



**KLINIK LABORATOR
DIAGNOSTIKADA INNOVATSION
TEXNOLOGIYALARDAN
FOYDALANISH, MUAMMOLAR VA
YECHIMLAR**
**xalqaro ilmiy-amaliy
anjuman**
18 aprel 2023 yil



O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi

WWW.SSV.UZ

Toshkent tibbiyot akademiyasi WWW.TMA.UZ

оқсилни аниқлашнинг клиник ва диагностик аҳамияти	
Ережепова Ф.Б. Функции витамина д в организме и его лабораторная диагностика	52
Жиенбаева А.А., Курбонова З.Ч. Диагностика поражения почек при сердечной недостаточности	54
Жумаева З.С. Қандли диабет клиник лаборатор диагностикаси	56
Жуманазаров С.Б., Жабборов О.О., Сайдалиев Р.С. Сравнительная эффективность лечения препаратом “эритропоэтин” больных ХБП III-IV стадий	57
Зайнутдинов А.Л., Зайнутдинова Д.Л. Постковид синдромида ҳомиладорларда гемоглобин ва эритроцит назорати	60
Зайнутдинова Д.Л., Хуррамова Д.И. Ҳомиладорларда гематологик кўрсаткичлар лаборатор диагностикаси	61
Зайнутдинова Д.Л., Бабаджанова Ш.А. Ҳомиладорларда тромботцитопатияларни аниқлашда клиник ва лаборатор диагностиканинг аҳамияти	63
Зайнутдинова Д.Л. Постковид синдромида ҳомиладорларда лейкоцитлар назорати	64
Зайнутдинова Д.Л., Хуррамова Д.И. Ҳомиладорларда гемоглобин, эритроцит ва ранг кўрсаткичларини аниқлаш аҳамияти	66
Исламова З.С., Мусаева Н.Б. Особенности клинического течения геморрагических васкулитов	67
Исламова З.С., Мусаева Н.Б., Мусаков М.С. Принципы лечения микротромбоваскулитов после перенесённой коронавирусной инфекции	70
Исламова З.С., Мусаева Н.Б. Дифференциальная диагностика системных васкулитов	72
Касимова О.О. Раннее диагностирование болезни паркинсона при помощи rt-quick (the real-time quaking-induced conversion) системы	75
Касимова О.О. Болезнь Паркинсона и инновационные методы лабораторной диагностики	75
Касимова С.А., Бабаджанова Ш.А., Курбонова З.Ч. Влияние проведения генетических исследований на эффективность лечения у больных острым промиелоцитарным лейкозом	77
Касимова С.А., Бабаджанова Ш.А., Курбонова З.Ч. Дифференциальная диагностика острого миелобластного лейкоза и острого лимфобластного лейкоза	80
Касимова С.А., Нуритдинова Н.Х., Бабаджанова Ш.А. Лабораторная диагностика острого лейкоза и хронического миелоидного лейкоза	82
Касимова С.А. Значение диагностирования филадельфийской хромосомы при остром лимфобластном лейкозе	84
Кодирова Ш.А., Умарова З.Ф., Жуманазаров С.Б. Влияние	

Вестник Челябинской обл. клинич. больницы, № 1 (43) – Челябинск, 2019. – С. 35–40.

3. Никитин Е.Н. Инфекционные осложнения у пациентов с острым промиелоцитарным лейкозом // Е.Н. Никитин и др. // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов, № 2 – Ижевск, Изд-во: ИГМА, 2019. – С. 43–46.

4. Савченко В.Г. Клинические рекомендации по диагностике и лечению острого промиелоцитарного лейкоза взрослых / В.Г.Савченко и др. // IV Конгрессе гематологов России (Москва, апрель, 2018 г.) – М., 2018. – 70 с.

5. L. Cicconi, F. Lo-Coco / Current management of newly diagnosed acute promyelocytic leukemia / Annals of Oncology, Vol. 27, Issue 8, August 2016, P. 1474–1481.

6. Sandy D Kotiah, Mercy Medical Center (USA) / Acute Promyelocytic Leukemia Treatment Protocols / Medscape, Jul, 2019.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО МИЕЛОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА И ОСТРОГО ЛИМФОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА

Касимова С.А., Бабаджанова Ш.А., Курбонова З.Ч.

Ташкентская медицинская академия

Острый лейкоз - заболевание, в основе которого лежит возникновение в гемопоэтической клетке-предшественнице генетических изменений и образование клона злокачественных (бластных) клеток. Бласты инфильтрируют костный мозг, постепенно вытесняя нормальные гемопоэтические клетки, что приводит к резкому угнетению кроветворения. Для многих типов лейкозов характерна также бластная инфильтрация внутренних органов. К группе острых лейкозов относят острый миелобластный лейкоз (ОМЛ) и острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ). При острых лейкозах бластные клетки быстро вытеснят нормальные элементы костного мозга, что ведет к развитию панцитопении: эритропении, тромбоцитопении, нейтропении [1].

Острые лейкозы могут возникать из клеток лимфоидной и миелоидной линий кроветворения, что позволяет разделить их на две основные нозологические группы: острые лимфобластные (ОЛЛ) и острые миелобластные (ОМЛ) лейкозы. Различия между ОЛЛ и ОМЛ базируются на морфологических, цитохимических и иммунологических особенностях лейкозных клеток. ОЛЛ наиболее часто возникает в возрасте 2 - 10 лет (пик в 3 - 4 года), затем распространенность заболевания снижается, однако после 40 лет отмечается повторный подъем. ОЛЛ составляет около 85% лейкозов, встречающихся у детей. ОМЛ, напротив, наиболее часто встречается у взрослых, причем частота его увеличивается с возрастом [2].

ОЛЛ наиболее часто возникает в возрасте 2 - 10 лет (пик в 3 - 4 года), затем распространенность заболевания снижается, однако после 40 лет отмечается повторный подъем. ОЛЛ составляет около 85% лейкозов,

встречающихся у детей. ОМЛ, напротив, наиболее часто встречается у взрослых, причем частота его увеличивается с возрастом [3].

Цель исследования. Выявление физикальных, клинических, лабораторных и инструментальных отличий между острым лимфобластным лейкозом и острым миелобластным лейкозами на ранних этапах диагностики.

Материалы и методы. Были проведены ретроспективные исследования с использованием трудов известных Российских ученых, учтены данные стационарных и амбулаторных медицинских карт 12 больных под наблюдением врача гематолога поликлиники с диагнозом ОМЛ и ОЛЛ, установленных в период с 2014 по 2017 года [4].

Результаты исследования. Количество лейкоцитов периферической крови варьирует в очень широких пределах (от $1 \cdot 10^9/\text{л}$ до $200 \cdot 10^9/\text{л}$), но чаще остается на сублейкемическом уровне и не превышает $20\text{-}30 \cdot 10^9/\text{л}$. Наиболее выраженный лейкоцитоз наблюдается у пациентов с Т-ОЛЛ и острым монобластным лейкозом. При подсчете лейкоцитарной формулы у 90% больных острым лейкозом выявляются бластные клетки, число которых может колебаться от 1-2 до 100%. В типичных случаях между бластами и зрелыми гранулоцитами отсутствуют промежуточные формы клеток нейтрофильного ряда («лейкемический провал», или *hiatus leukaemicus*). У 20% пациентов количество бластных клеток превышает $50 \cdot 10^9/\text{л}$, а у 10% бласты в периферической крови отсутствуют (при этом обычно отмечаются панцитопения и относительный лимфоцитоз). При уровне лейкоцитов выше $100 \cdot 10^9/\text{л}$ резко повышается риск развития лейкостатических осложнений (неврологические нарушения, острый респираторный дистресс-синдром, у мужчин, кроме того, приапизм). Тромбоцитопения выявляется у подавляющего числа больных острым лейкозом и более выражена при остром миелобластном лейкозе (ОМЛ) (у половины больных число тромбоцитов менее $50 \cdot 10^9/\text{л}$). В то же время у 1-2% пациентов отмечается тромбоцитоз (более $400 \cdot 10^9/\text{л}$). У части больных может отмечаться увеличение протромбинового и парциального тромбопластинового времени; при остром промиелоцитарном лейкозе часто наблюдается снижение уровня фибриногена и другие признаки синдрома ДВС [5].

Вывод. В ходе проведенных исследований выявлено, что в клинической картине ОЛЛ и ОМЛ и инструментальных исследований существенных различий практически не имеется, и соответственно большую роль в дифференциальной диагностике этих заболеваний имеют результаты лабораторных исследований [6].

Литература.

1. ISCN (2016): An International System for Human Cytogenetic Nomenclature; S. Karger AG, Basel, 2016/
2. Зуховицкая Е.В., Фиясь А.Т. Острые лимфобластные лейкозы // Журнал ГрГМУ. 2015. №3 (51). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ostrye-limfoblastnye-leykozy>.
3. Liesner RJ, Goldstone AN. The acute leukaemias. BMJ 1997;314:733-6.

4. Острый лейкоз из миелоидных/НК-клеток-предшественников. Описание случая и обзор литературы 2013 / Городецкий В. Р., Пробатова Н. А., Тупицын Н. Н., Ковригина

5. Сравнительная характеристика субпопуляций лимфоцитов костного мозга детей, больных острыми лейкозами, рабдомиосаркомой и саркомой Юинга 2016 / Колбацкая Ольга Павловна, Горбунова Татьяна Викторовна

6. Острый лейкоз у детей 2014 / Вильчевская Е.В., Коломенская С.А., Марченко Е.Н.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА И ХРОНИЧЕСКОГО МИЕЛОИДНОГО ЛЕЙКОЗА

Касимова С.А., Нуритдинова Н.Х., Бабаджанова Ш.А.

Ташкентская медицинская академия

Острые лейкозы – это гетерогенная группа опухолевых заболеваний кроветворной системы, которые начинаются в костном мозге и характеризуются накоплением недифференцированных (бластных) клеток и подавлением нормальных ростков кроветворения. Заболеваемость острыми лейкозами – в среднем 3-5 первичных случаев на 10000 человек в год. Острые лейкозы распространены повсеместно в разных странах, встречаются во всех возрастных группах, но у детей их удельный вес наибольший среди всех гемобластозов. Мужчины и женщины заболевают с равной частотой [1].

Хронический миелоидный лейкоз (ХМЛ) – это клональное опухолевое миелопролиферативное новообразование, обусловленное злокачественным перерождением стволовых гемопоэтических клеток и характеризующееся усилением пролиферации гранулоцитарного ростка без потери способности к дифференцировке, гиперплазией миелоидной ткани, миелоидной метаплазией кроветворных органов, ассоциированное с хромосомной аномалией – транслокацией $t(9;22)(q34;q11)$, в результате которой образуется химерный ген $BCR::ABL1$ [2].

Лейкоз относят к наиболее агрессивным злокачественным патологиям. При данном заболевании опухолевый процесс поражает систему кроветворения. Для диагностики лейкозов и определения степени их тяжести используют лабораторные методы, среди которых анализ периферической крови и костного мозга занимает ведущие позиции [3].

Цель исследования: Сравнить лабораторные показатели при проведении клинических анализов у больных с острым лейкозом и хроническим миелолейкозом.

Материалы и методы. Для сравнения клинической диагностики ОЛ и ХМЛ было изучено и проанализировано более 20 научно-практических статей и научных работ, посвященных данной проблеме и опубликованных в различных медицинских журналах в период 2013 – 2020 годов [3].