

меньше такового остатка аргинина ($0,1257 \text{ nm}^3$), а остатка глицина ($0,0051 \text{ nm}^3$) - такового треонина ($0,0631 \text{ nm}^3$).

Таким образом, увеличение конформационной подвижности остова полипептидной цепи 116-118 аминокислотных остатков, сопряженное с уменьшением объема их боковых радикалов, привело к возникновению выраженной способности АДГ 1С окислять стероиды.

Литература:

1. Особенности распределения триплетов аминокислот в первичной структуре глобулярных белков в связи с их конформационными свойствами / В.В. Поройков. Н.Е.Есипова, В. Е. Туманян // Биофизика. - 1980. - Т. 25 (4). - С. 730-732.

2. Clustal W: improving the sensitivity of progressive multiple sequence alignment through sequence weighting, positions - specific gap penalties and weight matrix choice / J.D. Thompson. D.G. Higgins. T.J. Gibson//Nucl. Acids Res.. - 1994. -Vol. 22. -P. 4673-4680.

3. Three-dimensional structures of three human class I alcohol dehydrogenases / M.S. Niederhut [et al] //Protein Sci.-2001.-Vol. 10.-P. 697-706.

ОСТРЫЙ ДЕСТРУКТИВНЫЙ ПАНКРЕАТИТ. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Базан Е.М., Циунчик А.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней № 1

Научный руководитель - доцент Н.Д.Маслакова

Цели исследования: изучить отдаленные результаты после резекции поджелудочной железы при остром деструктивном панкреатите.

Актуальность проблемы: острый панкреатит занимает третье место среди всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости - это около 12% поступивших в хирургические стационары. У 30-60% наблюдаются деструктивные формы острого панкреатита.

Поэтому результаты лечения и осложнений при лечении данной патологии имеют огромное значение.

Материалами работы послужили истории болезни поступивших больных с острым деструктивным панкреатитом и прооперированных по экстренным показаниям (панкреатэктомии или субтотальной резекции поджелудочной железы), истории болезни этих же больных, повторно поступивших в стационар.

Полученные результаты. За период с 2001 по 2007 год наблюдалось 8 случаев с острым деструктивным панкреатитом, при которых была проведена субтотальная резекция поджелудочной железы с дренированием забрюшинных клетчаточных пространств. Один случай - с летальным исходом. Количество койко-дней составило от 50 до 146, с летальным исходом - 9 дней. Повторно поступили на стационарное лечение четверо больных из ранее прооперированных. После консультации терапевта и эндокринолога больным был выставлен диагноз: сахарный диабет I типа у 4 больных. У двух из них уровень сахара в крови в течение суток колеблется в пределах 5.5-8.6 ммоль/л, у одного - 8.3-12.0 ммоль/л, у одного - 14.0-19.7 ммоль/л. Трое из них корректируют уровень сахара при помощи диеты, один использует инсулин (уровень сахара у него не превышает 7.0 ммоль/л).

Основными жалобами у больных при поступлении были: неинтенсивные боли в поясничной области, стул со склонностью к диарее.

Выводы. Из результатов проведенной работы следует, что является обоснованным выполнение у больных острым деструктивным панкреатитом панкреатэктомии или субтотальной резекции поджелудочной железы сразу же после выставления диагноза. Не следует ожидать 3-5 недель для четкого ограничения нежизнеспособных тканей, их отторжения и осумковывания для дальнейшего проведения панкреатонексеквестрэктомии. Следует

согласиться с тем, что при проведении панкреатэктомии или субтотальной резекции поджелудочной железы отдаленными результатами будут являться: синдромы мальабсорбции, мальдегестии, склонности к диарее, вторичный сахарный диабет. При проведении соответствующей заместительной терапии препаратами ферментов поджелудочной железы, соблюдении диеты проявления недостаточной экскреторной функции поджелудочной железы исчезают, больные чувствуют себя удовлетворительно. Чаще всего больные сами подбирают себе ту дозировку препарата, которая им подходит, и соблюдают определенную диету, исключая некоторые продукты. После консультации эндокринолога больные используют инсулин с учетом уровня глюкозы крови либо соблюдают диету с использованием пероральных противодиабетических препаратов. Тем самым компенсируют эндокринные нарушения.

ЛИЧНОСТНЫЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ЧЕЛОВЕКУ БИЗНЕСА

Байжуменова Т.С., Капитурко А.Ю., Павлюковец А.П.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гуманитарных наук

Научный руководитель – ст. преподаватель О.Н.Рындова

В наше время особенно актуальной становится проблема правильной организации бизнеса с точки зрения психологии, а также определение качеств, необходимых бизнесмену для эффективного ведения своего дела. В своей работе мы определили понятие бизнеса, привели основные психологические проблемы предпринимательства, возникающие в конкретных социально-экономических условиях и определили изменения, возникающие на каждом последующем этапе развития бизнеса.

Мы обозначили такие психологические качества человека бизнеса как: активность, готовность действовать в условиях неопределённости;