

слойка сетчатки» с наличием витреоретинальных изменений различной степени тяжести. Из них 80 (56 %) пациентов женского пола в возрасте от 27 до 79 лет, 62 (44 %) — мужского в возрасте от 20 до 75 лет (средний возраст женщин составил 54 года, мужчин — 52).

Офтальмологическое исследование включало визометрию, офтальмоскопию, биомикроскопию, ультразвуковое исследование (УЗИ), оптическую когерентную томографию (ОКТ).

Всем госпитализированным пациентам произведено оперативное лечение отслойки сетчатки, которое в зависимости от степени вовлечения в патологический процесс стекловидного тела разделено на 3 группы: 1-я группа — экстрасклеральное 70 (52,63 % случаев), 2-я — 43 (32,33 %) — витреоретинальное и 3-я — комбинированное, включающее сочетание экстрасклерального и эндовитреального вмешательств — 20 (15,03 % случаев).

В послеоперационном периоде у ряда пациентов возникла необходимость дополнительной транспупиллярной барьерной лазеркоагуляции.

Результаты исследования и их обсуждение

По этиологии ОС сформировано 4 группы: регматогенная 127 (89,43 %), регматогенно-тракционная 9 (6,34 %), тракционная 5 (3,52 %) и экссудативно-тракционная 1 (0,7 %). По локализации: тотальная 42 (29,57 %), субтотальная 80 (56,33 %), распространенная 4 (2,81 %), локальная 16 (11,26 %).

При поступлении деструктивные изменения в стекловидном теле наблюдались у 115 (80,98 %) человек, отслойка сетчатки с захватом макулярной зоны у 63 (44,63 %) пациентов, отслойка на артефактичных глазах диагностирована у 10 (7 %) человек.

Дополнительно после операции в ТП БЛК нуждалось 130 человек, из них амбулаторно — 23.

В раннем послеоперационном периоде ЛК проведена на 122 глазах, через месяц дополнительная ЛК проведена еще у 14 глаз (12 из них повторные), через 3–6 месяцев — у 15 (10 из них ранее проводилась ЛК).

Выводы

Проведение дополнительной ЛК позволило предотвратить рецидив отслойки сетчатки, и не только сохранить анатомические структуры, но и зрительные функции органа зрения.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Поскачина, Т. Р.* Результаты комплексного хирургического лечения отслойки сетчатки / Т. Р. Поскачина, Е. К. Захарова, Л. Е. Внукова // 8-й съезд офтальмологов России, (1–4 июня 2005 г.): тез. докл. — М.: Микрохирургия глаза, 2005. — С. 424–425.
2. *Алешаев, М. И.* Отслойка сетчатки: учеб. пособие для врачей / М. И. Алешаев, Е. Е. Бражалович, С. Н. Косарев. — Пенза, 2007. — С. 2.
3. *Филатов, С. В.* Отслойка сетчатки / С. В. Филатов. — М.: Медицина, 1978. — 128 с.

УДК 616.517-02

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА ПСОРИАЗА

Якубович О. А., Ванюшкина А. П.

Научный руководитель: ассистент Л. А. Порошина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Псориаз относится к хроническим дерматозам мультифакториальной природы, основными факторами развития которого считаются генетическая предрасположенность и иммунные нарушения. Определенная роль отводится также нервно-психическим факторам. Целостное представление о патогенезе псориаза на сегодняшний день отсутствует.

Цель

Изучение механизмов развития псориаза.

Материалы и методы исследования

Анализ медицинской литературы об этиопатогенезе псориаза.

Результаты исследования и их обсуждение

Обзор современной литературы, посвященной псориазу, свидетельствует о том, что механизмы развития данного заболевания до сих пор остаются недостаточно изученными. Для их объяснения продолжают выдвигаться различные теории. Так, в литературе неоднократно высказывалось предположение об участии в патогенезе псориаза мелатонина. При исследовании изменений ритма содержания мелатонина в крови больных псориазом было обнаружено состояние гипермелатонинемии днем на фоне как нормально-го суточного ритма мелатонинемии, так и инверсии суточного ритма. Эти изменения были использованы для объяснения развития гиперпролиферации эпидермоцитов. Высокая концентрация мелатонина днем может привести к торможению миграции меланосом из меланоцита в межклеточное пространство в эпидермисе. Клетки Лангерганса, являющиеся модификацией макрофагов, захватывают меланосомы и в связи с этим синтезируют и выделяют кейлоны, активизирующие торможение пролиферации эпителиоцитов. Снижение количества абсорбированных клетками Лангерганса меланосом сопровождается гиперпролиферацией эпидермоцитов, что характерно для псориаза [3].

Высказывается теория о роли в этиопатогенезе псориаза эндотоксинов грамотрицательных бактерий, попадающих в системный кровоток. Уровень сывороточного эндотоксина у больных псориазом значительно превышал средние показатели у здоровых людей и прямо зависел от формы и тяжести заболевания. При этом комплексная терапия, направленная на снижение поступления эндотоксина в кровоток, приводила к более существенным клиническим улучшениям по сравнению с традиционной терапией больных псориазом. Повышенный уровень эндотоксина в плазме крови больных псориазом и зависимость его величины от характера клинических проявлений и течения заболевания позволяет сделать вывод о вовлечении эндотоксина в патологический процесс. Является ли он фактором, запускающим заболевание, или фактором, усугубляющим его течение, неизвестно [1].

Интересной является попытка анализа патогенетического значения нервно-психических факторов при псориазе на основании обследования лиц, страдающих психическими нарушениями, в частности, шизофренией. При изучении анамнеза особое внимание уделялось корреляции психических расстройств и состояния кожного покрова. Из трех вариантов течения дерматоза (1 — без четкой зависимости обострений и ремиссий псориаза от психического состояния; 2 — с преимущественным чередованием обострений псориаза и шизофрении; 3 — преимущественно с одновременными обострениями псориаза и шизофрении) третий вариант наблюдался более чем у 3/4 больных псориазом. Обострение психоза имеет в своей основе симптоматику тревоги. Известно, что состояние тревоги связано с патологической инертностью тех или иных функциональных образований в центральной нервной системе, а также с изменением активности ряда нейромедиаторов, нейропептидов и гормонов. Они в свою очередь регулируют деятельность иммунной системы. Кожа принимает активное участие во взаимодействии нервной, эндокринной и иммунной систем: в коже найдены рецепторы ко многим биологически активным веществам, и сама кожа участвует в их синтезе. Отсюда роль психонейроэндокриноиммунных взаимодействий в развитии псориаза. При этом кожа может рассматриваться как один из главных органов, играющих роль в реакции организма на стресс и развитии состояния тревоги. Частое совпадение обострений псориаза с обострениями шизофрении, по-видимому, указывает на роль подготовительной фазы тревоги при том и другом заболевании [2].

Выводы

Исследование глубинных основ патогенеза хронических дерматозов целесообразно осуществлять интегративно, что позволит выяснить природу взаимодействий основных интегративных систем организма и их этиопатогенетическую роль.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дисбиоз кишечника как причина системной эндотоксинеми у больных псориазом / З. Ш. Гараева [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. — 2007. — № 1. — С. 23–27.
2. Кулагин, В. И. Особенности течения атопического дерматита и псориаза у больных, страдающих психическими нарушениями / В. И. Кулагин, О. В. Павлова // Вестник дерматологии и венерологии. — 2007. — № 1. — С. 16–19.
3. Роль мелатонина в патогенезе псориаза / Е. А. Броше [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. — 2007. — № 1. — С. 20–22.

УДК 616.517-02

РОЛЬ ТРИГГЕРНЫХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ ПСОРИАЗА

Якубович О. А.

Научный руководитель: ассистент Л. А. Порошина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Проблема псориаза — одна из самых актуальных в современной дерматологии. Это обусловлено значительной распространенностью заболевания, хроническим, нередко тяжелым течением, неясностью этиологии и патогенеза и, как следствие, несовершенством имеющихся методов лечения. В возникновении заболевания играет роль наследственная предрасположенность, стрессы и функциональные нарушения центральной нервной системы, очаговые инфекции, нарушения обменных процессов [1, 2]. Может быть характерна сезонность: псориаз чаще возникает в период минимальной солнечной активности [1].

Цель

Исследовать факторы, повлиявшие на возникновение и обострение псориаза у пациентов находящихся на стационарном лечении в Гомельском областном кожно-венерологическом диспансере.

Материалы и методы исследования

Обследованы 45 пациентов, страдающих псориазом (из них 10 женщин и 35 мужчин), исследовано состояние кожных покровов, анамнез жизни, анамнез заболевания, проанализированы истории болезни данных пациентов.

Результаты исследования и их обсуждение

У 33,3 % пациентов диагностирован экссудативный псориаз, у 66,6 % (5 женщин и 31 мужчина) — вульгарный псориаз, в том числе у 2 человек впервые выявленный. У 4 мужчин псориаз осложнился артропатией, у 5 пациентов — субэритродермией.

Большинство пациентов (90,0 % женщин и 71,4 % мужчин) являются городскими жителями.

Среди мужчин 60,0 % (21 чел.) — представители рабочих специальностей (строители, отделочники, токари, слесари, водители). Руководящие должности занимают 2 человека, 1 студент, 3 пенсионера. Среди женщин 3 рабочих, 20,0 % педагоги, 1 студентка, 2 пенсионерки. По возрасту пациенты распределились следующим образом. До 20 лет — 1 мужчина, 20–29 лет — 6 пациентов, 30–39 лет — 9 человек, 40–49 лет — 10 обследуемых, 50–59 лет — 13 пациентов, 60–69 лет — 4 человека, двое были старше 80 лет. Продолжительность заболевания была различной. Встречался и впервые выявленный