

Задачи:

1. Провести измерения плотности потока электромагнитного излучения стандарта TDMA (GSM) и WI-FI в учебных корпусах БГМУ.
2. Провести измерения плотности потока электромагнитного излучения стандарта TDMA (GSM) и WI-FI в студенческих общежитиях БГМУ.
3. Сопоставить полученные значения с ПДУ плотности потока электромагнитного излучения, принятыми в Республике Беларусь.

Методы исследования. Для измерения плотности потока электромагнитного излучения использовалась программа Network signal info. Помимо этого, измерение плотности потока производили с помощью HF-Detector (Aaronia AG, Германия). Нами были произведены измерения уровня мощности сигнала сети в практикумах, аудиториях и студенческих общежитиях БГМУ. Измерение уровня сигнала производили согласно гигиеническим требованиям к методам контроля уровней ЭМП. Точки измерения уровней ЭМП в помещениях мы выбирали в местах наиболее частого и длительного пребывания людей, измерение уровней ЭМП проводилось на высоте 100 см от пола, в каждой точке выполнялось три измерения значения уровня ЭМП.

Результаты. Удалось установить, что не во всех помещениях учебных корпусов и студенческих общежитиях БГМУ регистрируются допустимые уровни мощности сигнала мобильной телекоммуникационной сети стандарта TDMA. Наибольшие значения уровня мощности сигнала мобильной телекоммуникационной сети наблюдаются в редакционно-издательском отделе БГМУ, где при включенной аппаратуре значения плотности потока электромагнитного излучения превышали ПДУ в 7-10 раз.

Выводы. Выполненная нами работа является базой для последующих исследований. Мы считаем, что является целесообразным дальнейшее изучение данной проблемы и поиск методов коррекции неравномерного распределения электромагнитного высокочастотного излучения, способного оказывать неблагоприятное воздействие на организм человека.

Литература:

1. Стожаров, А.Н. Медицинская экология /А. Н. Стожаров. – Мн.: Вышэйшая школа, 2007. – С. 270-302.
2. Санитарные нормы и правила «Гигиенические требования к методам контроля электромагнитных полей, создаваемых базовыми станциями систем сотовой подвижной электросвязи и широкополосного беспроводного доступа»: приняты пост. Министерства здравоохранения РБ от 12.06.2012 г. № 67. – Минск: Республика Беларусь, 2012 – 14 с.

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАГНОЕНИЕМ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

Попков С.О.

Белорусский государственный медицинский университет
Кафедра общей хирургии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Попков О.В.

Введение. Эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ) – врожденная аномалия, встречается у 5% взрослого населения, преимущественно в возрасте 20-40 лет. ЭКХ занимает четвертое по частоте место в структуре заболеваний после геморроя, парапроктита и анальной трещины и составляет 20%.

Цель исследования. Оценка результатов хирургического лечения пациентов с острым нагноением эпителиального копчикового хода.

Материалы и методы. Всего пролечено 1286 пациентов с острым нагноением ЭКХ в колопроктологическом отделении УЗ «3-я городская клиническая больница имени Клумова» за 2008-2012 гг. Проведен ретроспективный анализ

хирургического лечения 250 пациентов с острым нагноением ЭКХ: мужчин 160 (64%); женщин 90 (36%).

Время поступления пациентов в стационар 3-6 суток от начала заболевания. Лечение острого нагноения ЭКХ во всех случаях было хирургическим и выполнялось в экстренном порядке в первые часы после госпитализации. Первым этапом производили вскрытие гнояника под местной анестезией.

Выбор препарата для местного лечения гнойной раны проводили с учетом характера инфекции и чувствительности ее возбудителя к антимикробным препаратам. Рост микрофлоры выявлен у всех 250 пациентов при исследовании гнойного содержимого из полости абсцесса. Среди микроорганизмов преобладали *S.epidermidis* (25%); *E.coli* (20%); *S.faecalis* (17%); *S.aureus* (18%)

Вторым этапом выполняли радикальную операцию через 2-3 месяца. Рассечение тканей под местной анестезией производилось через все слои до крестцово-копчиковой связки в зависимости от расположения первичных отверстий.

Измененные ткани иссекали в пределах жизнеспособной клетчатки, после чего края кожной раны подшивались ко дну ее отдельными узловыми швами или рана ушивалась швами Донатти.

Результаты и их обсуждение. Средние сроки стационарного лечения пациентов на первом и втором этапах составили 1,4 и 8,9 к/дней. Средние сроки нетрудоспособности пациентов составили: 20±2 дня.

Послеоперационные осложнения развились после радикальных операций у 16 (7%) пациентов:

Нагноение раны. Отмечено у 10 (4%) пациентов.

Кровотечение из раны. Возникло у 1 (из 250) (0,4%) пациента.

Некроз краев кожной раны. Отмечен у 5 (из 250) (2%) пациентов.

Неудовлетворительные отдаленные результаты (от 6 месяцев до 3 лет) имели место у 10 (4%) пациентов: рецидив острого нагноения – 7; хронический свищ крестцово-копчиковой области – 2; болевые ощущения – 1.

Выводы. Двухэтапный метод лечения пациентов с острым нагноением ЭКХ позволяет: 1. Сократить сроки стационарного лечения и временной нетрудоспособности пациентов; 2. Улучшить непосредственные результаты лечения; 3. Является наиболее оптимальным для данной категории пациентов.

Литература:

1. Федоров В.Д. , Дульцев Ю.В. Проктология , -М, 1984
2. Ривкин В.Л., Бронштейн А.С., Файнс.Н., Руководство по колопроктологии. Медпрактика, 2001.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ТРОМБОЗА ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ

Попков С.О.

Белорусский государственный медицинский университет

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Попков О.В.

Введение. Геморрой занимает ведущее место в структуре заболеваний прямой кишки, составляя до 40% проктологической патологии. Лечение острого геморроя до сих пор остается актуальной и дискуссионной проблемой.

Острый геморрой подразделяется по выраженности тромбоза и воспаления на 3 степени:

I степень – тромбоз наружных и внутренних геморроидальных узлов без воспалительной реакции.

II степень – тромбоз геморроидальных узлов с их воспалением.

III степень – тромбоз наружных и внутренних геморроидальных узлов с воспалением подкожной клетчатки, некрозом слизистой оболочки.