



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. Аскарлов	(Бухара)
А.В. Девятлов	(Ташкент)
И.И. Затевахин	(Россия)
С.И. Исмаилов	(Ташкент)
А.Ю. Разумовский	(Россия)
Rainer Rienmuller	(Австрия)
В.М. Розинлов	(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

при достижении субмаксимальной/максимальной ЧСС данных за транзиторную ишемию и нарушения ритма сердца выявлено не было. Выводы: таким образом, согласно современным положениям доказательной медицины, физическая нагрузка является идеальным и наиболее физиологичным видом провокации, позволяющим

оценить полноценность компенсаторно-приспособительных механизмов, а при наличии скрытой сердечно-сосудистой патологии – степень функциональной несостоятельности кардиореспираторной системы организма. Данные, полученные при проведении нагрузочных проб, могут быть использованы для определения дальнейшей тактики ведения пациента.

ОЦЕНКА ЛЕЧЕБНОГО ПАТОМОРФОЗА ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ОПУХОЛЕВЫХ КЛЕТОК ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.Р. Акрамов, С.С. Каримов, Л.Ш. Ёров, Ф.Н. Аллазов, О.У. Шарипов

Самаркандский Государственный медицинский институт

Материалы и методы: В основу исследования положены сведения из историй болезни 16 больных, получивших лечение в СамООД за 2015 годы. Схема лечения больных проводилась до 4х последовательных курсов неоПХТ по схеме CAF, FAC, DA, TA. Интервалы между курсами составляли 3 недели. Всем пациенткам выполняли трепанбиопсию опухоли и морфологическую верификацию, а также определяли степень дифференцировки опухолевых клеток (G) до неоПХТ. Женщины возрасте от 30 до 65 лет. После достижения частичной или полной регрессии опухолевого процесса была проведена РМЭ. Лекарственный патоморфоз определяли при патогистологическом исследовании операционного материала по схеме, предложенной Г.О. Лавниковой (1978).

Результаты: У подавляющего числа пациенток была диагностирована II стадия (62,5%): ИБ стадия – у 8 пациенток, ПА стадия – у 2 женщин. У 4 пациенток (25%) диагностирована III стадия: ША стадия у 3 больных, ШБ стадия у 1 больного. Больных IV стадией не было. У 11 женщин (68,7%) отмечены поражение лимфатических узлов

(Л/У). Полная регрессия заболевания после неоадьювантной терапии у больных отмечена у 1 (6,2%) больной, частичная регрессия у 12 (75%), стабилизация процесса у 2 пациенток (12,5%). При этом градация G (степень дифференцировки опухолевых клеток) определена следующей последовательности: G₂ – 10 (62,5) больных, G₁-G₃ – G₄ – по 2 всего 6 (37,5%) больных. Лечебный патоморфоз 1-4 степени после неоПХТ определялся у всех пациенток. Патогистологическая оценка дала следующие результаты: лечебный патоморфоз 4 степени выявлен у 1 (6,2%) женщин, патоморфоз 3 степени определен у 8 женщин (50%), патоморфоз 2 степени – у 3 пациентки (18,3%) и патоморфоз 1 степени у 4 (25%) пациентки. Вывод: Оценка степени дифференцировки опухолевых клеток (градации G) до нео ПХТ и морфологического регресса (патоморфоза) опухоли после неоПХТ является важным критерием оценки эффективности неоПХТ, позволяющим определить радикальность, а также для планирования адьювантной терапии на основе выраженности терапевтического патоморфоза при РМЖ.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ЛИМФААДЕНОПАТИИ У ДЕТЕЙ

А.Р. Акрамов, М.Т. Ачилов, Д.Б. Рахматов, Ф.М. Рауфов

Самаркандский Государственный медицинский институт

Цель работы: Разработать алгоритм диагностики лимфааденопатии (ЛАП) у детей. Материалы и методы: В работу включали 80 детей опухолеподобными увеличениями периферических лимфатических узлов (ЛУ): 23 детей лимфомами, 57 детей доброкачественными лимфааденопатиями. Больные обследовались с 2012 по 2015 гг. Материалом были амбулаторные карты первично обративших и истории болезни больных детей. Использованы следующие методы обследования: клинические, объективные, лабораторные, ультразвуковые (УЗИ), рентгенологические, морфологические (цитологические и гистологические) данные. Результаты: Нами разработан трехэтапный диагностический алгоритм ЛАП у детей. На первом этапе собирали анамнез, провели клинический осмотр и выполняли лабораторные анализы крови, рентген исследование грудной клетки. При выявлении множественных, мелких ЛУ, больного консультировали фтизиатру. Если выявили увеличение одной группы болезненных ЛУ при пальпации, в общем анализе крови лейкоцитоз и ускоренное СОЭ или увеличение одной

группы ЛУ (более 2 см) переходили ко второму этапу обследования и провели УЗИ ЛУ. При проведении УЗИ ЛУ нами выделены три варианта изображения: 1. Одиночный ЛУ, размером более 2 см., неоднородной, пониженной эхогенности; 2. Единичные или множественные ЛУ, размерами более 1,5 см, неоднородной, пониженной эхогенности с ровными контурами, овальной формы; 3. Множественные ЛУ, размером более 2 см, нередко с образованием конгломератов. При 1 варианте УЗИ картины ЛУ необходима пункция ЛУ. При наличии гноя вскрытие и дренирование гнойника. При отсутствии гноя переходили к третьему этапу диагностики, также при 2 и 3 варианте УЗИ картины ставился показание к выполнению биопсии ЛУ с целью верификации диагноза, такая УЗИ картина характерна для злокачественного поражения ЛУ. Вывод: предложенный алгоритм позволяет сократить сроки обследования детей с ЛАП различного генеза, определить показания к биопсии ЛУ в целях морфологической верификации и раннюю диагностику лимфом у детей.

ИССЛЕДОВАНИЕ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПЕЧЕНОЧНО-ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ АМПУЛЫ У ПТИЦ

Н.А. Алланазарова, М.Р. Аделова

Самаркандский государственный университет, Самарканд, Узбекистан

Цель работы: Изучить строение печечно-поджелудочной ампулы, структуры её внутреннего рельефа у птиц с различными условиями существования и характером питания, что позволяет решать некоторые вопросы

теоретической и прикладной гистологии и биологии. Эти исследования в дальнейшем помогут решить проблемы моделирования некоторых биологических про-