

Диагностика чесотки проводилась клинически по наличию ночного зуда, типичной локализации сыпи, наличию парных папуло-везикулярных элементов и чесоточных ходов, а так же лабораторно. Все обследованные нами пациенты были направлены на микроскопическое исследование с целью обнаружения чесоточного клеща. Лабораторно удалось подтвердить его присутствие лишь у 41 пациента из 50 (82 %). У 18 % пациентов чесоточный клещ лабораторно не был найден, но клинические данные соответствовали типичной картине данного заболевания, и проведенное им антискабиозное лечение было успешным.

Выводы

1. В ходе проделанной нами работы, мы увидели, что пик заболеваемости приходится на осень-зиму. Что объясняется как биологическими особенностями клещей, так и социально-биологическими особенностями людей.

2. Большинство пациентов обратилось за медицинской помощью самостоятельно, что может говорить о недостаточной активности медицинского персонала организованных коллективов.

3. У большинства обследованных пациентов имелись осложнения чесотки (в 64% случаев), что говорит о необходимости проведения профилактической, в том числе и санитарно-просветительной работы. Люди должны знать о ранних симптомах болезни, возможных осложнениях и не бояться обращаться к врачу за квалифицированной помощью.

Чесоточный клещ был выявлен не у всех пациентов (82 %). Это свидетельствует о том, что при постановке диагноза лабораторная диагностика не является основным методом. Необходимо отталкиваться от клинической картины, жалоб пациента и пробное противоскабицидного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Адашкевич, В. П.* Кожные и венерические болезни / В. П. Адашкевич., В. М. Козин. — М., 2006. — 742 с.
2. *Скрипкин, Ю. К.* Кожные и венерические болезни / Ю. К. Скрипкин, В. Н. Мордовцев. — М., 1996. — 245с.
3. <http://www.belmedpreparaty.com/>.

УДК 617.735-002-02:616.633.66

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПАТОГЕНЕЗ ДИАБЕТИЧЕСКОГО МАКУЛЯРНОГО ОТЕКА

Поляченков И. С., Агагулян С. Г.

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

Введение

Диабетическая ретинопатия (ДР) является одним из наиболее тяжелых осложнений сахарного диабета (СД), и частота слепоты у таких больных в десятки раз выше, чем в общей популяции. Поражение макулярной области при ретинопатии, наблюдаемое при СД, получило название диабетической макулопатии или диабетического макулярного отека (ДМО). Патогенез ДМО сложен, но заслуживает особого внимания, поскольку поражение макулярной зоны является одной из главных причин снижения и утраты зрения [1, 2].

Ведущим звеном патогенеза ДМО являются расстройства микроциркуляции, которые связаны не только с наследственными особенностями строения сосудов сетчатки, но и с метаболическими сдвигами, сопровождающими СД. В. Д. Захаров (2002) указывает на существование анатомической предрасположенности центральной ямки к формированию кист и интратетинальному расслоению, то есть характер изменений в макулярной области во многом обусловлен ее анатомо-физиологическими особенностями. Косое, практически параллельное поверхности сетчатки, направление хода волокон

слоя Генле в данной зоне способствует интратетинальному расслоению, поскольку такое расположение структурных элементов не способно в должной степени противостоять скоплению жидкости. Не менее важные особенности имеет и кровоснабжение. Наружные слои сетчатки кровоснабжаются за счет хориокапиллярного слоя, а внутренние — за счет центральной артерии сетчатки, которая образует две капиллярные сети. Наружная сеть доходит до внутреннего ядерного слоя, внутренняя сеть кровоснабжает слой нервных волокон и ганглиозных клеток, образуя конечную петлистую сеть вокруг фовеолярной зоны. Несмотря на то, что эта зона имеет обильную капиллярную сеть, ее называют аваскулярной, поскольку здесь нет артериол. В норме размер этой аваскулярной зоны колеблется от 100 до 1200 мкм (в среднем 630 мкм) [2, 3, 4].

В нормальных условиях интратетинальному накоплению жидкости препятствует гематоретинальный барьер (ГРБ), представленный изнутри стенкой ретинальных капилляров, а снаружи пигментным эпителием [4].

Метаболические нарушения при СД вызывают следующие изменения в ретинальных сосудах: стенки сосудов пропитываются плазмой, базальная мембрана утолщается, часть перicyтов гибнет, затрудняется кровоток. Все это приводит к формированию микроаневризм. Одна часть капилляров «выключается» из системы кровоснабжения макулярной зоны, другая часть подвергается дополнительной нагрузке, что приводит к растяжению их стенок. Таким образом, формируются артериовенозные шунты. При прогрессировании патологических изменений вместе с повышением проницаемости стенок сосудов происходит повреждение внутренней части ГРБ. Через микроаневризмы и уже сформировавшиеся артериовенозные шунты пропотевает влага. Так формируется фокальный ДМО. Повреждаться могут и более крупные сосуды. В таком случае может развиваться диффузный ДМО, обусловленный нарушениями со стороны наружного и внутреннего ГРБ (G. H. Bresnick, 1986). Суть их состоит в том, что на фоне нарушения обратного всасывания жидкости через пигментный эпителий нарушается баланс между фильтрацией из артериальной части капилляра и абсорбцией в венозную часть. Данный дисбаланс обусловлен повышением гидростатического давления в сосудах и снижением онкотического давления в окружающих тканях [3, 4].

Отдельно следует выделить ишемическую форму ДМО. Данная форма возникает в результате сочетания двух компонентов. Первый — это микротромбы, которые закупоривают просвет капилляров и артериол, а второй — сами сосуды, в которых произошли патологические изменения (утолщение базальной мембраны, пропитывание стенки плазмой и др.) [4].

В патогенезе ДМО стекловидное тело также играет немаловажную роль. Развитие таких явлений, как ацидоз, гипоксия, пролиферативные изменения сетчатки может быть обусловлено нарушениями сосудисто-тканевого обмена в витреоретинальной зоне. Стекловидное тело может принимать участие в нарушении ГРБ посредством сосудистого эндотелиального фактора роста, поскольку здесь его количество повышается на фоне СД, что было обнаружено D. A. Antonetti et al. (1998). Сосудистый эндотелиальный фактор роста повышает сосудистую проницаемость через активацию β -изоформы протеинкиназы C и уменьшает интравитреальную концентрацию мембранного белка окклюдина, влияющего на плотность межклеточных соединений. Поверхностное макулярное расслоение может быть спровоцировано тракционным воздействием со стороны задней гиалоидной мембраны, а при повышенной сосудистой проницаемости в условиях СД это может привести к формированию отека и образованию небольших кистозных полостей в местах расслоения [4, 5].

Существует ряд факторов, которые ускоряют и отягчают процесс развития ДМО. К ним можно отнести артериальную гипертензию, нефропатию, продолжительность и неудовлетворительную компенсацию СД, дислипидемию [4].

Заключение

На сегодняшний момент существует немало методов лечения ДМО, однако медицинская научная мысль не стоит на месте, и они постоянно развиваются и совершенст-

вуются. Развитие старых и нахождение новых методов лечения ДМО должно проходить с учетом особенностей ее патогенеза, поскольку от качества проводимых лечебных мероприятий зависит качество зрения, а значит и качество жизни пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Касаткина, Э. П. Сахарный диабет у детей. — 1-е изд. — М.: Медицина, 1990. — 272 с.
2. Справочник педиатра-эндокринолога / под ред. М. А. Жуковского. — 1-е изд. — М.: Медицина, 1992. — 304 с.
3. Ефимов, А. С. Малая энциклопедия врача-эндокринолога. — 1-е изд. — К.: Медкнига, ДСГ Лтд, Киев, 2007. — 360 с.
4. Экгардт, В. Ф. Диабетическая макулопатия (клиника, диагностика, лечение): учеб. пособие / В. Ф. Экгардт, Е. А. Олевкая. — Челябинск, 2005. — 35 с.
5. Захаров, В. Д. Витреоретинальная хирургия / В. Д. Захаров. — М.: Столичный Бизнес, 2003. — 180 с.

УДК: 159.9

ПУТЬ К СЕБЕ

Потапова И. И.

**Научный руководитель: ассистент кафедры внутренних болезней № 2
с курсом эндокринологии О. Н. Кононова**

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

*Учи, чтоб боль других я понимал,
И недостатки им прощал без злобы,
Чтоб милость к людям чаще проявлял,
И милость мне оказывали чтобы.
Императрица Александра Феодоровна*

Не существует врача, окончившего свое образование. Учиться и стараться нам предстоит всю жизнь, потому что нам доверено то, что является бесценным — это здоровье людей.

В университете наши уважаемые преподаватели помогали нам в освоении нашей будущей специальности, давая нам теоретические знания. Но самому главному мы научились от них не в учебных классах, а чаще в палатах, когда видели с каким тщанием и безотказностью они относились к своим пациентам, ласково успокаивая и поддерживая их, и как через трещины тревоги и печали проникала их доброта, а мягкость смягчала боль. Маленькие знаки внимания, коротенькие разговоры о настроении, деликатный, не показной уход от всего, что может причинить боль, создавали атмосферу мира и добра и были гораздо больше, чем внешняя вежливость. Это были уроки, не видимые невооруженным взглядом, но такие ценные и важные. Уроки добра, света, духовной мудрости, помогающие нам краешком глаза заглянуть во внутренний мир каждого человека и открыть нам нас самим.

Говорят, чтобы чужую душу познать, надо три пуда соли вместе съесть. А себя познать еще трудней. Можно десять пудов соли съесть и остаться в неведении о себе, если не заниматься внутренним самопознанием. Поняв себя и исправив сердце свое, будет намного легче понять человека, ищущего излечения своих телесных, а подчас и душевных недугов и никого не осудить. «Тот, у кого сердце чистое, и всех видит чистыми святыми — говорил преподобный Макарий Великий, а кого сердце заполнено страстями, то и в других видит себе подобных».

Преподобный Серафим Саровский писал: «От чего мы осуждаем ближних своих? Оттого, что не стараемся познать самих себя. Кто занят познанием самого себя, тому некогда замечать за другими». Познавая себя в первую очередь нужно увидеть свои недостатки. В этом может помочь высказанная нам в глаза или за глаза критика. Поэтому надо стараться не обижаться на нее и не закупоривать себя в бутылку оскорбленного себялюбия, лучше, попросить у Господа чистого света самопознания, задуматься над собой, взвесив своим умом все сказанное, и найти в нем рациональное зерно. И убедившись хотя бы в частичной правоте критики, нами услышанной, необходимо начи-