

оценки влияния материалов для тампонады наружного слухового прохода на течение процесса заживления.

Результаты и их обсуждение. Оценка цитограмм с различными видами тампонов показала, что в начальные сроки после операции на 7-е и 14-е сутки не было выявлено значительной воспалительной реакции в наружном слуховом проходе, что подтверждает отсутствие выраженного роста микрофлоры и лейкоцитов.

На 21-е сутки после операции воспалительная реакция во всех группах увеличилась. В большей степени такая реакция проявилась при использовании марлевого тампона. На применение тампона типа Merocel и тампона из целлюлозы воспалительная реакция была значимо меньше, и проявление её в этих двух группах было одинаково.

Таким образом, можно отметить, что с точки зрения клинико-цитологической оценки тампоны из целлюлозы и Merocel обладают сходными свойствами, обеспечивающими контролируемый послеоперационный период тампонирования. Результаты исследования показали, что флора к 21 суткам после операции достоверно увеличивает свой рост, что предполагает необходимость удаления любого материала для тампонады из наружного слухового прохода к этому периоду.

Заключение. Целлюлоза представляется нам перспективным материалом для использования в послеоперационной тампонаде уха. Оценка цитологической картины послеоперационной области уха животного характеризует биоинертность целлюлозы, отсутствие нарушений гомеостаза и выраженной местной реакции в наружном слуховом проходе кролика, что позволяет использовать этот материал для разработки тампона для применения в клинической практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Меланьин, В. Д. Реконструкция среднего уха после радикальной операции / В. Д. Меланьин, О. Г. Хоров // Современные вопросы клинической отиатрии: тез. докл. – М., 2002. – С.89–91.
2. Лечение деструктивных форм гнойных средних отитов: Дис. на соиск. учен. степ. д-ра мед. наук: 14.00.04: 14.11.2001: 10.04.2002 / Хоров О. Г., – Гродно, 2001.

«ПОРТРЕТЫ» БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Хоха Р.Н.¹, Вежель О.В.²

¹Гродненский государственный медицинский университет,

²Гродненская детская областная клиническая больница

Актуальность. В патогенезе бронхиальной астмы (БА) принимают участие физиологические, морфологические и молекулярные механизмы, что

определяет целесообразность с целью прогнозирования эффективности различных видов терапии выделения фенотипов (так называемых клинических вариантов, или «портретов») БА. Фенотипы БА включают кластеры демографических, клинических и/или патофизиологических характеристик заболевания, которые являются результатом взаимодействия генов пациента с окружающей средой [1]. Впервые термин «фенотип» (phenotype от греч. phaino – являю, обнаруживаю и typos – отпечаток, форма, образец) был предложен датским ученым Вильгельмом Иогансеном в 1909 г. Фенотип БА устанавливают по интеграции изучаемых характеристик: клинических (возраст, пол, раса, дебют заболевания), патофизиологических (оценка воспаления с выделением эндотипа), функциональных (низкий ОФВ₁, фиксированная обструкция), ответ на терапию (ингаляционные кортикостероиды (ИКС), антилейкотриеновые препараты, биологические препараты), прогностические факторы (астматический статус, исход заболевания). Проблемы фенотипирования астмы у детей длительное время остаются в фокусе внимания, но до настоящего времени нет полного представления об их формировании и стабильности. Для решения задачи идентификации фенотипов БА используется кластерный анализ.

Цель. Идентификация фенотипов бронхиальной астмы у детей.

Методы исследования. В исследование включено 119 медицинских карт детей с БА в возрасте 5-17 лет, которые находились на обследовании и лечении в педиатрическом отделении УЗ «Гродненская детская областная клиническая больница» в период 2016-2017 гг. Диагноз, обследование и лечение пациентов с БА проведено в соответствии с рекомендациями Глобальной инициативы по БА (GINA, 2015) и «Клиническими протоколами диагностики и лечения аллергических заболеваний у детей» (Приказ МЗ РБ № 829 от 08.08.2014).

Анализировали следующие параметры: жалобы, анамнез заболевания, наследственный анамнез, пол, возраст, уровень общего IgE, количество эозинофилов в периферической крови и назальном секрете, антропометрические показатели (длина и масса тела) с расчетом индекса массы тела (ИМТ) кг/м², возраст появления симптомов и выставления диагноза БА, результаты кожного тестирования с группами неинфекционных (пищевые, бытовые, пыльцевые) аллергенов, использование препаратов базисной терапии (ингаляционные глюкокортикостероиды, модификаторы лейкотриеновых рецепторов (МЛТР), β_2 -агонисты длительного действия (β_2 -АДД)), показатели спирометрии (форсированная жизненная ёмкость лёгких (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ₁), модифицированный тест Тиффно (ОФВ₁/ФЖЕЛ)).

Результаты и их обсуждение. Методом иерархического кластерного анализа получено 5 кластеров. 1 кластер – с поздним дебютом и нормальными функциональными параметрами. Кластер включает 30,25% детей младшего школьного возраста (средний возраст 9,0 [7; 11] лет), среди которых преобладают мальчики (86,1%, ДИ: 70,87-94,39% мальчики и 13,89%, ДИ: 5,61-29,13% девочки). Наследственная отягощенность по АЗ отмечалась у 61,11%

детей. Возраст появления симптомов составил 6,0 [4;9] лет, диагноз БА был выставлен в возрасте 8,0 [6; 10] лет. Дети этого кластера имеют ИМТ – 16,0 [15; 17]. Отмечается умеренное повышение уровня IgE общего в периферической крови до 305,0 [123; 491] Ме/мл, у 44,44% детей отмечается эозинофилия в периферической крови, у 63,89% – эозинофилия в назальном секрете. Триггер БА – аллергены, у 2,78% – ожирение. У детей, формирующих этот кластер, отсутствуют нарушения функциональных показателей: ФЖЕЛ 91,0 [83,5; 101]%, ОФВ₁ 92,5 [83; 99,5]%, ОФВ₁/ФЖЕЛ 92,5 [88; 97,5] от должных значений. Дети этого кластера получают не более одного препарата базисной терапии.

2 кластер – с поздним дебютом и пограничными нарушениями функциональных параметров. Кластер включает 25,21% детей старшего школьного возраста (16,0 [12; 16] лет) с одинаковой частотой мальчиков (95% ДИ: 36,14-69,77) и девочек (95% ДИ: 30,23-63,86). Наследственная отягощенность по АЗ отмечалась у 73,33% детей. Первые симптомы БА появились в возрасте 10,0 [5; 12] лет, диагноз БА был выставлен в возрасте 14,0 [12;16] лет. Дети этого кластера имеют ИМТ 22,0 [19; 24]. Уровень IgE общего в периферической крови повышен умеренно – до 310,0 [132,43; 644] Ме/мл, у 40% детей эозинофилия в периферической крови, количество эозинофилов в назальном секрете – 18,0 [1; 29]%. У 76,67% детей триггер – аллергены, у 10% – ожирение. Нарушения функциональных показателей выражено незначительно: ФЖЕЛ 89,0 [81; 104]%, ОФВ₁ 87,0 [71; 102]%, ОФВ₁/ФЖЕЛ 88,0 [80; 94]% от должных значений. Дети этого кластера получают не более одного препарата базисной терапии.

3 кластер – с ранним дебютом и умеренно выраженными нарушениями функциональных параметров. Кластер включает 17,65% детей младшего школьного возраста (средний возраст 7,0 [7; 9] лет). В гендерной структуре этого кластера преобладают девочки (девочки 80,95%, ДИ: 59,41-92,92, мальчики 19,05%, ДИ: 7,98-40,59). Симптомы БА у детей появились в возрасте 3,0 [1; 4] лет, диагноз БА был выставлен в возрасте 6,0 [5;7] лет. Дети этого кластера имеют ИМТ 16,0 [15; 17], средний уровень IgE общего в периферической крови составил 79,0 [36; 285] Ме/мл, у 23,81% детей отмечается эозинофилия в периферической крови, количество эозинофилов в назальном секрете 15,0 [1; 32]%, у 57,14% триггер БА – аллерген+инфекция и/или физическая нагрузка, у 14,29% – ожирение. Отмечаются умеренно выраженные нарушения функциональных показателей: ФЖЕЛ 73,0 [58; 85]%, ОФВ₁ 70,0 [58; 82]%, ОФВ₁/ФЖЕЛ 92,0 [83; 97]% от должных значений, у 52,38% пациентов риск развития обострений БА (ОФВ₁<60%). Дети этого кластера получают 2 и более препарата базисной терапии.

4 кластер – с ранним дебютом и нормальными функциональными параметрами. Кластер включает 14,28% детей старшего школьного возраста (15,0 [14; 16] лет), преобладают мальчики (мальчики 76,47%, ДИ: 52,23-90,95%, девочки 23,53%, ДИ: 9,05-47,77%). Наследственная отягощенность отмечается у 64,71% детей. Первые симптомы астмы появились в возрасте 3,0 [2;4] лет,

диагноз БА был выставлен в возрасте 3,0 [2; 4] лет. У 58,82% триггер – аллергены. Дети этого кластера имеют ИМТ 20,0 [19; 24], у 35,29% ожирение. Уровень IgE общего в периферической крови повышен незначительно (137,3 [65; 359] Ме/мл), у 35,29% детей отмечается эозинофилия в периферической крови с выраженным их повышением в назальном секрете, нарушения функциональных показателей отсутствуют (ФЖЕЛ 90,0 [80; 103]%, ОФВ1 87,0 [82; 101]%, ОФВ1/ ФЖЕЛ 94,0 [89; 96]% от должных значений. Дети получают не более одного препарата базисной терапии.

5 кластер – с ранним дебютом и выраженными нарушениями функциональных параметров. Кластер включает 12,61% детей младшего школьного возраста (10,0 [9; 12]), преимущественно мальчиков (мальчики 73,33%, ДИ: 47,62-89,54%, девочки 26,67%, ДИ: 10,46-52,38%). 33,33% детей имеют наследственную отягощенность по АЗ. Возраст появления симптомов астмы 2,5 [2; 4] года, диагноз БА был выставлен в возрасте 6,0 [4; 7] лет. Дети этого кластера имеют ИМТ 18,0 [16; 20], у 26,67% – ожирение. Уровень IgE общего повышен значительно (1000,0 [515,18; 1000] Ме/мл), у 80% детей отмечается эозинофилия в периферической крови со средним содержанием эозинофилов 11 [7; 14]% и 28,0 [18; 34]% в назальном секрете, у 78% триггер – аллергены. Отмечаются нарушения функциональных показателей (ФЖЕЛ 57,0 [50; 70]%, ОФВ1 51,0 [47; 63]%, ОФВ1/ФЖЕЛ 84,0 [76; 87]% от должных значений. Присутствуют факторы риска обострения БА (ОФВ₁<60%, выраженная эозинофилия периферической крови). Дети получают 2 и более препаратов базисной терапии.

В результате проведенного исследования установлены 5 кластеров БА у детей. Фенотипические характеристики полученных кластеров подтверждают гетерогенный характер БА, а также могут быть полезны для обеспечения персонализированной базисной терапии БА у этой когорты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Wenzel, S. Severe asthma: from characteristics to phenotypes to endotypes / S. Wenzel // Clin. Exp. Allergy. – 2012. – Vol. 42 (5). – P. 650-658. doi: 10.1111/j.1365-2222.2011.03929.x.

РОЗА БАРЫСАЎНА ФЕЙГІНА. ДА БІЯГРАФІІ ЎРАЧА

Ціхаміраў А.У.

Гродзенскі дзяржаўны музей гісторыі рэлігіі

Актуальнасць. Гісторыя медыцыны Беларусі ў гады Вялікай Айчыннай вайны і ў пасляваенны перыяд з'яўляецца важнай навуковай праблемай, якая мае таксама значны патэнцыял у выхаваўчым працэсе. Біяграфіі выдатных прадстаўнікоў беларускай медыцыны патрабуюць далейшых даследаванняў, у тым ліку ў міждысцыплінарнай перспектыве.