

Пациенты с сочетанной ГХС использовали продукты, богатые клетчаткой, отдавая предпочтение зерновым, что способствовало также улучшению КЖ, это выразилось в увеличении физической нагрузки в 44% ( $P < 0.05$ ), ощущению полноценности жизни в 29% ( $P < 0.05$ ).

Таким образом, изменение пищевого рациона в сочетании с гиполлипидемической коррекцией способствовало улучшению КЖ, которое можно рассматривать, как самостоятельный показатель состояния больного, а его динамика в ходе лечения может явиться объективной характеристикой статуса пациента.

Данные об изменении КЖ могут явиться источником дополнительной, более объективной оценки возможного успеха или неудачи лечения. Анализ изучения КЖ позволяет оценить различные социальные и индивидуальные параметры, хотя в данном случае нужна дополнительная информация о ряде факторов: необходимость выбора ответов на вопросы определяется болезнью, диагнозом и клиническим лечением, психометрическими и практическими соображениями, такими как время, стоимость и способ лечения.

Изучение КЖ является особенно необходимым, когда сравниваются различные подходы к лечению, отрабатываются оптимальные варианты терапии того или иного заболевания, оценивается эффективность мероприятий первичной или вторичной профилактики ИБС.

#### ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ ПРИ ЛЮПУС-НЕФРИТЕ

Марасаев В.В., Арзманова Н.А., Аббисова Т.О.,  
Бажина О.В., Василевская О.А., Лавлинский С.Н.  
*Государственная медицинская академия,  
Ярославль*

**Актуальность:** Морфологическим эквивалентом тубулоинтерстициального компонента (ТИК) при гломерулярном поражении почек является сочетание диффузной гиалиновой и гиалиново-гидропической дистрофии канальцевого эпителия, а также изменение в почечном интерстиции в виде гистиолимфоцитарной клеточной инфильтрации и склероза.

Учитывая функциональное многообразие интерстициальной ткани, вовлечение ее в патологический процесс ведет к значительным нарушениям. Появившиеся за последние годы ряд исследований, свидетельствуют о ведущей роли тубулоинтерстициального компонента в прогрессировании почечной патологии. Принимая во внимания тот факт, что люпус-нефрит регистрируется у 70% больных системной красной волчанкой, мы сочли возможным оценить его выраженность у данной категории больных.

**Цель исследования:** на основании клинико-лабораторных, морфологических и инструментальных методов оценить тубулоинтерстициальный компонент у больных люпус-нефритом (ЛН) и хроническим гломерулонефритом (ХГН).

**Материалы и методы исследования:** Обследовано 36 больных (22 человека с хроническим гломерулонефритом и 14 человек с люпус-нефритом).

Средний возраст 34,5 лет, длительность болезни 1,2 года. Проводилось лабораторное исследование (общий анализ мочи; проба по Зимницкому; определение клиренса К, Na и мочевины; уровня кратинина крови); морфологическое исследование нефробиоптата (оценивалась выраженность ТИК: минимальный – умеренная лимфогистиоцитарная инфильтрация интерстиция; умеренный – значительная лимфогистиоцитарная инфильтрация интерстиция и умеренный отек; выраженный – значительная лимфогистиоцитарная инфильтрация интерстиция и выраженный отек). Всем больным была выполнена нефробиопсия. По данным нефробиопсии, у всех больных имелись признаки мезангио-пролиферативного гломерулонефрита.

**Результаты:** Тубулоинтерстициальный компонент, по данным нефробиопсии, при люпус нефрите встречался почти в 2, 5 раза чаще, чем при хроническом гломерулонефрите (89% и 35% соответственно). При этом, выраженный ТИК при люпус-нефрите регистрировался у 49% больных, а при ХГН лишь у 17%. Минимальные признаки ТИК при ХГН преобладали (50% больных), в то время как при люпус-нефрите они имелись лишь у 13% обследованных. Оценивая корреляционные взаимосвязи морфологических признаков ТИК и дополнительных лабораторно-инструментальных данных было выявлено, что наиболее сильная корреляционная связь регистрировалась с нарушением клиренса мочевины, Na и K ( $r=0,86$ ,  $r=0,68$  и  $r=0,65$ ). Наиболее слабые, хотя и достоверные ( $p < 0,05$ ), корреляции были отмечены с показателями ультразвукового исследования паренхимы почек.

**Выводы:** При люпус-нефрите ТИК регистрируется значительно чаще, чем при хроническом гломерулонефрите. Вероятно, это связано с наличием васкулита, когда в патологический процесс вовлекаются сосудистая сеть почек, что приводит к усилению тубулоинтерстициального поражения. Для клинико-лабораторного подтверждения ТИК наиболее информативным является определение клиренса мочевины, K и NA. Наиболее слабой диагностической ценностью для выявления выраженности ТИК обладает ультразвуковое исследование почек.

#### КОНСЕРВАТИВНОЕ РОДОРАЗРЕШЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С ОПГ – ГЕСТОЗОМ В УСЛОВИЯХ ПЕРИДУРАЛЬНОЙ АНАЛГЕЗИИ КЛОФЕЛИНОМ И ФЕНТАНИЛОМ

Милютин А.Д., Черный А.И., Дятлова Л.И.  
*Областной родильный дом,  
анестезиолого-реанимационное отделение,  
Саратов*

**Введение.** Обезболивание родов в условиях гипертензивного синдрома позднего гестоза остается актуальной проблемой современного акушерства. Традиционные методы обезболивания внутримышечным и внутривенным введением наркотических и ненаркотических анальгетиков в сочетании с гипотензивными препаратами не всегда дают желаемые результаты. Побочным эффектом всех наркотиков явля-