

проводили методом твердофазного иммуноферментного анализа с помощью стандартного набора реагентов «ИЛ-4-ИФА-БЕСТ»; «ИЛ-6-ИФА-БЕСТ»; «ИЛ-8-ИФА-БЕСТ»; «ИЛ-10-ИФА-БЕСТ» (Россия). Полученные данные анализировались с помощью стандартных методов статистического анализа прикладных программ «Statistica» 6.0.

Результаты исследования и их обсуждения

Анализ иммунологических показателей крови и цитокинового спектра индуцированной мокроты у детей с бронхолегочной патологией определил, что установленные изменения позволяют констатировать наличие патологических звеньев иммунной реактивности в ответ на патогенетический фактор. Прогнозирование риска развития рецидивов респираторной патологии у детей позволило определить, что неблагоприятный прогноз появляется при усилении локальной продукции ИЛ-4 (OR=6,0; 95% ДИ [2, 15; 6, 33]; $p < 0,0001$), ИЛ-8 (OR = 3,8; 95 % ДИ [1,09; 6,09]; $p = 0,0029$), ИЛ-10 (OR = 5,14; 95 % ДИ [0,36; 5,53]; $p = 0,03$). Дискриминантный пошаговый анализ позволил установить иммунологические показатели, имеющие прогностическое значение на формирование рецидивов респираторной патологии. Наиболее прогностически значимыми следует считать такие иммунологические показатели, как IgG, фагоцитарная активность крови, процентное содержание в крови лимфоцитов CD8, CD22 (Лямбда Уилкса = 0,819, $F = 3,52$, $p < 0,01$). При проведении дискриминантного пошагового анализа с пошаговым исключением незначительных составляющих дискриминантной модели были выявлены специфические иммунологические факторы (ИЛ-4, ИЛ-8, ИЛ-10), определяющие формирование неблагоприятного течения респираторной патологии у детей (Лямбда Уилкса = 0,819, $F = 3,52$, $p < 0,01$). При проведении канонического дискриминантного анализа ($\chi^2 = 33,63$, $p = 0,000001$) установлено, что максимально сильная каноническая корреляционная связь отмечалась с уровнем ИЛ-4 ($r = 0,827$), умеренная с концентрацией ИЛ-8 ($r = 0,450$) и ИЛ-10 в мокроте ($r = 0,337$). Что указывает на роль цитокинов в трансформации острой бронхолегочной патологии в рецидивирующие и хронические состояния.

Выводы

На основании изучения прогностически значимых показателей цитокинового профиля индуцированной мокроты и иммунологических показателей крови были обоснованы модели неблагоприятного прогноза течения заболевания у детей, которые позволяют улучшить диспансеризацию детского населения и выделить группу риска неблагоприятного исхода заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Paats, M. S. Local and systemic cytokine profiles in nonsevere and severe community-acquired pneumonia / M. S. Paats, I. M. Bergen, E. J. Wessel // European respiratory journal. — 2013. — Vol. 41. — P. 1378–1385.
2. Sputum mediator profiling and relationship to airway wall geometry imaging in severe asthma / D. Desai [et al.] // Respiratory Research. — 2013. — Vol. 14. — P. 17–27.
3. Weiszhar, Z. Induced sputum analysis: step by step / Z. Weiszhar, I. Horvath // Breathe. — 2013. — Vol. 9, № 4. — P. 300–306.
4. Differences in airway cytokine profile in severe compared to moderate asthma / J. Shannon [et al.] // Chest. — 2008. — Vol. 133, № 2. — P. 420–426.

УДК 616-002.182-071-091

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА САРКОИДОЗА

Луцкович И. В., Козловская Т. В.

Научный руководитель: ассистент Т. В. Козловская

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Саркоидоз — системное хроническое воспалительное заболевание неизвестной этиологии с преимущественным поражением внутригрудных лимфатических узлов и легких. Заболевание распространяется в основном по лимфатическим путям, с поражением, в первую очередь, бронхиальных и прикорневых лимфатических узлов легких, а затем и внутренних органов с образованием специфических неказеифицирующихся гранул.

Характерно клиническое несоответствие между относительно удовлетворительным состоянием больного и распространенностью патологического процесса в лимфоузлах и легочной ткани на рентгенограммах. Верификацию саркоидоза осуществляют на основании гистологического исследования биоптатов пораженных органов.

В Республике Беларусь на 100 тыс. населения диагноз выставляется 5,8 человекам, причем в городе количество таких пациентов выше, чем в селе (6,6 и 4,4 соответственно).

Несмотря на то, что саркоидоз характеризуется относительно благоприятным течением, выявляется отчетливая тенденция к увеличению числа неблагоприятно протекающих форм заболевания, росту рецидивов саркоидоза и снижению числа спонтанных ремиссий.

Цели:

- изучить актуальность проблемы для Республики Беларусь;
- изучить особенности диагностики заболевания;
- проследить эпидемиологию заболевания в Гомельской области.

Материалы и методы исследования

Материалом для исследования послужили результаты обследования 64 пациентов.

Результаты исследования

Мы проанализировали данные результатов рентгенологических и гистологических исследований с впервые верифицированным диагнозом «саркоидоз» в Гомельской области. Выяснилось следующее, что среди исследуемой группы пациентов доля женщин составила 71 %; пациенты имели возраст 20–40 лет, в 21 % случаев — 40–60 лет (таблица 1).

Таблица 1 — Встречаемость клинико-рентгенологических стадий в исследовании

Стадия	Доля пациентов с данной патологией, %
Саркоидоз внутригрудных лимфатических узлов	86
Стадия изменения легочной ткани без увеличения внутригрудных лимфатических узлов	8
Стадия увеличения внутригрудных лимфатических узлов и изменения легочной ткани	2
Стадия фиброза легких	4

Также мы оценили встречаемость верификации диагноза на разных стадиях формирования саркоидной гранулемы:

- в фиброзно-гиалинозную стадию диагноз был верифицирован в 60 % случаев;
- в 30 % гранулемы были в гранулематозной стадии;
- 10 % от исследуемых биоптатов составляла гиперпластическая стадия.

Выводы

- 1) саркоидоз чаще обнаруживается у женщин, причем распределение диагноза в возрасте 20–40 лет и 40–60 лет примерно одинаково; у мужчин это заболевание преимущественно встречается в возрасте 20–40 лет;
- 2) диагноз верифицируется чаще на стадии фиброзно-гиалинозной гранулемы (60 %);
- 3) заболевание чаще обнаруживается на первой клинико-рентгенологической стадии (саркоидоз ВГЛУ);
- 4) соответствий между клинико-рентгенологическими стадиями саркоидоза как болезни и стадиями формирования гранулемы не обнаружено.

Меры по предупреждению прогрессирования заболевания и развития осложнений

состоят в основном в адекватном своевременном лечении, которое зависит от сроков диагностики заболевания. Поэтому важнейшей для профилактики неблагоприятных исходов болезни является организация ее ранней диагностики, в т. ч. на основе проведения регулярных массовых флюорографических обследований населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Илькович, М. М. Саркоидоз органов дыхания: руководство для врачей / М. М. Илькович, Л. Н. Новикова, В. С. Лучкевич. — СПб., 1996. — 251 с.
2. Диагностика и лечение саркоидоза органов дыхания: метод. рекомендации. — М., 1994.
3. Рабухин, А. Е. Саркоидоз / А. Е. Рабухин, М. И. Доброхотова, Н. С. Тонитрова. — М., 1991. — 114 с.

УДК 616.831-005.8-036.82:612.01 4.5

АНАЛИЗ ЗАВИСИМОСТИ ВРЕМЕНИ РЕАБИЛИТАЦИИ ОТ КОНСТИТУЦИИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Лысенко В. Н., Суверженко Ф. С.

Научный руководитель: к.м.н., профессор *А. Л. Калинин*

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

Введение

В 1768 г. англичанин Геберден описал внезапную смерть людей после появления у них сильных болей в сердце. В 1909 г. на 1 съезде терапевтов России Образцов и Стражеско впервые в мире дали клиническое описание (без ЭКГ) трех частых форм ИМ: *status anginosus, Asthmaticus, gastralgicus*. Инфаркт миокарда — наиболее частый диагноз у госпитализированных лиц в развитых странах мира. В настоящее время ИМ рассматривается как форма ИБС, представляющая период ее обострения [1, 2].

Анализ зависимости времени реабилитации от конституции у женщин, даст понятие о том, люди какого телосложения восстанавливаются быстрее. А так же конституциональные особенности реабилитации.

Цель

Определение времени восстановления после перенесенного инфаркта.

Материалы и методы исследования

Нами были проанализированы ЭКГ 215 женщин. ЭКГ были сняты через месяц после перенесенного ИМ. Обработку проводили статистически, с помощью программы «Statistica» 8.0. Медиана возраста составила 68,5 лет (min = 51, max = 86).

Конституциональные типы рассчитывались по формуле Пинье.

За критерий «скорость реабилитации» мы приняли момент, когда больной совершает прогулку на дистанцию 500 м в 1–2 приема, с темпом ходьбы 70, а потом 80 шагов в 1 минуту (таблица 1) [2].

Таблица 1 — Локализация инфаркта миокарда у пациентов

Локализация	Пациенты N = 215	P
Передне-перегородочный	16	0,293
Передний	57	0,631
Боковой	34	0,147
Передне-боковой	40	0,629
Заднее-нижний	28	0,090