

**Г О У «Т А Д Ж И К С К И Й Г О С У Д А Р С Т В Е Н Н Ы Й М Е Д И Ц И Н С К И Й  
У Н И В Е Р С И Т Е Т И М Е Н И А Б У А Л И И Б Н И С И Н О»**

**У Д К 616.61-002.3; 616.857**

**Д Ж У М А Е В М И Р Д О Д О Ш А Р О Ф О В И Ч**

**К Л И Н И Ч Е С К И Е А С П Е К Т Ы Г О Л О В Н О Й Б О Л И Н А П Р Я Ж Е Н И Я  
И Н Е К О Т О Р Ы Х Н Е В Р О Л О Г И Ч Е С К И Х Р А С С Т Р О Й С Т В У  
Б О Л Ь Н Ы Х С Х Р О Н И Ч Е С К О Й Б О Л Е З Н Ь Ю П О Ч Е К  
С Т А Д И Й С 1 - С 2**

**А В Т О Р Е Ф Е Р А Т**

на соискание ученой степени кандидата медицинских наук  
по специальностям 14.01.04 – Внутренние болезни,  
14.01.11 – Нервные болезни

Работа выполнена на кафедре внутренних болезней №1 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино».

**Научный руководитель:**

**Шокиров Юсуф Ахмедович**

доктор медицинских наук, профессор кафедры внутренних болезней №1 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

**Научный консультант:**

**Одинаев Шухрат Фарходович**

доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой внутренних болезней №1 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

**Официальные оппоненты:**

**Нозиров Джамшед Ходжиевич**

доктор медицинских наук, доцент, директор ООО Лечебно-диагностического центра «Парастор-2014», г. Вахдат МЗ и СЗН Республики Таджикистан

**Хошимов Рахимджон Абдуллоевич**

кандидат медицинских наук, доцент, врач невролог клиники «Асабшинос»

**Оппонирующая организация:** ФГБОУ ВО Первый Санкт-Петербургский медицинский университет им. академика И.П.Павлова Минздрава России

Защита диссертации состоится «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 года в \_\_\_\_\_ часов на заседании диссертационного совета 6D.KOA-038 при ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Адрес: 734003, г. Душанбе, проспект Рудаки, 139, [tajmedun.@tj](mailto:tajmedun.@tj), +992918724088

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

Автореферат разослан «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 г.

**Учёный секретарь**

**диссертационного совета**

**кандидат медицинских наук, доцент**

**Джамолова Р.Д.**

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность и востребованность проведения исследований по теме диссертации.** В современной клинике внутренних болезней многие аспекты диагностики, оценки тяжести течения, установления прогноза и поиски эффективных методов лечения хронических заболеваний почек остаются малоизученными и спорными. Наряду с этим традиционным остается факт более мягкого и скрытого течения заболевания почек, особенно на начальных стадиях, у жителей сухого жаркого климата по сравнению со средними и северными климатогеографическими регионами страны.

С конца XX и в начале XXI века в литературе накопилось много работ, указывающих на своеобразное лёгкое и скрытое течение гломерулонефритов в южных регионах средней Азии по сравнению со средней и северной полосой России [Мухин Н.А., И. Е. Тареева, И. Е. Шилов 2002; Ю.А. Шокиров, С.Б. Джобирова 2010]. Однако особенности клинического течения хронического пиелонефрита в литературе представлены малочисленными работами и, в целом, этот вопрос остаётся малоизученным и спорным. Вместе с тем, с начала XXI века в литературе широко обсуждается вопрос о нередком присоединении различных неврологических расстройств у больных с разными вариантами течения хронического пиелонефрита [Т. М. Сирыченко, И. А. Митихина 1987; В. И. Скворцова, К. В. Соколов, Н. А. Шамалов 2006].

Изучение неврологических расстройств у больных с хроническими заболеваниями почек в последние годы привлекает внимание многих исследователей, работающих в области нефрологии и неврологии [Шилов Е.М 2007; Шилов Е.М 2012]. Такой интерес считается вполне обоснованным, учитывая нарастание нервно-психической напряженности населения, связанной с происходящими социально-экономическими, бытовыми, техническими переменами в XXI веке во всём мире, в том числе в странах СНГ.

По данным отдельных авторов, у 52% больных с хроническим пиелонефритом определяются различные неврологические расстройства. Предикторами возникновения неврологических расстройств у больных хроническим пиелонефритом являются артериальная гипертензия, дизурические расстройства, болевые ощущения в поясничной области, иногда приступообразного характера, с иррадиацией в паховую область, половые органы и чувство тревоги за своё здоровье. Понятно, что возникновение различных неврологических расстройств на фоне клинической симптоматики основного заболевания ухудшает общий соматический статус, усугубляет тяжесть течения заболевания и качество жизни. Следовательно, важным вопросом является их своевременная диагностика, установление характера возникшей симптоматики, что позволяет правильно подобрать эффективную тактику комплексного лечения больных хроническим пиелонефритом.

Известно, что головная боль-напряжения относится к доброкачественным формам «цефалгии», рассматривают её как боль «мышечного напряжения» или «стрессовую цефалгию». Частота головной боли, напряжения в общей популяции, по данным литературы последних лет, варьирует от 30% до 78%, имея тенденцию к нарастанию, особенно соматогенно обусловленных форм цефалгии. Отмечается

также нарастание сочетания головной боли напряжения с симптомами когнитивной, вегетативной дисфункций, астено-невротическими и депрессивными нарушениями. Несмотря на важность и частоту вышеуказанных симптомов, в литературе имеются лишь единичные работы, посвященные изучению неврологических расстройств, возникающих у больных хроническим пиелонефритом. При этом многие вопросы остаются малоизученными и спорными. Наряду с этим практический опыт и публикации последних лет показывают определенные сложности в диагностике и лечении больных хроническим пиелонефритом, сопровождающимся неврологическими расстройствами. Остаются не вполне ясными и малоизученными частота головной боли и других невротических расстройств, их взаимосвязь с формой и тяжестью течения хронического пиелонефрита. А в популяции РТ эти вопросы вообще не изучались. Исходя из этого, поставлены следующие цели и задачи исследования.

**Степень изученности научной задачи.** Представленные диссертационные исследования являются одними из первых в области нефрологии, затрагивающей отдельные аспекты неврологических расстройств, что в значительной мере снижает качество жизни пациента. Интерес к изучению данной проблемы обусловлен не только неуклонным ростом заболеваемости патологией почек в республике, но и учащением частоты неврологических расстройств у пациентов с хронической патологией почек. Потенцирующее влияние факторов риска почечной патологии с экологическими нарушениями, расстройствами питания и социально-бытовыми факторами привели к настоящему времени росту числа пациентов с когнитивными и депрессивными расстройствами, которые зачастую остаются без внимания. Многочисленные отечественные и зарубежные авторы указывают на патогенетическую общность связей множества неврологических и нефрологических синдромов и симптомов. В отличие от ряда предыдущих исследований в наших исследованиях присутствует фактор длительного жаркого климата, которые неоднозначно отражаются на клинической картине заболевания и функциональном состоянии водно-электролитного баланса, фильтрационной и концентрационной способностях почек. В исследованиях были использованы наработки и развиты идеи российских и зарубежных авторов относительно инструментальных методов ранней диагностики хронического пиелонефрита и даны критерии прогнозной оценки перехода пиелонефрита в стадии хронической болезни почек. Однако по сегодняшний день остаются дискуссионными вопросы особенностей питания жителей нашего региона, особенностей длительного жаркого климатического периода, этнических факторов. Не последнее место в заболеваемости и хронизации процесса принадлежит таким факторам как неадекватность проводимой терапии, поздняя обращаемость, самолечение и другие факторы. Несмотря на большое количество литературных сведений по данному аспекту малоизученными вопросами остаются, присущее населению особенностям устойчивости и резистентности к препаратам, вопросам неврологического и психологического статуса. Учитывая вышеизложенное в наших исследованиях представлены результаты клинических и инструментальных исследований почечной и неврологической патологии в жарких климатических условиях.

**Теоретические и методологические основы исследования.** В Республике Таджикистан на сегодняшний день исследования функционального состояния по-

чек проводится на современном уровне с применением совершенных технологий. Однако, учитывая вышеизложенное можно сказать, что в каждой клинике необходимо обеспечение алгоритма тактики диагностики и назначения адекватной медикаментозной поддержки, обеспечивающей не только нормализацию состояния почек, но неврологической симптоматики, поскольку именно они на поздних стадиях могут вызывать опасные осложнения. Однако отсутствуют единые диагностические критерии и стандарты клинического течения «ХБП» и поэтому частота её выявления сильно варьирует в зависимости от изучаемой патологии и используемого метода и составляет от 5 до 70% случаев.

### **Общая характеристика работы**

**Цель исследования.** Изучить клинико-функциональные проявления и частоту наиболее часто встречающихся в нефрологической практике неврологических расстройств у больных с различными вариантами течения хронического пиелонефрита у жителей Республики Таджикистана.

**Объект исследования.** Объектом исследования диссертационной работы явились 120 пациентов с хроническим пиелонефритом, поступившие в стационарное нефрологическое и неврологическое отделение ГУ ГМЦ №2 им. академика К.Т.Таджиева г. Душанбе. В последующем всем обследованным пациентам были проведены исследования по нефрологическому и неврологическому плану с применением тестов.

**Предмет исследования.** Предметом исследования было изучение состояния почек и неврологического статуса пациента. Оценивались и анализировались частота и характер неврологических и нейропсихологических расстройств у больных с различными формами течения хронического пиелонефрита. Проводился анализ взаимосвязи неврологических расстройств с формой течения хронического пиелонефрита и при его сочетании с артериальной гипертензией. Предметом изучения также являлись изучение факторов риска возникновения неврологических расстройств, их взаимосвязь с характером течения хронического пиелонефрита с ХБП С1-С2.

#### **Задачи исследования:**

1. Определить разновидности клинических форм течения хронического пиелонефрита (ХБП С1-С2).
2. Установить сочетание частоты и характера неврологических расстройств у больных хроническим пиелонефритом.
3. Определить взаимосвязь клинико-функциональных проявлений различных форм хронического пиелонефрита с частотой и характером неврологических расстройств.
4. Изучить состояние церебральной гемодинамики мозгового кровообращения (ВКИМ, РЭГ) у больных хроническим пиелонефритом с артериальной гипертензией и без неё.

**Методы исследования.** Все исследования проведены на базе нефрологического и неврологического отделения ГУ ГМЦ №2 им. академика К.Т.Таджиева г. Душанбе. На каждого пациента заполнялась специально разработанная анкета с указанием анамнестических данных, факторов риска формирования неврологической патологии, общеклинических исследований. Для верификации правильного

диагноза применялись современные и адекватные методы исследования: с определением общего белка, печёночных проб, фибриногена, мочевины, креатинина сыворотки крови и электролитов (Na, K, Ca, Mg, F) плазмы. При проведении УЗИ достоверными признаками для окончательной верификации диагноза хронического пиелонефрита считали наличие деформации контуров почки, уменьшение ренально-кортикального индекса, огрубление контуров чашечек, расширение и деформацию чашечно-лоханочной системы, асимметрию размеров и неровность контуров обеих почек. Проводилась экскреторная урография и КТ для и детализации деструктивных изменений в почечной паренхиме, лоханок, сосудистой ножки, лимфатических узлов, паранефральной клетчатки. Функциональное состояние почек оценивалось по сбору мочи в пробе Реберга, расчет скорости клубочковой фильтрации проводился также по формуле СКД-EPI, рекомендованной НОИР (2013). Неврологический статус оценивали по тестам *когнитивного дефицита* и шкала оценки психического статуса (Mini-MentalStateExamination - MMSE) тесту заучивания 10 слов по методике А.Р. Лурия. При неврологическом обследовании устанавливались признаки краниальной нейропатии центрального генеза, анизокории, асимметрии глазных щелей, носогубных складок, девиации языка, ослаблении конвергенции. Изменение рефлекторной сферы (ИРС) определялось при наличии гиперрефлексии, анизорефлексии, кистевых и стопных патологических знаков, гиперметрии, атаксии, тремора, неустойчивости в позе Ромберга и координаторных проб. При оценке состояния вегетативной нервной системы использовали комбинированную таблицу А.М. Вейна (1981, 1999). Исследовали глазосердечный рефлекс Ашнера, орто-клиностатическую пробу, определяли вегетативный индекс Кердо.

**Область исследования** Диссертационная работа посвящена научным проблемам нефрологии и неврологии и соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.01.04 - Внутренние болезни и 14.01.11 - Нервные болезни: подпункт 3.4 Этиология и патогенез, факторы риска, генетика заболеваний внутренних органов; подпункт 3.7. Расстройства функций внутренних органов, как у больного, так и у здорового взрослого человека. Содержание диссертации полностью отражает исследования по нефрологии и неврологии, в частности неврологическим расстройствам при хроническом пиелонефрите. Все научные положения, выводы и практические рекомендации диссертации отражают поставленные задачи, обоснованы и логически вытекают из результатов проведённых исследований.

**Этапы исследования.** Написание диссертации проводилось поэтапно. Первым этапом нами была изучена литература по данной проблематике. Затем, была сформирована тема и цель диссертации. Физические условия проживания пациентов, частоту и характер заболеваемости, и клинические синдромы. Учитывая климатогеографические особенности факторы, особенности питания, социально-бытовые условия, а также условий работы и проживания нами выделены приоритетные факторы риска у обследуемых пациентов и проведены исследования электролитов и фильтрационной способности почек. Следующим этапом нами проводилось распределение пациентов на группы по клиническим синдромам и стадиях заболевания с учётом наличия и степени выраженности неврологической симптоматики. На данном этапе также оценивалось состояние неврологического статуса,

взаимосвязь нервных расстройств со стадией ХБП. На заключительном этапе исследования проводились инструментальные методы оценки кровенаполнения сосудов головного мозга, неврологические тесты и с учётом выявленных нарушений представлен алгоритм диагностики и лечебных мероприятий.

**Основная информационная и исследовательская база.** В диссертационной работе подробно изучены основные научные труды, посвящённые различным аспектам нефрологии и неврологии. Изучены материалы Российских научных конференций и научных трудов по различным проблемам неврологических расстройств при патологии почек. Проведён анализ научных исследований, трудов и диссертаций, защищённых в Республике Таджикистан. Исследования проводились на базе стационарных отделений неврологии и нефрологии ГУ ГМЦ №2 им. академика К.Т.Таджиева г. Душанбе.

**Достоверность результатов диссертации** подтверждается достоверностью данных, достаточным объемом материалов исследования, статистической обработкой результатов исследований и публикациями. Выводы и рекомендации основаны на научном анализе результатов исследования и обеспечены представительностью выборки, обширностью первичного материала, тщательностью его качественного и количественного анализа, системностью исследовательских процедур, применением современных методов статистической обработки информации.

**Научная новизна.** Впервые на основании клинико-функциональных и лабораторных методов обследования большого контингента больных установлены частота и характер симптоматологии различных форм течения хронического пиелонефрита с хронической болезнью почек ХБП С1-С2 у жителей южных регионов Республики Таджикистан.

Впервые представлены частота, и характер головной боли и неврологических и нейропсихологических расстройств у больных с различными формами течения хронического пиелонефрита. Установлена взаимосвязь выраженности неврологических расстройств с формой течения хронического пиелонефрита и при его сочетании с артериальной гипертензией. Уточнены факторы риска возникновения неврологических расстройств, их взаимосвязь с характером течения хронического пиелонефрита с ХБП С1-С2. Впервые представлены данные о значимости нарушения состояния мозгового кровообращения при сочетании хронического пиелонефрита с артериальной гипертензией в зависимости от степени выраженности неврологических расстройств. Представленные результаты исследования улучшат возможности диагностической оценки тяжести течения хронического пиелонефрита при ХБП С1-С2, восполнят сведения литературы о региональных особенностях течения хронического пиелонефрита ХБП С1-С2 у коренных жителей южных регионов Республики Таджикистан.

**Теоретическая значимость исследования** заключается в том, что теоретические, методологические положения, выводы и рекомендации, представленные в диссертации, могут быть использованы в учебном процессе медицинских ВУЗов. Результаты исследований внедрены в практику стационарной службы нефрологических и неврологических отделений ГУ ГМЦ №2 им. академика К.Т.Таджиева г. Душанбе, Национального медицинского центра Министерства здравоохранения и социальной защиты Республики Таджикистан (МЗ СЗН РТ), а также используют-

ся в учебном процессе кафедры внутренних и нервных болезней Таджикского Государственного Медицинского Университета (ГОУ ТГМУ) имени Абуали ибни Сино

**Практическая значимость.** Полученные результаты исследования улучшат возможности постановки развернутого клинического диагноза. Частоту и характер неврологических расстройств необходимо учитывать при оценке тяжести течения различных форм хронического пиелонефрита, что будет способствовать в правильной интерпретации прогноза заболевания на начальных стадиях ХБП. Взаимосвязь частоты и характера неврологических расстройств с тяжестью течения инфекционно-воспалительного процесса, особенно при сочетании с артериальной гипертензией, и состоянием церебральной гемодинамики при ХБП С1-С2 необходимо учитывать при выборе стратегии лечения. Своевременное выявление тенденции нарушения мозгового кровообращения, проявляемое утолщением величины коэффициента интима-медиа в ранних стадиях ХБП обуславливает необходимость проведения целенаправленного лечения и профилактики возможного прогрессирования с возникновением цереброваскулярных заболеваний и их осложнений.

#### **Основные положения, выносимые на защиту:**

- В южных климатогеографических условиях РТ ХБП С1-С2 протекает с мало-выраженными клинико-лабораторными проявлениями. Диагностика, главным образом, базируется на данных инструментальных, а также рентгеносонографических методах исследований.
- Основные клинико-функциональные проявления различных форм хронического пиелонефритов ХБП С1-С2 нередко сочетаются с различными неврологическими расстройствами. Наиболее частыми проявлениями неврологических расстройств являются головные боли, головокружение, астено-невротическая, вегетативная дистония ваготонического типа, умеренные когнитивные расстройства, нарушения рефлекторной сферы.
- Проявления неврологических расстройств, их интенсивность определённо взаимосвязаны с активностью инфекционно-воспалительного процесса, с формой течения хронического пиелонефрита, значительно увеличиваются при рецидивирующем течении, особенно в группе больных с артериальной гипертензией.
- При ХБП С1-С2 ранние проявления нарушения мозгового кровообращения в каротидном и вертебрально-базилярном бассейнах с незначительным утолщением величины коэффициента интима-медиа выявляются у больных с рецидивирующим течением хронического пиелонефрита, особенно в сочетании с артериальной гипертензией с заинтересованностью артерий мелкого и среднего калибра.

**Личный вклад диссертанта.** Автор является заведующим неврологического отделения ГУ ГМЦ №2 им. академика К.Т.Таджиева г. Душанбе и им самостоятельно проведен анализ литературы по теме диссертационного исследования, клинический сбор и анализ первичных клинических материалов, результатов показателей общеклинических и специальных методов исследования. Все инструментальные методы исследования, а также проведение психологических тестов и обследования проведены автором самостоятельно. Разработка дизайна диссертационных исследований, формулировка и обоснование цели работы и её задач, ди-



намическое наблюдение за пациентами, статистическая обработка материала и написание работы, выполнены лично автором. Проведено стационарное обследование 120 пациентов с информированным согласием на участие в исследовании. Проведение анализов по биохимической части исследований проведены совместно с врачами биохимической лаборатории в отделении функциональной диагностики клиники.

**Апробация работы.** Материалы диссертационной работы доложены и обсуждены на Ассоциации неврологов «Нейрон» а также, на ежегодных научных конференциях ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино (2012г., 2013г., 2014г., 2015г., 2018г. и 2020г.) и на заседании межкафедральной проблемной комиссии по терапевтическим дисциплинам ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино (Душанбе, 2020г.).

**Публикации.** По материалам диссертации опубликовано 12 научных работ, из них 4 работ в журналах, рекомендованных ВАК при Президенте Республики Таджикистан для публикации результатов диссертационных исследований.

**Объем и структура диссертации.** Диссертация изложена на 132 страницах компьютерного текста (*шрифт Times New Roman-14, интервал 1,5*), состоит из введения, обзора литературы, описания материала и методов исследования, двух глав результатов собственных исследований, главы интерпретации и обсуждения полученных результатов, заключения и списка литературы. Материалы диссертации иллюстрированы 18 таблицами и 8 рисунками. Библиографический указатель содержит 237 источника литературы, из которых 176 отечественных и 61 иностранных авторов.

### Содержание работы

**Материал и методы исследования.** Обследовано 120 больных с ХП коренные жители южных регионов Республики Таджикистана. Все больные прошли стационарное обследование и лечение в нефрологическом и неврологическом отделениях ГУ ГМЦ №2 им. академика К.Т.Таджиева г. Душанбе. Распределение пациентов согласно классификации Н.А. Лопаткина (1974), распределены на три группы по 40 больных: латентно текущий хронический пиелонефрит, рецидивирующий хронический пиелонефрит и хронический пиелонефрит с артериальной гипертензией. В исследование **включены** больные с сохранной азотовыделительной функцией, что согласно новым рекомендациям НОНР (2013) соответствовало ХБП 1 и 2 стадий. Среди обследованных больных было 68 женщин (56,7%) и 52 мужчины в возрасте от 20 до 50 лет.

Распределение больных по возрасту показало, что чаще всего хронический пиелонефрит встречается в среднем возрасте от 30 до 40 лет. Среди обследованных преобладали больные молодого и среднего возраста (75,9%) и реже взрослого возраста (24,4%). **Критериями исключения** из исследования являлись больные с вторичным ХП (мочекаменной болезнью, аденомой простаты), эссенциальной артериальной гипертензией, атеросклерозом, ИБС, сахарным диабетом и метаболическим синдромом, а также указанием на черепно-мозговую травму и нарушение мозгового кровообращения в анамнезе. Контрольную группу (группа сравнения) составили 20 здоровых лиц сопоставимых по полу и возрасту жителей южных регионов республики. Все пациенты прошли нефрологическое и неврологическое

обследование с применением общеклинических и специальных методов исследования (таблица 1).

**Таблица 1.- Дизайн исследования неврологических расстройств у больных с хроническим пиелонефритом с сохранением азотовыделительной функции почки (ХБП 1-2 стадией).**

Метод исследования	ХП латентное течение n=40 СКФ>60-90 мл/мин (1,73) KR 98-99%	ХП рецидивирующее течение n=40 СКФ>60-90 мл/мин (1,73) KR 98-99%	ХП с артериальной гипертензией n=40 СКФ>60-90 мл/мин (1,73) KR 98-99%
	Креатинин<120ммол/л	Креатинин<120 ммол/л	Креатинин<120 ммол/л
Общеклиническое обследование	Сбор анамнеза, определение давности заболевания, анализ причины возникновения частоты обострений, клиническая симптоматология, мониторинг АД, соматический статус.		
Неврологическое обследование	Определение неврологического статуса. Установление характера неврологических расстройств. Характер неврологических расстройств оценивался по десятибалльной шкале, согласно классификации Калиновской Н.Я. (1974) и опроснику А.М Вейна (1999). Определён удельный вес каждого неврологического симптома, синдрома и суммарный неврологический дефицит.		
Лабораторные исследования	ОАК, ОАМ, определение суточной протеинурии, бактериурии, пробы Нечипоренко, биохимические анализы определения уровня общего белка, альбумина, мочевины, креатинина, сыворотки крови, электролитов ( Na, K, Ca, Mg, F), С-реактивный белок, фибриноген		
Функциональное обследование почки	Определение СКФ, KR сбор суточной мочи по пробе Реберга-Тареева, расчёт по формуле Кокрофт-Гулт. Состояние концентрационной функции по пробе Зимницкого. Градация определения СКФ <90 мл/мин- незначительно сниженная. Градация KR>98%- оптимальная, KR=96-97% незначительно сниженная.		
Рентгенологическое, ЭХО-сонографическое исследование РЭГ УЗДГ, УЗДС сосудов головного мозга.	Р-ия органов грудной клетки, черепа в двух проекциях, обзорный снимок почек, по показаниям КТ исследование головного мозга, почка. УЗИ почек, мочевого пузыря, простаты. Экскреторная, при необходимости, инфузионная урография РЭГ, УЗДГ сосудов головного мозга.		

Лабораторное исследование: проводился общеклинический анализ крови, мочи, проба по Нечипоренко, исследование мочи на бактериурию, определялась суточная протеинурия. Биохимические анализы: определением общего белка, печёночных проб, фибриногена, мочевины, креатинина сыворотки крови и электролитов (Na, K, Ca, Mg, F) плазмы. Функциональное состояние почек оценивалось по пробе Реберга, расчет скорости клубочковой фильтрации проводился также по формуле СКД-ЕРІ, канальцевые функции определялись по относительной плотности мочи в пробе Зимницкого и по величине канальцевой реабсорбции.

Статистический анализ проводили с использованием статистической программы SPSSStatistics. Нормальность распределения тестировали при помощи критерия Шапиро-Уилка. Данные для показателей с интервальным типом с нормальным характером распределения представлены в виде среднего арифметического

значения  $\pm$  стандартное отклонение ( $M \pm SD$ ), для данных с характером распределения, значимо отличным от нормального в виде медианы и верхней и нижней квартилей [Me [LQ; UQ]. Оценку значимости различий в группах для переменных с интервальным типом шкалы проводили при помощи t-критерия Стьюдента (при отсутствии значимых отклонений от нормального распределения) или при помощи непараметрического критерия Манна-Уитни. Оценку значимости различий в группах для переменных с номинальным типом шкалы проводили при помощи точного критерия Фишера. Для сравнения 3 групп применяли одномерный дисперсионный анализ (1-way ANOVA), для апостериорных сравнений использовали критерий Тьюки (в отсутствие значимых отклонений от нормального распределения) или критерий Крускала—Уоллиса (в случае значимых отклонений от нормального распределения).

### Результаты исследований

Для установления стадии ХБП, наряду с маркерами почечного повреждения, нами изучено состояние скорости клубочковой фильтрации, канальцевой реабсорбции и концентрационной функции почек по пробе Зимницкого. Представленные данные (таблица 2) показывают, что у больных, особенно соответствующей ХБП С1, величина скорости клубочковой фильтрации была оптимальной и особо не отличалась от контрольной группы. Аналогичная картина наблюдалась также со стороны показателей канальцевой реабсорбции. В то же время у больных ХБП С2 величины СКФ были незначительно сниженными, но достоверно отличались от контрольной группы.

**Таблица 2.-Показатели функционального состояния почек у больных с различными формами течения хронического пиелонефрита соответствующей ХБП С1-2 ст., ( $M \pm m$ ).**

Показатель	Контроль (n=20)	ХБП С1		
		Латентная (n=24)	Рецид-я (n=21)	Гипер-я (n=18)
СКФ (мл/мин)	96,2 $\pm$ 0,6	96,0 $\pm$ 1,0 $p_1 > 0,05$	74,6 $\pm$ 1,2 $p_1 < 0,00$ ; $p_2 < 0,001$	93,3 $\pm$ 0,8 $p_{1,2} > 0,05$ ; $p_3 < 0,001$
Са реабс-я, (%)	99,0 $\pm$ 0,6	99,0 $\pm$ 0,7	99,0 $\pm$ 0,7	98,1 $\pm$ 0,7
Мочевина (ммоль/л)	5,8 $\pm$ 0,5	6,0 $\pm$ 0,3	6,4 $\pm$ 0,3	6,7 $\pm$ 0,4
Креатинин (ммоль/л)	76,0 $\pm$ 2,3	78,2 $\pm$ 1,2	78,6 $\pm$ 1,1	79,4 $\pm$ 0,6
		ХБП С2		
СКФ (мл/мин)	96,2 $\pm$ 0,6	78,4 $\pm$ 1,0 $p_1 < 0,001$	77,3 $\pm$ 0,7 $p_1 < 0,00$ ; $p_2 > 0,05$	74,4 $\pm$ 1,3 $p_1 < 0,00$ ; $p_{2,3} > 0,05$
Са реабс-я (%)	99,0 $\pm$ 0,6	98,0 $\pm$ 0,6	98,3 $\pm$ 0,8	98,2 $\pm$ 0,6
Мочевина (ммоль/л)	5,8 $\pm$ 0,5	6,2 $\pm$ 0,3	6,8 $\pm$ 0,3	6,9 $\pm$ 0,3
Креатинин (ммоль/л)	76,0 $\pm$ 2,3	79,2 $\pm$ 1,1 $p_1 > 0,05$	78,8 $\pm$ 0,7 $p_1 > 0,0$ ; $p_2 > 0,05$	81,4 $\pm$ 0,7 $p_1 < 0,05$ ; $p_{2,3} > 0,05$

*Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между всеми группами (ANOVA Крускала-Уоллиса);  $p_1$  – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми в контрольной группе;  $p_2$  – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми в группе с латентной ХПБ;  $p_3$  – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми в группе с рецидивирующей ХБП ( $p_1$ - $p_3$  – по U-критерию Манна-Уитни).*

Из неврологических расстройств чаще отмечались головные боли и выявлялись у 54 (45,0%). При этом у 23 (19,2%) пациентов наблюдались головные боли от напряжения, составляя частоту в 64,2% (77 больных) наблюдений. Наряду с этим частота головной боли в наших исследованиях чаще наблюдалась у женщин по сравнению с мужчинами (36,6%, против 28,3%) в популяции различных форм течения хронического пиелонефрита (таблица 3).

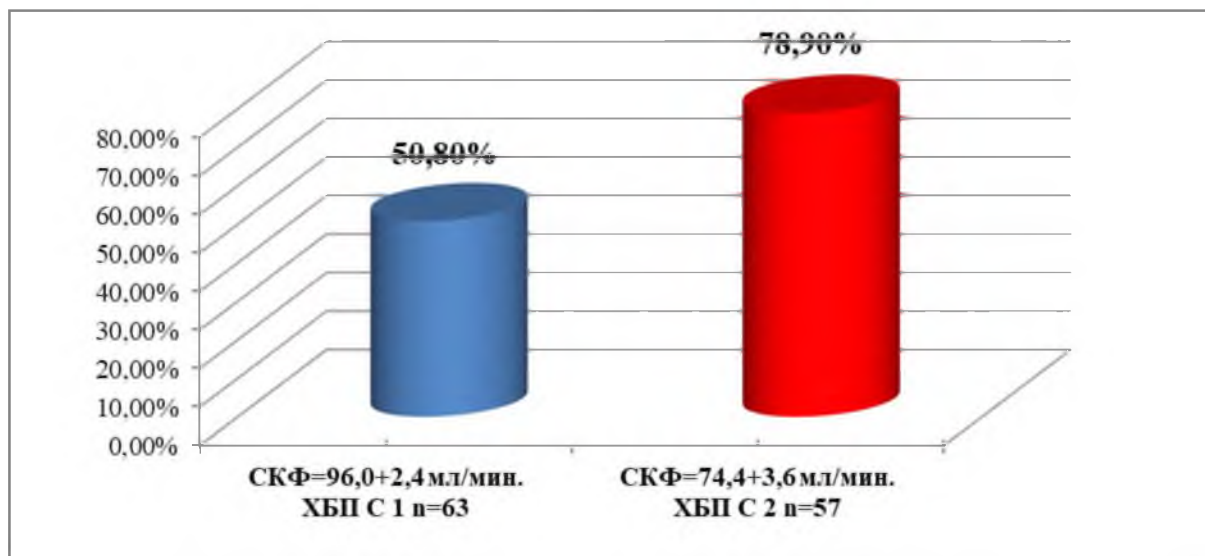
**Таблица 3.- Частота и основные клинические признаки головной боли у больных с различными вариантами течения хронического пиелонефрита (n=120)**

Показатель	Контроль n=20	Латентная n=40	Рецид-ая n=40	Гиперт-ая n=40
ГБ напряжения	3 (15,0%)	6 (15,0%)	6 (15,0%)	11 (27,5%)
Вторичные ГБ		15 (37,5%)	18 (45,0%)	21 (52,5%)
Односторонние		6 (15,0%)	7 (17,5%)	9 (22,5%)
Двухсторонние	3 (15,0%)	6 (15,0%)	11 (27,5%)	23 (57,5%)
Утренние	2 (10,0%)	3 (7,5%)	4 (10,0%)	10 (25,0%)
Дневные			2 (25,0%)	9 (22,5%)
Вечерние	1 (5,0%)	3 (7,5%)	2 (25,0%)	8 (20,0%)
Ночные		3 (7,5%)		4 (10,0%)
Мужчины	1 (5,0%)	10 (25,0%)	10 (25,0%)	14 (35,0%)
Женщины	2 (10,0%)	11 (27,5%)	14 (35,0%)	19 (47,5%)

*Примечание: -  $p < 0,05$ ; -  $p < 0,01$ ; - статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми в контрольной группе (по критерию  $\chi^2$  с поправкой Йетса).*

Анализ частоты головной боли среди больных с различными формами течения хронического пиелонефрита показал её увеличение по нарастанию тяжести течения заболевания. Вторичные головные боли при латентной форме обнаруживались у 37,5%, при рецидивирующем – у 45,0%, при ХП, протекающем с АГ – у 52,5% больных. Далее, в поисках достоверной взаимосвязи частоты и тяжести головной боли с характером течения хронического пиелонефрита нами изучены показатели заболевания, соответствующие I и II стадиям ХБП, отличающимся величиной скорости клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции (рисунок 1).

Значительное увеличение частоты головной боли при гипертонических вариантах течения пиелонефрита связывают с раздражением рецепторов твердой мозговой оболочки коры головного мозга, венозных синусов, оболочечных и мозговых сосудов. Одновременно это является источником риска возможного возникновения различных неврологических расстройств, невротического, астено-невротического, вегетативных дисфункций, депрессивных нарушений с изменениями рефлекторной сферы и других рассеянной микросимптоматики. Головокружение у больных латентным хроническим пиелонефритом выявлялось у 12 (30,0%), при рецидивирующем – у 16 (40,0%) и гипертоническом – у 21 (52,5%) из обследованных больных. Среди обследованных нами больных оно наблюдалось в 40,8% (у 49 из 120 обследованных) случаев больных с различными формами течения хронического пиелонефрита.



**Рисунок 1. - Частота головной боли у больных хроническим пиелонефритом и ХБП С1-С2 (в %%, n=120), достоверность различия  $p < 0,05$ .**

Неустойчивость частоты пульса и артериального давления выявлялись у 13 (32,5%) больных с латентным, у 16 (40,0%) рецидивирующим и у 26 (65,0%) больных ХП с артериальной гипертензией. Интенсивность симптомов вегетативной дистонии в группе больных с латентным и рецидивирующим течением хронического пиелонефрита была менее выражена. Уровень артериального давления колебался с неустойчивым подъёмом систолического в пределах 114-136 мм рт.ст., диастолического 65-84 мм рт.ст. и, как правило, сопровождался переходящей тахикардией, чувством нехватки воздуха, дискомфортом в области сердца, иногда с чувством тошноты и позывами к мочеиспусканию. Такие расстройства по типу вегетативных кризов наблюдали у 6 (15%) больных с рецидивирующим и у 2 с латентным течением хронического пиелонефрита в первые дни от поступления в стационар в связи с обострением заболевания. Сравнительно чаще такие приступообразные вегетативные расстройства наблюдались у 17 (42,5%) больных с артериальной гипертензией.

Наряду с такими жалобами на неврологические расстройства у больных хроническим пиелонефритом иногда выявляется проявление синдрома невротической депрессии. Всего депрессия выявлена у 17 (14,1%) больных, при этом в лёгкой степени она наблюдалась у 12, и в выраженной степени у 5 из 120 обследованных больных хроническим пиелонефритом. Наличие когнитивных расстройств было выявлено при использовании тестов MMSE и по Лурия. Снижение памяти, запоминания обнаружено у 22 (18,3%) больных с различными формами течения хронического пиелонефрита, при латентном течении оно обнаружено у 5 (12,5%), рецидивирующем течении – у 6 (15,0%) и при хроническом пиелонефрите с артериальной гипертензией – у 11 (27,5%) больных. (таблица 4).

Следующей по частоте вегетативных расстройств нервной системы являлась вегетативная дистония, которая наблюдалась в пределах 32,5% и 40,0% – мало отличалась при латентном и рецидивирующем течении ХП, но значительно нарастала при ХП с артериальной гипертензией, выявляясь у 65,0% пациентов этой группы.

**Таблица 4. - Частота когнитивных расстройств в группах больных хроническим пиелонефритом различного течения**

Показатель	Латентное течение n=40	Рецидивирующее течение n=40	ХП с АГ n=40
MMSE	2	3	4
Кратковременная память (10 слов по Лурия)	1	2	3
Отсроченная память (10 слов по Лурия)	2	1	4
Всего:	5 (12,5%)	6 (15,0%)	11 (27,5%)

Фобический и кардиалгический синдромы, вегетативная невропатия, синдром невротической депрессии встречались сравнительно реже, распределяясь в пределах 2,5-5% у больных с латентной и рецидивирующей формами течения хронического пиелонефрита. При гипертоническом варианте течения хронического пиелонефрита они наблюдались значительно чаще – от 22,5 до 30,0%, с незначительным преобладанием частоты кардиалгического синдрома (30,0%) (таблица 5).

**Таблица 5. -Сравнительная характеристика частоты неврологических расстройств у больных с различными формами хронического пиелонефрита (n=120)**

Показатели неврологической симптоматики	Контроль n=20	Латентная n=40	Рецидивирующая n=40	Гипертоническая n=40	Всего n=120
Головные боли	3 (15,0%)	21 (52,5%)*	24 (60,0%)*	32 (80,0%)*	77 (64,1%)
Головокружение	-	12 (30,0%)	16 (40,0%)	21 (52,5%)	49 (40,8%)
Астено-невротический синдром	1 (3,8%)	16 (40,0%)*	18 (40,0%)*	28 (70,0%)*	62 (51,7%)
Вегетативная Дистония	3 (15,0%)	13 (32,5%)	16 (40,0%)*	26 (65,0%)*	55 (45,8%)
Фобический Синдром	-	1 (2,5%)	4 (10,0%)	11 (27,5%)	16 (13,3%)
Кардиалгический Синдром	-	2 (5,0%)	6 (15,0%)	12 (30,0%)	20 (16,7%)
Синдром невротической депрессии	-	2 (5,0%)	5 (12,5%)	10 (25,0%)	17 (14,2%)
Снижение памяти и запоминания	-	5 (12,5%)	6 (15,0%)	11 (27,5%)	22 (18,3%)

Примечание: \*- $p < 0,05$ ; \*\*-  $p < 0,01$ ; \*\*\*-  $p < 0,001$ ; – статистическая значимость различия показателей по сравнению в контрольной группе (по критерию  $\chi^2$  с поправкой Йетса).

При этом указанные синдромы достоверно в два раза увеличивались при гипертонических вариантах течения заболевания, подчеркивая значимость отрицательного воздействия артериальной гипертензии в прогрессировании тяжести соматического и неврологического статусов. Полученные данные показали, моно-синдром встречался у 32,5% больных, следующим по частоте встречалось сочета-

ние двух синдромов - 23,3%, наличие трёх синдромов встречалось в 21,5% случаев, значительно реже наблюдалось сочетание четырех и пяти синдромов. По мере увеличения частоты основных клинических симптомов хронического пиелонефрита (боли в поясничной области, дизурические расстройства, бактериурия, лейкоцитурия, артериальная гипертензия, гипостенурия с тенденцией снижения скорости клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции) увеличивается частота неврологических расстройств. Становятся очевидными взаимосвязь и общность патогенетических механизмов в прогрессировании заболевания и возникновении полиорганной симптоматики с признаками повреждения нервной системы.

Оценка и анализ состояния краниальной дисфункции, координаторных нарушений и изменений рефлекторной сферы проводился по сумме баллов. Представленные данные показывают, что наиболее часто у больных хроническим пиелонефритом выявлялись нарушения рефлекторной сферы 21 (52,5%) и координаторных нарушений с максимальным увеличением в группе ХП с АГ – 18 (45,0%) больных. Отличие частоты при гипертензивном варианте течения по сравнению с рецидивирующим было незначительным (45,0% против 52,5%).

Вторым по частоте оказалось координаторное нарушение, которое проявлялось нарушением выполнения пальценосовой пробы, с интенционным тремором, неустойчивостью в позе Ромберга. Оно обнаруживалось у 11 (27,5%) больных с латентным течением ХП, у 12 (30,0%) – с рецидивирующим и у 18 (45,0%) больных с артериальной гипертензией (таблица 6).

**Таблица 6. - Частота краниальной невропатии, изменений рефлекторной сферы и координаторных нарушений у больных с различными формами течения хронического пиелонефрита**

<b>Неврологическое расстройство</b>	<b>Латентный ХП n=40</b>	<b>Рецид-щий ХП n=40</b>	<b>ХП с АГ n=40</b>	<b>Всего n=120</b>
Краниальная невропатия	6 (15,0)	8 (20,0%)	11 (27,5%)	25 (20,8%)
Нарушение рефлекторной сферы	12 (30,0%)	18 (45,0%)	21 (52,5%)	51 (42,5%)
Координаторные нарушения	11 (27,5%)	12 (30,0%)	18 (45,0%)	41 (34,2%)

То есть, координаторные нарушения примерно с одинаковой частотой наблюдались при латентном и рецидивирующем течении, встречаясь относительно чаще при хроническом пиелонефрите, протекающем с артериальной гипертензией. Реже выявлялась краниальная невропатия, симптоматика не носила системного характера, проявляясь микросимптоматикой в основном зрительной (оптической) и слуховой (аудиторной) принадлежности. Повреждающими факторами, приводящими к нарушению работы черепно-мозговых нервов с развитием различных невропатий у больных хроническим пиелонефритом, являются воздей-

ствии инфекции, токсико-воспалительные изменения, и в значительной степени отрицательное влияние артериальной гипертензии.

Следовательно, своевременное выявление неврологических расстройств, установление их интенсивности и степени выраженности, имеет важное значение в правильном построении стратегии лечения и улучшения качества жизни больных хроническим пиелонефритом в ранних его стадиях.

При изучении состояния мозгового кровообращения у больных выявлены изменения, нарастающие по мере прогрессирования хронической болезни I-II стадии. У больных с латентным течением хронического пиелонефрита наблюдается небольшая тенденция к избыточному кровенаполнению сосудов головного мозга в пределах нормальных показателей тонуса крупных и мелких артериол. При рецидивирующем течении хронического пиелонефрита, особенно у больных с частыми обострениями и при сочетании с артериальной гипертензией, выявлялось статически достоверное ухудшение состояния мозгового кровообращения.

Оно проявлялось снижением уровня пульсового кровенаполнения, скорости пульсового и венозного кровотока с повышением периферического сопротивления в сосудах мелкого и среднего калибров в обоих каротидных бассейнах. Обращало внимание, что показатели скорости венозного кровенаполнения в правом каротидном бассейне практически оставались на прежнем уровне, вне зависимости от варианта течения хронического пиелонефрита, по сравнению с контрольной группой.

Анализ данных показателей асимметрии кровоснабжения сосудов в бассейне сонных артерий у больных с латентным течением хронического пиелонефрита, в сравнении с контрольной группой, обнаружил незначительное нарастание коэффициента асимметрии по уровню пульсового кровенаполнения, периферического сопротивления сосудов и скорости венозного кровенаполнения. В то же время при гипертонической форме течения хронического пиелонефрита выявлялось достоверное нарастание асимметрии по скорости пульсового кровенаполнения и величины периферического сопротивления сосудов. При изучении показателей церебральной гемодинамики в вертебрально-базилярном бассейне у больных с хроническим пиелонефритом (таблица 7) по сравнению с контрольной группой отмечено незначительное нарастание периферического сосудистого сопротивления, в большей мере в правой части вертебрально-базилярной системы.

При этом в группе больных с рецидивирующим течением хронического пиелонефрита, помимо высокого периферического сопротивления, изменялись в худшую сторону показатели пульсового кровенаполнения и скорости венозного оттока. Они ухудшались в большей мере в группе больных хроническим пиелонефритом с артериальной гипертензией.



**Таблица 7. - Показатели церебральной гемодинамики по данным РЭГ в бассейне внутренней сонной артерии**

Показатель	Контроль (n=40)	ХБП		
		Латентная (n=40)	Рецид-я (n=40)	Гипер-я (n=40)
АПР (ом)sin dextra	0,76±0,02	0,54±0,03 p <sub>1</sub> <0,001	0,52±0,01 p <sub>1</sub> <0,001	0,04±0,00 p <sub>1, 2, 3</sub> <0,001
СПКsinistra dextra	1,72±0,10	1,56±0,09 p <sub>1</sub> >0,05	1,36±0,05 p <sub>1</sub> <0,05	1,25±0,06 p <sub>2, 3</sub> >0,05
СВКsinistra dextra	0,87±0,06	0,64±0,05 p <sub>1</sub> <0,05	0,62±0,04 p <sub>1</sub> <0,05	0,60±0,02 p <sub>2,3</sub> >0,05
ДКИsinistra dextra	82,3±2,4	104,0±2,9 p <sub>1</sub> <0,01	130,0±2,6 p <sub>1,2</sub> <0,001	145,1±4,9 p <sub>1,2</sub> <0,001
РИsinistra dextra	0,119±0,009	0,139±0,002 p <sub>1</sub> >0,05	0,115±0,008 p <sub>1</sub> >0,05	0,104±0,012 p <sub>1,3</sub> >0,05
Vб (ом/с)	1,52±0,06	1,54±0,05 1,56±0,04	1,58±0,05 1,60±0,01	1,50±0,05 1,58±0,01
Vм (ом/с)sin dextra	0,66±0,04	0,52±0,03 p <sub>1</sub> >0,05	0,32±0,01 p <sub>1</sub> <0,001	0,25±0,03 p <sub>1,2</sub> <0,001
МК (yc)sinist dextra	0,65±0,02	0,80±0,03 p <sub>1</sub> <0,001	0,84±0,01 p <sub>1</sub> <0,001	0,85±0,01 0,83±0,01 p <sub>2,3</sub> >0,05

При оценке показателей асимметрии кровотока в вертебробазиллярной системе у больных с латентным течением хронического пиелонефрита по сравнению с контрольной группой происходит нарастание показателей реографического индекса, скорости пульсового кровотока, скорости венозного кровотока и дикротического индекса (таблица 8). Эти показатели достоверно увеличивались в группе больных хроническим пиелонефритом с артериальной гипертензией, указывая на динамическое ухудшение скорости кровенаполнения и периферического сосудистого сопротивления.

Обобщая результаты исследования состояния мозгового кровообращения по данным РЭГ, нужно подчеркнуть, что у больных с латентным и рецидивирующим вариантами течения хронического пиелонефрита имеется тенденция к избыточному кровенаполнению церебральных сосудов в каротидном бассейне и вертебробазиллярной системе

Колебание амплитудного показателя реограмм (АПР) наряду с изменением скорости пульсового кровотока (СПК) со скоростью венозного кровотока (СВК) и дикротического индекса (ДКИ) указывают на увеличение сопротивления мелких артерий и капилляров.

Показатели межамплитудного коэффициента, особенно у больных с артериальной гипертензией, свидетельствует об ухудшении церебральной гемодинамики с нарушением венозного оттока крови, что может привести к дальнейшему ухуд-

шению общей церебральной гемодинамики с развитием признаков венозной энцефалопатии.

**Таблица 8. - Коэффициент асимметрии**

Показатель	Контроль (n=40)	ХБП		
		Латентная (n=40)	Рецид-я (n=40)	Гипер-я (n=40)
РИ	11,0±0,0	11,2±0,0 $p_1 < 0,01$	10,7±0,1 $p_1 > 0,05; p_2 < 0,001$	17,8±0,8 $p_{1,3} < 0,001; p_2 < 0,001$
СПК	17,1±0,8	17,3±0,6	18,6±0,9	16,5±0,7
СВК	18,2±0,2	18,8±0,3 $p_1 > 0,05$	12,8±0,5 $p_1 < 0,001; p_2 < 0,001$	16,4±0,6 $p_1 > 0,05; p_{2,3} < 0,01$
ДКИ	13,1±0,3	13,0±0,1 $p_1 > 0,05$	11,1±0,5 $p_1 < 0,05; p_2 < 0,05$	14,3±0,5 $p_{1,2} > 0,05; p_3 < 0,001$

Примечание: \* $p$  – статистическая значимость различия показателей между всеми группами (ANOVA Крускала-Уоллиса);  $p_1$  – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми в контрольной группе;  $p_2$  – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми в группе с латентной ХПБ;  $p_3$  – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми в группе с рецидивирующей ХБП ( $p_1$ - $p_3$  – по U-критерию Манна-Уитни).

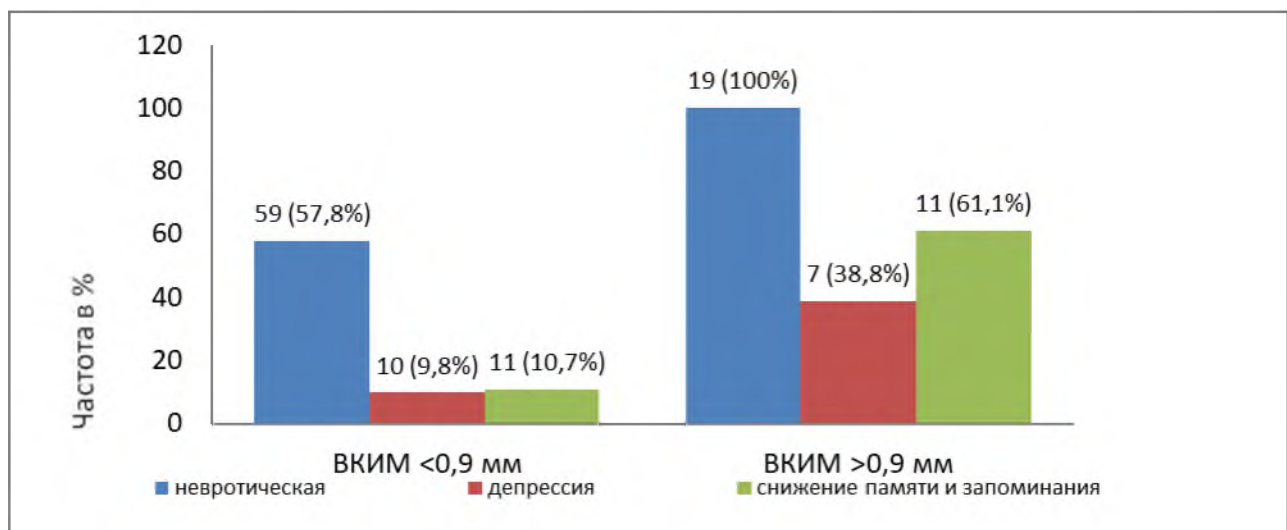
Для определения состояния сосудистой стенки изучены данные спектрограмм дуплексного сканирования (УЗДС) общих сонных артерий, которые позволяли оценить толщину сосудистой стенки. Исследование состояния эластичности (жесткости) проведено по измерению скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) и по индексу сегментации (в %). Анализ полученных данных показал, что в группе больных хроническим пиелонефритом, протекающим без артериальной гипертензии, результаты колебания были в пределах нормальных величин. Лишь у 6 (15,0%) больных с рецидивирующим и у 2 (5,0%) с латентным течением заболевания наблюдалось незначительное увеличение показателей ВКИМ (таблица 9). В то же время в группе больных хроническим пиелонефритом с артериальной гипертензией статистически достоверно выявлялось увеличение толщины сосудистой стенки у 11 (27,5%) больных.

**Таблица 9. - Показатели ВКИМ общих сонных артерий у больных с ХП (M±T)**

Показатель	Контроль (n=40)	ХБП		
		Латентная (n=40)	Рецид-я (n=40)	Гипер-я (n=40)
ВКИМ	0,91±0,05	0,91±0,02 $p_1 > 0,05$	1,01±0,01 $p_1 > 0,05$	1,12±0,02 $p_{2,3} < 0,001$
СРПВ (м/с) Индекс аугм	9,8±0,2	9,8±0,3 $p_1 > 0,05$	11,3±0,3 $p_{12} < 0,01$	12,0±0,3 $p_{1,2} < 0,001$

Примечание: \* $p$  – статистическая значимость различия показателей между всеми группами (ANOVA Крускала-Уоллиса);  $p_1$  – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми в контрольной группе;  $p_2$  – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми в группе с латентной ХПБ;  $p_3$  – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми в группе с рецидивирующей ХБП ( $p_1$ - $p_3$  – по U-критерию Манна-Уитни).

Для установления частоты взаимосвязи выраженности неврологических когнитивных расстройств с состоянием церебральной гемодинамики, утолщением сосудистой стенки (ВКИМ) больные были разделены на подгруппы с наличием и отсутствием изменений церебральной гемодинамики и сосудистой стенки. Результаты такого анализа позволили выявить у больных с утолщением ВКИМ, чаще обнаруживали неврологические и когнитивные нарушения. Утолщение ВКИМ более 0,9 мм обнаружено у 15 (15,8%) больных – у 2 больных с латентным, у 6 с рецидивирующим и у 11 больных хроническим пиелонефритом с артериальной гипертензией. Данные сравнительного анализа частоты выявления неврологических и когнитивных нарушений в зависимости от толщины ВКИМ позволили получить результаты относительной взаимосвязи этих показателей. В группе больных с нормальной толщиной ВКИМ в 57,8% случаев выявлялись вегетативные нарушения, главным образом в виде головных болей, головокружения, астено-невротической и вегетативной дистонии. Когнитивные нарушения с депрессией выявлены в 9,8%, а снижение памяти, запоминания – в 10,7% случаев. В то же время, в группе больных с признаками умеренного утолщения ВКИМ эти изменения обнаруживались значительно чаще жалобы неврологического характера были у всех больных, при этом в 38,8% случаев с депрессией, а со снижением памяти, запоминания у 61,1% больных (рисунок 2).



**Рисунок 2. - Частота неврологических и когнитивных нарушений у больных в зависимости от утолщения ВКИМ, достоверно различные значения  $P < 0,005$ .**

Можно считать доказанным, что частота и выраженность неврологических расстройств у больных с различными формами течения хронического пиелонефрита в I-II стадии ХБП тесно связаны с состоянием мозгового кровообращения и зависит от состояния сосудистой стенки. Они имеют тенденцию появления в ранних стадиях развития хронической болезни почек и значительно выражены у больных хроническим пиелонефритом, протекающим с артериальной гипертензией.

## Заключение

### Основные научные результаты диссертации

1. Клинически хронический пиелонефрит у коренных жителей южных регионов Республики Таджикистан протекает с более скрытым течением, нежели, у жителей европейских регионов и чаще встречается у женщин. Наиболее частыми его проявлениями являются умеренная протеинурия (90%), лейкоцитурия (85%), боли в поясничной области (70%), дизурические расстройства (64,2%), сравнительно реже наблюдаются лихорадка (52,5%), бактериурия (35,6%), артериальная гипертензия (33,3%). [2-А, 4-А, 6-А, 12-А]
2. При ХБП С1-С2 нередко обнаруживаются расстройства вегетативной нервной системы – головные боли (64,1%), астено-невротический синдром (51,7%), вегетативная дистония (45,8%), головокружение (40,8%), кардиалгический синдром (16,7%), фобический синдром (13,3%), невротическая депрессия (14,2%), снижение памяти и запоминания (18,3%). Частота и выраженность неврологических расстройств в определенной степени зависят от формы заболевания течения и клинико-функциональных показателей почек. Реже они встречаются у больных с латентным и рецидивирующим вариантах течения хронического пиелонефрита, значительно чаще у больных хроническим пиелонефритом, протекающим с артериальной гипертензией. [1-А, 3-А, 6-А, 12-А]
3. У больных хроническим пиелонефритом сравнительно редко встречаются неврологические расстройства, ассоциированные с лобной дисфункцией и патологией черепно-мозговой иннервации. Нарушения в рефлекторной сферы выявляются у 42%, координаторные нарушения – у 34,2%. Краниальная невропатия наблюдается у 20,8% больных. Выраженные неврологические расстройства чаще выявляются при рецидивирующем течении в сочетании с артериальной гипертензией. [1-А, 5-А, 8-А, 11-А]
4. Возникновение неврологических и когнитивных нарушений у больных хроническим пиелонефритом на ранних стадиях ХБП непосредственно связано с воздействием инфекционно-воспалительного процесса, изменением скорости клубочковой фильтрации, наличием артериальной гипертензии, приводящих к гемодинамическим нарушениям. [4-А, 7-А, 9-А, 10-А]
5. На ранних стадиях ХБП у больных хроническим пиелонефритом имеется тенденция к дисциркуляции мозгового кровообращения в каротидном и вертебрально-базилярном бассейнах, что сопровождается утолщением величины комплекса интима-медиа, особенно у больных с артериальной гипертензией. Своевременное выявление изменений церебральной гемодинамики на ранних стадиях ХБП необходимо учитывать при оценке тяжести течения основного заболевания, а также при разработке стратегии лечения и профилактики возможных осложнений. [1-А, 5-А, 9-А]

### Рекомендации по практическому использованию результатов

1. Учитывая относительно скрытое клиническое течение хронического пиелонефрита у жителей южных регионов РТ на этапе ХБП С1-С2, даже при незначительных изменениях в анализах мочи, необходимо проведение полного комплекса обследования, включающего определение суточной протеинурии, мо-

нитринга артериального давления, ЭКГ, скорости клубочковой фильтрации, уровня канальцевой реабсорбции, УЗИ почек и мочевых путей, при необходимости - экскреторную урографию и компьютерную томографию.

2. Больным хроническим пиелонефритом при появлении неврологических жалоб целесообразно проведение неврологического обследования, позволяющего установить характер и выраженность соответствующих расстройств. Выраженность неврологических расстройств, уровень неврологического дефицита следует оценивать по шкале нейропсихологического опросника.
3. Больных хроническим пиелонефритом, протекающим с неврологических и когнитивными расстройствами, необходимо относить в специальную группу риска, допуская вероятность прогрессирования неврологической симптоматики. При проведении стратегии лечения необходимо провести коррекцию сосудистых факторов риска, связанных с артериальной гипертензией.
4. Для оценки состояния церебральной гемодинамики у больных хроническим пиелонефритом на стадиях ХБП С1-С2, в качестве критериев оценки церебральной дисциркуляции рекомендуется проведение РЭГ в бассейне каротидных и вертебрально-базилярных артерий. Для оценки толщины стенки сосудов рекомендуется проведение дуплексного сканирования (УЗДС) с определением величины комплекса интима-медиа.

### **Список публикаций соискателя ученой степени**

#### **Статьи в рецензируемых журналах**

- [1-А] Джумаев М.Ш. Клинико-неврологическая характеристика головной боли у больных с хроническим пиелонефритом / М.Ш. Джумаев, Ю.А. Шокиров, К.А. Гаффаров // *Здравоохранение Таджикистана*.-2012.-№2.- С. 131-135.
- [2-А] Джумаев М.Ш. Неврологические расстройства у больных с хроническим пиелонефритом / М.Ш. Джумаев, Ю.А. Шокиров, Р.А. Рахмонов // *Ж. Вестник Авицены*.-2013.-№ 2.-С. 94-99.
- [3-А] Джумаев М.Ш. Клиническая характеристика неврологических расстройств у больных с первичным хроническим пиелонефритом / М.Ш. Джумаев, Ю.А. Шокиров, Р.А. Рахмонов // *Ж. Здравоохранение Таджикистана*.-2014.-№ 1.- С. 61-66.
- [4-А] Джумаев М.Ш. Комплексная оценка клинических, невротических, эндоскопических проявлений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / М.Ш. Джумаев, Ю.А. Шокиров, Х.Р. Хайриддин, С.С. Джалилов // *Ж. Вестник Авицены*.-2016.-№ 1.-С. 48-53.

#### **Статьи и тезисы в сборниках конференции**

- [5-А] Джумаев М.Ш. Дифференциальная диагностика и лечение головной боли напряжения / М.Ш. Джумаев, Ю.А. Шокиров, К.А. Гаффаров // *Годичная научно-практическая конференция ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Роль современной медицинской науки в оздоровлении общества»*-2011.- С. 25-27.
- [6-А] Джумаев М.Ш. Особенности невротических расстройств у больных с хро-

ническим пиелонефритом у жителей юга республики Таджикистан / М.Ш. Джумаев, Ю.А. Шокиров //Мат 61-ой годичной науч-практ конф. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Вклад медицинских наук в практическое здравоохранение».- Душанбе 2013.- С. 177-178.

[7-А] Джумаев М.Ш. Тавсифи клиники харобшавии асаб дар беморони гирифтори пиелонефрити музмини аввалин / М.Ш. Джумаев, Ю.А. Шокиров, Р.А. Рахмонов //Авчи зухал.-2014.-№ 1.-С.74-78.

[8-А] Джумаев М.Ш. Некоторые невротические расстройства у больных хроническим пиелонефритом. М.Ш. Джумаев, Ю.А. Шокиров, Р.А. Рахмонов // Мат 62-ой годичной науч-практ конф. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Медицинская наука и образование».- Душанбе 2014.- С. 34-36.

[9-А] Джумаев М.Ш. Неврологический статус у больных с хроническим толстокишечным стазом на фоне долихосигмы. / М.Ш. Джумаев, Ш.М. Муродова // Мат 64-ой годичной науч-практ конф. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Медицинская наука и образование».- Душанбе 2016.- С. 197.

[10-А] Джумаев М.Ш. Клиническая оценка некоторых невротических расстройств у больных хроническим пиелонефритом (ХБП С1-С2) / М.Ш. Джумаев, Ю.А. Шокиров, Р.А. Рахмонов // Мат 66-ой годичной науч-практ конф. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Роль инновационных технологий в современной медицине».- Душанбе 2018.- С. 449-451.

[11-А] Джумаев М.Ш. Краниальная невропатия у больных с различными формами течения хронического пиелонефрита / М.Ш. Джумаев, Ш.Ф. Одинаев, М.С. Рустамова // Мат 68-ой годичной науч-практ конф. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Фундаментальные основы инновационного развития науки и образования».- 2020.-С. 122-125.

[12-А] Джумаев М.Ш. Показатели реоэнцефалографии сосудов головного мозга у больных с различными формами течения хронического пиелонефрита / М.Ш. Джумаев, Ш.Ф. Одинаев, М.С. Рустамова //Мат 68-ой годичной науч-практ конф. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Фундаментальные основы инновационного развития науки и образования ».- 2020.-С. 147-152.

### Список сокращений и условных обозначений

АГ	Артериальная гипертензия
АПР	Амплитудный показатель реограммы
ВКИМ	Величина комплекса интима-медиа
ГБ	Гипертоническая болезнь
ГУ ГМЦ№2	Государственное учреждение городской медицинский центр №2
ДКИ	Дикротический индекс
КР	Канальцевая реабсорбция
МД	Минутный диурез
МК	Межамплитудный коэффициент
ОПСС	Общее периферическое сосудистое сопротивление
РИ	Реографический индекс
РЭГ	Реоэнцефалография
СВК	Скорость венозного кровотока
СКФ	Скорость клубочковой фильтрации
СПК	Скорость пульсового кровотока
СРПВ	Скорость распространения пульсовой волны
УЗДГ	Ультразвуковая доплерография
ХБП	Хроническая болезнь почек
ХП	Хронический пиелонефрит
ХП с АГ	Хронический пиелонефрит с артериальной гипертензией
ЭхоКГ	Эхокардиография
<i>Cl</i>	Хлор
<i>K</i>	Калий
<i>Mg</i>	Магний
<i>Na</i>	Натрий
<i>P</i> –	Фосфор
MMS	Mini-MentalStateExamination– краткая шкала оценки психического статуса
Vб	Скорость периода быстрого наполнения
Vм	Скорость периода медленного наполнения

**МДТ «ДОНИШГОҲИ ДАВЛАТИИ ТИББИИ ТОҶИКИСТОН  
БА НОМИ АБӮАЛӢ ИБНИ СИНО»**

**УДК 616.61-002.3; 616.857**

**ЧУМАЕВ МИРДОДО ШАРОФОВИЧ**

**ҶАНБАҲОИ КЛИНИКИИ САРДАРДИ ТАШАННУҶБУНӢД  
ВА БАЪЗЕ ИХТИЛОЛОТИ НЕВРОЛОГӢ ДАР БЕМОРОНИ  
ГИРИФТОР БА БЕМОРИИ МУЗМИНИ ГУРДА  
ЗИМНИ МАРҲАЛАҲОИ С1-С2**

**А В Т О Р Е Ф Е Р А Т**

барои дарёфти дараҷаи илмии номзади илми тиб  
аз рӯйи ихтисосҳои  
14.01.04 – Бемориҳои дарунӣ,  
14.01.11 – Бемориҳои асаб

**Душанбе-2021**



Дисертатсия дар кафедраи бемориҳои дарунии №1 МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» таҳия шудааст.

**Роҳбари илмӣ:**

**Шокиров Юсуф Аҳмадович**

доктори илми тиб, профессори кафедраи бемориҳои дарунии №1 МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

**Мушовири илмӣ:**

**Одинаев Шухрат Фарҳодович**

доктори илми тиб, дотсент, мудири кафедраи бемориҳои дарунии №1 МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

**Муқарризони расмӣ:**

**Нозиров Чамшед Ҳочиевич**

доктори илми тиб, дотсент, директори ҚДММ Маркази табобату ташҳиси «Парастор-2014», ш. Ваҳдат, ВТ ва ҲИА Ҷумҳурии Тоҷикистон

**Ҳошимов Раҳимҷон Абдуллоевич**

номзади илми тиб, дотсент, клиникаи «Асабшинос», духтур невролог

**Муассисаи тақриздиханда:** Муассисаи федералии давлатии буҷетии таҳсилоти олии донишгоҳи якуми давлатии тиббии Санкт-Петербург ба номи академик И.П. Павлов

Ҳимояи дисертатсия «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ соли 2021 соати \_\_\_\_\_ дар чаласаи Шӯрои дисертатсионии 6D.КOA-038, ки марбути МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» аст, баргузор мегардад. Нишонӣ: 734003, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139, [tajmedun.@tj](mailto:tajmedun.@tj), +992918724088

Бо дисертатсия дар китобхонаи илмии МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» шинос шудан мумкин аст.

Автореферат санаи «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ с.2021 ирсол шуд.

**Котиби илмӣ**

**шӯрои дисертатсионӣ,**

**номзади илми тиб, дотсент**

**Ҷамолова Р.Ҷ.**

## МУҚАДДИМА

### Мубрамӣ ва зарурати баргузори тадқиқот аз рӯйи мавзӯи дисертатсия.

Бисёре аз чамбаҳои ташхис, арзёбии вазнин будани чараён, муқаррар намудани пешгӯӣ ва ҷустуҷӯи усулҳои самарабахши муолиҷаи бемориҳои музмини гурда дар доираи клиникаи муосир камтар таҳти таҳқиқ қарор гирифта, баҳсталаб боқӣ мемонанд. Зимнан далели нисбатан нарму пинҳонӣ ба роҳ афтодани чараёни бемории гурда, бахусус ҳангоми марҳалаҳои оғозин, дар сокинони минтақаҳои иқлимашон хушқу гарм қиёсан бо минтақаҳои иқлими ҷуғрофӣёшон миёнаю шимолии кишвар анъанавӣ ба назар мерасад.

Аз охири асри XX ва ибтидои асри XXI дар адабиёти илмӣ маводи зиёде ҷамъоварӣ шуд, ки ба чараёни вежаи сабуку пинҳонии навъҳои гломерулонефрит дар минтақаҳои ҷанубии Осиёи Миёна қиёсан бо минтақаҳои миёнаю шимолии Русия ишора менамояд. [Мухин Н.А., И.Е. Тареева, И.Е. Шилов 2002; Ю.А. Шокиров, С.Б. Ҷобирова 2010]. Аммо дар адабиёти илмӣ махсусияти чараёни клиникаи пиелонефрит тавассути маводи бешумор муаррифӣ гаштааст ва масъалаи мазкур, дар маҷмӯъ, то кунун камтар омӯхта шуда, баҳсталаб боқӣ мемонад. Бо вучуди ин, шурӯъ аз оғози асри XXI дар адабиёти илмӣ масъалаи зуд-зуд бо ҳам омехтани ихтилолоти гуногуни неврологӣ дар беморони дорои вариантҳои мухталифи чараёни пиелонефрити музмин ба таври васеъ баррасӣ мешавад [Т. М. Сирияченко, И. А. Митихина 1987; В.И. Скворцова, К. В. Соколов, Н. А. Шамалов 2006].

Тайи солҳои охир омӯзиши ихтилолоти неврологӣ дар беморони гирифтори бемориҳои музмини гурда тавачҷуҳи муҳаққиқонро ба худ ҷой меорад, ки дар бахшҳои нефрология ва неврология машғули фаъолиятанд. [Шилов Е.М 2007; Шилов Е.М 2012]. Агар афзоиши ташаннуҷи асабӣ-равонии аҳолиро, ки бо таҳаввулоти иҷтимоӣ-иқтисодӣ, маишӣ, ҷангии асри XXI дар сар то сари ҷаҳон, аз он ҷумла дар кишварҳои ИДМ бастагӣ дорад, пешӣ назар орем, он гоҳ ҷунин тавачҷуҳи комилан далелнок ба ҳисоб меравад.

Тибқи маълумоти муаллифони ҷудоғона, дар мавриди 52% беморони гирифтӣ ба пиелонефрити музмин ихтилолоти гуногуни неврологӣ мушаххас қарда мешавад. Гипертензияи шарёнӣ, ихтилолоти дизуриявӣ, эҳсоси дард дар ноҳияи қамар, ки баъзан хусусияти хуруҷӣ қасб қарда, ба ноҳияи қадқашақу узвҳои таносулӣ паҳн мешавад, ҳамҷунин ба таҳлуқа аз бобати саломатии худ сабабгӯрӣ пайдоиши ихтилолоти неврологӣ ба ҳисоб меравад. Тавре ки маълум аст, пайдоиши ихтилолоти гуногуни неврологӣ дар заминаи симптоматикаи клиникаи бемории асосӣ мақоми умумии соматикӣро табоқ сохта, дараҷаи вазнинии чараёни беморӣ ва сифати зиндагиро афзунӣ мебахшад. Бинобар ин, ташхиси бармаҳал ва муқаррар намудани хусусияти симптоматикаи пайдошуда масъалаи муҳим ба ҳисоб рафта, барои интиҳоби дурусти тактикаи самарабахши муолиҷаи комплекси беморони гирифтӣ ба пиелонефрити музминро имқонпазир мегардонад.

Маълум аст, ки сардари-ташаннуҷ ба шаклҳои хушҳими «сефалгия» даҳл дошта, бояд онро ҳамҷун дарди «ташаннуҷи мушақӣ» ё «сефалгияи стрессӣ» баррасӣ намоем. Басомади сардари, ташаннуҷи вобаста ба популясияи умумӣ — тибқи маълумоти адабиёти илмӣ,— аз 30% то 78% даққа хӯрда, махсусан зимни шаклҳои ногузири соматогенӣ рӯй ҷониби афзоиш дорад.

Ҳамчунин афзоиши якҷояшавии сардарди ташаннучбунёд бо симптомҳои дисфунксияи когнитивию вегетативӣ, ихтилолотии астенӣ-неврозӣ ва депрессиявӣ ба қайд мерасад. Сарфи назар аз муҳимии басомади симптомҳои мазкур, дар адабиёти илмӣ танҳо асарҳои чудоғонае ба иртиботи омӯзиши ихтилолотии неврологие ба назар мерасанд, ки дар беморони гирифтор ба пиелонефрити музмин падида хоҳад омад. Масъалаҳои зиёде зимнан баҳснок боқӣ монда, аз умқи омӯзиш бархӯрдор нестанд. Таҷрибаи амалӣ ва таълифоти солҳои охир ҳамзамон аз бобати душвориҳои муайяне дар амри ташхис ва табобати беморони гирифтор ба пиелонефрити музмин гувоҳӣ медиҳад, ки ихтилолотии неврологиро ба ҳамроҳ дорад. Басомади сардард ва ихтилолотии дигари неврозӣ, муносибати мутақобилаи онҳо бо шакли душвории чараёни пиелонефрити музмин то андозае норӯшан боқӣ монда, камтар дар доираи таҳқиқ қарор гирифтаанд. Аммо масъалаҳои мазкур дар популясияи ҚТ умуман омӯхта нашудаанд. Мо бо дарназардошти нуктаҳои мазкур ҳадафу вазифаҳои зерини таҳқиқро пеш гузоштем.

**Дарачаи омӯхта шудани мавзӯ.** Таҳқиқоти диссертатсионии пешниҳодёфта дар баҳши нефрология нахустин буда, ҷанбаҳои чудоғонаи ихтилолотии неврологиро фаро мегирад, ки то андозае сифати зиндагии пациентро коҳиш медиҳад. Тавачҷух ба омӯзиши масъалаи мазкур на- танҳо ба сабаби афзоиши дарачаи бемайлоии мубталошавӣ ба патологияи гурда дар чумхурӣ, балки боз ба иллати бештар гаштани басомади ихтилолотии неврологӣ дар миёни пациентҳои дорои патологияи музмини гурда бастагӣ дорад. Феълан таъсири неругирандаи омилҳои хатар дар робита ба ихтилолотии гурда тавъам бо харобшавии экология, табоқшавии ғизо ва омилҳои иҷтимоӣ-маишӣ боиси афзоиши шумори пациентҳои дорои ихтилолотии когнитивӣ ва депрессиявӣ гаштааст, ки нуктаи мазкур дар бештари мавридҳо аз доираи тавачҷух берун мемонад. Муаллифони бешумори ватанию хориҷӣ бар рӯйи умумияти патогении аксари робитаҳои мавҷуд дар миёни синдроми симптомҳои неврологӣ ва нефрологӣ ишора мефармоянд. Бар хилофи баҳше аз таҳқиқотҳои пешин, дар пажӯҳиши мо омилҳои иқлими гарм дарозмуддат ҳузур дорад, ки он бар рӯйи манзараи клиникаи беморӣ ва ҳолати функционалии тавозуни обиятӣ-электролитӣ, қобилиятҳои полоишӣ ва концентратсионии гурда таъсири гуногун хоҳад расонид. Зимни таҳқиқоти мо маълумоти идеяҳои муаллифони русу хориҷӣ дар робита бо усулҳои абзории ташхиси бармаҳалли пиелонефрити музмин ба қор рафта, инкишоф дода шудаанд, ҳамчунин қазияи ба марҳалаи бемории музмин гузаштани пиелонефрит аз рӯйи меъёри муайян арзёбии фарзии худро ёфтааст. Аммо то имрӯз махсусияти ғизохӯрии сокинони минтақаи мо, вежаҳои даврони тӯлонии иқлими гарм ва омилҳои этникӣ баҳснок боқӣ мемонанд. Чунин омилҳое, аз қабилӣ номувофиқ будани терапияи татбиқёбанда, мурочиати дерҳангом, муолиҷаи худӣ ва омилҳои дигар ҳам то андозае бар рӯйи сатҳу дарачаи беморӣ ва музминшавии раванд асари ҷиддии худро мегузоранд. Сарфи назар аз мавҷуд будани маълумотҳои миқдоран фаровони адабиёти илмӣ дар заминаи омилҳои мазкур, ҳанӯз вежагии ҳоси аҳоли ба иртиботи устуворӣ ва муқовимат дар баробари препаратҳо, ҳамчунин масъалаҳои вобаста ба мақоми неврологию психологӣ то имрӯз ба қадри кофӣ омӯхта нашудаанд. Мо нуктаҳои дар боло зикршударо ба инобат гирифта, зимни таҳқиқоти худ натиҷаи пажӯҳишҳои

клиникию абзори гурда ва патологияи неврологиро дар шароити икклими гарм ба миён гузоштем.

**Асосҳои назариявӣ ва методологии таҳқиқот.** Феълан дар Ҷумҳурии Тоҷикистон таҳқиқотҳои вобаста ба ҳолати функционалии гурда дар сатҳи дилхоҳи муосир ва бо истифода аз технологияҳои тақомулӯфта ба амал бароварда мешаванд. Бо дарназардошти нуктаҳои дар боло зикрӯфта метавон арз намуд, ки бояд дар ҳар як клиника алгоритми шеваи ташхисгузорӣ ва таъйини дастгирии дахлдори медикаментозӣ татбиқ ёбад, ки он натавон муътадилгардии ҳолати гурда, балки боз симптоматикаи неврологиро таъмин хоҳад сохт, зеро маҳз онҳо дар марҳалаҳои ниҳойи оризаҳои хавфнокро ангишиш дода метавонанд. Аммо ягонагии меъёрҳои ташхису стандартҳои чараёни клиникии «БМГ» вуҷуд надоранд, бинобар ин басомади ошкорсозии он вобаста аз патологияи омӯхташавандаю усули таҳти истифода шадидан дар ҳоли тағйир буда, ҳудудан аз 5 то 70% ҳодисаҳоро ташкил медиҳад

#### **Тавсифи умумии таҳқиқот**

**Ҳадафи таҳқиқ.** Омӯхтани зуҳуроти клиникӣ-функционалӣ ва басомади ихтилолоти нисбатан зуд-зуд дучоршавандаи неврологӣ дар амалияи нефрологӣ ба иртиботи беморони гирифта ба вариантҳои гуногуни чараёни пиелонефрити музмин аз ҳисоби сокинони Ҷумҳурии Тоҷикистон.

**Объекти таҳқиқ.** 120 нафар гирифта ба пиелонефрити музмин, ки вориди шӯбаи статсионарию нефрологӣ ва неврологии МД МШТ №2 ба номи академик К.Т. Тоҷиев — воқеъ дар шаҳри Душанбе, — гашта буданд, объекти таҳқиқи кори диссертатсионии мавриди назарро ташкил доданд. Баъдан бар рӯйи ҳамаи нафарҳои муоинашуда тибқи нақшаи нефрологию неврологӣ бо истифода аз тест тадқиқоти дахлдор ба амал бароварда шуд.

**Мавзӯи таҳқиқ.** Омӯзиши ҳолати гурда ва мақоми неврологии нафарони предметҳои таҳқиқоти мазкурро ташкил доданд. Гузашта аз ин, басомаду хусусияти ихтилолоти неврологию нейропсихологӣ дар мавриди беморони гирифта ба шаклҳои гуногуни чараёни пиелонефрити музмин арзёбию таҳлил гаштанд. Муносибати дучонибаи ихтилолоти неврологӣ бо шакли чараёни пиелонефрити музмин ва ҳамчунин зимни тавъамафтии он бо гипертензияи шарёни таҳти таҳлил қарор гирифт. Афзун бар он чӣ гуфта омад, омӯзиши омилҳои хатари вобаста ба пайдоиши ихтилолоти неврологӣ, муносибати дучонибаи онҳо бо хусусияти чараёни пиелонефрити музмини ҳамроҳ бо БМГ С1-С2 мавзӯи омӯзишро ташкил доданд.

#### **Вазифаи таҳқиқ:**

1. Муайян намудани анвои гуногуни шаклҳои клиникии чараёни пиелонефрити музмин (БМГ С1-С2).

2. Муқаррар намудани мувофиқати басомаду хусусияти ихтилолоти неврологӣ дар беморони гирифта ба пиелонефрити музмин.

3. Муайян кардани муносибати дучонибаи вобаста ба зуҳуроти клиникӣ-функционалии шаклҳои гуногуни пиелонефрити музмин бо басомаду хусусияти ихтилолоти неврологӣ.

4. Омӯзиши ҳолати гемодинамикаи гардиши хуни мағзи сар (БКИМ, РЭГ) дар беморони гирифта ба пиелонефрити музмини ҳамроҳ бо гипертензияи шарёни ва бе вучуди он.

**Усулҳои таҳқиқ.** Ҳамаи таҳқиқот дар пойгоҳи шуъбаҳои нефрологӣ ва неврологии МД МШТ №2 ба номи академик К.Т. Тоҷиев —вокеъ дар шаҳри Душанбе, — ба амал бароварда шуд. Ба ҳар сари бемор пуршишномаи махсуси таҳиягашта бо нишон додани маълумотҳои анамнезӣ, омилҳои хатарофарин барои ташаккули патологияи неврологӣ, муоинаҳои умумии клиникӣ ҳонапурӣ гашт. Ба манзури санҷиши дуруст будани ташхис усулҳои муносиру муносиби муоина ба кор бурда шуданд: аз муайян кардани сафедаи умумӣ гирифта, то озмоиши чигар, фибриноген, мочевина, креатинини зардоби хун ва электролитҳо (Na, K, Ca, Mg, F)-и плазма Ҳангоми татбиқи МУС мавҷудияти деформатсияи суроби гурда, коҳиши индекси реналӣ-кортикалӣ, дуруштшавии суробҳои косача, васеъшавӣ ва деформатсияи системаи косачаю ҳавзак, номутаносибии андоза ва ноҳамвории суроби ҳар ду ҳиссаи гурда ҳамчун нишонаҳои боэътимод ба шумор омаданд. Барои мушаххассозии тағйиротҳои деструктивӣ дар паренхимаи гурда, ҳавзак, поячаи рағӣ, уқдаҳои лимфавӣ, насчи паранефралӣ ҳамчун тадбири судманд урографияи экскреторӣ ва ТК ба амал бароварда шуд. Ҳолати функционалии гурда аз рӯйи чамъоварии пешоб таҳти озмоиши Реберг татбиқ ёфта, ҳамчунин шумориши суръати полоиши ҳубобиро аз рӯйи формулаи СКД-ЕРІ шаклу сурат бахшидем, ки он аз ҷониби НОҲР (2013) тавсия гаштааст. Аз рӯйи тестҳои *камбуди когнитивӣ ва* чадвали арзёбии мақоми равонӣ (Mini-MentalStateExamination - MMSE), яъне бар пояи тести азёдкунии 10 калима тибқи усули А.Р. Лурия баҳогузорӣ кардем. Ҳангоми муоинаи неврологӣ нишонаҳои нейропатияи краниалии генези марказӣ, анизокория, номутаносибии роғҳои чашм, чинҳои бинию лаб, девиатсияи забон, заъфи конвергенсия муқаррар гаштанд. Зимни мавҷудияти гиперрефлексия, анизорефлексия, нишонаҳои патологияи чайбию попанчай, гиперметрия, атаксия, тремор, ноустуворӣ дар вазъи Ромберг ва озмоишҳои ҳамоҳангкунанда тағйиротҳои баҳши рефлекторӣ (ТБР) муқаррар гардонда шуданд. Ҳангоми арзёбии ҳолати системаи асаби вегетативӣ чадвали омехтаи А.М. Вейн (1981, 1999)-ро ба кор бурдем. Рефлекси чашму дили Ашнер ва озмоиши ортоклиностатикиро таҳқиқ намуда, индекси вегетативии Кердоро таъйину муайян сохтем.

**Соҳаи таҳқиқот.** Асари диссертационии мазкур ба масъалаҳои илмии нефрология ва неврология бахшида шуда, бо шиносномаи ҚОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯйи исхтисоси 14.01.04 – Бемориҳои дарунӣ ва 14.01.11 – Бемориҳои асаб: зербанди 3.4. Этиология ва патогенез, омилҳои хатар, генетикаи бемориҳои узвҳои дарунӣ; зербанди 3.7. мутобиқат дорад. Ихтилолоти функцияи узвҳои дарунӣ ҳам дар одамони бемор ва ҳам дар шахсони калонсоли солим. Муҳтавои рисола таҳқиқотҳои баҳши нефрология ва неврология, аз он ҷумла ихтилолоти неврологиро зимни пиелонефрити музмин ба таври пурра инъикос менамояд. Ҳамаи муқаррароти илмӣ, ҳулосаҳо ва тавсияҳои амалие, ки асоснок гашта, ба сурати мантиқӣ аз натиҷаи таҳқиқотҳои анҷомёфта маншаъ гирифтаанд, ҳадафи дар пешамон гузоштаро инъикос мекунанд.

**Марҳалаҳои таҳқиқ.** Таҳияи рисола марҳала ба марҳала сурат гирифт. Мо зимни марҳалаи якум адабиёти вобаста ба масъалаи мавриди назарро омӯхтем. Баъдан мавзӯъ ва ҳадафи таҳқиқ шаклу сурати лозимиро ба худ ги-

рифта, шароити физикии зиндагии патсиентҳо, басомаду хусусияти дараҷаи беморӣ ва синдромҳои клиникӣ ба он дохил гаштанд. Мо махсусиятҳои иқлимӣ-ҷуғрофӣи омилҳо, вежагии ғизо, ҳолати иҷтимоӣ-маишӣ, инчунин шароити қору зиндагиро ба назар гирифта, омилҳои афзалиятноки хатарро дар патсиентҳои тахти муоина ва анҷом додани таҳқиқот бар пояи электролиту қобилияти ҷолоиши гурдари ҷудо намудем. Зимни марҳалаи баъдӣ мо патсиентҳоро аз рӯи синдромҳои клиникӣ марҳилаҳои беморӣ ва бо дарназардошти вучуду дараҷаи зохиргардии симптоматикаи неврологӣ ба гурӯҳҳо дастабандӣ кардем. Ҳамчунин зимни марҳалаи мазкур ҳолати мақоми неврологӣ, муносибати дучонибаи ихтилолоти асабӣ тавҷам бо марҳалаҳои БМГ арзёбӣ гаштанд. Таъри марҳалаи хотимавии таҳқиқ усулҳои абзорӣ арзёбӣ дар мавриди аз хун пур шудани рағҳои мағзи сар ва тестҳои неврологӣ татбиқ ёфта, бо дарназардошти ихтилолоти ошкоршуда алгоритмаи таҳқиқ ва ҷораю тадбирҳои табобатӣ пешниҳод гаштанд.

**Пойгоҳи асосии ихтилолоти асосӣ ва таҳқиқӣ.** Зимни қор бар рӯи рисола асарҳои асосии илмие, ки ба ҷамъаҳои гуногуни нефрология ва неврология ихтисос ёфтаанд, ба таври муфассал омӯхта шуданд. Мавади конференсияҳо ва осори илмии Русия дар заминаи масъалаҳои гуногуни ихтилолоти неврологӣ ҳангоми мавҷудияти патологияи гурда омӯхта шуданд. Таҳлили осору таҳқиқотҳои илмӣ ва рисолаҳои дахлдоре, ки дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ба марзи дифоъ расидаанд, сурат гирифт. Таҳқиқот дар пойгоҳи шуъбаҳои стационари неврология ва нефрологияи МД МШТ №2 ба номи академик К.Т.Тоҷиеви ш. Душанбе доир гардид.

**Этимоднокии натиҷаҳои дисертатсия** ба асоси этимоднок будани маълумотҳо, басандагии ҳаҷми маводи таҳқиқ, сохтсозии омории натоиҷи таҳқиқот ва таълифот тасдиқ хоҳад ёфт. Хулосаю тавсияҳо бар тояи таҳлили илмии натиҷаи таҳқиқот асоснок гашта, аз рангорангии интиҳоб, густардагии маводи аввалия, ҷиддияти сарфшуда дар таҳлили миқдорию сифатии он, занҷиравӣ будани дастамалҳои таҳқиқӣ, истифодаи усулҳои муосири вобаста ба сохтсозии омории ихтилолоти бениёз мебошанд.

**Навгонии илмӣ.** Ба асоси усулҳои клиникӣ-функционалӣ ва лаборатории муоинаи миқдори зиёди беморон барои нахустин бор басомад ва хусусияти симптоматологияи шаклан гуногуни ҷараёни пиелонефрити музмин тавҷам бо бемории музмини гурда—БМГ С1-С2 дар сокинони минтақаи ҷанубии Ҷумҳурии Тоҷикистон муқаррар карда шуд.

Басомаду хусусияти сардари ва ихтилолоти неврологию нейропсихологӣ дар беморони дорои шаклҳои гуногуни ҷараёни пиелонефрити музмин бори аввал барои доираҳои илмӣ мо пешниҳод мегардад. Муносибати дучониба дар заминаи ошкоро будани ихтилолоти неврологӣ бо шакли ҷараёни пиелонефрити музмин ва зимни тавҷам афтодани он бо гипертензиёи шарёнӣ муқаррар гардонда шуд. Омилҳои хатар дар заминаи пайдоиши ихтилолоти неврологӣ, муносибати дучонибаи онҳо бо хусусияти ҷараёни пиелонефрити музмини тавҷам бо БМГ С1-С2 шаклу сурати дақиқ пайдо карданд. Маълумотҳои вобаста ба аҳамиятнок будани ихтилолоти ҳолати гардиши хун зимни тавҷамати пиелонефрити музмин бо гипертензиёи шарёнӣ дар бастагӣ бо дараҷаи ошкоршавии ихтилолоти неврологӣ бори аввал пешниҳод мегарданд. Натиҷаҳои пешниҳодии таҳқиқ арзёбии таҳқиқии вобаста ба

вазнин будани чараёни пиелонефрити музминро зимни мавҷудияти БМГ С1-С2 беҳбуд бахшида, маълумотҳои адабиёти илмӣ оид ба вежагии минтақавӣ чараёни пиелонефрити музминро ҳамроҳ бо БМГ С1-С2 дар сокинони бумии минтақаи ҷануби Ҷумҳурии Тоҷикистон пурра месозанд.

**Аҳамияти назариявии таҳқиқот** аз он иборат аст, ки муқаррароти назариявӣ методологӣ, ҳулосаю тавсияҳое, ки тавассути рисола пешниҳод гаштаанд, дар раванди таълими мактабҳои олии тиббӣ қобили истифода буда метавонанд. Натиҷаҳои таҳқиқот дар амалияи хадамоти статсионарию шуъбаҳои нефрологию неврологии МД МШТ №2 ба номи академик К.Т. Тоҷиеви ш. Душанбе, Маркази миллии тиббии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии Ҷумҳурии Тоҷикистон (ВТ ва ҲИА ҚТ), инчунин зимни раванди таълими кафедраи бемориҳои дарунию асаби Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон (МДТ ДДТТ) ба номи Абӯалӣ ибни Сино қорӣ карда шудаанд.

**Аҳамияти амалӣ.** Натиҷаҳои ҳосилшудаи таҳқиқот ба имконоти ташхисгузорию густардаи клиникӣ беҳбуд мебахшанд. Ҳангоми арзёбии дараҷаи вазнинии чараёни шаклҳои гуногуни пиелонефрити музмин бояд басомаду хусусияти ихтилолоти неврологӣ ба назар гирифта шавад, ки нуктаи мазкур зимни марҳалаҳои оғозини БМГ ба тафсири дурусти пешгӯии беморӣ мусоидат хоҳад намуд. Муносибати дучонибаи басомаду хусусияти ихтилолоти неврологӣ ҳамроҳ бо вазнинии чараёни раванди сироятӣ-илтиҳобӣ, бахусус ҳангоми тавъамафтии он бо гипертензияи шарёнӣ ва ҳолати гемодинамикаи мағзисарӣ зимни мавҷудияти БМГ С1-С2 бояд дар аснои интиҳоби стратегияи муолиҷа аз мадди назар дур намонад. Ошқорсозии бамавқеи тамоюли вобаста ба ихтилоли гардиши хуни мағзи сар, ки ба сурати афзоиши бузургии коэффитсенти интима-медиа тайи марҳалаҳои бармаҳалли БМГ зоҳир мегардад, зарурати амалӣ сохтани муолиҷаи хадафманд ва профилактикаи авҷгирии эҳтимолиро ҳамроҳ бо пайдоиши бемориҳои сереброваскулярию аворизи онҳо фароҳам хоҳад овард.

#### **Нуқтаҳои асоси барои ҳимоя пешниҳодиҳанда:**

- Дар шароити иқлимӣ-ҷуғрофӣ ҷануби ҚТ БМГ С1-С2 бо зухуроти клиникӣ-лаборатории намоёншавияш андак чараён меёбад. Дар маҷмӯъ, ташхис бар рӯйи маълумотҳои абзорӣ, ҳамчунин усулҳои рентгеносонографии муоина таъҷибан мезанад.
- Зухуроти асосии клиникӣ-функционалии шаклҳои гуногуни пиелонефритҳои музмин БМГ С1-С2 бештар бо ихтилолоти гуногуни неврологӣ тавъам меафтанд. Сардард, сарҷарҳзанӣ, дистонияи астенӣ-неврозӣ ва вегетативии навъаш ваготонӣ, ихтилолоти муътадили когнитивӣ, вайроншавии бахши рефлекторӣ аз ҷумлаи навъҳои зуд-зуд зоҳиршавандаи ихтилолоти неврологӣ ба ҳисоб мераванд.
- Зоҳиршавии ихтилолоти неврологӣ ва интензивияти он то андозае аз фаълнокии раванди сироятӣ илтиҳоб, шакли чараёни пиелонефрити музмин вобастагӣ дошта, ҳангоми чараёни ричъаткунанда, махсусан дар гурӯҳи беморони дорои гипертензияи шарёнӣ, хеле афзоиш меёбад.
- Зимни БМГ С1-С2 зухуроти бармаҳалли вайроншавии гардиши хуни мағзи сар дар ҳавзаҳои каротидӣ ва сутунмуҳрай-базиларӣ бо афзоиши андаки бузургии коэффитсенти интима-медиа дар беморони дорои чараёни

ричъаткунандаи пиелонефрити музмин, махсусан ҳангоми омезиш бо гипертензия ва ҳавасмандии шарёнҳои кутрашон хурду миёна, ошкор карда мешавад.

**Саҳми шахсии дисертант.** Муаллиф мудирӣ шуъбаи неврологии МД МШС №2 ба номи академик К.Т. Тоҷиев ба ҳисоб рафта, номбурда ба сурати мустақилона таҳлили адабиётро аз рӯи мавзӯи кори диссертатсионӣ ба ҷой оварда, ҷамъовариҳои клиникӣ ва таҳлили маводи аввалияи клиникӣ, натиҷаи нишондиҳандаҳои вобаста ба усулҳои умумии клиникӣ ва махсуси таҳқиқро анҷом додааст. Муаллиф ҳамаи усулҳои инструменталии таҳқиқ, ҳамчунин ба амал баровардани тестҳои психологӣ ва муоинаро мустақилона доир намулдааст. Нигоранда таҳияи ороиши кори диссертатсионӣ, тасвироти асоснокгардонии ҳадафи рисола ва вазифаи он, мушоҳидаи динамикӣ аз болои патсиентҳо, сохтсозиҳои омории мавод ва таълифи рисола бевосита ба субот расондааст. Муоинаи статсионариҳои 120 пациент бо ҳосилкунии ризояти огоҳонаи онҳо ҷиҳати иштирок дар таҳқиқ ба амал бароварда шудааст. Амалигардонии таҳлил бар пояи биохимиявии таҳқиқ бо ҳамроҳии духтурони озмоишгоҳи биохимиявӣ дар шуъбаи ташхиси функционалии клиника сурат гирифт.

**Тасдиқи диссертатсия.** Маводи кори диссертатсионӣ дар Ассотсиатсияи неврологон “Нейрон” ва конференсияҳои солоную илмӣ МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино (солҳои 2012, 2013, 2014, 2015, 2018 ва 2020), инчунин дар ҷаласаи комиссияи байникафедравии масоил аз рӯи фанҳои терапевтии МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино (Душанбе, соли 2020) ба арз расида, баррасӣ гаштаанд.

**Интишороти натиҷаи диссертатсия.** Аз рӯи маводи рисола 12 кори илмӣ, аз он ҷумла 4 кори илмӣ дар маҷаллаҳои ба нашр расиданд, ки тавассути КОА-и назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон барои ҷопи натиҷаи таҳқиқотҳои диссертатсионӣ тавсия гаштаанд.

**Ҳаҷм ва сохтори диссертатсия.** Рисола дар ҳаҷми 132 саҳифаи матни компютерӣ (*ҳуруфи Times New Roman-14, бо фосилаи 1,5*) баён гашта, аз муқаддима, шарҳи адабиёт, тавсифи мавод ва усулҳои таҳқиқ, ду боб аз хусуси натиҷаи таҳқиқотҳои шахсии муаллиф, бобҳои тафсиру баррасии натиҷаҳои ҳосилшуда, хотима, хулоса, тавсияҳои амалӣ барои бахши тандурустӣ ва рӯйхати адабиёт ба ҳам омадааст. Маводи рисола тавассути 18 ҷадвал ва 8 расм ороиш ёфтааст. Нишондиҳандаи библиографӣ фарогирандаи 237 маъбаи илмӣ буда, аз ин миён 176-тояшон ба муаллифони ватанӣ ва 61-тояшон ба муаллифони хориҷӣ дахл доранд.

### Мухтавои таҳқиқот

**Маводу усулҳои таҳқиқ.** 120 бемори дорои ПМ аз ҳисоби сокинони бумии минтақаи ҷануби Ҷумҳурии Тоҷикистон бо муоина фаро гирифта шуданд. Ҳамаи беморон дар шуъбаҳои нефрологӣ ва неврологии МД МШС №2 ба номи академик К.Т. Тоҷиеви ш. Душанбе таҳти муоинаи статсионарӣ ва муолиҷа қарор гирифтанд. Дастабандии беморон аз рӯи таснифоти Н.А. Лопаткин (1974) сурат гирифта, онҳо ба се гурӯҳи 40-нафарӣ ҷудо карда шуданд: пиелонефрити ҷорию музмини ноаён, пиелонефрити музмини ричъаткунанда ва пиелонефрити музмини тавҷам бо гипертензияи шарёнӣ. Беморони дорои функцияи ҳифзшудаи азотхориҷкунӣ бо таҳқиқ фаро гирифта шуданд, ки тибқи тавсияҳои навини НОИР (2013) бо БМГ-и марҳалаҳои 1 ва 2



мутобик афтод. Дар миёни беморони муоинашуда 68 зан (56,7%) ва 52 марди аз 20 то 50-сола вучуд дошт.

Дастабандии синнусолии беморон нишон дод, ки пиелонефрити музмин бештар дар миёни афроди синнашон миёна, яъне аз 30 то 40-сола ба мушоҳида мерасад. Дар миёни муоинашудагон беморони синнашон чавону миёна (75,9%) афзалият дошта, афроди калонсол (24,4%) камтар ба назар расиданд. **Меъёри хоричкунӣ** аз доираи таҳқиқ беморони гирифтор ба ПМ-и сонавӣ (бемории санги гурда, аденомаи простата), гипертензияи эссенсиалии шарёнӣ, атеросклероз, БИД, диабет қанд ва синдроми метаболӣ, ҳамчунин ишораҳои вобаста, ба осеби косахона ва майнаи сар инчунин, вайроншавии гардиши хуни мағзи сар дар анамнез ташкил доданд. 20 фарди солими марбут ба сокинони минтақаи чануби ҷумҳурӣ, ки аз рӯйи чинс ва синну сол дастабандӣ шуда буданд, гурӯҳи санчиши (гурӯҳи муқоиса)-ро ташкил доданд. Ҳамаи пациентҳо—бо истифода аз усулҳои умумию махсуси клиникӣ муоина (ҷадвали 1),— тахти муоинаи нефрологӣ ва неврологӣ қарор гирифтанд.

Усулҳои таҳқиқ	ПМ бо ҷараёни ноаён n=40 СПК>60-90 мл/дақ (1,73) KR 98-99%	ПМ-и ҳамроҳ бо ҷараёни ричъаткунанда n=40 СПК>60-90 мл/дақ. (1,73) KR 98-99%	ПМ-и ҳамроҳ бо гипертензияи шарёнӣ n=40 СПК>60-90 мл/дақ. (1,73) KR 98-99%
	Креатинин<120ммол/л	Креатинин<120 ммол/л	Креатинин<120 ммол/л
Муоинаи умумии клиникӣ	Ҷамъоварии анамнез, муайян намудани собикаи беморӣ, таҳлили сабабҳои пайдоиши басомади хуруҷкунӣ, симптоматологияи клиникӣ, мониторинги ФШ, мақоми соматикӣ.		
Муоинаи неврологӣ	Муайян кардани мақоми неврологӣ. Муқаррар гардонидани хусусияти ихтилолоти неврологӣ. Тибқи ҷадвали дахҳоли, мувофиқи таснифоти Калининская Н.Я (1974) ва пурсишномаи А.М Вейн (1999) хусусияти ихтилолоти неврологӣ арзёбӣ гашт. Вазни қиёсии ҳар як симптому синдроми неврологӣ дар адохидагӣ ва камбуди умумии неврологӣ муайян карда шуд.		
Муоинаи лабораторӣ	ТУХ ТУП, муайян кардани мизони шабонарӯзии протеинурия, бактериурия, озмоиши Нечипоренко, муоинаҳои биохимиявии таъйин намудани сатҳи сафедаи умумӣ, албумин, мочевина, креатинин, зардоби хун, электролитҳо (-и Na, K, Ca, Mg, F), сафедаи C-реактивӣ, фибриноген		
Муоинаи функционалии гурда	Муайян намудани СПК, KR-и миқдори дар як шабонарӯз ҷамъшудаи пешоб аз рӯйи озмоиши Реберг-Тареев, шумориш аз рӯйи формулаи Кокрофт-Гулт. Ҳолати функсияи концентратсионӣ аз рӯйи озмоиши Зимнитский. Градацияи муайянкунии СПК <90 мл/дақ- андаке коҳиш ёфтааст. Градацияи KR>98%- мусоид буда, KR=96-97% андаке коҳиш ёфтааст.		
Муоинаи рентгенологӣ, ЭХО-сонографиявии РЭГ ДГУС, УЗДС-и рағҳои мағзи сар.	R-ияи узвҳои сандуқи сина, ҷумҷума ба асоси ду нақша, акси тафсирии гурда, ба асоси нишондоди ТК ба амал баровардани муоинаи мағзи сар, гурда. МУС-и гурда, пешобдон, простата. Урографияи экскреторӣ, аз рӯйи зарурат, навъи инфузионии РЭГ, ДГУС-и рағҳои мағзи сар.		

**Ҷадвали 1.- Ороиши таҳқиқот бар пояи ихтилолоти неврологӣ дар беморони гирифтор ба пиелонефрити музмин бо хифзи функсияи азотчудокунӣ гурда (БМГ-и мархалаҳои 1-2).**

Муоинаи лабораторӣ: таҳлили умумию клиникӣ хун, пешоб, озмоиш

аз рӯйи усули Нечипоренко, муоинаи пешоб ба хоотири бактериурия татбиқ ёфта, протенурияи шабонарӯзӣ муқаррар гардид. Таҳлили биохимиявӣ: муайянсозии сафедаи умумӣ, озмоиши чигар, фибриноген, мочевина, креатинини зардоби хун ва электролитҳо (Na, K, Ca, Mg, F)-и плазма. Ҳолати функционалии гурда аз рӯйи озмоиши Реберг сурат гирифта, шумориши суръати полоиши калобачай ҳамчунин аз рӯйи формулаи СКD-EPI ба амал бароварда шуд, функцияҳои каналча ба асоси зичии нисбии пешоб дар озмоиши Зимнитский ва аз рӯйи бузургии реабсорбсияи каналчай муқаррар гардиданд.

Барномаи оморӣ SPSSStatistics-ро истифода бурда, таҳлили омориро анҷом додем. Бо ёрии меъёри Шапиро-Уилк муътадил будани тақсимотро санҷидем. Маълумотҳое, ки барои нишондиҳандаҳои дорой хусусияти муътадил тақсимот заруранд, ба сурати ифодаи миёнаи математикии  $\pm$  ва инҳирофи стандартӣ ( $M \pm SD$ ), барои маълумотҳои дорой хусусияташон тақсимкунандае, ки аз навъҳои муътадил хеле тафовут доранд, ба сурати медиана ва кватилаҳои поёну боло пешниҳод гаштанд. Арзёбии аҳамияти тафовут дар гурӯҳҳоро барои тағйирёбандаҳои дорой фосилаи ҳамсон бо чадвал тавассути t-меъёри Стюдент (зимни мавҷуд набудани инҳирофоти ба чашм намоён аз тақсимбандии муътадил) ё бо ёрии меъёри ғайрипараметрии Манн-Уитни ба амал баровардем. Бо ёрии меъёри дақиқи Фишер арзёбии аҳамияти тафовут дар гурӯҳҳоро барои тағйирёбандаҳои дорой шакли номиналии чадвал амалӣ гардондем. Барои муқоисаи 3 гурӯҳ таҳлили якмеъёраи дисперсионӣ (1-way ANOVA), аммо барои муқоисаи апостериорӣ меъёри Тюки (ҳангоми мавҷуд набудани инҳирофоти ба чашм намоёне аз тақсимоти муътадил) ё меъёри Крускал—Уоллис (дар сурати мавҷуд будани инҳирофоти боаҳамият аз тақсимоти муътадил)-ро ба кор бурдем.

### Натиҷаи таҳқиқот

Мо барои муқаррар намудани марҳалаи БМГ, ҳамзамон бо маркерҳои иллатёбии гурда, ҳолати суръати полоиши калобачай, реабсорбсияи каналчай ва функцияи концентратсионии гурдаро аз рӯйи озмоиши Зимнитский омӯхтем. Маълумотҳои пешниҳодшуда (ҷадвали 2) аз он гувоҳӣ медиҳанд, ки дар беморон, махсусан дар мавриди БМГ С1, бузургии суръати полоиши калобачай муътадил буда, аз гурӯҳи санҷишӣ фарқи казоеӣ надошт. Ҳолати ба ҳамин монанд инчунин дар мавриди нишондиҳандаҳои реабсорбсияи каналчай ба назар расид. Дар айни замон он ба иртиботи беморони дорой БМГ андаке майл ба коҳиш дошта, вале аз гурӯҳи санҷишӣ ба таври боварибахш фарқ мекард.

**Чадвали 2.-Нишондиҳандаҳои ҳолати функционалии гурда дар беморони дорои шаклҳои гуногуни ҷараёни пиелонефрити музмин, ки бо БМГ С1-2 ст. (M±m) мутобиқат дорад**

Нишондиҳанда	Санҷиш (n=20)	БМГ С1		
		Ноаёнӣ (n=24)	Риҷъат (n=21)	Гипер-я (n=18)
СПК (мл/дак.)	96,2±0,6	96,0±1,0 $p_1 > 0,05$	74,6±1,2 $p_1 < 0,00; p_2 < 0,001$	93,3±0,8 $p_{1,2} > 0,05; p_3 < 0,001$
Са реабс-я, (%)	99,0±0,6	99,0±0,7	99,0±0,7	98,1±0,7
Мочевина (ммол/л)	5,8±0,5	6,0±0,3	6,4±0,3	6,7±0,4
Креатинин (ммол/л)	76,0±2,3	78,2±1,2	78,6±1,1	79,4±0,6
БМГ С2				
СПК (мл/дак.)	96,2±0,6	78,4±1,0 $p_1 < 0,001$	77,3±0,7 $p_1 < 0,00; p_2 > 0,05$	74,4±1,3 $p_1 < 0,00; p_{2,3} > 0,05$
Са реабс-я (%)	99,0±0,6	98,0±0,6	98,3±0,8	98,2±0,6
Мочевина (ммол/л)	5,8±0,5	6,2±0,3	6,8±0,3	6,9±0,3
Креатинин (ммол/л)	76,0±2,3	79,2±1,1 $p_1 > 0,05$	78,8±0,7 $p_1 > 0,0; p_2 > 0,05$	81,4±0,7 $p_1 < 0,05; p_{2,3} > 0,05$

Эзоҳ:  $p$  – арзиши омори фарқият дар миёни нишондиҳандаи ҳамаи гурӯҳҳо (ANOVA Крускал-Уоллис);  $p_1$  – арзиши омори фарқияти нишондиҳандаҳо дар қиёс бо маълумоти ҳамсони гурӯҳи санҷишӣ;  $p_2$  – арзиши омори фарқияти нишондиҳандаҳо дар қиёс бо маълумоти ҳамсони гурӯҳи дорои БМГ-и ноаён;  $p_3$  – арзиши омори фарқияти нишондиҳандаҳо дар қиёс бо маълумоти ҳамсони гурӯҳи дорои БМГ-и риҷъаткунанда ( $p_1, p_3$  – аз рӯи U-меъёри Манн-Уитни).

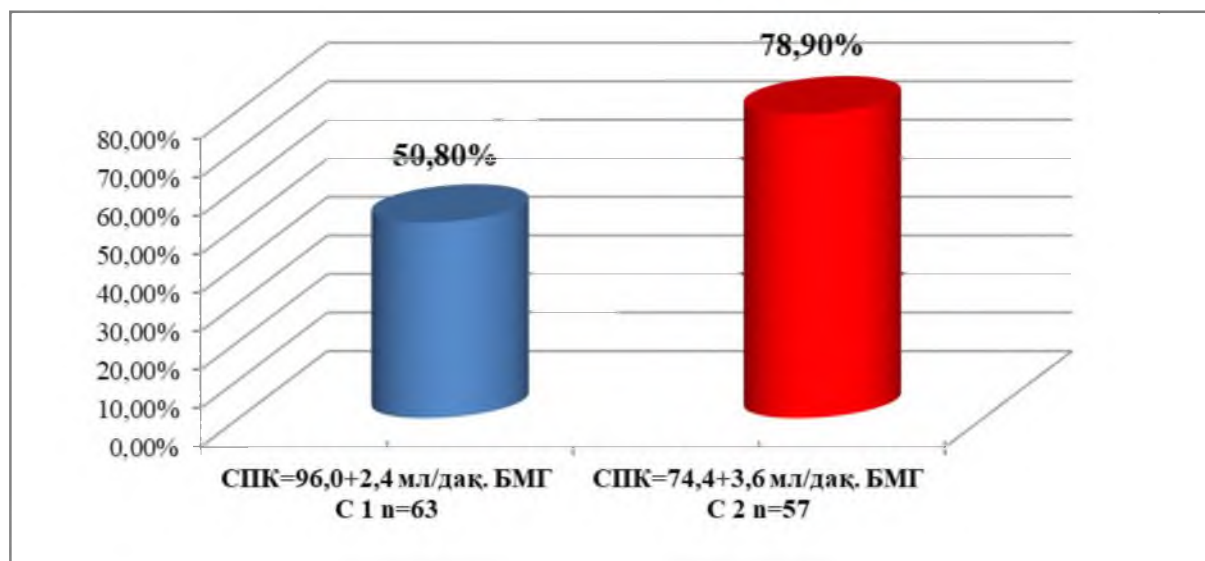
Аз миёни ихтилолоти неврологӣ бештар сардард ба қайд расида, дар мавриди 54 (45,0%) бемор ошкор гашт. Зимнан дар мавриди 23 (19,2%) патсиент сардарди бархоста аз ташаннуч ба дид омада, басомади дахлдорро дар 64,2% (77 бемор)-и мушоҳидаҳо ташкил дод. Дар баробари ин, басомади сардард бар пояи популятсияи шаклҳои гуногуни ҷараёни пиелонефрити музмин зимни таҳқиқоти анҷомдодаи мо нисбат ба мардон дар занон бештар (36,6% дар муқобили 28,3%) мушоҳида гашт (чадвали 3).

**Чадвали 3.- Басомад ва нишонаҳои асосию клиникӣ сардард дар беморони дорои намунаҳои гуногуни ҷараёни пиелонефрити музмин (n=120)**

Нишондиҳанда	Санҷиш n=20	Ноаён n=40	Риҷъ-а n=40	Гиперт-ая n=40
СД-и ташаннучбунёд	3 (15,0%)	6 (15,0%)	6 (15,0%)	11 (27,5%)
СД-и дубора		15 (37,5%)	18 (45,0%)	21 (52,5%)
Якҷониба		6 (15,0%)	7 (17,5%)	9 (22,5%)
Дучониба	3 (15,0%)	6 (15,0%)	11 (27,5%)	23 (57,5%)
Субҳгоҳӣ	2 (10,0%)	3 (7,5%)	4 (10,0%)	10 (25,0%)
Рӯзона			2 (25,0%)	9 (22,5%)
Шомгоҳӣ	1 (5,0%)	3 (7,5%)	2 (25,0%)	8 (20,0%)
Шабона		3 (7,5%)		4 (10,0%)
Мардон	1 (5,0%)	10 (25,0%)	10 (25,0%)	14 (35,0%)
Занон	2 (10,0%)	11 (27,5%)	14 (35,0%)	19 (47,5%)

Эзоҳ: -  $p < 0,05$ ; -  $p < 0,01$ ; - арзиши омори фарқияти нишондиҳандаҳо дар қиёс бо маълумоти ҳамаи гурӯҳи санҷишӣ (тибқи меъёри  $\chi^2$  бо ислоҳи Йетс).

Таҳлили басомади сардард дар миёни беморони дорои шаклҳои гуногуни пиелонефрити музмин аз бобати афзоиши дахлдор дар заминаи дараҷаи вазнинии беморӣ гувоҳӣ дод. Сардарди сонавӣ зимни шакли ноаён ба иртиботи 37,5%, зимни шакли ричъаткунанда дар 45,0%, зимни ПМ, ки бо ГШ чараён хоҳад гирифт, дар 52,5% беморон ошкор гаштанд. Мо баъдан ба манзури чустуҷӯи муносибати дучонибаю боэътимоди басомад ва вазнинии сардарди ҳамроҳ бо хусусияти чараёни пиелонефрити музмин он нишондиҳандаҳои бемории мазкурро омӯхтем, ки бо марҳалаҳои I ва II БМГ мутобиқат дошта, аз ҷиҳати бузургии суръати калобаҷай ва реасорбсияи каналҷай фарқ мекунанд.



**Расми 1. – Басомади сардард дар беморони дорои бемории музмини гурда дараҷаи C1-C2 (ба суръати %%, n=120), боварибахшии фарқият  $p < 0,05$ .**

Афзоиши ба назар намоёни басомади сардардро зимни вариантҳои гипертониявии чараёни пиелонефрит бо ангиизи ретсепторҳои мағзпардаи саҳти қишри мағзи сар, синусҳои варидӣ, рағҳои ғишоию мағзисарӣ марбут медонанд. Нуктаи мазкур ҳамзамон манбаи хатаре барои пайдоиши эҳтимолии ихтилолоти гуногуни неврологӣ, дисфунксияҳои неврозӣ, астени-неврозӣю вегетативӣ, вайроншавии депрессиявии тавъам бо тағйиротҳои баҳши рефлекторӣ ва микросимптоматикаи парешони дигар ба ҳисоб меравад. Сарчарханӣ дар беморони дорои пиелонефрити музмини ноаён ба иртиботи 12 (30,0%), зимни навъи ричъаткунанда ба иртиботи 16 (40,0%) ва зимни навъи гипертониявӣ ба иртиботи 21 (52,5%) бемори таҳти муоина ошкор гардид. Мо аз миёни афроди зери муоина иллати мазкурро дар мавриди 40,8% (дар вучуди 49 нафар аз миёни 120 шахси муоинашуда) ҳолатҳои вобаста ба беморони дорои шаклҳои гуногуни чараёни пиелонефрити музмин ба мушоҳида гирифтем.

Ноустувории басомади набз ва фишори шарёни дар 13 (32,5%) бемори дорои шакли ноаён, дар 16 (40,0%) бемори дорои шакли ричъаткунанда ва дар 26 (65,0%) бемори дорои ПМ-и тавъам бо гипертонияи шарёни ошкор гардид. Интенсивияти симптомҳои дистонияи вегетативӣ дар гурӯҳи беморони дорои шакли ноаён ва чараёни ричъаткунандаи пиелонефрити музмин нисбатан камтар ба зухур расида буд. Сатҳи фишори шарёни бо баланшавии

ноустувори навъи систолӣ дар ҳудуди 114-136 мм сут.сим., навъи диастолӣ дар ҳудуди 65-84 мм сут.сим. дакка хӯрда, тибқи коида, боиси тахикардияи гузаранда, эҳсоси норасоии ҳаво, норохатӣ дар ноҳияи дил гашта, баъзан бо эҳсоси дилбеҳузурӣ ва майли пешобкунӣ тавъам меафтад. Чунин ихтилолоти монанд ба навъи бухрони вегетативиро дар 6 (15%) бемори дорои чараёни ричъаткунанда ва дар 2 бемори дорои чараёни ноаёни пиелонефрити музмин тайи рӯзҳои аввали вурудашон ба статсионар, ки ба сабаби хуручи дард ба миён омада буд, мушоҳида намудем. Қиёсан чунин ихтилолоти хуручмонанди вегетативӣ бештар дар 17 (42,5%) бемори дорои гипертензияи шарёнӣ ба мушоҳида расид.

Ҳамзамон бо чунин шикоятҳо аз бобати ихтилолоти неврологӣ баъзан дар беморони дорои пиелонефрити музмин зухуроти синдроми депрессияи неврозӣ ошкор мегардад. Ба сурати умум депрессия дар 17 (14,1%) бемор ошкор гашта, зимнан он ба шакли сабук дар 12 ва ба сурати возеҳ дар 5 нафар аз 120 бемори муоинашудаи мубтало ба пиелонефрити музмин падида омад. Тавассути истифода аз тести MMSE ва тибқи усули Лурия мавҷудияти ихтилолоти когнитивӣ ошкор карда шуд. Коҳиши ҳофиза ва бахотиргирӣ дар 22 (18,3%) бемори дорои шаклҳои гуногуни чараёни пиелонефрити гурда ошкор гашта, он зимни чараёни ноаён дар 5 (12,5%) бемор, зимни чараёни ричъаткунанда дар 6 (15,0%) бемор ва ҳангоми мавҷудияти пиелонефрити музмини тавъам бо гипертензияи шарёнӣ дар 11 (27,5%) бемор аз вучуди худ дарак дод (ҷадвали 4).

#### **Ҷадвали 4. – Басомади ихтилолоти когнитивӣ дар гурӯҳи беморони дорои пиелонефрити музмини чараёнаш гуногун**

Нишондиҳанда	Чараёни ноаён n=40	Чараёни ричъаткунанда n=40	ПМ бо ГШ n=40
MMSE	2	3	4
Ҳофизаи кӯтоҳмуддат (10 калима бо усули Лурия)	1	2	3
Ҳофизаи таъхирнок (10 калима бо усули Лурий)	2	1	4
Ҷамағӣ:	5 (12,5%)	6 (15,0%)	11 (27,5%)

Дистонияи вегетативӣ аз рӯйи басомади ихтилолоти вегетативии системаи асаб навъи навбатӣ ба ҳисоб рафта, он дар ҳудуди 32,5% ва 40,0% -и беморон ба мушоҳида расид, ки зимни чараёни ноаён ва чараёни ретседиви ПМ камтар фарқ мекард, аммо зимни ПМ-и дорои гипертензияи шарёнӣ афзоиши бештар ёфта, дар мавриди 65,0% пастиентҳои ин гурӯҳ худро ошкор сохт.

Синдромҳои фобиявӣ ва кардиалгиявӣ, невропатияи вегетативӣ, синдроми депрессияи неврозӣ камтар дучор омада, тақрибан ба андозаи 2,5-5% дар беморони дорои шаклҳои ноаён ва ричъаткунандаи чараёни пиелонефрити музмин тақсим шуданд. Онҳо зимни варианти гипертониявии чараёни пиелонефрити музмин хеле бештар, яъне ҳангоми аз 22,5 то 30,0% дакка хӯрдани афроди дахлдор, бо афзалияти андаки басомади синдроми кардиалгиявӣ (30,0%) ба мушоҳида расиданд (ҷадвали 5).

**Чадвали 5. –Тавсифи қиёсии басомади ихтилолоти неврологӣ дар беморони гирифтор ба шаклҳои гуногуни пиелонефрити музмин (n=120)**

Нишондиҳандаҳои симптоматикаи неврологӣ	Санҷиш n=20	Мизони ноаёнӣ n=40	Риҷъатку- нанда n=40	Гипертони- явӣ n=40	Ҳамагӣ n=120
Сардард	3 (15,0%)	21 (52,5%)*	24 (60,0%)*	32 (80,0%)*	77 (64,1%)
Сарчархзанӣ	-	12 (30,0%)	16 (40,0%)	21 (52,5%)	49 (40,8%)
Синдроми астени- неврозӣ	1 (3,8%)	16 (40,0%)*	18 (40,0%)*	28 (70,0%)*	62 (51,7%)
Дистонияи вегетативӣ	3 (15,0%)	13 (32,5%)	16 (40,0%)*	26 (65,0%)*	55 (45,8%)
Синдроми фобиявӣ	-	1 (2,5%)	4 (10,0%)	11 (27,5%)	16 (13,3%)
Синдроми кардиалги- явӣ	-	2 (5,0%)	6 (15,0%)	12 (30,0%)	20 (16,7%)
Синдроми депрессияи неврозӣ	-	2 (5,0%)	5 (12,5%)	10 (25,0%)	17 (14,2%)
Коҳиши ҳофиза ва ба- хотироварӣ	-	5 (12,5%)	6 (15,0%)	11 (27,5%)	22 (18,3%)

Эзоҳ: \*- $p < 0,05$ ; \*\*-  $p < 0,01$ ; \*\*\*-  $p < 0,001$ ; – арзиши омории фарқи нишондиҳандаҳо дар қиёс бо гурӯҳи тахти назорат (аз рӯйи меъёри  $\chi^2$  бо ислоҳи Йетс).

Дар айни ҳол синдромҳои мазкур зимни вариантҳои гипертониявии чараёни беморӣ яқинан ба андозаи дучанд афзоиш ёфта, аҳамияти таъсири манфии гипертензияи шарёниро дар авҷгирии сатҳу дараҷаи мақоми соматикӣ ва неврологӣ қайд менамоянд. Тавре ки аз маълумотҳои ҳосилшуда бармеояд, моносиндром дар 32,5% беморон дучор омада, навъи дувум аз рӯйи басомад омезиши ду синдром ба ҳисоб меравад, ки он муодили 23,3% буд; вучуди се синдром дар 21,5% ҳолатҳо ҷилвагар гашта, омезиши чор ва панҷ синдром хеле кам ба мушоҳида расид. Ҳар қадар ки басомади симптомҳои асосию клиникӣ пиелонефрити музмин афзоиш ёбад (дарди камар, ихтилолоти дизуриявӣ, бактериурия, лейкоцитурия, гипертензияи шарёнӣ, гипостенурияи тамоюлаш рӯй чониби коҳиши суръати полоиши калобачай ва реабсорбсияи каналчай), ба ҳамон андоза басомади ихтилолоти неврологӣ ҳам бештар мегардад. Зимнан муносибати дучониба ва умумияти механизмҳои патогенӣ дар амри афҷгирии беморию пайдоиши симптоматикаи полиоргани хамроҳ бо нишонаҳои вайроншавии системаи асаб боз ҳам рӯшантар мешавад.

Арзёбӣ ва таҳлили ҳолати дисфунксияи краниалӣ, ихтилолоти координаторӣ ва тағйирёбии баҳши рефлекторӣ аз рӯйи ҳосили ҷамъи ҳолҳо ба амал бароварда мешавад. Тавре ки аз маълумотҳои пешниҳодшуда бармеояд, дар беморони дорои пиелонефрити музмин аз ҳама бештар ихтилолоти баҳши рефлекторӣ — 21 (52,5%) ва ихтилолоти координатории тавъам бо афзоиши максималие дар гурӯҳи ПМ бо ГШ — 18 (45,0%) бемор ошкор гаштанд. Фарқи басомад зимни варианти гипертензиявии чараён дар қиёс бо навъи риҷъаткунанда андак буд (45,0% дар муқобили 52,5%).

Ихтилолотии координаторӣ аз рӯи басомад дар ҷойи дуҷум қарор гирифт, ки он бо ҳалалёбии иҷроӣ озмоиши ангишт ба бинӣ, тремори интенсӣ ва ноустувории вазъи Ромберг ошкор гашт. Он дар 11 (27,5%) бемори дорои ҷараёни ноаёни ПМ, дар 12 (30,0%) бемори дорои ҷараёни ричъаткунанда ва дар 18 (45,0%) бемори дорои гипертензияи ноаён падидор гашт (ҷадвали 6).

**Ҷадвали 6. – Басомади невропатияи краниалӣ, тағйирёбии бахши рефлекторӣ ва ихтилолотии координаторӣ дар беморони гирифтӣ ба шаклҳои гуногуни ҷараёни пиелонефрити музмин**

Ихтилолотии неврологӣ	Мизони ноаёнии ПМ n=40	ПМ -и ричъаткунанда n=40	ПМ -и дорои ГШ n=40	Ҳамагӣ n=120
Невропатияи краниалӣ	6 (15,0)	8 (20,0%)	11 (27,5%)	25 (20,8%)
Ихтилолотии бахши рефлекторӣ	12 (30,0%)	18 (45,0%)	21 (52,5%)	51 (42,5%)
Ихтилолотии координаторӣ	11 (27,5%)	12 (30,0%)	18 (45,0%)	41 (34,2%)

Яъне ихтилолотии координаторӣ тақрибан бо басомади яқсон ҳангоми ҷараёни ноаёну ричъаткунанда ба мушоҳида расида, зимни пиелонефрити музмин, ки он бо ҷараёни гипертензияи шарёни воқеъ мегашт, нисбатан бештар дучор омаданд. Невропатияи краниалӣ камтар ошкор гашта, симптоматикаи он орӣ аз хусусияти системавӣ буд ва дар мансуботи асосии босира (оптикӣ) ва сомеа (аудиторӣ) ба сурати микросимптоматика ба зухур расид. Таъсири сироят, тағйиротҳои саммӣ-илтиҳобӣ ва то андозае асароти манфии гипертензияи шарёни аз ҷумлаи омилҳои харобиоваранд, ки боиси ихтилолот дар қори асабҳои ҷумҷумаю мағзисарии тавъам бо авҷгирии невропатияҳои гуногун дар беморони гирифтӣ пиелонефрити музмин мегарданд.

Бинобар ин, ошқорсозии бармаҳалли ихтилолотии неврологӣ, муқаррар намудани интенсивияти онҳо ва дараҷаи зоҳиршавияшон дар эъмори дурусти стратегияи муолиҷа ва беҳбудии сифати зиндагии беморони гирифтӣ ба пиелонефрити музмин зимни марҳалаҳои оғозини он аз аҳамияти ҳосе бархӯрдор аст.

Ҳангоми омӯзиши ҳолати гардиши хуни мағзи сар дар беморон тағйиротҳои ошқор гардонида шуданд, ки бо баробари авҷгирии бемории музмини марҳалаҳои I-II рӯй ба афзоиш ниҳоданд. Дар беморони дорои ҷараёни ноаёни пиелонефрити музмин тамоюли андаке ҷиҳати аз хун пур гаштани рағҳои мағзи сар ба андозаи нишондиҳандаҳои муътадили тонусҳои хурду калони артериола мушоҳида мешавад. Ҳангоми мавҷудияти ҷараёни ричъаткунандаи пиелонефрити музмин, махсусан дар беморони дорои шиддатгирии тез-тези дард ва зимни тавъам афтодани он бо гипертензияи шарёни, аз ҷиҳати оморӣ бадшавии яқини ҳолати гардиши хуни мағзи сар ошқор гардид.

Он ба сурати қоҳиши сатҳи хунпуршавии набазонӣ, суръати ҷараёни хуни набазонию варида бо баландшавии сатҳи муқовимати ноҳиявӣ дар рағҳои қутрашон хурду миёнаи марбут ба ҳар ду ҳавзаи каротидӣ зоҳир гашт. Ин нукта диққати моро ба худ кашид, ки нишондиҳандаҳои суръати пуршавии хуни варида дар ҳавзаи рости каротидӣ — сарфи назар аз вариан-

ти чараёни пиелонефрити музмин, қиёсан бо гурӯҳи санчишӣ, — ба сурати амалӣ сатҳи пешини худро нигоҳ доштанд.

Таҳлили маълумоти нишондиҳандаҳои номутаносибии хунрасонии рағҳо дар ҳавзаи шарёни хоби марбут ба беморони дорои чараёни ноаёни пиелонефрити музмин, қиёсан бо гурӯҳи санчишӣ, афзоиши андаки коэффитсенти номутаносибиро дар қиёс бо суръати хунпуршавии набазонӣ, муқовимати ноҳиявии рағҳо ва суръати хунпуршавии варидӣ ошкор сохт. Дар айни замон зимни шакли гипертонии чараёни пиелонефрити музмин афзоиши яқини номутаносибӣ аз рӯи суръати хунпуршавии набазонӣ ва бузургии муқовимати ноҳиявии рағҳо ошкор карда шуд. Ҳангоми омӯзиши нишондиҳандаҳои гемодинамикаи мағзисарӣ дар ҳавзаи вертебралӣ-базилярии марбут ба беморони дорои пиелонефрити музмин (ҷадвали 7) дар қиёс бо гурӯҳи санчишӣ афзоиши андаки муқовимати ноҳиявии рағӣ, ба микдори зиёд дар ҳиссаи рости системаи вертебралӣ-базилярӣ ба қайд расид.

**Ҷадвали 7. – Нишондиҳандаи гемодинамикаи мағзисарӣ аз рӯи маълумотҳои РЭГ дар ҳавзаи шарёни дарунии хоб**

Нишондиҳанда	Санчиш (n=40)	БМГ		
		Мизони ноаёни (n=40)	Ричъ-а (n=40)	Гипер-я (n=40)
НАР (ом)sin	0,76±0,02	0,54±0,03 p <sub>1</sub> <0,001	0,52±0,01 p <sub>1</sub> <0,001	0,04±0,00 p <sub>1,2,3</sub> <0,001
dextra		0,52±0,03	0,50±0,01	0,04±0,00
СЉХНsinistra	1,72±0,10	1,56±0,09 p <sub>1</sub> >0,05	1,36±0,05 p <sub>1</sub> <0,05	1,25±0,06 p <sub>2,3</sub> >0,05
dextra		1,54±0,10	1,34±0,08	1,23±0,08
СЉХВsinistra	0,87±0,06	0,64±0,05 p <sub>1</sub> <0,05	0,62±0,04 p <sub>1</sub> <0,05	0,60±0,02 p <sub>2,3</sub> >0,05
dextra		0,62±0,05	0,60±0,04	0,58±0,02
ИДҚsinistra	82,3±2,4	104,0±2,9 p <sub>1</sub> <0,01	130,0±2,6 p <sub>1,2</sub> <0,001	145,1±4,9 p <sub>1,2</sub> <0,001
dextra		102,0±2,0	136,0±3,3	145,1±1,0
ИРsinistra	0,119±0,009	0,139±0,002 p <sub>1</sub> >0,05	0,115±0,008 p <sub>1</sub> >0,05	0,104±0,012 p <sub>1,3</sub> >0,05
dextra		1,127±0,010	0,113±0,007	0,102±0,010
Үб (ом/с)	1,52±0,06	1,54±0,05 1,56±0,04	1,58±0,05 1,60±0,01	1,50±0,05 1,58±0,01
Үм (ом/с)sin	0,66±0,04	0,52±0,03 p <sub>1</sub> >0,05	0,32±0,01 p <sub>1</sub> <0,001	0,25±0,03 p <sub>1,2</sub> <0,001
dextra		0,54±0,02	0,63±0,02	0,60±0,01
КБ (yc)sinist	0,65±0,02	0,80±0,03 p <sub>1</sub> <0,001	0,84±0,01 p <sub>1</sub> <0,001	0,85±0,01 0,83±0,01
dextra		0,70±0,02	0,82±0,02	p <sub>2,3</sub> >0,05

Зимнан дар гурӯҳи беморони дорои чараёни риҷъаткунандаи пиелонефрити музмин, бар иловаи муқовимати саҳти, ноҳиявӣ, нишондиҳандаҳои хунпуршавии набазонӣ ва суръати бозгашти хуни набазонӣ ба самти манфӣ тағйир ёфтанд. Онҳо ба андозаи зиёд дар гурӯҳи беморони дорои пиелонефрити музмини тавъам бо гипертензияи шарёни чунин тағйироти манфирро касб карданд.



Ҳангоми арзёбии нишондиҳандаҳои номутаносибии ҷараёни хун дар системаи сутунмуҳрай ба иртиботи беморони дорои ҷараёни ноаёни пиелонефрити музмин қиёсан бо гурӯҳи санҷишӣ афзоиши нишондиҳандаҳои индекси реографӣ, суръати ҷараёни хуни набазонӣ, суръати ҷараёни хуни варидаӣ ва индекси дикротӣ ба амал меояд (ҷадвали 8). Нишондиҳандаҳои мазкур, бо ишора ба табоҳшавии динамикии суръати хунпуршавӣ ва муқовимати ноҳиявии рағӣ, дар гурӯҳи беморони дорои пиелонефрити музмини тавъам бо гипертензияи шарёни яқинан афзоиш ёфтанд.

**Ҷадвали 8. - Коэффитсенти номутаносибӣ**

Нишондиҳанда	Санҷиш (n=40)	БМГ		
		Мизони ноаёнӣ (n=40)	Риҷ-а (n=40)	Гипер-я (n=40)
ИР	11,0±0,0	11,2±0,0 $p_1 < 0,01$	10,7±0,1 $p_1 > 0,05; p_2 < 0,001$	17,8±0,8 $p_{1,3} < 0,001;$ $p_2 < 0,001$
СҚХН	17,1±0,8	17,3±0,6	18,6±0,9	16,5±0,7
СҚХВ	18,2±0,2	18,8±0,3 $p_1 > 0,05$	12,8±0,5 $p_1 < 0,001; p_2 < 0,001$	16,4±0,6 $p_1 > 0,05; p_{2,3} < 0,01$
ИДК	13,1±0,3	13,0±0,1 $p_1 > 0,05$	11,1±0,5 $p_1 < 0,05; p_2 < 0,05$	14,3±0,5 $p_{1,2} > 0,05; p_3 < 0,001$

Эзоҳ: \* $p$  – аҳамияти омори фарқи нишондиҳандаҳо дар миёни ҳамаи гурӯҳҳо (ANOVA Крускал-Уоллис);  $p_1$  – аҳамияти омори фарқи нишондиҳандаҳо дар қиёс бо маълумотҳои ҳамсон дар гурӯҳи санҷишӣ;  $p_2$  – аҳамияти омори фарқи нишондиҳандаҳо дар қиёс бо маълумотҳои ҳамсон дар гурӯҳи ноаёни мансуб ба БМГ;  $p_3$  – аҳамияти омори фарқи нишондиҳандаҳо дар қиёс бо маълумотҳои ҳамсон дар гурӯҳи БМГ-и риҷаткунанда ( $p_1$ - $p_3$  – тибқи U-меъёри Манн-Уитни).

Пас аз ҷамъбасти натиҷаҳои муоинаи ҳолати гардиши хуни мағзи сар ба асоси маълумоти РЭГ бояд қайд намоем, ки дар беморони дорои вариантҳои ноаёну риҷаткунандаи ҷараёни пиелонефрити музмин тамоюле ҷониби хунпуршавии барзиёди рағҳои мағзисарӣ дар ҳавзаи каротидӣ ва системаи сутунмуҳрай ба назар мерасад.

Ноустувории нишондиҳандаи амплитудаи реограмма (НАР) дар катори тағйирёбии суръати ҷараёни хуни набазонӣ (СҚХН) бо суръати ҷараёни хуни варидаӣ (СҚХВ) ва индекси дикротӣ (ИДК) ба афзоиши муқовимати шарёну капиллярҳои хурд ишора менамоянд.

Нишондиҳандаҳои коэффитсенти байниамплитудай, махсусан дар беморони дорои гипертензияи шарёни, аз бобати табоҳшавии гемодинамикаи мағзисарии дорои ихтилоли бозгашти ҷараёни хуни варидаӣ шаҳодат медиҳад, ки нуктаи мазкур боиси табоҳшавии минбаъдаи гемодинамикаи умумии мағзисарӣ бо такомули нишонаҳои энсефалопатияи варидаӣ хоҳад гашт.

Барои муайян намудани ҳолати девораи рағ маълумотҳои стенограммаи сканеркунии дуплексии шарёнҳои умумии ходро омӯхтем, ки нуктаи мазкур имкон дод, то ин ки ғафсии девораи рағ арзёбӣ шавад (УЗДС). Муоинаи ҳолати чандирӣ (сахтӣ) аз рӯи ҷенкунии суръати паҳншавии мавҷи набазонӣ (СПМН) ва тибқи индекси сегментатсия (ба ҳисоби %) амалӣ гашт. Тавре ки аз таҳлили маълумотҳои ҳосилшуда маълум гашт, дар гурӯҳи беморони дорои пиелонефрити музмин, ки бе гипертензияи шарёни ҷараён дошт, натиҷаи тағйирёбӣ дар ҳадди бузургии муътадил қарор дошт. Танҳо

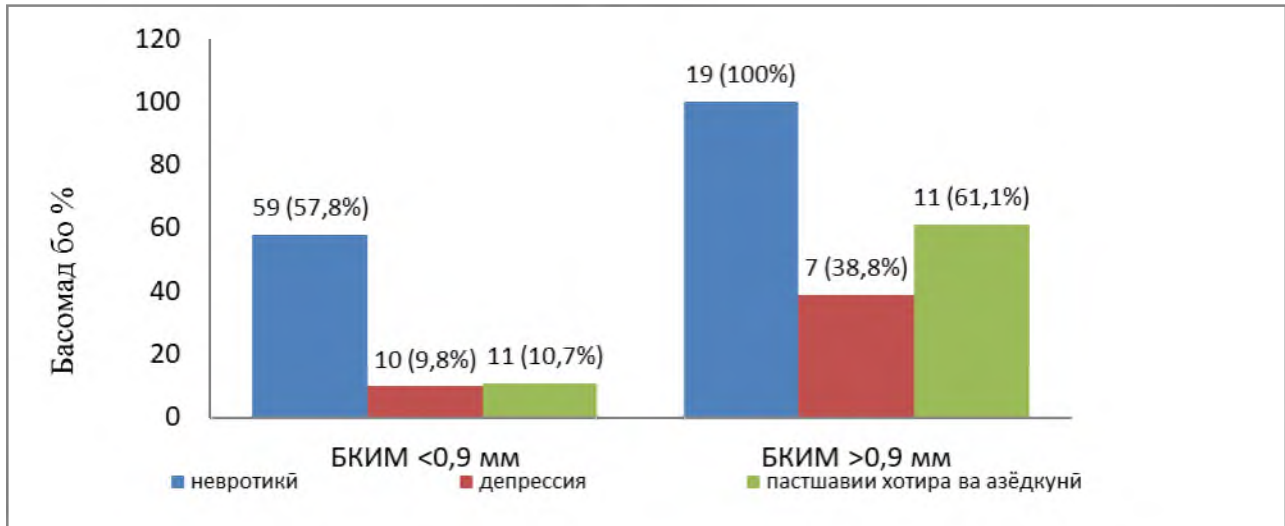
дар мавриди 6 (15,0%) бемори дорои ҷараёни ричъаткунанда ва 2 (5,0%) бемори дорои ҷараёни ноаёни беморӣ афзоиши андаки нишондиҳандаҳои БКИМ ба мушоҳида расид (ҷадвали 9). Зимнан дар гурӯҳи беморони дорои пиелонефрити музмини тавъам бо гипертонияи шарёнӣ ба таври оморӣ афзоиши якини ғафсии девораи раг дар 11 (27,5%) бемор ба мушоҳида расид.

**Ҷадвали 9. – Нишондиҳандаҳои БКИМ-и шарёни умумии хоб дар беморони гирифтор ба ПМ (M±T)**

Нишондиҳанда	Санҷиш (n=40)	БМГ		
		Ноаён (n=40)	Ричъ-а (n=40)	Гипер-я (n=40)
БКИМ	0,91±0,05	0,91±0,02 $p_1>0,05$	1,01±0,01 $p_1>0,05$	1,12±0,02 $P_{2,3}<0,001$
СПМН (м/с) Индекси аугм	9,8±0,2	9,8±0,3 $p_1>0,05$	11,3±0,3 $p_{12}<0,01$	12,0±0,3 $p_{1,2}<0,001$

Эзоҳ: \* $p$  – аҳамияти оморӣ фарқи нишондиҳандаҳо дар миёни ҳамаи гурӯҳҳо (ANOVA Крускал-Уоллис);  $p_1$  – аҳамияти оморӣ фарқи нишондиҳандаҳо дар қиёс бо маълумотҳои ҳамсони гурӯҳи санҷишӣ;  $p_2$  – аҳамияти оморӣ фарқи нишондиҳандаҳо дар қиёс бо маълумотҳои ҳамсон дар гурӯҳи БМГ-и ноаён;  $p_3$  – аҳамияти оморӣ фарқи нишондиҳандаҳо дар қиёс бо маълумотҳои ҳамсон дар гурӯҳи БМГ-и ричъаткунанда ( $p_1-p_3$  – аз рӯйи U-меъёри Манн-Уитни).

Барои барқарор кардани басомади муносибати дучонибаи вобаста ба дараҷаи зоҳиргардии ихтилолоти когнитивию неврологии ҳамроҳ бо ҳолати гемодинамикаи мағзисарӣ, ғафсшавии девораи раг (БКИМ) беморон ба зергурӯҳҳое бо ишораи мавҷуд будану набудани тағйиротҳои гемодинамикаи мағзисарӣ ва девораи рагӣ чудо карда шуданд. Натиҷаи чунин таҳлил зоҳиран дар беморон ошкорсозии ҳолати ғафс гаштани БКИМ-ро фарроҳам овард, вале мо бештар ба ихтилолоти неврологию когнитивӣ даст ёфтем. Ба андозаи беш аз 0,9 мм ғафс шудани БКИМ дар 15 (15,8%) бемор — дар 2 бемор бо шакли ноаён, дар 6 бемор бо шакли ричъаткунанда ва дар 11 бемор бо пиелонефрити музмини тавъам бо гипертонияи шарёнӣ ошкор гашт. Маълумотҳои таҳлили қиёсии басомади ошкорсозии ихтилолоти неврологию когнитивии вобаста ба ғафсии БКИМ ҳосил кардани натиҷаи муносибати дучонибаю нисбии ин нишондиҳандаҳоро имконпазир гардонид. Дар гурӯҳи беморони дорои ғафсии муътадили БКИМ зимни 57,8% ҳолатҳо ихтилолоти вегетативие дар маҷмӯъ ба шакли сардард, сарчархзанӣ, дистонияи астенӣ-неврозӣ ва вегетативӣ ошкор гаштанд. Ихтилолоти когнитивии ҳамроҳ бо депрессия дар 9,8%, вале коҳиши ҳофиза ва бахотиргирӣ дар 10,7% ҳолатҳо ошкор гаштанд. Дар айни замон, дар гурӯҳи беморони дорои нишокаи ғафсшавии муътадил тағйиротҳои мазкур нисбатан бештар ошкор гашта, аз забони ҳамаи беморон шикоятҳои хусусияташон неврологӣ шунида мешуд, зимнан 38,8% ҳолатҳо он бо депрессия тавъам буда, вале ҳолатҳои вобаста ба коҳиши ҳофиза ва бахотиргирӣ дар 61,1% беморон ба назар расид (расми 2).



**Расми 2. – Басомади ихтилолоти неврологию когнитивии марбут ба беморон дар бастагӣ бо гафсшавии БКИМ, фарқи арзишҳои  $P < 0,005$  боварибахш аст.**

Ин нуктаро метавон исботшуда ҳисобид, ки басомад ва дараҷаи зоҳиршавии ихтилолоти неврологӣ дар беморони дорои шаклҳои гуногуни ҷараёни пиелонефрити музмин тайи марҳалаҳои БМГ С1-С2 бо ҳолати гардиши хуни мағзи сар алоқаи зич дошта, аз вазъияти девораи рағӣ вобаста мебошад. Тамоюли зоҳир шудан дар маҳалаҳои оғозини авҷгирии бемории музмини гурда ба онҳо хос буда, дар беморони гирифтор ба пиелонефрити музmine, ки тавъам бо гипертензияи шарёӣ ҷараён хоҳад гирифт, бештар ба зухур расидаанд.

### Хулоса

#### Натиҷаҳои асосии илмии рисола

6. Пиелонефрити музмин аз ҷиҳати клиникӣ дар вучуди сокинони бумии минтақаи ҷануби Ҷумҳурии Тоҷикистон назар ба сокинони минтақаҳои аврупоӣ бо ҷараёни нисбатан пинҳони худ гузашта, бештар дар занон дучор меояд. Протеинурияи муътадил (90%), лейкоцитурия (85%), дарди камтар (70%), ихтилолоти дизуриявӣ (64,2%) аз ҷумлаи зухуроти нисбатан зуд-зуд воқеъшавандаи он буда, вараҷа (52,5%), бактериурия (35,6%), гипертензияи шарёӣ (33,3%) нисбатан камтар ба мушоҳида мерасанд. [2-М,4-М,6-М,12-М]
7. Зимни БМГ С1-С2 бештар ихтилолоти вегетативии системаи асаб, аз қабилӣ сардари (64,1%), синдроми астенӣ-неврозӣ (51,7%), дистонияи вегетативӣ (45,8%), сарчархзанӣ (40,8%), синдроми кардиалӣ (16,7%), синдроми фобиявӣ (13,3%), депрессияи неврозӣ (14,2%), коҳиши ҳофиза ва бахотирсупорӣ (18,3%) падидор мегарданд. Басомад ва дараҷаи зоҳиршавии ихтилолоти неврологӣ то андозае аз шакли ҷараёни беморӣ ва нишондиҳандаҳои клиникӣ-функционалии гурда бастагӣ дорад. Онҳо дар беморони дорои намунаҳои ноаён ва риҷъаткунандаи ҷараёни пиелонефрити музмин камтар ва хеле бештар дар беморони мубтало ба пиелонефрити музmine дучор меоянд, ки бо гипертензияи шарёӣ сипарӣ хоҳад гашт. [1-М,3-М,6-М,12-М]
8. Ихтилолоти неврологие, ки бо дисфунксияи пешонӣ ва патологияи иннерватсияи ҷумҷумавӣ-мағзисарӣ пайваستاаст, дар беморони дорои пие-

лонефрити музмин камтар дучор меояд. Ихтилолоти марбут ба бахши рефлексорӣ дар 42% ва ихтилолоти икоординаторӣ дар 34,2% беморон ошкор карда мешаванд. Ихтилолоти зухурёфтаи неврологӣ бештар зимни чараёни ричъаткунанда тавъам бо гипертензияи шарёни падид оварда мешавад. [1-М,5-М,8-М,11-М]

9. Пайдоиши ихтилолоти неврологӣ ва когнитивӣ дар беморони дорои пиелонефрити музмин тайи марҳалаҳои гуногуни БМГ бевосита бо таъсири раванди сироятӣ-илтиҳобӣ, тағйирёбии суръати ҷараёни калобачай, мавҷудияти гипертензияе робита дорад, ки боиси ихтилолоти гемодинамикӣ хоҳанд гашт. [4-М,7-М,9-М,10-М]
10. Тайи марҳалаҳои оғозини БМГ дар беморони дорои пиелонефрити музмин тамоюле ҷониби диссиркулятсияи гардиши хуни мағзисарӣ дар хавзаҳои каротидӣ ва мағзисарӣ-базиларӣ вучуд дорад, ки боиси афзоиши бузургии комплекси интима-медиа, махсусан дар беморони дорои гипертензияи шарёни рӯй хоҳад гашт. Ошкоросии саривактӣ тағйиротҳои гемодинамикаи мағзисарӣ тайи марҳалаҳои оғозини БМГ бояд ҳангоми арзёбии дараҷаи вазнинии чараёни бемории асосӣ, ҳамчунин зимни таҳияи стратегияи муолиҷа ва профилактикаи оризаҳои имконпазир ба назар гирифта шаванд. [1-М,5-М,9-М]

#### **Тавсияҳо дар мавриди истифодаи амалии натиҷаи таҳқиқ**

5. Чараёни нисбатан ниҳонию клиникӣ пиелонефрити музминро дар сокинони минтақаи ҷануби Ҷумҳурии Тоҷикистон дар тайи марҳалаи БМГ С1-С2 ба назар гирифта, ҳатто ҳангоми мавҷуд будани тағйиротҳои андаке дар таҳлили пешоб ҳатман амалӣ гардондани комплекси пурраи муоина, аз ҷумла муайян намудани протеинурияи шабонарӯзӣ, мониторинги фишори шарёни, ЭКГ, суръати ҷараёни калобачай, сатҳи реабсорбсияи каналчай, МУС-и гурда ва роҳҳои пешобгузар, аз рӯйи зарурат урографияи экскреторӣ ва томографияи компютерӣ ногузир ба назар мерасад.
6. Беморони гирифтори пиелонефрити музминро зарур аст, ки ҳангоми пайдоиши шикоятҳои неврологӣ муоинаи неврологиро бар рӯйи худ татбиқ намоянд, ки он имкон хоҳад дод, то хусусияту дараҷаи зоҳиршавии ихтилолоти дахлдор мукаррар гардад. Дараҷаи зухурёбии ихтилолоти неврологӣ ва сатҳи камбудии неврологӣ бояд аз рӯйи ҷадвали пурсишномаи нейрорпсихологӣ арзёбӣ шавад.
7. Беморони гирифтोर ба пиелонефрити музминро, ки ба сурати ихтилолоти неврологӣ ва когнитивӣ чараён мегирад, бо дарназардошти эҳтимолияти авҷгирии симптоматикаи неврологӣ бояд ба гурӯҳи махсуси хатар мансуб гардонем. Ҳангоми татбиқи стратегияи муолиҷа ба амал баровардани таслеҳи омилҳои рағбӣ хатар, ки бо гипертензияи шарёни марбутанд, ногузир менамояд.
8. Барои арзёбии ҳолати гемодинамикаи мағзисарӣ дар беморони дорои пиелонефрити музмин тайи марҳалаҳои БМГ С1-С2, ба сифати меъёри арзёбии диссиркулятсияи мағзисарӣ татбиқи РЭГ дар хавзаҳои каротидӣ ва сутунмуҳравӣ-базиларӣ тавсия дода мешавад. Татбиқи сканеркунии дуплексӣ (УЗДГ) бо муайян намудани бузургии комплекси интима-медиа барои арзёбии ғафсии девораи рағҳо тавсия мегардад

**Фехристи корҳои чамъшудаи муаллиф доир ба мазӯи диссертатсия  
Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда**

- [1-М] Джумаев М.Ш. Клинико-неврологическая характеристика головной боли у больных с хроническим пиелонефритом / М.Ш. Джумаев, Ю.А. Шокиров, К.А. Гаффаров // Здоровоохранение Таджикистана.-2012.-№2.- С. 131-135.
- [2-М] Джумаев М.Ш. Неврологические расстройства у больных с хроническим пиелонефритом / Джумаев М.Ш., Шокиров Ю.А., Рахмонов Р.А. //Ж. Вестник Авицены.-2013.-№ 2.-С. 94-99.
- [3-М] Джумаев М.Ш. Клиническая характеристика неврологических расстройств у больных с первичным хроническим пиелонефритом / Джумаев М.Ш., Шокиров Ю.А., Рахмонов Р.А. //Ж. Здоровоохранение Таджикистана.-2014.-№ 1.- С. 61-66.
- [4-А] Джумаев М.Ш. Комплексная оценка клинических, невротических, эндоскопических проявлений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / М.Ш. Джумаев, Ю.А. Шокиров, Х.Р. Хайридин, С.С. Джалилов //Ж. Вестник Авицены.-2016.-№ 1.-С. 48-53.

**Мақола ва тезисҳои дар маҷмӯаҳои конференсияҳо чамъшуда**

- [5-А] Джумаев М.Ш. Дифференциальная диагностика и лечение головной боли напряжения / М.Ш. Джумаев, Ю.А. Шокиров, К.А. Гаффаров // Годичная научно-практическая конференция ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Роль современной медицинской науки в оздоровлении общества»-2011.- С. 25-27.
- [6-А] Джумаев М.Ш. Особенности невротических расстройств у больных с хроническим пиелонефритом у жителей юга республики Таджикистан / М.Ш. Джумаев, Ю.А. Шокиров //Мат 61-ой годичной науч-практ конф. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Вклад медицинских наук в практическое здравоохранение».- Душанбе 2013.- С. 177-178.
- [7-А] Джумаев М.Ш. Тавсифи клиники харобшавии асаб дар беморони гирифтори пиелонефрити музмини аввалин / М.Ш. Джумаев, Ю.А. Шокиров, Р.А. Рахмонов //Авҷи зуҳал.-2014.-№ 1.-С.74-78.
- [8-А] Джумаев М.Ш. Некоторые невротические расстройства у больных хроническим пиелонефритом. М.Ш. Джумаев, Ю.А. Шокиров, Р.А. Рахмонов // Мат 62-ой годичной науч-практ конф. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Медицинская наука и образование».- Душанбе 2014.- С. 34-36.
- [9-А] Джумаев М.Ш. Неврологический статус у больных с хроническим толстокишечным стазом на фоне долихосигмы. / М.Ш. Джумаев, Ш.М. Муродова // Мат 64-ой годичной науч-практ конф. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Медицинская наука и образование».- Душанбе 2016.- С. 197.
- [10-А] Джумаев М.Ш. Клиническая оценка некоторых невротических расстройств у больных хроническим пиелонефритом (ХБП С1-С2) / М.Ш. Джумаев, Ю.А. Шокиров, Р.А. Рахмонов // Мат 66-ой годичной науч-практ конф. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Роль инновационных технологий в современной медицине».- Душанбе 2018.- С. 449-451.
- [11-А] Джумаев М.Ш. Краниальная невропатия у больных с различными формами течения хронического пиелонефрита / М.Ш. Джумаев, Ш.Ф. Оди-

наев, М.С. Рустамова // Мат 68-ой годичной науч-практ конф. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Фундаментальные основы инновационного развития науки и образования».- 2020.-С. 122-125.

[12-А] Джумаев М.Ш. Показатели реоэнцефалографии сосудов головного мозга у больных с различными формами течения хронического пиелонефрита / М.Ш. Джумаев, Ш.Ф. Одинаев, М.С. Рустамова //Мат 68-ой годичной науч-практ конф. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Фундаментальные основы инновационного развития науки и образования ».- 2020.-С. 147-152.

### Рӯйхати ниҳтисораҳо ва аломатҳои шартӣ

ГШ	Гипертензияи шарёнӣ
НАР	Нишондиҳандаи амплитудавии реограмма
БКИМ	Бузургии комплекси интима-медиа
БФ	Бемории фишорбаландӣ
МД МТШ №2	Муассисаи давлатии маркази тиббии шаҳрӣ №2
ИДК	Индекси дикротӣ
РК	Реабсорбсияи каналчавӣ
ДЯ	Диурези якдақиқагӣ
КБ	Коэффитсиенти байниамплитудавӣ
ТК	Томографияи компютерӣ
МУНР	Муқовимати умумию ноҳиявии рагӣ
ИР	Индекси реографӣ
РЭГ	Реоэнсефалография
СЧХВ	Суръати чараёни хуни варидӣ
СПК	Суръати полоиши калобачай
СЧХН	Суръати чараёни хуни набазонӣ
СПМН	Суръати паҳншавии мавҷи набазонӣ
ДГУС	Допплерографияи ултрасадоӣ
БМГ	Бемории музмини гурда
ПМ	Пиелонефрити музмин
ПМ бо ГШ	Пиелонефрити музмин бо гипертензияи шарёнӣ
ЭхоКГ	Эхокардиография
Cl	Хлор
K	Калий
Mg	Магний
Na	Натрий
P-	Фосфор
MMS	Mini-MentalStateExamination—ҷадвали мухтасари ар-зёбии мақоми рӯхӣ
Vб	Суръати давраи пуршавии бошитоб
Vм	Суръати давраи пуршавии оҳиста

## АННОТАЦИЯ

**Джумаев Мирдодо Шарофович**

### **Клинические аспекты головной боли напряжения и некоторых неврологических расстройств у больных с хронической болезнью почек стадий С1-С2**

**Ключевые слова:** хронический пиелонефрит, хроническая болезнь почек, головная боль напряжения, неврологические симптомы.

**Цель исследования.** Изучить клинико-функциональные проявления и частоту наиболее часто встречающихся в нефрологической практике неврологических расстройств у больных с различными вариантами течения ХП у жителей Республики Таджикистана.

**Характеристика больных и методы исследования.** Исследование проведено в нефрологическом и неврологическом отделении ГУ ГМЦ №2 имени академика К.Т. Таджикиева. Обследовано 120 больных с первичным ХП с различными функциональными стадиями (С1-С2). Контрольную группу (группа сравнения) составили 20 здоровых лиц сопоставимых по полу (10 женщин, 10 мужчин) и возрасту (в возрасте от 20 до 50 лет).

Лабораторное исследование включало общеклинический анализ крови, мочи, пробы по Ничепоренко, исследование мочи на бактериурию, определялась суточная протеинурия, пробе Реберга, расчет СКФ, креатинина. Канальцевые функции определялись по относительной плотности мочи в пробе Зимницкого. Клинико-неврологическое обследование включало оценку когнитивных функций, концентрацию внимания, речь, счет, пракис, исполнительных функций.

**Полученные результаты и их новизна.** Впервые на основании клинико-функциональных и лабораторных методов обследования большого контингента больных установлены частота и характер симптоматологии различных форм течения ХП с ХБП С1-С2 у жителей южных регионов Республики Таджикистан.

Также, представлены частота, и характер головной боли и неврологических расстройств у больных с различными формами течения хронического пиелонефрита. Установлена взаимосвязь выраженности неврологических расстройств с формой течения ХП и при его сочетании с артериальной гипертензией. Уточнены факторы риска возникновения неврологических расстройств, их взаимосвязь с характером течения ХП. Впервые представлены данные о значимости нарушения состояния мозгового кровообращения, эластичности сосудистой стенки при сочетании ХП с артериальной гипертензией в зависимости от степени выраженности неврологических расстройств.

**Рекомендации по использованию.** Предложена схема (алгоритм) тактики ведения пациентов, а также лабораторного контроля за состоянием неврологических расстройств при ХП с сохранённой азотовыделительной функцией. Для практической медицины представлены критерии оценки тяжести различных форм ХП, а также неврологической симптоматики. Представлены результаты и начальные признаки нарушения мозгового кровообращения, ранние критерии утолщения ВКИМ, что на ранних стадиях профилактики способствует снижению риска цереброваскулярных заболеваний.

**Область применения.** Внутренние болезни, нефрология, неврология.

## АННОТАТСИЯИ

**Чумъаев Мирдодо Шарофович**

**Чанбаҳои клиникӣ сардарди ташаннучбунёд ва баъзе ихтилолоти неврологӣ дар беморони гирифтор ба бемории музмини гурда бо марҳалаҳои С1-С2**

**Калидвожаҳо:** пиелонефрити музмин, бемории музмини гурда, сардарди ташаннучбунёд, симптомҳои неврологӣ.

**Ҳадафи таҳқиқ.** Омӯхтани зухуроти клиникӣ-функционалӣ ва басомади ихтилолоти нисбатан зуд-зуд дучоршавандаи неврологӣ дар амалияи неврологӣ ба иртиботи беморони гирифтор ба вариантҳои гуногуни ҷараёни ПМ дар сокинони Ҷумҳурии Тоҷикистон.

**Усулҳои таҳқиқ ва истифодаи таҷҳизот.** 120 бемори гирифтор ба ПМ-и аввалияи марҳалаҳои функционалияш гуногун (С1-С2) таҳти муоина қарор гирифт. Гурӯҳи санҷиши (гурӯҳи қиёс)-ро 20 шахси солиме ташкил дод, ки аз рӯйи ҷинс (10 зан, 10 мард) ва синнусол (аз 20 то 50-сола) ба доираи қиёс кашида шуда буданд.

Таҳлили лаборатори умумию клиникӣ хун, пешоб, озмоиш аз рӯйи усули Ничепоренко, муоинаи пешоб барои намоёндани бактериурия, муайянсозии ҳаҷми шаборӯзии протеинурия, озмоиши Реберг, шумориши СПМН ва креатинин ба муоинаи лабораторӣ шомил гаштанд. Функсияҳои каналчай аз рӯйи зичии нисбии пешоб зимни озмоиши Зимнитский муайян карда шуданд. Муоинаи клиникӣ-неврологӣ арзёбии функсияҳои когнитивӣ, тамаркузи диққат, нутқ, шумориш, пракис, функсияҳои иҷроияро ба худ шомил сохт.

**Натиҷаҳои ҳосилшуда ва наwgонии онҳо.** Басомад ва хусусияти симптоматологияи вобаста ба шаклҳои гуногуни ҷараёни ПМ-и ҳамроҳ бо БМГ С1-С2 дар сокинони минтақаи ҷануби Ҷумҳурии Тоҷикистон бори аввал ба асоси усулҳои клиникӣ-функционалӣ ва лаборатории муоинаи як гурӯҳи калони беморон муқаррар гардонда шуд.

Ҳамчунин басомад ва хусусияти сардард, ихтилолоти неврологӣ дар беморони дорои шаклҳои гуногуни ҷараёни пиелонефрити музмин муаррифӣ гаштанд. Муносибати дучониба дар заминаи дараҷаи зоҳиршавии ихтилолоти неврологӣ бо шакли ҷараёни ПМ ва ҳангоми омезиши он бо гипертензияи шарёнӣ муқаррар гардонда шуд. Гузашта аз ин, омилҳои хатари вобаста ба пайдоиши ихтилолоти неврологӣ, муносибати дучонибаи онҳо бо хусусияти ҷараёни ПМ дақиқ шуданд. Маълумоти вобаста ба аҳамияти ихтилоли ҳолати гардиши хуни мағзи сар, чандирии девораи рағӣ ҳангоми омехташавии ПМ бо гипертензияи шарёнӣ дар вобастагӣ аз дараҷаи зоҳиршавии ихтилолоти неврологӣ бори аввал пешниҳод гаштанд.

**Тавсияҳо оид ба истифодаи натиҷаҳо.** Нақша (алгоритм)-и мувоқиқат аз патсиентҳо, ҳамчунин назорати лабораторӣ аз болои ҳолати ихтилолоти неврологӣ зимни ПМ-и ҳамроҳ бо функсияи ҳифзшудаи азотхориҷкунӣ пешниҳод гардонда шуд. Барои тибби амалӣ меъёрҳои арзёбии дараҷаи вазнинии шаклҳои гуногуни ПМ, ҳамчунин симптоматикаи неврологиро пешкаш намудем. Натиҷа ва нишонаҳои аввалияи вайроншавии гардиши хуни мағзи сар, меъёрҳои бармаҳали афзоиши БКИМ пешниҳод гаштанд, ки нуктаи мазкур зимни марҳалаҳои ибтидоии профилактика ба коҳиши хатари бемориҳои серебоваскуляри мусоидат хоҳад намуд.

**Соҳаи истифода.** Бемориҳои дарунӣ, нефрология, неврология.



**ANNOTATION****Dzhumaev Mirdodo Sharovovich****Clinical aspects of headache tension and some neurological disorders in patients with C1-C2 chronic kidney disease**

Key words: chronic pyelonephritis, chronic kidney disease, tension headache, neurological symptoms.

**Aim of study.** To study the clinical and functional manifestations and the rate of the most common neurological disorders in nephrological practice in patients with various types of CP in the population of the Republic of Tajikistan.

**Methods of research and instrumental used.** There were examined 120 patients with primary CP with various functional stages (C1-C2). The control group (comparison group) was composed of 20 healthy persons matched by sex (10 women, 10 men) and age (20-50 years old).

Laboratory research included a general clinical analysis of blood, urine, Nicheporenko test, urine test for bacteriuria, daily proteinuria was determined, Reberg's test, GFR and creatine count. Tubular function was determined by the relative consolidation of urine in the Zimnitsky test. Clinical and neurological examination included an assessment of the cognitive functions of concentration of attention, speech, counting, sourness, and executive functions.

The obtained results and novelty. For the first time, on the basis of clinical, functional and laboratory methods of examination of a large contingent of patients were established the frequency and nature of the symptomatology of various forms of CP with CKD C1-C2 in populations of the southern regions of the Republic of Tajikistan.

Both the frequency and nature of headaches and neurological disorders in patients with various forms the course of chronic pyelonephritis are presented. It has been established that the relationship between the severity of neurological disorders and the form of CP and when it is combined with arterial hypertension. The risk factors for the occurrence of neurological disorders, their relationship with the nature of the course of CP have been exacted. For the first time it was presented the data on the significance of impaired cerebral circulation, elasticity of the vascular walls in combination with CP with arterial hypertension, depending on the severity of neurological disorders.

**Recommendations for use.** It has been proposed a scheme (algorithm) of patient management tactics, as well as laboratory monitoring of the state of neurological disorders in CP with preserved nitrogen-excreting function. For practical medicine, criteria for assessing the severity of various forms of CP, as well as neurological symptoms are presented. The results and initial signs of impaired blood circulation in the blood, early criteria for the thickening of VKIM, which in the early stages of prevention helps to reduce the risk of cerebrovascular diseases are presented.

**Application area.** Internal medicine, nephrology, neurology.