

диагностике РПЖ при клинических проявлениях ДППЖ с $11,4 \pm 3,1\%$ до $4,8 \pm 2,0\%$ Ценой такого улучшения диагностики РПЖ явились 93 ($88,6 \pm 3,1\%$) «ненужных» биопсий простаты.

Выводы: 1. Концентрация общего ПСА в пределах 4,1-10,0 нг/мл в сыворотке крови больных с клиническими проявлениями ДППЖ всего в $11,4 \pm 3,1\%$ случаев оказывается следствием РПЖ. В остальных $88,6 \pm 3,1\%$ случаев биопсия простаты оказалась «напрасной».

2. С целью сокращения количества «напрасных» биопсий простаты необходимо использовать дополнительные параметры ПСА в группе лиц с концентрацией общего ПСА 4,1-10,0 нг/мл, одним из которых является процентное содержание свободного ПСА по отношению к общему ПСА.

Литература:

1. Урология. Учебник для ВУЗов. / Н.А. Лопаткин. – Москва, 2002. – 516с.
2. Савченко Н.Е. Учебно-методическое пособие по урологии. / Савченко Н.Е., Нечипоренко Н.А. – Минск, 2000- 239 с.
3. Нечипоренко Н.А. Урология. Учебное пособие. / Н.А. Нечипоренко, А.Н. Нечипоренко. – Гродно: ГрГМУ, 2009. – 200 с.

ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПЛАЦЕНТАРНОЙ ТКАНИ ПРИ СИНДРОМЕ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Мендюкова М.В., Ильюкевич Е.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Научный руководитель – ассист. Алексинский В. С.

Оценка морфофункционального состояния плаценты является одним из наиболее важных критериев, который позволяет выяснить роль патологии системы мать-плацента-плод в прогнозировании будущего развития плода. В настоящее время установлено, что одной из самых частых причин нарушений состояния плода во время беременности является фетоплацентарная недостаточность.

Цель работы. Провести патоморфологическое исследование структур последа женщин с синдромом фетоплацентарной недостаточности и изучить характер изменений стромальных, сосудистых и трофобластических структур плацентарной ткани.

Материал и методы. Исследование выполнено на материале 15 последов, полученных от женщин с синдромом фетоплацентарной недостаточности, родивших в Гродненском областном перинатальном центре в 3–4 кварталах 2010 г. Возраст женщин колебался в пределах от 17 до 39 лет. В плацентарной ткани оценивали четыре основных группы процессов: дистрофические, дисциркуляторные, пролиферативные и склеротические.

Результаты исследования. При гистологическом исследовании плацентарной ткани были обнаружены следующие морфологические изменения со стороны ворсин и интервилллёзного пространства: дистрофия, отёк и некроз ворсин хориона; пролиферация синцитиотрофобласта в виде нагромождения тесно расположенных гиперхромных ядер – синцитиальных почек; склероз стромы ворсин с утолщением стенок капилляров и сужением их просвета, вплоть до облитерации; участки «склеенных» ворсин с резким сужением межворсинчатых пространств; фибриноидные изменения на наружной поверхности ворсин, в их толще, а также на поверхности и в толще децидуальной пластинки; часто выявлялись крупные группы ворсин, строма которых полностью замещена фибриноидными массами, группы ворсин, замурованных в фибрин. В интервилллёзном пространстве – очаги кровоизлияний. Наблюдались также изменения дистрофического характера – отложения солей кальция в виде глыбок и бесформенных масс; обызвествлению подвергались массы фибриноида, инфаркты (т.е. участки с явлениями дезорганизации и некроза).

Заключение. Результаты наших морфологических исследований плаценты при синдроме фетоплацентарной недостаточности свидетельствуют о глубоком по-

вреждении структурных элементов хориона и нарушении его функций. По данным ряда авторов, вышеперечисленные изменения в структуре плаценты являются обязательным признаком гестоза и плацентарной недостаточности, но в то же время, изменения, которые развиваются в плацентарной ткани в процессе беременности, являются следствием многих причин: реакции сосудов на гестоз и компенсаторных реакций, естественных инволютивно-дистрофических изменений, развивающихся вследствие «физиологического старения» плаценты. Таким образом, описанные морфологические изменения плацентарной ткани не являются достаточно специфичными для синдрома фетоплацентарной недостаточности, в связи с чем мы считаем необходимым проведение поиска таких морфологических параметров, которые смогут более точно отражать нарушения морфофункционального состояния плаценты.

Литература:

1. Савельева, Г. М. Плацентарная недостаточность / Г. М. Савельева, М. В. Федорова – Москва: «Медицина», 1991.
2. Малевич, Ю. К. Фетоплацентарная недостаточность / Ю. К. Малевич, В. А. Шостак – Минск, 2007.

РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ОБЕСПЕЧЕНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ НАСЕЛЕНИЯ

Метлашкова О.А., Блохина А.А., Лисовский П.Ч.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Научный руководитель Головкова Е.В.

Лечебно-профилактическую помощь населению осуществляет обширная сеть организаций здравоохранения, среди которых важное место занимают учреждения скорой медицинской помощи [1]. Основными задачами службы скорой помощи является оказание больным и пострадавшим медицинской помощи, направленной на сохранение и поддержание жизненно важных функций организма и доставка их в кратчайшие сроки в стационар для оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи [2].

Целью данного исследования являлось изучение уровня, структуры обращаемости населения за доврачебной скорой медицинской помощью.

Материал и методы. Объектом исследования явилось население, обратившееся за скорой медицинской помощью одного из районов Гродненской области. На основе ретроспективного анализа сплошным методом изучены все случаи вызова скорой медицинской помощи (1930 пациентов) за 2008 год, обслуженных фельдшерами. Предусмотренная программой исследования информация выкопировывалась из первичной медицинской документации скорой медицинской помощи на специально-разработанные бланки.

Результаты и обсуждение. Основной массе пациентов (68,2%) медицинская помощь оказана в течение 30 минут после поступления вызова, в том числе у 9,3% этот промежуток составил менее 15 минут. Ввиду отдаленности некоторых населенных пунктов 3,1% больным и пострадавшим пришлось ждать скорую помощь 1 час и более. В целом продолжительность обслуживаемого вызова колебалась от 20 минут до 1,5 часа. Среднее время одного вызова составило $28,1 \pm 3,4$ минуты.

Основными поводами вызова скорой помощи явились головная боль (20,9%), «задыхается» (14,1%), боли в области груди (13,6%), высокая температура (12,1%), боли в области живота (11,7%), потеря сознания (7,8%), судороги (3,4%), несчастные случаи (2,6%) и прочие (13,8%). Причем, у мужчин преобладают несчастные случаи (в 4,7 раза), судороги (в 13,7 раза), потеря сознания (1,4 раза), высокая температура (в 1,2 раза) и боли в области живота (в 1,1 раза). Наиболее частым поводом у женщин по сравнению с мужчинами является головная боль (в 1,8 раза) и «задыхается» (в 2,6 раза).