

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-

ется ортостатическая гипотензия вследствие периферической вазодилатации, особенно при внутривенном введении. Нередко возникают тошнота и рвота, вероятно, вследствие прямой стимуляции хеморецепторов триггерных зон продолговатого мозга, которые, как известно, носят дозозависимый характер. Однако эти вегетативные реакции могут реализоваться и в ответ на подъем артериального давления (АД), т.к., опиоиды не устраняют гемодинамические ноцицептивные реакции. Особенно это актуально у пациенток с явлениями позднего гестоза. С целью достижения необходимого эффекта в этих случаях представляется целесообразным проведение перидуральной анальгезии наркотическими анальгетиками – фентанилом в сочетании с  $\alpha$ 2-адреномиметиками, в частности клофелином.

**Цель исследования.** Сравнительный анализ традиционной терапии и эпидурального введения смеси фентанила и клофелина в течение первого периода родов у пациенток с явлениями позднего гестоза.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось у рожениц с легкой и среднетяжелой формой ОПГ-гестоза. Пациентки были разделены на две группы. В первой обезболивание родов проводилось внутримышечным и внутривенным введением наркотических анальгетиков и спазмолитиков в общепринятых дозировках. Женщинам второй группы со степенью раскрытия маточного зева 3-4 см проводилась катетеризация эпидурального пространства на уровне Th<sub>XII</sub> – L<sub>I</sub>, термопластическим катетером 18G “Sims Portex Ltd” (Великобритания), с заведением последнего на 2,5 см в краниальном направлении. Перидурально вводилось 50-75 мкг фентанила и 100-150 мкг клофелина в разведении на 8 мл физиологического раствора.

**Результаты.** В группе, где проводилась перидуральная анальгезия фентанилом и клофелином (по сравнению с результатами, полученными в первой группе): **а)** значительно снижались болевые ощущения рожениц; **б)** гипотензивный эффект наступает плавно, более выражен и не требует введения дополнительных антигипертензивных препаратов; **в)** доза опиоида значительно ниже, не вызывает тошноту и рвоту и не угнетает альвеолярную вентиляцию. Кроме этого седативное действие клофелина явилось желательным эффектом у пациенток с ОПГ-гестозом.

**Вывод.** Перидуральная анальгезия клофелином и фентанилом может быть использована как самостоятельный метод обезболивания родов в условиях гипертензии при позднем гестозе.

## СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЛИДОКАИНА, ФЕНТАНИЛА И КЛОФЕЛИНА ДЛЯ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ У ПАЦИЕНТОК С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ПОЗДНЕГО ГЕСТОЗА

Милютин А.Д., Черный А.И., Дятлова Л.И.

*Областной родильный дом,  
анестезиолого-реанимационное отделение,  
Саратов*

**Введение.** В настоящее время спинальная анестезия (СА) достаточно широко применяется в акушерстве и гинекологии, в том числе и для обезболивания операции кесарево сечение как самостоятельный метод моноанестезии, во многом потому, что единственный гарантированный способ обезболивания - общая анестезия, у беременных женщин является анестезией повышенного риска.

Общая анестезия (ОА), по данным литературы, с позиций защиты ноцицептивных нейронов задних рогов спинного мозга, не может считаться адекватной, особенно на первом этапе операции до извлечения плода. Высокая вероятность регургитации, с развитием синдрома Мендельсона, а также несомненное депрессивное воздействие на плод делают использование этой анестезии не только нежелательным, но и потенциально опасным. Тем более у пациенток с тяжелой формой гестоза при ОА высока вероятность развития отека гортани и тяжелой, неуправляемой артериальной гипертензии в ответ на ларингоскопию и интубацию трахеи.

Послеоперационная боль усиливают нагрузку практически на все жизненно важные системы организма. Напряжение функций этих систем, прежде всего кровообращения и дыхания, проявляется повышением давления, тахикардией, учащением дыхания и т.д., что является крайне неблагоприятным фактором у пациенток страдающих тяжелой формой позднего гестоза.

До сих пор, наиболее широко в качестве адьюванта с целью увеличения времени и качества СА, используется фентанил. Его выраженная липофильность значительно снижает опасность развития депрессии дыхания, характерной для субарахноидального применения морфина, но с другой стороны она обеспечивает более высокую скорость его проникновения через мембрану серого вещества задних рогов спинного мозга, чем и обусловлено быстрое начало действия препарата. Однако недостатком жирорастворимых препаратов является гораздо меньшая продолжительность действия последних, а, следовательно, послеоперационной анальгезии. Также неселективность рецепторного воздействия опиоидов является причиной сохранения гемодинамических ноцицептивных реакций, для устранения которых необходимо введение неопиатных препаратов с иным спектром рецепторного воздействия.

Как известно, адренергические механизмы регионарной анальгезии используются в медицине уже более 100 лет.  $\alpha$ 2-адренорецепторы расположены на первичных афферентных нервных окончаниях периферических и спинномозговых нервов, в нейронах поверхностной пластинки спинного мозга, а также в