

различные концентрации морфина гидрохлорида. Анализ литературных данных показал, что при внутрибрюшинном введении наркотика крысам в дозах 10-20 мг/кг его содержание в плазме крови составляет 1-2 мкг/мл. Исходя из этого, в среде определения активности ферментов были созданы концентрации морфина 1, 10 и 50 мкг/мл. В гомогенатах печени изучали активность ферментов гликолиза – гексокиназы (ГК), глюкокиназы (ГЛК), пируваткиназы (ПК) и лактатдегидрогеназы (ЛДГ). Статистическую обработку полученных результатов производили с использованием t- критерия Стьюдента.

Из всех определяемых ферментов гликолиза прямой эффект морфина проявлялся только в отношении ГЛК. Ее активность при концентрации наркотика 1 мкг/мл составляла 112% от исходной ($p < 0,5$), при концентрации 10 мкг/мл – 89% ($p < 0,1$), а при концентрации 50 мкг/мл – 64% ($p < 0,05$). То есть для ГЛК проявляется прямой дозозависимый ингибирующий эффект морфина. Однако эти результаты не согласуются с данными, полученными нами *in vivo* [1]. Активности ГК, ФФК, ПК и ЛДГ не изменялись при моделировании с различными концентрациями морфина.

Исходя из вышеизложенного, можно сделать заключение, что изменение функционального состояния гликолиза в печени при острой морфиновой интоксикации не является следствием прямых эффектов наркотика на ферменты данного метаболического пути. Выявленные изменения активности ферментов гликолиза, возможно, связаны с действием продуктов биотрансформации наркотика в организме.

Литература:

1. Лелевич С.В. // Биомедицинская химия. 2004. Т. 50, вып. 3. - С. 273-276.

**СОВРЕМЕННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ В ЛЕЧЕНИИ
НЕСТАБИЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ НИЖНЕГРУДНОГО И**

ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА

Олейник А.О.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии

Научный руководитель - ассистент С.Л.Чешик

Травматические повреждения грудного и поясничного отделов позвоночника остаются на стабильно высоком уровне. Отсутствие единого подхода к вопросам оценки состояния поврежденного сегмента, выбору методов лечения ставят данную проблему в разряд актуальных.

Целью работы явилась оценка хирургических приемов у пациентов с оскольчатыми переломами грудного и поясничного отделов позвоночника.

За период с 2004 по 2006 г.г. в клинике травматологии и ортопедии на базе УЗ «ГКО» «СМП» г. Гродно прооперировано 18 пациентов. В зависимости от диагностических данных больным выставлялись показания к тому или иному виду оперативного лечения. Во всех случаях выполнялись декомпрессивно-стабилизирующие операции из заднего доступа. У двух выполнялась заднебоковая декомпрессия спинного мозга с удалением костных фрагментов тела поврежденного позвонка, интраоперационной репозицией с одновременной фиксацией поврежденного сегмента ТПФ (транспедикулярным фиксатором). У трех пациентов выполнялась задняя декомпрессия спинного мозга в виде гемиламинэктомии, интраоперационной репозиции с одновременной фиксацией ТПФ. У 13 выполнялась репозиционная декомпрессия спинного мозга с последующей транспедикулярной фиксацией.

Анализ результатов лечения достоверно выявил преобладание хороших результатов в 16 случаях. Удовлетворительные результаты получены в двух случаях, неудовлетворительных нет.

Проведенный анализ хирургического лечения позволил

сформулировать следующие выводы:

В определение способа хирургического лечения должна входить необходимая, максимально полная методика обследования пациента, включающая клинико-неврологический, рентгенологический метод, КТ, МРТ, электронейромиографию, контрастные методы. При выборе метода оперативного лечения оскольчатых переломов тел позвонков должна учитываться целостность задней продольной связки. При целостности задней продольной связки возможна достаточная репозиционная декомпрессия спинного мозга путем детальной интраоперационной сегментарной экстензии – дистракции. Выполнение заднебоковой декомпрессии спинного мозга с удалением костных фрагментов тела не оправдана, так как технически сложна и имеет высокий риск вторичного повреждения спинного мозга. Объем задней декомпрессии спинного мозга должен соответствовать характеру повреждения и сдавления содержимого позвоночного канала. Для прочной фиксации и разгрузки стабилизированных сегментов целесообразно применение транспедикулярных фиксаторов. При неэффективной декомпрессии спинного мозга, сохранении стеноза позвоночного канала, а также проникающих оскольчатых переломах тел позвонков необходимо применять двухэтапное хирургическое лечение. Второй этап - переднебоковая декомпрессия.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ АНТИКОНВУЛЬСАНТАМИ ПЕРВОЙ ОЧЕРЕДИ ВЫБОРА

Онегин Е.Е.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра неврологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Е.В.Онегин

Фармакотерапия эпилепсии, несмотря на значительные достижения в последние годы, далека от совершенства [1,3].

Целью настоящего исследования явилось изучение максимальной