

заболевания, осмотр глаз биомикроскопическим методом в проходящем свете, осмотр кожных покровов, а также сбор информации касательно лечения кожных заболеваний гормональными препаратами.

Все пациенты были разделены на 2 группы. Группа 1: пациенты с заболеваниями кожи – 15 человек. Группа 2 или контрольная: пациенты без заболеваний кожи – 107 человек.

Результаты и их обсуждение. По данным исследования было выявлено 6 пациентов с псориазом, причем средний возраст пациентов составил 57,6 лет. У 3 человек была выявлена тотальная катаракта, у 2 человек – передняя полярная и у 1 – задняя субкапсулярная. При этом у 3 человек было одностороннее поражение, и у 3 – двустороннее. Средняя скорость прогрессирования составила примерно 6,83 месяца. Все шесть пациентов для лечения псориаза применяли кортикостероидные кремы и мази. Некоторые использовали их периодически во время обострения кожного процесса, а некоторые постоянно. Все эти пациенты отмечали быстрое снижение зрения и прогрессирование катаракты.

В группе пациентов, не страдающих псориазом, средняя скорость помутнения хрусталика составила 2,5 года. Средний возраст 70 лет. Временной диапазон созревания катаракты: от 5 лет и более.

Выводы. Заболевания кожи, несомненно, находятся во взаимосвязи с частотой возникновения катаракты, что подтверждается более ранним появлением катаракты и более высокой скоростью ее прогрессирования у пациентов с псориазом. Применение гормональных препаратов для лечения кожных заболеваний повышает риск проявления заболевания, так как лекарственные средства данной группы оказывают пагубное влияние на метаболизм хрусталика.

ЛИТЕРАТУРА

1. Cowan, A. Frequency of occurrence of cataract in atopic dermatitis. / A. Cowan, J.V. Klauder // Arch Ophthal. – 2012. Vol. – 43(4). – P. 759-768.
2. Shiels, A. Mutations and mechanisms in congenital and age-related cataracts / A. Shiels, J.F Hejtmancik // Exp Eye Res. – 2017. Vol. – 156. – P. 95-102.

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ В ЭТИОЛОГИИ КОСТНЫХ КИСТ У ДЕТЕЙ

Квятковская О. А.¹, Горчакова О. В.¹, Аносов В. С.²

¹Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

²РНПЦ Травматологии и ортопедии, Минск, Беларусь

Актуальность. Одна из теорий возникновения костных кист (КК) – генетическая, согласно которой первичным и/или предрасполагающим фактором в развитии патологического процесса является полиморфизм генов. Гудушаури М. О. (1991 г.) указывал на то, что триггером для развития локального дистрофического процесса является генетический фактор – соединительнотканная

дисплазия. Сторонниками генетической теории выступают также бразильские ученые во главе с Vayego [1, 2].

Цель. определить генетическую предрасположенность к возникновению костных кист.

Методы исследования. За период с июня по декабрь 2021 года у 27 детей с КК исследован полиморфизм генов коллагена 1 типа (COL1A1), рецептора витамина Д (VDR). Из 27 детей 17 были мужского пола (63%) и 10 – женского (37%). Средний возраст пациентов 12 лет (12.1 ± 0.9) (от 3 до 20 лет). В качестве групп сравнения (ГС) обследован 41 пациент с иной ортопедо-травматологической патологией, включая переломы костей, из них 12 (29%) женского и 29 (71%) мужского пола, средний возраст составил 12,5 лет (12.5 ± 0.4) (7-17 лет). Генотипирование полиморфных аллелей гена VDR и COL1A1 производилось методом ПЦР в «режиме реального времени».

Результаты и их обсуждение. Генотипы VDR: AA – гомозигота дикого типа, AG – гетерозигота, GG – гомозигота мутантного типа. У пациентов с КК частота встречаемости гетерозиготного генотипа AG и гомозиготного GG была одинаковая – 37% для каждого, на генотип AA пришлось 26%. У детей из ГС с одинаковой частотой встречались гетерозиготный генотип AG и гомозиготный AA – по 39%, генотип GG – по 22%.

Генотипы COL1A1: CC – гомозигота дикого типа, CA – гетерозигота, AA – гомозигота мутантного типа. У пациентов с КК частота встречаемости гомозиготного генотипа AA и гетерозиготного CA была одинаковая – 15% для каждого, на генотип CC пришлось 70%. У детей из ГС гомозиготный генотип CC встречался в 70,5% случаев, гетерозиготный генотип CA – 27%, гомозиготный генотип AA – 2,5%.

Выводы. Процент встречаемости мутантного гомозиготного типа для двух генов был выше у пациентов с КК: генотип GG – гомозигота мутантного типа (мутация) VDR в 37% случаев встречался у пациентов с КК, 22% – ГС; генотип AA – гомозигота мутантного типа (мутация) COL1A1 в 14,8% случаев встречался у пациентов с КК, 2,4% – ГС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Поздеев, А. П. Солитарные костные кисты у детей / А. П. Поздеев, Е. А. Белоусова // Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. – 2017. – Т. 5, № 2. – С. 65-74.
2. Хотим, О. А. Костные кисты у детей / О. А. Хотим, В. С. Аносов, Л. З. Сычевский // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2018. – № 6 (16). – С. 654-660.