

связи с основными морфологическими прогностическими признаками.

Материалы и методы

Исследование выполнено на материале 36 случаев меланом кожи различной локализации, с уровнем инвазии по Кларку от II до V и различной толщиной по Бреслоу. Проведено иммуногистохимическое исследование маркеров клеточного цикла (циклин D1, белок p16^{INK4a}, белок Ki67) и мембранного белка межклеточных контактов E-кадгерина.

Результаты исследования

Между диаметром опухолей и глубиной инвазии, а также толщиной и глубиной инвазии установлена прямая связь средней силы (коэффициент Спирмена 0,6; $p < 0,05$). Только средняя степень связи между двумя последними показателями определяется различной толщиной дермы в разных областях локализации опухолей. Размер опухолей и глубина инвазии были связаны в высокой степени с индексом пролиферации Ki67, однако связи оказались недостоверными, что объясняется, в том числе, гетерогенностью структуры опухолей.

Во всех случаях определялась различного типа экспрессия ингибитора циклин-зависимых киназ — белка p16^{INK4a}, и активатора клеточного цикла — циклина D1. Интенсивность экспрессии p16^{INK4a} была прямо связана с концентрацией мембранного белка E-кадгерина ($p < 0,05$ по коэффициенту Спирмена). Однако также средняя степень связи выявлена между уровнем ядерной экспрессии циклина D1 и E-кадгерина. Между двумя антагонистическими регуляторами клеточного цикла (p16^{INK4a} и циклин D1) зависимость также прямая (статистически средней степени), что объяснимо с позиций механизмов обратных связей. При этом уровень экспрессии p16^{INK4a} с индексом Ki67 в исследованном нами материале не коррелировал. Можно считать, что имеет значение не только уровень экспрессии отдельных молекулярно-биологических факторов, но и наличие дисрегуляции, что требует сравнительного анализа в зависимости от степени опухолевой прогрессии.

Выводы

Полученные данные позволяют считать, что изучение регуляторных факторов клеточного цикла и белков межклеточной адгезии может дать значимые характеристики для определения биологического прогноза меланом кожи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вагнер, Р. И. Меланома кожи: в 2 ч. / Р. И. Вагнер, В. В. Анисимов, А. С. Барчук. — Ч. 2. — СПб: Наука, 1996. — 274 с.
2. Clark W. H., Goldman L. J., Mastrangelo M. J. (Eds) Human Malignant melanoma. — New York a. o.: Grune and Strition, 1979. — 509 p.

УДК 616.7-002:618.173

СИНДРОМ СУХОГО ГЛАЗА У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

Долмазян С. В., Агагулян С. Г.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Л. В. Дравица

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

Государственное учреждение

«Гомельский областной эндокринологический диспансер»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Проблема диагностики и лечения больных с синдромом «сухого глаза» (ССГ) уже на протяжении целого ряда лет остается актуальной и практически значимой для офтальмологии. Изучению различных ее аспектов в последние годы посвящено значи-

тельное количество исследований, как в нашей стране, так и за рубежом. Сформулировано определение понятия ССГ, изучаются его этиология и патогенез, разработаны классификация ССГ и стандарты его диагностики, широко проводятся эпидемиологические исследования в различных группах пациентов, изучаются факторы риска развития ССГ, активно разрабатывается терапия заменителями слезы. В настоящее время этим заболеванием страдают до 12 % больных офтальмологического профиля в возрасте до 40 лет и свыше 67 % пациентов — старше 50 лет [1, 2].

Пристальное внимание офтальмологов к проблеме ССГ обусловлено и тем, что эти пациенты чаще подвержены развитию тяжелых инфекционных воспалительных процессов роговицы (кератитов, язв и др.), они являются группой риска развития осложнений со стороны роговицы (эрозии, кератиты и т. п.) при выполнении контактных диагностических процедур, рутинных манипуляций, в частности тонометрии [3]. Наличие ССГ ухудшает прогноз оперативных вмешательств на глазном яблоке, в том числе, и рефракционных, а также кератопластики, нередко является причиной плохой переносимости контактных линз, а постоянно присутствующие субъективные ощущения существенно ухудшают качество жизни пациентов.

Спектр заболеваний, ассоциированных с ССГ, достаточно широк. При этом среди многочисленных причин ССГ 48 % приходится на долю климактерического синдрома, который занимает первое место в структуре всех этиопатогенетических факторов ССГ [1]. В климактерическом периоде у женщин происходит снижение уровня эстрогенов, отсутствует цикличность их выработки, превалирует наименее активная фракция — эстрон, развиваются дистрофические изменения в клетках желез, продуцирующих слезу [3].

Цель работы

Определение частоты встречаемости и выраженности клинических проявлений ССГ у пациенток в климактерическом периоде.

Материалы и методы

Проведено офтальмологическое исследование 30 женщин, находящихся на стационарном в ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ» и амбулаторном лечении в ГУ «Гомельский областной эндокринологический диспансер» в феврале-марте 2013 года, в возрасте от 45 до 73 лет ($58,7 \pm 6,2$ года).

Основную группу составили 23 женщины (46 глаз) имеющие объективное подтверждение ССГ. Контрольную — 7 женщин (14 клинически здоровых глаз) сопоставимых по возрасту и полу.

Офтальмологическое обследование включало: сбор анамнеза, жалоб, факторов, вызывающих и/или усиливающих эти жалобы, наличие сопутствующей патологии на основании разработанной нами анкеты, визометрию, пневмотонометрию на аппарате АТ-550 фирмы Reichert, тест Ширмера, тест Норна с флюоресцеином и биомикроскопию переднего отрезка глаза. Критериями установления диагноза ССГ являлись наличие одного или нескольких симптомов и объективных признаков ССГ. При определении теста Ширмера, позволяющего оценить продукцию основной и добавочных слезных желез, а также теста Норна, позволяющего определить время разрыва слезной пленки (СП), пользовались классификацией Сомова-Бржеского (2002 г). Нормой общей слезопродукции считали длину смоченной тест-полоски от линии сгиба 15 мм и более за 5 мин., нормой времени разрыва СП 10 сек. и более. ССГ легкой степени диагностировали у лиц с показателями теста Ширмера 10–14 мм за 5 мин. и временем разрыва СП 8–10 сек. ССГ средней степени — с показателями теста Ширмера 6–9 мм за 5 мин. и временем разрыва СП 4–7 сек. ССГ тяжелой степени — с показателями теста Ширмера менее 5 мм за 5 мин. и временем разрыва СП менее 4 сек.

Результаты

Самыми частыми жалобами у пациентов были покраснение глаз у 17 женщин (68 %), затуманивание зрения, проходящее при моргании — у 16 (64 %), ощущение песка в глазах,

слезоточивость — по 15 (60 %), а также выделение слизи — у 6 (24 %) и жжение — у 2 (8 %).

Повышенная чувствительность отмечена к следующим факторам: ветру — у 21 пациента (84 %), свету — у 15 (60 %), компьютерному экрану — у 11 (44 %), загрязненному воздуху — у 10 (40 %), дыму от сигарет — у 10 (40 %), нагревательным приборам — у 5 (20 %), кондиционеру — у 1 (4 %). 20 обследованных женщин (80 %) постоянно принимают гипотензивные препараты, 15 (60 %) — гормоны, 11 (44 %) — диуретики, 5 (20 %) — противовоспалительные препараты, 5 (20 %) — бета-блокаторы. Антидепрессанты, транквилизаторы и препараты, уменьшающие покраснение глаз — по 1 пациенту (4 %). Из сопутствующих заболеваний чаще всего встречалась патология щитовидной железы у 16 (64 %), сахарный диабет — у 12 (48 %), ревматоидный артрит — у 3 (12 %) и глаукома — у 1 (4 %).

ССГ выявлен на 46 глазах (76,7 %), отсутствовал на 14 глазах (23,3 %). Острота зрения с коррекцией колебалась от 0,5 до 1,0 ($0,88 \pm 0,18$). Показатели ВГД колебались от 9 до 24 мм рт. ст. (средние показатели составили $15,3 \pm 4,1$ мм рт. ст. $p < 0,05$).

Проведено сравнение результатов обследования глаз (тесты Ширмера и Норна) у пациентов с ССГ с контрольной группой — глаза с нормальной продукцией слезной жидкости и показателями разрыва слезной пленки. Разница показателей продукции слезной жидкости у пациентов с диагностированным ССГ составила $11,13 \pm 1,1$ мм ($p < 0,05$), проба Норна — $3,0 \pm 0,09$ сек ($p < 0,05$).

По степени тяжести: ССГ легкой степени диагностирован на 13 глазах (28,2 %), средней степени — на 14 глазах (30,4 %), тяжелой степени — на 19 глазах (41,4 %). В зависимости от выраженности ССГ показатели теста Ширмера и теста Норна у обследованных женщин составляли соответственно: $11,2 \pm 1,3$ мм и $11,1 \pm 5,33$ сек. при легкой степени, $7,2 \pm 0,9$ мм и $11,6 \pm 4,5$ сек. при средней степени, $3,6 \pm 1,4$ мм и $11,8 \pm 4,5$ сек. при тяжелой степени.

Выводы

1. Распространенность ССГ у женщин в климактерическом периоде составила 76,7 %.
2. ССГ легкой степени диагностирован на 13 глазах (28,2 %), средней степени — на 14 глазах (30,4 %), тяжелой степени — на 19 глазах (41,4 %).
3. Снижение продукции слезной жидкости у пациентов с ССГ составило $11,13 \pm 1,1$ мм ($p < 0,05$) в сравнении с группой контроля (здоровые глаза), проба Норна — $3,0 \pm 0,09$ сек. ($p < 0,05$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Бржеский, В. В. Роговично-конъюнктивальный кератит (диагностика, клиника, лечение) / В. В. Бржеский, Е. Е. Сомов. — СПб: Левша, 2003. — 120 с.
2. Майчук, Ю. Ф. Исследование эффективности применения препарата офтолик в лечении болезни сухого глаза / Ю. Ф. Майчук, Е. В. Яни // РМЖ. Приложение. Клиническая Офтальмология. — 2009. — Т. 10. — № 1. — С. 33–36.
3. Садовникова, Н. Н. Особенности клиники, диагностики и лечения синдрома «сухого глаза» у женщин в климактерии: автореф... дис. канд. мед. наук: 14.01.07; 14.01.01 / Н. Н. Садовникова. — СПб, 2011.

УДК 612.111.08-053.37

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРАСНОГО КРОВЯНОГО РОСТКА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Дорошенко И. Т.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. А. Баранаева

**Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь**

Введение

Для всей кроветворной системы ребенка характерна функциональная неустойчи-