

Факторный анализ позволил определить основные группы показателей, оказывающих влияние на поражение почек у больных с СКВ

В группе пациентов с СКВ выделено пять факторов, принимающих участие в поражении почек, с общей силой влияния 50,4%. Практически все они были связаны с АФС и аКЛ.

Первый фактор ("Фактор активности и АФС" сила воздействия - 17,9%) зависел от высокой степени активности заболевания ( $r=0,77$ ), наличия определенного АФС ( $r=0,71$ ) и связанных с ним острых нарушений мозгового кровообращения ( $r=0,85$ ) и эпилепсии ( $r=0,84$ ).

Второй фактор ("АФС-фактор", 11,3%) включал в себя АФС ( $r=0,74$ ) и различные его проявления, а, именно, тромбозы ( $r=0,87$ ), венозные тромбозы ( $r=0,87$ ), в частности тромбозы поверхностных вен ( $r=0,75$ ).

Третий фактор ("Фактор течения заболевания", 8,6%) носил прямую зависимость с острым течением ( $r=0,70$ ) и высокой активностью заболевания (SLAM -  $r=0,79$ ).

Четвертый фактор ("Фактор аФЛ", 6,6%) объединил присутствие аКЛ ( $r=0,70$ ), IgG аКЛ ( $r=0,87$ ) и IgG аКЛ в среднем титре ( $r=0,63$ ), тем самым дополняя предыдущие клинические факторы иммунными признаками АФС.

Пятый фактор ("Фактор иммуновоспалительной активности, 5,8%) носил прямую зависимость с наличием а-нДНК ( $r=0,49$ ) и обратную с IgM и IgA РФ ( $r=0,-61$  и  $r=-0,63$ ). Этот факт подтверждает данные литературы об участии а-нДНК в патогенезе нефрита при СКВ и о более редком его развитии у больных, имеющих РФ.

Таким образом, результаты настоящего исследования свидетельствуют о сложности и многообразии патогенетических механизмов, участвующих в развитии поражения почек при СКВ.

#### **НЕОБХОДИМОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АНТИГЕНА ФАКТОРА ФОН ВИЛЛЕБРАНДА В КАЧЕСТВЕ МАРКЕРА ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ УЗЕЛКОВОМ ПОЛИАРТЕРИИТЕ И ПОКАЗАТЕЛЯ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА**

Бажина О.В., Баранов А.А.,  
Василевская О.А., Чмырь В.В.  
*Ярославская Государственная  
Медицинская Академия*

Цель исследования: определить клиническое значение ФВ:Аг у больных хроническим гломерулонефритом и узелковым полиартериитом.

Материал и методы: обследовано 18 пациентов с узелковым полиартериитом (9 мужчин и 9 женщин, средний возраст  $35,4 \pm 10,6$  лет) и 44 – с хроническим гломерулонефритом (34 мужчины и 10 женщин, средний возраст  $31,6 \pm 12,9$  лет). Поражение почек отмечалось у 6 (33,3%) больных узелковым полиартериитом. У 5 человек имел место мочевого синдром, представленный умеренной протеинурией и микрогематурией. У одного пациента был выявлен нефротический син-

дром. У пациентов с хроническим гломерулонефритом наиболее часто встречался мочевого синдром - у 23 (52,3%), реже наблюдались нефротический - у 13 (29,5%) и острый нефритический синдромы - у 8 (18,2%) человек. Артериальная гипертензия зарегистрирована у 25 (56,8%) больных. У 39 больных хроническим гломерулонефритом диагноз был подтвержден при биопсии почек. Среди морфологических вариантов хронического гломерулонефрита встречались следующие: мезангиопролиферативный у 29 (74,4%) человек, мезангиокапиллярный и липоидный нефроз у 4 (10,2%), мембранозный и фибропластический у 1 (2,6%) пациента. ФВ:Аг определяли в сыворотке крови твердофазным иммуноферментным методом.

Результаты исследования: повышение концентрации ФВ:Аг в сыворотке крови обнаружено у 6 (33,3%) больных узелковым полиартериитом и у 21 (47,7%) пациента с хроническим гломерулонефритом. При этом, нами выявлена достоверная прямая зависимость между наличием почечной патологии и повышением уровня ФВ:Аг ( $r=0,45$ ;  $p<0,05$ ) при узелковом полиартериите. При хроническом гломерулонефрите получены достоверные положительные взаимосвязи между наличием артериальной гипертензии, нефротическим и острым нефритическим синдромами и повышением уровня ФВ:Аг (соответственно  $r=0,37$ ,  $p<0,05$ ;  $r=0,38$ ,  $p<0,05$ ;  $r=0,49$ ,  $p<0,001$ ), напротив, обратная взаимосвязь выявлена между мочевого синдромом и данным показателем ( $r=-0,68$ ,  $p<0,0001$ ).

Закключение: таким образом, проведенное нами исследование показывает необходимость определения ФВ:Аг в сыворотке крови в качестве маркера почечного поражения при узелковом полиартериите и показателя более тяжелого течения заболевания при хроническом гломерулонефрите.

#### **ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ КАК ПРОБЛЕМА ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ**

Базлов С.Б., Марченко Н.В.  
*Кубанская государственная  
медицинская академия,  
Краснодар*

Хирургическая тактика лечения гнойно-некротических поражений нижних конечностей при сахарном диабете за последнее время претерпела значительную эволюцию. Стремление максимально сохранить длину конечности привело к необходимости применения, наряду с классическими методами хирургической обработки, различных методов восстановления кожного покрова. Наличие макро-, микроангиопатии, небольшая подвижность тканей и слабо выраженная сосудистая сеть дистальных отделов нижних конечностей усложняет выполнение пластических операций. Наблюдали 54 пациента с гнойно-некротическими осложнениями диабетической стопы, требующими проведения в процессе лечения пластических методов восстановления кожного покрова нижних конечностей. Пластика островковыми лоску-