

при различных режимах температурного воздействия (от 56°C до 60°C). Как видим, наиболее выражен процесс термогемолиза при 60°C. С точки зрения трудоемкости и оценки точности этого параметра, очевидно, предпочтительно проводить измерение при температуре 56°C.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Богдан М.А., Тимофеева Н.И., Гурин А.Л.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Беременность, при которой происходит одновременное развитие в матке двух и более плодов, называется многоплодной.

Нами проведен ретроспективный анализ многоплодных беременностей за 9 месяцев 2006г. в Гродненском областном клиническом роддоме. За этот период родились дети от 27 многоплодных беременностей. Анализ проводился среди родильниц, у которых в анамнезе были двойни – 92,8% (25) и тройни – 7,4% (2). У 14,8% (4) женщин с многоплодной беременностью родились дети после экстракорпорального оплодотворения (из них одна тройня), а у 85% (23) женщин многоплодная беременность наступила самостоятельно.

Большинство женщин встали на учет по беременности в сроке до 12 недель – 96,3% (26). 3,7% (2), взяты на учет по беременности в сроке после 12 недель.

По территориальному принципу двойни и тройни распределились следующим образом: г.Гродно – 33,3% (9); Гродненская область – 66,7% (18). г.Гродно: в Ленинском районе процент многоплодных беременностей составил 77,7% (19); в Октябрьском – 22,3% (8). По Гродненской области наибольшее количество многоплодных беременностей наблюдалось: в Щучинском районе – 14,8% (4), Берестовицком районе – 7,4% (2), в г.Лида – 7,4% (2) и в Слонимском

районе – 7,4% (2). В остальных районах Гродненской области имелось по одному случаю многоплодной беременности.

Течение многоплодной беременности осложнилось поздним гестозом у 51,85% (14), анемией – 18,54% (5), сочетание анемии и гестоза – 7,4% (2). Женщин с гестозом легкой и средней степени тяжести было поровну – 25% (7). Гестоза тяжелой степени не наблюдалось.

Беременность закончилась родами через естественные родовые пути у 37% (10) (из них одна тройня), операцией кесарево сечение – 63% (17). Роды при доношенной беременности состоялись у 11% (3). Большинство родов произошло в сроке в 36–37 недель беременности – 40,7% (11), а остальные по срокам гестации распределились следующим образом: 22–30 недель – 11% (3), в сроке 30–36 недель – 37,4% (10).

При осмотре последа выявлены следующие виды многоплодных беременностей: триамниотическая трихориальная – 7,4% (2), моноамниотическая монохориальная – 3,8% (1), диамниотическая монохориальная – 48,2% (13), диамниотическая дихориальная – 40,5% (11). У женщин с диамниотическими монохориальными двойнями родились однополые дети в 92,3% (12), разнополые в 7,7% (1). А у диамниотических дихориальных двоен родились однополые дети в 22,3% (6), а разнополые в 18,5% (5). При анализе триамниотической трихориальной родились однополые дети – 3,7% (1), разнополые дети родились после ЭКО: два мальчика и одна девочка – 3,7% (1).

Процент двоен и троен, где родились девочки составил 33,3%(9) (из них одна тройня), родились мальчики – 33,3%(9), разнополые дети – 33,3%(9) (из них одна тройня).

Проведенный анализ родившихся детей выявил: в 55% (15) случаев рождения масса тела первого ребенка меньше, чем второго.

Проведен анализ примерного времени зачатия детей, результатом которого стала многоплодная беременность, пик которой пришелся на

осенне-зимний период – 70,3% (19).

Из полученных данных можно сделать следующие выводы: 1) частота встречаемости многоплодной беременности в Гродненской области в два раза выше, чем в г.Гродно; 2) 14,8% женщин имели многоплодную беременность после ЭКО; 3) родоразрешение путем операции кесарево сечения применяется в 2 раза чаще, чем роды через естественные родовые пути; 4) течение многоплодной беременности чаще осложняется гестозом и анемией; 5) наибольшее количество беременных имели диамниотические дихориальные и монохориальной двойни; 6) наибольшее количество случаев зачатия детей при многоплодной беременности приходится на осенне-зимний период.

ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРИ ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Божко Д.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – д.м.н., профессор Г.Г.Мармыш

Острая массивная кровопотеря является одним из наиболее тяжелых патологических состояний, сопровождающихся высокими цифрами летальности. В Республике Беларусь среди больных с гастродуоденальными кровотечениями (ГДК) более чем у 1/3 пациентов объем кровопотери составляет 40 и более % объема циркулирующей крови (ОЦК). Принципы выбора оптимальной трансфузионной тактики при кровотечениях с объемом кровопотери, превышающем 40% ОЦК, до сих пор окончательно не сформированы и являются предметом широкой дискуссии.

Цель исследования. Определить оптимальное сочетание