

Материалы и методы. Для выявления врачебных предпочтений, касающихся фармакотерапии АГ, проведено анкетирование 64 участковых врачей в четырех поликлиниках г. Гродно. Анкетирование проводилось с помощью случайной выборки, т. е. на вопросы анкеты отвечали врачи, работающие в день данного исследования на приеме пациентов в предварительно отобранных поликлиниках.

Результаты и обсуждение. Лидерство в предпочтениях врачей среди фармакологических классов сохраняют ингибиторы АПФ (65.6%). Вопрос о препаратах из группы β -адреноблокаторов, предпочтительных для назначения, выявил лидерство препаратов метопролола (87.5%). При этом устойчивой популярностью среди врачей пользовались лишь два препарата – дженерика: берлиприл (эналаприл) и эгилок (метопролол). Сохраняются отдельные недостатки фармакотерапии АГ, а именно: применение в лечении АГ короткодействующих препаратов нифедипина и миотропных спазмолитиков. В предпочтениях врачей отсутствуют ингибиторы рецепторов ангиотензина II.

Заключение. Обнаружено, что наиболее часто врачи назначали препараты двух классов гипотензивных средств: ингибиторов АПФ и β -адреноблокаторов. В целом, в ответах врачей о наиболее эффективных гипотензивных препаратах преобладают импортные и более дорогостоящие препараты. Необходимы совместные усилия фармацевтических компаний, а также учреждений последиplomного образования (включая проведение тематических семинаров) по популяризации антигипертензивных препаратов отечественного производства.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УЗ ВОЛН В МЕДИЦИНЕ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Савицкая М.В., Зарков А.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра медицинской и биологической физики

Научный руководитель – преподаватель Хацук Д.В.

Ультразвук – это упругие механические колебания и волны, с частотой выше 20 кГц, не воспринимаемые человеческим ухом.

С увеличением частоты ультразвуковых колебаний увеличивается их поглощение средой и уменьшается глубина проникновения в ткани человека. Поглощение ультразвука сопровождается нагреванием среды. Прохождение ультразвука в жидкости сопровождается эффектом кавитации, в твердых телах – деформацией. Режим генерации ультразвука может быть непрерывным и импульсным.

Целью статьи является описание использования ультразвуковых волн в некоторых областях медицины и их действие на организм человека.

Значительное распространение ультразвук получил в медицине для лечения заболеваний позвоночника, суставов, периферической нервной системы, а также для выполнения хирургических операций и диагностики заболеваний.

Был разработан эффективный метод удаления опухолей головного мозга, не поддающихся обычному хирургическому лечению. В его основе принцип, использующийся при удалении катаракты – дробление патологического образования фокусированным ультразвуком. Был разработан аппарат, способный создать в заданной точке ультразвуковые колебания необходимой интенсивности и при этом не повредить окружающие ткани. Источники ультразвука располагаются на черепе пациента и испускают относительно слабые колебания. Компьютер рассчитывает направление и интенсивность ультразвуковых импульсов таким образом, чтобы они только в опухоли сливались друг с другом и разрушали ткани.

Интенсивно используется в течение трех десятилетий диагностический ультразвук во время беременности и при заболеваниях отдельных органов.

Это только некоторые области применения ультразвука. Человек во всех случаях подвергается его воздействию.

Ультразвук обладает главным образом локальным действием на организм, поскольку передается при непосредственном контакте с ультразвуковым инструментом, обрабатываемыми деталями или средами, где возбуждаются ультразвуковые колебания. Ультразвуковые колебания, генерируемые ультразвуком низкочастотным промышленным оборудованием, оказывают неблагоприятное влияние на организм человека. Длительное систематическое воздействие ультразвука, распространяющегося воздушным путем, вызывает изменения нервной, сердечно-сосудистой и эндокринной систем, слухового и вестибулярного анализаторов.

Наиболее характерным является наличие вегетососудистой дистонии и астенического синдрома. Степень выраженности изменений зависит от интенсивности и длительности воздействия ультразвука и усиливается при наличии в спектре высокочастотного шума, при этом присоединяется выраженное снижение слуха. В случае продолжения контакта с ультразвуком указанные расстройства приобретают более стойкий характер.

Таким образом, характер изменений, возникающих в организме под воздействием ультразвука, зависит от дозы воздействия. Малые дозы – уровень звука 80–90 дБ – дают стимулирующий эффект – микромассаж, ускорение обменных процессов. Большие дозы – уровень звука 120 и более дБ – дают поражающий эффект.

ВАРИАНТЫ АЛЛОПЛАСТИКИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Савош И.А., Шинко Н.М.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней № 1

Научный руководитель – к.м.н., доцент Маслакова Н.Д.

Актуальность работы. Грыжи живота – распространенное заболевание, встречающееся у 3–4% населения. Отдаленные результаты хирургического лечения грыжи традиционными методами, особенно у лиц пожилого возраста с наличием возрастных дегенеративных изменений тканей, сопутствующих заболеваний, герниопластика местными тканями дает частоту рецидивов в пределах 10–30%.

Важным этапом развития герниопластики явилось внедрение в хирургию грыж живота высокомолекулярных полимерных материалов, благодаря чему появились новые способы лечения грыж различной локализации.

Цель работы: оценка разных методов аллопластики при ликвидации грыжевых дефектов и восстановлении анатомо-физиологических особенностей пахового канала, с использованием ненапряжной герниопластики комбинированным методом с помощью швов и имплантантов.

Материалы и методы. За период с 2007 по 2009 год на базе ГУ «1134 ВМЦ ВС РБ» г. Гродно было выполнено 19 операций с применением полипропиленовой сетки (из них: 7 операций по поводу вентральной послеоперационной грыжи; 2 – по поводу грыжи белой линии живота; 2 – невправимой пупочной грыжи; 2 – сочетанной грыжи белой линии живота и пупочной грыжи; 2 – по поводу рецидивирующей паховой грыжи; 1 – левосторонней скользящей пахово-мошоночной грыжи; 3 – при невправимых пахово-мошоночных грыжах). Весь контингент больных в соответствии с классификацией ВОЗ был представлен тремя группами: 1) пациенты зрелого возраста (2 человека) – 10,53%; 2) пациенты среднего возраста (4 человека) – 21,05%; 3) пациенты пожилого возраста (13 человек) – 68,42%. Большинство оперированных, 16 (84,2%) – составили мужчины, женщин было 3 (15,8%). Сопутствующие заболевания у больных (56,25%) – это заболевания сердечно-сосудистой системы, ожирение, сахарный диабет. Распределение больных в зависимости от размера грыжи: W_1 (до 5см) – 6 человек (31,58%), W_2 (5–10см) – 6 человек (31,58%), W_3 (10–15см) – 4 человека (21,05%), W_4 (> 15см) – 3 человека (15,8%). Пластика грыжевого дефекта проводилась местными тканями и с использованием полипропиленовой сетки. Предпочтение отдавалось надапоневротическому способу фиксации сетки (on lay). В одном случае использовалась подапоневротиче-