

Следует отметить, что наибольшее количество инфузорий к концу эксперимента было в среде с Хитозолом по отношению к другим, что говорит о благоприятном воздействии добавки на жизнедеятельность *Tetrahymena pyriformis* [4].

На основании данных о влиянии добавки Хитозоль на развитие простейших, проводили оценку токсичности дозировок добавки на мышах. В течение 3-х недель на кожу наносили добавку, что при указанных условиях приводило к употреблению мышами *per os* около 80% добавки. По окончании эксперимента у мышей наблюдали сохранение активности, вес был стабилен на протяжении всего исследования. Общее состояние экспериментальной группы было значительно лучше по сравнению с контрольной группой.

После того, как была установлена нетоксичность добавки, изучали биологическое действие на мышей линии CBRB с признаками хронического дерматита. При использовании добавки Хитозоль наблюдали уменьшение алопеции (отсутствие волосяного покрова), степени поражения и выраженности ран на кожном покрове. В течение эксперимента вес мышей во всех группах существенно не изменял-

ся по сравнению с первоначальными значениями. [1,2]

Таким образом, методом биотестирования установлена жизнеспособность инфузорий *Tetrahymena pyriformis* под действием добавки Хитозоль. Результаты испытаний дозировок добавки Хитозоль на лабораторных мышах свидетельствуют об отсутствии отрицательных воздействий. Выявлено, что добавка Хитозоль стабилизирует состояние кожного покрова в модели хронического дерматита мышей CBRB.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Moiseeva E.V., Farber S.M., Lomova L.V., Nikonenko B.V., Klepikov N.N. // *Lab Animals (Balt Lab Anim Sci)*. 1991. (1). 24-27.
2. Moiseeva E. 2005. Original approaches to test anti-breast cancer drugs in a novel set of mouse models. Pathobiology, Utrecht University, The Netherlands 191 pp, <http://igitur-archive.library.uu.nl/dissertations/2005-1130-200033/index.htm>
3. Hurst A., Kruse H. // *Antimicrobial agents and chemotherapy*. 1972. 1 (3). 277- 279.
4. Международная научно-практическая конференция «Инфузории в биотестировании». Тезисы докладов. – СПб.: Архив ветеринарных наук, 1998. – 304 с.

Медицинские науки

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА У ДЕТЕЙ

Барская М.А., Завьялкин В.А., Кузьмин А.И., Варламов А.В., Воскиварова Л.И., Осипов Н.Л.

*Самарский государственный
медицинский университет
Самара, Россия*

Острый панкреатит в детском возрасте – довольно редкая патология.

Дети с данным заболеванием составляют от 0,4 до 1% от общего количества детей, поступающих в детские хирургические отделения.

Нами проанализирован опыт ведения детей с острым панкреатитом в ССГБ №1 г. Самары за 13 лет. Всего с 1992 г. по 2009 г. в 13 ДХО ГБ №1 находилось 193 ребенка с диагнозом: острый панкреатит.

Анализ причин панкреатита выявил, что в 99 наблюдениях причиной острого панкреатита явился алиментарный фактор; у 25 - травма, в 48 наблюдениях причину установить не удалось, 21 ребенок до поступления в наше ЛПУ находился на диспансерном наблюдении у гастроэнтеролога по поводу хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта.

При деструктивных панкреатитах причиной заболевания чаще всего являлось закрытая травма живота – удар в область эпигастрия.

Отечный панкреатит диагностирован у 156 пациентов; панкреонекроз у 37 детей. Осложнения: перитонит ферментативный наблюдался у 19 больных; параколическая флегмона – у 7; аррозивное кровотечение – у 2; панкреатогенный абсцесс – 4.

В диагностике панкреатита кроме клинического обследования использовались лабораторные данные (общий анализ крови, общий анализ мочи, определение уровня диастазы в моче и амилазы в сыворотке крови, определение уровня общего белка, уровня глюкозы крови), УЗИ, КТ, диагностическая лапароскопия.

Отмечено достоверное увеличение диастазы мочи при отечной форме – в 44,5 раза ($p \leq 0,05$) (при норме 512 ЕдW), при панкреонекрозе – в 182,6 раза ($p \leq 0,05$); амилазы крови при отечной форме – в 5,7 раза ($p \leq 0,05$), при панкреонекрозе – в 17,6 раз, ($p \leq 0,05$). Выявлено уменьшение общего белка по сравнению с здоровыми детьми при отечной форме на 19% ($p \leq 0,05$), при панкреонекрозе – на 26,62% ($p \leq 0,05$).

Ультразвуковое сканирование поджелудочной железы у детей с панкреатитом выявило различные изменения в зависимости от формы болезни. При остром панкреатите железа визуализировалась в 78,88%. При отечной форме выявлено увеличение поджелудочной железы по сравнению с возрастной нормой во всех наблюдениях и снижение эхогенности её паренхимы, у 35,88% пациентов определялась неровность контуров. У детей с панкреонекрозом отмечено увеличение дорсовентрального размера, неоднородность эхоструктуры железы, выпот в сальниковой сумке, нечеткость и неровность контуров железы. Ультразвуковое исследование поджелудочной железы выявило наличие перитонита, забрюшинного инфильтрата и забрюшинной флегмоны, то есть сонография имеет важное значение в диагностике острого панкреатита, позволяя распознать панкреонекроз, способствуя своевременной диагностике осложнений.

Компьютерная томография, проведенная у 15 больных с панкреонекрозом, выявила во всех наблюдениях увеличение размеров поджелудочной железы, неоднородность структуры паренхимы железы и изменения её сосудистой архитектоники, жидкость в сальниковой сумке; позволила своевременно обнаружить перипанкреатическую инфильтрацию с вовлечением парапанкреатической жировой ткани и образование псевдокисты в поджелудочной железе.

Консервативное лечение заключалось в купировании болевого синдрома и водно-электролитных расстройств, подавлении неукротимой рвоты, уменьшении выраженности кишечного пареза, подавлении активности панкреатической секреции.

Прооперировано 36 больных. Остальные пролечены консервативно. Хирургическая тактика при панкреонекрозе заключалась в срединной лапаротомии, абдоминализации поджелудочной железы со сквозным дренированием сальниковой сумки, дренировании брюшной полости, холецистостомии.

У детей с закрытой травмой живота с внутрибрюшным кровотечением, разрывом селезенки и травмой поджелудочной железы в 3 наблюдениях выполнена спленэктомия, в 6 наблюдениях при повреждении селезенки произведены органосохраняющие операции (ушивание области повреждения с наложением «Тахокомба»).

Все пациенты получали интенсивную терапию с применением тропных к поджелудочной железе антибиотиков (карбапенемы и цефалоспорины III, IV поколения), сандостатина, спазмолитиков, местную гипотермию,

инфузионную терапию с форсированным диурезом).

Среднее пребывание оперированных больных на койке 30-45 дней.

Летальность составила 3,3% (1 пациент). Остальные дети выздоровели. В 2 наблюдениях сформировались посттравматические кисты поджелудочной железы, которые дренированы под контролем УЗИ.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОКАЛЬЦИТОНИНА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ У ДЕТЕЙ

Гиматдинова Е.В., Хайруллина Р.М.,
Веселов С.Ю.

*Республиканская детская
клиническая больница
Уфа, Башкортостан, Россия*

Сепсис и его диагностика – одна из наиболее серьезных проблем интенсивной терапии. Особую актуальность приобретает диагностика и верификация сепсиса у детей раннего постнатального периода. Это связано, в частности, с возрастными анатомо-физиологическими особенностями организма, которые предрасполагают к нетипичному течению инфекционных заболеваний, что затрудняет постановку диагноза. Одной из новых методик в диагностике сепсиса в настоящее время является определение в крови больных прокальцитонина (ПКТ), концентрация которого значительно повышается при тяжелых бактериальных инфекциях и коррелирует со степенью тяжести течения процесса (Meisner M., 2000; Tsangaris, I. et al., 2009). В норме его содержание не превышает 0,1 нг/мл, однако до настоящего времени существуют разногласия относительно критической концентрации прогормона, на которую следует ориентироваться при диагностике септических состояний.

Целью настоящего исследования явилось определение области применения теста на прокальцитонин у больных в различных возрастных категориях при инфекционно-воспалительном процессе, в том числе при бактериальной инфекции в Республиканской детской клинической больнице.

В течение 3-х лет (2006-2009г.) было проведено 768 анализов, обследовано свыше 400 детей с различными нозологическими формами.

Анализ уровня прокальцитонина в плазме больных проводили иммунохемилюминесцентным методом на аппарате Ciba-Corning MagicR Lite II, Bayer с использованием диагностического набора "Прокальцитонин-