

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

патогенетически обоснованных компонентов комплексной терапии острой массивной кровопотери при ГДК.

Материал и методы. Клиническому анализу подвергнуто 225 больных с язвенным кровотечением, которые находились на лечении в городском центре ГДК с клиникой острой массивной кровопотери. Все больные изначально были госпитализированы в реанимационное отделение, где им проводилась интенсивная гемостатическая, заместительная и посиндромная терапия. Рациональная инфузионно-трансфузионная терапия строилась на нескольких базисных принципах: использование консервированной донорской эритромаcсы только по абсолютным показаниям ($Ht \leq 80\text{г/л}$), своевременное назначение переливания свежезамороженной плазмы, рациональное соотношение коллоидных и кристаллоидных растворов. Сотрудниками отделения анестезиологии и реаниматологии и центра ГДК (4-я клиническая больница г.Гродно) с целью объективизации степени тяжести больных с ГДК, правильного определения алгоритма оказываемой помощи была разработана специальная компьютерная программа (Г.Б.Брейдо и соавт., 2005). Программное обеспечение основано на следующих формулах: KK (коэффициент компенсации) = $AD(c) \times Hb \sqrt{ЧСС \times ЧД}$; $ШИ$ (шоковый индекс) = $ЧСС \sqrt{AD}$; $V(ок)$ (объем кровопотери в мл) = $Ht(д) - Ht \sqrt{Ht(д) \times ОЦК}$; $V(эр)$ (количество эрмассы в мл, необходимой для возмещения кровопотери) = $Ht(д) \times 55 \times MT - Ht \times 55 \times MT \sqrt{0,60}$

В соответствии с данной программой трансфузионная схема восполнения $ОЦК$ у больных с массивной кровопотерей выглядит следующим образом. При величине кровопотери 41-70% общий объем инфузии составляет 170% к объему кровопотери. При этом переливаемая эритромаcса составляет 40% общего объема инфузии, плазма – 10%, коллоиды и кристаллоиды по 25%. При увеличении кровопотери свыше 71% объем инфузии составляет 150% к объему кровопотери, а соотношение компонентов трансфузии (эритромаcса + плазма + альбумин + коллоиды + кристаллоиды) представлено

соответственно (50%+10%+10%+10%+20%). Обязательно исследуется количество тромбоцитов в периферической крови. Из 225 больных с острой массивной кровопотерей умерло 5 (2,2%).

Выводы. Инфузионно-трансфузионная терапия, при массивной кровопотере должна строиться на объективных критериях и включать переливание эритромаcсы, плазмы, альбумина, каллоидов, кристаллоидов в рациональном их соотношении с учетом объема кровопотери. Автоматизированная оценка трансфузионной потребности позволяет быстро, эффективно и рационально осуществлять интенсивную трансфузионную терапию.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ

Божко Г.Г., Боярчик В.П.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики и лучевой терапии
Научный руководитель – д.м.н., профессор К.Н. Угляница

Меланома кожи является одним из наиболее агрессивных новообразований, существенно отличающихся от всех злокачественных опухолей по гистогенезу, биологическим особенностям роста, часто быстротечному и тяжелому клиническому течению.

Проблема меланомы приобретает особую остроту, если учесть, что пигментные и пигментированные заболевания кожи, под маской которых может скрываться меланома, встречается у 90% населения [1]. По темпам роста заболеваемости этот вид опухоли уступает лишь раку легкого. По мнению большинства исследователей, в наши дни выявление и диагностика меланомы, особенно ее ранних форм, не могут быть признанными удовлетворительными. [1, 2]. Основные трудности диагностики меланомы связаны с развитием ее клинических проявлений. [1, 2].

Нами проанализированы результаты диагностики меланомы кожи