

UDK: 616-006.441 BBK 55.6

**SURUNKALI MIELOLEYKOZNING PATOMORFOLOG
KO'RSATKICHLARI**

Umurov Erkin O'tkirovich
Buxoro davlat tibbiyot instituti
Patologik fiziologiya kafedrasida assistenti

Annotatsiya: Ushbu maqolada surunkali mieloleykoz kasalligining patomorfolog ko'rsatkichlari qon surtmalari, biopsiya, punksiya qilib olingan biopsiya materiallari yordamida tekshirilib o'rganilgan. Surunkali mieloleykoz kasalligining kelib chiqish sabablari va klinik ko'rinishlari mahalliy va xorijiy maqolalardan olingan.

Kalit so'zlar: Surunkali mieloleykoz, Gemoblastozlar, metamiyelosit, idiopatik mielofibrozo, polisitemiya.

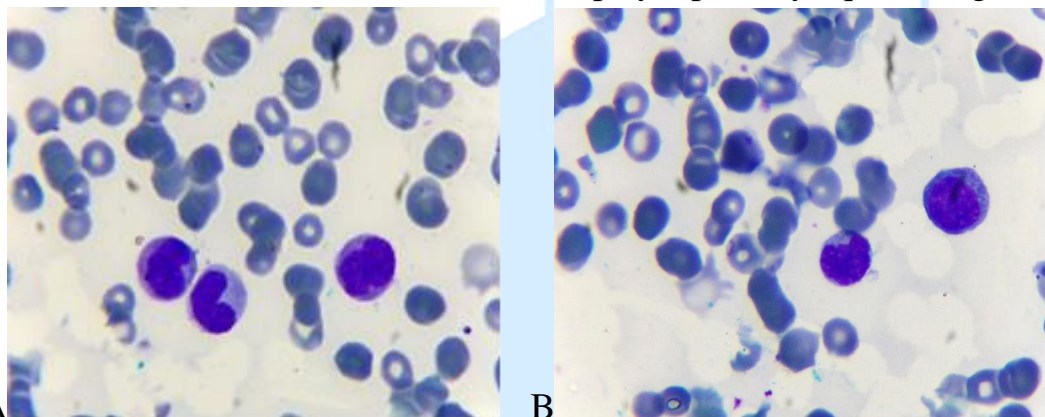
Tadqiqotning dolzarbligi. Surunkali mieloid leykoz klonal mieloproliferativ jarayon bo'lib, erta gematopoetik o'tmishdosh hujayralar transformatsiyasi natijasida rivojlanadi. Sitogenetik-Filadelfiya xromosomalarning orttirilgan translokatsiyasi surunkali mieloleykozning o'zagi hisoblanadi. Filadelfiya xromomasining paydo bo'lishi 9 va 22 - xromosomalar 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). 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. Proliferatsiyasi 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 asoratlar

- trombositoz paytida turli organlar va to'qimalarning tomirlarining trombozi va tromboemboliyasi 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. 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).

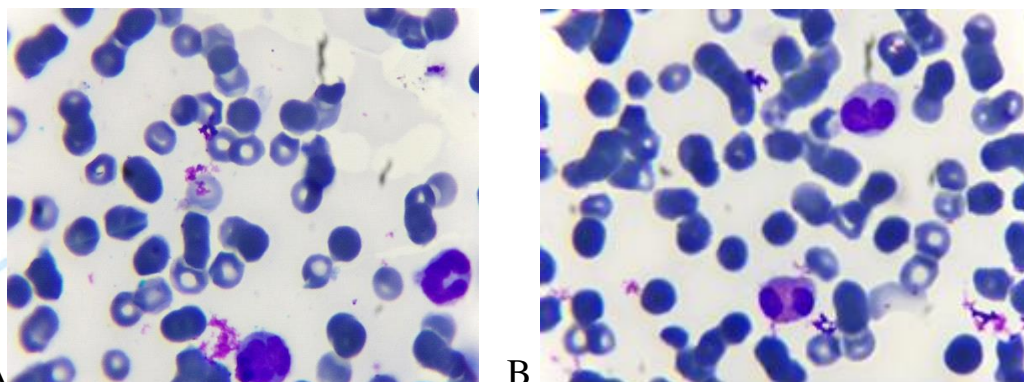
Surunkali bosqich - surunkali mieloid leykozning dastlabki bosqichi; yangi tashxis qo'yilgan bemorlarning ko'pchiligida (80% dan ortiq) tashxis qilinadi. Surunkali mieloleykoz bilan og'rikan asosiy bemorlarning 8-10 foizida akseleratsiya bosqichi aniqlanadi. Blast krizi eng tajovuzkor bosqichdir. Blast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

Tadqiqotning maqsadi: Surunkali mieloleykozni patomorfologik ko'rinishlarini o'ziga xos xususiyatlarini o'rganish.

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



Rasm1A,1B.Qon surtmasida metamiyelosit, miyelosit, promielositlar kuzatiladi.



Рasm 2A,2B. Qon surtmasida metamiyelosit, mielosit, promielositlar ko'riladi.

Tadqiqot natijalari. Surunkali miyeloleykoz surunkali bosqichi sitologik diagnostikasi Periferik qonda:Yengil darajadagi normoxrom anemiya.Leykotsitoz 50-1000x10⁹/l.Tayoqcha yadroli neytrofillar oshishi.Qonda metamiyelosit, miyelosit, promielositlar paydo bo'lishi.Granulositlar anizositozi, yadro va sitoplazma vakuolizatsiyasi, yadro polimorfizmi, neytrofill granullari bo'lmasligi (gipo- va agranulyatsiya).Kam miqdorda blastlar chiqishi mumkin.Eozinofil-bazofil assotsiatsiya (eozinofil va bazofillar oshishi).Limfotsitlar kamayishi.40% hollarda trombositoz 600-1000x10⁹/l gacha. Miyelogrammada:Suyak ko'migi ko'p hujayrali.Granulositar qator hujayralari keskin oshishi Eozinofil-bazofil assotsiatsiya.Blastlar 10% gacha.Megakariotsitlar ko'p.Eritrokariositlar kamaygan.

Surunkali miyeloleykoz akseleratsiya bosqichi sitologik diagnostikasi Periferik qonda: O'rta og'ir va og'ir darajadagi normoxrom anemiya.Leykotsitoz 50-1000x10⁹/l.Tayoqcha yadroli neytrofillar oshishi.Qonda metamiyelosit, miyelosit, promiyelositlar paydo bo'lishi. Qonda blastlar 15% gacha.Eozinofil - bazofil assotsiatsiya.Trombositlar miqdori kamayadi. Mielogrammada:Suyak ko'migi ko'p hujayrali.Granulositar qator hujayralari keskin oshishi.Eozinofil-bazofill assotsiatsiya.Blastlar 15% gacha.Megakariositlar kamayadi.

Surunkali miyeloleykoz terminal bosqichi sitologik diagnostikasi Periferik qonda:Og'ir darajadagi normoxrom anemiya.Leykotsitoz 50-1000x10⁹/l.Segment yadroli neytrofillar kamayishi.Qonda metamiyelosit, mielosit, promielositlar paydo bo'lishi.Qonda blastlar 15% dan ko'p.Ayrim vaqtda eozinofil - bazofill assotsiatsiya.Trombositlar miqdori keskin kamayadi. Mielogrammada:Yetilgan granulositlar kamayishi. Eritrositar va megakariositar qator hujayralar kamayishi.Blast hujayralar oshishi.

Surunkali miyeloleykoz sitologik diagnostik mezonlari:Normoxrom anemiya. Leykotsitoz 50-1000x10⁹/l.Tayoqcha yadroli neytrofillar oshishi.Qonda metamiyelosit, miyelosit, promiyelositlar paydo bo'lishi.Qonda blastlar paydo bo'lishi mumkin.Segment yadroli neytrofillar kamayishi.Eozinofil - bazofil assotsiatsiya. 8. 40% da trombositlar miqdori oshadi, terminal davrda kamayadi. Sitoximik tekshirishda o'sma hujayralarida miyeloperoksidaza musbat bo'lishi. Umumiy qon tahlili:

Surunkali mieloleykozda: gemoglobin - 75 g / l; eritrotsitlar — $2,0 \times 10^{12} / l$, gematokrit — 22%, MCV — 100 fl, MCH — 31 pg, leykotsitlar — $78 \times 10^9 / l$. Leykotsitlar formulasi: eozinofiller - 7%, bazofillar - 5%, blastlar - 2%, promielotsitlar - 9%, miyelotsitlar - 25%, metamiyelotsitlar - 19%, neytrofillar - 18%, segmentlangan - 3%, limfotsitlar - 2%. - 1%. trombotsitlar — $45 \times 9 \times 10^9 / l$, retikulotsitlar — 0,1%, ECHT — 65 mm/soat.

Odatda surunkali mieloleykoz 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 metaplaziyaning aniq belgilari bo'lmaganda paydo bo'ladi. Kasallikning asosiy patognomonik belgisi Filadelfiya xromosomasi va ximerik BCR/ABL genining mavjudligi (sitogenetik tekshiruv vaqtida aniqlanadi) [6]. 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 gipertrombositoz; miyelogramma ma'lumotlari (mieloid leykoz mielokariotsitlar sonining ko'payishi va chapga keskin siljishi bilan tavsiflanadi; leykoz reaksiyasi bilan miyelogramma 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

периферик қон ҳужайралари uchun sinovdan o'tkazilishi kerak. Davolashning maqsadi xalqaro miqyosda BCR-ABL ning nisbiy darajasining 0,1% dan kam bo'lgan ta'rifi ga 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 kassalik progressiysiz omon qolishni (84%) tasdiqlaydi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR:

1. Inoyatova F.X., Babadjanova Sh.A., Kurbanova N.N., Kurbanova Z.Ch. Gemostaz: osnovnyye printsipy funkcionirovaniya, metody osenki, patofiziologicheskiye aspekty: metodicheskoye posobiye. –Tashkent, 2014. –46 s.
4. Kurbonova Z.Ch., Babadjanova Sh.A. Diagnostika i lecheniye priobretenny trombositopatii: metodicheskoye rekomendatsii. – Tashkent, 2018. – 21 s.
3. Karimov Khakimjon Raimberdievich. Optimizing the Effectiveness of Treatment For Injury of the Distal Tendon of the Biceps Braipii Muscle. International Journal of Integrative and Modern Medicine. IJIMM, Volume 1, Issue 3, 2023.p 52-58
4. Karimov Hakimjon Rayimberdiyevich. Sovremennyye aspekty lecheniyeya distalnogo suxojiliya dvuglavoy myshsyy plecha pri povrejdennyax .AMALIY VA TIBBIYOT FANLARI ILMIY JURNALI . jild: 02 nashr: 11 2023 yil. Bet 253-258AMALIY
5. Kurbonova Z.Ch., Babadjanova Sh.A. Laboratoriya ishi: o'quv qo'llanma. 2023, 150 b.
6. Kasimova S.A., Babadjanova Sh.A., Kurbonova Z.Ch. Vliyaniye provedeniya geniticheskix issledovaniy na effektivnost lecheniya u bolnyx ostrym promiyelositarnym leykozom // Klinik laborator diagnostikada innovatsion texnologiyalardan foydalanish, muammolar va yechimlar, 2023. - №2. – B. 77-80.
7. Kasimova S.A., Babadjanova Sh.A., Kurbonova Z.Ch. Differensialnaya diagnostika ostrogo miyeloblastnogo leykoza i ostrogo limfoblastnogo leykoza // Klinik laborator diagnostikada innovatsion texnologiyalardan foydalanish, muammolar va yechimlar, 2023. - №2. – B. 80-82.
8. Abdiraimova A.N., Shaxmurova G.A., Kurbonova Z.Ch. Leykositlarning turlari va faoliyati // Klinik laborator diagnostikada innovatsion texnologiyalardan foydalanish, muammolar va yechimlar, 2023. - №2. – B. 211-213.
9. 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. – B. 216-218.
10. Kurbonova Z.Ch., Babadjanova Sh.A. Mieloid leykemoid reaksiyalarning klinik ahamiyati // Klinik laborator diagnostikada innovatsion texnologiyalardan foydalanish, muammolar va yechimlar, 2023. - №2. – B. 275-277.
11. Kurbonova Z.Ch., Babadjanova Sh.A. Eritremiya klinik laborator diagnostikasi // Klinik laborator diagnostikada innovatsion texnologiyalardan foydalanish, muammolar va yechimlar, 2023. - №2. – B. 282-285.
12. Kurbonova Z.Ch., Babadjanova Sh.A. Qon yaratish tizimi o'sma kasalliklari etiopatogenetik aspektlari // Klinik laborator diagnostikada innovatsion texnologiyalardan foydalanish, muammolar va yechimlar, 2023. - №2. – b. 285-287. O'zbekistonda fanlararo innovatsiyalar va 20-son ilmiy tadqiqotlar jurnali 20.06.2023