

Результаты. Оценены клинические данные 49 пациентов. Распределение пациентов по полу: мальчики – 23 (47%), девочки – 26 (53%). Средний возраст обнаружения патологии слуха составил 9 месяцев, а средний возраст на момент подтверждения диагноза 1 год и 3 месяца. Средний возраст на момент операции составлял 3,7 лет. 67,5% исследуемых проходят слухоречевую реабилитацию более 3 лет. У 36 (73,5%) детей, родители принимают активное участие в реабилитации своих детей, у 10 (20,4%) детей - пассивное участие, у 3 (6,1%) детей – родители не принимают участие в реабилитации. По развитию речи 9 (18%) детей имеют речь, соответствующую возрастной норме, 9 (18%) детей – 3 уровень развития речи (УРР-3); 17 (34,7%) – УРР-2, 4 (8,2%) – УРР-1; 10 (20,1%) детей имеют ограниченные навыки ранней коммуникации. 88% исследуемых детей посещает специализированные учреждения для детей с нарушениями слуха и речи. У 79,6% детей из 100% имеется сопутствующая патология: у 5 (10%) – поражение ЦНС; у 19 (38,7%) детей – синдром дефицита внимания и гиперактивности, у 5 (10%) – нарушение когнитивных функций, у 20 (40,8%) – дизартрия, у 1 (2%) – моторная алалия, у 6 (12%) – нарушение зрения.

Выводы. 1. Дети, которым КИ проведена в возрасте до 2-3 лет, имеют более высокий процент восстановления слуха и речи. 2. Абилизация детей после КИ должна занимать ведущее место, т.к. занятия с реабилитологом, активное участие родителей в этом процессе, занятия в спецучреждениях напрямую связаны с интенсивностью и качеством восстановления слуха и речи у ребенка. 3. Наличие сопутствующей патологии замедляет процесс восстановления слуха и речи.

Литература:

1. И.В. Королева «КИ и слухоречевая реабилитация глухих детей и взрослых», Санкт-Петербург, КАРО, 2009 г., 192 с.
2. И.В. Королева «КИ глухих детей и взрослых. Электродное протезирование слуха», Санкт-Петербург, КАРО, 2009 г., 752 с. 3) Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи: <http://lornii.ru/vmp/ki.php>

ИЗУЧЕНИЕ АКТИВНОСТИ ФЕРМЕНТОВ ЦИКЛА КРЕБСА ПРИ ВВЕДЕНИИ ПРОИЗВОДНЫХ L-ГЛУТАМИНА И L-ФЕНИЛАЛАНИНА

Байчук М.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра биологической химии

Научный руководитель – к.б.н., доц. Леднёва И.О

Показано, что развитие опухоли в организме сопровождается изменением ряда биохимических показателей, а влияние опухоли практически на все ткани организма свидетельствует о её системном действии. Цикл Кребса занимает центральное положение в метаболизме клетки, поскольку в нем завершаются процессы полного окисления углеводов, белков и жиров. При изучении метаболических эффектов противоопухолевых соединений необходимо оценивать активность ферментов, участвующих в функционировании этого цикла. Известно, что в печени животных с различными перевивными опухолями активность ферментов цикла Кребса снижена по сравнению с нормальной тканью. В связи с этим исследование активности этих ферментов в организме опухоленосителя при введении производных L-глутамин и L-фенилаланина, обладающих противоопухолевой активностью, представляет интерес.

Целью данного исследования явилось изучение активности НАДФ-зависимой изоцитратдегидрогеназы и НАД-зависимой малатдегидрогеназы в печени крыс-опухоленосителей РС-1 при введении производных L-глутамин и L-

фенилаланина для выявления возможности коррекции взаимоотношения опухоль – организм.

Эксперименты проводили на крысах-опухоленосителях РС-1, которым с 10 по 19 сутки вводили внутривенно производные L-глутамина и L-фенилаланина (в эквимольных дозах): L-глутамин, ацетилглутамин, AS2-1, AS2-5 и смесь 70% фенилацетата и 30% фенилацетилглутамина – композиция 1. Животных декапитировали на 20-е сутки, извлекали печень. В гомогенатах печени определяли активность НАДФ-зависимой изоцитратдегидрогеназы (ИДГ), НАДФ-зависимой малатдегидрогеназы (МДГ).

Установлено, что введение глутамина, ацетилглутамина, фенилацетата, AS2-1, AS2-5 и композиции 1 (в эквимольных дозах) приводит к снижению активности ИДГ в митохондриях печени (на 30, 33, 32, 24, 27, 32%, соответственно). Активность цитоплазматической ИДГ при этом не изменяется. Активность МДГ при введении исследуемых соединений практически не изменяется. Снижение активности фермента в митохондриях печени (на 38%) и в гиалоплазме (на 37%) отмечено только при применении фенилацетата. Введение глутамина приводит к увеличению активности митохондриальной МДГ на 45%.

Результаты. Полученные данные свидетельствуют о том, что митохондриальная НАДФ-зависимая ИДГ более чувствительна к действию производных L-глутамина и L-фенилаланина. Отсутствие изменений активности МДГ и некоторое снижение активности митохондриальной ИДГ в печени крыс-опухоленосителей РС-1 указывает на то, что интенсивность процессов генерации энергии при введении производных L-глутамина и L-фенилаланина существенно не изменяется по сравнению с контрольными опухоленосителями и снижена по сравнению с интактными крысами. Это можно объяснить тем, что соотношение НАД⁺/НАДН, контролирующее активность изучаемых дегидрогеназ, в печени крыс-опухоленосителей снижается в процессе онкогенеза. Даже после регрессии опухоли активность ИДГ и МДГ в печени крыс с саркомой 45 значительно снижена по сравнению с интактными животными. В нашем исследовании установлено, что фенилацетат ингибирует активность МДГ и ИДГ в исследуемых фракциях. Вследствие этого может нарушаться перенос восстановительных эквивалентов от цитозольного НАДН в митохондриальный матрикс клеток печени.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Баковец Л.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – д. м. н., проф. Дубровщик О.И.

Актуальность. Острое нарушение мезентериального кровообращения (ОНМК) – одно из тяжелейших, трудно диагностируемых и вместе с тем недостаточно изученных заболеваний. В хирургических стационарах встречается в 0,1-0,2% наблюдений и летальность при этом заболевании остается высокой (92-95%). Госпитализация больных с ОНМК до настоящего времени является запоздалой. Диагноз до операции устанавливается только у 18-45% пациентов [1]. Патогномонично несоответствие выраженной симптоматики, быстро нарастающей тяжести состояния пациента со скудными физикальными данными. Такие клинические симптомы как нарастающая диффузная абдоминальная боль неопределенной локализации и при этом мягкий живот – убедительные признаки, позволяющие заподозрить ОНМК и произвести соответствующую диагностику. Подтвердить диагноз возможно только при использовании специальных инструмен-