



ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
ФАНЛАР АКАДЕМИЯСИ
САМАРҚАНД ДАВЛАТ МЕДИЦИНА
ИНСТИТУТИ

ISSN 2181-5674

БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ МУАММОЛАРИ

ХАЛҚАРО ИЛМИЙ
ЖУРНАЛ

4

(85)
2015

PROBLEMS OF
BIOLOGY AND MEDICINE

АКАДЕМИЯ НАУК
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

**БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ
МУАММОЛАРИ**

**PROBLEMS OF
BIOLOGY AND MEDICINE**

**ПРОБЛЕМЫ БИОЛОГИИ
И МЕДИЦИНЫ**

**МАТЕРИАЛЫ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ КЛИНИКО-
ЛАБОРАТОРНОЙ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ
ДИАГНОСТИКИ С КЛИНИЧЕСКОЙ
ПАТОФИЗИОЛОГИЕЙ»
(Самарканд, 10 - 11 ноября 2015 г.)**

Научный журнал по теоретическим и
практическим проблемам биологии и медицины
основан в 1996 году
выходит ежеквартально

Главный редактор - А.М. ШАМСИЕВ

Редакционная коллегия:

*А.В. Алимов, А.И. Икрамов, З.И. Исмаилов,
З.Б. Курбаниязов (зам. главного редактора),
Ф.Г. Назиров, Т.Э. Останакулов, А.М. Хаджибаев,
Д.Х. Ходжаев, М.Х. Ходжибеков, Ш.А. Юсупов*

Ответственный за выпуск номера: З.Б. Курбаниязов

УЧРЕДИТЕЛЬ ЖУРНАЛА:

Академия наук
Республики Узбекистан
Самаркандский Государственный
медицинский институт

Адрес редакции:

Республика Узбекистан, 140100,
г. Самарканд, ул. Амира Темура, 18.

Телефон:

(99866) 233-36-79

Факс

(99866) 233-71-75

(99866) 231-00-39

Сайт

pbim.uz

e-mail

redaksiya@pbim.uz

sammi-xirurgiya@yandex.ru

*Журнал зарегистрирован
в Управлении печати и информации
Самаркандской области
№ 09-26 от 03.10.2012 г.*

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Х.А. Акилов	(Ташкент)
Н.А. Абдуллаев	(Самарканд)
А.Н. Аллаяров	(Самарканд)
О.А. Атаниязова	(Нукус)
Т.А. Аскарров	(Бухара)
А.В. Девятов	(Ташкент)
И.И. Затевахин	(Россия)
С.И. Исмаилов	(Ташкент)
А.Ю. Разумовский	(Россия)
Rainer Rienmuller	(Австрия)
В.М. Розинов	(Россия)
Л.М. Рошаль	(Россия)
А.А. Хусинов	(Самарканд)

Подписано в печать 06.10.2015.

Сдано в набор 05.11.2015.

Формат 60x84 1/8

Усл. п.л. 21

Заказ 271

Тираж 200 экз.

Отпечатано

в типографии СамГосМИ.

140151, г. Самарканд,

ул. Амира Темура, 18

цидив кровотечения на 2 сутки после поступления в стационар. Выводы: Таким образом, очень важным для определения лечебной тактики является раннее выявление патологических изменений в печени. Комплексная медикаментозная терапия больных при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода позволяет выиграть

время для принятия решения о дальнейшей тактике, а именно: о продолжении консервативного лечения, о применении эндоскопической склеротерапии, либо об операции.

РОЛЬ РЕНТГЕНО-ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

С.А. Абдуллаев, Э.Ю. Курбанов, С.И. Жалолов, Ш. Пирманова

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: Улучшение стандартных методов диагностики и хирургического лечения диабетической стопы. Материал и методы: В областном гнойно-септическом центре Самаркандского городского медобъединения за последние годы обследовано 65 больных с гнойно-некротическим осложнением, в том числе и диабетической стопой. Возраст больных был 30-70 лет: мужчин 37 (56,9%) и 28 (43,1%) женщин. Установлен сахарный диабет I типа у 5 (7,7%) и 60 (92,3%) больных II типа. Выявлена тяжелая форма сахарного диабета у 34 (53%) пациентов, средней тяжести 18 (27,5%) и легкая форма 13 (19,5%) больных. Длительность сахарного диабета в среднем составила 14,2 года, и у 5 (9,1%) больных он установлен впервые. Сопутствующими заболеваниями были у 47 (72,2%) больных сердечно-сосудистая патология, у 52 (80%) пациентов – почечная патология, с заболеваниями печени и желчных путей обследовано 32 (49,2%) больных. Нейропатическая форма диабетической стопы установлена у 48,1 (74%) больных, ишемическая – 5 (7,6%), нейроишемическая форма у 11 (16,9%) больных. Для определения характера изменений всем больным нами проведена рентгенография пораженной стопы в прямой и боковой

проекции, установление уровня гликемии, биохимические исследования крови и мочи. В лечении гнойно-некротического осложнений сахарного диабета мы придерживаемся следующего принципа: специфический контроль уровня гликемии, определение чувствительности к антибиотикам, лечение сопутствующих заболеваний, своевременное определение синдрома диабетической стопы и местное лечение для выведения стопы ног из критического состояния ишемии. Каждый второй больной сахарным диабетом лечится хирургическим путем. У каждого четвертого больного наблюдались гнойно-некротические осложнения, у них послеоперационные осложнения доходят до 30-40%. Самые тяжелые из этих осложнений встречаются в нижних конечностях, и большинство случаев заканчивается ампутацией. При определении оптимального уровня ампутации мы используем лабораторно-рентгено-логические данные. Выводы: Использование комплексной диагностики при лечении гнойно-некротических осложнений сахарного диабета значительно сократило количество высоких ампутаций конечностей до 7,9%.

«МЕДИАТОРНЫЙ ШТУРМ» ПРИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

М.Н. Абдуллаева, Х.С. Азимова, С.Х. Гафурова, М.В. Рашидова

*Самаркандский государственный медицинский институт,
Самаркандский филиал республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи*

Цель работы: выделить этапность активации медиаторов воспаления при пневмонии у детей до 3-х лет. Материал и методы исследования: обследовано 36 больных детей с острой пневмонией в возрасте от 1 мес. до 3-х лет, из них у 12 больных пневмония протекала без осложнений, у 11 на фоне обструктивного синдрома, у 13 с наложением кишечной симптоматики. Изучены медиаторы воспаления – калликреин, как показатель протеолиза, эйкозаноиды – простагландины и НЕТЕ по методам: 1. Ускоренный метод определения калликреина в плазме крови (методическая разработка кафедры ЦОЛИУВ, Москва, 1985). 2. Определение простагландинов E, E₁, E₂, F_{2α} липоксигеназных метаболитов арахидоновой кислоты 5-НЕТЕ, 12-НЕТЕ, 15-НЕТЕ сыворотки крови радиоиммунным методом. (Radioimmunoassay Kit, 1986). Результаты: При неосложненной острой пневмонии при поступлении наблюдалась умеренная активация калликреина, ПГЕ₂ повышен в разгаре пневмонии и к выписке, преобладает на высоте воспаления, в динамике нарастает уровень ПГФ_{2α} (P<0,001). Высокая концентрация 15-НЕТЕ при поступлении (параллельно с лейкоцитозом) (P<0,001), при выписке снижается, но остается выше показателей у здоровых детей. Наложение обструктивного синдрома также сопровождается статистически достоверной активацией протеолиза, высокий уровень ПГЕ₁ и ПГЕ₂ сменяется увеличением уровня ПГФ_{2α} в 3 раза. Это

позволяет судить о направленном действии ПГФ_{2α} на ликвидацию явлений, обусловленных простагландинами группы E, а также наличие скрытого бронхоспазма к выписке. Отмечено, что повышение ПГЕ₂ иногда может явиться причиной бронхоспазма, хотя обычно ПГЕ₁ и ПГЕ₂ оказывают выраженное бронхолитическое действие. Нарастание уровня простагландинов вслед за калликреином указывает на динамику их выделения, простагландины высвобождаются из поврежденных тканей позднее других медиаторов, а период их повышенного высвобождения оказывается более продолжительным. При обструктивном синдроме преобладает роль простагландинов как бронхоконстрикторов и, как парадокс, особо выделен высокий уровень ПГЕ₂, в обычных условиях действующего как бронхолитик. Не исключено, что явления обструкции в разгар пневмонии опосредованы не простагландиновыми механизмами. При наложении кишечного синдрома статистически достоверная активация калликреина сочетается с низким уровнем НЕТЕ во все периоды болезни. Наблюдаемая этапность выделения медиаторов воспаления в зависимости от клинической картины проявляется вначале активацией калликреина и затем эйкозаноидов, причем простагландины нарастают позднее других медиаторов и длительно. Вывод: Этапное выделение медиаторов воспаления, а именно: вначале

калликрейна как показателя активности протеолиза, затем в динамике простагландины с затянувшимся периодом повышенного высвобождения и высокий уровень

НЕТЕ к выписке в совокупности отражают медленный характер обратного развития морфологических изменений в легких и имеющуюся тенденцию к накоплению МРСА (медленно реагирующей субстанции анафилаксии).

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ CORE – БИОПСИИ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Х.Н. Абдуллаев, Ф.С. Набиева, З.Р. Сохибова

*Бухарский государственный медицинский институт
Бухарский областной онкологический диспансер*

Цель исследования. Оценить значение CORE- биопсии опухолей молочной железы. Материалы и методы. Проанализированы данные материала CORE – биопсии новообразований молочной железы у 218 женщин, которым в период с декабря 2013 г. по июнь 2015 г. в амбулаторных условиях проводилась CORE- биопсия опухолевых образований молочных желез. До манипуляций всем пациенткам были проведены обследования: кровь на реакцию Вассермана, ВИЧ, HBs Ag, биохимические анализы, ВСК, цитологические исследования, маммография и ультразвуковое исследование. Для эхографического контроля использовался ультразвуковой аппарат EDAN DUC-6 оснащенный линейным датчиком с диапазоном частот 5,0-10,0 МГц. Для проведения биопсии применяли местную анестезию раствором новокаина. Всем больным осуществлялись забор материала с помощью биопсийного “пистолета” для гистологического исследования. Результаты. Из 218 женщин обследованных по поводу образований молочной железы по данным гистологического исследования адекватный биопсийный материал был по-

лучен у 174 (80%) случаев. Неинформативный гистологический материал получен у 44 (20%) больных, которым проведена повторная биопсия. Из них в 26 (12) случаях получена достоверная информация. В 18 случаях в последующем проведена операция - секторальная резекция с гистологическим исследованием. В 18 (8%) случаях гистологический материал оказался доброкачественного характера. В последующем этим больным в плановом порядке проведена операция секторальная резекция с повторным гистологическим анализом, который подтвердил доброкачественный характер опухоли. Нужно отметить, что проведение описанной процедуры не сопровождалось осложнениями.

Выводы. Проведение CORE-биопсии в амбулаторных условиях сокращают срок обследования пациентов. Процедура малоинвазивна, информативна, безопасна и не требует общего обезболивания. Определение гистологических вариантов, степень злокачественности рака молочной железы дает возможность клиницистам выбрать оптимальный метод лечения и прогноз заболевания.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОТЕОЛИЗА С КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ПНЕВМОНИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКА ГЕСТАЦИИ

М.Н. Абдуллаева, Г.М. Мардыева, Б.Р. Бахритдинов

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: изучить прогностическую ценность параллельного определения патологического протеолиза и клинико-рентгенологических признаков пневмонии у новорожденных в зависимости от срока гестации. Материал и методы исследования. Проведено обследование 70 новорожденных детей с пневмонией, из них доношенные новорожденные с признаками задержки внутриутробного развития (ЗВУР) - 24 детей, недоношенные новорожденные со сроком гестации 32-37 недель - 46 детей. Из биохимических констант в сыворотке крови человека определяли α -фетопроtein (α -ФП), α_1 -антитрипсин (α_1 -АТ), суммарную эстеразную активность сыворотки крови по расщеплению БАЭЭ (N-бензоил-L-аргинин этиловый эфир) активность α_2 -макроглобулина (α_2 -МГ), циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК). Из рентгенологических исследований была применена методика рентгенографии на аппарате марки КХ0-50F «Тошиба». Статистическая обработка проведена с использованием математического парного корреляционного анализа и непараметрической статистики. Результаты: У доношенных новорожденных с ЗВУР равноценно (по 40%) отмечались рентгенологические признаки I и II степени тяжести СДР. У недоношенных новорожденных преобладали рентгенологические признаки II (35%) и III степени тяжести СДР (42%). IV степень тяжести СДР («белые легкие») отмечались лишь в единичных наблюдениях (8%) в группе недоношенных новорожденных. Высокий уровень α -ФП как индикатора незрелости при наличии признаков недоношенности ($72,9 \pm 3,23$ МЕ/мл, $p < 0,05$) и задержки ЗВУР ($64,25 \pm 2,89$ МЕ/мл, $p < 0,05$) в сочетании с

угнетением активности α_1 -АТ, α_2 -МГ в 1,4 раза подтверждает роль дефицита ингибиторов протеолиза в формировании воспалительного процесса в легких. На фоне подавленного антипротеолитического потенциала патологический протеолиз (БАЭЭ - $439,30 \pm 8,98$ мЭЕ/мл, $p < 0,05$) создает риск перехода воспалительного процесса в легких в деструктивный процесс с последующим исходом в бронхолегочную дисплазию. Супрессорный эффект α -ФП на фоне иммунологической реактивности транзиторной особенности новорожденных, особенно с признаками ЗВУР и недоношенности сочетается с «поздним иммунологическим стартом» - синдромом, обусловленный медленной и поздней дифференцировкой и формированием системы иммунитета у недоношенных новорожденных, проявляющееся отставанием уровня ЦИК при выраженных признаках недоношенности ($33,2 \pm 1,8$ усл.ед). Анализ корреляционных связей отражает взаимосвязь и взаимозависимость рентгенологических признаков состояния легочной ткани новорожденного от активности ингибиторов протеолиза. Выделена высокая прямая коррелятивная связь показателей α -ФП, α_1 -АТ и α_2 -МГ с ведущими рентгенологическими признаками незрелости легких, таких как различной степени выраженности гиповентиляция легких ($r = 0,9$, $p < 0,05$), очаговые тени ($r = 0,9$, $p < 0,05$), сетчатая деформация легочного рисунка ($r = 0,8$, $p < 0,05$), «воздушная бронхограмма» ($r = 0,9$, $p < 0,05$), в сочетании с признаками воспаления и высокая активность α_1 -АТ на воспалительный процесс. Рентгенологические признаки в сочетании с биохимическими изменениями и клинической симптоматикой отражают