

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

108 больных, проходивших лечение в онкологических отделениях УОЗ «Гродненская областная клиническая больница» в 1999-2006 г.г.

Из них мужчины составили 44,4 % (48 человек), а женщины – 55,6% (60 человек). Среди больных преобладали жители сельской местности 66 человек (61,1%). Для диагностики использовались клинические данные. У 30,5% пациентов меланома кожи возникла *de novo*, а у 69,5% больных она развивалась из ранее имевшихся пигментных невусов. Установлено, что у обследованных лиц первичная опухоль чаще всего локализовалась на конечностях (53,7%) и туловище (33,3%), реже – на голове и шее (10,2%), а у 2,8% пациентов первичный очаг не был обнаружен.

Определяющими методами диагностики этой патологии были морфологические методы (цитологическое исследование мазков-отпечатков с поверхности опухоли и тотальная ножевая эксцизионная биопсия).

До операции диагноз цитологически верифицирован у 95 человек (87,9%), тотальная ножевая эксцизионная биопсия выполнена 13 пациентам (12,1%). Для визуализации регионарных метастазов применяли УЗИ и КТ. Отдаленные гематогенные метастазы выявляли общепринятыми методами. Стадирование проводилось после изучения операционного материала с учетом глубины инвазии по Кларку и толщины опухоли по Бреслоу. Среди первичных больных с 0 стадией выявлено 4 пациента (3,7%), с I – 15 (13,9%), со II – 33 (30,6%), с III – 51 (47,2%) и с IV – 5 человек (4,6%).

Таким образом, у 51,8% больных, находившихся под нашим наблюдением, меланома кожи, относящаяся к опухолям наружной локализации и доступная визуальной диагностике, выявлена на III и IV стадиях заболевания.

Полученные нами данные свидетельствуют о низком уровне санитарно-профилактической работы среди населения и несвоевременной диагностике этого вида опухоли.

Литература:

1. Фрадкин С.З., Залудский И.В. Меланома кожи: практическое руководство для врачей. – Минск: Беларусь, 2000. – 221 с.
2. Анисимов В.В. Меланома кожи (перспективы улучшения диагностики и лечения): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.14 / НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова. – СПб., 2000. – 97с.

СОЧЕТАННЫЕ ТРАВМЫ КОСТЕЙ И ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН

Бойко О.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель – д.м.н., доцент М.В. Кажина

Сочетанные повреждения костей и органов малого таза относятся к наиболее сложным, с точки зрения диагностики, оказания специализированной помощи и последующей реабилитации в плане восстановления удовлетворительного качества жизни. Как правило, эти повреждения относятся к категории политравм. Ранения органов тазовместилища сочетаются с костными повреждениями относительно редко из-за достаточной плотности костного каркаса таза. Однако, если такие сочетанные травмы все же имеют место, то близость крупных сосудов и их повреждение не оставляют врачу иллюзий на благополучный исход. Повреждения тазовых органов – матки и придатков, забрюшинных органов – прямой кишки, мочевого пузыря, мочеточников, - чреваты осложнениями, опасными для жизни, такими как сепсис, ДВС-синдром и часто требуют нескольких последовательных оперативных вмешательств. Генез повреждений половых органов связан с гидростатическим давлением контрудара. Из женских половых органов зоной риска может служить овуляторный период, наличие кистозных изменений в яичниках, гидросальпинкс. Патофизиологические нарушения развиваются в результате