

скольких месяцев. В то же время это зачастую приводит к учащению возникновения побочных реакций на лечение со стороны организма больного. Появление выраженных негативных реакций, носящих неустранимый характер, нарушают схемы противотуберкулезной терапии, зачастую требует замены более эффективных АПБ на менее эффективные. Это удлиняет сроки пребывания больного в стационаре, снижает результативность терапии.

Побочные реакции на противотуберкулезные препараты возникают преимущественно в первые 2 месяца антибактериальной терапии. В последующем вероятность развития побочных реакций уменьшается.

Под наблюдением находилось 210 больных туберкулезом органов дыхания. В значительной степени преобладали мужчины в возрасте от 25 до 50 лет.

Результат: за время пребывания в стационаре, побочные реакции от химиотерапии развились у 58 пациентов (27,6%), значительная степень которых развилась в первые 2 месяца лечения. По характеру проявлений преобладали токсические реакции – 74,1% (гепатотоксические – 32,7%, нефротоксические – 3,4%, ототоксические – 13,7%), реже встречались аллергические реакции (крапивница- 22,4%); токсико-аллергические-12,5% и дисбактериозы – 3,4%. По степени тяжести: тяжёлые-20,7%, умеренные-58,6%, легкие-20,7%. У 75% пациентов проявление побочных эффектов от химиотерапии требовало вмешательства врача. Однако устранить отрицательные реакции удалось лишь у 76% больных. В 24% случаев реакции носят неустранимый характер, что заставляет врача менять схемы лечения, заметно удлиняя сроки стационарного лечения и снижая его эффективность.

## СОСТОЯНИЕ ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ И СОПУТСТВУЮЩИМ ДИСБАКТЕРИОЗОМ

*Ю.Е. Скаковская*

Научный руководитель – к.м.н., доцент *О.Н. Назаренко*  
*Белорусский государственный медицинский университет*

В современных условиях нарастающей агрессивности окружающей среды отмечается повышенная антигенная нагрузка на организм [1, 2]. По прогнозам экспертов ВОЗ в начале XXI века аллергические болезни займут в мире первое место в структуре заболеваемости [2]. Особую тревогу вызывает рост числа аллергических болезней у детей, сопровождающихся множественными функциональными расстройствами, нарушениями иммунных процессов, что ведет к неспецифическим воспалительным заболеваниям различной локализации [1, 3, 4].

Целью нашего исследования явилось изучение сдвигов показателей стандартных иммунограмм у детей с атопическим дерматитом (АД) и сопутствующим дисбактериозом.

Материалы и методы. Изучены показатели клеточного и гуморального иммунитета у 27 детей, страдающих АД, в зависимости от возраста (2 группы: до 10 лет (n=14) и от 10 до 16 лет (n=13)), формы АД (дети с распространенной формой АД (n=11) и с локализованной (n=16)) и наличия дисбактериоза кишечника (группа с дисбактериозом (n=11) и без него (n=16)).

Полученные результаты. При оценке состояния иммунитета в зависимости от возраста достоверных различий в уровне содержания Т-лимфоцитов выявлено не было. Имело место повышение содержания Т-активных лимфоцитов до  $28,4 \pm 2,7\%$  у детей младшей возрастной группы ( $P < 0,05$ ). Установлено повышение содержания В-лимфоцитов до  $10,8 \pm 1,5\%$  у старших детей ( $P < 0,05$ ), снижение IgG до  $12,4 \pm 1,2$  г/л у детей до 10 лет и  $10,6 \pm 0,75$  г/л у детей старше 10 лет по сравнению с нормой ( $15,5 \pm 0,94$  г/л) -  $P < 0,05$  и  $P < 0,001$  соответственно.

Сравнение показателей иммунитета у детей с АД в зависимости от распространенности процесса показало, что при распространенной форме имеется существенное повышение Т-лимфоцитов до  $30,1 \pm 3,9\%$  по сравнению с нормой и данным показателем у детей с локализованной формой АД ( $22,4 \pm 2,3\%$  и  $24,6 \pm 2,3\%$ ,  $P < 0,05$ ). Имело место снижение содержания IgG при локализованной форме АД до  $10,9 \pm 0,93$  г/л ( $P < 0,01$ ) и при распространенной форме – до  $12,44 \pm 1,1$  г/л ( $P < 0,05$  по сравнению с нормой). Частота снижения уровня IgA у детей с локализованной формой АД (25%) и распространенной формой АД (27,3%) была существенно выше чем его превышение нормы ( $P < 0,05$ ).

У детей с дисбактериозом имеет место повышение относительного количества Т-лимфоцитов и их активности по сравнению с нормой и с группой больных, не имеющих дисбиотических расстройств ( $P < 0,05$ ). Существенными были изменения показателей гуморального иммунитета: повышение уровня В-лимфоцитов до  $11,8 \pm 1,5\%$  по сравнению с нормой ( $7,2 \pm 0,74\%$ ,  $P < 0,01$ ) и с группой детей без дисбактериоза ( $8,4 \pm 1,23\%$ ,  $P < 0,1$ ); снижение IgG до  $10,7 \pm 1$  г/л по сравнению с нормой ( $P < 0,001$ ); также имелись тенденции к снижению IgA относительно нормы и группы детей без дисбактериоза.

Выводы. Изменения в иммунном статусе у детей с АД характеризуются вариабельностью дисбаланса иммунитета в каждом конкретном случае, причем для распространенных форм заболевания наиболее характерно повышение Т-лимфоцитов и некоторое снижение уровня IgG и IgA по сравнению с нормой, а при сопутствующем дисбактериозе кишечника указанные изменения выражены в наибольшей степени.

#### **Литература**

1. Балаболкин И.И. Гастроинтестинальная пищевая аллергия у детей// Педиатрия. – 1997. №1, с. 32-36.
2. Копанев Ю.А., Соколов А.Л. Дисбактериоз кишечника: микробиологические, иммунологические и клинические аспекты микробиологических нарушений у детей// Москва, 2002, 147с.
3. Кунгуров Н.В. Иммунологические аспекты атопического дерматита// Вестник дерматологии. – 1999. №3, с 14-17.
4. Сазонова Н.Е., Варначеева Л.Н., Новикова А.В., Плетнева Н.Б. Иммунологическая характеристика пищевой непереносимости у детей первых лет жизни// Педиатрия. – 1992. №3, с.14-18.

## **РАЗРАБОТКА И СОЗДАНИЕ УСТРОЙСТВА И МЕТОДИКИ ЗАКРЫТОЙ ЛОКАЛЬНОЙ ТРАНСЖЕЛУДОЧНОЙ ГИПОТЕРМИИ И ИНТРАДУОДЕНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА**

*Ю.В. Слободин*

Научные руководители – д.м.н., профессор *В.В. Кирковский*,  
д.м.н., профессор *С.И. Третьяк*

*Белорусский государственный медицинский университет*

Цель исследования: обосновать и разработать устройство и методику для выполнения закрытой локальной трансжелудочной гипотермии и интрадуоденальной терапии в комплексном лечении острого панкреатита. [ 1, 2 ]

Материалы и методы: Для закрытой трансжелудочной локальной гипотермии [3] и интрадуоденальной медикаментозной терапии был разработан трехпросветный зонд. Зонд в основе имеет трехпросветную ПХВ трубку с прикрепленным на ней латексным баллоном, помещаемым в желудок и наличием свободного от баллона дистального участка зонда с оливой на конце (для проведения его в 12-ти п. кишку) с целью аспирации дуоденального содержимого, а так же проведения интрадуоденальной медикаментозной терапии. Гипотермию проводили 3 раза в сутки по 2 часа в течение первых 3 дней с момента поступления больного в стационар. [4] Температура хладоагента на входе составляет  $+1 - +2$  °С.

Мы впервые совместно с сотрудниками института тепло- и массообмена доказали возможность охлаждения железы на всю ее толщу до  $29 - 30$  °С при интенсивном охлаждении желудка водой. [5] Предлагаемая нами интрадуоденальная терапия острого некротизирующего панкреатита включает интрадуоденальное введение макродоз трипсина, а также интрадуоденальное введение озонированных растворов.

При интрадуоденальном введении макродоз трипсина вводится  $0.5-0.8$  мг/кг трипсина в течение первых 3-4 суток с момента поступления больного в стационар 3 раза в сутки. При введении данного препарата по принципу отрицательной обратной связи происходит подавление ферментативной активности поджелудочной железы. Предлагаемая нами озонотерапия при остром некротизирующем панкреатите заключается в введении в 12-ти п. к-ку озонированного