

через 1 сутки (III группа), 3 суток (IV группа) и 7 суток (V группа) после последней инъекции этанола.

В гомогенатах печени определяли активность кислой и щелочной фосфатазы при помощи стандартных диагностических наборов НТПК «Анализ-Х». Белок определяли по Лоури. Достоверность различий между группами оценивали параметрическим методом с применением *t* критерия Стьюдента.

Через 3 часа (II группа) после 5-дневного введения крысам этанола в печени крыс выросли активности ЩФ и КФ на 33,8% и 26,7%, соответственно. Известно, что ЩФ участвует в трансфосфорилировании различных субстратов с участием АТФаз и креатинфосфокиназы [1,2]. Повышение активности ЩФ в печени при хронической алкогольной интоксикации может быть связано с участием фермента в усилении выхода глюкозы из тканей путем дефосфорилирования глюкозо-6-фосфата, на который существенно влияют не только этанол, но и его метаболиты [1]. Через 1 сутки после отмены алкоголя (III группа) сохранилась повышенная активность ЩФ на 38,3% и КФ на 24%. На 3 и 7 суток отмены этанола активности КФ снижались до уровня контроля. Повышение активности ЩФ наблюдали в группе ААС-7 суток, но не на 3 сутки отмены.

Таким образом, отмена поступления этанола в организм подопытных крыс после 5-дневного внутрижелудочного введения этанола вызывает достоверные сдвиги в активности изученных ферментов. При ААС наблюдается повышение активности ЩФ практически во все сроки отмены алкоголя, что может свидетельствовать об усиленном дефосфорилировании некоторых метаболитов, в т.ч. глюкозо-6-фосфата и их активном выходе из гепатоцитов. Можно предположить, что наблюдаемые метаболические сдвиги являются следствием адаптации клеток печени к отмене этанола после интенсивной алкогольной нагрузки.

Литература:

1. Биохимия и алкоголизм (II): Биохимические показатели при тяжелом алкогольном абстинентном синдроме / И.М. Рослый [и др.] // Вопросы наркологии. – 2004.- № 3. – С.69-77.
2. Биохимия и алкоголизм (I): Метаболические процессы при алкоголизме / И.М. Рослый [и др.] // Вопросы наркологии. – 2004.- № 2. – С.70-79.

ДИАГНОСТИКА ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, ОСЛОЖНЁННОЙ ПЕРИТОНИТОМ

Бакунов В.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь

Кафедра хирургических болезней №1

Научный руководитель - к.м.н., доц. Маслакова Н.Д.

Острая кишечная непроходимость (ОКН) издавна считается одним из наиболее грозных патологических состояний в неотложной абдоминальной хирургии. Справедливость этого суждения постоянно подтверждается клинической практикой, в которой кишечная непроходимость иногда создаёт чрезвычайно сложные ситуации. Несмотря на значительный прогресс, перитонит остаётся одним из частых осложнений ОКН.

По литературным данным, послеоперационная летальность при кишечной непроходимости колеблется от 1,7% до 13%, а при осложнении её перитонитом доходит до 40%. На этом фоне своевременная диагностика и связанное с этим начало лечения ОКН и её гнойно-септических осложнений является чрезвычайно важной задачей. Поскольку кишечная непроходимость является одним из наиболее часто

встречающихся острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, дающих высокую летальность, вопросы усовершенствования её диагностики являются по-прежнему актуальными.

За период с 1.01.2002 г. по 31.12.2006 г. в хирургическом отделении УЗ “Узловой клинической больницы города Гродно” по поводу ОКН было произведено 80 хирургических операций.

Наблюдались больные от 18 до 89 лет. Средний возраст составил 57,35 лет. Мужчин было прооперировано 37, что составило 46,25%; женщин-43 (53,75%).

Наибольшую группу причин составила спаечная кишечная непроходимость (43 больных) - 53,75%. Опухоли были причиной заболевания в 23 случаях (соответственно, 28,75%). Заворот был выявлен у 5 человек (6,25%). Внутреннее ущемление присутствовало у 4 больных (5,0%). В 3 случаях (3,75%) причиной была инвагинация. Явления желчекаменной обтурации найдены у 2 человек (2,5%).

В приведённых случаях течение острой кишечной непроходимости осложнялось перитонитом в 13 случаях, что составило 16,25% от всех случаев.

Больным была оказана помощь через различные промежутки времени от начала заболевания. До 6 часов операция была произведена 58,4% нуждающимся в экстренной операции. В периоде времени от 6 до 12 часов -20,8%. От 12 до 24 часов, соответственно - 11,3%. Позже 24 часов операция производилась 9,5% оперированных.

Для улучшения условий исследования при ОКН может проводиться рентгеноконтрастное исследование методом энтерографии. При этом существенно сокращается время исследования: сразу после введения контрастной массы в кишечник создаётся возможность оценки рельефа слизистой оболочки проксимальных отделов. Кроме того, это исследование является и лечебным мероприятием, поскольку методика его проведения предусматривает декомпрессию проксимальных отделов кишечника.

Рентгеноконтрастное исследование методом энтерографии позволяет на более ранних стадиях поставить диагноз высокой ОКН, наиболее трудной в диагностическом отношении. Это даёт возможность ранее начать адекватное лечение, провести оперативное вмешательство и, в конечном итоге, улучшить результаты лечения больных с высокой ОКН.

Литература:

1. Милюков В.Е., Сапин М.Р. Патогенетические механизмы развития перитонита при острой тонкокишечной непроходимости/ Хирургия.- №7.- 2005.- С. 40-45.
2. Острая кишечная непроходимость неопухолевого генеза/ Декабрьские чтения по неотложной хирургии.- Т.5.- 2000.- С. 70-76,78-80,106-111.
3. Ерюхин И.А., Петров В.П., Ханевич М.Д. Кишечная непроходимость/ Руководство для врачей.- СПб.- 1999.- С. 97-98,114-115,252-253.

ХИРУРГИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Бакунов В.В., Иноземцев Э.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №1

Научный руководитель – к.м.н., ассист. Василевский В.П.

Несмотря на широкий диапазон мнений о лечении язвенной болезни, общепринятым и оправданным является подход к хирургическому лечению осложнений язв желудка и 12-перстной кишки [1].

В хирургическом отделении ГУ 1134 ВМЦ ВС РБ за последние 5 лет в плановом и экстренном порядке было оперировано 24 больных по поводу осложненной язвенной