

благотворительности, как раздача питания голодающим в период массовых стихийных бедствий. По признанию самих членов Ордена Иисуса, «благотворительность... была... самым действенным средством привлечь к себе иноверцев и делать их латинянами» [1].

В выгодном свете оказались иезуиты благодаря своей просветительской деятельности – созданию школ. Но образование в заведениях Общества Иисуса было подчинено основной цели: вырастить новое поколение, способное отстаивать интересы католической церкви, а, следовательно, и ордена, ставить их выше личных, национальных, государственных.

Проведя черту под всем вышесказанным, нужно отметить, что орден иезуитов не являлся благотворительной организацией, а был создан как солидная опора католической церкви, гвардия римских пап.

Литература:

1. Блинова Т. Б. Иезуиты в Белоруссии. Мн., 1990.
2. Демьянович А. Иезуиты в Западной России, 1569-1772, Спб., 1872. С.47.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ БИЛИОГЕПАТОПЕРФУЗИЯ ДИКЛОФЕНАКА-НАТРИЯ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

Антонович В.Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – ассистент М.И.Милешко

Быстрая одномоментная дезобструкция желчных путей приводит к перераспределению крови внутри печени, в результате чего происходит расстройство экстрасинусоидаального кровообращения - портальная кровь по внутripеченочным и портопеченочным анастомозам сбрасывается в нижнюю полую вену, минуя синусоиды и не подвергается детоксикации в печеночных дольках.

Для уменьшения негативных последствий «синдрома отмены», в

группе больных (58 человек) с желчнокаменной болезнью, осложнившейся внепеченочным холестазом (холедохолитиаз - у 25 (43,1%); у 21 (36,2%) он сочетался со стенозом большого дуоденального сосочка (БДС); изолированный стеноз БДС - у 3 (5,2%) больных; холангит - у 27 (48,3%) больных; стриктура дистального отдела холедоха - у 2 (3,4%) больных; перихоледохеальный лимфаденит - у 1 (1,7%) больного), на фоне традиционного лечения проводилась дозированная декомпрессия желчных ходов (давление в холедохе 140-180мм водного столба) совместно с введением в желчные пути лекарственной смеси в виде раствора диклофенака-натрия 3 мл (ампулированного фармакопейного препарата «Диклофенак») и новокаина 0,25%-50мл (общим количеством 53мл) в течение 7 дней.

На фоне проводимой билиогепатоперфузии в более короткие сроки (на 3-5 сутки) восстанавливается холерез и суточное количество экскретируемой желчи достигает 800,0-1000,0мл. У пациентов контрольной группы в эти же сроки наблюдения выделилась застойная желчь в количестве, не превышающем 300,0-500,0мл в сутки. После наложения холецистостомы в течение первых 5-7дней выделялась густая, концентрированная желчь с хлопьями фибрина, не пригодная для приема ее внутрь. У пациентов, которым проводилась эндобилиарная медикаментозная терапия с включением в нее диклофенака-натрия, физико-химические свойства желчи восстановились в первые 2-3 дня, что давало возможность ее раннего энтерального использования. Нормализовались основные биохимические показатели крови, что свидетельствовало о купировании острой печеночной недостаточности.

Применяя метод контролируемой дозированной декомпрессии в сочетании с холангиоперфузией диклофенака-натрия удалось сократить сроки подготовки ко второму этапу операции и тем самым уменьшить желчепотерю с 10-17суток в контрольной группе до 7-9суток

в основной группе больных.

Данный метод лечения способствовал коррекции метаболического дисбаланса и значительному уменьшению проявлений печеночной недостаточности.

СОСТОЯНИЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И УРОВЕНЬ АКТИВНЫХ МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Архипова Н.Н., Пашко А.Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии №2

Научный руководитель – ассистент Т.В.Мацюк

При хронических воспалительных заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) в патологический процесс часто вовлекаются сопряженные органы, в первую очередь поджелудочная железа [1]. Экспериментально показано, что одним из механизмов повреждения слизистой оболочки при воспалительных заболеваниях желудочно-кишечного тракта является гиперпродукция оксида азота (NO) в результате активации индуцибельной NO-синтазы, индуцирующая апоптотическую гибель клеток слизистой [2]. В последние годы рядом исследователей отмечена важная роль NO в регуляции экзокринной функции поджелудочной железы [3].

Цель настоящего исследования - выявить взаимосвязь между состоянием поджелудочной железы и уровнем активных метаболитов оксида азота у детей с хронической гастродуоденальной патологией (ХГДП).

Обследовано 65 детей с хроническими воспалительными заболеваниями желудка и ДПК в фазе обострения, находившихся на обследовании и лечении в гастроэнтерологическом отделении детской областной клинической больницы г. Гродно. Возраст пациентов составил 7 - 15 лет. Состояние ПЖ у обследованных детей оценивали