

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

0.9% раствора хлорида натрия 400мл в первые трое суток с момента поступления больного в стационар, 3 раза в сутки капельно в течение 1-1.5 часов.

Результаты: применение закрытой локальной трансжелудочной гипотермии и интрадуоденальной терапии при использовании предлагаемой нами методики, является высокоэффективным методом в комплексном лечении больных острым панкреатитом.

Литература

1. Бойко Ю.Г. Этиология, патогенез острого панкреатита и некоторые аспекты его лечения. // Тез. докл. XVI Пленума праления науч. об-ва хирургов БССР. – Гродно, 1988. – С. 4-6.
2. Выбор рациональной тактики лечения острого панкреатита / П.А. Иванов, А.В. Гришин, А.Н.Щербюк и др. // Хирургия. – 1994. - № 9. – С.50-53.
3. Игнатовский Ю.В., Рыбаков С.И. Применение локальной желудочной гипотермии в комплексном лечении больных острым панкреатитом. – Общая и неотложная хирургия. 1976г. выпуск 6. С. 11-14.
4. Ромаков В.Н., Сумурзин Г.Г. Роль локальной желудочной гипотермии при лечении острого панкреатита. – Актуальные проблемы современной клинической хирургии. 1983г. С.19-22.
5. Morphological study of the relation between accidental hypothermia and acut pancreatitis. // AACN Clin. Issues 1999 Nov.; 10 (4): 464 – 77.

К ВОПРОСУ О РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ С ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И НАРУШЕНИЕМ ПСИХИКИ

И.М. Стасенко, Т.А. Ланина

Научный руководитель – к.б.н. *И.В. Пантюк*

Белорусский государственный университет

Проблемы детской инвалидности и реабилитации детей-инвалидов являются актуальными как для органов здравоохранения, так и для служб социальной защиты и образования. По данным официальной статистики установлено, что в Республике Беларусь в 2001 году - 25538 детей-инвалидов и 1791 ребёнок на 10 тыс. населения впервые признан инвалидом. Анализ показал, что происходит увеличение показателей первичной инвалидности детского населения по классу врождённые аномалии: в 2000 г. - 3,81 на 10 тыс. человек; в 2001 г. - 4,47 на 10 тыс. человек. Остаются высокими показатели по классу болезни нервной системы и органов чувств: в 2001г.- 4,42 на 10 тыс. человек; показатели психического расстройства - 2,14 на 10 тыс. человек.

Для оказания помощи детям-инвалидам в Республике Беларусь сложилась система специального образования и медико-психологической реабилитации. Дети с поражением центральной нервной системы и органов чувств госпитализируются в психоневрологические отделения для оказания реабилитационной помощи. Направление детей на реабилитацию проводится в Минский городской центр медицинской реабилитации детей с психоневрологическими заболеваниями. Эффективность реабилитации определяется уровнем реабилитационного потенциала больного ребенка, который устанавливается при первичной консультации и уточняется на совместном осмотре с учётом нозологии, тяжести проявлений, темпов развития и регресса патологических симптомов, возраста и преморбидного состояния. Ребенок осматривается мультидисциплинарной реабилитационной бригадой в составе: заведующий или врач-реабилитолог (невропатолог, ортопед) реабилитационного отделения, врач лечебной физкультуры вместе с инструктором ЛФК, врач физиотерапевт, заведующий клиническим (психоневрологическим или нейроортопедическим) отделением, психолог, педагог, логопед.

При выписке врач Центра дает рекомендации по дальнейшему наблюдению с помощью системы PORTAGE.

Методика PORTAGE предназначена для детей отстающих в психическом развитии, имеющих физические нарушения; для детей, не реагирующих на выстраиваемые родителями связи. Основываясь на уже имеющихся возможностях, достижениях каждого ребёнка индивидуально, ведётся обучение навыкам, которыми ребёнок ещё не овладел. Система PORTAGE предлагает тщательно подобранную, вместе с тем гибкую, систему помощи, помогая родителям