

дани нишондиҳандаҳои экстенсивӣ ва интенсивӣ, аҳамияти фарқияти онҳо бо истифода аз меъёри эътимодноқӣ t (фарқиятҳо ҳангоми $t > 3$ аҳамиятнок дониста мешуданд), таҳлили силсилаи замон.

Натиҷаҳо ва муҳокимаи он. Аз шумораи умумии духтурони стоматологӣ шаҳри Душанбе қариб 70 Ҷоизашро терапевтҳои стоматологӣ ташкил медиҳанд, дар байни ҳамаи духтурони стоматологҳо ба ҳар 5 нафар духтур духтури стоматологҳои бачагон рост меояд, ки ин назар ба нишондоди ҷумҳуриявӣ ду баробар зиёд аст. Шумораи духтурони стоматологҳо ва ортодонтҳо аз маълумотҳои оид ба ҷумҳурияи тоҷикон фарқ намерасад. Дар шаҳри Душанбе доир ба маълумоти

ҷумҳуриявӣ 1,5 баробар зиёд духтурони стоматолог ва ҷарроҳ қор мекунаанд.

Хулосаҳо. Нишондиҳандаи шумораи духтурони тамоми ихтисосҳои стоматологии шаҳри Душанбе назар ба маълумоти ҷумҳуриявӣ якҷанд баробар зиёд аст. Дар давоми панҷ соли охир миқдори кам шудани шумораи духтурони стоматологии қудрат мушоҳида қарда мешавад. Шумораи духтурони дорои категорияи олии тахассус 13 Ҷоиз кам шуд, ки ин рақам бо маълумоти ҷумҳуриявӣ баробар аст.

Калимаҳои калидӣ: мутахассисҳо, категорияи тахассусӣ, духтури дандон, дандонпизишкӣ қудрат, ортодонт.

УДК 616.61-003.7-007.14-053.2-089-07

doi: 10.52888/0514-2515-2023-359-4-88-95

Ф.Х. Сафедов¹, А.А. Азизов^{1,2}, Ш.А. Бадалов^{1,2}, Ф.М. Гуломов¹, И.К. Атоев¹

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВТОРИЧНЫМ НЕФРОЛИТИАЗОМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ ДИСПЛАЗИЕЙ ПАРЕНХИМЫ ПОЧЕК, НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

¹Кафедра детской хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

²ГУ «Республиканский научный клинический центр педиатрии и детской хирургии».

Гуломов Фаррух Мирзохайдарович – тел: +(992)935850000; e-mail: gulomovfarrukh878701@gmail.com

Цель исследования. Улучшение результатов диагностики и хирургического лечения больных с вторичным нефролитиазом обусловленным дисплазией паренхимы почек на фоне ХБП у детей.

Материал и методы исследования. В клинике детской хирургии ТГМУ им. Абуали ибни Сино проведен ретроспективный анализ клинических данных историй болезни у 34 больных с ХБП калькулезной этиологии, которые были на лечении в ГУ НМЦ РТ «Шифобахи» на базе «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» с 2017 до 2022 гг.

Среди больных мальчиков было 18 (53,0%), девочек 16 (47,0%). Возраст от 1 до 6 лет – 11 (мальчиков – 7, девочек – 4), от 7 до 11 лет – 14 (мальчиков – 6, девочек – 8), от 12 до 15 лет – 9 (мальчиков – 6, девочек – 3). Больным проведены следующие методы исследования: общие клинические, лабораторные методы, инструментальные методы исследования (УЗИ, доплерография, контрастная урография), КТ и МРТ по необходимости.

Результаты исследования и их обсуждение. Нами проанализированы результаты морфологического исследования 34 больных с ХБП калькулезной этиологии. Хронический калькулезный пиелонефрит выявлен у 32 (94,1%) больных, у которых диагнозы совпадали с клиническим, и морфологическим. Из них дисплазия почечной паренхимы выявлена у 8 больных. У 2 больных при гистологическом исследовании структурные изменения не обнаружены, возможно, биоптат взят из здоровых участков тканей почек, хотя клинически и лабораторно 100% имел место калькулезный пиелонефрит.

Выводы. При обструктивно-калькулезном пиелонефрите, на фоне дисплазии паренхимы почек, при ранней клинико-морфологической диагностике, проведение радикальной декомпрессио-санационной операции с надёжной наружной деривацией мочи двумя дренажами, восстанавливается функция почек, приостанавливая процесс дальнейшего сморщивания почек.

Ключевые слова: нефролитиаз, дисплазия паренхимы почки, калькулезный пиелонефрит, деривация мочи.

F.Kh. Safedov¹, A.A. Azizov^{1,2}, Sh.A. Badalov^{1,2}, F.M. Gulomov¹, I.K. Atoev¹

CLINICAL AND MORPHOLOGICAL OF DIAGNOSTICS AND SURGICAL TACTICS IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH SECONDARY NEPHROLITHIASIS BY RENAL PARENCHYMAL DYSPLASIA ON THE BACKGROUND OF RENAL FAILURE CAUSED IN CHILDREN

¹Department of Pediatric Surgery, SEI "TSMU named after Abuali ibni Sino".

²SI «State Institution Republican Scientific Clinical Center of Pediatrics and Pediatric Surgery».

Gulomov Farrukh Mirzokhaidarovich – tel: +(992)935850000; e-mail: gulomovfarrukh878701@gmail.com

The purpose of the study. Improving the results of diagnosis and surgical treatment of patients with secondary nephrolithiasis by renal parenchymal dysplasia on the background of renal failure caused in children.

Material and research methods. Clinic of Pediatric Surgery, Avicenna TSMU Abuali ibn Sino analyzed 34 patients with renal failure of calculous etiology. In all cases, the biopsy was taken from the cortex – medulla of the kidney during nephrotomy, and during pyelotomy from the site of the nephrostomy tube. Studies of biopsy materials were carried out in laboratories at the departments of histology, anatomy and oncology.

Research results. We analyzed the results of a morphological study of 34 patients with CKD of calculous etiology. Chronic calculous pyelonephritis was detected in 32 (94,1%) patients, in whom the diagnoses coincided with the clinical and morphological ones. Of these, dysplasia of the renal parenchyma was detected in 8 patients. In 2 patients, histological examination did not reveal structural changes, possibly a biopsy was taken from healthy areas of the kidney tissue, although clinically and laboratory 100% calculous pyelonephritis occurred.

Conclusion. Thus, in case of obstructive-calculous pyelonephritis, against the background of dysplasia of the kidney parenchyma, early clinical and morphological diagnostics, radical decompressive and sanitation surgery with reliable external urine flow is restored, the process of further wrinkling of the kidney is suspended.

Key words: nephrolithiasis, kidney parenchyma dysplasia, calculous pyelonephritis

Актуальность. Нефролитиаз является чрезвычайно сложным полиэтиологическим заболеванием, способствующим развитию тяжелых необратимых функциональных и деструктивных изменений со стороны почек и мочевыводящих путей, приводящих к нарушениям функций жизненно важных органов и систем, инвалидизации и летальности. Одним из частых и тяжелых осложнений нефролитиаза является хроническая болезнь почек (ХБП). Вторичные камни почек у детей на фоне пороков развития мочевыделительной системы диагностируются очень трудно. Один из трудно диагностируемых пороков - дисплазии паренхимы почек [3, 5, 7].

Справедливо указывают, что вторичный пиелонефрит становится главным фактором в прогнозе болезни, поскольку пиелонефрит выявляется почти у всех больных и является главной причиной развития ХБП. Интро-операционная инцизионная биопсия почечной ткани определяет возможности дифференцированного подхода к оценке степени морфофункциональных изменений и проведению целенаправленного лечения. Многие авторы считают, что инцизионная биопсия почек является решающим этапом в диагностике дисплазии паренхимы почек [1, 8, 9].

Несмотря на успешно проведенную операцию по удалению камня, результаты хирургического лечения могут оказаться неэффективными без применения комплексной метафилактики с соблюдением индивидуального подхода. Этим обусловлена необходимость организации диагностических и лечебно-профилактических мероприятий при данной патологии с разработкой клинических протоколов по ведению таких пациентов на различных этапах их терапии [2, 4, 6].

В последние десятилетия в лечении мочекаменной болезни достигнуты заметные успехи. При этом интерес к данной проблеме остается повышенным. Существует много дискуссионных вопросов относительно методов терапии и хирургического лечения уролитиаза у детей. Нет единого мнения в выборе сроков и способов проведения хирургического лечения, а также методов эффективной метафилактики мочекаменной болезни [3, 7-9].

В связи с этим, особую актуальность приобретает поиск новых методов ранней диагностики и оптимизации хирургической тактики лечения больных с дисплазией паренхимы почек, осложнившейся ХБП [1, 5].

Цель исследования. Улучшение результатов диагностики и хирургического лечения больных

с вторичным нефролитиазом обусловленной дисплазии паренхимы почек на фоне ХБП у детей.

Материал и методы исследования. В клинике детской хирургии ТГМУ им. Абуали ибни Сино проведен ретроспективный анализ клинических данных историй болезни 34 больных с ХБП калькулёзной этиологии, которые были на лечении в ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» на базе «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» с 2017 до 2022 гг.

Среди больных мальчиков было 18 (53,0%), девочек 16 (47,0%). Возраст от 1 до 6 лет – 11 (мальчиков - 7, девочек – 4), от 7 до 11 лет - 14 (мальчиков - 6, девочек – 8), от 12 до 15 лет - 9 (мальчиков - 6, девочек – 3). Больным проведены следующие методы исследования: общие клинические, лабораторные методы, инструментальные методы исследования (УЗИ, доплерография, контрастная урография), КТ и МРТ по надобности.

Во всех случаях биоптат брали из коркового слоя почек при нефротомии, а при пиелотомии из места нефростомической трубки. Исследования биопсионных материалов проводились в лабораториях при кафедрах гистологии, патологической анатомии и онкологии ГУ НМЦРТ «ШИФОБАХШ» на базе «ТГМУ имени Абуали ибни Сино по методу окраски гематоксилин-1»

Результаты исследования и их обсуждение.

Нами проанализированы результаты морфологического исследования 34 больных с ХБП калькулёзной этиологии. Хронический калькулёзный пиелонефрит выявлен у 32- (94,1%) больных, у которых диагноз совпадал с клиническим и морфологическим. Из них дисплазия почечной паренхимы выявлена у 8 больных. У 2 больных при гистологическом исследовании структурные изменения не обнаружены, возможно биоптат взят из здоровых участков тканей почек, хотя клинически и лабораторно 100% имел место калькулёзный пиелонефрит.

Несмотря на множество классификаций ХБП, мы использовали наиболее приемлемую, с клинической точки зрения и учитывая практическую важность указанного положения, классификацию А.В. Куркина (1973), который предложил различать формы хронического калькулёзного пиелонефрита у детей в зависимости от распространённости воспалительно-склеротических изменения, без учета особенностей структурных проявлений воспалительного процесса в почках. В его классификации хронический калькулёзный пиелонефрит дифференцируется на следующие варианты: 1) с минимальными изменениями; 2) очаговый; 3)

Таблица 1.

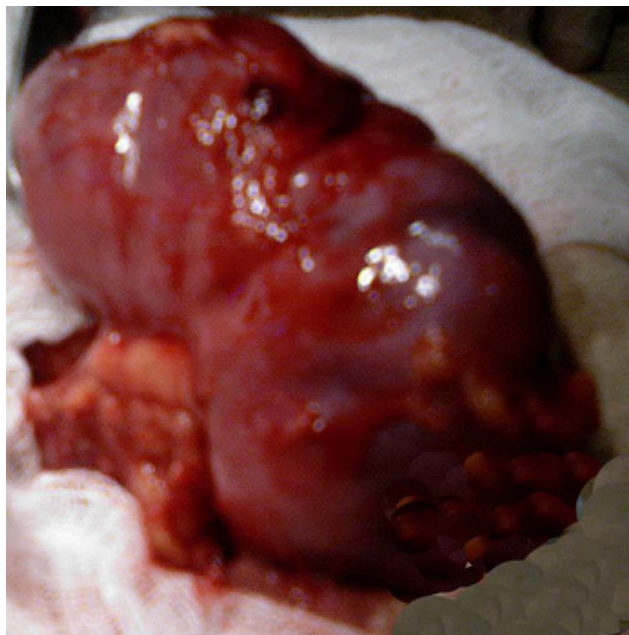
Характеристика морфо-функциональных изменений почек при хроническом калькулёзном пиелонефрите с ХБП

Кол-во больных	Стадия ХБП	Функциональное состояние почек	Экскреторно-инфузионная урография	Гистологическое исследование тканей почек
4	Стадия 1. Нормальная или повышенная СКФ	Нормальная СКФ (≥ 90 мл/мин/1,73 м ²).	Функция почек не нарушена	Минимальные или очаговые изменения
11	Стадия 2. Незначительно сниженная СКФ	СКФ 60–89 мл/мин/1,73 м ² .	Функция почек не нарушена или несколько замедленна	Очаговые или очагово - сливные изменения
6	Стадия 3а. Умеренно сниженная СКФ	45–59 мл/мин/1,73 м ²	Функция почек несколько замедленна	Очагово - сливные изменения с нефросклерозом
6	Стадия 3б. Существенно сниженная СКФ	30–44 мл/мин/1,73 м ² .		
4	Стадия 4. Резко сниженная СКФ	СКФ 15–29 мл/мин/1,73 м ² .	Функция почек резко замедленна или отсутствовала функция контралатеральной почки	Нефроцирроз с нефросклерозом
3	Стадия 5. Терминальная почечная недостаточность	СКФ <15 мл/мин/1,73 м ² .		

очагово-сливной; 4) с исходом в нефросклероз (табл. 1).

При хроническом калькулёзном пиелонефрите с минимальными изменениями, выявленному 4 (11,7%) больных, внешний вид почки был не изменён. Воспалительные изменения выражались в

незначительной инфильтрации стромы лимфоцитами, сопровождающиеся пролиферацией гистиоцитов. Площадь, занимаемая воспалительным инфильтратом, была малая. Часто воспалительная инфильтрация расположена в мозговом веществе почки (рис 1).



а) макропрепарат



б) микрофото ув. 80 (о окраска гематоксилин-1

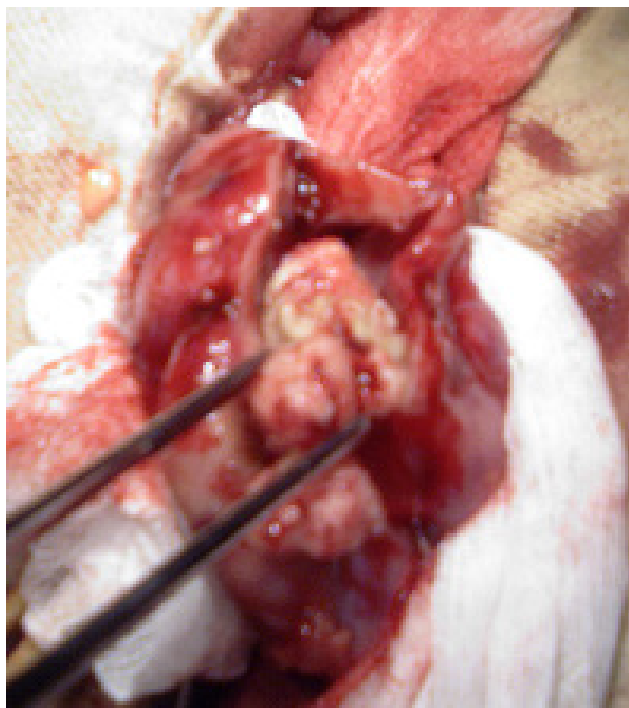
Рис. 1. Калькулёзный пиелонефрит с минимальными изменениями

При хроническом калькулёзном пиелонефрите с очаговыми изменениями, выявленном у 11 (32,3%) больных, внешний вид почки практически не отличается от нормальной почки. Но местами могут иметься фибролипоматозные изменения, сосредоточенные в области лоханочно-мочеточникового сегмента (невыраженный пединкулит). Микроскопически имеются очаги хронического продуктивного или при обострении калькулёзного пиелонефрита экссудативного воспаления. В основном поражаются дистальные каналы, в некоторых участках имеются склеротические изменения нефронов. При этом в интактных от воспаления участках почечной паренхимы структура нефронов не нарушалась, только имела некоторая гипертрофия нефронов (рис 2).

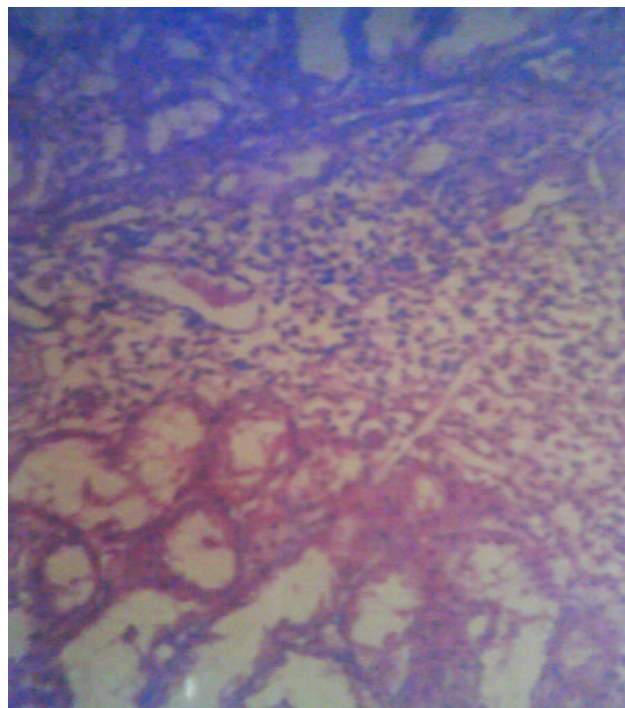
При хроническом пиелонефрите с очагово-сливными изменениями, который выявлен у 12 (35,2%) больных, макроскопически, в основном, почки несколько уменьшены в размерах или нормального размера. Поверхность почек неровная, в большинстве случаев фиброзная капсула почки спаяна с паранефральной клетчаткой, то есть выражено фибро-липоматозное разрастание. В

большинстве случаев в лоханочно-мочеточниковом сегменте выражен пединкулит, перинефрит. При разрезе выражены склеротические изменения паренхимы почки, просвет лоханки расширен, истончён, при извлечении камня имеется фибро-липоматозное разрастание внутри почек, которое в большинстве случаев охватывает камни. Микроскопически имеются склеротические изменения, в основном, мозгового вещества почки. Толщина паренхимы истончена за счёт атрофии почечной ткани. Расширяется просвет проксимального и дистального канальцев, просвет заложен воспалительной жидкостью, клубочки, которые расположены в мозговом слое почки, склерозируются. Почки функционируют за счёт интактных нефронов (рис 3).

При хроническом калькулёзном пиелонефрите в склеротической стадии, выявленном у 7 (20,5%) больных, макроскопически почки уменьшены в объёме, выражены фибро-липоматозные и фибро-склеротические изменения всей почки, а также пединкулит, перинефрит. Почка на всей поверхности спаяна с паранефральной клетчаткой, почти не снимается фиброзная капсула почки.



а) макропрепарат



б) микрофотоув. 80 (ок окраска гематоксилин-1).

Рис. 2. Калькулёзный пиелонефрит с очаговыми изменениями



а) макропрепарат



б) микрофотоув. 80 (о окраска гематоксилин-1)

Рис. 3. Калькулёзный пиелонефрит с очаговым сливным изменением, переход к нефросклерозу.

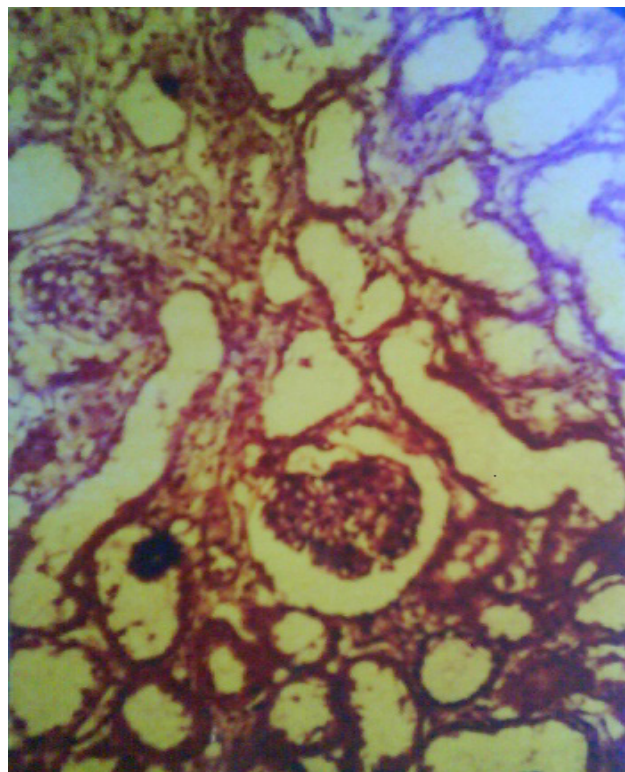
При разрезе, даже без блокады почечных сосудов, кровотечение не наблюдается из-за выраженного склероза почечных сосудов. Кортикальный и мозговой слой почки не отличается друг от друга. При микроскопическом исследовании почти все ткани почки склерозированы. Просветы канальцев кистозно - расширены, нефроны гипертрофированы, склерозированы. У таких больных, почки функционируют за счёт патологически - гипертрофированных нефронов настолько, насколько они в состоянии (рис 4).

Из 34 больных (100%) общее количество у 27 (79,4%), $27 \pm 1,5$ больным произведена операция, цель которой, приостановить прогрессирование

процесса в поражённой почке путем обнажения почки (люмботомия), декапсуляции ее производится у 15 (55,5%), $15 \pm 1,1$ больных и пиелостомии или нефростомии у 12 (44,4%), $12 \pm 1,0$ больных. Предложенные вышеуказанные способы операции декапсуляция и декомпрессия, дренирование, возможно, эффективны у взрослых, но у детей с дисплазией паренхимы на фоне нефролитиаза, когда резорбция мочи в паренхиму и под капсулой почки с апостематозом паренхимы почки, диктуется необходимость более радикального оперативного пособия: люмботомия, нефроуретеролиз, освобождение почки и сосудистой ножки от фибро-литоматозных



а) макропрепарат



б) микрофото ув. 80 (ок окраска гематоксилин-1)

Рис. 4. Нefроцирроз и нефросклероз

разрастаний восстанавливаются венозный и лимфооток (табл. 2).

Таблица 2.

Хирургическая тактика лечения больных с вторичным нефролитиазом обусловленным дисплазией паренхимы почек, на фоне ХБП у детей ($M \pm m$)

Виды хирургических операций	Количество больных (n=27)	p
Люмботомия, декапсуляция, нефроуретеролиз, нефролитотомия	$15 \pm 1,1$	$>0,05$
Люмботомия, пиелостомия или нефростомия	$12 \pm 1,0$	$>0,05$

Примечание: p - статистическая значимость различия показателей между соответствующими видами операции (по точному критерию Фишера)

Исходя из вышеизложенного у 27 (79,4%), $27 \pm 1,5$ больных при калькулезном пиелонефрите проведена разработанная нами последовательная первичная нефролитотомия. Операция заключается в люмботомии, нефролизе, мобилизации почки наложением турникета на сосудистую ножку, нефролитотомии по линии Цондека, удалении камней

и замаскообразных масс из чашечно лоханочной системы, раскрытии субкапсулярных гнойников, гемостаза, введения двух дренажей в чашечно-лоханочную систему. То есть восстанавливаются окислительно-восстановительные процессы в почечной паренхиме которые вызывают интоксикацию пораженного органа и приводит его к атрофии.

Выводы. При ХБП и обструктивно-калькулезном пиелонефрите, на фоне дисплазии паренхимы почек ранняя клиничко-морфологическая диагностика, проведение радикальной декомпрессионно-санационной операции с надёжным наружным деривацией мочи двумя дренажами, восстанавливается функция почки, приостанавливается процесс дальнейшего сморщивания почки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брюханов В.М. Современные представления о методах лечения мочекаменной болезни. Проблемы и перспективы / В.М. Брюханов, Г.В. Жарикова // Бюллетень медицинской науки. – 2018. - №1(9). - С. 42-54.
2. Влияние микробных факторов на стабильность коллоидных свойств мочи при уrolитиазе

/ А.В. Четверников [и др.] // Экспериментальная и клиническая урология. – 2019. – №2. – С. 80-83.

3. Гайнетдинов А. И. Современные методы хирургического лечения пациентов с мочекаменной болезнью при неотложных состояниях / А.И. Гайнетдинов // Практическая медицина. – 2017. – № 8 (109). – С. 47-49.

4. Гиясов Ш.И. Трудности в систематизации послеоперационных осложнений эндоскопического лечения уролитиаза и пути их решения / Ш.И. Гиясов, Ф.А. Акилов // Вестник урологии. – 2018. – Т. 6, № 1. – С. 5-17.

5. Константинова О.В. Кристаллурия фосфатов при различных формах уролитиаза и возможности ее прогнозирования у пациентов с фосфатными камнями / О.В. Константинова, Э.К. Яненко // Исследования и практика в медицине. – 2017. – Т.4, № 1. – С. 8-12.

6. Маликов Ш.Г. Современный взгляд на проблему лечения уролитиаза у детей / Ш.Г. Маликов, С.Н. Зоркин, А.В. Акопян // Детская хирургия. – 2017. – С. 151-162.

7. Мамбетов Ж.С. Диагностические и тактические подходы к верификации коралловидного нефролитиаза в сочетании с остеопенией и остеопорозом / Ж.С. Мамбетов, А.М. Махмудов, И.В. Колесниченко // Вестник Алматинского государственного института усовершенствования врачей. – 2017. – № 2. – С. 31-36.

8. Метафилактика мочекаменной болезни. Часть 1. Факторы роста заболеваемости мочекаменной болезнью. Современный взгляд на механизмы камнеобразования / В.С. Саенко [и др.] // Урология. – 2018. – № 4. – С. 161-169.

REFERENCES

1. Bryukhanov V.M. Modern ideas about methods of treating urolithiasis. Problems and prospects / V.M. Bryukhanov, G.V. Zharikova // Bulletin of medical science. – 2018. – No. 1(9). – P. 42-54.

2. The influence of microbial factors on the stability of colloidal properties of urine in urolithiasis / A.V. Chetvernikov [et al.] // Experimental and clinical urology. – 2019. – No. 2. – P. 80-83.

3. Gainetdinov A.I. Modern methods of surgical treatment of patients with urolithiasis in emergency conditions / A.I. Gainetdinov // Practical medicine. – 2017. – No. 8 (109). – pp. 47-49.

4. Giyasov Sh.I. Difficulties in systematizing post-operative complications of endoscopic treatment of urolithiasis and ways to solve them / Sh.I. Giyasov, F.A. Akilov // Bulletin of Urology. – 2018. – T. 6, No. 1. – P. 5-17.

5. Konstantinova O.V. Phosphate crystalluria in various forms of urolithiasis and the possibility of its prediction in patients with phosphate stones / O.V. Konstantinova, E.K. Yanenko // Research and practice in medicine. – 2017. – T.4, No. 1. – P. 8-12.

6. Malikov Sh.G. Modern view on the problem of treating urolithiasis in children / Sh.G. Malikov, S.N. Zorkin, A.V. Hakobyan // Pediatric surgery. – 2017. – pp. 151-162.

7. Mambetov Zh.S. Diagnostic and tactical approaches to verification of coral nephrolithiasis in combination with osteopenia and osteoporosis / Zh.S. Mambetov, A.M. Makhmudov, I.V. Kolesnichenko // Bulletin of the Almaty State Institute for Advanced Training of Doctors. – 2017. – No. 2. – P. 31-36.

8. Metaphylaxis of urolithiasis. Part 1. Factors increasing the incidence of urolithiasis. Modern view on the mechanisms of stone formation / V.S. Saenko [et al.] // Urology. – 2018. – No. 4. – P. 161-169.

ХУЛОСА

Ф.Х. Сафедов, А.А. Азизов, Ш.А. Бадалов, Ф.М. Ғуломов, И.К. Атоев

ТАШХИСИ КЛИНИКИ-МОРФОЛОГИ ВА УСУЛҲОИ ТАБОБАТИ ЧАРРОҲИИ БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ НЕФРОЛИТИАЗИ ДУЮМДАРАЧА, КИ ДАР НАТИЧАИ ДИСПАЗИЯИ ПАРЕНХИМИЯИ ГУРДАҲО ДАР ЗАМИНАИ БЕМОРИИ МУЗМИНИ ГУРДА ДАР КУДАКОН

Мақсади таҳқиқот: Баланд бардоштани натиҷаҳои ташхис ва табобати чарроҳии беморони гирифтори нефролитиази дуюмдараҷа, ки дар натиҷаи диспазии паренхимаи гурда дар заминаи БМГ дар кӯдакон ба вучуд омадааст.

Усулҳои мавод ва таҳқиқот. Дар клиникаи чарроҳии кӯдаконаи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино дар заминаи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино дар Муассисаи давлатии Маркази миллии тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон «Шифобахш» муолиҷаи 34 нафар беморони гирифтори БМГ-и этиологияи ҳисобӣ аз таърихи тиббии маълумотҳои клиникӣ ретроспективӣ гузаронида шуд. аз 2017 то 2022. Дар байни беморон 18 нафар писарон (53,0%), 16 нафар духтарон (47,0%) буданд. Синну сол аз 1 то 6 сола — 11 (писарон — 7, духтарон — 4), аз 7 то 11 сола — 14 (писаро — 6, духтарон — 8), аз 12 то 15 сола — 9 (писаро — 6, духтарон — 3).). Ба беморон усулҳои зерин

ни тадқиқот гузаронида шуданд: усулҳои клинӣ-умумӣ, лабораторӣ, усулҳои инструменталии тадқиқот (ультрасадо, доплерография, урографияи контраст), КТ ва МРТ дар ҳолати зарурӣ.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокима. Мо натиҷаҳои тадқиқоти морфологии 34 беморони гирифтори БМГ-и этиологияи калкулиро таҳлил кардем. Пиелонефрити музмини калкулӣ дар 32 (94,1%) беморон, ки таъхисашон бо таъхисҳои клинӣ ва морфологӣ мувофиқат мекунад, ошкор карда шуд. Аз ин шумора дар 8 бемор дисплазияи паренхимии гурда ошкор шудааст. Дар 2 бемор, аз назаргузаронии гистологӣ тағйироти сохториро ошкор накардааст; мумкин аст, ки намунаи би-

опсия аз минтақаҳои солими бофтаи гурда гирифта шавад, гарчанде ки санҷишҳои клинӣ ва лабораторӣ 100% пиелонефрити калкулиро нишон доданд.

Хулосаҳо. Ҳангоми пиелонефрити обструктивӣ-калкулӣ дар заминаи дисплазияи паренхимии гурда бо таъхиси барвакти клинӣ ва морфологӣ, ҷарроҳии радикалӣ ва санитарӣ бо диверсификасияи боэътимоди пешоб бо ду дренаж кори гурдаҳоро барқарор намуда, раванди хоҳишҳои минбаъдаи гурдаҳоро бозмедорад.

Калимаҳои калидӣ: нефролитиаз, дисплазияи паренхимии гурда, пиелонефрити калкулӣ, ихроҷи пешоб.

УДК: 616-092; 611.018.74; 616.127-005.8; 612.172.1;

doi: 10.52888/0514-2515-2023-359-4-95-103

М.С. Табаров, Ф.А. Шукуров, З.М. Тоштемирова, М.Х. Ходжаева

ЦИРКУЛИРУЮЩИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫЕ КЛЕТКИ – КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Кафедра патологической физиологии, ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино», Душанбе, Таджикистан

Табаров Мухиддин Сафарович – д.м.н., профессор кафедры патологической физиологии, декан медицинского факультета ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино». г. Душанбе, Таджикистан. Тел.: (+992) 917292901, E-mail: tabarov-bahrom@mail.ru

Цель исследования. Оценить состояние эндотелия сосудов у больных перенесших инфаркт миокарда по показателям десквамированных эндотелиоцитов до и после лечения.

Материал и методы исследования. Представлены результаты морфологического исследования 30 больных с ИБС: постинфарктный кардиосклероз и 20 здоровых добровольцев для сравнения со средним возрастом $65,1 \pm 3,6$ и $62,7 \pm 3,7$ лет соответственно. В целях определения числа ДЭК использовали морфологическую методику предложенную J. Hladovec (1978) в модификации Н.Н. Петрищева с соавторами (2001), до и после стационарного лечения.

Результаты исследования и их обсуждение. Получены статически значимые показатели ДЭК у больных перенесших инфаркт миокарда. Самые высокие показатели ДЭК выявлены у 10% больных ($19 \pm 0,1 \times 10^4$ кл./л). Больше всего больных (53,33%) имели умеренный уровень эндотелиоцитемии ($11,2 \pm 0,7 \times 10^4$ кл./л). У контрольной группы, взятых для сравнения, было верхние границы физиологической нормы ($3,9 \pm 0,9 \times 10^4$ кл./л). Это показывает значительную роль эндотелиальной дисфункции в патогенезе инфаркта миокарда. Группа больных, которые имели до 10 лет инфарктного анамнеза, выявлено прямой корреляционный связь с уровнем ДЭК. Но больных имевших более чем 10 лет инфарктного анамнеза имели обратный корреляционный связь с уровнем ДЭК, т.е. не ассоциирует с более долгим постинфарктным периодом. После комплексного стационарного лечения, традиционно используемыми препаратами, число ДЭК – как маркер эндотелиальной дисфункции достоверно снизилось ($8,5 \pm 1,4 \times 10^4$ кл./л) и параллельно улучшилось клиническое состояние больных.

Закключение. Достоверно повышено число ДЭК у больных перенесших инфаркт миокарда по сравнению с группой контроля, до лечения. На фоне комплексной терапии уровень эндотелиоцитемии значительно снижен, но не доходит до физиологических показателей.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, эндотелиальная дисфункция, десквамированные эндотелиальные клетки.