

Для диагностики макулярных разрывов используются различные техники и диагностические тесты. В 1988 г. D.Gass опубликовал классификацию идиопатических макулярных разрывов включающую 4 стадии их развития и основанную на данных биомикроскопии. Также используются: тест Watzke-Allen, тест с лазерным лучом, флуоресцентная ангиография. Данная классификация имеет ряд преимуществ и недостатков. Недостатками в частности являются относительная субъективность метода и зависимость результата от мастерства исследователя, большие затруднения при попытке описания ламеллярных разрывов, а также невозможность охарактеризовать изменения макулярной области как после успешной, так и после безуспешной витрэктомии [3, 4].

Стремительный прогресс современной медицинской науки, появление новых диагностических методов позволили расширить понятие о патогенезе макулярных разрывов и вывести диагностику данной патологии на качественно новый уровень. Таким диагностическим методом явилась оптическая когерентная томография [5].

Это бесконтактная неинвазивная технология, которая позволяет выявить, записать и количественно оценить состояние сетчатки и прилежащего стекловидного тела. ОКТ является исследованием с высокой разрешающей способностью, которое с точностью до 10 мкм дает срезы сетчатки. Изображения, получаемые с помощью ОКТ почти идентичны гистологическим срезам. Данное исследование не требует специальной дополнительной подготовки и может многократно повторяться с сохранением результатов в компьютерной базе данных, что позволяет проследить динамику патологического процесса, а также оценить эффективность проведенного лечения. ОКТ позволяет измерить толщину сетчатки, определить величину и глубину, оценить минимальный и максимальный диаметры макулярного разрыва [3, 5]. Также на основе этих числовых данных возможен расчет показателей (индексов), количественно характеризующих сенильный макулярный разрыв, использующихся для прогнозирования эффекта хирургического лечения [2].

С помощью ОКТ можно обнаружить наличие: эпиретинальной мембраны, витреоретинального-тракционного синдрома, что может являться предпосылками макулярного разрыва в будущем, а также обнаружить макулярный разрыв на всех стадиях его развития [5].

Выводы

1. ОКТ — бесконтактная неинвазивная технология с высокой разрешающей способностью, которая дает срезы сетчатки с точностью до 10 мкм почти идентичные гистологическим срезам.
2. С внедрением в клиническую практику ОКТ появилась возможность исследования структурных изменений сетчатки у пациентов с идиопатическим макулярным разрывом, что позволило более точно оценивать его величину и прогнозировать результаты хирургического лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алпатов, С. А. Классификация идиопатических макулярных разрывов / С. А. Алпатов, А. Г. Щуко, В. В. Малышев // Сибирский медицинский журнал. — 2004. — С. 56–59.
2. Прогнозирование результатов хирургического лечения идиопатического макулярного разрыва / А. А. Шпак [и др.] // Офтальмохирургия. — 2015. — С. 55–60.
3. Кански, Дж. Дж. Клиническая офтальмология / Дж. Дж. Кански, Т. Р. Таррант // Логосфера. — 2006. — С. 733.
4. Gass, J. D. M. Stereoscopic atlas of macular diseases: diagnosis and treatment / J. D. M. Gass. — 4th edn. — St. Louis: Mosby, 1997.
5. Оптическая когерентная томография в диагностике офтальмологических заболеваний / А. Г. Щуко [и др.] // Медицинская визуализация. — 2003. — № 3. — С. 59–62.

УДК 616.5-002

СИНДРОМ ЛАЙЕЛЛА И ОСОБЕННОСТИ ЕГО ЭТИОПАТОГЕНЕЗА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ (АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР)

Маршанцева Ю. В.

Научный руководитель: ассистент А. А. Укла

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В последние десятилетия наблюдается неуклонный рост аллергопатологии как осложнение лекарственной терапии [1]. Важную роль в развитии аллергических заболеваний иг-

рают генетические факторы, которые определяют конституционные и индивидуальные особенности физиологии органов и тканей и формирование иммунологического ответа на аллерген. Существует ряд экзогенных факторов, способствующих реализации генетической предрасположенности к аллергической патологии: экологические проблемы, колоссальное количество фармакологических средств и их доступность, изменение привычек и характера питания, увеличение стрессовых нагрузок, стремительный рост инфекционно-воспалительных, сердечно-сосудистых, эндокринных и других заболеваний.

Медикаментозная аллергия — одно из самых тяжелых проявлений аллергии с многообразием клинических проявлений, сложное в плане лечения пациентов с этой патологией [2]. А учащение случаев заболеваний, которые ранее имели меньшую распространенность (многоформная экссудативная эритема, синдром Стивенса — Джонсона и синдром Лайелла), подчеркивает чрезвычайную актуальность данной темы.

Цель

На основе анализа литературных данных определить частоту возникновения, этиологию и основные механизмы возникновения синдрома Лайелла на современном этапе.

Материал и методы исследования

Исследование и анализ доступных современных литературных источников.

Результаты исследования и их обсуждение

Частота встречаемости синдрома Лайелла составляет от 0,4 до 1,2 случаев на 1 млн человек в год, а смертность — более 30 %, что создает дополнительные трудности для его детального изучения. Риск возникновения заболевания возрастает у лиц после 40 лет, а также на фоне ВИЧ-инфекции, несколько чаще синдром Лайелла встречается у женщин. По данным статистики США тяжелые побочные реакции на фоне применения лекарственных средств вышли на четвертое место среди основных причин смертности населения после сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний и острых нарушений мозгового кровообращения [3]. Возникновение синдрома Лайелла составляет 0,3 % всех случаев лекарственной аллергии. Две трети случаев развития обусловлены пенициллинами, препаратами, содержащими сульфаниламидную группу и препаратами крови [3]. Вопросы этиологии и патогенеза синдрома Лайелла активно дискутируются специалистами до настоящего времени. При этом на современном этапе существует ряд версий о причинах и механизмах развития синдрома Лайелла. В большинстве случаев заболевание связано с приёмом медикаментов: фенobarбитала, нитрофурантоина, ко-тримаксазола, ампициллина, амоксициллина, аллопуринола, сульфаметаксазола, сульфадиазина, сульфацидазина, сульфасалазина, карбамазепина, ламотриджина, фенитоина, фенилбутазона, оксикама, противовирусных, антималарийных и противомикозных средств [4]. В ряде случаев токсический эпидермальный некролиз может встречаться на фоне инфекционных заболеваний: *M. pneumoniae*, вирусных инфекций (включая ВИЧ), а также после вакцинации (от кори, гриппа, оспы и др.). Синдром Лайелла может также развиваться после трансплантации костного мозга как тяжёлая форма реакции «трансплантат против хозяина» [4], но часто он является идиопатическим. Точный механизм развития синдрома Лайелла остается до конца не изученным. Ключевая роль в патофизиологии иммунологического ответа отводится активным метаболитам лекарственных веществ, или гаптенам (неполным антигенам) [5]. Гаптены необратимо конъюгируются с белками организма, в результате чего образуется полный антиген. Этот комплекс воспринимается организмом как чужеродный, вызывая аутоиммунную атаку на органы, содержащие данные белки; прежде всего, кожные покровы, печень, легкие, желудочно-кишечный тракт. Генетическая предрасположенность также играет определенную роль в возникновении заболевания: HLA-B*57:01 и HLA-B*58:01 у лиц азиатского происхождения ассоциированы с ТЭН, вызванным карбамазепином или фенитоином, тогда как у европейцев HLA-B*58:01 ассоциирован с ТЭН, вызванным аллопуринолом.

Выводы

Актуальность данного заболевания обусловлена тем, что врачи всех специальностей применяют медикаментозные препараты в своей повседневной практике, и могут столк-

наться с весьма тяжелыми поражениями кожи, требующими проведения неотложных терапевтических мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Григорьев, Д. В. Многоформная экссудативная эритема, синдром Стивенса-Джонсона и синдром Лайелла — современная трактовка проблемы / Д. В. Григорьев // РМЖ. Дерматология. — 2013. — С. 1073–1084.
2. Тузлукова, Е. Б. Фармакотерапия аллергических заболеваний / Е. Б. Тузлукова // Аллергология и иммунология: национальное руководство / под ред. Р. М. Хаитова, Н. И. Ильиной. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — Гл. 3. — С. 71–121.
3. Особенности течения буллезного пемфигоида у лиц пожилого возраста / И. Б. Трофимова [и др.]. // Леч. врач. — 2013. — № 6. — С. 83–85.
4. Лекарственная аллергия. Клинические рекомендации / Н. И. Ильина [и др.] // Российский аллергологический журнал. — 2013. — № 5. — С. 27–40.
5. Barron, S. J. Intravenous immunoglobulin in the treatment of Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: a meta-analysis with metaregression of observational studies / S. J. Barron, M. T. Del Vecchio, S. C. Aronoff // Int J Dermatol. — 2015. — С. 108–115.

УДК 616.14 - 008.815 - 089 : 615.849.19

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ ПРИ ДИАМЕТРЕ БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ, ПРЕВЫШАЮЩЕМ 10 ММ

Маслянский В. Б., Маслянский Б. А.

Научный руководитель: к.м.н. *М. Л. Каплан*

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

Введение

Варикозное расширение вен (ВРВ) нижних конечностей представляет собой важную медицинскую и социальную проблему. Актуальность проблемы обусловлена высокой частотой ее распространенности. Распространенность варикозной болезни и развивающаяся на ее фоне хроническая венозная недостаточность (ХВН) достигает 50 % населения индустриально развитых стран [1, 4].

Наибольшие неблагоприятные последствия для здоровья человека и общества в целом связаны с декомпенсированными формами варикозного расширения вен с развитием трофических язв нижних конечностей, которые возникают у 1–2 % лиц трудоспособного возраста и у 4–5 % лиц пожилого и старческого возраста [4]. В индустриально развитых странах ежегодные суммарные затраты на лечение хронических заболеваний вен нижних конечностей составляют от 1–3 % общего бюджета здравоохранения [1, 4]. Опыт по применению эндовенозной лазерной коагуляции (ЭВЛК) свидетельствует о перспективности метода и его достаточно высокой эффективности [2, 3].

Большинство научных работ, посвященных результатам лечения ВРВ нижних конечностей при помощи ЭВЛК, отражают результаты вмешательства при диаметре большой подкожной вены (БПВ), не превышающем 10 мм. Тем не менее, диаметр БПВ более 10 мм не является противопоказанием к применению ЭВЛК. Настоящая работа призвана проиллюстрировать эффективность ЭВЛК в лечении варикозного расширения вен большого диаметра.

Цель

Оценить эффективность эндовенозной лазерной коагуляции для лечения ВРВ нижних конечностей при диаметре большой подкожной вены свыше 10 мм.

Задачи:

1. Определить критерии выбора пациентов для проведения ЭВЛК.
2. Оценить эффективность ЭВЛК в лечении ВРВ большого диаметра (> 10мм).
3. Определить частоту развития осложнений.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 125 протоколов ЭВЛК у пациентов с варикозным расширением вен нижних конечностей с диаметром БПВ более 10 мм, находившихся на