кислая среда является неблагоприятной для развития патогенной и условно-патогенной микрофлоры. В течение последующего месяца для поддержания микрофлоры кишечника назначался хилак-форте по 40 капель три раза в день. При контрольных исследованиях восстановление нормальной микрофлоры наблюдалось у 12 больных. При увеличении роста дрожжей рода Candidae albicans в течение 7 дней назначался флуконазол по 100 мг в сутки. Затем, для восстановления микрофлоры – пробифор по 1 пакетику три раза в сутки в течение 15 дней. При повторном исследовании кала дрожжеподобные грибы обнаружены не были.

Для улучшения пищеварения всем больным ДС подбиралась механически и химически щадящая диета с увеличенным содержанием белка, соответствующая столу №4б, назначались ферментные препараты – креон 10000 по 2 капсулы 3 раза в день во время приема пищи. Для повышения общей реактивности организма назначались поливитамины. Больным с тяжелой степенью ДС проводилась инфузионная терапия: раствор альбумина, плазма, трисоль, аминосол, 5% глюкоза с аскорбиновой кислотой.

Заключение. Высокой частоте развития дисбиоза кишечника у больных с демпинг-синдромом способствуют измененные анатомические и функциональные взаимоотношения между органами пищеварительного тракта, снижение продукции соляной кислоты, нарушение моторики желудочно-кишечного тракта, снижение функции поджелудочной железы, ускоренное прохождение кишечного содержимого по кишечнику. Своевременная диагностика и лечение способствует восстановлению микрофлоры толстой кишки у большинства больных.

Литература

1.*Буянов В.М. и др.* // РМЖ.–1992.– №4.– С.47–49.
2.*Вахрушев Я.М., Иванов Л.А.* Постгастрорезекционные синдромы.– Ижевск,1998.–140 с.
3.*Добрынин В.М. и др.* Методические рекомендации по микробиологической диагностике дисбактериозов кишечника в лечебно-диагностических учреждениях армии и флота // СПб: НИИ эпидемиол. и микробиол. им.Пастера, 1999.– 23 с.
4.*Красноголовец В.Н.* Дисбактериоз кишечника и его клиническое значение. – М.: Медицина,1979.– 54 с.
5.*Кузнецов В.А. , Федоров И.В.* // Хир.– 1993.– №5.– С.78.
6.*Самсонов М.А. и др.* Постгастрорезекционные синдромы. – М.: Медицина, 1984.– 192 с.
7.*Усманов М.М. и др.* // Рос. ж. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. - 2000.– №6.– С.29–32.
8.*Щербаков П.Л.* // Педиатрия.– 1998.– №5.– С. 99–104.

УДК 616.43:616-008.9-07

ПЕРСПЕКТИВЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ КОРРЕКЦИИ ГИПОПАРАТИРЕОЗА

В.А. ЗУРНАДЖЬЯНЦ, Д.А.ЧЕРНУХИН*

Среди методов коррекции гипопаратиреоза наиболее эффективными и распространенными представляются пересадки ткани паращитовидных желез. Необходимость восстановления функции паращитовидных желёз связана с хирургическим лечением вторичного гиперпаратиреоза на фоне хронической почечной недостаточности, снижением продукции паратгормона у больных после операций на щитовидной железе. Показанием к оперативному вмешательству служит отсутствие эффекта после проведения консервативного лечения с гемодиализом, при появлении симптомов остеодистрофии и признаков гиперпаратиреоза производят тотальную резекцию паращитовидных желёз, тотальную паратиреоидэктомию с аутотрансплантацией эпителиальных телец производят при тяжёлых формах вторичного гиперпаратиреоза у больных с хроническими заболеваниями почек.

Допустимо пересаживать как аллогеную (чаще трупную или от больных диффузной гиперплазией паращитовидных желёз), так и аутогенную ткань. В настоящее время большинство хирургов прибегают к свободной трансплантации ткани паращитовидных желёз в мышечное ложе. Этот метод, более простой в техническом отношении, давал хорошие результаты. Техника пересадки ткани паращитовидных желёз одинакова как для аутотрансплантации, так и аллотрансплантации.

* Кафедра хирургических болезней педиатрического факультета Астраханской государственной медицинской академии

Цель исследования – усовершенствование хирургического лечения гипопаратиреоза, возникающего после операций удаления паращитовидных желёз.

В эксперименте, проведенном на 24 беспородных собаках в возрасте от 6 до 18 мес., под общей анестезией выполнялось двустороннее удаление 2-3 паращитовидных желёз и субтотальная резекция щитовидной железы (не всегда технически возможно удаление паращитовидных желёз собаки без резекции щитовидной железы). В первой группе (12 собак) выполняли аутотрансплантацию ткани паращитовидных желёз в подкожно-жировую клетчатку и мышцы передней брюшной стенки, подслизистый слой желудочной стенки. Вторая группа (12 собак) – контрольная. Послеоперационные изменения ткани трансплантатов паращитовидных желёз, оцениваемые визуально, не имели специфических особенностей.

Морфологическое исследование. Срок наблюдения 5 суток: структура трансплантата (ткань паращитовидной железы) в скелетной мышце в целом сохранена. Некоторые клетки в состоянии коагуляционного некроза, по периферии небольшие кровоизлияния, признаков экссудативного воспаления нет. Ткань паращитовидной железы в жировой клетчатке без признаков некроза, по периферии небольшие кровоизлияния, признаков начинающегося пролиферативного воспаления, клеточный состав представлен лимфоцитами, гистиоцитами, фибробластами. Ткань паращитовидной железы в скелетной мышце без грубых деструктивных изменений, воспаления. Регистрируется формирование нежных коллагеновых волокон вокруг трансплантата (начало образования капсулы). В результате сравнительного морфологического исследования, предположение о положительном влиянии на регенерацию трансплантатов ложа имеющего хорошие реваскуляризирующие свойства (подслизистый слой стенки желудка и мышечная ткань), подтверждается сохранением ткани паращитовидной железы с органотипичными признаками, с уменьшениием явлений дегенерации, по сравнению с трансплантатами, имплантированными в подкожную клетчатку. Ангиопластические явления в трансплантатах начинаются уже на 5-е сутки, более выражены после пересадки в мышечную ткань и в подслизистый слой желудочной стенки

Состояние остающейся ткани паращитовидной железы после вмешательства является основным объектом изучения эффективности послеоперационной коррекции гипопаратиреоза.

Литература

1.*Акинчев А.Л., Романчишен А.Ф.* // Сб.: Современные аспекты хирургической эндокринологии. Мат. 10(12) Рос. симп. по хир. эндокринол.– Смоленск, 2002.– С.5–6.
2.*Бокарева О.В.* Хирургическая тактика при узловых поражениях щитовидной железы: Автореф. дис… к.м.н. – Саратов, 1990.– 18 с.
3.*Бредихин Т.Ф.* Материалы экспериментальных трансплантаций щитовидной железы и других эндокринных органов: Дис… канд. мед. наук.– Курск, 1962.– 281 с.

УДК 615.47.03:616-07

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА АНКЕТИРОВАНИЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПРИЗНАКОВ ИНТОКСИКОЗА И ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВЕДЕННОГО ОЗДОРОВЛЕНИЯ У РАБОТНИКОВ АСТРАХАНСКОГО ГАЗОВОГО КОМПЛЕКСА

В.Н.БУЧИН, Т.А.ЭСАУЛОВА*

Основными производственными факторами Астраханского газового комплекса, способными оказывать повреждающее действие на организм работающих здесь людей, являются содержание в воздухе сероводорода, сернистого ангидрида, оксидов углерода и азота, интенсивный производственный шум, а так же значительная напряженность труда [1]. Технология газодобычи и переработки сопряжена со взрыво- и пожароопасностью, токсическим воздействием высокоагрессивных компонентов природного газа и продуктов его переработки. Эти условия труда являются факторами, снижающими возможности социально-трудовой адаптации работников газовой промышленности. Комплексное воздействие неблагоприятных факторов производства ведет к

* Негосударственное учреждение здравоохранения «Медико-санитарная часть», Астрахань, ул.Кубанская,1. т.88512-336-235