

ИНСУЛЬТНИНГ ТЕМИР ТАНҚИСЛИГИ АНЕМИЯСИ ФОНИДА КЕЧИШИ ВА ДАВОЛАШДАГИ СУРХОНДАРЁ РЕГИОНИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАР



Маджидова Ёкутхон Набиевна¹, Усманова Дурдона Джурабаевна¹,
Искандарова Дилнозахон Эргашевна²

1 - Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.;

2 - Тошкент Тиббиёт Академияси Термиз филиали, Ўзбекистон Республикаси, Термиз ш.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ИНСУЛЬТА НА ФОНЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ В СУРХАНДАРЬИНСКОМ РЕГИОНЕ

Маджидова Ёкутхон Набиевна¹, Усманова Дурдона Джурабаевна¹,
Искандарова Дилнозахон Эргашевна²

1 – Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент;

2 – Термезский филиал Ташкентской Медицинской Академии, Республика Узбекистан, г. Термез

SPECIFIC CHARACTERISTICS OF COURSE AND TREATMENT OF STROKE ON THE BACKGROUND OF IRON DEFICIENCY ANEMIA IN SURKHANDARYA REGION

Madjidova Yokutkhon Nabievna¹, Usmanova Durdona Djurabaevna¹,
Iskandarova Dilnozakhon Ergashevna²

1 - Tashkent Pediatric Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Tashkent;

2 - Termez branch of the Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan, Termez

e-mail: dilnoza-iskandarova@mail.ru

Резюме. Дунёда ҳар йили 15 миллиондан ортиқ инсулт ҳолатлари қайд этилади, натижасида 5 миллион бемор вафот этади. Бундан ташқари, юрак-қон томир касалликларида ўлимнинг 30% сабаби инсултга тўғри келади. Ўрганилган кўплаб тадқиқотларга кўра, инсултнинг асосий хавф омилларидан бири анемиядир.

Калит сўзлар: инсулт, темир танқислик анемияси, темир (III) гидроксиди.

Abstract. More than 15 million cases of stroke are registered in the world every year, as a result of which 5 million patients die. In addition, 30% of deaths from cardiovascular diseases are strokes. According to many studies one of the main risk factors for stroke is iron deficiency anemia.

Key words: stroke, iron deficiency anemia, iron (III) hydroxide.

Кейинги йилларда инсулт муаммолари, унга эрта ташхис қўйиш, хавф омилларини ўз вақтида бартараф этиш, унинг бирламчи ва иккиламчи профилактикасида эришилган баъзи ютуқларга қарамай, ҳамон ўлимга сабабчи омиллар орасида инсулт иккинчи, чуқур ногиронликка олиб келувчилар сабаблар орасида биринчи ўринда қолмоқда [1-5]. Дунёда ҳар йили 15 миллиондан ортиқ инсулт ҳолатлари қайд этилади, натижасида 5 миллион бемор вафот этади. Бундан ташқари, юрак-қон томир касалликларида ўлимнинг 30% сабаби инсултга тўғри келади [2, 5,9-11].

Ўрганилган кўплаб тадқиқотларга кўра, инсултнинг асосий хавф омилларидан бири анемиядир. Темир танқислиги анемияси кенг тарқалган патология ҳисобланиб, турли

муаллифларнинг фикрига кўра, аҳолининг 5-10% ундан азият чекади, яширин темир танқислиги (анемиясиз темир танқислиги синдроми) 12-15% ҳолатларда аниқланади [12].

Тадқиқот мақсади. Сурхондарё вилоятида инсулт билан ҳасталанган беморларда темир танқислиги анемияси ва унинг касаллик клиник кечишига таъсирини ўрганиш ҳамда даволашда темир препаратларининг самарадорлигини баҳолаш.

Тадқиқот материал ва услублари. Республика шошилич тез тиббий ёрдам илмий маркази Сурхондарё филиали шошилич неврология бўлимида 2022-йил январ-июн ойларида даволанган 74 та бош мия кон айланишининг ўткир бузилиши билан ҳасталанган беморлар кузатувга олинди.

Жадвал 1. NIHSS shkalasi

1. а	Хуши	Сақланган сомноленсия сопор кома	0 1 2 3
1. б	Саволларга жавобларг	Аниқ бироз чалкашади (шу жумладан афазия сабабли) тўла чалкашади (шу жумладан афазия сабабли)	0 1 2
1. в	Курсатмаларнинг бажарилиши	Тўғри бажаради адашиб бажаради нотўғри бажаради	0 1 2
2.	Агнозия	Йўқ енгил ифодаланган кучли ифодаланган	0 1 2
3.	Нигоҳ фалажи	Йўқ енгил нигоҳ фалажи тўла нигоҳ фалажи	0 1 2
4.	Курув майдони	Бузилмаган квадрант гемианопия тўлиқ гемианопсия	0 1 2
5.	Мимик мушакларнинг фалажлиги	Йўқ енгил қисман тўла	0 1 2 3
6.	Кулдаги ҳаракат	Парез, плегия йўқ енгил парез ўрта даражадаги парез чуқур парез плегия	0 1 2 3 4
7.	Оёкдаги ҳаракат	Парез, плегия йўқ енгил парез ўрта даражадаги парез чуқур парез плегия	0 1 2 3 4
8.	Атаксия	Йўқ Бир томонда Икки томонда	0 1 1
9.	Сезувчанлик	Бузилмаган гипестезия анестезия	0 1 2
10.	Дизартрия	Йўқ ўргача анартрия	0 1 2
11.	Афазия	Йўқ ўргача оғир тотал	0 1 2 3

Беморларни ташхислашда Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирлиги, Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази, шошилич тиббий ёрдам врачлари ассоциацияси томонидан 2018-йилда тавсия этилган шошилич тиббий ёрдам кўрсатиш бўйича (клиник протокол) қўлланмага кўра, лаборатор-инструментал текширувлар ўтказилди, шунингдек, қондаги темир миқдори илмий марказ

филиалининг лабораториясида ўрганилди. Беморлар қон таҳлилининг натижалари ва даволашдаги ёндашув турига кўра 2 гуруҳга ажратилди (қонида темир элементи миқдори нормадан кам бўлган беморлар ва таққослов гуруҳи).

Гуруҳдаги беморларнинг клиник ҳолатини баҳолашда Скандинавия ва NIHSS шкаласи қўлланилди.

Скандинавия шкаласи:

1. Онг: нормал - 6, сомноленсия - 4, сопор - 2, кома ёки ступор (фақат оғриққа реакция) - 0;

2. Ориентация: вақт, ўрин-жой ва ўзини англайди - 6, учтадан иккита белги сақланган - 4, учтадан бир белги сақланган - 2, тўлиқ дисориентация - 0;

3. Нутқ: сақланган - 10, талаффуз ёки тушуниш чекланганлиги - 6, сўзлаш ёки тушуниш бироз бузилган - 3, сўзлаш ёки тушуниш кескин бузилган - 0;

4. Кўз ҳаракати: окуломотор бузилишлар йўқ - 4, окуломотор бузилишлар мавжуд - 2, нигоҳ тўла фалажланган - 0;

5. Юз нервнинг фалажи: йўқ - 2, бор - 0;

6. Юриш: > 5 метр ёрдамсиз - 12, таёқ ёрдамида - 9, бошқаси ёрдамида - 6, таянчсиз ўтириш - 3, тўшақда (студда) - 0;

7. Қўл кучи: сақланган - 6, пасайган - 5, қўлни тирсақдан буккан ҳолатда кўтаради - 4, бирор нарсага таяниб кўтаради - 2, буткул фалажланган - 0;

8. Қўл панжалари кучи: сақланган - 6, пасайган - 4, мушт қила олмайди - 2, фалажлик - 0;

9. Оёқ кучи: сақланган - 6, тизза бўғимида букмасдан кўтара олади - 5, тизза бўғимида букиб кўтаради - 4, бирор нарсага таяниб кўтаради - 2, фалажлик - 0;

10. Оёқ панжаларининг кучи: фалажлик йўқ - 2, фалажланган - 0.

Баҳолаш мезони:

50 дан кам - минимал тикланиш;

50–75 – қоникарли тикланиш;

76-95 - етарли даражада тикланиш;

95 дан юқори – тўла тикланиш.

NIHSS шкаласи мия инсултларида клиник симптомлар даражасини объектив баҳолаш учун кенг қўлланилади [6,7,8].

Баҳолаш 0 дан 4 баллгача бўлиб, баллар йиғиндиси ошиши клиник симптомлар оғирлигини белгилаб беради. Баллар йиғиндисидан кам бўлса, беморнинг аҳоли шунча яхши, қанча кўп бўлса-шунча оғир ҳисобланади.

Баллар градацияси:

0 – қоникарли ҳолат

3 – 8 – енгил даражадаги неврологик бузилишлар

9 – 12 - ўрта даражадаги неврологик бузилишлар

13-15 - оғир даражадаги неврологик бузилишлар

16-34 – ўта оғир неврологик бузилишлар

Баллар йиғиндисига қараб, касаллик прогнозини ҳам баҳолаш мумкин. Баллар йиғиндиси 10 дан кам бўлса, прогноз яхши, 20 дан ошқ бўлса, прогноз ёмон.

Натижа ва муҳокама. Ўрганилган беморларнинг 51 % (n=38) аёллар, 49 % (n=36) эркеклар бўлган, уларнинг уртача ёши 57 ёшни ташкил этган. Бош мия қон айланиши 71 % (n=53) ҳолатда ишемик типда, 29 % (n=21) ҳолатда геморрагик типда бузилган.

Беморларнинг 33 тасида чап яримшар, 31 тасида ўнг яримшар ва 10 тасида мия устун зарарланган.

Шуни таъкидлаш керакки, ҳар иккала гуруҳдаги 20 % дан 49 % гача беморларда турли ҳамроҳ касалликлар (артериал гипертония, қандли диабет, юрак ишемик касалликлари ва х.к.) аниқланган ва даволашга тегишли мутахассилар жалб этилган.

Беморлар қондаги темир миқдорига кўра тенг (ҳар бир гуруҳда 37 тадан) 2 гуруҳга ажратилди: 1- гуруҳда қонда темир миқдори нормада бўлган бош мия қон айланишининг ўткир бузилиши билан хасталанган беморлар, 2- гуруҳда темирнинг миқдори нормадан кам бўлган беморлар.

Бизга маълумки, ЎзРССВ нинг 2020 йилдаги 363 сонли буйруғи билан тасдиқланган 055-рақамли ҳужжатда қондаги темир даражаси мкмоль/л да ўлчанади ва унинг нормал кўрсаткичи 10,7-27 мкмоль/л оралиғида.

Бундан кўринадики, 1-гуруҳ, яъни қонда темир миқдори нормадан кам бўлган беморларда касаллик, оғир кечиби, тикланиш бир мунча секин бўлган.

1 - гуруҳдаги беморларни даволашда темир препаратларининг самарадорлигини баҳолаш учун ўз навбатида 2 та подгруппага ажратилди.

1^а-гуруҳни даволашга фақат стандарт асосида ёндошилди.

Жадвал 2. Даволаш пайтида гуруҳлардаги беморларнинг баҳолаш шкаласи бўйича динамик кўрсаткичлари

Баҳолаш мезони	Қонда темир танқислиги аниқланган беморлар, n=37		Қонда темир танқислиги аниқланмаган беморлар (таққослов гуруҳи), n=37	
	терапия аввал	терапия кейин	терапия аввал	терапия кейин
Скандинавия шкаласи	49 *	59 *	50 *	76 *
NIHSS shkalasi	13 *	10 *	13 *	8*

*- ўртача балл ҳисобида

Жадвал 3. Базис ва темир препарати фониди I гуруҳ беморларининг невростатусининг кийсий динамикаси

Симптомлар	1 ^a гуруҳ, n=19 (базис даво), абс (%)		1 ^b - гуруҳ, n=18 (базис даво+темир (III) гидрооксиди), абс (%)	
	терапия аввал	терапия кейин	терапия аввал	терапия кейин
Энгил пирамид етишмовчилик	10 (53%)	9 (47%)	12 (67%)	10 (56%)
Орал автоматизм рефлекс	6 (32%)	6 (32%)	5 (28%)	4 (22%)
Россолимо патологик рефлекс	12 (63%)	11 (58%)	10 (56%)	9 (50%)
Бабинский патологик рефлекс	9 (47%)	8 (42%)	7 (39%)	6 (33%)
БМН VII ва XII жуфтларининг марказий фалажи	10 (53%)	9 (47%)	11 (61%)	9 (50%)
Конвергенция фалажи	5 (26%)	5 (26%)	3 (17%)	2 (11%)
Юриш бўзилиши	9 (47%)	8 (42%)	12 (67%)	9 (50%)
Марказий сийдик тутолмаслик	5 (26%)	4 (21%)	6 (33%)	5 (28%)

1^b-гуруҳнинг стандарт даво режасига беморнинг қон тахлилини натижалари ва темирнинг аниқланган миқдорига кўра, темир (III) гидрооксидининг сахарозли комплекс препарати 5 мл томир ичига физиологик эритма билан бирга секин томчилатиб 1 маҳал қўшимча сифатида киритилди. Шунингдек, беморларга темирга бой пархез (гўшт, жигар, балиқ, соя, нўхот, майиз ва б) [12] тавсия қилинди.

2-гуруҳда даволаш эффекти нисбатан ўртача 2-3 кун эртароқ кузатилиб, койка куни тегишли кунларга қисқарган. Қасалликдан кейинги асоратлар нисбатан камроқ бўлган, қайталаниши деярли қайд этилмаган (қайталаниш 1 та ҳолатда кузатилган).

Хулоса. Юқоридаги текширишлар натижасига кўра, хулоса қилиш мумкинки, қонда темир миқдорининг нормадан паст бўлиши бевосита қоннинг реологик хусусиятларига таъсир қилиб, церебрал инсульт кечишини оғирлаштиради, асоратлар турғунлигига олиб келади. Ўткир церебрал инсультни даволашда беморларнинг қон тахлили натижасига алоҳида эътибор қаратиш ва даволашда индивидуал ёндошиш, уларда тўғри овқатланиш режимини танлаш муҳим аҳамиятга эга.

Адабиётлар:

1. Гафуров Б.Г., Аликулова Н.А., Лукашевич А.Л. Клиническая структура мозговых инсультов в отдельных регионах Республики Узбекистан по материалам анализа «Регистра мозгового инсульта» // Неврология. - 2000. - № 2. - С.6-8.
2. Гусев Е. И., Скворцова В.И. Стаховская Л.В. Эпидемиология инсульта в России //Инсульт: приложение к Журналу неврологии и психиатрии. - 2003. - № 8. - С. 4-9.
3. Исмагилов М. Ф. Заболеваемость мозговым инсультом и смертность от него в Республике Татарстан //Неврологический вестн. - 2003. - Т. 35, N 3-4. - С. 5-8.
4. Киличев И.А. Мозговые инсульты в различных климато-географических регионах Узбекистана

(разработка методов медицинского метеопрогнозирования и метеопрофилактики). Дисс. ... докт. мед. наук. – Т., 1998. – 186 с.

5. Махкамова Н.У., и др. Принципы первичной и вторичной профилактики мозгового инсульта // Неврология. – 2005. - № 4. – С. 36-42.
6. Baehr M., Frotscher M., Topical diagnosis in Neurology. New Yourk. 2005. 531p
7. Donnan G.A. The ischaemic penumbra: implications for therapy// J. Neurology and psychiatric. 2007; 4; 90-92p
8. J. van Gijn, Rinkel G.J.E. Subarachnoid hemorrhage: diagnosis, causes and management. Brain 2001; 124 (2): 249-278.
9. Hankey G., Warlow C. Treatment and secondary prevention of stroke: evidence, costs, and effects on individuals and populations // Lancet, 1999; 354:1457-63.
10. Gorelic P.B. Stroke prevention therapy beyond antithrombotics: unifying mechanisms in ischemic stroke pathogenesis and implications for therapy // Stroke, 2002;33:862-75.
11. Goldstein L.B., Adams R., Becker K. Primary prevention of ischemic stroke: a statement for healthcare professionals from the Stroke Council of the American Heart Association //Circulation, 2001;103:16382.
12. О.А. Рукавицына. Гематология / Под. Ред. О.А. Рукавицына.– СПб.: ООО «Д.П.», 2007. – 912 с.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ИНСУЛЬТА НА ФОНЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ В СУРХАНДАРЬИНСКОМ РЕГИОНЕ

Маджидова Ё.Н., Усманова Д.Дж., Искандарова Д.Э.

Резюме. Ежегодно в мире регистрируется более 15 миллионов случаев инсульта, в результате которого умирают 5 миллионов пациентов. Кроме того, 30% смертей от сердечно-сосудистых заболеваний приходится на инсульт. По данным многих исследований, одним из основных факторов риска инсульта является железодефицитная анемия.

Ключевые слова: инсульт, железодефицитная анемия, гидроксид железа (III).