

летированных препаратов панкреатина применялся полиферментный препарат Креон 10 000, который назначался в зависимости от выраженности клинических проявлений в дозе 1-2 капсулы 3 раза в день во время еды в течение 3-4 недель. В дальнейшем по показаниям, при остаточных расстройствах пищеварения, Креон назначался в суточной дозе 1-2 капсулы. У 13 больных с целью иммунокоррекции использовался иммунофан (по 1 мл 0,005% раствора внутримышечно через сутки, на курс лечения 10 инъекций).

Эффективность реабилитации оценивалась по динамике веса больного, болевого и диспепсического синдромов, данных лабораторных исследований, копрограммы, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Применяемая комплексная медикаментозная терапия позволила повысить эффективность реабилитации больных ДП на амбулаторно-поликлиническом этапе. У пациентов исследуемой группы увеличение массы тела составило в среднем от 1 до 4 кг в течение 3-х недель реабилитации. У всех больных купировались симптомы желудочной и кишечной диспепсии. Нормализация частоты стула и уменьшение метеоризма отмечено в первую неделю лечения. У 32 больных (94,1%) удалось снизить интенсивность болевого синдрома в связи с приемом пищи и расширить диету. У больных данной группы отмечено достоверное снижение уровня печеночных ферментов в крови, уменьшение и приближение к норме эхоплотности ПЖ. В исследуемой группе по сравнению с контрольной количество госпитализаций на одного больного в год было в 3 раза меньше (0,87 и 2,4 соответственно), количество рецидивов заболевания на одного больного в год - в 2 раза меньше (1,7 и 3,1 соответственно), продолжительность нетрудоспособности на одного больного в год - в 1,5 раза меньше ($18 \pm 6,7$ и $31 \pm 8,6$ суток соответственно). Различия достоверны ($p < 0,05$).

Таким образом, реабилитация больных ДП должна быть дифференцированной, комплексной, преемственной на этапах хирургической стационар – поликлиника. Основными патогенетическими направлениями реабилитации являются: создание наиболее оптимальных условий для восстановления функций ПЖ и предупреждение прогрессирования в ней фибрознодегенеративных изменений, восстановление функций органов и систем, нарушенных на этапах острых воспалительных изменений, а также устранение последствий операционной травмы. Медикаментозную терапию необходимо ориентировать на коррекцию нарушений пищеварения, восстановление иммунной и антиоксидантной систем, улучшение кровообращения в органах и тканях. Заместительная ферментная терапия должна быть обязательной составляющей медикаментозных средств реабили-

литации больных ДП независимо от выраженности клинических проявлений экзокринной недостаточности и срока от начала заболевания. Микрогранулированные лекарственные формы имеют преимущество перед таблетированными, являясь препаратами выбора в энзимотерапии. Полноценная комплексная реабилитация при ДП на амбулаторно-поликлиническом этапе позволяет снизить частоту рецидивов заболевания, способствует быстрой нормализации алиментарного статуса, сокращению сроков нетрудоспособности больных и повышению качества их жизни.

**ХАРАКТЕРИСТИКА БЕЛКОВ
ЭРИТРОЦИТАРНЫХ МЕМБРАН У
НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ,
БЕРЕМЕННОСТЬ КОТОРЫХ ПРОТЕКАЛА С
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

Стольников М.В., Терещенко В.П., Манчук В.Т.

*ГУ НИИ медицинских проблем Севера
СО РАМН, г. Красноярск*

У 42 новорожденных от матерей, беременность которых протекала с артериальной гипертензией, произведено исследование флуоресценции выделенных мембран эритроцитов на спектрофлуориметре марки Hitachi-MPF при длине волны 284 нм, отражающей свечение триптофановых групп белков. Обследованы новорожденные мальчики и девочки первого и четвертого дня постнатальной жизни. В качестве контроля обследовано 40 детей, родившихся от матерей с физиологически протекавшей беременностью.

Выявлено, что в эритроцитарных мембранах новорожденных девочек контрольной группы уже в первые четыре дня жизни прослеживается отчетливая динамика прироста белковых групп, что коррелирует с более ранним приростом массы тела у девочек по сравнению с мальчиками. В то же время следует отметить, что при рождении уровень флуоресценции триптофанилов у девочек ($11,4 \pm 0,7$ ед.фл.) несколько ниже, чем у мальчиков ($12,5 \pm 0,7$ ед.фл.), хотя статически достоверного полового различия нет.

У мальчиков от матерей, беременность которых протекала с артериальной гипертензией, флуоресценция триптофанилов при рождении была достоверно ниже, чем у детей контрольной группы ($10,9 \pm 0,6$ ед.фл. При $12,5 \pm 0,7$ ед.фл. в контроле, $P < 0,05$) и к 4 суткам жизни не изменялась, оставаясь ниже, чем в контрольной группе. У девочек при рождении этот показатель не отличался от контрольного уровня, но к 4 суткам жизни уровень флуоресценции триптофанилов у девочек также становится ниже, чем в контроле