

- 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-