

гемограммы, так и биохимических исследований.

При этом изменения лабораторных показателей имеют свою специфическую направленность, различную для билиарного и небилиарного панкреатита. Более динамичны, быстрее приходят к норме показатели уровня билирубина, белка, АЛТ, АСТ, амилазы крови и диастазы мочи при билиарном панкреатите. Особенно это характерно для амилазы крови и диастазы мочи, показатели которых приближаются к норме уже на вторые сутки после операции. Значительно уменьшается, приходя к норме на 6 сутки после операции, уровень билирубина, динамично идет снижение уровня АЛТ, АСТ, хотя полной нормализации их показателей не происходит даже при выписке из стационара. Медленнее происходит нормализация, особенно при деструктивных формах билиарного панкреатита, уровня лейкоцитов, ЛИИ. СОЭ остается повышенной у данной группы больных даже при выписке из стационара. Лабораторные показатели при деструктивном панкреатите небилиарного происхождения характеризуются более выраженным воспалительным ответом организма на процесс, происходящий в поджелудочной железе. Лейкоцитоз, высокий ЛИИ, повышенное СОЭ сохраняются практически на протяжении всего курса лечения, хотя биохимические показатели постепенно приходят к верхней границе нормы.

Обобщая вышеизложенное, следует отметить, что адекватно выполненное оперативное вмешательство при билиарном панкреатите дает лучший лечебный результат в силу этиопатогенетической направленности проводимого лечения.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЗАДЕРЖКУ ПОСТУПЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИНСУЛЬТОМ В СТАЦИОНАР

Лежава А.А., Кардаш Е.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра неврологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент С.Д. Кулеш

Раннее поступление в стационар с последующим проведением диагностического алгоритма является основой успешного вмешательства при инсульте. Целью работы было выявить факторы, ведущие к задержке поступления больных инсультом в стационар.

Объектом исследования явились пациенты с инсультом, поступившие на стационарное лечение в Городскую клиническую больницу № 1 г. Гродно в период с 25 ноября по 31 декабря 2006 г. (сплошная выборка). Пациенты с транзиторными ишемическими атаками и периферическими вестибулярными расстройствами были исключены из исследования. В течение первых дней госпитализации больные и / или их родственники были интервьюированы по стандартному протоколу. Фиксировалось время появления симптомов инсульта, обращения за медицинской помощью и поступления в стационар.

Обследованы 45 пациентов инсультом (17 мужчин и 28 женщин), средний возраст составил $69,1 \pm 11,4$ лет. У 15 больных (33,3%) инсульт являлся повторным. В 37,8% случаев начало болезни отмечалось в присутствии членов семьи, в 46,7% случаев родственники временно отсутствовали, и в 15,5% случаев пациенты были одинокими (проживали отдельно). Наиболее часто (39 случаев) отмечалось острое начало инсульта с определенным временем появления симптомов неврологического дефицита. У 3 пациентов симптомы инсульта обнаружили после ночного сна, и в 3 случаях отмечалось подострое начало. У 71,1% больных в дебюте инсульта отмечались двигательные расстройства в конечностях (парезы, параличи), речевые нарушения или их сочетание.

Установлено, что задержка поступления в стационар больных инсультом варьировала от 0 мин. (отсутствие задержки) до 5970 мин., среднее значение составило $955,3 \pm 211,9$ мин. Факторы, связанные с задержкой поступления, представлены в таблице. Время задержки

поступления было достоверно меньше у пациентов, которые знали о симптомах инсульта (реальная практика или средства массовой информации) по сравнению с пациентами, которые не были знакомы с проявлениями нарушений мозгового кровообращения. Обращение в систему скорой медицинской помощи также достоверно уменьшало сроки госпитализации по сравнению с обращением в амбулаторно-поликлиническую службу.

Фактор	Варианты	Время задержки, мин
Информированность о симптомах инсульта*	Да	572
	Нет	1801
Перенесенный ранее инсульт	Да	386
	Нет	1240
Наличие родственника (очевидца) в момент начала	Да	748
	Нет	1081
Обращение за медицинской помощью*	Скорая помощь	617
	Участковый врач	1884
Двигательные и / или речевые нарушения в дебюте	Да	823
	Нет	1279

* различия достоверны, $p < 0,05$

Таким образом, для сокращения продолжительности

догоспитального этапа при острых нарушениях мозгового кровообращения необходимы мероприятия по повышению информированности населения о симптомах инсульта и необходимости раннего обращения за медицинской помощью, преимущественно через систему скорой медицинской помощи.

АКТИВНОСТЬ КЛЮЧЕВЫХ ФЕРМЕНТОВ ГЛИКОЛИЗА В ПЕЧЕНИ КРЫС ПРИ ОДНОКРАТНОМ ВВЕДЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ДОЗ ЭТАНОЛА

Лелевич С.В.

Гродненский государственный медицинский университет,

Беларусь

Кафедра анестезиологии и реаниматологии с курсом клинической биохимии

Метаболические эффекты этанола на углеводный обмен активно изучаются на различных экспериментальных моделях, видах животных, дозах и способах введения. Выявлено, что после однократного введения алкоголя происходит кратковременное накопление восстановительных эквивалентов в печени, проявляющееся в увеличении стационарной концентрации восстановленного НАДН⁺. В отношении влияния этанола на гликолиз в печени имеются противоречивые данные. Острая алкогольная интоксикация приводит у ненакормленных крыс к снижению активности некоторых ферментов гликолиза. В то же время, на фоне 48-часового голодания, этанол повышает активность фосфофруктокиназы и пируваткиназы в печени. Целью настоящей работы было изучение влияния дозозависимых эффектов острой алкогольной интоксикации на активность ключевых ферментов гликолиза в печени крыс.

В эксперименте было использовано 29 белых беспородных крыс самцов, массой 180–220 граммов. Этанол вводили внутривентрикулярно в дозах – 1, 2,5 и 5 граммов на килограмм массы тела. Особям первой экспериментальной группы (контроль, 7 животных) внутривентрикулярно