. — С. 40-45.

2. Кильбурн Э. Д. Вирусы гриппа и грипп. — М.: Медицина, 1978. — С. 309-314.

3. Лысый А. Е., Артюх В. М., Рыженко С. А. Экология Кривбасса: социально-гигиенические проблемы и перспективы оздоровления: Монография. — Кривой Рог, 2002. — 226 с.

4. Сельникова О. П., Смирнов В. В., Ширококов В. Социально-экономическое обоснование специфической иммунопрофилактики гриппа в Украине // Укр. мед. часопис. — 1999. — № 5. — С. 111-138.

5. Слепушкин А. Н., Власова Л. Н. Профилактика гриппа и ОРВИ // Рос. мед. журнал. — 2001. — Т. 9. — Вып. 16-17. — С. 54-57.

6. Сохин А. А. Методологические проблемы инфекционной патологии. — К.: Здоров'я, 1979. — 160 с.

7. *Философские* и социально-гигиенические аспекты охраны окружающей среды / Под ред. Г. И. Царегородцева. — М.: Медицина, 1976. — 319 с.

8. *Эффективность* гриппозных вакцин и пути ее совершенствования / Э. А. Фридман и др. // Сб. науч. тр. НИИ гриппа «Проблемы конструирования гриппозных вакцин». — Л., 1988. — С. 59-62.

9. *The efficacy and cost effectiveness* of vaccination against influenza among elderly persons living in the community / K. L. Nichol et al. // *New England J. of Medicine*. — 1994. — № 22. — P. 778-784.

10. *Efficacy of Live Attenuated and Inactivated Influenza Vaccines in Schoolchildren and Unvaccinated Contacts in Novgorod, Russia* / L. G. Rudenko, A. N. Slepushkin, A. S. Monto et al. // *J. Infectious Diseases*. — 1993. — N 168. — P. 881-887.

11. *Reactogenicity in the elderly, of nine commercial influenza vaccines results from Italian SVEVA study* / S. Aslegani, S. Salmaso, M. C. Rota et al. // *Vaccine*. — 1999. — N 17. — P. 1898-1904.

УДК 616-002.5-036.22+616.712-089.44

С. І. Кельманська, Б. В. Норейко, С. М. Лепшина,
Р. П. Оліферовська, О. Г. Гуренко, Н. А. Лукашевич,
Д. С. Мирошниченко, О. С. Лавренюк, Д. О. Литвин

РОЛЬ ТОРАКОПЛАСТИКИ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ДЕСТРУКТИВНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ У ПЕРІОД ЕПІДЕМІЇ

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

Вступ

В останні роки збільшується чисельність хворих і зростає кількість деструктивних і хронічних форм захворювання. Основним методом лікування туберкульозу є антибактеріальна хіміотерапія. Виникнення штамів мікобактерій туберкульозу, стійких до багатьох протитуберкульозних препаратів, стало причиною зростання невиліковних та смертельних випадків захворювання. Хірургічні методи лікування хворих на полірезистентний туберкульоз можуть

запобігти прогресуванню захворювання та зменшити епідемічну загрозу, що надходить від бактеріовиділювача [1; 4].

Запропонована наприкінці XIX ст. торакопластика і в наш час залишається в арсеналі хірургічних методів лікування туберкульозу легень [2]. Хірурги прагнули досягти селективного колапсу, переважно уражених відділів легень, що стало причиною розробки різноманітних методик торакопластики та її модифікацій. Особливо актуальна торакопластика в період епідемії, коли не-

обхідно перервати епідемічний ланцюжок. За даними літератури, торакопластика сприяє припиненню бактеріовиділення в 80–100 % випадків [2; 3].

Мета роботи — вивчити ефективність торакопластики у хворих, яким консервативна протитуберкульозна терапія не дала позитивних результатів, а резекція легень пов'язана з надмірно високим ризиком.

Матеріали та методи дослідження

Проаналізовано результати торакопластики у 27 хворих



(жінок — 2, чоловіків — 25) віком від 21 до 61 року, які перебували на лікуванні в хірургічному відділенні обласної клінічної туберкульозної лікарні (ОКТЛ) м. Донецька. З них 12 хворих у віці від 21 до 30 років, 8 — від 31 до 40 років. Переважна більшість хворих, незважаючи на молодий вік, мали інвалідність. Тривалість захворювання на туберкульоз у 20 хворих становила від 2 до 4 років, у 7 — до 17 років. Загострення туберкульозного процесу після закінчення основного курсу лікування спостерігалось у 17, ранній рецидив — у 7, пізній — у 3 хворих. Деструктивний туберкульоз був у всіх обстежених. Бактеріовиділення відзначалось у 18 пацієнтів.

Серед клінічних форм захворювання переважали фіброзно-кавернозний — у 16 хворих і інфільтративний туберкульоз легень — у 11 хворих. Рентгенографічно розповсюдженість процесу обмежувалась ураженням частки у 9, всієї легені — у 6 хворих. У 4 хворих спостерігалась бронхогенна дисемінація та у 2 — ураження плеври.

Усі хворі висловлювали різні скарги, основними з яких були: задишка, вологий кашель, біль у грудній клітці, кровохаркання. В усіх обстежених відзначалися симптоми загальної інтоксикації, які проявлялися субфебрильною температурою, зниженням маси тіла, блідістю шкірних покривів, загальною слабкістю.

У загальному аналізі крові у 4 хворих виявлено зниження еритроцитів та рівня гемоглобіну. У 22 хворих лейкоцити були у межах норми, у решти спостерігався помірний лейкоцитоз у межах $9-11 \cdot 10^9/\text{л}$. Лімфоцити у межах норми були у 25 обстежених, у решти хворих — лімфоцитопенія. Прискорена ШОЕ (до 42 мм/год) відзначалась у 16 осіб. Усім хворим перед операцією проводилась діагностична бронхоскопія. Специфічний ендобронхіт виявлено у 10 осіб. Цим хворим перед операцією проводили 2–3 лікувальні бронхоскопії.

В комплексі обстеження хворих перед операцією проводилось дослідження функціонального стану легень. Усі пацієнти страждали від дихаль-

ної недостатності різного ступеня. У 14 хворих виявлено вентиляційну недостатність I ступеня, у 13 — II–III ступеня за змішаним типом з переважанням бронхіальної обструкції.

Вивчення електрокардіограм показало, що тільки 5 хворих не мали змін на електрокардіограмі. У 21 пацієнта спостерігалися дистрофічні зміни. Вірогідні ознаки хронічного легеневого серця виявлено у 2 хворих; 14 хворим проведено 6-реберну торакопластику, 7-реберну — 8, 5-реберну — 2, 8-реберну — 1 та 4-реберну — 2 хворим.

Результати дослідження та їх обговорення

За підсумками лікування, припинення бактеріовиділення спостерігалось у 10 хворих, закриття каверни — у 6, зменшення каверни — у 14. Позитивних змін у найближчому післяопераційному періоді не відзначено у 5 хворих.

Як приклад наводимо історію хвороби пацієнта Н., 24 років, через 6 міс після торакопластики (рис. 1, 2). Хворий — інвалід за туберкульозом. Надійшов до торакального відді-

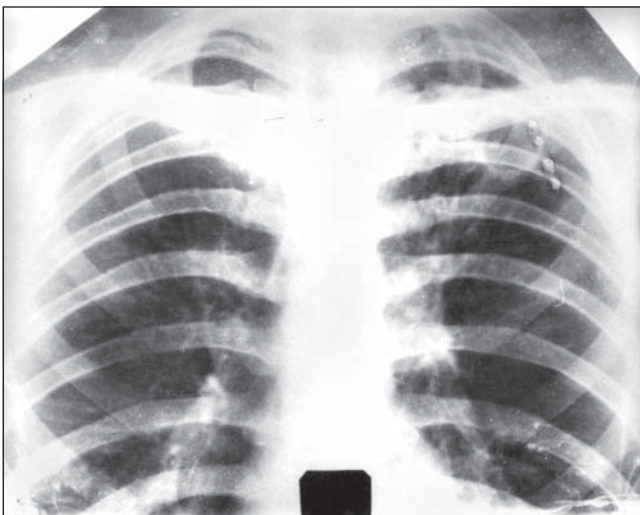


Рис. 1. Рентгенограма 1 (до операції торакопластики). Стан після видалення верхньої частки лівої легені. У підключичній ділянці в оперованій легені визначається кільцеподібна тінь діаметром близько 4 см з товстими фіброзними стінками, вогнищами навколо, справа поодинокі дрібні вогнища

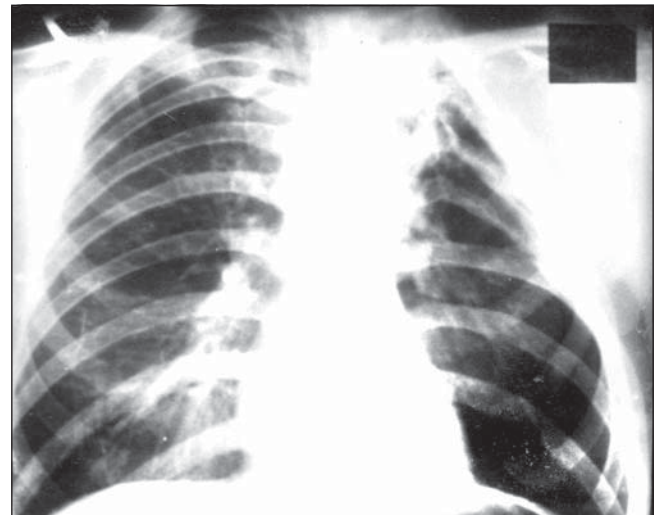


Рис. 2. Рентгенограма 2. Зліва — стан після видалення верхньої частки з подальшою верхньозадньою торакопластикою, під якою — фіброз, вогнища, деформована порожнина в динаміці її зменшення в розмірах. Справа — дрібні вогнища ущільнення



лення 19 вересня 2002 р. для дообстеження. Діагноз: фіброзно-кавернозний туберкульоз лівої легені. Стан після 6-реберної верхньозадньої торакопластики (2001 р.).

На момент госпіталізації скарг хворий не висловлював. Вперше в квітні 1998 р. виявлено інфільтративний туберкульоз верхньої частки лівої легені у фазі розпаду МБТ+. Протягом 9 міс у стаціонарних умовах отримувал протитуберкульозну терапію. Процес трансформувался в фіброзно-кавернозний туберкульоз. У 1999 р. проведено операцію — верхню лобектомію лівої легені. Стан після операції задовільний. Через 6 міс діагностовано загострення. Визначено діагноз «інфільтративний туберкульоз 6-го сегмента лівої легені у фазі розпаду МБТ+». Від запропонованої торакопластики хворий відмовився, його було виписано для продовження амбулаторного лікування.

У травні 2000 р. у зв'язку з кровохарканням хворого гос-

піталізовано до торакального відділення. Після обстеження, на фоні специфічної протитуберкульозної терапії, проведено 6-реберну торакопластику зліва. Через місяць у хворого відзначено клінічне покращання та припинення бактеріовиділення. При контрольному обстеженні через 6 міс скарг не висловлював. Загальний стан задовільний. Збільшилася маса тіла. Мікобактерії в 5 дослідженнях не визначаються. Рентгенограми додаються.

Висновки

Результати аналізу проведених операцій торакопластики дають можливість зробити висновок, що за відсутності ефекту консервативної протитуберкульозної терапії застосування торакопластики дозволяє підвищити ефективність лікування хворих на деструктивний туберкульоз.

Застосування торакопластики в період епідемії туберкульозу має також і соціальне значення, тому що більшість

хворих — особи молодого працездатного віку.

Торакопластика залишається ефективним методом хірургічного лікування деструктивного туберкульозу у хворих, яким не вдалося стабілізувати процес консервативною терапією, а резекцію легені здійснити неможливо через активність і розповсюдженість туберкульозного процесу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Залескис Р. Роль хірургічних методів в ліченні туберкульозу // Проблеми туберкульозу. — 2001. — № 9. — С. 3-5.

2. Значення торакопластики и причини ее неэффективности при деструктивном туберкулезе легких / А. Ф. Кравченко, Г. И. Алексеева и др. // Там же. — 2002. — № 3. — С. 30-31.

3. Хирургическое лечение двусторонних форм туберкулеза легких / В. А. Порханов, Л. Г. Марченко и др. // Там же. — № 4. — С. 22-25.

4. Андренко А. А., Краснов В. А., Грищенко Н. Г. Хирургическое лечение больных с запущенными формами туберкулеза легких // Там же. — 2000. — № 3. — С. 32-35.

УДК 616.311.2-002-053.2/6-08:615.849.19

Ю. М. Коваль, І. М. Мойсєєв, М. М. Руденко

ЦИТОЛОГІЧНІ НОРМАТИВИ ГІНГІВАЛЬНОГО ЕПІТЕЛІУ В ЗДОРОВИХ ДІТЕЙ І ЦИТОДІАГНОСТИЧНІ ПОКАЗНИКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ КАТАРАЛЬНИЙ ГІНГІВІТ

Одеський державний медичний університет

Найважливішим питанням клінічної стоматології дитячого віку сьогодні є удосконалення методів діагностики хронічного катарального гінгівіту в дітей [1; 2]. Діагностику захворювання проводять на підставі візуального огляду і додаткових клінічних і лабораторних методів, використовуючи при цьому сучасні імунологічні, біохімічні та цитологічні дослідження [1–3].

Однак у доступній літературі нами не виявлено розроблених цитологічних нормативів епітелію слизової оболонки ясен у здорових дітей. Існують тільки кількісні цитологічні нормативи епітелію слизової оболонки порожнини рота в здорових дорослих людей [4]. На наш погляд, розробка вищевказаних цитологічних нормативів у дітей підвищить рівень діагностики хронічного катарального гін-

гівіту, допоможе одержати інформативні цитодіагностичні показники патологічних змін в епітелії слизової оболонки ротової порожнини щодо норми.

Мета дослідження — розробка цитологічних нормативів епітелію слизової оболонки ясен у здорових дітей і дослідження цитодіагностичних показників гінгівального епітелію при хронічному катаральному гінгівіті.

