

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2024 №3

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
AXBOROTNOMASI



В Е С Т Н И К

ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент



Выпуск набран и сверстан на компьютерном издательском комплексе

редакционно-издательского отдела Ташкентской медицинской академии

Начальник отдела: М. Н. Аслонов

Редактор русского текста: О.А. Козлова

Редактор узбекского текста: М.Г. Файзиева

Редактор английского текста: А.Х. Жураев

Компьютерная корректура: З.Т. Алюшева

Учредитель: Ташкентская медицинская академия

Издание зарегистрировано в Ташкентском Городском управлении печати и информации

Регистрационное свидетельство 02-00128

Журнал внесен в список, утвержденный приказом № 201/3 от 30 декабря 2013года

реестром ВАК в раздел медицинских наук

Рукописи, оформленные в соответствии

с прилагаемыми правилами, просим направлять

по адресу: 100109, Ташкент, ул. Фароби, 2,

Главный учебный корпус ТМА,

4-й этаж, комната 444.

Контактный телефон: 214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru

rio@tma.uz

Формат 60x84 1/8. Усл. печ. л. 9,75.

Гарнитура «Cambria».

Тираж 150.

Цена договорная.

Отпечатано на ризографе редакционно-издательского отдела ТМА.

100109, Ташкент, ул. Фароби, 2.

Вестник ТМА №3, 2024
РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор

проф. А.К. Шадманов

Заместитель главного редактора

проф. О.Р.Тешаев

Ответственный секретарь

проф. Ф.Х.Иноятова

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ

акад. Аляви А.Л.

проф. Билалов Э.Н.

проф. Гадаев А.Г.

проф. Жае Вук Чои (Корея)

акад. Каримов Ш.И.

проф. Татьяна Силина (Украина)

акад. Курбанов Р.Д.

проф. Людмила Зуева (Россия)

проф. Метин Онерчи (Турция)

проф. Ми Юн (Корея)

акад. Назыров Ф.Г.

проф. Нажмутдинова Д.К.

проф. Саломова Ф.И.

проф. Саша Трескач (Германия)

проф. Шайхова Г.И.

Члены редакционного совета

проф. Акилов Ф.О. (Ташкент)

проф. Аллаева М.Д. (Ташкент)

проф. Хамдамов Б.З. (Бухара)

проф. Ирискулов Б.У. (Ташкент)

проф. Каримов М.Ш. (Ташкент)

проф. Маматкулов Б.М. (Ташкент)

проф. Охунов А.О. (Ташкент)

проф. Парпиева Н.Н. (Ташкент)

проф. Рахимбаева Г.С. (Ташкент)

проф. Хамраев А.А. (Ташкент)

проф. Холматова Б.Т. (Ташкент)

проф. Шагазатова Б.Х. (Ташкент)

<i>Hamrayev X.X., Raximova M.R., Solixov M.U. ERTA REVAMTOID ARTIRITNI TASHXISLASHDA ANTI — SIKLIK SITRULINLANGAN PEPTID (ANTI- CCP) ANTITANACHALARINING DIAGNOSTIK VA PROGNOZIK AHAMIYATI</i>	<i>Khamraev X.X., Rakhimova M.R., Solikhov M.U. DIAGNOSTIC AND PROGNOZIC SIGNIFICANCE OF ANTI-CYCLIC CITRULLINATED PEPTIDE (ANTI-CCP) ANTIBODIES IN THE DIAGNOSIS OF EARLY RHEUMATOID ARTHRITIS</i>	186
<i>Хидоятова М.Р., Набиева Д.А., Султанова М.Х., Абдуазизова Н.Х. СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЦА ПРИ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ</i>	<i>Xidoyatova M.R., Nabiyeva D.A., Sultanova M.X., Abduazizova N.X. STRUCTURAL AND FUNCTIONAL CHANGES IN THE HEART WITH INSULIN RESISTANCE</i>	190
<i>Шукурова Ф.Н., Каримов М.Ш. РЕВМАТОИД АРТРИТ ВА ЖИГАРНИНГ ДИФУЗ КАСАЛЛИКЛАРИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА МИР-122/221 НИНГ ЭКСПРЕССИЯ ДАРАЖАСИНИНГ ТАШХИСЛАШ ВА БАШОРАТЛАШДАГИ АҲАМИЯТИ</i>	<i>Shukurova F.N., Karimov M.Sh. THE SIGNIFICANCE OF MIR-122/221 EXPRESSION LEVEL IN DIAGNOSIS AND PROGNOZIS IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS AND CHRONIC DIFFUSE LIVER DISEASES</i>	196
<i>Эгамова С.Ш., Мирзалиева А.А., Хамраев Х.Х., Махкамова М.Н. ЗНАЧЕНИЕ ГЕМОВАСКУЛЯРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ</i>	<i>Egamova S.S., Mirzalieva A.A., Khamraev X.X., Makhkamova M.N. THE SIGNIFICANCE OF HEMOVASCULAR PARAMETERS IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS</i>	201
<i>Закирходжаев Ш.Я., Талибджанова М.Х., Муталов С.Б. ОЦЕНКА ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ И ИХ ДИЕТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ</i>	<i>Zakirkhodzhaev Sh.Ya., Talibdzhanova M.Kh., Mutalov S.B. ASSESSMENT OF NUTRITION IN PATIENTS WITH CHRONIC LIVER DISEASES AND THEIR DIETARY CORRECTION</i>	204
ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ	HELPING A PRACTITIONER	
<i>Дадабаева Н.А., Мирзалиева А.А., Худойкулова Н.Н. «СИНДРОМ ОТМЕНЫ» У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ</i>	<i>Dadabaeva N.A., Mirzalieva A.A., Khudayqulova N.N. «WITHDRAWAL» SYNDROM IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS</i>	207
<i>Дадабаева Н.А., Мирзалиева А.А., Абдусатторова С.Д. ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ВАСКУЛИТ, ОСЛОЖНЕННЫЙ СИНДРОМОМ ЛАЙЕЛЛА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)</i>	<i>Dadabaeva N.A., Mirzalieva A.A., Abdusattorova S.D. HEMORRHAGIC VASCULITIS COMPLICATED BY LAYELL'S SYNDROME (CLINICAL CASE)</i>	209
<i>Матчанов С.Х., Джуроева Э.Р., Зияева Ф.К., Базарбаева А.Т., Толипов У.У. ПОЗДНЯЯ ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА МАРФАНА В ПРАКТИКЕ РЕВМАТОЛОГА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ</i>	<i>Matchanov S.Kh., Djuraeva E.R., Ziyaeva F.K., Bazarbaeva A.T., Tolipov U.U. LATE DIAGNOSIS OF MARFAN SYNDROME IN PRACTICE OF RHEUMATOLOGIST. CLINICAL CASE</i>	211
<i>Набиева Д.А., Мухаммадиева С.М., Зияева Ф.К., Исматов А.Н., Янгибоев А.К. ТИЗИМЛИ ҚИЗИЛ БЎРИЧА КАСАЛЛИГИДА ГЕМОРРАГИК ИНСУЛЬТ УЧРАШИ (КЛИНИК ҲОЛАТ)</i>	<i>Nabieva D.A., Mukhammadieva S.M., Ziyaeva F.K., Ismatov A.N., Yangiboev A.K. HEMORRHAGIC STROKE IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS (CLINICAL CASE)</i>	214
<i>Садикова С.И., Умарова Г.К. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ – OVERLAP-СИНДРОМ: ПЕРВИЧНЫЙ СКЛЕРОЗИРУЮЩИЙ ХОЛАНГИТ ПРИ БОЛЕЗНИ ШЕГРЕНА</i>	<i>Sadikova S.I., Umarova G.K. CASE FROM PRACTICE - OVERLAP SYNDROME: PRIMARY SCLEROSING CHOLANGITIS IN SJOGREN'S DISEASE</i>	218
<i>Uralov R.Sh., Uralova O.E. MODERN TREATMENT OF ADVANCED THROMBOCYTOPENIC PURPURA IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS</i>	<i>O'ralov R.Sh., Uralova O.E. REVAMTOID ARTRIT BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA TROMBOTSITOPENIK PURPURANI ZAMONAVIY DAVOLASH</i>	221

ТИЗИМЛИ ҚИЗИЛ БЎРИЧА КАСАЛЛИГИДА ГЕМОРРАГИК ИНСУЛЬТ УЧРАШИ (КЛИНИК ҲОЛАТ)

Набиева Д.А., Мухаммадиева С.М., Зияева Ф.К., Исмамов А.Н., Янгибоев А.К.

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Набиева Д.А., Мухаммадиева С.М., Зияева Ф.К., Исмамов А.Н., Янгибоев А.К.

HEMORRHAGIC STROKE IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS (CLINICAL CASE)

Nabieva D.A., Mukhammadieva S.M., Ziyayeva F.K., Ismatov A.N., Yangiboev A.K.

Тошкент тиббиёт академияси

Системная красная волчанка – хроническое заболевание с многообразными дефектами иммунной регуляции. Распространенность системной красной волчанки колеблется от 12,5 до 40 на 100 тыс. населения, с преобладанием среди больных женщин репродуктивного возраста. Поражение нервной системы при системной красной волчанке встречается в 25-83% случаев и связано с васкулопатией, тромбозами, геморрагиями и прямым поражением тканей мозга антителами.

Ключевые слова: системная красная волчанка, цереброваскулярная болезнь, геморрагический инсульт

Systemic lupus erythematosus is a chronic disease with multiple defects of immune regulation. The prevalence of systemic lupus erythematosus varies from 12.5 to 40 per 100000 populations, with predominance among women of reproductive age. Nervous system impairment in systemic lupus erythematosus occurs in 25 to 83% of cases of SLE and is associated with vasculopathy, thrombosis and hemorrhages, and direct damage to brain tissues with antibodies.

Key words: systemic lupus erythematosus, cerebrovascular diseases, hemorrhagic stroke

Тизимли қизил бўрича (ТҚБ) - бириктирувчи тўқиманинг тизимли касалликлар турига мансуб бўлиб, ушбу гуруҳга оид оғир касаллик ҳисобланади [3,5]. ТҚБ асосида иммун комплекслар ва аутоантитаналар гиперпродукцияси ётади ва бу ички органларнинг иммун яллиғланиш жараёнларини чақиради. Касалликнинг характерли томони полиорган сиптоматика, буйрак ва марказий асаб тизими (МАТ) жароҳатланишидир. Бошқа бир жиҳати эса шундаки, даволашда тўлқинсимон кечувчи ва оғирлаштирувчи бошқа органларга таъсири билан ифодаланади [2,6,11].

ТҚБда бош миянинг ҳамма қисмлари ва орқа мия зарарланади. Кўп ҳолларда неврологик бузилишлар бошқа аъзоларнинг зарарланиши билан бирга келади. Энг кўп учрайдиган шакли - энгил когнитив бузилишлар ва мигренни эслатувчи бош оғриғи кузатилади. Ҳар хил типдаги эпилепсиялар учраши мумкин. Кам ҳолларда психозлар, хотира ва интеллект бузилиши, бош мия инфаркти, экстрапирамидал ва миёча бузилишлари, антидиуретик гормон секрециясининг бузилиши билан гипоталамус зарарланиши мумкин, мия ичи гипертензияси, субарахноидал қон қуйилиши, сероз менингит, қўндаланг миелит, кўрув нерви неврити, бошқа бош мия нервлари бузилишлари, сенсор-мотор нейропатиялар беморларда аниқланиши мумкин [1,8,9].

ТҚБда бош мия қон томир касалликлари сабаблари турли хил, мураккаб ва етарлича ўрганилмаган. Бунда кузатиладиган патологиянинг характери томирлардаги ўзгаришларнинг турига боғлиқ бўлади. Турли муаллифлар қуйидаги патологик ҳолатларни кўрсатиб ўтадилар [6,10].

Васкулопатиялар, томирлар гиалинизацияси, периваскуляр лимфоцитоз ва эндотелий пролиферацияси ривожланган 65% беморларда учрайди.

Тромбозлар ва васкулитлар – 15% гача учрайди.

Инфаркт ва геморрагиялар, бош мия пўстлоғининг ташқи қаватларида кузатилади.

Турли муаллифларнинг маълумотларига кўра, касаллик кам учрамайди, бу ҳар 100 минг аҳолига 5 тадан 250 та кишининг ТҚБ билан оғришига тўғри келади [2,4]. Аёллар эркакларга нисбатан 8-10 марта кўп касалликка чалинадилар. ТҚБ бир тизимнинг зарарланиши билан бошланиб, кейинчалик бошқа тизимларга тарқалиши мумкин, ёки бирданига бир нечта тизимнинг зарарланиши билан бошланиши мумкин. Шунинг учун ҳам баъзи ҳолларда ТҚБ ташхиси бир неча йилларгача кечикиб қўйилиши мумкин, айниқса касаллик эркакларда кузатилганида ҳамда бир белги билан намоён бўлганида вақтида ташхис қўйиш мураккаб бўлиши мумкин.

Қуйида бизнинг кузатувимизда бўлган ТҚБ ли бош мия зарарланиши билан оғриган бемор ҳақида маълумот берамиз.

Бемор Т. 24 ёш, Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникаси (ТТАКТК) “Ревматология ва артология” бўлимига даволаниш мақсадида ётқизилди.

Келгандаги шикоятлари чап қўл ва оёқда ҳаракат чекланишига, АҚБ ошишига, бўғим ва мушаклардаги оғриқларга, ёноқ соҳасида қизил “капалаксимон” тошмаларга, озишга, соч тўкилишига, умумий ҳолсизликка.

Анамнездан ўзини 2019 йилдан бери касал деб билади. Турар жойида стационар ва амбулатор шароитда даволанган, аҳволи яхшилагмагач текшириш мақсадида 2017 йил декабрь ойида ТТАКТК га юборилган. Текширувлардан сўнг беморда Америка ревматологлари ассоциацияси (АРА 1982й.) томонидан қабул қилинган ташхис мезонларидан 7 таси аниқланган ва “Бириктирувчи тўқима тизимли касаллиги (БТТК). Тизимли қизил бўрича, ўткир ости

кечиши, фаоллик II, Тери, юрак, буйрак зарарланиши билан, нефротик синдром, гидрперикард, асцит. Симптоматик артериал гипертензия” ташхиси билан ревматология ва артрология бўлимида стационар шароитда даволаниш учун ётқизилган. Беморга касаллик фаоллигини инобатга олиб базис (патогенетик) даво мақсадида 1 кунда 60 мг преднизолон, 3 кунлик комбинирланган пульс-терапия (солу-медрол 1,0 3 марта, циклофосфан 1.0 бир марта) симптоматик даво фонида тавсия этилган. Бемор муолажани яхши қабул қилган, динамикада бемор шикоятлари камайган, аҳволи нисбатан яхшиланган. Бемор касалхонада давони тамомлаб, режали пульс-терапия (ҳар ойда 1 кунлик солу-медрол 1,0+циклофосфан 1,0) тавсия этилган, турар жой ва ихтисослаштирилган артрологик амбулатор даволаш бўлими шифокори назоратига чиқарилган. Бемор турар жой тиббиёт бирлашмасида ҳар ойда пульс-терапия муолажасини олиб турган.

2020 йил апрель ойида навбатдаги пульс-терапия муолажасини олаётганида қон босими кўтарилиб, чап қўл-оёқда қувватсизлик, гапириш қийинлиги, генераллашган тутқаноқ ҳуружлари кўринишдаги эписиндром, АҚБ 200/150 мм.сим.уст. гача кўтарилиши кузатилган. Бемор тезда реанимация бўлимига ётқизилган. Бемор невролог томонидан кўрилган.

Неврологик статус: кўз олмалари ҳаракати тўлиқ ҳажмда, қорачиқлар OD=OS, фотореакция сақланган, страбизм ва нистагм йўқ, валле нуқталари оғриқсиз, юзда ассимметрия, VII жуфт нерви марказий фалажлиги ўнгда, VIII жуфт эшитиш ўзгармаган, шовқинлар ва бош айланиши аниқланмайди, Ромберг ҳолатида текширишнинг иложи йўқ, IX-X жуфт нервлар, ютиш ва ютқин рефлекслари сақланган, юмшоқ танглай симметрик, фонацияда яхши қисқаради, тилча ўрта чизиқда. XI жуфт нерв, елкаларни кўтаради, боши қийшаймаган. XII жуфт нерв, тили чапга оғган, марказий фалажлик чапда, тилда атрофия, фибрилляр-фасцикуляр тортишишлар йўқ.

Ҳаракат сфераси, чап томонлама чуқур гемипарез, мушак кучи чап томонлама 1-2 балл, пай рефлекслари БР, ТР, ПР, АР ошган S>D, мушаклар тонуси қўл ва оёқда чап томонлама пасайган. Патологик рефлекслардан Маринеско-Радович S>D, Бабинский S>D. Чап томонлама гемигипестезия. Координатор синамаларни ўнг томонлама аниқ бажаради, чап томонлама чуқур гемипарез ҳисобига бажара олмайди, менингеал белгилар мусбат, олий нерв фаолияти: астено-невротик типда.

Невролог ташхиси: “Цереброваскуляр касаллик (ЦВК), Геморрагик инсульт, субарахноидал-паренхиматоз қон қуйилиш турида, ТҚБ фонида ривожланган”. Беморга керакли даво чоралари кўрсатилган: циклофосфан (тана вазнини ҳисобга олган ҳолда 1 курс учун 600 мг: 400 мг в/и томчилаб биринчи ҳафтада, 200 мг в/и томчилаб иккинчи ва кейинги ҳафталарда), метипред (250 мг в/и томчилаб 3 кун, кейин тана вазнини ҳисобга олган ҳолда преднизолон 40 мг: 20 мг эрталаб 7.00 да, 20 мг эрталаб 9.00 да), протон помпа ингибиторлари вена ичига томчилаб,

антибактериал терапия (цефепим), электролитлар балансини тузатиш, плазмотрансфузия, гемотрансфузия, геморрагик инсульт базис давоси. Бемор нисбатан қониқарли аҳволда касалхонадан чиққан.

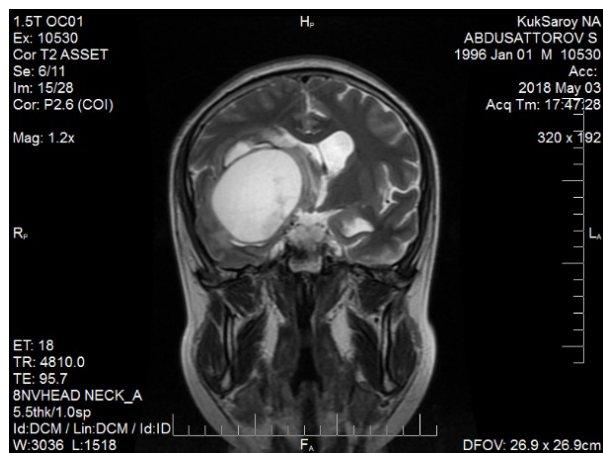
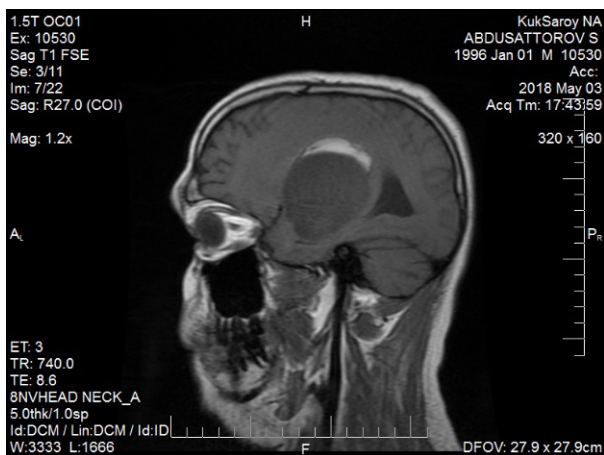
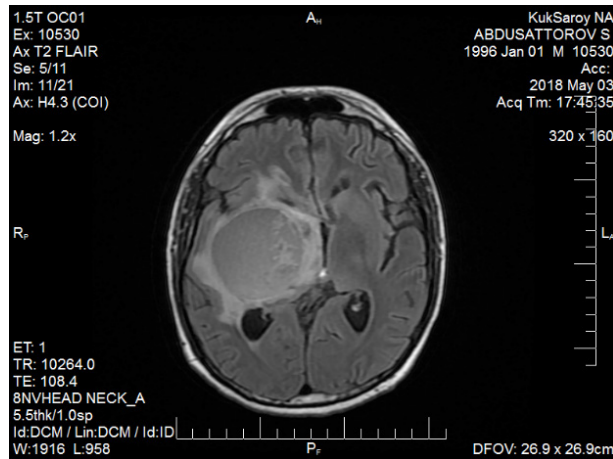
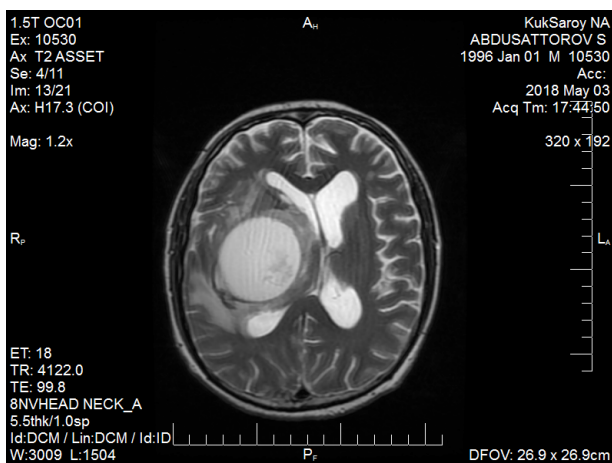
2018 йил май ойида ТТАКТК “Ревматология ва артрология” бўлимига юқоридаги шикоятлари билан ётқизилган. Кўрик вақтида бемор саволларга қийналиб жавоб беради. Умумий аҳволи оғир, оддий ҳаракатларни бажаришга ҳаракат қилади. Териси одатдаги рангда, қуруқ, тери фонида гиперкератоз соҳалари аниқланади. Юзи ойсимон. Бошнинг сочли қисмларида аллопеция соҳалари қайд этилади. Периферик ишлар кузатилмайди. Тана ҳарорати – 36.7°C. Нафас олиши бурун орқали, мустақил. Аускултацияда ўпкаларида сусайган везикуляр нафас. Қоннинг кислород билан тўйинганлик даражаси – 98%. Нафас олиш сони минутига 17 та. Юрак тонлари бироз бўғиқлашган, ритмик. Юрак қисқаришлар сони минутига 90 та. Артериал қон босими 150/100 мм.сим.уст. га тенг. Қорни юмшоқ, палпацияда оғриқсиз. Жигар ва талоқ катталашмаган. Туртки симптоми 2 томонлама манфий. Ич келиши ва диурез мустақил.

Неврологик статус: кўз олмалари ҳаракати тўлиқ ҳажмда, қорачиқлар OD=OS, фотореакция сақланган, страбизм ва нистагм йўқ, валле нуқталари оғриқсиз, юзда ассимметрия, VII жуфт нерви марказий фалажлиги ўнгда, XII жуфт нерв, тили чапга оғган, марказий фалажлик чапда, тилда атрофия, фибрилляр-фасцикуляр тортишишлар йўқ.

Ҳаракат сфераси, чап томонлама чуқур гемипарез, мушак кучи чап томонлама 1-2 балл, пай рефлекслари БР, ТР, ПР, АР ошган S>D, мушаклар тонуси қўл ва оёқда чап томонлама ошган. Патологик рефлекслардан Маринеско-Радович S>D, Бабинский S>D. Чап томонлама гемигипестезия. Координатор синамаларни ўнг томонлама аниқ бажаради, чап томонлама чуқур гемипарез ҳисобига бажара олмайди, менингеал белгилар манфий, олий нерв фаолияти: астено-невротик типда.

Лаборатор таҳлиллари: Умумий қон таҳлилида - панцитопения. Умумий сийдик таҳлили белгиларига кўра – нефрит белгилари (лейкоцитурия, эритроцитурия, протеинурия). Қон биохимик таҳлили: умумий оксил 69,8, мочевина 12,3, креатинин 144,6 мкмол/л.

Бош мия магнит резонанс томографияси (МРТ) белгиларига кўра ўнг перивентрикуляр соҳада базал ядролар проекциясида ички капсула, таламусда чегаралари аниқ, мия ичида 56 мм диаметрдаги ногомоген кистоз ҳосила аниқланади, ўрта мия атрофиядаги мия тўқималарининг перифокал шиши, унинг олдида 29x10 мм ўлчамдаги ва юқориги латерал чегарада 47x38x26 мм.ли гемосидероз майдон аниқланади. Ўнг ён қоринча торайган, ўрта структура 12 мм чапга силжиган, ён қоринчалар ассимметрияси, Монро тешиги сатҳида олдинги шохи чапда 12 мм, ўнгда 7 мм, 3-қоринча 5мм. Силвия сув йўли ва 4-қоринча ўзгаришсиз. Ўнг яримшарлар атрофиядаги субарахноидал соҳа бироз кенгайган, цистерналар ўзгаришсиз (1-расм).



1-расм. Бемор Т. бош мия МРТси (ТҚБ фонида геморрагик инсульт)

Хулоса

Ўнг перивентрикуляр соҳада мия ичи ҳажмли кистоз - геморрагик ўчоқлар МРТ белгилари. Дисциркулятор энцефалопатия. Бош мия катта ярим шарлари ўртача атрофияси.

Анамнез маълумотлари, касалликнинг клиник кўринишини, лаборатор-инструментал текширув хулосалари, нейровизуализация натижаларини ҳисобга олган ҳолда қуйидаги **ташхис** қўйилди:

Асосий: БТТК. Тизимли қизил бўрича, ўткир ости кечиши, фаолликнинг юқори даражаси.

Ёндош: ЦВК, Геморрагик инсульт, субарахноидал-паренхиматоз қон қуйилиш фонида ривожланган.

Асорати: Сурункали гормонга боғлиқлик. Сурункали буйрак касаллиги 3 В босқич. (КФТ 43.5)

Ўтказилган муолажалар фонида беморнинг аҳволи сезиларли даражада яхшиланиши қайд этилган. Бемор ҳушида, саволларга аниқ жавоб беради. Нафас олиши мустақил, бурун орқали, аускултаци-яда везикуляр нафас, юрак тонлари аниқ, ритмик, АҚБ 130/90 мм сим. уст. пулс 80 та минутига, қорни юмшоқ, оғриқсиз. Неврологик статусда чап томонлама чуқур гемипарез сақланган, чап томонлама мушқлар тонуси ошган, патологик рефлекслар сақланган. Бемор базис иммуносупрессор даво, нейрометаболик, кардиометаболик дори воситаларини, гипотензив ва антиагрегант давони давом эттирмоқда. Нейрореабилитация ва даволовчи жисмоний тарбия тадбирлари амалга оширилмоқда.

Бемор доимий назоратда, ҳар 6 ойда ТТАКТҚда “Ревматология ва артрология” бўлимида стационар шароитда даволанади, мунтазам невролог Д назоратида туради. Неврологик статусда ҳам ижобий томонга ўзгаришлар кузатилади. Беморда дастлабки шикоятлари камайган.

Юқорида айтиб ўтилганларга асосланиб, ҳар бир клиник ҳолатга мултидисциплинар ёндашиш керак, деб хулоса қилиш мумкин, бу эса кенг қамровли текширув, ташхис қўйиш, самарали терапияни белгилаш, даволаш натижаларини яхшилаш ва беморларни кейинги реабилитация қилиш имкониятини беради.

Адабиётлар

1. Иванова М.М. ЦНС-люпус: проблемы и достижения (результаты 10-летнего клинико-инструментального исследования). Терапевтический архив. -2011.-№ 50.-С. 25-29.
2. Мухаммадиева С.М. Тизимли қизил бўрича касаллиги муаммолари. Монография. Т.2020.-132 бет.
3. Пизова Н.В., Шилкина Н.П., Спиринов Н.Н. Иммунные повреждения нервной системы при некоторых формах ревматических заболеваний. Журнал неврологии и психиатрии.- 2015.-№ 105(2). -С.73-78.
4. Файзулина Д.Л., Шпрах В.В. Поражение нервной системы при системной красной волчанке. Сибирский медицинский журнал. -2009.-№ 7.-С. 5-9.
5. Feldman C.H. Hiraki L.T., Liu J., Fisher M.A., Solomon D.N., Alarcon G.S. Winkelmayr W.C., Costenbader K.H. Epidemiology and sociodemographics of systemic lupus erythematosus and lupus nephritis among US adults with Arthritis Rheum. -2013. -№65 (3).-P.753-63.doi: 10.1002/art.37795

6. Mohan C., Putterman C. Genetics and pathogenesis of systemic lupus erythematosus and lupus nephritis. Nature Reviews Nephrology.- 2015.-№11.-P.329-341. doi:10.1038/nrneph.2015.33

7. Rahman A., Isenberg D.A. Systemic Lupus Erythematosus. New Engl J Med. -2018. -№358.-P. 929-939. Doi: 10.1056/NEJMra071297

8. Ramos-Casals M., Nardi N., Lagrutta M., et al. Vasculitis in systemic lupus erythematosus: prevalence and clinical characteristics in 670 patients. Medicine (Baltimore). -2006. -№85 (2).-P. 95-104. Doi:10.1097/01.md.0000216817.35937.70

9. Roberts D.M., Anderson A.L., Hidaka M., Swetenburg R.L., Patterson C., Stanford W.L., Bautch V.L. A vascular gene trap screen defines RasGRP3 as an angiogenesis-regulated gene required for the endothelial response to phorbol esters. Molecular and cellular biology.- 2014.- №24. -24p. 10515-10528. Doi:10.1128/MCB.24.24.10515-10528.

10. Sang A., Zheng Y.-Y., Morel L. Contributions of B cells to lupus pathogenesis. Molecular Immunology. -2014.-№62 (2).-P.329-338.

11. Toubi E., Kessel A., Bamberger E., Golan T.D. Systemic Lupus Erythematosus Vasculitis: A Current Therapeutic Over-

view CurrTreat Opt Card Med. -2004.-№ 6 (2).-P.87-97.

ТИЗИМЛИ ҚИЗИЛ БЎРИЧА КАСАЛЛИГИДА ГЕМОМРАГИК ИНСУЛЬТ УЧРАШИ (КЛИНИК ҲОЛАТ)

Набиева Д.А., Мухаммадиева С.М., Зияева Ф.К., Исмаилов А.Н., Янгибоев А.К.

Тизимли қизил бўрича – сурункали касаллик бўлиб, бунда иммунитетни бошқаришда қўплаб нуқсонлар аниқланади. Тизимли қизил бўрича тарқалиши 100000 аҳолига 12,5 дан 40 гача бўлиб, репродуктив ёшдаги аёлларда нисбатан қўп кузатилади. Тизимли қизил бўричада асаб тизимининг шикастланиши 25 – 85% беморларда учрайди ва васкулопатия, тромбоз, қон кетиши ва антитаналарнинг бош мия тўқималарига бевосита зарар етказилиши билан боғлиқ бўлади.

Калит сўзлар: тизимли қизил бўрича, цереброваскуляр касаллик, геморагик инсулт.