

5. Показатели поражения суставов (ВАШ, длительность поражения суставов, рентгенологическая стадия, функциональная недостаточность суставов, активность процесса, суставной индекс) коррелируют со средней силой между собой в большей или меньшей степени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Did mortality rate improve in psoriatic arthritis patients in the last decade? / Y. Ali [et al.] // *Arthr. Reum.* — 2007. — Vol. 54. — P. 719.
2. Adyposity, smoking and the risk of psoriasis in women and implicacion on psoriatic arthritis — nurses health study II / R. Setty [et al.] // *Arthritis Rheum.* — 2007. — Vol. 56. — P. 799.
3. Association between psoriasis, diabetes mellitus and arterosclerosis. A case control study / J. Sapiro [et al.] // *1st World Psoriasis and psoriatic arthritis conference 2006, Abstract.* — Stockholm, 2006. — Vol. 53. — P. 26.
4. Psoriasis is associated with lipid abnormalities at the onset of skin disease / L. Mallbris [et al.] // *J. Am. Acad. Dermatol.* — 2006. — Vol. 54. — P. 614-621.
5. Cardiovascular morbidity in psoriatic arthritis / D. Gladman [et al.] // *An. Rheum. Dis.* — 2009. — Vol. 68. — P. 1131-1135.
6. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study / W. Taylor [et al.] // *Arthr. Rheum.* — 2006. — Vol. 54. — P. 2665-2673.

УДК 617.735 – 007 – 07 – 08

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ГАССА

Сердюкова О. Д., Дравица Л. В.

**Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека»
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Первичные ретинальные телеангиэктазии (синдром Гасса) — это группа редких, идиопатических, врожденных или приобретенных сосудистых аномалий сетчатки, для которых характерны расширение и извитость сосудов, множественные микроаневризмы, просачивание жидкости (экссудация) из сосудов и отложение «твердых экссудатов». В первую очередь поражается капиллярное русло, хотя артериолы и венулы также могут быть вовлечены в процесс. Сосудистые аномалии, как правило, медленно прогрессируют и манифестируют как правило после 40 лет вследствие кровоизлияния, отека или липидных отложений. Первичные ретинальные телеангиэктазии впервые описаны J. D. M. Gass в 1977 г.

Выделяют 3 варианта телеангиэктазий, как разновидность синдрома Гасса:

- Группа 1А. Односторонние врожденные юкстафовеолярные телеангиэктазии.
- Группа 1Б. Односторонние идиопатические фокальные юкстафовеолярные телеангиэктазии.
- Группа 2А. Двусторонние идиопатические приобретенные юкстафовеолярные телеангиэктазии.
- Группа 2Б. Двусторонние семейные оккультные юкстафовеолярные телеангиэктазии.
- Группа 3А. Идиопатические окклюзивные юкстафовеолярные телеангиэктазии представляют собой самую тяжелую форму юкстафовеолярных телеангиэктазий и нередко сочетаются с системными заболеваниями, такими, как истинная полицитемия, множественная миелома и хроническая лимфатическая лейкемия.
- Группа 3Б. Идиопатические окклюзивные юкстафовеолярные телеангиэктазии с васкулопатией центральной нервной системы. Эта форма похожа на телеангиэктазии группы 3А, но сопровождается неврологическими нарушениями.

У пациентов с парафовеолярными телеангиэктазиями прослеживается связь с нарушением толерантности к глюкозе. Так, в 1-й группе данная связь прослеживается более чем в 30 % случаев, во 2-й — более чем в 60 % случаев. Распространенность парафовеолярных телеангиэктазий точно не определена.

Идиопатические макулярные телеангиэктазии, являются относительно редкой патологией глаз, недостаточно известной широкому кругу офтальмологов, что приводит к несвоевременному и неверному диагнозу этих состояний. Неоднозначны также подходы к методам лечения идиопатических макулярных телеангиэктазий.

Цель исследования

Анализ результатов диагностики и лечения пациентов с синдромом Гасса.

Материалы и методы исследования

Проанализированы результаты обследования и лечения 4-х пациентов (8 глаз), находившихся на лечение в ГУ РНПЦ РМиЭЧ в 2011 г. с диагнозом синдромом Гасса (идиопатические макулярные телеангиэктазии). Возраст больных колебался от 20 до 53 лет, Все пациенты были мужского пола, процесс был двусторонний. Этот тип телеангиэктазии носил семейный характер.

Дизайн обследования включал: визометрию, периметрию, бинокулярную офтальмоскопию, биомикроскопию, фундускопию, флюоресцентную ангиографию (ФАГ) на аппарате VISUCAM lite фирмы Carl Zeiss, оптическую когерентную томографию (ОКТ) на аппарате STRATUS OCT 3000 фирмы Carl Zeiss, общеклинические исследования.

Срок от начала заболевания от 1 года до 5 лет. Острота зрения колебалась от 0,1 до 0,6.

Пациенты предъявляли жалобы на ухудшение зрения обоих глаз. При периметрии в центральных отделах определялись относительные и абсолютные скотомы.

На догоспитальном этапе пациентам был выставлен диагноз: центральная серозная хориопатия, центральная хориоретинальная дистрофия.

Диагноз идиопатических макулярных телеангиэктазий основывался на данных бинокулярной офтальмоскопии, биомикроскопии, фундускопии, ОКТ, ФАГ. Офтальмоскопически определялись ступенчатый фовеальный рефлекс с локальным утолщением сетчатки, более выраженным в височной половине центральной ямки, заметный на фотографии в бескрасном свете, изменения в макуле в виде отслойки нейроэпителия каплевидной формы, распространяющейся к центру с захватом макулы, заднего полюса, не выходя за пределы сосудистых аркад. В 1 случае дезорганизация пигментного эпителия, липидные отложения в заднем полюсе глаза (рисунки 1, 2).



Рисунок 1 — Фундускопия при первичном осмотре



Рисунок 2 — Фундускопия в бескрасном свете

Флюоресцентная ангиограмма у всех пациентов имела следующие особенности: расширение капилляров в парафовеальной области с височной стороны, раннее заполнение капиллярных дилатаций, достигающих от 1/4 ДД. до полутора ДД с экстравазальным выходом красителя и диффузной гиперфлюоресценцией пораженной зоны

сетчатки в позднюю фазу исследования, что является основным дифференциальным признаком с другими серозными отслойками макулы (рисунки 3, 4). При парафовеальных телеангиэктазиях гиперфлюоресценции диска зрительного нерва не наблюдается.



Рисунок 3 — ФАГ на ранней стадии

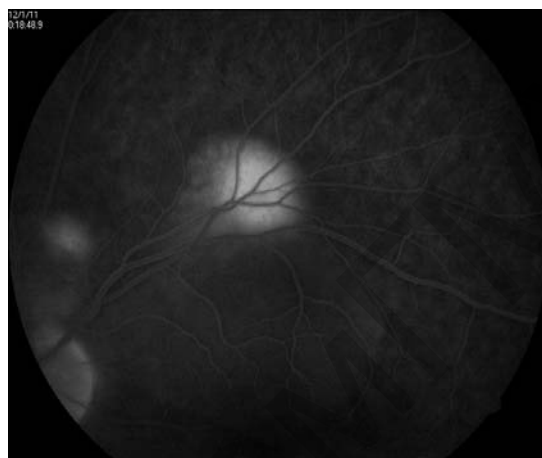


Рисунок 4 — ФАГ на поздней стадии

На ОКТ в височной части определяется отслойка нейроэпителия с захватом макулярной зоны каплевидной формы (рисунки 5, 6).

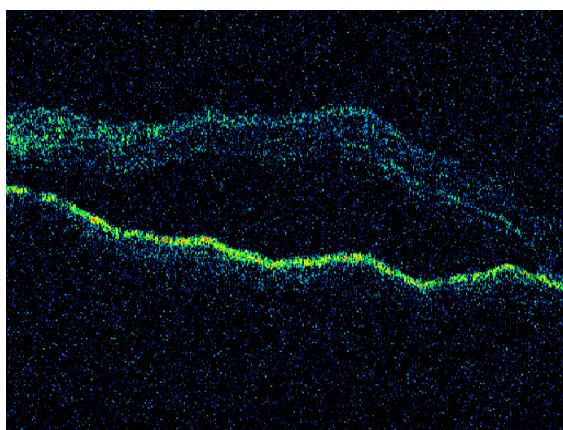


Рисунок 5 — ОКТ макулярной зоны до лазеркоагуляции

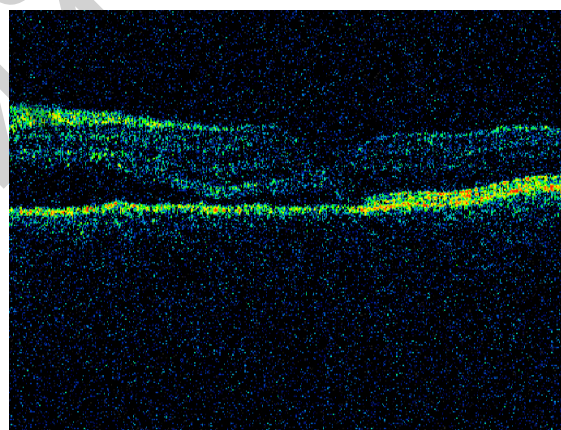


Рисунок 6 — ОКТ макулярной зоны после лазеркоагуляции

При общеклинических исследованиях выявлено нарушение толерантности к глюкозе. Сопоставив данные всех видов обследований был выставлен диагноз — идиопатические макулярные телеангиэктазии (синдром Гасса).

Всем 4 пациентам проведена фокальная лазеркоагуляция патологических зон на аппарате VISULAS фирмы Carl Zeiss.

Методика лазеркоагуляции: медикаментозный мидриаз, эпибульбарная анестезия. На роговицу устанавливалась контактная линза Ocular Mainster focal standart. Лазеркоагуляты наносили в шахматном порядке на всю область поражения. Параметры лазеркоагуляции были различными. Зависели от пигментации глазного дна, выраженности отека. Использовали экспозицию 0,1–0,2 с, диаметр пятна 50–100 мкм, необходимая мощность выбиралась индивидуально, варьировала от 100 до 200 mW.

Осуществлялся ежемесячный контроль (до 6 месяцев). Острота зрения улучшилась у 4 пациентов с 0,1 до 1,0. Ухудшение зрения не было зарегистрировано ни у одного пациента.

Результаты исследования

Хорошие результаты имели место при более высоких исходных зрительных функциях, когда еще не сформировались органические изменения в макулярной зоне. Улучшилось или полностью восстановилось центральное поле зрения. На статической автоматической периметрии в исследуемой зоне — увеличение светочувствительности, уменьшение размера скотомы с 12 до 3 градусов. Уменьшилась или ликвидировалась площадь серозной отслойки макулярной зоны и высота с 450 мкм до 70 мкм. В случае улучшения на глазном дне в макулярной области сохранялись небольшие пигментные изменения, истончения.

Заключение

Лечение синдрома идиопатических макулярных телеангиэктазий является сложной задачей. Пациенты с синдромом идиопатических макулярных телеангиэктазий при отсутствии прогрессирования процесса в лечении не нуждаются. Лазеркоагуляция является одним из методов выбора в лечении синдрома идиопатических макулярных телеангиэктазий, дающим положительный результат и не имеющим осложнений. Пациенты должны знать о прямой связи между нарушенной толерантностью к глюкозе и появлением парафовеальных телеангиэктазий, особенно при наличии телеангиэктазий, относящихся ко 2-й группе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Paramacular telangiectasis. Trans. Ophthalmol. / A. G. Casswell [et al.] // Soc. — 1986. — Vol. 105. — P. 683–692.
2. Gass, J. D. M. Idiopathic juxtafoveal retinal telangiectasis / J. D. M. Gass, B. A. Blodi // Ophthalmology. — 1993. — Vol. 100. — P. 1536–1546.
3. Abnormal glucose metabolism and parafoveal telangiectasia / R. H. Millay [et al.] // Am. J. Ophthalmol. — 1986. — Vol. 102. — P. 363–370.

УДК 341.231(476)

ИДЕЯ НЕЗАВИСИМОСТИ И ПОПЫТКА ЕЕ РЕАЛИЗАЦИИ В РАМКАХ БНР

Сироткин А. А.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В ходе Всебелорусского съезда, который проходил 15–17 декабря 1917 г., была осуществлена попытка создания белорусской государственности. Однако, против создания Белорусской республики активно выступали руководители Областного Исполнительного комитета Западной области и фронта — большевики А. Мясников, В. Кнорин, К. Ландэр, М. Калманович и др. Именно по их приказу, в ночь с 17 на 18 декабря 1917 г. солдаты Западного фронта разогнали Всебелорусский съезд, а его наиболее активные деятели Я. Воронко, Т. Гриб, Я. Середя, А. Червяков, И. Дворчанин, А. Бурбис и др. были арестованы, правда, в скором времени их выпустили.

Избранная на Всебелорусском съезде Рада создала Исполнительный комитет Рады Всебелорусского съезда, который после бегства большевиков из Минска (в ночь с 19 на 20 февраля 1918 г.), во время наступления немцев, взял власть в свои руки.

Цель

Рассмотреть попытки реализации независимости Беларуси в рамках Белорусской Народной Республики.

21 февраля 1918 г. Исполнительный комитет обратился к белорусскому народу с Первой Уставной грамотой. В ней говорилось: «Вы павінны ўзяць сваю долю ў свае ўласныя рукі. Беларускі народ павінен з’дзейсніць свае право на поўнае самавызначэнне, а нацыянальныя меншасці — на нацыянальна-пэрсанальную аўтаномію. ... Выканаўчы камітэт Рады Першага Усебеларускага З’езду, даданы прэдаўнікамі рэвалюцыйнай дэмакратыі нацыянальных меншасцяў, з’дзейсняючы заданне З’езду, абвешчае сабе