

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, преренал. 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-