

указывает на состав паст: черный – содержат соединения свинца, серый – алюминия, синий – фтор, зеленый – фитодобавки.

Выявлено, что только 5% обследованных из районных центров владеют информацией о составе паст, проживающие же в областном центре осведомлены достоверно выше, что составило 22,15%.

При анализе употребления беременными женщинами паст в зависимости от цветомаркировки отмечено, что беременные, проживающие в областном центре, в 80% случаев пользуются пастами с зеленой цветомаркировкой, что достоверно выше по сравнению с беременными из сельской местности. Использование паст с синей цветомаркировкой не показало достоверных различий, среди беременных г.Гродно и области. Пасты с черной цветомаркировкой достоверно чаще используют беременные из сельской местности, что составляет 61,5%.

Вывод:

Использование зубных паст с зелёным цветом маркера преобладает у беременных женщин в областном центре.

Использование зубных паст с чёрным цветом маркера - в сельской местности.

Необходимо проводить разъяснительные работы среди беременных женщин об использовании зубных паст различного состава во время беременности

Литература:

1. Тачев И. Гигиеническая характеристика зубных паст // Гигиена.- №4.- 1999.- С. 56.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Мartiнович Ю.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней № 1

Научный руководитель - к.м.н. доцент Н.Д.Маслакова

Острый панкреатит (ОП) в настоящее время находится на третьем месте среди острых заболеваний органов брюшной полости вслед за острым аппендицитом и острым холециститом. ОП - заболевание поджелудочной железы (ПЖ), связанное с активированием ее ферментов и воздействием последних на ткани ПЖ, вплоть до самопереваривания.[1]

Лечение ОП необходимо начинать с консервативной терапии:

- а) купирование болевого синдрома; б) разрешение спазма сосудов;
- в) коррекция системных расстройств кровообращения; г) функциональный покой ПЖ; д) угнетение функции ПЖ;
- е) детоксикация; коррекция водно-электролитных нарушений и реологических свойств крови.[2]

Показания к ранним операциям: разлитой (ферментативный) перитонит, обычно с выраженной интоксикацией, острый, чаще деструктивный, холецистит; обтурационная желтуха. [3]

Нами проведен анализ лечения в хирургическом отделении Железнодорожной больницы г. Гродно больных ОП с 2004 по 2006 г. Целью данной работы является анализ хирургических методов лечения больных с данной патологией; влияние на тактику хирурга консервативной терапии; оценка эффективности хирургического пособия с учётом данных о повторных вмешательствах.

Консервативная терапия проводилась в соответствии с современными методиками. Оперировано 70 больных. В группе оперированных больных мужчин 39 (55,7%), женщин-31 (44,3%). Средний возраст - 50-60 лет.(min 25 лет – max 79 лет).

Были выявлены осложненные формы ОП, а также случаи осложнения сопутствующими заболеваниями:

- 1) ЖКБ- 12 случаев (17,1%);
- 2) перитонит- 10 случаев (14,3%);
- 3) псевдокисты ПЖ- 14 случаев (20%);
- 4) механическая желтуха- 3 случая (4,3%);

5) панкреатические абсцессы- 16случаев(22,8%).

Операции проводились в сроки от 4 до 10 дней от момента поступления в стационар (min 4ч15мин, max на 15 день.) Оперативное пособие включало в себя:

1) лапаротомию, вскрытие и дренирование ПЖ (забрюшинного пространства, сальниковой сумки)- 17 случаев (24,3%);

2) лапаротомию, вскрытие кисты и её дренирование-14 случаев (20%);

3) лапаротомию, вскрытие абсцесса, санация и дренирование-16случаев (22,8%);

4) лапаротомию, холецистэктомию – 12 случаев (17,1%);

5) релапаротомию- 9случаев (12,8%);

6) резекцию тела и(или) хвоста ПЖ, спленэктомию- 3случая (4,3%).

Лечение ОП необходимо начинать с консервативной терапии. При панкреонекрозе в стадии гнойно-некротических изменений проводилась резекция тела и хвоста ПЖ со спленэктомией, в остальных случаях, при локальных секвестрах - дренирование сальниковой сумки (марсупилизация), а далее - программированная некрсеквестрэктомия.

Литература:

1.Соболевский С.В., Чекрыжов К.Г.- Оперативная тактика и результаты лечения больных с острым панкреатитом. -Минск ГИПП «ПРОМПЕЧАТЬ»1999, с.197

2. Исаенко В.Г., Фролов С.М. и др.- Результаты лечения больных с острым панкреатитом.- Минск ГИПП 1999, с.204

3. Филин В.И.-Острые заболевания и повреждения поджелудочной железы. -Л.;Медицина, 1982-с. 246

ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЛУБОКОЙ АРТЕРИИ БЕДРА

Марцунь И. А.

Гродненский государственный медицинский университет,
Беларусь