

- 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.

Парашитовидные 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. Парашитовидная 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 микробиотоза 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-

ника проводили препаратом “Эрцефуррил”. Восстановление качественного и количественного состава микрофлоры толстой кишки в предоперационном и раннем послеоперационном периодах проводилось с помощью эубиотиков (бифидумбактерин, лактобактерин, препарат «Линекс», «Бактисуптил»). На этапах реабилитации при лечении дисбиоза кишечника использовались препараты пробиотического ряда («Хилак-форте»). Применение пробиотиков имеет ряд преимуществ перед эубиотиками: они облегчают пищеварение и всасывание необходимых витаминов и питательных веществ, способствуют формированию собственной микрофлоры кишечника без «нагрузки из вне», а также не инактивируются под действием препаратов, применяемых с целью деконтаминации.

При этом восстановление собственной микрофлоры кишечника происходило за более короткие сроки, что является одним из немаловажных факторов, позволяющих провести полную реабилитацию детей с данной патологией за 1,5-2 года.

ДОЛИХОСИГМА – КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

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

Целью нашего исследования явилось создание комплексной программы лечения долихосигмы у детей. Проведенные нами клинико-лабораторные исследования позволили сделать заключение о некоторых звеньях патогенеза. Рентгенологически диагностированная долихосигма – состояние, проявляющее себя при срыве компенсаторных возможностей организма. Стартом к моменту декомпенсации зачастую служит психоэмоциональный срыв или синдром избалованного ребенка. Стрессовая ситуация подталкивает ребенка изменить свои взгляды на окружающий мир и, формируя новые реакции адаптации, изменяет отношение к акту дефекации. Избалованные дети, получая максимум внимания, не правильно питаются – в основе их питания лежат собственные желания, а не диетические нормы. Они управляют родителями, истеричны и относятся к жизни свысока и, все связанное с актом дефекации, считают ниже своего достоинства. Все перечисленное ведет к формированию синдрома раздраженного кишечника – колита, дисбактериоза кишечника, на фоне аномалии развития толстой кишки.

В комплекс терапии мы ввели психологическое консультирование и воздействие на психоэмоциональные установки. Продолжительность терапии напрямую зависела от «перевоспитания» ребенка. Даже хороший эффект от курса консервативной терапии был не стойким при наличии сложившихся психологических установок.

Каломазание у больных чаще носило психогенный характер, при неизменном тоне анальных сфинктеров. Оно купировалось без специального лечения на фоне коррекции реакций психологической адаптации.

Таким образом, долихосигма – анатомический субстрат для развития синдрома раздраженного кишечника и его следствий, а не самостоятельная болезнь. Исходя из приведенных установок, оперативное лечение долихосигмы ставится под сомнение. Нами такие дети не были оперированы, за исключением случаев вторичного гипоганглиоза – рентгенологически диагностируемого как болезнь Гиршпрунга.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО СКЛЕРОЗИРОВАНИЯ ВЕН ПИЩЕВОДА ПРИ СИНДРОМЕ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ

Тараканов В.А., Старченко В.М., Полеев А.В.
Кубанская государственная медицинская академия, Краснодар

Цель исследования - изучить структуру осложнений после эндоскопического склерозирования (ЭС) варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) у детей с синдромом портальной гипертензии (СПГ) и разработать программу их профилактики.

Материалы и методы. Нами изучены результаты используемой методики ЭС ВРВП у 74 детей с СПГ. Мы применяем интравазальное склерозирование 3 % раствором тромбовара. Преобладали больные с подпечёночной формой СПГ - 59 человек (80,8 %), внутрипечёночная - 7 детей (8,8 %) и комбинированная форма – 8 больных (10,4 %). Большинство пациентов – 62 человека (83,8 %) имели – III-V степень ВРВП. До начала склеротерапии кровотечение из ВРВП отмечалось у 41 (60,3 %) больных, зачастую имея рецидивирующий характер. ЭС в основном применялось в качестве самостоятельного метода, а также в комплексе с операциями гастроэзофагеального разобщения и сплено-рентального шунтирования.

Результаты. На основании собственного опыта предлагаем выделять постсклеротические реакции и постсклеротические осложнения. Реакции связаны с ответом организма на инъекцию склерозанта. К таким реакциям мы относим: 1) гипертермическую 19 больных (25,6 %); 2) загрудинные боли - 13 человек (17,6 %); 3) дисфагические явления - 14 пациентов (18,9 %). Они характеризуются незначительной выраженностью, кратковременностью и способностью к самостоятельной регрессии без специфического лечения.

В своей практике мы не имели таких тяжёлых постсклеротических осложнений, как перфорация пищевода или приведших к летальному. Осложнения методики ЭС были следующими: стеноз пищевода - 4 пациента (5,4 %); острая пневмония - 2 чел. (2,7 %); пищеводное кровотечение - 1 больной (в 1,4 % случаев). Во всех случаях осложнения купированы консервативно: бужирование пищевода при стенозе, стандартная терапия при пневмонии и гемостатическая при кровотечении. У остальных 67 пациентов (90,5 %) используемая нами схема склеротерапии ВРВП, а также сопроводительная медикаментозная терапия позволила избежать осложнений.

Выводы. Мы считаем наилучшей мерой профилактики осложнений при ЭС ВРВП следующие меро-