

**O‘TKIR LEYKOZ FONIDA HOMILADOR AYOLLAR TUXUMDON
VA BACHADON ENDOMETRIYSIGA XOS MORFOLOGIK
O‘ZGARISHLAR**

QODIROVA XONZODA FARXOD QIZI

Toshkent Tibbiyot Akademiyasi Patologik anatomiya kafedrası 2- kurs
magistrant

Tel: +99894 0231910

Email: xonzoda025@gmail.com

Annotatsiya: Ushbu tezisda, O‘zbekistonda xomiladorlikdagi limfoblastli leykoz kasalligining patologik o‘zgarishlarni baholash borasida qator olimlar ilmiy tadqiqotlar olib borishgan, biroq, o‘tkir limfoblastli leykoz kasalligining morfogenezi va morfologik o‘ziga xos xususiyatlari, tuxumdonlardagi morfofunktsional maydonlarida rivojlanadigan o‘zgarishlarga bag‘ishlangan ishlar bajarilmagan. Xomiladorlikdagi va surunkali limfoleykozda limfoid a'zolarining o‘ziga xos morfofunktsional maydonlarida rivojlanadigan patomorfologik o‘zgarishlarni to‘g‘ri baholash diagnostik tadbirlarni to‘g‘ri olib borilishi, oxir oqibatda leykoz kasalligini to‘g‘ri davolashni ta'minlaydi.

Kalit so‘zlar: o‘tkir leykoz, homilador ayollar, organlar, limfotsitar, kasallik holatlari, tashxis.

Surunkali limfotsitar leykozning boshlang‘ich davrida odatda leykogrammada prolimfotsitlar va limfoblastlar yo‘q bo‘ladi. Biroq, bir hil yadro xromatin bilan qon-hujayralari ichida prolimfotsitlar keskin ustunlik bilan boshidan sodir kasallik holatlari kuzatiladi. Shu asosda, surunkali limfotsitar leykemiya prolimfotsitik shakli izolyatsiya qilinadi. Ba'zan bunday leykemiya monoklonal immunoglobulin sekretsiyasi bilan sodir bo‘lishi mumkin. U odatda o‘rta yoshli va keksa odamlarda, ayrim hollarda barcha oila a'zolarida paydo bo‘ladi, Vlimfotsitlardan rivojlanadi va uzoq kechishi bilan xarakterlanadi. Qonda oq qon tanachalarining miqdori keskin ortadi (100,4 x 109,8g/l gacha), ular orasida limfotsitlar ustunlik qiladi. O‘sma limfotsitlaridan leykemik infiltratlar suyak iligida, limfa tugunlarida, taloqda, jigarda eng ko‘p uchraydi va bu organlarning kattalashishiga olib keladi. O‘simta V-limfotsitlar juda oz immunoglobulinlar ishlab chiqaradi. Shu munosabat bilan, surunkali limfotsitar leykozda gumoral immunitet keskin pasayadi, bemorlar

ko'pincha yuqumli kasalliklar bilan asoratlanadi. Leykemiyaning bu shakli autoimmun reaksiyalar, ayniqsa autoimmun gemolitik va trombositopenik holatlarning rivojlanishi bilan tavsiflanadi. Surunkali limfotsitar leykozning boshlang'ich davrida odatda leykogrammada prolimfotsitlar va limfoblastlar yo'q bo'ladi. Biroq, bir hil yadro xromatin bilan qon-hujayralari ichida prolimfotsitlar keskin ustunlik bilan boshidan sodir kasallik holatlari kuzatiladi. Shu asosda, surunkali limfotsitar leykemiya prolimfositik shakli izolyatsiya qilinadi. Ba'zan bunday leykemiya monoklonal immunoglobulin sekretsiyasi bilan sodir bo'lishi mumkin. U odatda o'rta yoshli va keksa odamlarda, ayrim hollarda barcha oila a'zolarida paydo bo'ladi, limfotsitlardan rivojlanadi va uzoq kechishi bilan xarakterlanadi. Qonda oq qon tanachalarining miqdori keskin ortadi ($100,4 \times 109,8\text{g/l}$ gacha), ular orasida limfotsitlar ustunlik qiladi. O'sma limfotsitlaridan leykemik infiltratlar suyak iligida, limfa tugunlarida, taloqda, jigarda eng ko'p uchraydi va bu organlarning kattalashishiga olib keladi. O'simta V-limfotsitlar juda oz immunoglobulinlar ishlab chiqaradi. Shu munosabat bilan, surunkali limfotsitar leykozda gumoral immunitet keskin pasayadi, bemorlar ko'pincha yuqumli kasalliklar bilan asoratlanadi. Leykemiyaning bu shakli autoimmun reaksiyalar, ayniqsa autoimmun gemolitik va trombositopenik holatlarning rivojlanishi bilan tavsiflanadi. O'tkir leykemiya tashxisi uchun zarur bo'lgan suyak iligi «portlash» hujayrakarining foizi an'anaviy ravishda 30 foiz yoki undan ko'p qilib belgilangan. Biroq, yaqinda taklif qilingan tasniflash tizimlari ko'plab leykemiya turlari uchun blast hujayralari sonini 20 foizga tushirdi va ma'lum morfologik va sitogenetik xususiyatlar mavjud bo'lganda portlash hujayralarining minimal foizini talab qilmaydi. O'tkir leykemiyaning an'anaviy tasnifida 30% suyak iligi portlash hujayralarining kesishishidan foydalangan holda Frantsiya-Amerika-Britaniya Kooperativ Guruhi (FAB) tomonidan taklif qilingan mezonlardan foydalaniladi. Leykoz tashxisi qoyilishi uchun leykoz uchun xos 4ta patogenetik belgilar aniqlanishi shart: 1) giperplaziya 2) metaplaziya 3) anaplaziya 4) geterotopik qon hujayralarining xosil bo'lish o'choqlari. Giperplaziyada sog'lom organizmda xromosomadagi ayrim genlarning o'zgarishi natijasida ildiz hujayralarining birida birlamchi o'zgarish sodir bo'ladi. Masalan, monoblast, plazmoblast, yoki megablastda va xakozo. Birinchi o'zgarish yosh – blast hujayra nihoyatda tez ko'payish qobiliyatiga ega bo'lib (giperplaziya), bir vaqtning o'zida yetilish (differensatsiya) xislatini yo'qotadi. Natijada leykoz bilan kasallangan ilikdagi qon ildiz hujayralari koloniyasida patologik yosh leykoz hujayralarining kloni hosil bo'ladi. Masalan, o'tkir miyeloblast leykozda miyeloblastlar kloni, o'tkir limfoblast leykozda limfoblastlar kloni va xakozo. Bu patologik klon hujayralari ko'payib

borgani sari ilikdagi o'z plastdarmlaridan (joylashgan joylaridan) chiqib, yonidagi ilik ildizlarini ham egallay boshlaydi (metaplaziya). Bu agressiv jarayon leykoz metaplaziyasi deyiladi. Masalan, miyeloblastlar ko'payib ketib, ilikdagi eritroblastlarning joyini egallasa, metaplastic leykoz anemiyasi xosil bo'ladi. Megakariotsitlar joyini egallasa metaplastic leykoz trombositopeniyasi xosil bo'ladi va xakozo. O'tkir miyeloblast leykozda miyeloblastlar, limfoblastlar, bazofiloblastlar, eozinofiloblastlar monoblastlarning joylarini egallab olish qobiliyatiga egadir. Natijada, bemor qonida nafaqat limfopeniya, bazofilopeniya, eozinofiliya, monositopeniyalar, balki hujayraviy va gumoral immunitet inqirozi, gemorragik va anemic sindromlar kuzatiladi. Leykoz klonlariga tegishli yosh hujayralar nihoyatda tez ko'payib borib, anaplaziya xususiyatiga ega bo'ladi.

Umumlashtirib aytganda, bemordagi leykoz jarayoni bur hujayradan aniqrog'i shu hujayrani boshqarib turadigan xromosomadago gendan boshlanib, butun organizmda chuqur va keng patologik o'zgarish yasaydi, bu jarayonning klinik ifodalari turlicha va murakkab.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI:

1. Aripov A.N., Fesenko L.M., Oripov O.A., Ismailova N.I. Klinik laborator diagnostika bo'yicha qo'llanma. – Toshkent. Abu Ali Ibn Sino. 2007 y.
2. Абидов А.А. Лабораторно-функциональная диагностика. Учебное пособие. -Ташкент. Абу Али Ибн Сино. 2011 г.
3. Кишкун А. А. Клиническая лабораторная диагностика. Учебник. – Москва. ГЭОТАР. 2015 г.
4. Волкова С.А., Боровков Н.Н. Основы клинической гематологии. Учебное пособие. – Нижний Новгород. Ниж ГМА. 2013 г.
5. Зупанец И.А., Мисюрева С.В., Прописнова В.В. и др. “Клиническая лабораторная диагностика: методы исследования. Учебное пособие-Харьков. “Золотые страницы”. 2005г.
6. Камышников В.С. Методы клинических лабораторных исследований. Учебник.- Москва.Медпрессинформ. 2016 г.