

ЎТКИР ИККИЛАМЧИ ПЕРИТОНИТДА 18-45 ЁШЛИЛАРДА ТАЛОҚ ТЎЎҚИМАСИНИНГ МОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАРИ

Эшбаев Эркин Абдухалимович

Хайдаров Азизжон Косимович

Электрон манзил: Haydarov.azijon@mail.ru

Тел.: +998 90 927 60 66

Аннотация: Ўткир иккиламчи перитонит 18-45 ёшлилар талоқ тўқимасининг морфологик ўзгаришлари асосан, оқ пулпадаги лимфоид фолликулаларнинг маргинал соҳаси ялангочланиши, герминатив марказидаги В-лимфоцитларни кескин камайиши, герминатив марказ стромасини ялангочланиши, марказий артерия атрофидаги Т лимфоцитлар тўпламининг кескин камайиши, қизил пулпадаги пулпар веналарнинг кескин тўлақонлиги, эритроцитлар гемолизини кўпайиши аниқланади. Қизил пулпада билрот бойлами периметрида жуда кўп миқдордаги гемолиз ва сидерофагларни кўпайиши, лимфоид фолликулалар бўйлаб строманинг ялангочланиши ва посткапилляр венула ва пулпар веналар таркибидаги лимфоцитларни кўп бўлиши, иммун хужайраларни ўчоқларга саффарбар этилганлигини англатади.

Калит сўзлар: талоқ, гемолиз, перитонит, лимфоид фолликула, иммунотанқислик.

Муаммонинг долзарблиги. Дунёда ҳозирги кунда йирингли перитонитни ривожланишида летал кўрсаткичлар жуда юқори бўлиб, 20-60% ни ташкил этади. БССТ нинг ёш таснифи бўйича, ўткир иккиламчи перитонит билан оғриган беморлар асосан эркак жинслилар бўлиб, ёш жиҳатидан 25-45 ёшдагиларда кўп учраши, иммун тизим томонидан гиперреактив жавоб реакцияси барча иммун хужайраларни периферик иккиламчи иммун аъзолардан зарарланган соҳаларга саффарбар этилиши, кўп миқдорда цитокинларни ишлаб чиқарилиши оқибатида, цитокинли бўрон юзага келиши оқибатида, 1-3 суткаликда ўлим кўрсаткичи 30-60% гачам, 4-7 суткада 20-40% гачам, 8-12 суткаларда 10-20 % ҳолатда летал кўрсаткичлар билан тугалланади. Бу эса, муаммони долзарблиги, айнан, иккиламчи перитонитни ривожланган вақтидан бошлаб, маълум бир вақтда динамикадаги ўзгаришларни инобатга олишни ва иммун аъзоларни фаолиятини инобатга олишни тақозо этади. Ўткир иккиламчи перитонит тана вазни озғинларга нисбатан тана вазни катта бўлган семиз одамларда жуда оғир кечиб, ичак туткичида стеатонекроз

ва кўп сон ингичка ичак перфорацияларни ривожланиши ва 1-3 суткада 98% ўлим кўрсаткичи ривожланиши билан давом этади. Сурункали яллиғланиш ўчоқлари мавжуд бўлган (калкулёз холецистит, ошқозонни сурункали яраси, сурункали носпецифик ярали колит, Крон касаллиги, Уиппл касаллиги, йўғон ичак ўсмалари ва бошқалар) иккиламчи ўткир перитонитларни учраш даражаси 3-5,5 барабарга кўп бўлиб, ўртача, ўлим кўрсаткичи бўйича 21,3% ни ташкил этади. Ўткир перитонитни клиник морфологик жихатдан: бирламчи варианты асосан гематоген ва лимфоген йўллар орқали инфекцияни қорин пардага тушиши оқибатида ривожланиши билан давом этиб, летал кўрсаткичи 88,7% ни ташкил этади.

Тадқиқот материали ва усуллар. Материал сифатида Республика патологик анатомия марказига 2018-2023 йилларда жами 131 нафар, шундан, 15 назорат гуруҳи сифатида ЮИК МИ дан вафот этганлар олинган. Олинган намуналар гематоксин ва эозинга бўялди ва ўрганилди.

Мақсад: 18-45 ёшлиларда ўткир иккиламчи перитонитларда талоқ тўқимасида ривожланган морфологик жихатларини ўрганиш ва такомиллаштириш.

Муҳокама ва натижалар. Ўткир иккиламчи перитонитларда талоқ тўқимасининг морфологик жихатлари асосан, лимфоид фолликулаларининг турли даражада гиперплазияланганлиги, фолликуланинг маргинал соҳасида В лимфоцитлар ва Т-лимфоцитларнинг вариабел аралашмасини кескин камайиши, марказий артерия атрофида тўпланган Т лимфоцитларни ҳам кескин камайганлиги, стромани яланғочланганлиги, посткапилляр венулаларни кескин кенгайиши ва тўлақонли кўринишда бўлиши аниқланади. Қизил пулпада пулпар веналарнинг кенгайиши ва тўлақонли кўриниши, гемолиз ўчоқларини кучайганлиги, сидерофагларни ҳам кўп сонли бўлиши аниқланади. Бу кўрсаткичлар иммун тизим лимфоцитларини зарарланган ўчоқларга кўп миқдорда сафарбар этилганлигини тасдиқлайди. Қизил пулпада билрот бойламлари бўйлаб макрофагларни кўп миқдорда бўлиши, тарбекуляр артерияларни тўлақонли бўлиши, ретикулоцитларни пролифератив ўчоқларини кўпайиши, юзага келган ўпирилган бўшлиқлардаги иммун хужайралар ўрнига ретикуляр хужайраларни кўпайиши, иммун тизим морфофункционал кўрсаткичларини пасайганлигини англатади. Бу эса, ўткир перитонини 24-72 соат ичида барча иммун хужайраларни зарарланган ўчоқларга сафарбар қилиниши ва иккиламчи иммун аъзоларда коллапснинг юзага келганлигини тасдиқлайди. Айтиш, тадқиқот ишимизда, ушбу морфологик ўзгаришлар, ўткир перитонитнинг илк даврларида иккиламчи иммун аъзолардаги хужайралар ресурсини етишмаганлиги ва кўп ҳолларда цитокинлар синтези ошиб кетишини ҳам тасдиқлайди. Бу жараён клиник морфологик жихатдан, сепсис, септик шок юзага келишини англатади.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Горбатюк О. М., Мартынюк Т. В., Шатрова К. М. Клинико-морфологические характеристики желудочно-кишечных перфораций у новорожденных //Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2013. – Т. 3. – №. 2. – С. 31-36.
2. Горбатюк О. М., Шатрова К. М., Мартынюк Т. В. Морфологическая диагностика желудочно-кишечных перфораций у новорожденных детей //Неонатология, хірургія та перинатальна медицина. – 2015. №.5,№ 3.–С. 62-66.
3. Aires J, Ilhan ZE, Nicolas L, Ferraris L, Delannoy J, Bredel M, Chauvire-Drouard A, Barbut F, Rozé JC, Lepage P, Butel MJ, ClosNEC Study Group. Occurrence of Neonatal Necrotizing Enterocolitis in Premature Neonates and Gut Microbiota: A Case-Control Prospective Multicenter Study. //Microorganisms. 2023 Sep 29;11(10):2457.
4. Alsaied A, Islam N, Thalib L. Global incidence of necrotizing enterocolitis: a systematic review and meta-analysis. //BMC Pediatr 2020;20:344.
5. Andrade JAB, Freymüller E, Fagundes-Neto U. Pathophysiology of enteroaggregative Escherichia coli infection: an experimental model utilizing transmission electron microscopy. //Arq Gastroenterol. 2010;47:306–12.
6. Aujla S.J., Chan Y.R., Zheng M., Fei M., Askew D.J., Pociask D.A., Reinhart T.A., McAllister F., Edeal J., Gaus K. IL-22 mediates mucosal host defense against Gram-negative bacterial pneumonia. Nat. Med. 2008;14:275–281.
7. Aydemir G, Cekmez F, Tanju IA, Canpolat FE, Genc FA, Yildirim S, Tunc T, Sarici SU. Increased fecal calprotectin in preterm infants with necrotizing enterocolitis. //Clin Lab. 2012;58(7-8):841-4.
8. Berry MJ, Port LJ, Gately C, Stringer MD. Outcomes of infants born at 23 and 24 weeks' gestation with gut perforation.// J Pediatr Surg. 2019 Oct;54(10):2092-2098.
9. Bethell GS, Knight M, Hall NJ. BAPS-CASS B-CNIGobo. Surgical necrotizing enterocolitis: association between surgical indication, timing, and outcomes.//J Pediatr Surg. 2021;56(10):1785–90.
10. Bhatia AM, Stoll BJ, Cismowski MJ, Hamrick SE. Cytokine levels in the preterm infant with neonatal intestinal injury.//AmPerinatol.2014;31(6):489–96.
11. Black RE, Cousens S, Johnson HL, et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis.//Lancet.2010;375:1969–87.
12. Brusselaers N, Simin J, E Lilja H. Risk of neurodevelopmental impairment in Swedish preterm children treated for necrotizing enterocolitis: retrospective cohort study. //BJS Open. 2024 Oct 29;8(6):zrae131

13. Brusselaers N, Simin J, E Lilja H. Risk of neurodevelopmental impairment in Swedish preterm children treated for necrotizing enterocolitis: retrospective cohort study. //BJS Open. 2024 Oct 29;8(6):zrae131.

14. Burnand KM, Zaparackaite I, Lahiri RP, Parsons G, Farrugia MK, Clarke SA, DeCaluwe D, Haddad M, Choudhry MS. The value of contrast studies in the evaluation of bowel strictures after necrotising enterocolitis. //Pediatr Surg Int. 2016 May;32(5):465-70

