

33 генотипов (в 65,2 и 43,4 %, соответственно) и 58 генотипа (17,4 % случаев). Статистически значимых различий в группах не было выявлено. У 10 (43,5 %) беременных женщин и у 43 (47,3 %) небеременных женщин было выявлено несколько генотипов вируса (смешанные инфекции).

При анализе полученных данных концентраций ВПЧ было установлено, что у беременных женщин с CIN 1–3 уровень вирусной нагрузки статистически значимо ниже ($4,48 \pm 1,3$ lg копий на 100 тыс. клеток), чем у небеременных женщин с той же патологией шейки матки ($5,24 \pm 1,73$ lg копий на 100 тыс. клеток) ($p < 0,04$). У беременных и небеременных женщин с фоновой патологией шейки матки уровень нагрузки вируса существенно не отличается ($5,8 \pm 2,6$ и $5,3 \pm 1,9$ lg копий/100 тыс. клетки соответственно). Средний уровень концентрации вируса среди всех беременных составил $4,95 \pm 1,91$ lg копий на 100 тыс. клеток, а у небеременных пациенток $5,27 \pm 1,8$ lg копий на 100 тыс. клеток, что также не имеет достоверных различий.

Заключение и выводы

В качестве одного из критериев, с помощью которого можно распознать клинически значимую инфекцию, способную привести к злокачественной трансформации, а так же мониторинга течения инфекции, можно рассматривать высокую вирусную нагрузку наиболее распространённых вирусных генотипов ВПЧ. В связи с чем, в протокол подготовки женщин к беременности целесообразно включать качественный и количественный ПЦР-тест на определение ДНК ВПЧ, чтобы своевременно диагностировать и пролечить патологию, обусловленную папилломавирусной инфекцией, до начала беременности.

В результате проведенного исследования были сделаны следующие выводы:

1. Во всех группах обследуемых женщин преобладали 16 и 33 генотипы ВПЧ, причем в 43,5 % случаев у беременных и в 47,3 % небеременных женщин выявляются сразу несколько генотипов вируса (микст-инфекция).

2. У беременных женщин с дисплазией вирусная нагрузка была статистически значимо ниже ($p < 0,04$), чем у небеременных женщин с такими же проявлениями, что может указывать на возможность развития предраковых состояний шейки матки при более низкой вирусной нагрузке в связи с физиологической иммуносупрессией во время беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вишневская, Е. Е. Рак и беременность / Е. Е. Вишневская. — Минск: Выш. шк., 2000. — С. 9–84.
2. Кольпоскопия. Атлас и руководство / под редакцией Э. Бугхардта. — М., Мед. Лит. 2008. — 176 с.
3. Папилломавирусная инфекция: диагностика, лечение, профилактика / В. Н. Прилепская [и др.]. — М.: МЕДпресс-информ, 2007. — С. 5–20.
4. Роговская, С. И. Папилломавирусная инфекция у женщин и патология шейки матки. Руководство для практического врача / С. И. Роговская. — М.: «ГЕОТАР-Медиа», 2005. — С. 22–92.
5. Кувва, Д. А. Современная концепция диагностики папилломавирусной инфекции: тез. докл. Межрегиональной науч.-практ. конференции «Дерматовенерология в период реформирования здравоохранения и реализации национальных проектов», Екатеринбург, 22–23 мая / Д. А. Кувва. — 2007. — С. 112–113.

УДК 616.36-008.5-053.31-085:615.244

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ХОФИТОЛА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ КОНЬЮГАЦИОННЫХ ЖЕЛТУХ

Кравчук Ж. П., Румянцева О. А., Барбарович О. П., Руденко Ю. В., Хмельникова М. С.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Учреждение

«Гомельская областная детская клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В настоящее время отмечается рост числа конъюгационных желтух у новорожденных, поэтому вопросы диагностики и лечения этой патологии достаточно актуальны.

Желтуха новорожденных — это общий симптом для большого количества заболеваний в периоде новорожденности, в основе которого лежит нарушение обмена билирубина. Интенсивность желтухи зависит от уровня билирубина и меняется с повышением концентрации непрямого билирубина. В первую очередь, желтушное окрашивание появляется на склерах и слизистой полости рта, а лишь затем на коже. Повышение концентрации билирубина может привести к его чрезмерному накоплению и появлению у ребенка резко выраженной желтухи с симптомами билирубиновой интоксикации [1, 2]. При достижении высоких уровней гипербилирубинемии существует опасность поражения центральной нервной системы в виде билирубиновой энцефалопатии, формирования нарушений слуха и других осложнений течения неонатального периода и последующего развития ребенка. Лечение конъюгационных желтух является комплексным с использованием фототерапии, препаратов, улучшающих метаболизм билирубина в печени. Одним из таких препаратов, используемых для лечения желтух у новорожденных является хофитол, оказывающий гепатопротективное, холекинетическое и антиоксидантное действия.

Цель

Оценить эффективность применения хофитола в лечении конъюгационных желтух у новорожденных.

Материалы и методы

Изучено состояние здоровья 46 детей, находившихся в педиатрическом отделении для новорожденных детей УЗ «ГОКДБ» с диагнозом «Неонатальная желтуха». В комплексном лечении основной группы (24 человека) использовался хофитол. В группе сравнения (22 человека) — хофитол не назначался. Изучены акушерско-гинекологический анамнез матерей, гестационный возраст, вес при рождении, течение раннего неонатального периода, проведено исследование уровня билирубина и его фракций, подсчитано количество койко-дней.

Результаты и обсуждение

Анализ анамнестических данных показал, что у 92 % (22 человека) женщин из основной группы и у 95 % (21 человек) женщин из группы сравнения беременность протекала на фоне гинекологических заболеваний, анемии — 38 % (9 человек) женщин из основной группы и 36 % (8 человек) женщин из группы сравнения, угрозы прерывания беременности — у 33 % (8 человек) женщин из основной группы, у 68 % (11 человек) женщин из группы сравнения, гестоза 1 и 2 половины беременности у 25 % (6 человек) женщин из основной группы и у 36 % (8 человек) женщин из группы сравнения. Соматическими заболеваниями страдали 29 % (7 человек) женщин из основной группы и 32 % (7 человек) женщин из группы сравнения. ОРВИ во время беременности отмечалось у 29 % (7 человек) женщин из основной группы и у 36 % (8 человек) женщин из группы сравнения.

Доношенными родились 79 % (19 человек) детей из основной группы и 82 % (18 человек) детей из группы сравнения, в 21 % случаев (5 человек) из основной группы и в 18 % случаев у детей (4 человек) из группы сравнения гестационный возраст находился в пределах 28–37 недель.

Оценивая вес детей при рождении, было замечено, что в большинстве случаев новорожденные имели массу тела более 2500 г. — 79 % (19 человек) детей из основной группы и 100 % (22 человека) детей из группы сравнения, низкая масса тела (1500–2499 г) наблюдалась у 21 % (5 человек) новорожденных из основной группы.

При анализе оценки по шкале Апгар было выяснено, что на 1-й мин. жизни асфиксия умеренной степени (4–6 баллов) наблюдалась у новорожденных у 17 % (4 человека) из основной группы и у 14 % (3 человека) новорожденных из группы сравнения. На 5-й мин. все дети, рожденные в асфиксии, восстановили показатели.

При поступлении в педиатрическое отделение для новорожденных уровни общего и прямого билирубина в среднем составили в группе детей, не получающих хофитол —

294 мкмоль/л и 107 мкмоль/л, в группе детей, получающих хофитол — 275 мкмоль/л и 92 мкмоль/л. Через 3–4 дня уровни общего и прямого билирубина в среднем составили в группе детей, не получающих хофитол — 198 мкмоль/л и 66 мкмоль/л, в группе детей, получающих хофитол — 217 мкмоль/л и 69 мкмоль/л. При выписке домой уровни общего и прямого билирубина в среднем составили в группе сравнения — 143 мкмоль/л и 48 мкмоль/л, в основной группе — 134 мкмоль/л и 45 мкмоль/л (рисунок 1).

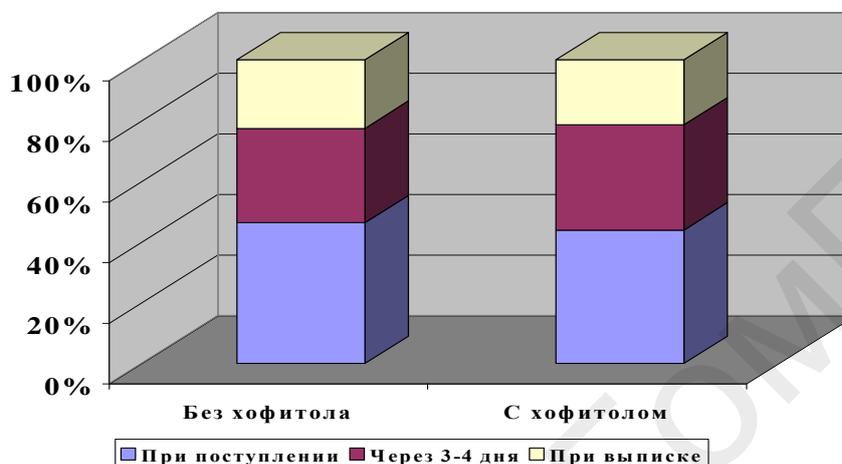


Рисунок 1 — Динамика снижения общего билирубина (мкмоль/л)

Дети, не получавшие хофитол, находились в отделении новорожденных ГОДКБ в среднем 13 дней, получавшие хофитол — 10 дней. В группе детей, не получавших хофитол, увеличение печени наблюдалось у 32 % (7 человек), у получавших хофитол — у 21 % (5 человек) новорожденных.

Дети группы сравнения получали традиционное лечение. Были замечены следующие проявления:

- у 27 % (6 человек) детей периодически наблюдались срыгивания;
- частота стула в среднем составляла 3 раза в сутки;
- при выписке из отделения новорожденных 36 % (8 человек) детей имели нормальную окраску кожи, у 64 % (14 человек) сохранилась субиктеричность кожных покровов. Нормальный цвет склер — 95 % (21 человек), субиктеричные склеры — 5 % (1 человек) и отсутствие сыпи отмечалось у 100 % (22 человека) исследуемых.

Всем детям основной группы проводилась традиционная терапия в сочетании с хофитолом. Были замечены следующие проявления:

- у 29 % (7 человек) детей периодически наблюдались срыгивания
- частота стула в среднем составляла 4 раза в сутки
- при выписке из отделения новорожденных 58 % (14 человек) детей имели нормальную окраску кожи, у 42 % (10 человек) сохранилась субиктеричность кожных покровов.

Нормальный цвет склер и отсутствие сыпи отмечались у 100 % (24 человека) исследуемых (рисунок 2).

Подводя итоги, мы сделали следующие выводы:

При использовании хофитола уровень общего билирубина снижался с 275 до 134 мкмоль/л. На фоне проводимой терапии хофитолом желтуха исчезала в 58 % случаев. Длительность пребывания в стационаре составила 10 дней.

В группе сравнения без использования хофитола уровень общего билирубина снижался с 294 до 143 мкмоль/л. Без использования хофитола желтуха исчезла у 38 % детей. Длительность пребывания в стационаре составила 13 дней.

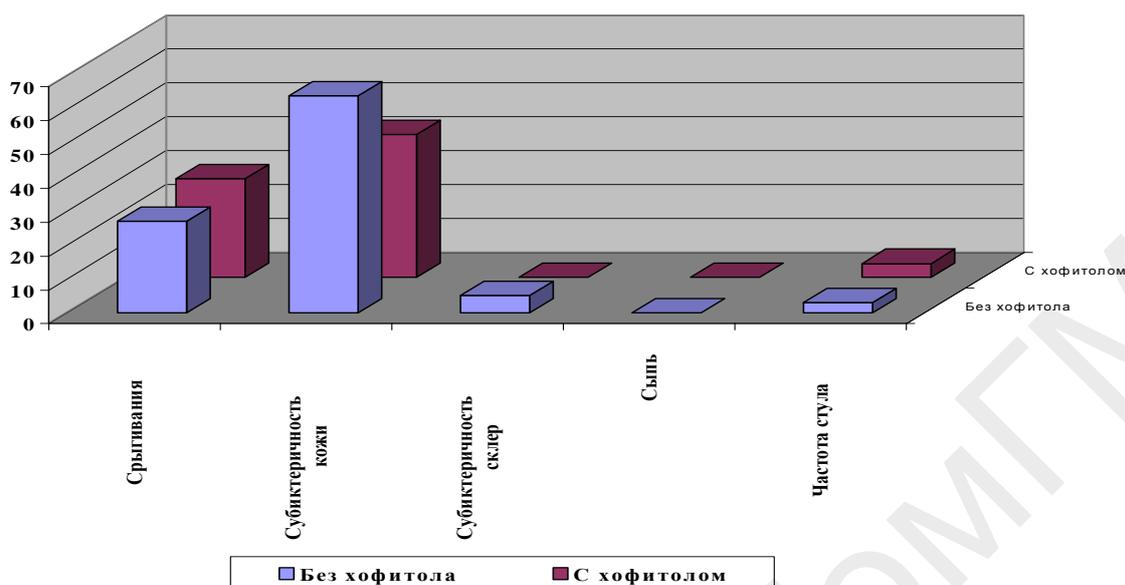


Рисунок 2 — Эффективность применения хофитола

ЛИТЕРАТУРА

1. Гамелло, Т. Л. Неонатология / Т. Л. Гомелло, Д. М. Каннигам. — М.: Медицина, 1998. — С. 335–338.
2. Шабалов, Н. П. Неонатология / Н. П. Шабалов. — СПб.: Питер, 1997. — Т. 1.

УДК 37.022–05.6–057.875

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ВОСПРИЯТИЯ И ЗАКРЕПЛЕНИЯ ЛЕКЦИОННОГО МАТЕРИАЛА ИНОСТРАННЫМИ СТУДЕНТАМИ

Краморева Л. И., Игнатенко В. А., Савицкий А. И., Казущик А. Л.

Учреждение образования

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

Введение

С 2003 г. на первом курсе Гомельского государственного медицинского университета начато обучение студентов из англоязычных стран на английском языке. Преподавание на английском языке, начиная с первого курса, позволяет сократить сроки обучения иностранных студентов за счет исключения подготовительного года языковой адаптации. Языковая адаптация у студентов, обучающихся на английском языке, происходит на первых курсах в период изучения ими основных базовых предметов. Наряду со специфическими особенностями [1] этот способ обучения предполагает наличие в вузе высококвалифицированного профессорско-преподавательского состава, свободно владеющего двумя языками (русским и английским). Опыт проведения занятий с этой категорией студентов по предмету медицинской и биологической физики позволяет сделать следующие замечания, касающиеся методологических основ этого способа обучения:

— в программе курса медицинской и биологической физики недостаточно отведено часов для изучения основ высшей математики. Различный уровень преподавания элементарной математики в англоязычных странах, а следовательно, и различный уровень знаний по предмету, затрудняет усвоение разделов математики на практических занятиях;