



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

8 (70) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

8 (70)

2024

август

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.07.2024, Accepted: 02.08.2024, Published: 10.08.2024

UDK 616-006.441 BBK 55.6

SURUNKALI MIYELOLEYKOZNING KLINIK VA PATOMORFOLOGIK KO'RSATKICHLARI

Karimov Hakimjon Rayimberdiyevich <https://orcid.org/0009-0003-1656-5161>

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston, Buxoro, st. A. Navoiy. 1
Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Rezyume

Ushbu maqolada surunkali miyeloleykoz kasalligining patomorfologik ko'rsatkichlari qon surtmalari, biopsiya, punksiya qilib olingan bioptatlar yordamida tekshirilib o'rganilgan. Surunkali miyeloleykoz kasalligining kelib chiqish sabablari va klinik ko'rinishlari mahalliy va xorijiy maqolalardan olingan.

Kalit so'zlar: surunkali miyeloid leykemiya, gemoblastoz, metamiyelotsit, miyelotsit, promiyelotsit, idiopatik miyelofibrozo, polisitemiya

КЛИНИКО ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО МИЕЛОЛЕЙКОЗА

Каримов Хакимжон Райимбердиевич <https://orcid.org/0009-0003-1656-5161>

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан, г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

В статье рассмотрены и изучены патоморфологические показатели хронического миелогенного лейкоза с помощью мазков крови, биопсий и пункционных биопсий. Причины и клинические проявления хронического миелогенного лейкоза взяты из отечественных и зарубежных статей.

Ключевые слова: хронический миелолейкоз, гемобластозы, метамиелоцит, миелоцит, промиелоцит, идиопатический миелофиброз, полицитемия

CLINICAL AND PATHOMORPHOLOGICAL INDICATIONS OF CHRONIC MYELOLEUKOSIS

Karimov Hakimjon Rayimberdiyevich <https://orcid.org/0009-0003-1656-5161>

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1
Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Resume

In this article, the pathomorphological indicators of chronic myelogenous leukemia are examined and studied using blood smears, biopsies, and puncture biopathies. Causes and clinical manifestations of chronic myelogenous leukemia are taken from local and foreign articles.

Keywords: Chronic myeloid leukemia, Hemoblastoses, metamyelocyte, myelocyte, promyelocyte, idiopathic myelofibrosis, polycythemia

Tadqiqot dolzarbligi

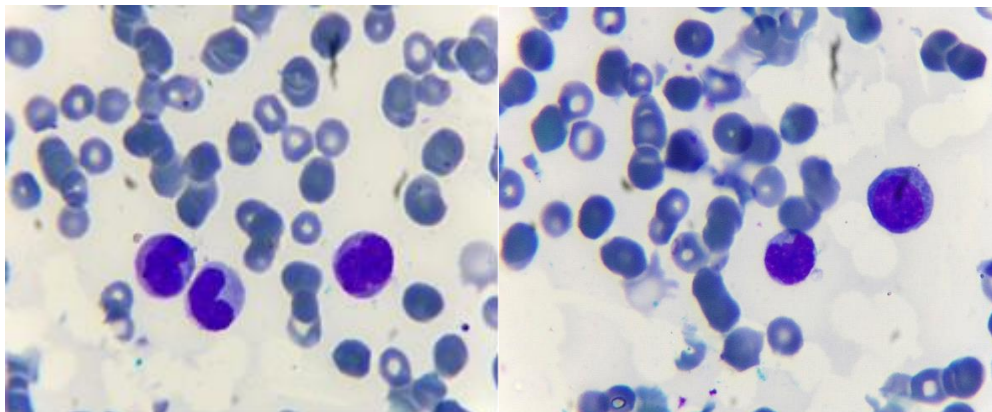
Surunkali miyeloid leykoz klonal miyeloproliferativ jarayon bo'lib, erta gematopoetik o'tmishdosh hujayralar transformatsiyasi natijasida rivojlanadi. Sitogenetik-Filadelfiya xromosomalarning orttirilgan translokatsiyasi surunkali miyeloleykozning o'zagi hisoblanadi. Filadelfiya xromosomasining paydo bo'lishi 9 va 22 - t (9;22) xromosomal orasidagi genetik material almashinuvi natijasida sodir bo'ladi. Genetik materialning 9-chi xromosomadan 22-xromosomaga

o'tishi natijasida unda BCR-ABL sintez geni hosil bo'ladi. Surunkali mieloid leykozda mieloid o'tmishdoshhujayralar juda ko'p hosil bo'ladi. Gemoblastozlar tarkibida surunkali mieloid leykoz bilan kasallanish 5-o'rinni egallaydi (8,9% holatlar) [1,2,3]. 100 ming aholiga nisbatan nostandart o'rtacha yillik kasallanish darajasi bitta holatda uchrashi mumkin. Erkaklar va ayollar orasida teng darajada keng tarqalgan, odatda 30-70 yoshdagi odamlar kasal bo'lib, bolalik va o'smirlilik davrida kasallik kam uchraydi. Surunkali mieloid leykozning klinik ko'rinishi simptomlarning geterogenligi va agressiv terapiya bilan bog'liq bo'lgan turli xil ko'rinishlar bilan tavsiflanadi. Ko'pgina bemorlarda kasallikning dastlabki davri bir necha yillar davomida sodir bo'lishi mumkin. Ko'pincha kasallikning belgilari profilaktik tekshiruvda yoki birga keladigan patologiya haqida klinik qon tahlilini o'tkazishda aniqlanadi. Klinik ko'rinishlar bir nechta sindromlardan iborat. Intoksikatsiya sindromi - anemiya darajasiga to'g'ri kelmaydigan progressiv holsizlik, ishtahani yo'qolishi, vazn yo'qotish, terlash, subfebril harorat, suyaklarda, bo'g'imlarda og'riq, terining qichishi, birga keladigan kasalliklarning kuchayishi. Proliferatsiya sindromi - chap tomonda og'riq va og'irlik hissi, kengaygan taloq bilan bog'liq, jigar ko'pincha kattalashadi. Anemiya sindromi - umumiy holsizlik, nafas qisilishi, terining va shilliq pardalarning rangsizligi, og'ir taxikardiya, gipotenziya, yurak-qon tomir kasalliklari kuzatilishi. Trombotik asoratlari - trombositoz paytida turli organlar va to'qimalarning tomirlarining trombozi va tromboemboliya paydo bo'lishi mumkin va periferik tomirlarning tromboflebiti, miokard infarkti va bosh miya qon aylanishi buzilishidan keyin tekshirish va tashxis qo'yish uchun sabab bo'lib xizmat qiladi. Gemorragik sindrom - minimal travma yoki o'z-o'zidan petexial dog'li toshmalar bilan qon ketishi. Ushbu sindrom ko'pincha trombositopeniya tufayli akseleratsiya va blast krizi bosqichida o'zini namoyon qiladi. Surunkali mieloid leykozning 86-88% hollarda suyak iligida granulotsitlar, monotsitlar, eritro- va megakaryotsitlar Ph-xromosoma aniqlanadi. Suyak iligida Ph-xromosoma bo'lgan hujayralar soni 98-100% ni tashkil qiladi [4,5,6]. Filadelfiya xromosomasi yo'q surunkali mieloid leykoz varianti kam uchraydi, bemorlarning o'rtacha umr ko'rish davomiyligi qisqaroq. Tashxis t (9;22) (q34; q11) muvozanatli translokatsiyasi natijasida kelib chiqqan Filadelfiya xromosomasi (22q-) aniqlanganda yoki periferik qon yoki suyak iligida onkogen BCR-ABL aniqlanganda tasdiqlangan hisoblanadi. Surunkali mieloid leykozning uch bosqichi mavjud bo'lib, ular ma'lum belgilar majmuasi bilan tavsiflanadi surunkali; progressiv (tezlanish bosqichi); o'tkir (blast krizi) [7,8].

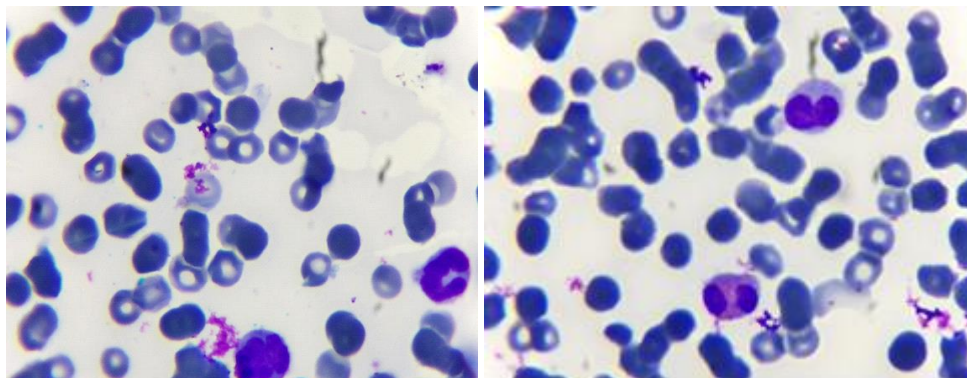
Surunkali bosqich - surunkali mieloid leykozning dastlabki bosqichi; yangi tashxis qo'yilgan bemorlarning ko'pchiligida (80% dan ortiq) tashxis qilinadi. Surunkali mieloleykoz bilan og'rigan asosiy bemorlarning 8-10 foizida akseleratsiya bosqichi aniqlanadi. Blast krizi eng tajovuzkor bosqichdir. Blast krizi bilan kasallikning boshlanishi noqulay prognostik belgi bo'lib, surunkali miyelogen leykoz bilan og'rigan bemorlarning 1-2 foizida mavjud. Surunkali mieloid leykoz bosqichi kasallikning boshlanishida, shuningdek, rivojlanish davrida baholanadi [5,6,7,8].

Tadqiqotning maqsadi: Surunkali miyeloleykozni keltirib chiqaradigan xavf omillarini o'rganish va oldini olish choralarini izlash. Bemorlarda kasallikni erta bosqichda aniqlash va zamonaviy diagnostika va davo choralarini qo'llash.

Tekshirish usullari: Qon surtmalari, biopsiya, punksiya qilib olingan biyoptatlar



Rasm 1. Qon surtmasida metamiyelosit, miyelosit, promielositlar kuzatiladi. Granulositlar anizositozi, yadro va sitoplazma vakuolizatsiyasi, yadro polimorfizmi, neytrofill granullalari bo'lmashligi (gipo- va agranulyatsiya). Kam miqdorda blastlar kuzatiladi.



Rasm 2. Qon surtmasida metamiyelosit, miyelosit, promielositlar ko'riladi. Qonda blastlar 15% dan ko'p. Eozinofil - bazofil assotsiatsiya. Trombotsitlar miqdori keskin kamaygan.

Natija va tahlillar

Surunkali miyeloleykoz surunkali bosqichi sitologik diagnostikasi Periferik qonda:

1. Yengil darajadagi normoxrom anemiya. 2. Leykotsitoz 50-1000x10⁹/l. 3. Tayoqcha yadroli neytrofillar oshishi. 4. Qonda metamiyelosit, miyelosit, promielositlar paydo bo'lishi. 5. Granulositlar anizositozi, yadro va sitoplazma vakuolizatsiyasi, yadro polimorfizmi, neytrofill granullalari bo'lmashligi (gipo- va agranulyatsiya). 6. Kam miqdorda blastlar chiqishi mumkin. 7. Eozinofil-bazofil assotsiatsiya (eozinofil va bazofillar oshishi). 8. Limfotsitlar kamayishi. 9. 40% hollarda trombositoz 600-1000x10⁹/l gacha.

Miyelogrammada: 1. Suyak ko'migi ko'p hujayrali. 2. Granulositar qator hujayralari keskin oshishi. 3. Eozinofil-bazofil assotsiatsiya. 4. Blastlar 10% gacha. 5. Megakariotsitlar ko'p. 6. Eritrokariotsitlar kamaygan. Surunkali miyeloleykoz akseleratsiya bosqichi sitologik diagnostikasi Periferik qonda: 1. O'rta og'ir va og'ir darajadagi normoxrom anemiya. 2. Leykotsitoz 50-1000x10⁹/l. 3. Tayoqcha yadroli neytrofillar oshishi. 4. Qonda metamiyelosit, miyelosit, promielositlar paydo bo'lishi. 5. Qonda blastlar 15% gacha. 6. Eozinofil - bazofil assotsiatsiya. 7. Trombotsitlar miqdori kamayadi.

Mielogrammada: 1. Suyak ko'migi ko'p hujayrali. 2. Granulositar qator hujayralari keskin oshishi. 3. Eozinofil-bazofil assotsiatsiya. 4. Blastlar 15% gacha. 5. Megakariotsitlar kamayadi. 6. Eritrokariotsitlar keskin kamayadi.

Surunkali miyeloleykoz terminal bosqichi sitologik diagnostikasi Periferik qonda: 1. Og'ir darajadagi normoxrom anemiya. 2. Leykotsitoz 50-1000x10⁹/l. 3. Segment yadroli neytrofillar kamayishi. 4. Qonda metamiyelosit, miyelosit, promielositlar paydo bo'lishi. 5. Qonda blastlar 15% dan ko'p. 6. Ayrim vaqtda eozinofil - bazofil assotsiatsiya. 7. Trombotsitlar miqdori keskin kamayadi.

Mielogrammada: 1. Yetilgan granulositlar kamayishi. 2. Eritrositar va megakariotsitar qator hujayralar kamayishi. 3. Blast hujayralar oshishi.

Surunkali miyeloleykoz sitologik diagnostik mezonlari: 1. Normoxrom anemiya. 2. Leykotsitoz 50-1000x10⁹/l. 3. Tayoqcha yadroli neytrofillar oshishi. 4. Qonda metamiyelosit, miyelosit, promielositlar paydo bo'lishi. 5. Qonda blastlar paydo bo'lishi mumkin. 6. Segment yadroli neytrofillar kamayishi. 7. Eozinofil - bazofil assotsiatsiya. 8. 40% da trombositlar miqdori oshadi, terminal davrda kamayadi. 9. Sitoximik tekshirishda o'sma hujayralarida miyeloperoksidaza musbat bo'lishi. Umumiy qon tahlili: Surunkali miyeloleykozda: gemoglobin - 75 g / l; eritrotsitlar — 2,0x10¹²/ l, gematokrit — 22%, MCV — 100 fl, MCH — 31 pg, leykotsitlar — 78x10⁹/l. Leykotsitlar formulasi: eozinofiller - 7%, bazofillar - 5%, blastlar - 2%, promielotsitlar - 9%, miyelotsitlar - 25%, metamiyelotsitlar - 19%, neytrofillar - 18%, segmentlangan - 3%, limfotsitlar -2%. - 1%. trombositlar — 45x9x10⁹/l, retikulotsitlar — 0,1%, ECHT — 65 mm/soat.

Odatda surunkali miyeloleykoz tashxisi qiyin emas. Ba'zi bemorlarda differensial diagnostika splenomegaliya yetakchi sindromi bilan boshlanadi. Qiyinchiliklar odatda kasallikning dastlabki davrida, qonda aniq leykoz o'zgarishlari va organlarda tizimli metaplazianing aniq belgilari bo'lmaganda paydo bo'ladi. Kasallikning asosiy patognomonik belgisi Filadelfiya xromosomasi [t (9;22)] va ximerik BCR/ABL genining mavjudligi (sitogenetik tekshiruv vaqtida aniqlanadi). Differensial tashxis turli

infeksiyalar (sepsis, sil) va ba'zi o'smalar (Xodjkin limfomasi, qattiq o'smalar), shuningdek, boshqa surunkali miyeloproliferativ kasalliklar bilan yuzaga keladigan mieloid tipidagi leykemoid reaksiyasi bilan amalga oshiriladi.

Surunkali mieloid leykozning asosiy diagnostik mezonlari: • leykoz reaksiyasiga xos bo'lmagan anemiya mavjudligi; • leykogrammada bazofillar va eozinofillar sonining ko'payishi; • ba'zida gipertrombotsitoz; • miyelogramma ma'lumotlari (mieloid leykoz mielokariotsitlar sonining ko'payishi va chapga keskin siljishi bilan tavsiflanadi; leykoz reaksiyasi bilan mielogramma biroz o'zgaradi); • qon tahlilining dinamikasi (leykoz reaksiyasi odatda uni keltirib chiqargan sababni yo'q qilish bilan yo'qoladi, shu bilan birga o'zgarishlar. Blast krizi bosqichida o'tkir leykoz bilan differensial tashxis qilish kerak. Surunkali mieloproliferativ kasalliklar (idiopatik mielofibroz, polisitemiya) bilan differensial tashxis qo'yish uchun sitogenetik va molekulyar genetik tadqiqotlar hal qiluvchi rol o'ynaydi.

Xulosa

Gemoblastozlar tarkibida surunkali mieloid leykoz bilan kasallanish 5-o'rinni egallaydi (8,9% holatlar). 100 ming aholiga nisbatan nostandart o'rtacha yillik kasallanish darajasi bitta holatda uchrashi mumkin. Erkaklar va ayollar orasida teng darajada keng tarqalgan, odatda 30-70 yoshdagi odamlar kasal bo'lib, bolalik va o'smirlik davrida kasallik kam uchraydi. Surunkali mieloid leykozning klinik ko'rinishi simptomlarning geterogenligi va agressiv terapiya bilan bog'liq bo'lgan turli xil ko'rinishlar bilan tavsiflanadi. Ko'pgina bemorlarda kasallikning dastlabki davri bir necha yillar davomida sodir bo'lishi mumkin. Ko'pincha kasallikning belgilari profilaktik tekshiruvda yoki birga keladigan patologiya haqida klinik qon tahlilini o'tkazishda aniqlanadi. Imatinib bilan davolanish paytida bemor davolanishning birinchi davrida (umumiy qon tahlilini nazorat qilish bilan) har haftada, so'ngra har 1-2 oyda bir marta shifokor qabuliga borishi kerak. Suyak iligining sitogenetik tekshiruvi har 3 oyda, keyin yiliga bir marta o'tkazilishi kerak. To'liq sitogenetik javobga ega bo'lgan bemorlar har 3 oyda bir marta BCR-ABL transkripti uchun PSR yordamida periferik qon hujayralari uchun sinovdan o'tkazilishi kerak. Davolashning maqsadi xalqaro miqyosda BCR-ABL ning nisbiy darajasining 0,1% dan kam bo'lgan ta'rifiga mos keladigan to'liq molekulyar javobga erishishi kerak. To'liq molekulyar javobga erishgan bemorlar kamdan-kam hollarda qaytalanishadi. 5 yillik kuzatuvdan so'ng imatinibni qo'llash natijalariga erishilgan gematologik remissiyaning yuqori darajasini (98%), katta sitogenetik javobni (92%), umumiy sitogenetik javobni (87%) va kasallik progressiysiz omon qolishni (84%) tasdiqlaydi.

ADABIYOTLAR RO'YXATI:

1. Иноятова Ф.Х., Бабаджанова Ш.А., Курбанова Н.Н., Курбанова З.Ч. Гемостаз: основные принципы функционирования, методы оценки, патофизиологические аспекты: методическое пособие. –Ташкент, 2014; 46 с.
2. Курбанова З.Ч., Бабаджанова Ш.А. Диагностика и лечение приобретенной тромбоцитопатии: методические рекомендации. – Ташкент, 2018. – 21 с.
3. Kurbonova Z.Ch., Babadjanova Sh.A. Qon yaratish tizimi o'sma kasalliklari etiopatogenetik aspektlari //Klinik laborator diagnostikada innovatsion texnologiyalardan foydalanish, muammolar va yechimlar, O'zbekistonda fanlararo innovatsiyalar va 20-son ilmiy tadqiqotlar jurnali 20.06.2023 2023;2:285-287.
4. Касимова С.А., Бабаджанова Ш.А., Курбанова З.Ч. Влияние проведения генетических исследований на эффективность лечения у больных острым промиелоцитарным лейкозом //Klinik laborator diagnostikada innovatsion texnologiyalardan foydalanish, muammolar va yechimlar, 2023;2:77-80.
5. Касимова С.А., Бабаджанова Ш.А., Курбанова З.Ч. Дифференциальная диагностика острого миелобластного лейкоза и острого лимфобластного лейкоза //Klinik laborator diagnostikada innovatsion texnologiyalardan foydalanish, muammolar va yechimlar, 2023;2:80-82.
6. Abdiraimova A.N., Shaxmurova G.A., Kurbonova Z.Ch. Leykositlarning turlari va faoliyati //Klinik laborator diagnostikada innovatsion texnologiyalardan foydalanish, muammolar va yechimlar, 2023;2:211-213.
7. Abdiraimova A.N., Shaxmurova G.A., Kurbonova Z.Ch. Qon va qon hujayralarining faoliyati //Klinik laborator diagnostikada innovatsion texnologiyalardan foydalanish, muammolar va yechimlar, 2023;2:216-218.
8. Kurbonova Z.Ch., Babadjanova Sh.A. Mieloid leykemoid reaksiyalarning klinik ahamiyati //Klinik laborator diagnostikada innovatsion texnologiyalardan foydalanish, muammolar va yechimlar, 2023;2:275-277.

Qabul qilingan sana 20.07.2024

