

трацептивов в ювенильном периоде не привело в последующем к стойким нарушениям репродуктивной функции в более старшем возрасте. О чем свидетельствует наличие большого количества желанной беременности и родов, а также отсутствие изменений, как со стороны органов репродуктивной системы, так и нарушений со стороны гормонального статуса.

## **СОМАТИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН, ПРИНИМАВШИХ В ЮВЕНИЛЬНОМ ПЕРИОДЕ КОМБИНИРОВАННЫЕ ОРАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ**

*М.А. Умарова, И.И. Черниченко*

Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова, Россия

E-mail авторов: saltuma@mail.ru

Для оценки соматического здоровья женщин проведен ретро- и проспективный анализ анамнестических данных 32 женщин репродуктивного возраста. В группу исследования были включены женщины в возрасте 19-35 лет (средний возраст  $26,8 \pm 0,7$  года), принимавших микро- и низкодозированные комбинированные оральные контрацептивы в возрасте 14-18 лет продолжительностью 12-24 месяца. Все они вели регулярную половую жизнь в ювенильном периоде и были заинтересованы в контрацепции. Хроническим тонзиллитом болели 28,1% (9) женщин, у 5 (16%) были заболевания ЖКТ. Хронический гастрит был обнаружен у 2 (6,3%) женщин, ДЖВП у 2 женщин. Следует отметить, что 10 (31%) обследуемых имелись в анамнезе заболевания мочеполовой системы. Хронический пиелонефрит встречался у 3 (9,4%) женщин. Хронический цистит имелся в анамнезе у 3 (9,7%) женщин.

Для оценки состояния соматического статуса после приема КОК изучено наличие экстрагенитальных заболеваний в отдаленный период. В результате проведенного исследования выявили, что у 2 (6,3%) женщин отмечалась анемия I степени (уровень Hb  $110-115 \times 10^{12}$  г/л). 4 (12,5%) женщины имели эндокринные нарушения: у 2 (6,3%) – заболевание щитовидной железы – аутоиммунный тиреоидит и у 2 (6,3%) – заболевание поджелудочной железы – сахарный диабет II типа. Установлено, что у 4 (12,5%) женщин отмечался хронический гастрит, хронический холецистит с ДЖВП диагностирован у 3 (9,3%). Заболеваний мочевыделительной системы были обнаружены у 8 (25%) женщин. При этом у 5 (15,6%) женщин имелся хронический пиелонефрит и у 3 (9,4%) женщин выявлен хронический цистит. Из обследованных женщин у 3 (9,4%) диагностирована варикозная болезнь нижних конечностей, несложная тромбозом. Выявлено, что в среднем 1-2 раза в год обследуемые женщины болели ОРЗ или ОРВИ. У 6 (18,7%) женщин диагностирована фиброзно-кистозная болезнь молочных желез. Оперативное вмешательство по поводу удаления фиброадено-

мы молочной железы выполнено у 1 (9,4%) женщины основной группы.

Таким образом, анализ изучения соматической патологии женщин, принимавших в ювенильном периоде КОК с целью контрацепции, не выявил значимых изменений по возникновению и усугублению экстрагенитальных заболеваний в отдаленном периоде.

## **ТЕРАПИЯ ЭНДОКРИНОЛОГИЯ**

### **КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПАРАЛЛЕЛИ АНЕМИИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ**

*К.Р. Абдушукурова, Н.Н. Ишанкулова,  
У.З. Иргашева, А.Х. Ташинова*

Самаркандский ГМИ, Узбекистан

E-mail авторов: lupamer@rambler.ru

Ревматоидный артрит – одно из хронических воспалительных заболеваний суставов, приводящих к раннему нарушению функциональной способности пациентов, временной, а затем и стойкой потерей трудоспособности. Ревматоидный артрит является основным фактором риска для развития анемии. Ревматоидная анемия и развивающиеся на её фоне дистрофические поражения внутренних органов, обнаруживаемые у 2/3 больных, являются прогностически неблагоприятным признаком.

Цель работы: изучение особенности анемии при ревматоидном артрите и определение ее взаимосвязи с клинико-лабораторными показателями заболевания.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 40 больных: 33 (82,5%) – женщин, 7 (17,5%) – мужчин. Средний возраст больных РА составил –  $44,95 \pm 1,83$  лет, продолжительность заболевания –  $7,15 \pm 0,67$  лет. Низкая активность по DAS 28 была установлена у 9 (22,5%), средняя – у 18 (45,0%), высокая – у 13 (32,5%) больных.

Результаты и их обсуждение. Проведенное исследование способствовало выявлению анемии у 38 больных, что составляет 95,0%. По содержанию гемоглобина анемия легкой степени (содержание Hb – 100-80 г/л) была установлена у 3 (7,5%), средней степени (содержание Hb – 80-60 г/л) – у 19 (47,5%), тяжелой степени (содержание Hb ниже 60 г/л) – у 18 (45,0%) больных. Среди пациентов с анемическим синдромом мужчины составили 20%, женщины – 80%. Боль в области сердца наблюдалось у 13 (35,0%), сердцебиение – у 17 (42,0%) больных. При низкой активности заболевания анемия была диагностирована у 86,7%, а при средней и высокой активности соответственно – у 93,2 и 100,0% больных. Среди больных до 30 лет частота анемии составила 87,8%, 31-50

лет – 94,1% и выше 50 лет – 98,2%. При продолжительности заболевания до 1 года анемия была обнаружена у 84,2%, 1-5 лет – у 95,6% выше 5 лет – у 100,0% больных. Поэтому, средний возраст больных и длительность заболевания при анемическом синдроме ( $44,4 \pm 1,4$  и  $6,9 \pm 0,6$  лет) были достоверно выше, чем у больных без анемии ( $35,2 \pm 1,4$  и  $3,3 \pm 0,6$  лет,  $P_1 < 0,05$ ;  $P_2 < 0,05$ ). Тяжесть анемии зависела от тяжести суставного синдрома: показатели продолжительности утренней скованности ( $r=0,65$ ) оказались в прямой, а манипуляционной способности кистей в противоположной ( $r \pm 0,45$ ) зависимости со степенью анемии. Высокие показатели болевого индекса по ВАШ, увеличение числа болезненных и припухших суставов, теста П.Ли сопровождаются анемией средней и тяжелой степени ( $P < 0,05$ ;  $P < 0,02$ ). По данным ЭКГ у больных РА с анемией чаще встречается признаки миокардиодистрофии (у 15 больных, 37,5%), гипертрофия миокарда левого желудочка (у 9 больных, 22,5%), синусовая тахикардия (у 7 больных, 17,5%), ишемические изменения (у 6 больных – 15,0%). Таким образом, анемический синдром у больных РА взаимосвязан с продолжительностью заболевания, степенью активности патологического процесса и активностью суставного синдрома.

#### **ВЛИЯНИЕ ХОЛОДНОГО И ВЛАЖНОГО КЛИМАТА НА ФОРМИРОВАНИЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У КОРЕННЫХ ЖИТЕЛЕЙ УЗБЕКИСТАНА**

*Н.А. Адылова, Ф.С. Таджиев*

Самаркандский ГМИ, Узбекистан

E-mail авторов: 330900@mail.ru, tadjiev1953@rambler.ru

В последнее время в нашем регионе с жарким и сухим климатом стало заметно увеличение пациентов с патологией почек – гломерулонефритом. Следует отметить, что это в основном лица молодого возраста, которые в силу определенных обстоятельств вынуждены выезжать из своего региона в Россию-страну с непривычно холодным и влажным климатом.

Мы проанализировали 12 клинических случаев хронического гломерулонефрита (подтвержденных данными биопсии), выявленных в течение текущего года. Изучение жалоб, анамнестических данных показало довольно сходную картину заболевания почек у этих пациентов. Это были молодые люди – мужчины в возрасте 18-25 лет. В России находились в течение 1-2 лет. Возвращались в свой город из-за болезни. Начиналось у всех с появления выраженного отеочного синдрома "среди полного здоровья".

В данном сообщении приводим один из типичных клинических случаев. Больной А. 22 лет, поступил в отделение терапии Самаркандского областного многопрофильного медицинского центра с жалобами на выраженные отеки по всему телу, уменьшение

количества выделяемой мочи, слабость, тошноту. Объективно: отеки на лице, ногах, в области поясницы, передней брюшной стенки. Выраженная бледность кожных покровов и видимых слизистых. Сердце – границы несколько расширены влево, тоны приглушены, умеренная тахикардия. Артериальное давление 110/80. В легких притупление перкуторного звука в нижне-боковых отделах, дыхание не прослушивается. Язык густо обложен сероватым налетом, сухой. Живот значительно увеличен за счет отеочности брюшной стенки и асцита, печень +2 см.

Общий анализ крови: гемоглобин – 84 г/л; эритроциты – 3,8; цветной показатель – 0,8; лейкоциты – 2,7; свертываемость – 2,5 мин. по Сухареву; ПТИ – 120%; СОЭ – 36 мм./час. Биохимический анализ крови: билирубин – 15,5 ммоль/л; АСТ – 31 МЕ; АЛТ – 43 МЕ; общий белок в крови – 45,5 г/л; холестерин – 6,2 ммоль/л; бета-липопротеиды – 5,6 ммоль/л; креатинин – 456 ммоль/л; мочевины – 23,7 ммоль/л; остаточный азот – 34,3 ммоль/л; глюкоза – 4,8 ммоль/л.

Анализ крови на наличие Hbs Ag – антиген положительный. Анализ мочи: плотность – 1030; белок – 9,9 г/л; лейкоциты – 5-6 в п/з; эрит. 1-3 в п/з. Проба Зимницкого: дневной диурез – 320 мл; ночной диурез – 210 мл; относительная плотность – 1035, 1010, 1030, 1022, 1028. УЗИ: картина соответствует гломерулонефриту. Определяется свободная жидкость в брюшной полости.

Лечение проводилось по четырехкомпонентной схеме (глюкокортикоиды, цитостатики, курантил, гепарин), мочегонные, щелочные растворы, проренал. Лечение было малоэффективным. Таким образом, имеет место развитие тяжелой патологии почек, спровоцированной переохлаждением, неблагоприятными жилищными условиями, тяжелым физическим трудом, а также длительным носительством Hbs Ag антигена, что привело к формированию хронического гломерулонефрита, осложненного нефротическим синдромом и почечной недостаточностью.

#### **УРОВЕНЬ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ ПРИ ИНФИЦИРОВАНИИ SAGA(+) И SAGA(-) ШТАММАМИ HELICOBACTER PYLORI**

*Н.В. Барышникова, Л.Б. Гайковская, Н.А. Крапивка*

Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова, г. Москва, Россия

E-mail авторов: baryshnikova\_nv@mail.ru

Изменение уровня интерлейкинов имеет место при персистенции хронических инфекций в организме человека, в частности при инвазии *Helicobacter pylori*. Изменение уровня интерлейкинов при хеликобактериозе интенсивно изучается. Например, повышение уровня интерлейкина-8 по данным ряда работ сопряжено с инфицированием вирулентными штам-