

изменением образа жизни и питания, увеличением техногенности и искусственности пищевой промышленности.

Цель исследования: оценить эффективность применения розиглитазона (Роглита) в сочетании с диетотерапией и дозированными физическими нагрузками у пациенток, страдающих ожирением и нарушениями менструальной функции.

Дизайн исследования: диагноз МС был верифицирован по шкале АТР 3 у 37 пациенток в соответствии с критериями включения и исключения. Все пациентки в течение 4 месяцев получали терапию роглитом в дозе 2-4 мг/сутки в непрерывном режиме утром натощак в комплексе с диетотерапией и изменением образа жизни. Исходно и после лечения определялись следующие параметры и проводились методы обследования: общее клиническое исследование, оценка антропометрических показателей: рост, вес, ИМТ, окружности талии и бедер.

Результаты и обсуждение: Менструальный цикл восстановился у всех пациенток в течение 1 месяца приема препарата. Полученные результаты свидетельствуют о том, что прием Роглита в дозе 2-4 мг в течение четырех месяцев оказал позитивное влияние на некоторые показатели жирового, углеводного и гормонального статуса у больных с МС. Достоверно снижены оказались уровни: эстрадиола ($p=0,09$), глюкозы ($p=0,05$), и так же достоверно снизился вес пациентов ($p=0,05$), ИМТ и уровень инсулина имели тенденцию к снижению.

Параметры	До лечения N = 37	После лечения N = 26	Достоверность Р
	М	М	
эстрадиол	7,387	0,8317	0,091331
прогестерон	10,417	8,4600	0,641160
глюкоза	5,964	5,3016	0,0533676
Вес	95,807	87,6842	0,054169
Рост	1,701	1,6368	0,013058
ИМТ	32,893	33,1211	0,869597
ОТ	99,544	94,9474	0,219640
ОБ	112,860	111,0000	0,400078
ОТ/ОБ	0,880	0,8558	0,351448

Выводы:

1. На фоне терапии Роглитом развивается достоверная коррекция нарушений менструального цикла, независимо от % редукции массы тела по сравнению с исходным.
2. В результате лечения выявлены достоверные данные нормализации показателей углеводного обмена (эндогенный инсулин, глюкоза крови).

ДОБАВОЧНЫЕ ПОЧЕЧНЫЕ АРТЕРИИ

Брикач А.В.

Гродненский государственный университет, Беларусь

Кафедра анатомии человека

Научный руководитель – к.м.н. Пашенко Т.П.

Из учебной литературы известно, что почечные артерии, начавшись от брюшной части аорты, направляются к воротам почки, где разделяются на ветви к верхнему полюсу, к нижнему полюсу и центральные ветви. Затем, углубляясь в почечный синус, делятся на более мелкие внутривисцеральные сосуды.

Из научных литературных данных известно, что ветви брюшной части аорты весьма вариабельны, и к почке часто идет дополнительная артериальная ветвь к верхнему или нижнему полюсам.

Нами предпринято изучение хода и топографии парных висцеральных ветвей брюшной части аорты.

Материалом для исследования этих сосудов послужили 10 трупов обоего пола (6 мужских и 4 женских).

Путем препарирования, путем морфометрических измерений и последующей наружной окраски почечных артерий лаком мы обнаружили на двух трупах женского пола справа дополнительные почечные артерии, которые начинались выше магистрального ствола самой почечной артерии.

В одном случае артерия направлялась к правой почке параллельно почечной артерии до нижней полой вены, а сзади вена резко опускалась вниз к нижнему полюсу почки и по пути пересекала почечную вену.

Во втором случае дополнительная артерия начиналась справа от брюшной аорты, направлялась к верхнему полюсу почки, а по пути от нее отходила небольшого калибра ветвь к нижнему полюсу.

В заключение необходимо отметить, что почечные артерии – весьма вариабельные сосуды, и к полюсам идут крупные артериальные стволы, что необходимо учитывать при хирургических вмешательствах на почках.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Бритько А.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Научный руководитель – к.м.н., доц. Заборовский Г.И.

Острый панкреатит относится к тяжелым заболеваниям желудочно-кишечного тракта и по частоте возникновения занимает третье место среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости после острого аппендицита и острого холецистита. В последнее десятилетие отмечается неуклонный рост числа пациентов с острым панкреатитом, особенно деструктивных форм. Общая летальность при данном заболевании колеблется от 4,5% до 15%, при деструктивных формах летальность составляет 24-60 %, а послеоперационная достигает 70% и выше и не имеет тенденции к снижению [1].

В связи с актуальностью данного заболевания в современных реалиях, было проведено данное исследование, целью которого явилось изучить некоторые особенности госпитализации в хирургический стационар.

Материалы и методы. Статистическим методом были изучены 2693 статистические карты выбывшего из стационара (форма 066-у) отделения экстренной хирургии 10 ГКБ г. Минска за 2006 год.

Результаты и их обсуждение. Учету были подвергнуты все случаи госпитализации в хирургический стационар с диагнозом направившего учреждения «острый панкреатит», а также все случаи, в которых данный диагноз был выставлен непосредственно в отделении экстренной хирургии.

Нами установлено, что в указанный стационар поступило 306 больных (11,4 % от всех поступивших) с острым панкреатитом, однако только у 47 из них (15,4 %) диагноз подтвердился данными клинических исследований. Кроме того, у 42 больных (1,6 % от