

онного обследования для решения тактических и технических вопросов в выборе характера оперативного пособия и возможности осуществления операции.

По мнению Н.А. Лопаткина (1998) важно выявить соотношение опухоли и здоровой почечной паренхимы, а также ее ангиоархитектоника; отношение опухоли почки к соседним органам; функциональное состояние почки или почек; наличие метастазов; размер новообразования; локализация опухоли; направления роста опухоли; структура объемного образования и другие.

С 2012 по 2015 г. нами проведен анализ по изучению операций 37 пациентов, подвергавшихся оперативному вмешательству. Самому молодому больному было 25 лет, а самому старшему – 56 лет. Средний возраст составил $41,4 \pm 0,5$ года. Степень распространения опухолевого процесса оценивали в соответствии с Международной классификацией злокачественных опухолей TNM 1997 г., 5-го пересмотра. При этом учитывали клинические данные, результаты ультразвукового, рентгенологического, компьютерного и морфологического исследований. Больных с T1a стадией было 6 (16,2%), с T1b стадией было 12 (32,4%) больных, с T2 стадией 9 (24,3%) больных. У 13 (35,1%) больных выполнена клиновидная резекция, 9 (24,3%) больных энуклеорезекция, 5 (13,5%) больных фронталь-

ная резекция. Интраоперационная кровопотеря составляла от 200 мл до 600 мл практически у всех больных. У 3 (8,1%) больных проведены гемотрансфузия и переливание компонентов крови. В послеоперационном периоде у данных пациентов, подвергавшихся оперативному лечению, осложнений не было. Рана зажила первичным натяжением. Диагноз был верифицирован на основании лучевых методов исследований, гистологического заключения макропрепаратов резецированных тканей. По данным гистологии у пациентов с опухолями G1 составляет 55,5%, G2 – 18,1%, G3 – 18,1%, G4 – 7,4%. За время наблюдения все пациенты проходят контрольное УЗИ 1 раз в 3 месяца, КТ 1 раз в 6 месяцев, рентген грудной клетки, анализы крови и мочи для исключения прогрессирования онкопроцесса. В настоящее время у больных рецидив заболевания и летальных исходов не было.

По нашему мнению, общая выживаемость больных зависит от многих медико-социальных прогностических факторов, в том числе от степени дифференциации опухолевого процесса. При настоящем наблюдении прогностическое значение стадии ПКР уменьшается при увеличении степени анаплазии опухоли. Несмотря на то, что ядерный индекс является независимым прогностическим признаком, его оценка субъективна и зависит от индивидуальной интерпретации морфологом.

ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА И ОПУХОЛИ ПОЧКИ

*М.Н. Тилляшайхов, М.А. Хакимов, Д.К. Абдурахмонов,
Ш.М. Халилов, М.Г. Абдикаримов*

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
фтизиатрии и пульмонологии МЗ Республики Узбекистан*

Цель работы: изучить дифференциально-диагностические признаки поражений почек опухолью и туберкулезом.

Материал и методы. Проанализированы результаты 3284 исследований в клинике РСНПМЦФиП МЗ РУз с подозрением на нефротуберкулез (НТ). Среди обследованных, НТ был установлен у 1820 (55,4%) больных, хронический пиелонефрит – у 584 (17,8%), нефролитиаз – у 245 (7,5%), нефроптоз – у 160 (4,8%), аномалии структуры почек – у 74 (2,3%), амилоидоз почек – у 35 (1,1%), опухоль почки – у 53 (1,6%), патологии почек не обнаружено – у 313 (9,5%) пациентов.

Результаты и обсуждения. Клинико-лабораторные, рентгенологические и эхографические критерии диагностики НТ предусматривают констатации нормы и патологии в почках, а также локализацию, форму и характер специфического процесса. Такой системный подход позволит достичь высокой точности диагностики туберкулеза и опухоли почки. На основании клинико-лабораторных и лучевых методов исследования у 3284 больных с подозрением на туберкулез нами был разработан оптимальный комплекс дифференциальной диагностики туберкулеза почки, состоящих из 81 наиболее информа-

тивных признаков патологии почек. Безусловно, не все признаки равноценны. Такие признаки, как туберкулезная микобактериурия, туберкулезные бугорки, язвы и рубцовые изменения в мочевом пузыре, на рентгенограммах наличие полостей в паренхиме почки, на эхотомограммах выявление гипо- и анэхогенных полостей неправильной формы с утолщенными, уплотненными стенками неправильной формы, имеют решающее значение в диагностике НТ. Обнаружение расширения вен семенного канатика у мужчин или расширения вен больших половых губ у женщин, эхографическое выявление образования в почке неоднородной структуры играет решающую роль в постановке диагноза опухоли почки. Эти признаки, имеющие особое значение в дифференциальной диагностике НТ, обозначены «++». Для удобства математического анализа данных предлагаем схему. Сумма всех положительных признаков для каждого заболевания составляет 100%. Таких положительных признаков, отмеченных знаком «+», для туберкулеза почки 45, хронического пиелонефрита – 32, нефролитиаза – 16, опухоли почки – 23, аномалии структуры почек – 20. Например, у па-

циента определен 21 положительный признак туберкулеза почки, 8 – хронического пиелонефрита, 3 – нефролитиаза, 7 – опухоли почки, 4 – аномалии структуры почек. Это соответственно составляет 46,7; 25; 18,8; 30,4; 20%. Поэтому у такого пациента с большей вероятностью можно предположить диагноз НТ. При наличии признаков, отмеченных двумя знаками «+» мы предлагаем прибавлять к полученной сумме 50%, что достаточно объективно отражает их информативность.

Вывод. Диагностика туберкулеза и опухоли почек представляет значительные трудности, разработанный нами дифференциально-диагностический комплекс может значительно облегчить проведение дифференциации туберкулеза почки с опухолями, хроническим пиелонефритом, нефролитиазом, аномалиями структуры почек. Сочетание эхографии почек с клинико-лабораторными исследованиями являются, на наш взгляд, не только способами дифференциальной диагностики между опухолью и туберкулезом почек, а также имеет значение в оценке эффективности проводимой комплексной терапии больных нефротуберкулезом.

ЗНАЧЕНИЕ МУЛЬТИФОКАЛЬНОЙ БИОПСИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПОРАЖЕНИЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Д.К. Абдурахмонов, М.А. Хакимов, С.К. Алиджанов, Ш.М. Халилов

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
фтизиатрии и пульмонологии МЗ Республики Узбекистан*

Введение. Диагностика поражений мочевого пузыря зачастую основывается на результатах патоморфологического исследования. Эндоскопический метод, дополненный биопсией, является ведущим в диагностике заболеваний мочевого пузыря. Наиболее информативна мультифокальная биопсия, когда исследуется материал, взятый не только из язвы и прилежащих тканей, но и со всех стенок мочевого пузыря и мочеиспускательного канала. Роль биопсии мочевого пузыря является определяющей в дифференциальной диагностике поражений органа со схожей симптоматикой – *carcinoma in situ*, лейкоплакия, малакоплакия, различные формы циститов, туберкулез мочевого пузыря и требует исследования материала, взятого из нескольких фокусов. В этой связи диагностика поражений мочевого пузыря требует дальнейшего совершенствования.

Цель работы: изучить патоморфологические признаки различных поражений мочевого пузыря.

Материал и методы исследования. В урогенитальном отделении клиники РСНПМЦФиП МЗ РУз. комплексному клинико-лабораторному обследованию подвергнуты 194 пациента с патологиями мочевыделительной системы. Среди этой категории пациентов поражение мочевого пузыря установлено у 93 (47,9%) больных.

Результаты. При подозрении изменений слизистой оболочки мочевого пузыря важное диагностическое значение приобретает цистоскопия. Интерпретация найденных при цистоскопии изменений не всегда проста, поскольку макроскопическая картина некоторых патологических процессов в мочевом пузыре весьма схожа. Так, например, трудно отличить простую язву мочевого пузыря от туберкулезной, туберкулез-