

Суммарная распространенность ВПЧ–16 и 18, в Гомельской области является одной из наиболее высоких среди стран, циркуляция генотипов ВПЧ в которых была проанализирована. Наибольший суммарный уровень носительства ВПЧ–16 и 18 зарегистрирован в Канаде (Британская Колумбия) (101,2 %), а наименьший выявлен в США (15,7 %). В США вакцинация против ВПЧ 16 и 18 была введена в 2006 г., и, согласно недавним исследованиям, благодаря этой программе частота циркуляции ВПЧ–16 и 18 снизилась на 56 % по сравнению с довакцинальным периодом [5].

Среди стран Европейского региона, представленных в анализе, более высокий уровень суммарной частоты циркуляции ВПЧ–16 и 18, чем в Гомельской области, отмечается в Польше, Румынии, Греции, Германии и Франции.

Достаточно широкое распространение ВПЧ–16 и 18 в Гомельской области делает обоснованным внедрение процедуры иммунопрофилактики РШМ среди девочек до начала половой жизни в популяционном масштабе.

Выводы

Определен высокий уровень инфицированности ВПЧ ВКР в популяции условно-здоровых женщин Гомельской области 35,6 % (95 % ДИ: 30,7–40,5 %). Установлено, что доминирующим генотипом является ВПЧ–16, который обнаружен у 29,4 % инфицированных женщин (95 % ДИ: 20,8–38 %) и встречался статистически значимо чаще других генотипов ($\chi^2 = 18,8$, $p = 0,00001$).

Распределение частот циркуляции генотипов ВПЧ ВКР в Гомельской области соответствует ее географическому положению в восточной части Европы, на пересечении ареалов циркуляции преобладающих генотипов, характерных для стран Европы (ВПЧ–16, 31), и генотипов, характерных для стран Азии (ВПЧ–16, 52). Особенностью региона является высокая частота циркуляции ВПЧ–56 (15,9 %; 95 % ДИ: 6,5–25,3 %)

Суммарная частота инфицирования ВПЧ–16 и ВПЧ–18 в общей популяции женщин в Гомельской области составила 39,3 % (95 % ДИ: 31,3–47,3 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. Cervical human papillomavirus prevalence in 5 continents: meta-analysis of 1 million women with normal cytological findings / L. Bruni [et al.] // J. Infect. Dis. — 2010. — Vol. 202, Is. 12. — P. 1789–1799.
2. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: Globocan 2008 / J. Ferlay [et al.] // Int. J. Cancer. — 2010. — Vol. 127, Is. 12. — P. 2893–2917.
3. Human papillomaviruses / IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans // International Agency for Research on Cancer—Lyons, France, 1995. — Vol. 64. — 409 p.
4. Monk, B. The spectrum and clinical sequel of human papillomavirus infection / B. Monk, K. Tewari // Gynecol. Oncol. — 2007. — Vol. 107, № 2, Suppl. — P. 6–13.
5. New study shows HPV vaccine helping lower HPV infection rates in teen girls / CDC press-release [Electronic recourse]. — CDC, Atlanta. — Mode of access : <http://www.cdc.gov/media/releases/2013/p0619-hpv-vaccinations.html>. — Date of access : 30.06.2013.
6. Prevalence of oncogenic human papillomavirus infection in an organized screening population in Finland / M. Leinonen [et al.] // Int. J. Cancer. — 2008. — Vol. 123, № 6. — P. 1344–1349.
7. Type-specific human papillomavirus detection in cervical smears in Romania / G. Anton [et al.] // APMIS. — 2011. — Vol. 119, № 1. — P. 1–9.

УДК 616.24—072:615.47

ВИДЕОАССИСТИРОВАННАЯ ТОРАКОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ ЛЁГКИХ

Воробей В. А., Юранова М. А., Ануфриев А. В., Рузанов Д. Ю.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Значительный прогресс в области видеотехнологий и совершенствование эндоскопических хирургических инструментов наряду с разработкой степлер-техники обусловили

бурное развитие торакоскопии. Основоположником торакоскопии по праву считается шведский терапевт, профессор Каролинского университета Н. Ясобеус, который в 1910 г. опубликовал статью «О возможностях использования цистоскопа для обследования серозных полостей». Для торакоскопии автор использовал троакар собственной конструкции и цистоскоп. В дальнейшем он применил этот метод для диагностики заболеваний плевры и опухолей грудной клетки, а затем — для адгезиолиза с целью создания искусственного пневмоторакса у больных туберкулезом легких. Эта первая торакоскопическая операция, получившая широкую популярность как операция Якобеуса, применялась фтизиохирургами всего мира более 40 лет, до тех пор, пока химиотерапия почти не исключила роль коллапсотерапии при туберкулезе легких [1]. Разработка и совершенствование эндоскопических инструментов, в частности создание специальных торакоскопических инструментов, адаптированных к анатомии грудной клетки, а также степлер-техники, позволили поставить торакоскопию на качественно новый уровень с возникновением так называемых малоинвазивных торакоскопических вмешательств. В последние 10–12 лет торакоскопические операции стали выполнять во многих клиниках США, Европы и стран бывшего СССР. Для обозначения таких операций в англоязычной литературе используют термин «video assisted», а новое направление в торакальной хирургии называют, соответственно, «video assisted thoracic surgery» (VATS). В русскоязычной литературе наиболее распространенным является термин «интраторакальная хирургия с видеосопровождением» или «видеоассистированная торакоскопия» [2]. Торакоскопические операции и интраторакальные вмешательства с видеосопровождением за последние 5–6 лет все более приобретают характер рутинных, особенно по таким показаниям, как интерстициальные (диссеминированные) заболевания легких, внутригрудные аденопатии, объемные образования легких и плевриты неясного генеза, при которых торакоскопическая биопсия позволяет добиться верификации диагноза в 100 % случаев с минимальным числом осложнений.

Хирургический этап является финальным в диагностическом комплексе обследований лиц с патологией легких. В хирургической практике часто приходится решать задачи дифференциальной диагностики туберкулеза и других заболеваний органов дыхания. Традиционно все пациенты с подозрением на туберкулез до момента направления в противотуберкулезный диспансер (ПТД) проходят диагностический минимум на уровне общелечебных учреждений с анализом жалоб, анамнеза, с проведением клинических и рентгенологических методов обследования. В условиях ПТД пациенты с предварительным диагнозом туберкулеза различных органов, где кроме указанных выше методов, применяются исследование мокроты, плевральной жидкости и промывных вод бронхов на микобактерии туберкулеза (МБТ) методом бактериоскопии и посева, молекулярно-генетическое и цитологическое исследование, туберкулиновые кожные тесты (реакция Манту и Диаскин-тест), компьютерная томография органов грудной клетки, УЗИ плевральной полости. Однако указанные методы не позволяют верифицировать диагноз в 100 % случаев, особенно при отрицательных результатах анализа мокроты на МБТ. В таких случаях прибегают к хирургической помощи. К хирургическим методам диагностики относятся: открытая биопсия легкого или плевры, резекция сегмента или его части, в том числе с применением VATS, обеспечивающей малоинвазивный характер операции и позволяющей расширить показания к хирургическому лечению, с последующим гистологическим и бактериологическим исследованием резецированного или биопсийного материала [3].

Цель

Выявить процент подтверждения клинического диагноза после VATS и количество осложнений.

Материалы и методы исследования

Проанализированы результаты диагностики заболеваний органов дыхания при проведении VATS 225 пациентам в условиях торакального отделения Гомельской областной туберкулезной клинической больницы за 2013 г. Всем пациентам до хирургического вмешательства был проведен полный комплекс обследований для уточнения диагноза, включая спирографию с бронходилатационным тестом, фибробронхоскопию, компьютерную томографию органов дыхания. У всех пациентов была исследована трехкратно мокрота на кислотоустойчивые бактерии (КУБ) бактериоскопически и методом посева на МБТ на плотные и жидкие питательные среды с использованием автоматизированной системы Bactec MGIT 960. Убедительных данных за наличие МБТ, позволивших подтвердить диагноз туберкулеза, получено не было.

Результаты исследования

Среди 225 пациентов мужчины составили большинство — 151 (67 %) человека, женщин было 74 (33 %) человека. Возраст мужчин колебался от 16 до 80 лет и в среднем составил 39,5 лет. Женщины были примерно в том же возрастном диапазоне: от 17 до 73 лет, средний возраст — 37,4 года.

Взятые в исследование пациенты после полного комплекса обследований имели следующие диагнозы или заключения (таблица 1).

Таблица 1 — Подтверждение и отсутствие верификации диагноза до и после VATS

Диагноз до VATS	Количество случаев	Диагноз после VATS	Количество подтвержденных диагнозов
Буллезная эмфизема, осложненная спонтанным пневмотораксом	85	Буллезная эмфизема	85
Подозрение на саркоидоз	47	Саркоидоз	47
Диссеминация в лёгких неуточненной этиологии	35	Саркоидоз	14
		Диссеминированный туберкулез легких	7
		Интерстициальные заболевания легких	4
		Диффузное заболевание легких неуточненной этиологии	4
		Пневмония	2
		Силикоз	2
		Альвеолярный протеиноз	1
		Метастазы	1
Объемное образование легкого	31	Туберкулома	9
		Аденокарцинома	8
		Гамартома	6
		Тимома	5
		Метастазы	1
		Саркоидоз	1
Экссудативный плеврит неуточненной этиологии	15	Фибролипома	1
		Туберкулезный плеврит	7
		Пневмония	5
		Метастазы	2
Аденопатия внутригрудных лимфатических узлов	10	Гемоторакс	1
		Саркоидоз	9
		Лимфогранулематоз	1
Объемное образование средостения	2	Лейомиосаркома	1
		Нейрофиброма	1

В 100 % случаев диагноз после VATS был подтвержден при буллезной эмфиземе легких, подозрении на саркоидоз, объемном образовании легкого, плевральных выпотах, аденопатии внутригрудных лимфатических узлов, объемном образовании средостения.

Диагноз не был верифицирован при диссеминации в легких неуточненной этиологии в 11,4 % случаев (4 случая).

Осложнение инструментальной гидропневмоторакс после VATS было выявлено только в 1 (3,9 %) случае у пациента с канцероматозом плевры.

Выводы

1. Использование VATS является наиболее информативным методом для диагностики заболеваний легких и плевры различной этиологии.

2. VATS является наиболее предпочтительным инвазивным методом верификации диагноза у пациентов с буллезной эмфиземой легких; при подозрении на саркоидоз, объемном образовании легкого, плевральных выпотах, аденопатии внутригрудных лимфатических узлов, объемном образовании средостения легочной патологией ввиду малой травматичности и крайне редким развитием осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Калабуха, И. А.* Видеоторакоскопия в пульмонологии / И. А. Калабуха // Медицинская газета «Здоровье Украины». — Киев. — 2011. — № 6. — С. 3–5.
2. Диагностика патологии легких в хирургической практике / Т. Р. Возякова [и др.] // Сборник научных трудов по материалам Международной научно-практической конференции НАН Украины; науч. ред. В. В. Лелевич. — Киев, 2013. — С. 110–112.
3. *Василевский, А. Г.* Хирургические методы в диагностике интерстициальных заболеваний легких и внутригрудных аденопатий / А. Г. Василевский, В. В. Андрощук // Пробл. туберкулеза. — М. — 1999. С. 23–25.

УДК 001.89

РОЛЬ СИСТЕМЫ ЭЛЕКТРОННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ РЕСУРСОВ В ИННОВАЦИОННОМ РАЗВИТИИ ВУЗОВСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ (КРАТКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

*Вялков А. И.¹, Мартынич С. А.¹, Глухова Е. А.¹, Орлова Н. А.¹,
Шаршакова Т. М.², Чешик И. А.²*

¹Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Первый Московский государственный медицинский университет
им. И. М. Сеченова»

г. Москва, Российская Федерация
Учреждение образования

²«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Структурная модернизация госсектора науки предъявляет новые требования к повышению отдачи от бюджетов на научные исследования и разработки [3].

Наблюдаемые преобразования в сфере вузовской медицинской науки:

- перераспределение финансирования от слабых к сильным;
- активное развитие коллаборации от национальной к глобальной науке;
- привлечение к исследованиям и разработкам зарубежных ученых;
- использование системы наукометрических индикаторов результативности учебного, научного коллектива, вуза.

Развитие вузовской медицинской науки определяется вызовами нового времени: политика по наращиванию научного потенциала; информатизация системы научной и образовательной деятельности; модернизация управленческой системы; создание единой научно-образовательной среды [4].

Предпосылками эффективного управления медицинским вузом становятся:

- интеграция онлайн-электронных ресурсов, используемых в образовательном и научном процессе;