

Основные эффекторы патогенеза – живые бактерии и, в меньшей степени, их токсины. В иммунном ответе чётко прослеживается смена синтеза IgM на IgG. Тип иммунного ответа при адекватном течении инфекционного заболевания – Th2. Саногенез обусловлен иммунным фагоцитозом, иммунным лизисом и антитоксинами.

В. Гранулематозные бактериозы:

В1. Острые неэпителиоидноклеточные гранулематозные бактериозы (листерии, салмонеллы брюшного тифа, паратифов А, В и др.). Возбудители содержат поверхностные Т-зависимые антигены. Эффекторами патогенеза являются живые бактерии. Фагоцитоз незавершенный. Тип иммунного ответа – Th2 и Th1. Появление IgM сопровождается образованием гранулём. Саногенез и обратное развитие гранулём происходит при участии Т CD8, а продукция IgG – опсонин обеспечивает завершенность фагоцитоза и предотвращает образование новых гранулём. В завершении фагоцитоза имеет значение γ -IFN, входящий в набор цитокинов, свойственный Th1 части иммунного ответа.

В2. Хронические эпителиоидноклеточные гранулематозные бактериозы (микобактерии туберкулеза, лепры; бруцеллы и др.). Возбудители содержат поверхностные Т-зависимые антигены. Эффекторами патогенеза являются живые бактерии. Фагоцитоз незавершенный. Тип иммунного ответа – Th1 (у лиц без иммунодефицита) и Th2 (при дефектности иммунной системы). Появление IgM, по-видимому, также может являться ведущим фактором образования гранулём. Действия цитокинов Th1 набора не достаточно для завершенности фагоцитоза, что приводит к появлению в гранулеме эпителиоидных клеток. Саногенез успешен только при Th1 типе иммунного ответа.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ИММУНОЛОГИИ И ХИРУРГИИ

Парахонский А.П.

Кубанская медицинская академия, Краснодар

Основная идея развития хирургии определяется глубоким пониманием кардинальных положений: 1) необходимостью изучения общих и местных защитных реакций здорового и больного человека с выявлением путей целенаправленного воздействия на них, 2) необходимостью единения теории с практикой и интенсивного, рационального привлечения к решению конкретных (биологических, медицинских, хирургических) задач точных наук с их методиками и возможностями, мало доступными практическому врачу. Обращает внимание, что в настоящее время много внимания в хирургии уделяется техническому аспекту в ущерб биологическим знаниям. Суть наших исследований заключается в том, чтобы на базе использования тончайших методик фундаментальных наук решать конкретные задачи, диктуемые практической медициной. Это: снижение повреждающего воздействия болезни, операций, обезболивания, лекарств, инфекции; регуляция регенерации, воспаления и состояния больного; расшифровка неизученных сторон патогенеза многих болезней, а отсюда – совершенст-

вование диагностики, прогнозирования, лучший эффект консервативного и хирургического лечения с соответствующим и вполне реальным снижением осложнений и летальности. Хирургия – величайшее достижение человечества – должна быть не довлеющей основой, а лишь методом в сложном и разнообразном комплексе лечения больного человека. Такой подход позволяет решать общие фундаментальные проблемы во взаимоотношениях связи с частным, что закладывает основу для рационального развития хирургии и способствует эффективному и целенаправленному решению частных задач (на базе общих) с исчерпывающим использованием современных достижений хирургии и медицины.

По нашим данным развитие многих хирургических болезней сопровождается выраженными изменениями в иммунной системе (ИС), характеризующимися как состояние вторичного иммунодефицита (ИДС). Возникновению ИДС у больных способствует комплекс патологических факторов основного заболевания, стресс, обезболивание, операционная травма. Эти факторы угнетают иммунный ответ и подавляют фагоцитарную активность лейкоцитов. Поэтому повышение защитных сил организма является важным элементом в улучшении результатов лечения. Показано, что течение различных заболеваний находится в прямой зависимости от глубины и характера нарушений ИС. Отсюда, весьма актуальным является разработка диагностических критериев, позволяющих в ранние сроки заболевания выявить состояние резистентности организма больного, прогнозировать возможные осложнения и организовать рациональное патогенетическое лечение.

Выполненные исследования показали существенные изменения клеточных и гуморальных факторов защиты, а также неспецифической резистентности у многих хирургических больных. Коррекция возникающих иммунных нарушений является важным и обязательным элементом в комплексной терапии больных, позволяющим добиться успеха при лечении и снизить летальность.

Иммунные технологии в современной лабораторной практике базируются на использовании моноклональных антител и используются для оценки нейрогуморальных нарушений и состояния звеньев ИС, для определения уровней онкомаркеров и иммунодепрессантов. Нам представляются следующие возможности использования иммунологических технологий в хирургической клинике:

- диагностика патологий, выявление показаний к хирургическому лечению, установление топического диагноза;
- выявление резервных возможностей функционального состояния различных систем и органов больного;
- прогноз и оценка эффективности хирургического лечения;
- динамический контроль лечения заболевания и оценка состояния больного на различных этапах хирургического лечения; выявления механизмов действия фармакологических препаратов и методов лечения;

- иммунопрофилактика и иммунотерапия хирургических инфекций;
- оценка уровней различных биологически активных веществ на принципе взаимодействия антиген-антитело

Использование моноклональных антител объективизирует характеристики параметров ИС, повышает скорость и точность анализа, простоту его постановки, быстроту получения результатов. Нарушение иммунных показателей сопровождается развитием синдрома вторичной иммунной недостаточности, на фоне которой проявляются и усугубляются гнойно-воспалительные процессы. Принципиальная схема иммунотерапии хирургических заболеваний включает мониторинг показателей ИС в динамике развития патологии и лечения. Выбор оптимального иммунокорректора и оценка его действия производится на основании клинических проявлений и динамики показателей иммунограммы, что способствует улучшению результатов лечения.

Наши исследования у разных групп хирургических больных до и после оперативного вмешательства показали, что назначение иммунокорректоров в комплексе современных методов лечения способствует ликвидации послеоперационных осложнений, ускоряет заживление тканей, уменьшает время реабилитации больных после операций.

Таким образом, иммунологические исследования с применением современных технологий позволяют решать в хирургической клинике важные вопросы диагностики, оценки состояния и эффективности лечения. Полученные результаты оказывают влияние на выработку тактики хирургического лечения, позволяют оценивать необходимость применения новых фармакологических препаратов и проводить объективную реабилитацию хирургических больных.

ОСОБЕННОСТИ ВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ПАРАЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ ЧЕЛОВЕКА В ПРЕНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ И РАННЕМ ПЕРИОДЕ ДЕТСТВА

Росткова Е.Е.

Астраханская государственная медицинская академия, Астрахань

Целью настоящего исследования явилось изучение васкуляризации парашитовидных желез человека в пренатальном онтогенезе, у новорождённых и периоде раннего детства. Околощитовидные железы вместе с группой других эндокринных желез участвуют в формировании и развития растущего организма.

В работе использовались методы анатомического препарирования, классические гистологические методики, графической реконструкции.

Наблюдения показали, что уже к середине 8 недели внутриутробного развития в капсуле парашитовидных желез появляются микрососуды. На 12 неделе пренатального онтогенеза определяются морфологические признаки, свидетельствующие о формировании вторичных капилляров. К 21-22 неделям пренатального онтогенеза определяются внутриорганные

сосуды, на 25 неделе; регистрируется ветвь нижней щитовидной артерии, которая начинает ветвиться по магистральному типу.

Паращитовидные железы новорожденных характеризуются однородностью строения, наличием большого числа тончайших и коротких сосудистых веточек. Магистральные основные сосуды внутриоргана проходят центрально от одного полюса железы к другому, распадаясь при этом на радиально отходящие ветви. Одна их часть заканчивается в ткани капсулы, другая в паренхиме железы.

Отмечено богатое кровоснабжение парашитовидной железы у детей в грудном возрасте от 10 дней до 1 года. Паращитовидная артерия непосредственно в области ворот железы делится на 2-6 ветвей, которые проходят в строге железы; от каждой из этих вторичных ветвей отходит; большое количество более мелких ветвей, переходящих в результате дальнейшего ветвления в капиллярную сеть. Внутрижелезистое артериальное русло парашитовидной железы представлено ветвями 1-2-3-4 порядков парашитовидной артерии, причём, ветви 1 порядка имеют прямой ход, ветви 2-3 порядков извиты. В периоде раннего детства (1 – 3 года) в капсуле парашитовидной железы появляется ячеистая древовидная сеть капилляров, в местах деления артериол на ветви большего порядка четко выявляются гладкомышечные сфинктеры.

Как показали наблюдения, концентрация кровеносных сосудов в парашитовидной железе больше, чем в щитовидной железе.

ДИСБИОЗ КИШЕЧНИКА В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ

Стрюковский А.Е., Тараканов В.А., Мазурова И.Г.,
Бондаренко С.Б.

*Кубанская государственная медицинская академия,
Краснодар*

Аноректальные пороки развития (АРПР) являются одной из наиболее часто встречаемых врожденных патологий. Проведение предоперационной подготовки и реабилитационной терапии остается достаточно актуальным и дискуссионным вопросом детской колопроктологии

Одной из основных задач медицинской реабилитации является коррекция дисбактериоза – восстановление качественного и количественного состава микрофлоры толстой кишки.

Располагаем опытом лечения 58 детей с различными формами АРПР. Коррекция дисбактериоза толстой кишки достигалась проведением селективной деконтаминации в сочетании с энтеросорбцией и ферментотерапией, под контролем анализов кала на дисбактериоз.

При исследовании кала на дисбактериоз в 100% случаев были выявлены нарушения колонизационной резистентности микрофлоры кишечника. В 90% наблюдений дисбиозы кишечника были обусловлены *Klebsiella pneumonia* и *Proteus vulgaris*. Данная флора устойчива к проведению деконтаминации аминогликозидами. При их выявлении деконтаминацию кишеч-