

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО»**

УДК: 616.61+611.311+611.611

На правах рукописи

**САЙМУХИДИНОВ
МАХМАДСАФАР МАХМАДРОЗИКОВИЧ**

**МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ
ТОЛСТОЙ КИШКИ ДО И ПОСЛЕ АЛЛОТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ**

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание учёной степени

кандидата медицинских наук по специальностям

14.01.17 - Хирургия

14.01.24 - Трансплантология и искусственные органы

Душанбе -2024 г.

Работа выполнена на кафедре инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

Научный

Руководитель: **Исмоилзода Саидмахмуд Саидахмад**, доктор медицинских наук, профессор кафедры инновационной хирургии и трансплантологии Государственного образовательного учреждения «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

Официальные

оппоненты:

Мухиддин Нуриддин Давлатали, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней и эндохирургии Государственного образовательного учреждения «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Дмитриев Илья Викторович, доктор медицинских наук, заведующий отделением трансплантации почки и поджелудочной железы ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»; (г. Москва, Российская Федерация).

Ведущая

организация:

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Государственный научный центр Российской Федерации – Федеральний медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна» Федерального медико- биологического агентства России

Защита диссертации состоится «_____» «_____» 2024 г. в «_____» часов на заседании диссертационного совета 6Д.КОА-040 при ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино» по адресу Республика Таджикистан, 734003, г. Душанбе, ул Сино 29-31, www.tajmedun.tj
Тел: (+992)907-70-82-50.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

Автореферат разослан «_____» «_____» 2024 г.

**Ученый секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинских наук**

Шарипов А.М.

Введение

Актуальность темы исследования. В различных регионах мира встречаются пациенты с хронической болезнью почек 5 стадии (ХБП 5 стадии) - в среднем с частотой 100 на 1 млн. населения. Лечение больных с ХБП осуществляется различными методами, такими как гемодиализ, перитонеальный диализ и трансплантация почки, которые значительно повышают выживаемость больных. В мире уже более 1 млн. человек получили лечение методами диализа. Тем не менее, наиболее эффективным методом лечения больных ХБП считается трансплантация почек [Драчев И.Ю. и др., 2019].

У пациентов с ХБП 5 стадией нарушение функции почек приводит к тому, что первым барьером для эвакуации азотистых шлаков и эндотоксинов становится слизистая толстой кишки. Наличие ХБП 5 стадии вызывает значительные морфологические изменения, которые проявляются атрофическими изменениями в слизистой прямой и толстой кишки. Применение активных методов лечения может приводить к прогрессированию поражения толстой кишки у ряда больных [Томилина Н.А., 2017; Исмоилзода С.С., 2020,].

Многие исследования свидетельствуют о связи между поражением слизистой толстой и прямой кишки у пациентов с ХБП и транслокацией бактерий, а также воздействием иммуносупрессивных препаратов [Ronco С., 2017]. В настоящее время особое внимание в хирургии ХБП уделяется ишемическим повреждениям толстой кишки, которые являются важным фактором в развитии посттрансплантационных осложнений [Гулов М.К., 2017; Reboldi A. et al., 2016]. Однако, механизмы их развития требуют дальнейшего изучения и совершенствования методов их профилактики и лечения.

К сожалению, жизнь пациентов с ХБП сопровождается поражением различных органов и систем в результате уремической интоксикации. Одним из часто встречаемых заболеваний у этих пациентов являются поражения различных частей желудочно-кишечного тракта, особенно толстого и прямого кишечника. По литературным данным, у 4-8% пациентов с ХБП эта проблема наблюдается на фоне широкого использования гемодиализа [Икромов Т.Ш. и др., 2016; Строков А.Г. и др., 2016; Билоус Р.В. и др., 2017; Томилина Н.А. и др., 2017; Тагоев С.Х. и др., 2019].

Воспалительные и эрозивные поражения толстой кишки часто приводят к перфорациям и кровотечениям из дистальных отделов пищеварительного тракта, в результате чего показатели летальности при развитии подобных осложнений остаются высокими. Однако стоит отметить, что эти поражения являются поверхностным дефектом слизистой оболочки, не проникающим в мышечный слой и способствующим заживлению без образования рубцов. Гиперазотемия, сопутствующая ХБП, существенно влияет на экскреторную функцию пищеварительной системы, включая желудочно-кишечный тракт и толстую кишку.

Считается, что одной из ведущих причин поражения толстой кишки у больных с ХБП является дисбактериоз, приводящий к лекарственным колитам [Мурадов А.М. и др., 2020; Bien J., 2013; Nehring S.M., 2021]. При ХБП происходит прогрессирование дистрофических и атрофических изменений в слизистой толстой

кишки, вследствие повреждающего действия гиперазотемии и больших размеров «азотистого пула» самой толстой кишки.

Степень научной разработанности изучаемой проблемы. Исследования свидетельствуют о том, что первоначальным повреждением верхних отделов ЖКТ, особенно толстой кишки, является нефрогенный процесс [Ramezani A. et al., 2016; Rooks M.G., Garrett W.S., 2016; Ronco C., Clark W.R., 2018]. Многие заболевания почек и ХБП оказывают значительное влияние на функциональное состояние пищеварительной системы, в особенности дистального отдела, вызывая нефротическую и, впоследствии, уремическую колопатию.

Согласно проведенным исследованиям, ХБП предрасполагает к развитию таких нарушений в 70-79% наблюдений и, что существенно, это не зависит от проводимого метода диализа. Регулярность желудочно-кишечных расстройств, в свою очередь, нарастает по мере увеличения продолжительности почечной недостаточности [Гулов М.К. и др., 2018; Даугердас Д.Т., Блейк П.Д., 2019].

Расстройства нижних отделов желудочно-кишечного тракта, важные для диализных пациентов, включают уремический колит, ишемическую болезнь кишечника, спонтанную перфорацию толстой кишки, фекальную закупорку, дивертикулярную болезнь и ангиодисплазию [Cooper J.E., Wiseman A.C., 2013; Denecke C., Tullius S.G., 2014; Ying T. et al., 2020]. Патоморфологические изменения слизистой оболочки пищеварительного тракта послужили доказательством воздействия активных методов коррекции хронической почечной недостаточности на организм пациента. 9% пациентов, умерших в прошлом в результате лечения диализом, были вынуждены перенести ваготомию с пилоропластикой или гастрэктомией из-за обнаружения язв гастродуоденальной зоны. Эти данные, бесспорно, свидетельствуют о значительном распространении симптоматических язв у этой группы больных. При этом в диализной группе были обнаружены более мягкие формы поражения дистальных отделов пищеварительного тракта, не характерные для «уремической» группы, которые проходили лечение перитонеальным диализом. Кроме того, у больных после перитонеального диализа выявлены распространенные внутрибрюшные спайки.

Таким образом, патогенез развития морфофункциональных изменений в слизистой оболочке толстой кишки до и после трансплантации почки, а также методы их диагностики и лечения являются актуальными проблемами в медицине. Необходимо продолжать исследования в этой области для разработки наиболее эффективных методов профилактики и лечения.

Связь исследования с программами (проектами), научной тематикой. Тема диссертационной работы является фрагментом научно-исследовательской работы ГУ «Национальный научный центр трансплантации органов и тканей человека», посвящённой изучению темы «Медицинские проблемы пересадки органов и тканей человека в условиях Республики Таджикистан (клинико-экспериментальное исследование)» (Государственный регистрационный номер 0110TJ551).

Общая характеристика работы

Цель исследования- улучшения непосредственных результатов трансплантации почек путем профилактики и лечения посттрансплантационных осложнений со стороны нижних отделов желудочно-кишечного тракта.

Задачи исследования

1. Изучить причины и клинические проявления поражения слизистой оболочки толстой кишки при ХБП
2. Выявить эндоскопические и морфологические изменения в слизистой оболочке толстой и прямой кишки до и после трансплантации почек.
3. Изучить роль реперфузионных (вторичных повреждающих) факторов в возникновении посттрансплантационных эрозий и язв.
4. Разработать и усовершенствовать комплексные методы профилактики и лечения острых эрозий и язв толстой и прямой кишки.
5. Разработать хирургический способ профилактики пузырно-мочеточникового рефлекса и возвратной мочевой инфекции трансплантата путем разработки хирургической техники формирования уретер-уретеро анастомоза.

Объект исследования. Объектом исследования являлись 120 пациентов (76 мужчин и 44 женщины), которые были подвергнуты трансплантации почки и проходили лечение в ГУ "Национальный научный центр трансплантации органов и тканей человека" МЗиСЗН РТ в период с 2014 по 2021 годы.

Предмет исследования. В своей работе при поступлении пациентов с пятой стадией хронической болезни почек в клинику ГУ "Национальный научный центр трансплантации органов и тканей человека" МЗиСЗН РТ руководствовались клиническими рекомендациями Общероссийской общественной организации "Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) Российской Федерации" с целью подтверждения диагноза ХБП и её стадии, а также оценки остаточной функции почек. Для определения показателей клиренса эндогенного креатинина был выбран метод пробы Реберга-Тареева. Также исследовали скорость клубочковой фильтрации. Для диагностики кровотечения и состояния слизистой ткани в области толстого кишечника мы применяли фиброгастродуоденоскопию (ФГДС). Для определения степени выраженности уремического колита в 9 случаях использовалась эндоскопическая ультразвуковая диагностика (ЭУС) на аппарате Hitachi Pentax. Проводили биохимический анализ крови с определением электролитов, холестерина, β -липопротеидов, общего белка и функциональных тестов печени. Исследовали уровень продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ), включая диеновый конъюгат (ДК) и малоновый диальдегид (МДА), по методу Д.М. Стального и Т.Г. Гаришвили. Также исследовали уровни маркеров эндотелиальной дисфункции и показателей гемостаза (время свертывания крови по Ли-Уайту, Протромбиновый комплекс по методу Квика, МНО, фибриноген, Д-димер и др.) Исследование проведено с соблюдением принципов доказательной медицины (отбор пациентов и статистическая обработка результатов).

Научная новизна исследования.

Впервые установлено, что по мере прогрессирования ХБП 5 стадии в слизистой оболочке толстой и прямой кишки наблюдается изменения характерные для «нефротического» и «уремического» колита и проктита. Впервые для диагностики морфофункциональных изменений в слизистой толстой кишки у больных с ХБП с помощью ультразвукового сканирования и ультразвукового доплеровского картирования кровотока установлено, что важное место в патогенезе ишемических повреждений толстой кишки отводится количественному и качественному изменению содержания продуктов ПОЛ в слизистой оболочке, нарушению кровообращения в сосудах толстой кишки.

Впервые установлено, что фактором риска развития осложнений после трансплантации почки является пересадка органов от маргинальных доноров.

Разработаны комплексные методы консервативной антигипоксической и антиоксидантной профилактики и лечения посттрансплантационных осложнений.

Теоретическая и научно-практическая значимость исследования

Для клинической практики предложен новый способ диагностики «нефротических» и «уремических» колитов. Разработаны оригинальные методы комплексного консервативного лечения и профилактики клинических посттрансплантационных повреждений толстой кишки.

Полученные научные и практические результаты могут быть использованы в учебном процессе медицинских ВУЗов

Положения, выносимые на защиту:

1. Прогрессирования ХБП и применения консервативных методов лечения в слизистой толстой и прямой кишки наблюдается морфологические и эндоскопические изменения характерные для «нефротического» и «уремического» колита.

2. Эндоскопическая ультрасонография, а также ультразвуковое сканирование и дуплексное сканирование позволяют до и после трансплантации почек выявить морфологические изменения в слизистой оболочке толстой и прямой кишки.

3. Одним из патогенетических факторов развития ишемических посттрансплантационных осложнений со стороны толстой кишки является реперфузионные повреждения вследствие выраженной эндотоксемии.

4. К факторам риска возникновения эрозивно-язвенных поражений толстой кишки и развития осложнений следует отнести: пересадка почек от маргинальных доноров, хронические заболевания печени, толстой кишки, а также наличие «нефротического» и «уремического» колита.

5. Включение антигипоксантов и антиоксидантов в комплекс консервативной терапии больных с ХБП и в посттрансплантационном периоде способствуют значительному снижению частоты ишемических повреждений толстой кишки.

6. Сравнение стандартной техники операции с оптимизированным методом, который включает модифицированный анастомоз мочеточника, при использовании органов от маргинальных доноров, может существенно снизить

риск возникновения урологических осложнений. Это связано с тем, что при последнем методе компенсируются негативные риски и факторы, которые, в свою очередь, являются одной из главных причин возникновения осложнений. Оптимизированный метод проведения операции способствует минимизации риска возникновения осложнений и дает большой шанс на успешное восстановление здоровья пациента.

Степень достоверность результатов диссертации.

Результаты исследования, положения, выносимые на защиту, практические рекомендации базируются на основе обследования достаточного клинического материала, использования современных информативных методов диагностики и выполнения разнообразных традиционных и современных методов профилактики и лечения осложнений при трансплантации почки у больных с хронической болезнью почки. Оригинальные научные исследования в виде научных изданий и статей опубликованы в рецензируемых журналах РТ.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности.

Соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.01.17 – Хирургия. Раздел III п.1. Этиология. Патогенез. Диагностика, лечение и профилактика врожденных заболеваний органов брюшной полости (желудочно-кишечного тракта, печени и желчных путей, поджелудочной железы) и грудной клетки (легких, пищевода, плевры, средостения, диафрагмы); п.8. Предоперационная подготовка и ведение послеоперационного периода. Также методические вопросы до и послеоперационных периодов исследуются специальностью 14.01.24 - Трансплантология и искусственные органы.

Личный вклад соискателя ученой степени в исследование

При планировании, организации и проведении исследований по всем разделам работы доля личного участия автора составляла не менее 80%. Автору принадлежит формулирование проблемы, постановка цели, задач и разработка дизайна исследования, анализ фактического материала и обобщение результатов, подготовка научных публикаций. Автором лично производился прием пациентов, поступающих с ХБП, диагностика их состояния, определение степени тяжести, проводилось лечение в условиях стационара, оперативные вмешательства.

Апробация и реализация результатов диссертации. Автор провел комплексное обследование наблюдаемых им больных. Автор участвовал более чем в 80% операций по трансплантации почки, в обследовании реципиентов и их лечении после трансплантации.

Полученные исследования применяются для анализа морфофункциональных изменений в толстой кишке больных с ХБП и у трансплантированных больных. Полученные результаты успешно внедрены в практику ГУ Национального научного центра трансплантации органов и тканей человека Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан и отделения нефрологии ГКБ №5 г. Душанбе.

Исследование, проведенное в рамках данной диссертации, было представлено на нескольких научных конференциях, а именно: на 60-й ежегодной научной конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино в Душанбе в 2013 году, на 61-й ежегодной научно-практической конференции с международным участием в

Душанбе в 2014 году, на VII Всероссийском съезде трансплантологов в Москве в 2014 году, на Ученом совете ННЦТОиТЧ МЗиСЗН РТ в Душанбе в 2020 году и на проблемно-экспертной комиссии по хирургическим дисциплинам в ТГМУ им. Абуали ибни Сино в Душанбе в 2023 году.

Публикации по теме диссертации. По теме диссертации опубликовано 9 научных работ и одно рационализаторское предложение, в том числе 6 статей в рецензируемых научных изданиях, включенных в перечень ВАК при Президенте Республики Таджикистан.

Структура и объём диссертации. Объём диссертации составляет 142 страницу машинописного текста, состоит из введения, общей характеристики работы, обзора литературы, характеристики больных и методов исследования, глав собственных исследований, обсуждения результатов и списка литературы, содержащей 166 источников (29 отечественных и 137 зарубежных). Работа иллюстрирована 26 таблицами и 19 рисунками.

Содержание работы

Общая характеристика клинических наблюдений

Мы провели анализ клинических наблюдений и лечения 120 пациентов, которые были подвергнуты трансплантации почки и проходили лечение в "ННЦТиТЧ" МЗиСЗН РТ в период с 2014 по 2021 годы. Распределение указанных пациентов по возрастным и половым категориям приведено в таблице 1.

Таблица 1. - Распределение больных с ХБП по полу и возрасту (n=120)

Пол	Возраст (в годах)					Итого
	18-20	31-40	41-50	51-60	61 и старше	
Мужчины	42 (35,0%)	21 (17,5%)	6 (5,0%)	5 (4,2%)	2 (1,7%)	76 (63,3%)
Женщины	20 (16,7%)	15 (12,5%)	6 (5,0%)	2 (1,7%)	1 (0,8%)	44 (36,7%)
Всего	62 (51,7%)	36 (30,0%)	12 (10,0%)	7 (5,8%)	3 (2,5%)	120

Примечание: процент возраста к количеству больных

Большинство мужчин и женщин, 55% и 45% соответственно, находятся в возрастной группе 18-20 лет. Мужчины в возрасте 31-40 лет составляют 27% от общего их числа, а женщины - 34%. Женщины от 41-50 лет составляют 13% от общего числа женщин, а мужчины - 7,8%. В группе возраста 61 и старше находится только 5% мужчин и 2,3% женщин. В 97,5% наблюдений возраст пациентов составляет от 18-50 лет.

Показания к трансплантации почек является ХБП в терминальной стадии и причиной ее развития были самые разнообразные заболевания (таблица 2).

Таблица 2. - Причины ХБП у больных с трансплантированной почкой (n=120)

Характер заболевания	Количество	%
Хронический гломерулонефрит	58	48,33%
Хронический пиелонефрит	52	43,33%

Амилоидоз почек	7	5,83%
Сахарный диабет	3	2,5%
Всего	120	100%

Примечание: процент этиологической причины к количеству больных

Так, в 58 (48,33%) наблюдениях причиной ХБП являлся хронический гломерулонефрит, у 43 (35,83%) хронический пиелонефрит, у 52 (43,33%), амилоидоз почек у 7 (5,83%) и сахарный диабет у 3 (2,5%).

Все пациенты с ХБП до трансплантации почек в течение 5-10 лет получали консервативное лечение и методы заместитель-почечной терапии (таблица 3).

Таблица 3. - Распределение больных с аллотрансплантацией почек в зависимости от характера лечения (n=120)

Методы лечения	Количество	%
Хронический гемодиализ	70	58,33%
Перитонеальный диализ	10	8,33%
Консервативное лечение	40	33,33%
Всего	120	100%

Примечание: процентное соотношение к количеству больных, получавших методы заместитель-почечной терапии

Из представленной таблицы в 70 (58,33%) наблюдений пациенты получали лечение методом хронического гемодиализа, 10 (8,33%) пациентов получали перитонеальный диализ и 40 (33,33%) больных получали консервативные методы коррекции ХБП.

Необходимо отметить, что у большинства 51 (42,5%) больных с ХБП 5 стадии имели и другие сопутствующие заболевания, которые негативно влияли на результаты трансплантации почек (таблица 4).

Таблица 4. - Сопутствующие заболевания у больных с ХБП 5 стадии (n=51)

Название заболеваний	Количество	%
Хронический холецистит	12	23,53%
Хронический колит	10	19,61%
Неспецифический язвенный колит	2	3,92%
ИБС. Стенокардия напряжения	11	21,57%
Хронический бронхит	10	19,61%
Сахарный диабет	6	11,76%
Всего	51	100%

Примечание: процент сопутствующей патологии к количеству больных

Как видно из предложенной таблицы хронический холецистит был отмечен у 12 (23,53%) больных, хронический колит был отмечен у 10 (19,61%) больных, НЯК у 2 (3,92%), ИБС, стенокардия напряжения 11 (21,57%), хронический бронхит 10 (19,61%) и сахарный диабет 6 (11,76%). Во всех случаях выполняли родственную трансплантацию почек. В 70 (58,33%) случаях нами были произведены трансплантации почек от маргинальных доноров (старше 55 лет).

Таблица 5. - Возрастная характеристика доноров (n=120)

Возраст донора	Количество	%
----------------	------------	---

От 18 до 30 лет	10	8,33%
От 30-40 лет	5	4,17%
От 40-50 лет	5	4,17%
55-60 лет	35	29,17%
60-70 лет	35	29,17%
70-и старше	30	25,0%
Всего	120	100%

Примечание: процентное соотношение возраста доноров к количеству

В различные сроки от 1 до 6 месяцев после аллотрансплантации почек у 32 (26,67%) больных имелись осложнения со стороны дистальных отделов толстой кишки (таблица 6).

Таблица 6. - Осложнения со стороны дистальных отделов толстой кишки у больных с ХБП после трансплантации почек (n=32)

Осложнения	Количество	%
Кишечные кровотечения	28	87,5%
Перфорация язв толстой кишки	4	12,5%
Всего	32	100%

Примечание: процентное соотношение возраста доноров к количеству

В 28 (87,5%) случаях в этих наблюдениях отмечали различной степени выраженности кишечные кровотечения, в 4 (12,5%) случаях отмечали перфорации, из них язв тонкой кишки в 2 (6,25%) случаях и 2 (6,25%) толстой кишки. Применение комплексных консервативных методов позволило у 26 (81,25%) больных остановить кишечное кровотечение в 2 (6,25%) наблюдениях прибегали к эндоскопическому гемостазу. При перфоративных язвах во всех случаях выполняли лапаротомию, которая сопровождалась летальным исходом в 2 (6,25%).

Необходимо отметить из 32 (26,67%) осложнений возникшей со стороны дистальных отделов пищеварительного тракта в 29 (90,63%) случаях из них, были пересажены почки от маргинальных доноров и в 95% наблюдениях эти осложнения развивались на фоне массивной иммуносупрессивной терапии, острого кризиса отторжения и снижения функции почечного трансплантата.

Изучение клинических проявлений у пациентов, страдающих ХБП, выявило, что у 74 (61,67%) из общего числа 120 пациентов были различные жалобы (таблица 7).

Таблица 7. - Жалобы пациентов, имеющих воспалительные и эрозивные поражения толстой и прямой кишки при ХБП (n=74)

Предъявляемая жалоба	Количество	%
Снижение аппетита	68	55,83%
Расстройства стула:	72	60,0%
Запоры	49	40,83%
Поносы	17	14,17%
Чередование запоров и поносов	6	5,0%
Боли в животе	56	46,67%
Мелена	4	3,33%
Метеоризм	12	10,0%

Примечание: количество жалоб более чем число больных, это объясняется тем, что у одного больного в ряде случаев имело место несколько жалоб

У 56,67% пациентов, страдающих ХБП, отмечалось снижение аппетита различной степени тяжести, а 72 (60,0%), предъявляли жалобы на нарушения стула. Среди прочих симптомов 39 пациентов страдали от запоров, 17 (14,17%) от поноса и в 6 случаях беспокоились о чередовании запоров и поносов. Меж тем, болевые ощущения различной степени тяжести в животе имели место у 46,67% пациентов с ХБП. Лишь в 4 случаях у пациентов отмечали мелену и в 12 случаях - метеоризм. Исследование причин для снижения аппетита и расстройств стула было проведено в связи с уремической интоксикацией. Жалобы на мелену (n=4) в общей сложности связаны с применением пациентами препаратов железа.

При объективном исследовании пациентов с ХБП нами были получены более подробные информации подтверждающих поражение толстого кишечника (таблица 8).

Большинство пациентов имело обложенность языка белым налетом (34, 28,33%). У пациентов с пониженным питанием это проявлялось в 10% случаев. При пальпации живота, болевые ощущения по ходу толстой кишки наблюдались в 34 наблюдениях (28,3%), в эпигастральной области – в 54 наблюдениях (45%) и в правом подреберье – в 12 наблюдениях. У 5 больных с ХБП было отмечено увеличение печени (n=3) и селезенки (n=2).

Таблица 8. - Объективные данные осмотра органов пищеварительного тракта у больных с ХБП (n=74)

Исследуемый признак при осмотре	Количество	%
Пониженное питание	12	10,0%
Обложенность языка	34	28.33%
Субиктеричность склер	45	37.5%
Болезненность в эпигастрии	34	28.33%
Болезненность по ходу толстой кишки	54	45%
Болезненность в правом подреберье	35	29.17%
Увеличение печени	22	18.33%
Увеличение селезенки	6	5%

Примечание: количество жалоб более чем число больных, это объясняется тем, что у одного больного в ряде случаев имело место несколько жалоб

Уровень креатинина, мочевины и различного уровня СКФ повышались при исследовании крови у пациентов с изменениями характерными для ХБП, при величинах до 20% (особенно в терминальной стадии ХБП). Колоноскопия и ректороманоскопия были проведены у 52 пациентов с 74 ХБП, у которых были жалобы на проблемы с толстой и прямой кишкой. (таблица 9).

Таблица 9. - Результаты эндоскопического исследования тонкой кишки у больных с ХБП (n=52)

Характер эндоскопических изменений толстой кишки	Количество	%
Нефротический колит	18	34.62%
Эрозивно-язвенный уремический колит	14	26.92%
Спастический колит	6	11,54%
Хронический колит	14	26.92%
Всего	52	100%

Примечание: % к общему количеству больных

В 14 (26,92%) случаях при колоноскопии наблюдали гиперемию слизистой левой и правой половин толстой кишки, что характерно для «нефротического» колита. У 10 (19,23%) пациентов были обнаружены эрозии на слизистой оболочке толстой кишки. В 6 (11,54%) случаях диагностировали спастический колит, у 4 (7,69%) пациентов диагностировали недостаточность баугиновой заслонки. Комплексное рентгенологическое исследование проведено у 18 больных, у 8 из которых выявили рентгенологические признаки нефротического колита. У 6 пациентов при рентгенологическом исследовании толстой кишки были обнаружены явления хронического колита, снижение тонуса толстой кишки и гладкость гаустров. Всего было проведено комплексное УЗ-исследование 35 пациентам с ХБП и 20 добровольцам для сравнения (таблица 10). В 4 наблюдениях обнаружены признаки мегадолихосигмы с сегментарным колитом. Результаты трансабдоминальной УЗИ позволило в 14 наблюдениях выявить «нефротический» колит. У 12 пациентов с «уремическим «колитом на УЗ-сканограммах определялось сглаженность гаустрации с расширением ее просвета и истончением ее стенок. В 6 наблюдениях у пациентов с ХБП и выраженной азотемии наряду с истончением стенок тонкой кишки и выраженного «нефротического» колита отмечали наличие недостаточности баугиновой заслонки.

Таблица 10. - Эхографические признаки нормальной толстой кишки (M±m)

Отделы ободочной и прямой кишки	Диаметры толстой кишки					
	Длина (см)	Диаметр просв. (см)	Толщина стенки (мм)	Высота складок (см)	Длина гаустр (см)	Подел в просвет кишки (см)
Слепая кишка	5,7±0,02	5,5±0,02	3,2±0,01	1,8±0,01	1,6±0,01	3,9±0,03
Восходящая кишка	12,3±0,05	4,3±0,03	3,1±0,01	1,3±0,03	1,5±0,05	4,0±0,02
Поперечный отдел	46,9±0,1	3,8±0,02	3,1±0,02	1,2±0,01	1,4±0,01	3,0±0,02
Нисходящий отдел	21,4±0,07	3,3±0,02	3,2±0,02	0,9±0,01	1,1±0,02	4,5±0,2
Сигмовидная кишка	42,1±0,1	2,5±0,09	3,0±0,01	1,0±0,06	1,0±0,01	4,2±0,02
Ректо-сигм.отдел	4,8±0,02	2,8±0,02	3,3±0,01	1,2±0,01	1,4±0,01	3,9±0,02
Прямая кишка	10,8±0,01	4,6±0,02	3,9±0,02	1,2±0,01	1,3±0,01	3,8±0,01

В 3 наблюдениях при трансабдоминальном УЗИ были диагностированы утолщение стенок ампулярного и ректосигмоидального отделов прямой кишки с размытостью и ее контуров.

Результаты эндоректальной сканирования у больных с ХБП показало наличие различной степени выраженности изменений в слизистой прямой кишки (таблица 11).

Таблица 11. - Характеристика эхографических и гемодинамических изменений в слизистой оболочке прямой кишки у больных с ХБП (M±m)

Показатель	Нефротический колит (n=14)	Уремический колит (n=10)	p
Толщина слизистой оболочки (см)	0,61±0,04	0,25±0,04	<0,001

Толщина мышечной слизистой оболочки (см)	0,2±0,4	0,19±0,03	>0,05
Пиковая скорость кровотока в артериях слизистой оболочки (см/сек)	9,66±0,62	5,06±0,24	<0,01
Пиковая скорость кровотока в венах слизистой (см/сек)	3,98±0,31	2,16±0,03	<0,05
RF(см/сек)	0,49±0,04	0,64±0,01	<0,05

Примечание: р – статистическая значимость различий показателей между группами (по U-критерию Манна-Уитни)

Структура прямой кишки у больных с нефротическим колитом предстала гипозоногенный характер. Отмечалось достоверное снижение скорость кровотока у обоих исследуемых групп. У больных с нефротическим колитом индекс резистентности сосудов были выше (0,64±0,01см/сек). При нефротических и уремиических поражениях толстой кишки наблюдается значительные нарушения кровообращения.

При исследовании пациентов с «нефротическом» (n=20) и «уремическим» (n=20) колитом установлено, что по мере прогрессирования ХБП и длительности заболевания в стенке толстой кишки наблюдаются значительные нарушения показатели скорости и внутрстеночного кровообращения, которые в последующем вызывают морфофункциональные изменения (таблица 12).

Таблица 12. - Средние показатели скорости внутрстеночного кровотока у больных с ХБП (M±m)

Показатель	Норма (n=15)	Нефротический колит (n=20)	Уремический колит (n=20)	р
Vmaxсм/сек	26,25±1,96	18,3±0,3 p ₁ <0,01	15,4±0,28 p ₁ <0,001 p ₂ <0,05	<0,001
Vmin см/сек	6,86±0,82	5,6±0,3 p ₁ <0,05	4,9±0,24 p ₁ <0,01 p ₂ <0,05	<0,01
RI см/сек	0,75±0,02	0,68±0,02 p ₁ <0,05	0,64±0,03 p ₁ <0,05 p ₂ >0,05	<0,05

Примечание: р – статистическая значимость различия показателей между всеми группами (по H-критерию Крускала-Уоллиса); p₁ - при сравнении с нормой (по U-критерию Манна-Уитни); p₂ - при сравнении с группой больных с нефротическим колитом (по U-критерию Манна-Уитни)

Так, показатели скорости кровотока у пациентов с наличием уремиического колита была значительно низким (Vmax-15,4±0,28 см/сек, Vmin-4,9±0,24 см/сек, RI - 0,64±0,03 см/сек) по сравнению с пациентами с нефротическим колитом ((Vmax-18,3±0,32 см/сек, Vmin-5,6±0,34 см/сек, RI - 0,68±0,02 см/сек) и у здоровых лиц.

Таким образом, результаты комплексного УЗИ показывают, что у больных с ХБП по мере увеличения гиперазотемии происходит значительные нарушения кровообращения в стенке толстой кишки, которое в дальнейшем способствуют развитию морфофункциональных ее нарушений.

После проведенных эндоскопических исследований толстой кишки на её завершающем этапе производили биопсию слизистой толстой кишки. Проведенные

морфологические исследования 112 биоптатов слизистой оболочки толстой и прямой кишки.

Гистологическое исследование колонобиоптатов при ХБП показало, что при морфологических исследованиях выявляются ряд изменений (таблица 13). Исследования морфометрических характеристик при «нефротическом» и «уремическом» колитах выявили для нефротического колита и уремического колита отмечается статистически значимое снижение в показателе бокаловидных клеток. В группе нефротического колита отмечено наибольшее уменьшение бокаловидных клеток на 48,4% по сравнению с нормальным состоянием. В группе уремического колита уменьшение составляет 31,65%. Сравнивая группы, можно сделать вывод, что только у больных нефротическим колитом наблюдалось формирование крипт-абсцессов. В группах нефротического и уремического колитов отмечается статистически значимое увеличение плотности инфильтрата на 48,2% и 85,7% соответственно по сравнению с нормальным состоянием. При этом в группе уремического колита отмечается более значимый рост этого показателя.

Таблица 13. - Морфометрическая характеристика биоптатов слизистой оболочки толстой кишки при ХБП (M±m)

Объект исследования	Норма (n=15)	Нефротический колит (n=20)	Уремический колит (n=20)	p
Бокаловидные клетки	31,6±0,4	16,3±1,2 p ₁ <0,001	21,6±2,7 p ₁ <0,01 p ₂ <0,05	<0,001
Крипт-абсцессы	0	4,1±1,3	2,7±1,1 p ₂ <0,05	
Плотность инфильтрата	5,6±0,7	8,3±1,1 p ₁ <0,05	10,4±0,7 p ₁ <0,01 p ₂ <0,05	<0,01

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между всеми группами (по H-критерию Крускала-Уоллиса); p₁ - при сравнении с нормой (по U-критерию Манна-Уитни); p₂ - при сравнении с группой больных с нефротическим колитом (по U-критерию Манна-Уитни)

Необходимо отметить, что в основе нарушений кровообращения в слизистой толстой кишки у больных с ХБП, наряду с гиперазотемией важное значение придается ишемическим повреждениям вследствие оксидантной токсемии. Нами для изучения нарушений процессов ПОЛ в слизистой толстой кишке у больных с ХБП проведено исследование содержания продуктов ПОЛ в биоптатах слизистой толстой кишки и в плазме крови (таблица 14).

Таблица 14. - Показатели продуктов ПОЛ в слизистой толстой кишки у больных с ХБП (M±m)

Группа	ДК мкмоль/л	МДА мкмоль/л	СОД усл.ед
Здоровые (n=15)	1,2±0,03	2,19±0,05	17,58±0,13
Нефротический колит (n = 20)	1,7±0,08 p ₁ >0,05	3,7±0,06 p ₁ <0,05	8,9±0,13 p ₁ <0,001
Уремический колит (n = 20)	2,3±1,1 p ₁ <0,05 p ₂ <0,05	4,45±0,07 p ₁ <0,01 p ₂ <0,05	6,7±0,12 p ₁ <0,001 p ₂ <0,05
p	<0,05	<0,01	<0,001

Примечание: р – статистическая значимость различия показателей между всеми группами (по Н-критерию Крускала-Уоллиса); р₁ - при сравнении с нормой (по U-критерию Манна-Уитни); р₂ - при сравнении с группой больных с нефротическим колитом (по U-критерию Манна-Уитни)

Результаты исследования показателей ПОЛ у больных с ХБП, показало, что у пациентов с нефротическим (ДК- $1,7 \pm 0,08$ мкмоль/л, МДА $-3,7 \pm 0,06$ мкмоль/л,) и уремическом колитом (ДК $-2,3 \pm 1,1$ мкмоль/л, МДА $-4,45 \pm 0,07$ мкмоль/л) наблюдается значительное повышение содержания продуктов ПОЛ и снижение супероксидсмутазы (СОД) - $8,9 \pm 0,13$ усл.ед и $6,7 \pm 0,12$ усл.ед. полученные сведения по изменению показателей биохимического состава слизистой толстой кишки показывают, что одной из причин морфофункциональных изменений является оксидантный стресс клеточных мембран слизистой оболочки толстой кишки и снижение ее резистентности.

Увеличение содержания продуктов ПОЛ в слизистой толстой кишки у больных с ХБП в дальнейшем способствует проникновению их в кровь с последующим токсическим влиянием на мембраны клеток жизненно важных органов (таблица 15).

Таблица 15. - Показатели ПОЛ в крови у больных с ХБП (M±m)

Показатель	Норма (n=15)	Нефротический колит (n=20)	Уремический колит (n=20)	р
ДК, ЕДЕ	$0,95 \pm 0,08$	$2,2 \pm 0,3$ р ₁ <0,01	$2,3 \pm 0,4$ р ₁ <0,01 р ₂ >0,05	<0,01
МДА, нм/мг	$2,4 \pm 0,02$	$3,2 \pm 0,1$ р ₁ <0,05	$4,2 \pm 0,5$ р ₁ <0,001 р ₂ <0,05	<0,001
Витамин Е, мг/%	$0,96 \pm 0,06$	$1,1 \pm 0,9$	$1,3 \pm 0,4$	>0,05

Примечание: р – статистическая значимость различия показателей между всеми группами (по Н-критерию Крускала-Уоллиса); р₁ - при сравнении с нормой (по U-критерию Манна-Уитни); р₂ - при сравнении с группой больных с нефротическим колитом (по U-критерию Манна-Уитни)

Подтверждением сказанного, является увеличение содержания продуктов ПОЛ у больных с нефротическим колитом (ДК- $2,2 \pm 0,3$ ЕДЕ, МДА $-3,2 \pm 0,1$ нм/мг, витамин Е $-1,1 \pm 0,9$ мг/%) и уремическим колитом (ДК $-2,3 \pm 0,4$ ЕДЕ, МДА $-4,2 \pm 0,5$ нм/мг, витамин Е $-1,3 \pm 0,4$ мг%).

Таким образом, у больных с ХБП наблюдается значительные морфофункциональные и биохимические изменения в толстой кишке, обусловленные как повреждающими действиями азотистых шлаков, так и оксидантной интоксикации.

После выполнения 120 родственных пересадок почек в 45 наблюдениях наблюдали пострасплантационные осложнения. При этом в 32 случаях эти осложнения характеризовались различной степени выраженностью кишечного кровотечения (n=28) перфорации острых язв кишки (n=4). Для выяснения этиопатогенетических механизмов риска развития этих осложнений нами были изучены до и пострасплантационные факторы, которые могли негативно влиять на течение пострасплантационного периода (таблица 16).

Таблица 16. - Факторы «риска» возникновения пострасплантационных осложнений со стороны толстой кишки (n=32)

Название фактора	Количество	%
Возраст реципиентов более 40 лет	19	15,8%
Наличие хронических заболеваний толстой кишки	12	10,0%
Наличие «нефротического» и «уремического» колита до трансплантации	24	20,0%
Пересадка почек от маргинальных доноров	29	24,2%
Посттрансплантационная дисфункция	17	14,2%
Массивная иммунодепрессия	24	20,0%
Острый криз отторжения	19	15,8%

Примечание: количество факторов риска более чем число больных, это объясняется тем, что у одного больного в ряде случаев имело место несколько факторов риска

Таким образом, совокупность нескольких факторов являются одной из причин риска развития осложнений со стороны толстой кишки.

Для профилактики пострасплантационных осложнений и осложнений со стороны дистальных отделов толстой кишки, а также пониманию сущности патогенеза этих состояний нами были проведены морфологические исследования биоптатов почечного трансплантата полученные на дооперационном и интраоперационном этапах (таблица 17).

Таблица 17. - Морфологические изменения в донорских почках у реципиентов (M±m)

Оцениваемый параметр	Пересадка почки маргинального донора (n=14)	Пересадка почки (n=14)	p
Тяжесть ишемических повреждений до реперфузии	2,7±0,5	2,5±0,7	>0,05
Тяжесть ишемических повреждений после реперфузии	3,04±0,4	2,7±0,5	>0,05
Степень интерстициального фиброза (ИФ)	1,8±0,5	1,1±0,5	<0,05
Степень атрофии канальцев (АК)	1,2±0,7	1,2±0,5	>0,05
Степень утолщения базальных мембран клубочков (БК)	2,1±1,1	1,7±1,0	>0,05
Степень увеличения мезентерального матрикса (ММ)	2,2±1,1	1,7±0,9	>0,05
Клеточность клубочков	0,8±0,4	0,4±0,5	>0,05
Глобально склерозированные клубочки (%)	6,3±0,3	3,2±0,2	<0,01
Степень атеросклероза	2,8±1,3	0,9±1,0	<0,01
Степень артериолгиализации	2,1±1,9	10,7±1,0	<0,001

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по U-критерию Манна-Уитни)

Установлено, что предшествующее изменения в донорских почках в дальнейшем способствует развитию осложнений непосредственно связано с почечного трансплантата (острое отторжение, дисфункция почечного трансплантата) и тяжелых осложнений со стороны толстой кишки, особенно у реципиентов, получивших почки от маргинальных доноров.

Исследование показателей процессов ПОЛ в биоптатах почек у доноров с различной возрастной группы показало, что в биоптатах почек содержание продуктов ПОЛ чрезмерно высокие (таблица 18).

Полученная нами информация говорит о том, в посттрансплантационный период, ишемические повреждения почечного трансплантата и слизистой оболочки толстой кишки могут вызвать морфологические изменения. Однако, наибольшую угрозу для жизнеобеспечения представляет ИРП. Он возникает при восстановлении кровотока в почечном трансплантате через лечебные процедуры.

Таблица 18. - Показатели ПОЛ в биоптатах почек доноров (M±m)

Показатель	Здоровые (n=20)	Маргинальные доноры (n=14)	Доноры до 40 лет (n=12)	p
ДК мкмоль/л	1,1±0,2	2,1±0,07 p ₁ <0,01	1,8±0,06 p ₁ <0,05 p ₂ >0,05	<0,05
МДА мкмоль/л	2,4±0,4	4,2±0,08 p ₁ <0,01	3,6±0,05 p ₁ <0,05 p ₂ >0,05	<0,01
СОД усл.ед	17,5±0,8	9,2±0,14 p ₁ <0,001	8,3±0,12 p ₁ <0,001 p ₂ >0,05	<0,001

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между всеми группами (по Н-критерию Крускала-Уоллиса); p₁ - при сравнении с группой здоровых лиц (по U-критерию Манна-Уитни); p₂ - при сравнении с группой маргинальных доноров (по U-критерию Манна-Уитни)

При ИРП поступление молекулярного кислорода, и превращение его в реактивные формы, является мощным окислителем, который наносит вред клеточным мембранам и активизируют выработку эйкосаноидов, тромбоксанов и лейкотриенов. Эти процессы также приводят к усилению экспрессии адгезивных молекул и угрозе для эндотелия (таблица 19).

Таблица 19. - Показатели ПОЛ в крови в посттрансфузионном периоде после аллотрансплантации почек (M±m)

Показатель	Норма (n=20)	Ранний реперфузионный период (2-5 сутки)	p
ДК ЕдЕ	0,95±0,08	2,3±0,5	<0,01
МДА нм/мг	2,3±0,02	4,1±0,5	<0,01
Витамин Е	0,94±0,04	1,3±0,6	>0,05

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по U-критерию Манна-Уитни)

Биопсия почечного трансплантата у 3 больных в конце первых суток после аллотрансплантации почек показало, что процессы реперфузионного повреждения почек продолжается.

Заметное увеличение содержания ПОЛ в крови организма может быть вызвано критической ишемией и реперфузионными токсинами, что в дальнейшем может оказаться ключевым фактором, определяющим глубину и возможность обратимости повреждений слизистой тонкой и толстой кишки в период после

трансплантации. Исследование содержание продуктов ПОЛ в крови у больных с перфорации острых язв тонкой и толстой кишки свидетельствовали об этом (таблица 20).

Так, в крови у пациентов с перфорацией тонкой и толстой кишки обнаруженное выраженное увеличение содержания ДК - $2,5 \pm 0,4$ ЕдЕ, МДА - $4,3 \pm 0,2$ нм/мг и витамина Е - $1,4 \pm 0,07$ мг% вызывающее реперфузионную ишемию стенки кишки с последующем развитием перфорацией и кровотечением.

Таблица 20. - Содержание продуктов ПОЛ в раннем реперфузионном периоде у больных с перфорацией острых язв тонкой и толстой кишок (M±m)

Показатель	Норма (n=20)	Ранний реперфузионный период (2-5 сутки)	p
ДК ЕдЕ	$0,95 \pm 0,08$	$2,5 \pm 0,4$	<0,01
МДА нм/мг	$2,3 \pm 0,02$	$4,3 \pm 0,2$	<0,01
Витамин Е	$0,94 \pm 0,04$	$1,4 \pm 0,07$	<0,05

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по U-критерию Манна-Уитни)

Аллоотрансплантация почки, как сложное оперативное вмешательство сопровождается различными послеоперационными осложнениями, со стороны дистальных отделов пищеварительного тракта. В большинстве наблюдений (n=28) отмечали различной степени выраженности кишечных кровотечений (таблица 21).

Таблица 21. - Тяжесть кишечных кровотечений в пострасплантационном периоде (n=28)

Тяжесть острой кровопотери	Количество	%
Легкая степень	13	46%
Средней тяжести	10	36%
Тяжелая степень	5	18%
Всего	28	100%

Примечание: % к общему количеству больных

В 13 (46,4%) наблюдениях кишечное кровотечение носило легкой степени тяжести, в 10 (35,7%) - средней тяжести и в 5 (17,8%) – тяжелой степени кровотечения.

Наряду с кишечными кровотечениями в 4 случаях из 32 в раннем пострасплантационном периоде у пациентов наблюдали перфорация острых язв с явлениями распространенного перитонита, требующей неотложной релапаротомии.

Для лечения кишечных кровотечений в 26 наблюдениях применяли комплексную гемостатическую терапию, лишь в 2 наблюдениях прибегали к эндоскопическому гемостазу (таблица 22).

Таблица 22. - Характер лечебных пособий при пострасплантационных осложнениях со стороны органов пищеварения (n=32)

Метод лечения	Количество	%
Поражение толстой кишки и гемостатическая терапия	26	81%
Релапаротомия ушивание перфоративной язвы. Санация и дренирование брюшной полости и тонкой кишки	2	6%

Резекция толстой кишки с трансверзостомией. Санация и дренирования брюшной полости	2	6%
Эндоскопический гемостаз острых эрозий	2	6%
Всего	32	100%

Примечание: % к общему количеству больных

Следует отметить, что в большинстве случаев (n=21) острые пострасплатационные осложнения со стороны органов пищеварения возникали на фоне осложнений со стороны почечного ауотрансплантата и зоны операции, которые в значительной степени затрудняли лечение (таблица 23).

Таблица 23. - Осложнения со стороны трансплантата и послеоперационной раны (n=21)

Характер осложнений	Количество	%
Дисфункция почечного аллотрансплантата	9	43%
Острый криз отторжения трансплантата	4	19%
Нагноение ран	5	24%
Пиелонефрит почечного трансплантата	3	14%
Всего	21	100%

Примечание: % к общему количеству больных

На основании полученных новых данных о патогенезе осложнений со стороны дистальных отделов пищеварительного тракта в комплекс консервативной терапии и профилактики пострасплатационных осложнений предложено новая схема лечения.

Разработка способа профилактики и лечения ишемически-реперфузионных повреждений после аллотрансплантации почек

Основной задачей пострасплатационного периода у больных с ХБП является не только восстановление патофизиологических нарушений, восстановление функции почек, но и патогенетическим мероприятиям направленным на профилактику пострасплатационных осложнений со стороны толстой кишки т.е.ишемически-реперфузионного синдрома.

Чтобы предотвратить ИРП трансплантированной почки и толстой кишки в период после трансплантации, в комплексную программу лечения для 18 пациентов основной группы были включены антигипоксанта и антикоагулянт реамберин.

Контрольная группа состояла из 16 пациентов, которым не был назначен реамберин. У пациентов основной группы (n=18) реамберин 1,5% - 800 мл в день на протяжении всего периода нахождения в реанимационном отделении (таблица 24).

Таблица 24. - Показатели оксидантного «стресса» и эндотоксемии у больных с ХБП после аллотрансплантации почки в раннем реперфузионном периоде (M±m)

Показатель	Контрольная группа (n=16)			Основная группа (n=18)		
	До	После	p	До	После	p

	лечения	лечения		лечения	ечения	
Мочевина ммоль/л	9,2±0,7	8,0±0,8	>0,05	8,7±0,6	6,4±0,4*	<0,05
Креатинин ммоль/л	168,0±3,6	145,0±3,8	>0,05	172,0±4,4	131,0±2,7*	<0,05
МСМ усл. Ед	0,67±0,06	0,55±0,05	>0,05	0,65±0,04	0,47±0,05	<0,05
МДА усл. ед	0,84±0,06	0,69±0,05	<0,05	0,79±0,07	0,54±0,05*	<0,05

Примечание: р – статистическая значимость различия показателей до и после лечения (по Т-критерию Вилкоксона); *р <0,05 - при сравнении с таковыми показателями в контрольной группе (по U-критерию Манна-Уитни)

Анализируя и сравнивая результаты основной и контрольной групп, удалось установить, что в течение всего эксперимента (3-4 дня) показатели интоксикации, такие как МСМ (0,465±0,05 усл. ед) и МДА (0,465±0,05ммоль), уменьшились в два раза у пациентов основной группы, что подтверждает успех комплексного лечения и профилактики пострасплантационного ишемически-реперфузионного синдрома.

Результаты исследований показали, что реамберин проявляет высокую клиническую эффективность при лечении данных повреждений, что подтверждается как отсутствием, так и снижением частоты возникновения осложнений со стороны толстой кишки. Химические свойства препарата позволяют ему действовать в качестве антигипоксанта и антиоксиданта, что предотвращает разрушение клеток и способствует восстановлению ранее поврежденных тканей.

Таким образом, субстратный антигипоксанта-антиоксидант реамберин представляет собой эффективный медикамент для лечения пострасплантационных ишемически-реперфузионных повреждений, что является чрезвычайно актуальной проблемой в современной медицине.

Разработка хирургического способа профилактики мочевого инфекции и пузырно-мочеточникового рефлекса

Нами разработан способ профилактики профилактики пузырно-мочеточникового рефлекса и мочевого инфекции после родственной трансплантации почки путем наложения уретр-уретора анастомоза. Данным способом прооперированны более 45 реципиентов за 2021 год. Способ включает следующие этапы: при имплантации почки накладывался уретр-уретора анастомоз между мочеточником реципиента выделенным на 5-7 см выше своего впадения в мочевой пузырь и мочеточником реципиента, который специально иссекается в косом направлении для создания более большого соустья и накладывался по типу конец в бок с мочеточником реципиента (рисунок 1). Из 45 случаев трансплантации почки с новой методикой осложнения со стороны частичной несостоятельности мочеточника не возникало не в одном случае в группе с новой методикой против 6,5 % процентов со стандартной. Гипокинезия с развитием гидронефроза не наблюдалось против 4 (12,5%) в группе контроля. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс наблюдался в 6 случаях (20,0%) в группе со стандартной методикой.

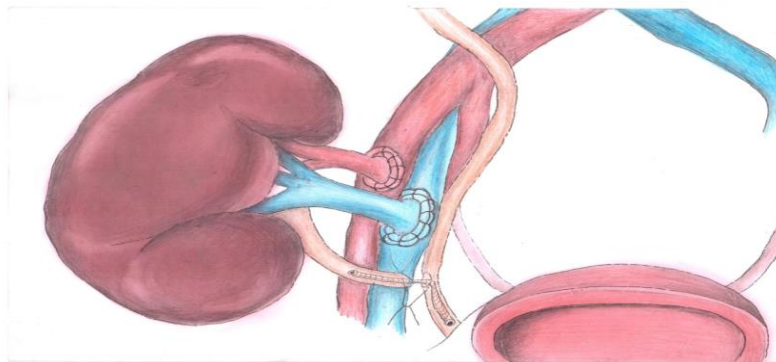


Рисунок 1. - Разработанный способ профилактики мочевой инфекции и пузырно-мочеточникового рефлекса

Стриктура анастомоза ($n = 3, 10,0\%$), произошла в группе, со стандартной методикой которую лечили с помощью реимплантации мочеточника или чрескожной нефростомией (таблица 25).

Таблица 25. - Урологические осложнения в группах сравнения по методике наложения анастомоза

Осложнение	Контрольная группа, % (n=45)	Основная группа, % (n=30)	p
Стриктура анастомоза	5 (11%)	1 (3%)	>0,05
Мочевой затек	5 (11%)	-	
ПМР	9 (20%)	-	
Гипокенезия с гидронефрозом	6 (13%)	-	
Частичная несостоятельность мочеточника	3 (7%)	1 (3%)	>0,05

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по точному критерию Фишера)

Таким образом, новая разработанная методика в нашем учреждении позволила снизить частоту осложнений со стороны реципиента мочеточника на 10%. Ключом к успешному лечению урологических осложнений является разработка новых способов с учетом анатомических особенностей. Большинство мочеточниковых осложнений легко купируются с успешным исходом при раннем вмешательстве.

Для проведения межгруппового анализа были сравнены результаты трех показателей у двух групп пациентов - до начала лечения и после его проведения.

Использовались три различных теста: ANOVA, парный t-тест и тест Уилкоксона. Результаты показали, что в группе ДК после лечения значительно увеличился первый показатель, а именно среднее значение, которое увеличилось на 10 единиц (50 ± 5 до 60 ± 6). Это изменение было статистически значимым с $p\text{-value}=0.015$ при использовании ANOVA и $p\text{-value}=0.001$ при использовании парного t-теста. Тест Уилкоксона также показал статистическую значимость изменения ($p\text{-value}=0.017$) (таблица 26).

Таблица 26. - Показатели продуктов ПОЛ в слизистой толстой кишки до и после антиоксидантной терапии у больных до и после трансплантации почки (M±m)

Показатель	Контрольная группа (n=10)	Группа до лечения (n=12)	Группа после лечения (n=12)	p
ДК	0,556±0,04	50,1±4,5**	60,2±5,6**	=0,017
МДА	2,3±0,13	2,0±0,3	1.5±0,2*	=0,042
СОД	17,9±1,81	4,1±0,2**	3,2±0,1**	=0.003

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей до и после лечения (по T-критерию Вилкоксона); *p <0,05, **p <0,001 - при сравнении с таковыми показателями в контрольной группе (по U-критерию Манна-Уитни)

В группе МДА результаты лечения также были положительными, хотя изменения были не такими значительными. Второй показатель в группе МДА уменьшился с 2±0.5 до 1.5±0.4, что было статистически значимым с p-value=0.051 при использовании ANOVA и p-value=0.023 при использовании парного t-теста. Тест Уилкоксона также показал статистическую значимость изменения (p-value=0.042). В группе СОД было достигнуто самое значительное улучшение - среднее значение третьего показателя уменьшилось с 4±1 до 3±0.7, что было статистически значимым с p-value=0.003 при использовании ANOVA, парного t-теста и теста Уилкоксона.

Таким образом, проведенный межгрупповой анализ показал значительное улучшение состояния пациентов после проведения лечения всех трех групп.

ВЫВОДЫ

1. В 53,5% наблюдений при ХБП наблюдаются морфофункциональные нарушения в слизистой оболочке толстой кишки, характерные для «нефротического» и «уремического» колитов [1-А, 2-А, 5-А, 7-А, 10-А].

2. Комплексное ультразвуковое исследование, эндоскопическая ультрасонография, УЗИ с ЦДК и дуплексным ангиосканированием до и после трансплантации почек позволяют выявить глубину и распространенность патологического процесса в стенке толстой кишки и окружающих тканях [1-А, 2-А, 4-А, 6-А, 7-А].

3. Факторами риска развития посттрансплантационных осложнений со стороны толстой кишки являются: «нефротический» и «уремический» колиты, пересадка почек от «маргинальных» доноров, а также дисфункция почечного трансплантата, синдром отторжения почек, возвратная мочевиная инфекция [1-А, 2-А, 4-А, 6-А, 7-А, 8-А, 9-А, 10-А].

4. В патогенезе посттрансплантационных осложнений со стороны органов дистального отдела пищеварительного тракта лежат ишемически –реперфузионные повреждения [1-А, 2-А, 4-А, 6-А, 7-А, 8-А, 9-А, 10-А].

5. Применение комплексной антигипоксантной и антиоксидантной терапии в до и посттрансплантационном периоде у больных с ХБП позволяют существенным образом снизить частоту ишемически-реперфузионных повреждений толстой кишки [1-А, 2-А, 4-А, 7-А, 8-А, 9-А].

6. Сравнительный анализ методики с применением стандартного наложения мочеточникового анастомоза подтвердил эффективность и безопасность модифицированного варианта, что позволяет его рекомендовать для широкого практического применения [1-А, 7-А, 8-А, 9-А].

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При проведении трансплантации почек необходимо выявить больных «группы» риска к послеоперационным осложнениям, со стороны толстой кишки.
2. Для диагностики степени выраженности патологических изменений в толстой кишке наряду с эндоскопические методы исследования рекомендуется применения эндоректального УЗИ и УЗИ с ЦДК.
3. Для профилактики пострасплантационных осложнений со стороны пищеварительного тракта целесообразно ограничить трансплантацию маргинальных доноров и страдающих системными заболеваниями.
4. Для лечения и профилактики пострасплантационных осложнений рекомендуется пациентам группы риска проведение антиоксидантной и антигипоксантажной терапии в течение 6 месяцев
- 5.

ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Статьи в рецензируемых журналах;

[1-А] Саймухидинов М.М. Хирургический способ профилактики мочевой инфекции и пузырно-мочеточникового рефлюкса при родственной трансплантации почки [Текст]/ М.М. Саймухидинов, С.С. Исмоилзода, М.М. Миргозиев, У.А. Достиев, И.Дж. Муллоев//Симурф.2023. - №2. - С.62

[2-А] Саймухидинов М.М. Особенности морффункциональных изменений в толстой кишке у больных с ХБП-5 стадии до и после трансплантации почки [Текст]/ М.М. Саймухидинов, С.С. Исмоилзода, М.М. Миргозиев, У.А. Достиев, И.Дж. Муллоев//Симурф.2023.-№2.-С.45-46.

[3-А] Саймухидинов М.М. Интраоперационная биопсия собственной почки реципиентов с хронической болезнью почек [Текст]/ С.С. Исмоилов. М.К. Гулов. С.Ф. Гулшанова. Ф.Б. Мавлонов. М.М. Саймухидинов. Дж.М. Мугшулова //Трансплантология. -2016. -№2. -С.21-25.

[4-А] Саймухидинов. М.М. Пути повышения информированности населения республики о трансплантации органов [Текст] / С.С.Исмоилов, С.Ф.Гулшанова, Ф.Б.Мавлонов, М.М. Саймухидинов // Вестник Педагогического университета.- 2013.-№3.-С.231-234.

[5-А] Саймухидинов М.М. Прогностические факторы риска развития ранних дисфункций трансплантата после родственной пересадки почки [Текст] / Хубутия М.Ш., Гулов М.К., Исмоилов С.С., Гулшанова С.Ф., Саймухидинов М.М. //Журнал Здравоохранение Таджикистана. - 2016. -№4 (331). - С.51-59

[6-А] Саймухидинов М.М. Пути повышения информированности населения республики о трансплантации органов [Текст] / Исмоилов С.С., Гулшанова С.Ф., Мавлонов Ф.Б., Саймухидинов М.М. // Вестник Педагогического университета. - 2013.- № 3 (52). -С. 227-234.

Статьи и тезисы, опубликованные в сборниках и материалах конференций

[7-А] Саймухидинов М.М. Трансплантация почки от живого родственного донора [Текст] / Исмоилзода С.С. Гулшанова С.Ф. Мавлонов Ф.Б. Зокиров Р.А. Достиев У.А. Саймухидинов М.М. // Типография Душанбе Пром-экспо.- Стр 212.- Тираж 100 экз.-Душанбе-2020.

[8-А] Саймухиинов М.М. Способ профилактики гипоперфузии и ишемии почечного трансплантата и мочевой инфекции после родственной трансплантации почки [Текст] / Саймухидинов М.М., Исмоилзода С.С., Достиев У.А //Материалы научно-практической конференции (69-й годичной) с международным участием, посвященной 30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)». -Том-1. - 17 ноября. - 2021 Душанбе (Dushanbe). - С.423-424.

[9-А] Саймухидинов М.М. Профилактика несостоятельности мочеточника и гипокинезии при трансплантации почки [Текст] / Саймухидинов М.М., Файзов Н., Достиев У.А.//Материалы научно-практической конференции (69-й годичной) с международным участием, посвященной 30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)». -Том-1. - 17 ноября. - 2021 Душанбе (Dushanbe). - С.426-428.

Рационализаторское предложение

[10-А] Саймухидинов М.М., Гулов М.К., Исмоилзода С.С. Интраоперационная биопсия собственной почки с ХПБ пятой стадии. Рационализаторское предложение № 3541\R694 выданное ГОУ ТГМУ от 04.10.2016 г.

Перечень сокращений и условных обозначений

АОЗ	антиоксидантная защита
ГД	гемодиализ
ЗПТ	заместительная почечная терапия
ИТТ	инфузионно-трансфузионная терапия
ИРП	ишемически реперфузионное повреждение
МДА	малоновый диальдегид
МСМ	молекулы средней массы
ОПСС	общее периферическое сопротивление сосудов
ПА	почечная артерия
ПВ	почечные вены
ПОЛ	перекисное окисление липидов
СКФ	скорость клубочковой фильтрации
СОД	супероксиддисмутаза
СОЭ	скорость оседания эритроцитов
СЭИ	синдром эндогенной интоксикации

**МДТ «ДОНИШГОҶИ ДАВЛАТИИ ТИББИИ ТОҶИКИСТОН БА НОМИ АБУАЛӢ
ИБНИ СИНО»**

УДК:616.61+611.311+611.611

бо ҳуқуқи дастнавис

**САЙМУҶИДИНОВ МАҲМАДСАФАР МАҲМАДРОЗИҚОВИЧ
ТАҒӢИРОТҶОИ МОРФОФУНКЦИОНАЛИИ ЛУОБПАРДАИ РӢДАИ ҒАВС ПЕШ
ВА БАӢД АЗ АЛЛОПАЙВАНДСОЗИИ ГУРДА**

АВТОРЕФЕРАТИ

диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмии
номзади илмҳои тиб аз рӯи ихтисосҳои
14.01.17 – Ҷарроҳӣ; 14.01.24 - Пайвандсозӣ
ва узвҳои сунӣ

Душанбе – 2024

Таҳқиқоти диссертатсия дар кафедраи ҷарроҳии инноватсионӣ ва трансплантологияи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» иҷро карда шудааст.

- Роҳбари илмӣ:** **Исмоилзода Саидмаҳмуд Саидахмад**, доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи ҷарроҳии инноватсионӣ ва трансплантологияи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино»
- Муқарризони расмӣ:** **Мухиддин Нуриддин Давлатали**, доктори илмҳои тиб, профессор, мудири кафедраи бемориҳои ҷарроҳӣ ва эндоҷарроҳии Муассисаи давлатии таълимии “Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон”
- Дмитриев Иля Викторович**, доктори илмҳои тиб, мудири шуъбаи пайвандсозии гурда ва гадуи зерӣ меъдаи МДТБ «ДИТ ЁТТ ба номи Н.В. Склифосовский РТМ»; (ш. Москва, Федератсияи Россия).
- Муассисаи пешбар:** Муассисаи давлатии буҷетии федералии Маркази давлатии илмии Федератсияи Россия «Маркази тиббии биофизикийи федералии ба номи А.И. Бурназян» Агентии тиббӣ-биологӣ федералии Россия

Ҳимояи рисолаи илмӣ рӯзи «_____» моҳи _____ соли 2024 соати «_____» дар ҷаласаи Шурои диссертатсионии БД.КOA-040 МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» баргузор мегардад. Суроға: 734003, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, хиёбони Сино, 29-31, www.tajmedun.tj. Тел.: (+992) 907-70-82-50

Бо диссертатсия дар китобхонаи МТД «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «_____» _____ с. 2024 ирсол гардид.

**Котиби илмии
шурои диссертатсионӣ,
доктори илмҳои тиб**

Шарипов А.М

Муқаддима

Аҳамияти масъала . Дар минтақаҳои гуногуни ҷаҳон беморони гирифтори бемории музмини гурдаҳо дар марҳилаи -5 (БМГ марҳилаи - 5) басомади миёна ба 100 нафар ба 1 миллион аҳоли пайдо мешаванд. Табобати беморони гирифтори БМГ бо усулҳои гуногун, аз қабали гемодиализ, диализи перитонеалӣ ва пайвандсозии гурда сурат мегирад, ки мизони зинда мондани беморонро ба таври қобили мулоҳиза зиёд мекунад. Зиёда аз 1 миллион нафар дар ҷаҳон аллақай бо усулҳои диализ табобат гирифтаанд. Бо вучуди ин, пайвандсозии гурда барои беморони гирифтори БМГ самараноктарин табобат ҳисобида мешавад [Драчев И.Ю. ва дигарон , 2019].

Дар беморони гирифтори БМГ дар марҳилаи-5, вайроншавии функсияи гурда ба он оварда мерасонад, ки луобпардаи рӯдаи ғафс аввалин монсаи барои эвакуатсияи партовҳои нитрогенӣ ва эндотоксинҳо мегардад. Мавҷудияти марҳилаи-5-и БМГ боиси тағйироти чиддии морфологӣ мегардад, ки бо тағйироти атрофикӣ дар луобпардаи рӯдаи рост ва рӯдаи ғафс зоҳир мешаванд. Истифодаи усулҳои фаъоли табобат метавонад боиси пешравии осеби рӯдаи ғафси як қатор беморон гардад [Томилина Н.А. , 2017; Исмоилзода С.С., 2020].

Бисёр тадқиқотҳо робитаи байни осеби луобпардаи рӯдаи ғафс ва рӯдаи ростро дар беморони гирифтори БМГ ва интиқоли бактериявӣ, инчунин таъсири доруҳои иммуносупрессивӣ, нишон медиҳанд [Ронко С., 2017]. Айни замон дар ҷарроҳии БМГ ба осеби ишемикии рӯдаи ғафс тавачҷӯҳи хоса дода мешавад, ки ин омили муҳими рушди мушкилиҳои пас аз пайвандсозӣ мебошад [Реболди А. ва дигарон, 2016; Гулов М.Қ., 2017]. Аммо механизмҳои инкишофи онҳо, омӯхтан ва такмил додани усулҳои пешгирӣ ва табобати онҳоро талаб мекунад.

Мутаассифона, ҳаёти беморони гирифтори БМГ бо осеб дидани узвҳо ва системаҳои гуногун дар натиҷаи захролудшавии уремикӣ ҳамроҳӣ мекунад. Яке аз бемориҳои маъмултарин дар ин беморон осеб дидани қисматҳои гуногуни системаи ҳозима, бахусус рӯдаи ғафс ва роstrӯда мебошад. Мувофиқи адабиёт дар 4-8% беморони гирифтори БМГ ин оризаҳо дар заминаи истифодаи васеи гемодиализ мушоҳида мешавад [Икромов Т.Ш. ва дигарон, 2016; Строков А.Г. ва дигарон, 2016; Vilous R.V. ва дигарон, 2017; Томилина Н.А. ва дигарон, 2017; Тагоев С.Х. ва дигарон, 2019].

Зарарҳои илтиҳобӣ ва эрозивии рӯдаи рӯда аксар вақт ба сӯрохҳо ва хунравӣ аз рӯдаи ҳозима дурӣ оварда мерасонад, ки дар натиҷа сатҳи баланди фавт барои чунин мушкилиҳо мегардад. Бо вучуди ин, бояд қайд кард, ки ин осебҳо нуқсонҳои сатҳии луобпардаи луобпарда мебошанд, ки ба қабати мушакҳо намегузаранд ва ба шифо бе ҷароҳат мусоидат мекунад. Гиперазотемия, ки бо СКД алоқаманд аст, ба функсияи ихроҷи системаи ҳозима, аз ҷумла рӯдаи меъдаю рӯда ва рӯдаи рӯда ба таври назаррас таъсир мерасонад. Пешравии КБД боиси тағйироти функционалӣ ва морфологии системаи ҳозима, аз ҷумла қисмҳои дурдаст мегардад, ки дар он ҷо тағйироти назарраси морфофункционалӣ дар рӯдаи ғафс мушоҳида мешавад.

Гумон меравад, ки яке аз сабабҳои асосии осеби рӯдаи ғафси беморони гирифтори БМГ ин дисбиоз мебошад, ки боиси колитҳои доруворӣ мегардад [Биен Ч., 2013; Муродов А.М. ва дигарон, 2020; Нехринг СМ, 2021]. Ҳангоми БМГ,

тағйироти дистрофӣ ва атрофӣ дар луобпардаи рӯдаи ғафс бо сабаби таъсири зараровари гиперазотемия ва андозаи зиёди “ҳавзи нитроген”-и худи рӯдаи ғафс пеш меравад .

Дарачаи коркарди илмии проблемаи мавриди омӯзиш. Тадқиқотҳо нишон медиҳанд, ки осеби ибтидоии қисмати болоии системаи ҳозима, махсусан рӯдаи ғафс, як раванди нефрогенӣ мебошад [Рамезани А. ва дигарон, 2016; Rooks MG, Garrett WS, 2016; Ронко С., Кларк ВР, 2018;]. Бисёре аз бемориҳои гурда ва БМГ ба ҳолати функционалии системаи ҳозима, махсусан қисми дисталӣ, таъсири назаррас доранд, ки боиси колопатияи нефротикӣ ва баъдан уремикӣ мешаванд.

Мувофиқи тадқиқотҳо, БМГ дар 70-79% ҳолатҳо ба пешравии чунин ихтилолҳоро пешгӯӣ мекунад ва муҳимтар аз ҳама, ин аз усули истифодашудаи диализ вобастагӣ надорад. Басомади ихтилоли системаи ҳозима, дар навбати худ, бо зиёд шудани давомнокии норасоии гурда зиёд мешавад [Гулов М.К. ва дигарон, 2018; Daugerdas D.T., Blake P.D., 2019].

Ба ихтилоли қисматҳои поёнии системаи ҳозима, ки барои беморони дар диализ буда муҳим, колитҳои уремикӣ, бемории ишемикии рӯда, сӯрохшавии якдафаи рӯдаи ғафс, маҳкамшавии начосатӣ, бемории дивертикулӣ ва ангиодисплазияро дар бар мегиранд [Cooper JE, Wiseman AC, 2013; Denecke C., Tullius S.G., 2014; Йинг Т. ва дигарон, 2020]. Тағйироти патоморфологӣ дар луобпардаи системаи ҳозима далолат аз он мекунад, ки таъсири усулҳои фаъоли ислоҳи норасоии музмини гурда ба бадани бемор вобаста аст. 9% бемороне, ки дар гузашта дар натиҷаи муолиҷаи диализ фавтида буданд, ба далели кашфи захми меъдаву рӯда маҷбур буданд ваготомия бо пилоропластика ё гастрэктомия гузаранд. Ин маълумотҳо бешубҳа паҳншавии назарраси захми симптоматикиро дар ин гурӯҳи беморон нишон медиҳанд. Дар баробари ин, дар гурӯҳи диализӣ-шаклҳои сабуктари осеби қитъаҳои дисталии системаи ҳозима пайдо шуданд, ки барои гурӯҳи «уремикӣ» хос набуданд, ин гуруҳи бо диализи перитонеалӣ таъбибат карда мешуданд. Илова бар ин, дар беморон пас аз диализи перитонеалӣ илтиҳоби васеъ паҳншудаи дохили шикам муайян карда шуд.

Ҳамин тариқ, патогенези инкишофи тағйироти морфофункционалӣ дар луобпардаи рӯдаи ғафс ва рострӯда пеш аз пайвандсозии гурда ва баъд аз пайвандсозии гурда, инчунин усулҳои ташхис ва таъбибати онҳо дар соҳаи тиб оризаҳои рӯзмарра мебошанд. Барои кор карда баромадани усулҳои самарабахши профилактика ва таъбибат, давом додани тадқиқот дар ин соҳа зарур аст.

Робитаи тадқиқот бо барномаҳо (лоиҳаҳо), мавзӯҳои илмӣ . Мавзӯи кори рисола, порчае аз корҳои илмии Муассисаи давлатии «Маркази миллии илмии пайвандсозии узв ва бофтаҳои инсон» мебошад, ки ба омӯзиши мавзӯи «Проблемаҳои тиббии пайвандсозии узв ва бофтаҳои инсон дар шароити Ҷумҳурии Тоҷикистон (тадқиқоти клиникии таҷрибавӣ)» (рақами бақайдгирии давлатии 0110ТJ551) мебошад.

Тавсифи умумии кор

Мақсади омӯзиш - беҳтар намудани натиҷаҳои фаврии пайвандсозии гурда тавассути пешгирӣ ва таботати оризаҳои пас аз пайвандсозӣ аз қисмати дисталии системаи ҳозима.

Ҳадафҳои тадқиқот

6. Омӯзиши сабабҳо ва зухуроти клиникалии осеби луобпардаи рӯдаи ғафс дар БМГ

7. Муайян кардани тағйироти эндоскопӣ ва морфологӣ дар луобпардаи рӯдаи ғафс ва рострӯда пеш ва бад аз пайвандсозии гурда.

8. Омӯзиши нақши омилҳои реперфузионалӣ (зараррасони дуҷумдараҷа) дар пайдоиши эрозияҳо ва захмҳои пас аз пайвандсозӣ.

9. Усулҳои комплекси пешгирӣ ва муолиҷаи эрозияҳои шадид ва захми рӯдаи ғафс ва роструда, кор карда баромада, такмил дода шаванд.

10. Тартиб додани усули ҷарроҳии пешгирии рефлексии везикоуретералӣ ва сирояти такрорӣ пешоб трансплантати гурда тавассути коркарди усули ҷарроҳии ташаккули анастомози ҳолиб ба ҳолиб.

Объекти омӯзиш . 120 нафар беморон (76 мард ва 44 зан), ки пайвандсозии гурда гузаронида шуда, дар Муассисаи давлатии «Маркази миллии илмии пайвандсозии узв ва бофтаҳои инсон»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи аз соли 2014 то 2021 таботат гирифтаанд.

Мавзӯи омӯзиш. Дар кори худ, ҳангоми мурочиати беморони гирифтори марҳилаи панҷуми бемории музмини гурда ба клиникаи Муассисаи давлатии «Маркази миллии илмии пайвандсозии узв ва бофтаҳои инсон»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии иҷтимоии Ҷумҳурии Тотористон аз тавсияҳои клиникалии ташкилоти ҷамъиятии умумирусиягии «Ассотсиатсияи табибони умуми (табибони оилавӣ)-и Федератсияи Русия» бо мақсади тасдиқи ташҳиси БМГ ва марҳилаҳои он, инчунин арзёбии функсияи боқимондаи гурдаҳо роҳнамоӣ карда шуданд. Барои муайян кардани клиренси креатинини эндогенӣ, усули санҷиши Реберг-Тареев интихоб карда шуд. Меъёри филтратсияи гломерулярӣ низ тафтиш карда шуд. Барои ташҳиси хунравӣ ва ҳолати бофтаи луобпардаи рӯдаи ғафс мо аз фиброгастроуденоскопия (ФГДС) истифода кардем. Барои муайян кардани дараҷаи вазнинии колити уремикӣ дар 9 ҳолат ташҳиси ултрасадои эндоскопӣ (EUS) бо истифода аз дастгоҳи Hitachi Pentax истифода шудааст. Санҷиши биохимиявии хун барои муайян кардани электролитҳо, холестерин, β-липопротеинҳо, протеини умумӣ ва санҷиши функсияи ҷигар гузаронида шуд. Дараҷаи маҳсулоти пероксидшавии липидҳо (ПОЛ), аз ҷумла конъюгат диен (КД) ва малондиалдегид (МДА) аз рӯи усули Д.М. Стальной ва Т. Гаришвили. Мо инчунин сатҳҳои маркерҳои дисфунксияи эндотелиалӣ ва нишондиҳандаҳои гемостазро (вақти лахташавии хун аз рӯи Ли-Уайт, комплекси протромбин мувофиқи усули Quick, INR, фибриноген, D-dimer ва ғайра) Тадқиқот аз руи меъёрҳои принсипҳои тибби далелӣ иҷро карда шуд. (интихоби беморон ва коркарди омории натиҷаҳо).

Навгони илми тадқиқот .

Бори аввал муқаррар карда шудааст, ки баробари пеш рафтани марҳилаи 5 БМГ дар пардаи луобии рӯдаи ғафс ва роstrӯда тағйиротҳои хоси колитҳои «нефротикӣ» ва «уремикӣ» ва проктит мушоҳида мешаванд. Бори аввал барои ташҳиси тағйироти морфофункционалӣ дар луобпардаи рӯдаи ғафс дар беморони гирифтори БМГ бо ёрии сканери ултрасадо ва харитаи ултрасадои гардиши хун муайян карда шуд, ки дар патогенези осеби ишемикии луобпардаи рӯдаи ғафси дар патогенези микдорӣ ва сифатӣ мавқеи муҳим дорад. Тағйирот дар таркиби маҳсулоти ПОЛ дар луобпарда, ихтилоли гардиши хун дар рағҳои рӯдаҳои ғафс дида мешавд.

Бори аввал муайян карда шудааст, ки омили хатари рушди оризаҳои пас аз пайвандсозии гурда, пайвандсозии узвҳо аз донорҳои маргиналӣ мебошад.

Усулҳои комплекси консервативии зидди гипоксик ва антиоксидант пешгири ва табобати мушкилии пас аз пайвандсозии кор карда баромада шудаанд.

Аҳамияти назариявӣ ва илмию амалии тадқиқот

Барои амалияи клиникӣ, усули нави ташҳиси колитҳои «нефротикӣ» ва «уремикӣ» пешниҳод шудааст. Усулҳои асосии табобати комплекси консервативӣ ва пешгирии осеби клиникии пас аз пайвандсозӣ ба рӯдаи ғафс таҳия карда шудаанд.

Натиҷаҳои илмию амалии ба даст овардашуда метавонанд дар раванди таълими донишқадаҳои олии тиббӣ истифода шаванд.

Нуқтаҳои ба ҳимоя пешниҳодшаванда:

7. Дар баробари пешравии бемории БМГ ва истифодаи бурдани усулҳои консервативии табобат дар луобпардаи рӯдаи ғафс роstrӯда, тағйироти морфологӣ ва эндоскопӣ, ки ба колитҳои «нефротикӣ» ва «уремикӣ» хосанд, мушоҳида мешавад.

8. Ташҳиси ултрасадоии эндоскопӣ, инчунин сканунии ултрасадоӣ ва сканери дуплексӣ имкон медиҳад, ки тағйироти морфологии луобпардаи рӯдаи ғафс ва роstrӯдаи пеш ва баъд аз пайвандсозии гурда муайян карда шавад.

9. Яке аз омилҳои патогенетикии рушди оризаҳои ишемикии пас аз пайвандсозӣ дар рӯдаи ғафс осеби реперфузия дар натиҷаи эндотоксемияи шадид мебошад.

10. Омилҳои хавфи пайдоиши осеби эрозивӣ ва захми рӯдаи ғафс ва рушди оризаҳо, инҳоянд: пайвандсозии гурда аз донорҳои маргиналӣ, бемориҳои музмини чигар, рӯдаи ғафс, инчунин мавҷудияти колитҳои "нефротикӣ" ва "уремикӣ".

11. Дохил кардани антигипоксикҳо ва антиоксидантҳо ба маҷмӯи табобати консервативии беморони гирифтори БМГ ва дар давраи пас аз пайвандсозӣ ба коҳиши назарраси осеби ишемикии рӯдаи ғафс мусоидат мекунад.

12. Муқоисаи усули стандартии чарроҳӣ бо усули оптимизатсияшуда, ки анастомози тағйирёфтаи пешобро бо истифода аз узвҳои донорҳои маргиналӣ дар бар мегирад, метавонад хатари оризаҳои урологиро ба таври назаррас коҳиш диҳад.

Ин ба он вобаста аст, ки усули охирин хатарҳо ва омилҳои манфири чуброн мекунад, ки дар навбати худ яке аз сабабҳои асосии оризаҳо мебошанд. Усули оптимизатсияшудаи чарроҳӣ ба кам кардани хатари оризаҳо кӯмак мекунад ва имкони бештари барқарорсозии бомуваффақияти саломатии беморро фароҳам меорад.

Дарачаи эътимоднокии натиҷаҳо.

Натиҷаҳои тадқиқот, муқаррароти барои дифоъ пешниҳодшуда ва тавсияҳои амалӣ ба омӯзиши маводи кофии клиникӣ, истифодаи усулҳои муосири ташҳиси иттилоотӣ ва татбиқи усулҳои гуногуни анъанавӣ ва муосири пешгирӣ ва табобати оризаҳои дар давраи пайвандсозии гурда дар беморони гирифтори бемории музмини гурда мебошанд. Тадқиқоти аслии илмӣ дар шакли нашрияҳо ва мақолаҳои илмӣ дар маҷаллаҳои тақризшавандаи Ҷумҳурии Тоҷикистон ба таъъ расидаанд.

Мутобиқати диссертатсия ба шиносномаи ихтисосҳои илмӣ .

Ба шиносномаи Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯи ихтисоси 14.01.17 – Ҷарроҳӣ, мувофиқат мекунад. Қисми III банди 1. Этиология. Патогенез. ташҳис, табобат ва пешгирии бемориҳои модарзодии узви шикам (системаи ҳозима, чигар ва талхадон, ғадуди зерӣ меъда) ва қафаси сина (шуш, сурхрӯда, плевра, медиастенум, диафрагма); банди 8. Тайёрии пеш аз ҷарроҳӣ ва идоракунии давраи пас аз ҷарроҳӣ. Инчунин, масъалаҳои методологии давраҳои пеш аз ҷарроҳӣ ва пас аз ҷарроҳӣ аз рӯи ихтисоси 14.01.24 – Пайвандсозӣ ва узвҳои сунъӣ омӯхта мешаванд.

Саҳми шахсии доктараи дарачаи илмӣ дар таҳқиқот.

Ҳангоми банақшагирӣ, ташкил ва гузаронидани тадқиқот дар тамоми қисматҳои асар иштироки шахсии муаллиф на камтар аз 80% буд. Муаллиф барои таҳияи масъала, гузоштани ҳадафҳо, вазифаҳо ва таҳияи тарҳи тадқиқот, таҳлили маводи воқеӣ ва ҷамъбасти натиҷаҳо, омода кардани нашрияҳои илмӣ масъул аст. Муаллиф шахсан беморони гирифтори БМГ-ро қабул карда, ҳолати онҳоро муайян карда дарачаи вазниниро муайян кард. Табобатро дар шароити беморхона гузаронида, даҳолати ҷарроҳиро анҷом дод.

Таъйиди маводи диссертатсия. Муаллиф муоинаи ҳамҷонибаи беморонро, ки ӯ мушоҳида кардааст, гузаронидааст. Муаллиф дар зиёда аз 80% пайвандсозии гурда, дар муоинаи ретсипиентҳо ва табобати онҳо пас аз пайвандсозӣ иштирок кардааст.

Тадқиқотҳои бадастомада барои таҳлили тағйироти морфофункционалӣ дар рӯдаи ғафси беморони гирифтори БМГ ва беморони пайвандсозӣшуда истифода шуданд. Натиҷаҳои ба даст овардашуда дар амалияи Муассисаи давлатии “Маркази миллии илмии пайвандсозии узв ва бофтаҳои инсон”-и Вазорати тандурусти ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон ва шуъбаи нефрологияи беморхонаи клиникӣ шаҳри рақами 5-и шаҳри Душанбе бомуваффақият ҷорӣ карда шуданд.

Тадқиқотҳои дар доираи рисолаи мазкур гузаронидашуда дар чанд конференсияи илмӣ, аз ҷумла: дар конференсияи илмӣ 60-уми ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино дар шаҳри Душанбе соли 2013, дар 61-умин конференсияи илмӣ ба амалӣ бо иштироки байналмилалӣ дар Душанбе, соли

2014, дар Конгресси VII умумирусиягии трансплантологҳо дар Маскав, дар Шӯрои илмии МД “ММИПУваБИ” дар ш.Душанбе дар соли 2020 ва дар комиссияи проблемавӣ-экспертӣ оид ба фанҳои ҷарроҳии ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино дар Душанбе соли 2023.

интишороти оид ба мавзӯи диссертатсия. Доир ба мавзӯи рисола 9 мақолаи илмӣ ва як пешниҳоди ратсионализаторӣ, аз ҷумла 6 мақола дар нашрияҳои илмӣ тақрибӣ ба рӯйхати Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон дохил карда шудаанд.

Соҳтор ва ҳаҷми рисола . Ҳаҷми рисола аз 142 саҳифаи матни чопшуда иборат буда, аз муқаддима, тавсифи умумии қор, шарҳи адабиёт, хусусиятҳои беморон ва усулҳои тадқиқот, бобҳои тадқиқоти худ, муҳокимаи натиҷаҳо ва рӯйхати адабиётҳо иборат аст. 166 манбаъ (29 ватанӣ ва 137 хориҷӣ). Асар бо 26 ҷадвал ва 19 расм тасвир ёфтааст.

МУҲТАВОИ ТАҲҚИҚОТ

Хусусиятҳои умумии мушоҳидаҳои клиникӣ

Мо мушоҳидаҳои клиникӣ ва табобати 120 нафар беморонро, ки аз соли 2014 то соли 2021 дар МД “ММИПУваБИ” ҷарроҳии пайванди гурда табобат гирифтаанд, таҳлил кардем. Тақсироти ин беморон аз рӯи синну сол ва ҷинс дар ҷадвали 1 оварда шудааст.

Ҷадвали 1. - Тақсироти беморони гирифтори БМГ аз рӯи ҷинс ва синну сол (n = 120)

Ошёна	Синну сол (бо сол)					Ҳамагӣ
	18-20	31-40	41-50	51-60	61 ва калонтар	
Мардон	42 (35,0%)	21 (17,5%)	6 (5,0%)	5 (4,2%)	2 (1,7%)	76 (63,3%)
Занон	20 (16,7%)	15 (12,5%)	6 (5,0%)	2 (1,7%)	1 (0,8%)	44 (36,7%)
Ҳамагӣ	62 (51,7%)	36 (30,0%)	12 (10,0%)	7 (5,8%)	3 (2,5%)	120

Эзоҳ: фоизи синну сол ба шумораи беморон

Аксарияти мардон ва занон, мутаносибан 55% ва 45%, дар гурӯҳи синну соли 18-20 мебошанд. Мардон 31-40-сола 27% ва занон 34% -ро ташкил медиҳанд. Занони аз 41 то 50-сола 13 фоизи шумораи умумии занон ва мардон 7,8 фоизро ташкил медиҳанд. Дар гурӯҳи синну соли 61 ва калонтар ҳамагӣ 5% мардон ва 2,3% занон ҳастанд . Дар 97,5 фоизи мушоҳидаҳо синну соли беморон аз 18 то 50-сола аст.

Нишондод барои пайвандсозии гурда дар марҳилаи ниҳоии БМГ мебошанд ва сабаби пешравии он беморҳои гуногун буданд (Ҷадвали 2).

Ҷадвали 2.-Сабабҳои бемории БМГ дар беморони пайванди гурдашуда (n=120)

Табиати беморӣ	Миқдор	%
Гломерулонефрити музмин	58	48,33%
Пиелонефрити музмин	52	43,33%
Амилоидози гурда	7	5,83%

Диабет	3	2,5%
Ҳамагӣ	120	100%

Эзоҳ: фоизи сабаби этиологӣ ба шумораи беморон

Ҳамин тариқ, дар 58 (48,33%) ҳолат сабаби БМГ гломерулонефрити музмин, 43 (35,83%) пиелонефрити музмин, 52 (43,33%), амилоидози гурда дар 7 (5,83%) ва диабети қанд дар 3 (2,5%) будааст. .

Ҳама беморони гирифтори БМГ пеш аз пайвандсозии гурда дар тӯли 5-10 сол табобати консервативӣ ва табобати ивазкунандаи гурда гирифтанд (Чадвали 3).

Чадвали 3. - Тақсимооти беморони аллопайвандсозии гурда вобаста ба хусусияти табобат (n = 120)

Усулҳои табобат	Миқдор	%
Гемодиализ музмин	70	58,33%
Диализи перитонеалӣ	10	8,33%
Табобати консервативӣ	40	33,33%
Ҳамагӣ	120	100%

Эзоҳ: фоизи бемороне, ки усулҳои табобати ивазкунандаи гурда мегиранд

Аз рӯи чадвали пешниҳодшуда, дар 70 (58,33%) мушоҳидаҳо беморон бо гемодиализи музмин, 10 (8,33%) беморон диализи перитонеалӣ ва 40 (33,33%) беморон усулҳои консервативии ислоҳи БМГ гирифтанд.

Бояд қайд кард, ки аксарияти 51 (42,5%) беморони гирифтори марҳилаи 5 БМГ дигар бемориҳои ҳамроҳикунанда доштанд, ки ба натиҷаҳои пайвандсозии гурда таъсири манфӣ расониданд (Чадвали 4).

Чадвали 4. - Бемориҳои ҳамроҳ дар беморони гирифтори марҳилаи 5 БМГ (n =51)

Номи бемориҳо	Миқдор	%
Холецистити музмин	12	23,53%
Колити музмин	10	19,61%
Колитҳои захми захми ғайримуқаррарӣ	2	3,92%
IBS. Ангина пекторис	ёздаҳ	21,57%
Бронхити музмин	10	19,61%
Диабет	6	11,76%
Ҳамагӣ	51	100%

Эзоҳ: фоизи патологияи ҳамзамон ба шумораи беморон

Тавре ки аз чадвали пешниҳодшуда дида мешавад, дар 12 (23,53%) холесистити музмин ба қайд гирифта шудааст. беморон, колитҳои музмин дар 10 (19,61%), КЗҒ дар 2 (3,92%), бемории ишемияи дил, стенокардия дар 11 (21,57%), бронхит музмин дар 10 (19,61%) ва диабети қанд 6 (11,76%) ба қайд гирифта шудааст.). Ҳамаи ҳолатҳо пайвандсозии гурдаҳои хешовандӣ гузаронида шуданд. Дар 70 ҳолат (58,33%), мо пайвандсозии гурдаро аз донорҳои маргинали (аз 55-сола боло) анҷом додем.

Чадвали 5. - Хусусиятҳои синну соли донорҳо (n = 120)

Синну соли донор	Миқдор	%
Аз 18 то 30 сола	10	8,33%
Аз 30-40 сол	5	4,17%
Аз 40-50 сол	5	4,17%
55-60 сол	35	29,17%
60-70 сол	35	29,17%

70 ва калонтар	сй	25,0 %
Ҳамагӣ	120	100%

Эзоҳ: фоизи синну соли донор ба шумораи

Дар давраҳои гуногун аз 1 то 6 моҳи пас аз аллопайвандсозии гурда дар 32 нафар (26,67%) беморон дар қисмҳои дисталии рӯдаи ғафс мушкили доштанд (Ҷадвали 6).

Ҷадвали 6. - Оризаҳо аз қисмҳои дурдасти рӯдаи рӯда дар беморони гирифтори БМГ баъди пайвандсозии гурда (n = 32)

Оризаҳо	Миқдор	%
Хунравии рӯда	28	87,5%
Перфоратсияи захми рӯдаи рӯда	4	12,5%
Ҳамагӣ	32	100%

Эзоҳ: фоизи синну соли донор ба шумораи

Дар 28 (87,5%) ҳолат дар ин мушоҳидаҳо хунравии рӯдаи дараҷаи гуногун, дар 4 (12,5%) перфоратсия, аз он ҷумла захми рӯдаи борик дар 2 (6,25%) ва 2 (6,25%) ҳолат захми рӯдаи ғафс ба қайд гирифта шудааст. Истифодаи усулҳои мураккаби консервативӣ имкон дод, ки хунравии рӯда дар 26 (81,25%) қатъ карда шуда дар 2 ҳолат (6,25%) ҳолат ба гемостази эндоскопическоми ру оварда шуд. Барои захми сӯрохшуда дар ҳама ҳолатҳо лапаротомия гузаронида шуд, ки дар 2 нафар (6,25%) бо марг ҳамроҳӣ мекард.

Қобили зикр аст, ки аз 32 (26,67%) оризаҳои, ки дар қисмҳои дисталии системаи ҳозима ба вучуд омадаанд, дар 29 (90,63%) ҳолат гурдаҳои донорҳои маргинали пайвандсозӣ карда шудаанд ва дар 95% ҳолатҳо ин мушкилиҳо дар заминаи бемории ҳозима ба вучуд омадаанд. Табобати массивии иммуносупрессивӣ, бӯҳрони шадиди кандашавӣ ва паст шудани функсияи трансплантати гурда овард расонд.

Омӯзиши зухуроти клиникӣ дар беморони гирифтори БМГ нишон дод, ки аз 120 беморон 74 нафар (61,67%) шикоятҳои гуногун доштанд (Ҷадвали 7).

Ҷадвали 7. – Шикоятҳои беморони гирифтори осебҳои илтиҳобӣ ва эрозивии рӯдаи ғафс ва рострӯда дар БМГ (n =74)

Шикояти пешниҳодшуда	Миқдор	%
Кам шудани иштиҳо	68	55,83%
Ихтилоли табларза:	72	60,0%
Қабзият	49	40,83%
Дарунравӣ	17	14,17%
Алтернативии қабз ва дарунравӣ	6	5,0%
Шикамдард	56	46,67%
Мелена	4	3,33%
Меъёрҳо	12	10,0%

Эзоҳ: шумораи шикоятҳо аз шумораи беморон зиёдтар аст, инро метавон бо он шарҳ дод, ки дар баъзе ҳолатҳо як бемор якчанд шикоят дошт.

56,67% беморони гирифтори БМГ паст шудани иштиҳо бо шиддати гуногун ва 72 нафар (60,0%) аз ихтилоли наҷосат шикоят кардаанд. Дар байни дигар аломатҳо 39 нафар беморон аз қабзият, 17 нафар (14,17%) аз дарунравӣ ва дар 6 ҳолат аз иваз шудани қабзият ва дарунравӣ нигарон буданд. Дар ҳамин ҳол, дар 46,67% беморони гирифтори БМГ дарди шикам ба дараҷаи гуногун рух додааст. Танҳо дар 4 ҳолат беморон мелена ва дар 12 ҳолат метеоризм доштанд. Дар робита

ба захролудшавии уремикӣ, тадқиқот оид ба сабабҳои камшавии иштиҳо ва ихтилоли рӯда гузаронида шудааст. Шикоятҳои мелена ($n = 4$) дар маҷмӯъ ба истифодаи иловаҳои оҳан аз ҷониби беморон алоқаманд буданд.

Дар омӯзиши объективии беморони гирифтори БМГ, мо маълумоти муфассалтареро ба даст овардем, ки осеби рӯдаи ғафсро тасдиқ мекунад (Ҷадвали 8).

Дар аксари беморон бар руи забонашон пардаи сафедчатоб доштанд (34, 28,33%). Дар беморони бо масрафи ғизои кам, ин дар 10% ҳолатҳо руҳ додааст. Ҳангоми палпаияи шикам дард дар қад-қади рӯдаи ғафс дар 34 нафар (28,3%), мушоҳида шуда дар минтақаи эпигастралӣ - 54 нафар мушоҳида (45%) ва тихигоҳи рост - 12 нафар мушоҳида шудааст. Дар 5 беморони гирифтори БМГ, васеъшавии чигар ($n=3$) ва испурч ($n=2$) қайд карда шуд.

Ҷадвали 8. - Маълумоти объективӣ аз муоинаи рӯдаи ҳозима дар беморони гирифтори БМГ ($n = 74$)

Аломат таҳқишаванда ҳангоми муоина	Миқдор	%
Кам кардани ғизо	12	10,0%
Забони пӯшида	34	28,33%
Склераи субиктерӣ	45	37,5%
Дард дар эпигастрӣ	34	28,33%
Дард дар баробари ғафс	54	45%
Дард дар гипохондрияи рост	35	29,17%
Васеъшавии чигар	22	18,33%
Испурч васеъшуда	6	5%

Эзоҳ: шумораи шикоятҳо аз шумораи беморон зиёдтар аст, инро метавон бо он шарҳ дод, ки дар баъзе ҳолатҳо як бемор якчанд шикоят дошт.

Креатинин, мочевино ва сатҳҳои гуногуни СФК дар санҷишҳои хун дар беморони дорои тағиротҳои хоси БМГ, бо арзишҳо то 20% (хусусан дар марҳилаи терминалии БМГ) зиёд шуданд. Колоноскопия ва сигмоидоскопия дар 52 беморони гирифтори 74 БМГ, ки аз оризаҳои рӯдаи ғафс ва рострӯда шикоят доштанд, гузаронида шуданд. (Ҷадвали 9).

Ҷадвали 9. - Натиҷаҳои муоинаи эндоскопии рӯдаи борик дар беморони гирифтори БМГ ($n = 52$)

Табиати тағйироти эндоскопӣ дар рӯдаи ғафс	Миқдор	%
Колити нефротикӣ	18	34,62%
Колити уремикии эрозивию захми	14	26,92%
Колити спастикӣ	6	11,54%
Колити музмин	14	26,92%
Ҳамагӣ	52	100%

Эзоҳ: % аз шумораи умумии беморон

Дар 14 ҳолат (26,92%) ҳангоми колоноскопия гиперемияи пардаи луобпардаи нимаи чап ва рости рӯдаи рӯда мушоҳида шуд, ки ба колитҳои «нефрогенӣ» хос аст. Дар 10 (19,23%) беморон эрозия дар луобпардаи рӯдаи ғафс мушоҳида шудааст. Дар 6 ҳолат (11,54%) колитҳои спастикӣ, дар 4 (7,69%) беморон норасоии клапани Баугин муайян карда шудаанд. Дар 18 нафар беморон муоинаи комплекси рентгенӣ гузаронида шуд, ки дар 8 нафари онҳо аломатҳои рентгении колити нефротикӣ ошкор карда шуданд. Дар 6 нафар беморон муоинаи рентгении рӯдаи ғафс аломатҳои колити музмин, паст шудани тонуси рӯдаи ғафс ва ҳамвор

будани гаустрияро ошкор карданд. Дар маҷмӯъ, муоинаи ҳамаҷонибаи ултрасадо дар 35 беморони гирифтори БМГ ва 20 ихтиёриён барои муқоиса гузаронида шуд (Ҷадвали 10). Дар 4 ҳолат нишонаҳои мегадолитхосигма бо колитҳои сегменталӣ пайдо шуданд. Дар натиҷаи таҳлили ултрасадои трансабдоминалӣ дар 14 ҳолат колити «нефротикӣ» муайян карда шуд. Дар 12 беморони гирифтори колитҳои «уремикӣ» таҳлили ултрасадо ҳамвор будани гаустратсияро бо васеъшавии люмени он ва тунукшавии деворҳои он муайян карданд. Дар 6 мушоҳида дар беморони гирифтори БМГ ва азотемияи вазнин, дар баробари тунукшавии девораҳои рудаи борик ва колити шадиди «нефротики» мавҷудияти норасоии клапани Бауген кайд карда шуд.

Ҷадвали 10. - Аломатҳои сонографии рӯдаи муқаррарӣ (M±m)

Қисмҳои рӯдаи рӯда ва рӯдаи рост	Диаметрҳои колон					
	Дарозӣ (см)	Диаметри тозакунии (см)	Ғафсии девор (мм)	Баландии қабат (см)	Дарозии ҳаустрада (см)	Мубодила ба холигоҳи руда (см)
Шиша	5,7±0,02	5,5±0,02	3,2±0,01	1,8±0,01	1,6±0,01	3,9±0,03
Колони боло	12,3±0,05	4,3±0,03	3,1±0,01	1,3±0,03	1,5±0,05	4,0±0,02
Қисмати трансверсивӣ	46,9±0,1	3,8±0,02	3,1±0,02	1,2±0,01	1,4±0,01	3,0±0,02
Шӯъбаи фуromaдан	21,4±0,07	3,3±0,02	3,2±0,02	0,9±0,01	1,1±0,02	4,5±0,2
Колони сигмоид	42,1±0,1	2,5±0,09	3,0±0,01	1,0±0,06	1,0±0,01	4,2±0,02
ректо - сигма	4,8±0,02	2,8±0,02	3,3±0,01	1,2±0,01	1,4±0,01	3,9±0,02
Рӯдаи рост	10,8±0,01	4,6±0,02	3,9±0,02	1,2±0,01	1,3±0,01	3,8±0,01

Дар 3 ҳолат УЗИ-и трансабдоминалӣ ғафсшавии деворҳои қисмҳои ампулярӣ ва ректосигмоидаи рӯдаи рост бо норавшани контурҳои он таҳлил карда шуд.

Натиҷаҳои сканеркунии эндоректалӣ дар беморони гирифтори БМГ мавҷудияти дараҷаҳои гуногуни шиддатнокии тағйиротро дар луобпардаи рӯдаи рост нишон доданд (Ҷадвали 11).

Ҷадвали 11. - Хусусиятҳои тағйироти эхографӣ ва гемодинамикӣ дар луобпардаи рӯдаи рост дар беморони гирифтори БМГ (M±m)

Индекс	Колити нефротикӣ (n=14)	Колити уремикӣ (n= 10)	сах
Ғафсии пардаи луобпарда (см)	0,61±0,04	0,25±0,04	<0,001
Ғафсии луобпардаи мушакҳо (см)	0,2±0,4	0,19±0,03	> 0,0 5
Суръати максималии гардиши хун дар рағҳои луобпарда (см/сек)	9,66±0,62	5,06±0,24	<0,01
Суръати максималии гардиши хун дар рағҳои луобпарда (см/сек)	3,98±0,31	2,16±0,03	<0,0 5
RF (см/сек)	0,49±0,04	0,64±0,01	<0,0 5

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо (мувофиқи санҷиши Mann-Whitney U)

Соҳтори рӯдаи рост дар беморони гирифтори колити нефротикӣ гипозэкоикӣ ба назар мерасид. Дар ҳарду гурӯҳи тадқиқотӣ суръати гардиши хун ба таври назаррас коҳиш ёфт. Дар беморони гирифтори колити нефротикӣ индекси

муковимати рағҳо баландтар буд ($0,64 \pm 0,01$ см/сек). Ҳангоми осеби нефротикӣ ва уремикии рӯдаи рӯда, ихтилоли назарраси гардиши хун мушоҳида мешавад.

Ҳангоми омӯзиши беморони гирифтори колити «нефротикӣ» ($n = 20$) ва «уремикӣ» ($n = 20$) муайян карда шуд, ки дар баробари пешравии БМГ ва давомнокии беморӣ, вайроншавии назаррас дар суръат ва гардиши хун дар дохили девор мушоҳида мешавад. дар девори рӯдаи рӯда, ки баъдан боиси тағйироти морфофункционалӣ мегардад (Ҷадвали 12).

Ҷадвали 12. - Суръати миёнаи гардиши хун дар беморони гирифтори БМГ ($M \pm m$)

Индекс	Муқаррарӣ ($n=15$)	Колити нефротикӣ ($n=20$)	Колити уремикӣ ($n=20$)	P
Vmax см/сек	$26,25 \pm 1,96$	$18,3 \pm 0,3$ сах ₁ < 0,01	$15,4 \pm 0,28$ сах ₁ < 0,001 сах ₂ < 0,05	< 0,001
Vmin см/сек	$6,86 \pm 0,82$	$5,6 \pm 0,3$ сах ₁ < 0,05	$4,9 \pm 0,24$ сах ₁ < 0,01 сах ₂ < 0,05	< 0,01
RI см/сек	$0,75 \pm 0,02$	$0,68 \pm 0,02$ сах ₁ < 0,05	$0,64 \pm 0,03$ сах ₁ < 0,05 сах ₂ > 0,05	< 0,05

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқияти нишондодҳо байни ҳамаи гурӯҳҳо (аз рӯи санчиши Kruskal-Wallis H); p₁ - ҳангоми муқоиса бо меъёр (аз рӯи санчиши Mann-Whitney U); p₂ - ҳангоми муқоиса бо як гурӯҳи беморони гирифтори колити нефротикӣ (мувофиқи санчиши Mann-Whitney U)

Ҳамин тариқ, суръати гардиши хун дар беморони гирифтори колити уремикӣ (V_{max} - $15,4 \pm 0,28$ см/сек, V_{min} - $4,9 \pm 0,24$ см/сек, RI - $0,64 \pm 0,03$ см/сек) нисбат ба беморони гирифтори колити нефротикӣ (V_{max}) хеле паст буд. - $18,3 \pm 0,32$ см/сек, V_{min} - $5,6 \pm 0,34$ см/сек, RI - $0,68 \pm 0,02$ см/сек) ва дар одамони солим.

Ҳамин тариқ, натиҷаҳои таҳлили мукаммали ултрасадо нишон медиҳанд, ки дар беморони гирифтори БМГ баробари зиёд шудани гиперазотемия дар девори рӯдаи ғафс ихтилоли қиддии гардиши хун ба амал меояд, ки минбаъд ба инкишофи ихтилоли морфофункционали он мусоидат мекунад.

Пас аз муоинаи эндоскопии рӯдаи рӯдаи ғафс, дар марҳилаи ниҳоии он биопсия аз луобпардаи рӯдаи рӯда гузаронида шуд. Тадқиқоти морфологии 112 намунаи биопсияи пардаи луобпардаи рӯдаи рӯда ва рост гузаронида шуд.

Тадқиқоти гистологии намунаҳои биопсияи рӯдаи ғафс барои БМГ нишон дод, ки таҳқиқоти морфологӣ як қатор тағйиротҳоро ошкор карданд (Ҷадвали 13). Омӯзиши хусусиятҳои морфометрӣ дар колитҳои «нефротикӣ» ва «уремикӣ» маълум кард, ки барои колитҳои нефротикӣ ва уремикӣ пастшавии аз ҷиҳати оморӣ назарраси нишондиҳандаи ҳуҷайраҳои гоблет ба назар мерасад. Дар гурӯҳи колитҳои нефротикӣ дар муқоиса бо ҳолати муқаррарӣ 48,4% камшавии бештари ҳуҷайраҳои гоблетро нишон доданд. Дар гурӯҳи колитҳои уремикӣ коҳиш 31,65% - ро ташкил медиҳад. Муқоисаи гурӯҳҳо метавон ба хулосае омад, ки танҳо дар беморони гирифтори колити нефротикӣ ташаккули абсцессҳои криптӣ мушоҳида шудааст. Дар гурӯҳҳои колитҳои нефротикӣ ва уремикӣ нисбат ба ҳолати муқаррарӣ афзоиши аз ҷиҳати оморӣ назарраси зичии инфилтрат мутаносибан

48,2% ва 85,7% мушоҳида мешавад. Дар баробари ин, дар гурӯҳи колитҳои уремикӣ афзоиши ин нишондод бештар мушоҳида мешавад.

Ҷадвали 13. - Хусусиятҳои морфометрии намунаҳои биопсия аз луобпардаи рӯдаи рӯда дар БМГ (M±m)

Объекти омӯзиш	Муқаррарӣ (n=15)	Колити нефротикӣ (n=20)	Колити уремикӣ (n=20)	сах
Ҳучайраҳои шиша	31,6±0,4	16,3±1,2 сах ₁ < 0,001	21,6±2,7 сах ₁ < 0,01 сах ₂ < 0,05	<0,001
Абсцессҳои крипти	0	4,1±1,3	2,7±1,1 сах ₂ < 0,05	
Зичии инфилтратсия	5,6±0,7	8,3 ± 1,1 сах ₁ < 0,05	10,4±0,7 сах ₁ < 0,01 сах ₂ < 0,05	<0,01

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқияти нишондодҳо байни ҳамаи гурӯҳҳо (аз рӯи санчиши Kruskal-Wallis H); p₁ - ҳангоми муқоиса бо меъёр (аз рӯи санчиши Mann-Whitney U); p₂ - ҳангоми муқоиса бо як гурӯҳи беморони гирифтори колити нефротикӣ (мувофиқи санчиши Mann-Whitney U)

Бояд гуфт, ки асоси ихтилоли гардиши хун дар луобпардаи рӯдаи ғафс дар беморони гирифтори БМГ дар баробари гиперазотемия зарари ишемики аз токсиемияи оксидшавӣ аҳамияти калон дорад. Барои омӯзиши ҳалалдоршавии равандҳои ПОЛ дар луобпардаи рӯдаи ғафс дар беморони гирифтори БМГ, мо омӯзиши мундариҷаи маҳсулоти пероксидшавии липидҳоро дар намунаҳои биопсия аз луобпардаи рӯдаи ғафс ва плазмаи хун гузаронидем (Ҷадвали 14).

Ҷадвали 14. - Нишондиҳандаҳои маҳсулоти пероксидшавии липидҳо дар луобпардаи рӯдаи ғафс дар беморони гирифтори БМГ (M±m)

Гурӯҳ	ДС ммол/л	МДА ммол/л	Воҳидҳои муқаррарии SOD
Солим (n=15)	1,2 ± 0,03	2,19 ± 0,05	17,58 ± 0,13
Колити нефротикӣ (n = 20)	1,7 ± 0,08 сах ₁ > 0,05	3,7 ± 0,06 сах ₁ < 0,05	8,9 ± 0,13 сах ₁ < 0,001
Колити уремикӣ (n = 20)	2,3 ± 1,1 сах ₁ < 0,05 сах ₂ < 0,05	4,45 ± 0,07 сах ₁ < 0,01 сах ₂ < 0,05	6,7 ± 0,12 сах ₁ < 0,001 сах ₂ < 0,05
сах	<0,05	<0,01	<0,001

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо байни ҳамаи гурӯҳҳо (аз рӯи санчиши Kruskal-Wallis H); p₁ - ҳангоми муқоиса бо меъёр (аз рӯи санчиши Mann-Whitney U); p₂ - ҳангоми муқоиса бо як гурӯҳи беморони гирифтори колити нефротикӣ (мувофиқи санчиши Mann-Whitney U)

Натиҷаҳои омӯзиши нишондиҳандаҳои пероксидшавии липидҳо дар беморони гирифтори БМГ нишон доданд, ки дар беморони гирифтори колитҳои нефротикӣ (ДС - 1,7±0,08 мкмоль/л, MDA -3,7±0,06 мкмоль/л) ва колитҳои уремикӣ (ДС - 2,3±1,1 мкмоль/л), MDA -4,45±0,07 мкмоль/л) зиёдшавии миқдори маҳсулоти пероксидаи липидҳо ва камшавии дисмутазаи супероксидаи (СОД) - 8,9±0,13 воҳиди шартӣ ва 6,7±0,12 воҳиди шартӣ мушоҳида мешавад. Маълумоте,

ки дар бораи тағйирёбии таркиби биохимиявии луобпардаи рӯдаи ғафс ба даст омадааст, нишон медиҳад, ки яке аз сабабҳои тағйирёбии морфофункционалӣ фишори оксидшавии мембранаҳои хучайраи луобпардаи рӯдаи ғафс ва паст шудани муқовимати он мебошад.

Афзоиши миқдори маҳсулоти пероксидшавии липидҳо дар луобпардаи рӯдаи ғафс дар беморони гирифтори БМГ ба воридшавии онҳо ба хун ва таъсири захролудшавии минбаъда ба мембранаҳои хучайраҳои узвҳои ҳаётан муҳим мусоидат мекунад (Чадвали 15).

Чадвали 15. - Нишондиҳандаҳои ПОЛ дар хун дар беморони гирифтори БМГ (M±m)

Индекс	Муқаррарӣ (n=15)	Колити нефротикӣ (n=20)	Колити уремикӣ (n=20)	P
DK, EDE	0,95±0,08	2,2±0,3 сах ₁ < 0,01	2,3±0,4 сах ₁ < 0,01 сах ₂ > 0,05	<0,01
MDA, нм/мг	2,4±0,02	3,2±0,1 сах ₁ < 0,05	4,2±0,5 сах ₁ < 0,001 сах ₂ < 0,05	<0,001
Витамини E, мг/%	0,96±0,06	1,1±0,9	1,3±0,4	>0,05

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқияти нишондодҳо байни ҳамаи гурӯҳҳо (аз рӯи санчиши Kruskal-Wallis H); p₁ - хангоми муқоиса бо меъёр (аз рӯи санчиши Mann-Whitney U); p₂ - хангоми муқоиса бо гурӯҳи беморони гирифтори колити нефротикӣ (мувофиқи санчиши Mann-Whitney U)

Инро зиёд шудани миқдори маҳсулоти пероксидшавии липидҳо дар беморони гирифтори колити нефротикӣ (ДС-2,2±0,3 ХБ, MDA -3,2±0,1нм/мг, витамини E -1,1±0,9мг/%) ва колити уремикӣ (КУ) тасдиқ мекунад. -2,3±0,4 ХБ, MDA - 4,2±0,5 нм/мг, витамини E -1,3±0,4 мг%).

Ҳамин тариқ, дар беморони гирифтори БМГ, тағйироти назарраси морфофункционалӣ ва биохимиявӣ дар рӯдаи ғафс мушоҳида мешавад, ки ҳам аз таъсири зарароварӣ партовҳои нитрогенӣ ва ҳам захролудшавии оксидшавӣ.

Пас аз 120 пайвандсозии гурда, дар 45 ҳолат мушкилиҳои пас аз трансплантатсия мушоҳида карда шуданд. Илова бар ин, дар 32 ҳолат ин оризаҳо бо дараҷаҳои гуногуни хунравии рӯда (n = 28) ва перфоратсияи захми шадиди рӯда (n = 4) тавсиф карда шуданд. Барои равшан кардани механизмҳои этиопатогенетикии хатари инкишофи ин оризаҳо, мо омилҳои пеш аз пайвандсозӣ ва пас аз пайвандсозиро, ки метавонанд ба чараёни давраи пас аз трансплантатсия таъсири манфӣ расонанд, омӯхтанд (Чадвали 16).

Чадвали 16. - Омилҳои «хатар» барои пайдоиши мушкилии пас аз трансплантатсия аз рӯдаи ғафс (n = 32)

Номи омил	Миқдор	%
Гирандагон аз 40 сола боло	19	15,8 %
Мавҷудияти бемориҳои музмини рӯдаи рӯда	12	10,0 %
Мавҷудияти колитҳои «нефротикӣ» ва «уремикӣ» пеш аз трансплантатсия	24	20,0 %
Пайвандсозии гурда аз донорҳои маҳдуд	29	24,2 %
Норасоии пас аз трансплантатсия	17	14,2 %
Иммуносупрессияи оммавӣ	24	20,0 %

Бӯхрони шадиди радкунӣ	19	15,8 %
------------------------	----	--------

Эзоҳ: шумораи омилҳои хавф аз шумораи беморон зиёдтар аст, инро метавон бо он шарҳ дод, ки дар баъзе ҳолатҳо як бемор якчанд омилҳои хавф дошт

Ҳамин тарик, маҷмӯи якчанд омилҳо яке аз сабабҳои хатари пайдоиши мушкилиҳо аз рӯдаи ғафс мебошад.

Барои пешгирии оризаҳои пас аз пайвандсозӣ ва оризаҳои аз қисмҳои дисталии рӯдаи ғафс, инчунин фаҳмидани моҳияти патогенези ин шароитро таҳқиқоти морфологӣ биопсияҳои пайвандсозии гурдаро, ки дар марҳилаҳои пеш аз ҷарроҳӣ ва ҳангоми ҷарроҳӣ гирифта шудаанд, анҷом додем (Ҷадвали 17).

Ҷадвали 17. - Тағйироти морфологӣ дар гурдаҳои донорӣ дар реципиентҳо (M±m)

Параметри тахминӣ	Пайвандсозии гурдаи канорӣ донор (n =14)	Пайвандсозии гурда (n=14)	P
Шиддати осеби ишемикӣ пеш аз реперфузия	2,7±0,5	2,5±0,7	> 0,05
Шиддати осеби ишемикӣ пас аз реперфузия	3,04±0,4	2,7±0,5	> 0,05
Дараҷаи фибрози интерстициалӣ (IF)	1,8±0,5	1,1±0,5	< 0,05
Дараҷаи атрофияи кубурӣ (AT)	1,2±0,7	1,2±0,5	> 0,05
Дараҷаи ғафсшавии девораҳои асосии кулобчаҳо (GBM)	2,1±1,1	1,7±1,0	> 0,05
Дараҷаи афзоиши матритсаи мезентериалӣ (MM)	2,2±1,1	1,7±0,9	> 0,05
Ҳучайраҳои кулобчавӣ	0,8±0,4	0,4±0,5	> 0,05
Гломерули склеротикии глобалӣ (%)	6,3 ± 0,3	3,2±0,2	< 0,01
Дараҷаи атеросклероз	2,8±1,3	0,9±1,0	< 0,01
Дараҷаи артериолгиализатсия	2,1±1,9	10,7±1,0	< 0,001

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо (мувофиқи санҷиши Манн-Уитней U)

Муайян карда шудааст, ки тағйироти қаблӣ дар гурдаҳои донорӣ минбаъд ба рушди оризаҳои мустақим вобаста ба пайвандсозии гурда (кандашваии шадид, ҳалалдоршавии пайванди гурда) ва оризаҳои шадид аз рӯдаи ғафс, махсусан дар реципиентҳо, ки гурдаҳоро аз донорҳои маргинали гирифтаанд, мусоидат мекунанд.

Омӯзиши нишондиҳандаҳои равандҳои пероксидшавии липидҳо дар биопсияҳои гурда аз донорҳои гурӯҳҳои синну соли гуногун нишон дод, ки миқдори маҳсулоти пероксидшавии липидҳо дар биопсияҳои гурда аз ҳад зиёд баланд аст (Ҷадвали 18).

Маълумоте, ки мо ба даст овардем, аз он шаҳодат медиҳад, ки дар давраи пас аз пайвандсозӣ, осеби ишемикии пайванди гурда ва луобпардаи рӯдаи ғафс метавонад тағйироти морфологиро ба вучуд орад. Аммо хатари аз ҳама бештар ба таъмини рӯзгор аз ҷониби ОИР аст. Он вақте рух медиҳад, ки чараёни хун ба пайванди гурда тавассути амалҳои тиббӣ барқарор карда мешавад.

Ҷадвали 18. - Нишондиҳандаҳои ПОЛ дар биопсияҳои гурдаҳои донор (M±m)

Индекс	Саломат	Донорҳои ниҳой	Донорҳои то	P
--------	---------	----------------	-------------	---

	(n=20)	(n=14)	40-сола (n=12)	
DC ммол/л	1,1±0,2	2,1±0,07 сах ₁ < 0,01	1,8±0,06 сах ₁ < 0,05 сах ₂ > 0,05	< 0,05
MDA мкмоль/л	2,4±0,4	4,2±0,08 сах ₁ < 0,01	3,6±0,05 сах ₁ < 0,05 сах ₂ > 0,05	< 0,0 1
Воҳиди анъанавии SOD	17,5±0,8	9,2±0,14 сах ₁ < 0,0 0 1	8,3±0,12 сах ₁ < 0,0 01 сах ₂ > 0,05	< 0,0 01

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқияти нишондодҳо байни ҳамаи гурӯҳҳо (аз рӯи санчиши Kruskal-Wallis H); p₁ - ҳангоми муқоиса бо гурӯҳи шахсони солим (мувофиқи санчиши Mann-Whitney U); p₂ - ҳангоми муқоиса бо гурӯҳи донорҳои маргинали (мувофиқи санчиши Mann-Whitney U)

Ҳангоми ОИР, қабули оксигени молекулавӣ ва табдили он ба шаклҳои реактивӣ як агенти пурқуввати оксидкунанда мебошад, ки ба мембранаҳои ҳуҷайра зарар мерасонад ва истехсоли эйкозаноидҳо, тромбоксанҳо ва лейкотриенҳоро ҷаҳол мекунад. Ин равандҳо инчунин ба зиёд шудани ифодаи молекулаҳои адгезия ва таҳдид ба эндотелия оварда мерасонанд (Ҷадвали 19).

Ҷадвали 19. - Нишондиҳандаҳои ПОЛ дар хун дар давраи пас аз трансфузия пас аз аллопайвандсозии гурда (M±m)

Индекс	Норма (n=20)	Давраи барвақти реперфузия (2-5 рӯз)	P
DK EdE	0,95±0,08	2,3±0,5	< 0,01
MDA нм/мг	2,3±0,02	4,1±0,5	< 0,01
Витамини E	0,94±0,04	1,3±0,6	> 0,0 5

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо (мувофиқи санчиши Mann-Whitney U)

Биопсияи пайванди гурда дар 3 бемор дар охири рӯзи аввал пас аз аллопайвандсозии гурда нишон дод, ки раванди вайроншавии реперфузия ба гурдаҳо идома дорад.

Афзоиши назарраси мундариҷаи пероксидшавии липидҳо дар хуни бадан метавонад аз сабаби ишемияи критикӣ ва токсинҳои реперфузия ба амал ояд, ки дар оянда метавонад омили асосии муайянкунандаи амиқ ва имкони баргардонидани осеби луобпардаи рудаи борик ва ғафс хун гарданд. рӯдаи хурд ва калон дар давраи пас аз трансплантатсия. Омӯзиши таркиби маҳсулоти пероксидшавии липидҳо дар хуни беморони гирифтори перфоратсияи захми шадиди рӯдаҳои борик ва ғафс инро нишон дод (Ҷадвали 20).

Ҳамин тариқ, дар хуни беморони перфоратсияи рӯдаҳои борик ва ғафс зиёдшавии ба таври назаррас миқдори DC - 2,5 ± 0,4 UE, MDA - 4,3 ± 0,2 нм/мг ва витамини E - 1,4 ± 0,07 мг% ба вуҷуд омадааст. ишемияи реперфузиони девори рӯда бо рушди минбаъдаи перфоратсия ва хунравӣ.

Ҷадвали 20. - Мазмуни маҳсулоти пероксидшавии липидҳо дар давраи барвақти реперфузия дар беморони перфоратсияи захми шадиди рӯдаҳои хурд ва калон (M±m)

Индекс	Норма	Давраи барвақти	P
--------	-------	-----------------	---

	(n=20)	реперфузия (2-5 рӯз)	
DK EdE	0,95±0,08	2,5 ± 0,4	< 0,01
MDA нм/мг	2,3±0,02	4,3 ± 0,2	< 0,01
Витамини E	0,94±0,04	1,4 ± 0,07	< 0,05

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо (мувофиқи санчиши Mann-Whitney U)

Аллопайвандсозии гурда ҳамчун як даҳолати мураккаби ҷарроҳӣ бо оризаҳои гуногуни пас аз ҷарроҳӣ аз қисмҳои дурдасти рӯдаи ҳозима ҳамроҳ мешавад. Дар аксари мушоҳидаҳо (n = 28), дараҷаҳои гуногуни вазнинии хунравии рӯда қайд карда шуданд (Ҷадвали 21).

Ҷадвали 21. - Шиддати хунравии рӯда дар давраи пас аз пайвандсозӣ (n = 28)

Шиддати талафоти шадиди хун	Миқдор	%
Дараҷаи нур	13	46%
Муътадил	10	36%
Дараҷаи шадид	5	18%
Ҷамағӣ	28	100%

Эзоҳ: % аз шумораи умумии беморон

Дар 13 (46,4%) ҳолат хунравии рӯда дараҷаи сабук, дар 10 (35,7%) дараҷаи миёна ва дар 5 ҳолат (17,8%) хунравии шадид будааст.

Дар баробари хунравии рӯда, дар 4 ҳолат аз 32 ҳолат дар давраи аввали пас аз пайвандсозӣ, беморон перфоратсияи захми шадидро бо аломатҳои перитонити паҳншуда аз сар гузарониданд, ки релапаротомияи таъҷили талаб мекунад.

Барои муолиҷаи хунравии рӯдаҳо дар 26 мушоҳида табобати комплекси гемостатикӣ истифода шудааст, танҳо дар 2 мушоҳида гемостаз истифода шудааст (Ҷадвали 22).

Ҷадвали 22. - Хусусияти фоидҳои табобатӣ барои оризаҳои пас аз трансплантатсия системаи ҳозима (n = 32)

Усули табобат	Миқдор	%
Зарарҳои рӯдаи рӯда ва табобати гемостатикӣ	26	81%
Релапаротомия дӯхтани захми сӯрохшуда. Санитария ва дренажии холигоҳи шикам ва рӯдаҳои хурд	2	6%
Резексияи рӯдаи ғафс бо трансверостомия. Санитария ва дренажии холигоҳи шикам	2	6%
Гемостазҳои эндоскопии эрозияҳои шадид	2	6%
Ҷамағӣ	32	100%

Эзоҳ: % аз шумораи умумии беморон

Бояд қайд кард, ки дар аксари ҳолатҳо (n = 21) оризаҳои шадиди пас аз трансплантатсия аз узвҳои ҳозима дар заминаи оризаҳо аз автогрантҳои гурда ва макони ҷарроҳӣ, ки табобатро ба таври назаррас душвор мегардонад (Ҷадвали 2-3)

Ҷадвали 23. - Оризаҳо аз ҷарроҳӣ ва ҷарроҳӣ (n = 21)

Хусусияти ориза	Миқдор	%
Норасоии аллографти гурда	9	43%
Бӯхрони шадиди кандашваии трансплантат	4	19%
Пур кардани ҷароҳатҳо	5	24%

Пиелонефрити трансплантати гурда	3	14%
Ҳамагӣ	21	100%

Эзоҳ: % аз шумораи умумии беморон

Дар асоси маълумоти наво, ки дар бораи патогенези мушкилии қисмҳои дисталии системаи ҳозима ба даст оварда шудаанд, дар комплекси терапияи консервативӣ ва пешгирии мушкилиҳои пас аз пайвандсозӣ схемаи нави табобат пешниҳод шудааст.

Таҳияи усули пешгирӣ ва таботати ҷароҳатҳои ишемияи реперфузионӣ пас аз аллопайвандсозии гурда

Вазифаи асосии давраи пас аз пайвандсозӣ дар беморони гирифтори БМГ на танҳо барқарорсозии ихтилоли патофизиологӣ, барқарорсозии фаъолияти гурдаҳо, балки инчунин тадбирҳои патогенетикӣ мебошад, ки ба пешгирии мушкилиҳои баъди пайвандсозӣ аз рӯдаи ғафс, яъне синдроми ишемики-реперфузионӣ нигаронида шудаанд.

Самти асосии ислоҳи гипоксияи бофтаҳо ва оксидшавии радикалҳои озод истифодаи антиоксидантҳои антигипоксикӣ реамберин мебошад.

Барои пешгирии ОИР-и гурда ва рӯдаи ғафси пайвандсозии дар давраи пас аз пайвандсозӣ ба барномаи муолиҷаи ҳамачонибаи 18 беморони гурӯҳи асосӣ реамберин антигипоксикант ва антикоагулянт дохил карда шуданд.

Гурӯҳи назоратӣ аз 16 беморон иборат буд, ки Реамберин таъин карда нашудаанд. Дар беморони гурӯҳи асосӣ (n=18), Реамберин 1,5% - 800 мл дар як рӯз дар тамоми давраи дар шӯъбаи эҳғарӣ будан (Ҷадвали 24).

Ҷадвали 24. - Нишондиҳандаҳои «стресс»-и оксидшавӣ ва эндотоксемия дар беморони гирифтори БМГ баъди аллопайвандсозии гурда дар давраи барвақтии реперфузия (M±m)

Индекс	Гурӯҳи назоратӣ (n=16)			Гурӯҳи асосӣ (n=18)		
	Пеш аз табобат	Пас аз табобат	P	Пеш аз табобат	Пас аз табобат	P
Мочевина ммоль/л	9,2±0,7	8,0±0,8	> 0,05	8,7±0,6	6,4±0,4 *	< 0,05
Креатинин ммоль/л	168,0±3,6	145,0±3,8	> 0,05	172,0±4,4	131,0±2,7 *	< 0,05
MSM конв. Воҳидҳо	0,67±0,06	0,55±0,05	> 0,05	0,65±0,04	0,47±0,05	< 0,05
конв. MDA воҳидҳо	0,84±0,06	0,69±0,05	< 0,05	0,79±0,07	0,54±0,05 *	< 0,05

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқияти байни нишондиҳандаҳои пеш аз табобат ва пас аз табобат (аз рӯи санҷиши Wilcoxon T); *p < 0,05 - хангоми муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ (мувофиқи санҷиши Mann-Whitney U)

Таҳлил ва муқоисаи натиҷаҳои гуруҳҳои асосӣ ва назоратӣ муқаррар кардан мумкин шуд, ки дар давоми тамоми таҷриба (3—4 рӯз) нишондиҳандаҳои мастии, ба монанди MSM (0,465±0,05 воҳиди шартӣ) ва MDA (0,465±0,05 ммоль), дар беморони гурӯҳи асосӣ ду баробар кам шуд, ки ин муваффақияти муолиҷаи комплексӣ ва пешгирии синдроми ишемияи реперфузионӣ пас аз трансплантатсияро тасдиқ мекунад. Қобили зикр аст, ки дар марҳилаҳои аввали давраи пас аз трансплантатсия дар беморони гурӯҳи асосӣ (n=18) барқароршавии босуръати функсияи аллогрантҳои гурда ва рӯдаи ғафс мушоҳида мешавад.

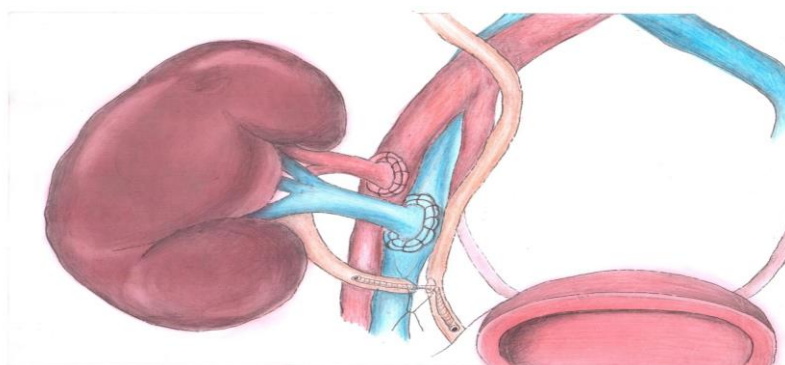
Гузашта аз ин, ин гурӯҳи беморон аз системаи ҳозима ягон мушкилие мушоҳида накардаанд, дар ҳоле ки ду бемори гурӯҳи назоратӣ дар давраи пас аз трансплантатсия хунравии рӯдаро аз сар гузаронидаанд.

Натиҷаҳои тадқиқот нишон доданд, ки реамберин дар муолиҷаи ин ҷароҳатҳо самаранокии баланди клиникӣ нишон медиҳад, ки онро ҳам мавҷуд набудани ва ҳам кам шудани гирифторшавӣ аз рӯдаи ғафс тасдиқ мекунанд. Хусусиятҳои кимиёвии дору ба он имкон медиҳанд, ки ҳамчун антигипоксанти ва антиоксиданти амал кунанд, ки нобудшавии ҳуҷайраҳои пешгирӣ мекунад ва ба барқарорсозии бофтаҳои қаблан осебдида мусоидат мекунад.

Ҳамин тариқ, субстрати антигипоксанти-антиоксиданти реамберин як доруи муассир барои муолиҷаи осебҳои ишемӣ-реперфузиони пас аз пайвандсозӣ мебошад, ки дар тибби муосир масъалаи ниҳоят актуалӣ мебошад.

Таҳияи усули ҷарроҳии пешгирии сирояти пешоб ва рефлексии везикоуретералӣ

Мо усули пешгирии рефлексии везикоуретералӣ ва сирояти пешобро пас аз пайвандсозии гурдаҳои хешовандӣ бо анҷом додани анастомози ҳолиб ба ҳолиб таҳия кардем. Дар соли 2021 бо истифода аз ин усул беш аз 45 нафар ретсипиент ҷарроҳӣ карда шуданд. Ин усул марҳилаҳои зеринро дар бар мегирад: ҳангоми имплантатсияи гурда дар байни пешобчаи ретсипиент, ки дар масофаи 5-7 см болотар аз омезиши он бо масона ҷойгир аст ва пешобдони реципиент, ки махсус ба самти монеа бурида мешавад, анастомози ҳолиб ба ҳолиб анҷом дода мешавад. Анастомози калонтар эҷод мекунад ва бо пешобро ба паҳлӯ гузошта мешавад (расми 1). Аз 45 ҳолати пайвандсозии гурда бо усули нав, дар ҳаҷ сураат дар гурӯҳе, ки бо усули нав 6,5% бо усули стандартӣ 6,5% нокифоя будани қисман пешоб ба вуҷуд омадааст, ба вуҷуд наомадааст. Гипокинезия бо рушди гидронефроз дар муқоиса бо 4 (12,5%) дар гурӯҳи назоратӣ мушоҳида нашудааст. Рефлюкси везикоуретералӣ дар 6 ҳолат (20,0%) дар гурӯҳ бо техникаи стандартӣ мушоҳида шудааст.



Расми 1. - Усули таҳияшуда барои пешгирии сирояти пешоб ва рефлексии везикоуретералӣ

Стриктурои анастомотикӣ ($n = 3, 10,0\%$) дар гурӯҳи стандартии техникаи бо реимплантатсияи пешоб ё нефростомии перкутанӣ табобатшаванда рух дод (Ҷадвали 25).

Ҷадвали 25. - Оризаҳои урологӣ дар гурӯҳҳои муқоисаи аз рӯи техникаи анастомоз

Оризаҳо	Гурӯҳи назоратӣ, % ($n=45$)	Асосӣ гурӯҳ, % ($n=30$)	P
Стриктурои анастомотикӣ	5 (11%)	13%	$> 0,05$
Ихроҷи пешоб	5 (11%)	-	
PMR	9 (20%)	-	
Гипокенезия бо гидронефроз	6 (13%)	-	
Норасоии қисман пешоб	3 (7%)	13%	$> 0,05$

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо (аз рӯи санҷиши дақиқи Фишер)

Ҳамин тариқ, техникаи нав дар муассисаи мо 10% коҳиш додани оризаҳоро дар ретсипиентҳо қард. Калиди табоботи бомуваффақияти оризаҳои урологӣ таҳияи усулҳои нав бо назардошти хусусиятҳои анатомӣ мебошад. Аксари мушкилиҳои пешоб бо натиҷаи бомуваффақият бо даҳолати барвақт ба осонӣ табобат қарда мешаванд.

Барои гузаронидани таҳлили байнигурӯҳӣ натиҷаҳои се нишондиҳанда дар ду гурӯҳи беморон - пеш аз табобат ва баъд аз табобат муқоиса қарда шуданд.

Се санҷишҳои гуногун истифода шуданд: ANOVA, t-testи ҷуфтшуда ва санҷиши Wilcoxon. Натиҷаҳо нишон доданд, ки дар гурӯҳи DC пас аз муолиҷа нишондиҳандаи якум, яъне қимати миёна, ки 10 воҳид (50 ± 5 то 60 ± 6) зиёд шудааст, хеле зиёд шуд. Ин тағирот аз ҷиҳати омӯрӣ муҳим буд, бо p-қимати = 0,015 бо истифода аз ANOVA ва p-арзиш = 0,001 бо истифода аз t-санҷиш ҷуфтшуда. Санҷиши Wilcoxon инчунин аҳамияти омории тағйиротро нишон дод (p-қимати = 0,017) (Ҷадвали 26).

Ҷадвали 26. - Нишондиҳандаҳои маҳсулоти пероксидшавии липидҳо дар луобпардаи рӯдаи рӯда пеш ва баъд аз муолиҷаи антиоксидантӣ дар беморон пеш аз пайвандсозии гурда ($M \pm m$)

Индекс	Санҷиш гурӯҳ ($n=10$)	Пеш аз табобат гурӯҳ ($n=12$)	Гурӯҳ пас аз табобат ($n=12$)	сах
ДК	$0,556 \pm 0,04$	$50,1 \pm 4,5^{**}$	$60,2 \pm 5,6^{**}$	$=0,017$
MDA	$2,3 \pm 0,13$	$2,0 \pm 0,3$	$1,5 \pm 0,2^*$	$=0,042$
СОД	$17,9 \pm 1,81$	$4,1 \pm 0,2^{**}$	$3,2 \pm 0,1^{**}$	$=0,003$

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқияти байни нишондиҳандаҳо пеш аз табобат ва пас аз табобат (аз рӯи санҷиши Wilcoxon T); *p < 0,05, **p < 0,001 - дар муқоиса бо ин нишондиҳандаҳо дар гурӯҳи назоратӣ (мувофиқи санҷиши Mann-Whitney U)

Дар гурӯҳи MDA, натиҷаҳои табобат низ мусбат буданд, гарчанде ки тағйирот он қадар муҳим набуд. Холи дуҷум дар гурӯҳи MDA аз $2 \pm 0,5$ то $1,5 \pm 0,4$ коҳиш ёфт, ки аз ҷиҳати омӯрӣ бо арзиши p-0.051 бо истифода аз ANOVA ва p-арзиш = 0.023 бо истифода аз t-санҷиш ҷуфтшуда. Санҷиши Wilcoxon инчунин

аҳамияти омории тағиротро нишон дод (p -арзиш = 0,042). Гурӯҳи SOD беҳбудии назаррасро нишон дод - арзиши миёнаи нишондиҳандаи сеюм аз 4 ± 1 то $3 \pm 0,7$ коҳиш ёфт, ки аз ҷиҳати оморӣ бо арзиши $p=0,003$ бо истифода аз ANOVA, санҷиши чуфтшудаи t ва санҷиши Wilcoxon муҳим буд.

Ҳамин тариқ, таҳлили байнигурӯҳҳо беҳтар шудани ҳолати беморонро пас аз табобат дар ҳар се гурӯҳ нишон дод.

ХУЛОСАҲО

7. Дар 53,5% ҳолатҳои гирифтори БМГ дар луобпардаи рӯдаи ғафс ихтилоли морфофункционалӣ мушоҳида мешавад, ки хоси колитҳои «нефротикӣ» ва «уремикӣ» мебошад [1-М, 2- М, 5- М, 7- М, 10-М].

8. Муоинаи комплекси ТУС, ТУС-ии эндоскопӣ, УЗИ бо ДСК ва ангиосканиаи дуплексӣ пеш ва баъд аз пайвандсозии гурда ва баъд аз пайвандсозии гурда имкон медиҳад, ки амиқ ва дараҷаи раванди патологӣ дар девори рӯдаи ғафс ва бофтаҳои атроф муайян карда шавад [1- М, 2- М, 4- М, 6- М, 7- М].

9. Омилҳои хавфи рушди мушкилиҳои пас аз пайвандсозӣ аз рӯдаи ғафс инҳоянд: колитҳои «нефротикӣ» ва «уремикӣ», пайвандсозии гурда аз донорҳои «маргинали», инчунин дисфунксияи пайванди гурда, синдроми кандашавии гурда, сирояти тақрорӣ пешоб [1- М, 2- М, 4- М, 6- М, 7- М, 8- М, 9- М, 10-М].

10. Патогенези мушкилиҳои пас аз трансплантатсия аз узвҳои рӯдаи ҳозима дурӣ ҷароҳатҳои ишемики-реперфузионӣ [1- М, 2- М, 4- М, 6- М, 7- М, 8- М, 9- М, 10-М].

11. Истифодаи терапияи мураккаби антигипоксикӣ ва антиоксидантӣ дар давраи пеш аз пайвандсозӣ ва пас аз пайвандсозӣ дар беморони гирифтори БМГ метавонад сатҳи осеби ишемияи реперфузии рӯдаи ғафсро ба таври назаррас коҳиш диҳад [1- М, 2- М, 4- М, 7- М, 8- М, 9- М].

6. Таҳлили муқоисавии техника бо истифода аз анастомози стандартии пешоб самаранокӣ ва бехатарии варианти тағйирёфтаре тасдиқ намуд, ки имкон медиҳад, ки он барои истифодаи васеи амалӣ тавсия карда шавад [1- М, 7- М, 8- М, 9- М].

ТАВСИЯҲОИ ОИД БА ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

6. Ҳангоми гузаронидани пайвандсозии гурда, бояд беморонро, ки ҳатари оризаҳои пас аз ҷарроҳӣ аз рӯдаи ғафс доранд, муайян кунед.

7. Барои ташҳиси вазнинии тағироти патологӣ дар рӯдаи ғафс, дар баробари усулҳои тадқиқоти эндоскопӣ, тавсия дода мешавад, ки УЗИ эндоуректалӣ ва УЗИ бо вояи колоректалӣ истифода шавад.

8. Барои пешгирии оризаҳои пас аз пайвандсозӣ аз системаи ҳозима, тавсия дода мешавад, ки пайвандсозии донорҳои маргинали ва онҳое, ки аз беморҳои системавӣ азоб мекашанд, маҳдуд карда шаванд.

9. Барои муолиҷа ва пешгирии мушкилиҳои пас аз пайвандсозии тавсия дода мешавад, ки беморони зерин хатар дар тӯли 6 моҳ табобати антиоксидантӣ ва антигипоксикӣ гузаранд.

Рӯйхати интишороти илмӣ оид ба мавзӯи диссертатсия
Мақолаҳои дар маҷалаҳои тақризишаванда:

[1-М] Саймуҳидинов М.М. Усули ҷарроҳӣ барои пешгирии сирояти пешоб ва рефлюкси везикоуретералӣ ҳангоми пайвандсозии гурдаи хешовандӣ [Матн]/ М.М. Саймуҳидинов, С. Исмоилзода, М.М. Мирғозиев, У. Достиев, И. Муллоев//Симург.2023. - № 2. - С.62

[2-М] Саймуҳидинов М.М. Хусусиятҳои тағйироти морфологӣ дар рӯдаи ғафс дар беморони гирифтори марҳилаи 5 БМГ пеш ва баъд аз пайвандсозии гурда [Матн]/ М.М. Саймуҳидинов, С. Исмоилзода, М.М. Мирғозиев, У. Достиев, И. Муллоев//Симург.2023.-№2.-С.45-46.

[3-М] Саймуҳидинов М.М. Биопсияи интраперитонеуми гурдаи модарии реципиентҳои гирифтори бемории музмини гурда [Матн]/ С.С. Исмоилов. М.Қ. Гулов. С.Ф. Гулшанов. Ф.Б. Мавлонов. М.М. Саймуҳидинов. Ҷ.М. Муғшулова //Трансплантология. -2016. - № 2. -С.21-25.

[4-М] Саймуҳидинов. ММ. Роҳҳои баланд бардоштани маърифати аҳолии ҷумҳурӣ оид ба пайвандсозӣ [Матн] / С.С.Исмоилов, С.Ф.Мавлонов, М.М. Саймуҳидинов // Ахбори Донишгоҳи омӯзгорӣ.-2013.-№3.-С.231-234.

[5-М] Саймуҳидинов М.М. Омилҳои хавфи пешгӯии рушди дисфунксияи бармаҳал пас аз пайвандсозии гурдаи хешовандӣ [Матн] / Хубутия М.Ш., Гулов М.Қ., Исмоилов С.С., Гулшанова С.Ф., Саймуҳидинов М.М. //Маҷаллаи тандурустии Тоҷикистон. - 2016. -№4 (331). - С.51-59

[6-М] Саймуҳидинов М.М. Роҳҳои баланд бардоштани огоҳии аҳолии ҷумҳурӣ оид ба пайвандсозии узв [Матн] / Исмоилов С.С., Гулшанова С.Ф., Мавлонов Ф.Б., Саймуҳидинов М.М. // Ахбори Донишгоҳи омӯзгорӣ. -2013.- № 3 (52). -БО. 227-234.

Мақолаҳо, монографияҳо ва тезисҳо дар маҷмӯаҳо ва маҷмӯаҳои
конференсҳо нашришуда

[7-М] Саймуҳидинов М.М. Пайвандсозии гурда аз донори зинда [Матн] / Исмоилзода С.С. Гулшанова С.Ф. Мавлонов Ф.Б. Зокиров Р.А. Достиев У.А. Саймуҳидинов М.М. // Матбааи Душанбе Пром-экспо - Саҳ. 212. - Тиражи 100 нусха - Душанбе-2020.

[8-М] Саймуҳидинов М.М. Усул барои пешгирии гипоперфузия ва ишемияи пайвандсозии гурда ва сирояти пешоб пас аз пайвандсозии гурда [Матн] / Саймуҳидинов М.М., Исмоилзода С.С., Достиев У.А ба истикболи 30-солагии Истиклолияти давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон ва «Солҳои рушди деҳот, сайёҳӣ ва ҳунарҳои мардумӣ (2019-2021)». -Ҷилди 1. -17 ноябр. - 2021 Душанбе. - С.423-424.

[9-М] Саймуҳидинов М.М. Пешгирии нокомии пешоб ва гипокинезия ҳангоми пайвандсозии гурда [Матн] / Саймуҳидинов М.М., Файзов Н., Достиев У.А.//Маҷаллаи конференсияи илмӣ амалии (69-умин сол) бо иштироки байналмилалӣ бахшида ба 30 солагии Истиклолияти давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон ва «Солҳои рушди деҳот, сайёҳӣ ва ҳунарҳои мардумӣ » (2019-2021)». -Ҷилди 1. -17 ноябр. - 2021 Душанбе. - С.426-428.

Пешниҳодҳои ратсионализаторӣ

[10-М] Саймуҳидинов М.М., Гулов М.К., Исмоилзода С.С. Биопсияи дохиличарроҳии гурдаи худӣ бо марҳалаи 5-и бемории музмини гурда. Пешниҳоди ратсионализатории №3541\ Р 694 аз ҷониби Муассисаи давлатии таълимии ДДТТ аз 10.04.2016с.

Рӯйхати ихтисорот ва аломатҳо

АОД	муҳофизати антиоксидант
ГД	гемодиализ
ТИГ	табобати ивазкунандаи гурда
ТИТ	терапияи инфузионӣ-трансфузионӣ
ОРИ	осеби реперфузияи ишемия
МДА	малондиалдегид
МММ	молекулаҳои массаи миёна
МУРП	муковимати умумии рағҳои периферӣ
АГ	артерияи гурда
РГ	рағҳои гурда
ПОЛ	пероксидшавии липидҳо
СФК	суръати филтратсияи кулобчавӣ
СОД	супероксид дисмутаза
СТЭ	суръати таҳшиншавии эритроцитҳо
СЗЭ	синдроми захролудшавии эндогенӣ

АННОТАЦИЯ
САЙМУХИДИНОВ МАХМАДСАФАР МАХМАДРОЗИКОВИЧ
МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ
ТОЛСТОЙ КИШКИ ДО И ПОСЛЕ АЛЛОТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

Ключевые слова: слизистая оболочка, толстая кишка, осложнения, аллотрансплантация почек, морфофункциональные изменения.

Цель исследования. Улучшения непосредственных результатов трансплантации почек путем профилактики и лечения посттрансплантационных осложнений со стороны нижних отделов желудочно-кишечного тракта.

Методы исследования и использованная аппаратура: Объектом исследования являлись 120 пациентов (76 мужчин и 44 женщины), которые были подвергнуты трансплантации почки. Для диагностики кровотечения и состояния слизистой ткани в области толстого кишечника мы применяли фиброгастродуоденоскопию (ФГДС). Для определения степени выраженности уремического колита в 9 случаях использовалась эндоскопическая ультразвуковая диагностика (ЭУС) на аппарате Hitachi Pentax. Проводили биохимический анализ крови с определением электролитов, холестерина, β -липопротеидов, общего белка и функциональных тестов печени. Исследовали уровень продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ), включая диеновый конъюгат (ДК) и малоновый диальдегид (МДА), по методу Д.М. Стального и Т.Г. Гаришвили. Также исследовали уровни маркеров эндотелиальной дисфункции и показателей гемостаза (время свертывания крови по Ли-Уайту, Протромбиновый комплекс по методу Квика, МНО, фибриноген, Д-димер).

Полученные результаты и их новизна. Для клинической практики предложен новый способ диагностики «нефротических» и «уремических» колитов. Разработаны оригинальные методы комплексного консервативного лечения и профилактики клинических посттрансплантационных повреждений толстой кишки.

Рекомендации к использованию. Полученные научные и практические результаты могут быть использованы в учебном процессе медицинских ВУЗов. Предложенный новый способ диагностики «нефротических» и «уремических» колитов может использоваться в клиниках занимающихся вопросами лечения колитов, гемодиализа, трансплантации органов.

Область применения. Хирургия; Трансплантология и искусственные органы.

АННОТАЦИЯ
САЙМУХИДИНОВ МАХМАДСАФАР МАХМАДРОЗИКОВИЧ
ТАҒИРОТИ МОРФОФУНКЦИОНАЛИИ ЛУОБПАРДАИ РӮДАИ ҒАФС
ПЕШ ВА БАӒД АЗ АЛЛОТРАНСПЛАНТАТСИЯИ ГУРДА.

Калидвожаҳо: луобпардаи, рӯдаи ғафс, оризаҳо, аллотрансплантатсияи гурда, тағироти морфофункционалӣ.

Максади тадқиқот. Тавассути пешгирӣ ва табобати оризаҳои пас аз пайвандсозӣ аз тарафи қисматҳои поёнии системаи рӯдаю меъда, беҳтар кардани натиҷаҳои ғайримустақими пайвандсозии гурда.

Усулҳои тадқиқот ва таҷҳизоти истифодашуда: Объектҳои тадқиқот 120 беморон (76 мард ва 44 зан) буданд, ки барои онҳо пайвандсозии гурда гузаронида шуд. Барои ташҳиси хунравӣ ва ҳолати бофтаи луобпардаи рӯдаи ғафс мо аз фиброгастроуденоскопия (ФГДС) истифода кардем. Барои муайян кардани дараҷаи вазнинии колити уремикӣ дар 9 ҳолат ташҳиси ултрасадои эндоскопӣ (EUS) бо истифода аз дастгоҳи Hitachi Pentax истифода шудааст. Санҷиши биохимиявии хун барои муайян кардани электролитҳо, холестерин, β-липопротеинҳо, протеини умумӣ ва санҷиши функцияи чигар гузаронида шуд. Дараҷаи маҳсулоти пероксидшавии липидҳо (ЛПО), аз ҷумла конъюгат диен (ДС) ва малондиалдегид (МДА) аз рӯи усули Д.М. Стальной ва Т. Гаришвили. Мо инчунин андозаи маркерҳои дисфункцияи эндотелиалӣ ва нишондиҳандаҳои гемостазро (вақти лахташавии хун аз рӯи Ли-Уайт, комплекси протромбин мувофиқи усули Quick, INR, фибриноген, D-dimer) баррасӣ кардем.

Натиҷаҳои ба даст овардашуда ва навоарии онҳо. Барои амалияи клиникӣ усули нави ташҳиси колитҳои «нефротикӣ» ва «уремикӣ» пешниҳод шудааст. Усулҳои оригиналии табобати комплекси консервативӣ ва пешгирии осеби клиникӣ пас аз пайвандсозии рӯдаи ғафс таҳия карда шудаанд.

Тавсияҳо барои истифода. Натиҷаҳои илмию амалии бадастомадаро дар раванди таълими донишгоҳҳои тиббӣ истифода бурдан мумкин аст. Усули нави пешниҳодшуда барои ташҳиси колитҳои «нефротикӣ» ва «уремикӣ» метавонад дар клиникаҳои истифода шавад, ки бо табобати колитҳо, гемодиализ ва пайвандсозии узвҳо машғуланд.

Соҳаи истифода. Ҷарроҳӣ; Трансплантология ва узвҳои сунӣ.

ANNOTATION
SAIMUKHIDINOV MAKHMADSAFAR MAKHMADROZIKOVICH
MORPHOFUNCTIONAL CHANGES IN COLON MUCOSA BEFORE AND
AFTER RENAL ALLOTRANSPLANTATION

Keywords: mucosa, colon, complications, renal allotransplantation, morphofunctional changes.

Objective of the study. To improve the immediate results of kidney transplantation by prevention and treatment of posttransplantation complications from the lower gastrointestinal tract.

Methods of research and used equipment. The object of the study were 120 patients (76 men and 44 women) who underwent kidney transplantation. We used fibrogastroduodenoscopy (FGDS) to diagnose bleeding and the condition of mucosal tissue in the region of the large intestine. To determine the severity of uremic colitis in 9 cases we used endoscopic ultrasonic diagnostics (EUS) on Hitachi Pentax apparatus. Biochemical blood analysis with determination of electrolytes, cholesterol, β -lipoproteins, total protein and liver function tests were performed. The level of lipid peroxidation products (LPO), including diene conjugate (DC) and malonic dialdehyde (MDA), was studied according to the method of D.M. Stalny and T.G. Garishvili. The levels of endothelial dysfunction markers and haemostasis indicators (blood clotting time by Lee-White, Prothrombin complex by Quick's method, INR, fibrinogen, D-dimer) were also studied.

Obtained results and their novelty. A new method of diagnostics of 'nephrotic' and 'uremic' colitis was proposed for clinical practice. The original methods of complex conservative treatment and prevention of clinical post-transplantation colonic lesions have been developed.

Recommendations for use. The obtained scientific and practical results can be used in the educational process of medical universities. The proposed new method of diagnostics of 'nephrotic' and 'uremic colitis' can be used in clinics dealing with the issues of colitis treatment, haemodialysis, organ transplantation.

Field of application. Surgery; Transplantology and artificial organs.