

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2024 №1

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 №1, 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)

Herald TMA №1, 2024

EDITORIAL BOARD

Editor in chief

prof. A.K. Shadmanov

Deputy Chief Editor

prof. O.R. Teshayev

Responsible secretary

prof. F.Kh. Inoyatova

EDITORIAL TEAM

academician Alyavi A.L.

prof. Bilalov E.N.

prof. Gadaev A.G.

prof. Jae Wook Choi (Korea)

academician Karimov Sh.I.

prof. Tatyana Silina (Ukraine)

academician Kurbanov R.D.

prof. Lyudmila Zueva (Russia)

prof. Metin Onerc (Turkey)

prof. Mee Yeun (Korea)

prof. Najmutdinova D.K.

prof. Salomova F.I.

prof. Sascha Treskatch (Germany)

prof. Shaykhova G.I.

EDITORIAL COUNCIL

DSc. Abdullaeva R.M.

prof. Akilov F.O. (Tashkent)

prof. Allaeva M.D. (Tashkent)

prof. Khamdamov B.Z. (Bukhara)

prof. Iriskulov B.U. (Tashkent)

prof. Karimov M.Sh. (Tashkent)

prof. Mamatkulov B.M. (Tashkent)

prof. Okhunov A.A. (Tashkent)

prof. Parpieva N.N. (Tashkent)

prof. Rakhimbaeva G.S. (Tashkent)

prof. Khamraev A.A. (Tashkent)

prof. Kholmatova B.T. (Tashkent)

prof. Shagizatova B.X. (Tashkent)

*Journal edited and printed in the computer of Tashkent
Medical Academy editorial department*

Editorial board of Tashkent Medical Academy

Head of the department: M.N. Aslonov

Russian language editor: O.A. Kozlova

Uzbek language editor: M.G. Fayzieva

English language editor: A.X. Juraev

Corrector: Z.T. Alyusheva

Organizer: Tashkent Medical Academy

*Publication registered in editorial and information
department of Tashkent city*

Registered certificate 02-00128

*Journal approved and numbered under the order 201/3 from 30 of
December 2013 in Medical Sciences DEPARTMENT OF SUPREME ATTESTATION*

COMMISSION

COMPLETED MANUSCRIPTS PLEASE SEND following address:

*2-Farobiy street, 4 floor room 444. Administration building of TMA.
Tashkent. 100109, Toshkent, ul. Farobi, 2, TMA bosh o'quv binosi, 4-qavat,
444-xona.*

Contact number: 71- 214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru. rio@tma.uz

Format 60x84 1/8. Usl. printer. l. 9.75.

Listening means «Cambria».

Circulation 150.

Negotiable price

Printed in TMA editorial and publisher department risograph

2 Farobiy street, Tashkent, 100109.

СОДЕРЖАНИЕ	CONTENT	
НОВЫЕ ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ		
Исканджанова Ф.К. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИГРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ ПСИХОЛОГИИ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ	<i>Iskandzhanova F.K. THE USE OF GAME TECHNOLOGIES IN THE PROCESS OF TEACHING PSYCHOLOGY AT A MEDICAL UNIVERSITY</i>	8
ОБЗОРЫ		
REVIEWS		
<i>Abdullayeva M.I., Inoyatova F.X., Barotov Q.R., Rahmonova G.G'. ALKOGOLSIZ YOG'LI JIGAR KASALLIGINING EKSPERIMENTAL MODELLARI</i>	<i>Abdullayeva M.I., Inoyatova F.Kh., Barotov Q.R., Rakhmonova G.G'. EXPERIMENTAL MODELS OF NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE</i>	11
<i>Акбаров М.М., Нишанов М.Ш., Йигиталиев С.Х., Исмадуллаев З.У., Раззаков Н.Р. КЛАССИФИКАЦИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ</i>	<i>Akbarov M.M., Nishanov M.Sh., Yigitaliyev S.H., Ismatullaev Z.U., Razzakov N.R. CLASSIFICATION OF EXTRAHEPATIC INJURIES BILE DUCTS</i>	19
<i>Аликулова Н.А., Уринов М.Б., Уринова Г.М. БОШМИЯ ҚОН АЙЛАНИШИНИНГ ЎТКИР БУЗИЛИШЛАРИ МУАММОСИНИНГ ҲОЗИРГИ ҲОЛАТИ</i>	<i>Alikulova N.A., Urinov M.B., Urinova G.M. THE CURRENT STATE OF THE PROBLEM OF ACUTE DISORDERS OF CEREBRAL CIRCULATION</i>	27
<i>Иброхимов К.И. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПРОБЛЕМАХ ГИГИЕНЫ ТРУДА В ЖИВОТНОВОДЧЕСКИХ КОМПЛЕКСАХ</i>	<i>Ibrohimov K.I. MODERN IDEAS ABOUT THE PROBLEMS OF OCCUPATIONAL HEALTH IN LIVESTOCK COMPLEXES</i>	30
<i>Ильясов А.С., Бабажанов Т.Ж. ВЛИЯНИЕ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НАПИТКОВ НА ПИЩЕВАРИТЕЛЬНУЮ СИСТЕМУ ЧЕЛОВЕКА И ЖИВОТНЫХ</i>	<i>Ilyasov A.S., Babazhanov T.Zh. THE EFFECT OF ENERGY DRINKS ON THE DIGESTIVE SYSTEM OF HUMANS AND ANIMALS</i>	33
<i>Ирисметов М.Э., Тоғаев Т.Р., Бузриков А.Р. ТИРСАК БЎҒИМИНИНГ ЖАРОҲАТДАН КЕЙИНГИ КОНТРАКТУРАЛАРИНИ ТАШҲИСЛАШНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ</i>	<i>Irismetov M.E., Togayev T.R., Buzrikov A.R. FEATURES OF THE USE OF PLATELET-RICH PLASMA (PRP) AND FIBRIN (PRF) IN MEDICINE</i>	37
<i>Каримов Ш.И., Ирнazarов А.А., Юлбарисов А.А., Алиджанов Х.К., Рахматалиев С.Х. НОСПЕЦИФИК АОРТОАРТЕРИИТ (ТАКАЯСУ КАСАЛЛИГИ)</i>	<i>Karimov Sh.I., Irnazarov A.A., Yulbarisov A.A., Alidjanov H.K., Rakhmataliyev S.H. NONSPECIFIC AORTOARTERITIS (TAKAYASU'S ARTERITIS)</i>	41
<i>Каримова Н.С., Абдахатова Х.Б., Алимов Ж.М., Шамуратова С.Б., Исраилов Б.С., Агзамов О.А., Талипов Р.Н., Цой М.А., Остoнова М.М. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕДЛУЧЕВОЙ ПОДГОТОВКИ, ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКИ ЛУЧЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА</i>	<i>Karimova N.S., Abdakhatova Kh.B., Alimov J.M., Shamuratova S.B., Israilov B.S., Agzamov O.A., Talipov R.N., Tsoy M.A., Ostonova M.M. MODERN ASPECTS OF PRE-RADIATION PREPARATION, RADIATION THERAPY AND PREVENTION OF RADIATION COMPLICATIONS PATIENTS WITH BRAIN TUMORS</i>	44
<i>Саломова Ф.И., Бакиева Ш.Х., Ярмухамедова Н.Ф., Дусмухамедова А.Ф. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ФАКТИЧЕСКОЕ ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА</i>	<i>Salomova F.I., Bakieva Sh.Kh., Yarmukhamedova N.F., Dusmukhamedova A.F. EALTH STATE AND ACTUAL NUTRITION OF PRESCHOOL CHILDREN</i>	50
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА		
EXPERIMENTAL MEDICINE		
<i>Гайбуллаев А.А., Кариев С.С., Дадабаев А.К., Халилов Ш.М. ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ПРЕПАРАТА ЛИТОЛИТ-А НА ДВИГАТЕЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ</i>	<i>Gaibullaev A.A., Kariev S.S., Dadabaev A.K., Khalilov Sh.M. THE INFLUENCE OF VARIOUS FORMS OF THE DRUG LITOLIT-A ON MOTOR-BEHAVIORAL ACTIVITY IN THE EXPERIMENT</i>	56
<i>Касимов Э.Р., Ахмедова Д.Б., Мусаев Х.А., Халилов Х.Д. ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННЫХ НООТРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА СОДЕРЖАНИЕ ГЛЮКОЗЫ ПРИ РАЗВИТИИ ГЕМИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ</i>	<i>Kasimov E.R., Akhmedova D.B., Musaev Kh.A., Khalilov Kh.D. THE INFLUENCE OF COMBINED NOOTROPIC DRUGS ON GLUCOSE LEVELS DURING THE DEVELOPMENT OF HEMIC HYPOXIA</i>	60

НОСПЕЦИФИК АОРТОАРТЕРИИТ (ТАКАЯСУ КАСАЛЛИГИ)

Каримов Ш.И., Ирнazarов А.А., Юлбарисов А.А., Алиджанов Х.К., Рахматалиев С.Х.

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ АОРТОАРТЕРИИТ (БОЛЕЗНЬ ТАКАЯСУ)**КАРИМОВ Ш.И., ИРНАЗАРОВ А.А., ЮЛБАРИСОВ А.А., АЛИДЖАНОВ Х.К., РАХМАТАЛИЕВ С.Х.****NONSPECIFIC AORTOARTERITIS (TAKAYASU'S ARTERITIS)**

Karimov Sh.I., Irnazarov A.A., Yulbarisov A.A., Alidjanov H.K., Rakhmataliyev S.H.

Тошкент тиббиёт академияси

Описана история выявления неспецифического аортоартериита, проведения первых операций, а также методы диагностики и комплексного лечения болезни Такаясу. Подчеркнуто, что лечение данного заболевания направлено на первичную и вторичную профилактику ишемического инсульта.

Ключевые слова: *хроническая сосудисто-мозговая недостаточность, ишемический инсульт, сонные артерии.*

The history of the detection of nonspecific aortoarteritis, the first operations to the present day are described. The methods of diagnostics and complex treatment of Takayasu's disease are discussed. It is emphasized that the treatment of this disease is aimed at primary and secondary prevention of ischemic stroke.

Key words: *chronic cerebrovascular insufficiency, ischemic stroke, carotid artery.*

Носпецифик аортоартериит (Такаясу касаллиги, ёш аёллар артериити, пульсиз касаллик, окклюзив тромбоаортопатия, аорта ёйи синдроми) жуда кам учрайдиган аутоиммун тизимли яллиғланиш касаллиги бўлиб, у грануломатоз васкулитга асосланган бўлиб, томирларнинг иккинчи даражали ишемиясига олиб келади. Биринчи марта носпецифик аортоартериитнинг тавсифи 1830 йилда Р. Ямамото томонидан берилган. 1908 йилда офталмология профессори Такаясу ёш аёлда марказий ретинал артерия артериовеноз оқмасининг клиник ҳолатини батафсил тасвирлаб берди. Кейинчалик, 1951 йилда Шимизу ва Сано «Pulseless Disease» деб номланган ишни нашр этишди. Бунинг сабаби аорта ёйдан чўзилган йирик артерияларнинг тикилиб қолиши эди [23].

Такаясу артериити (ТА) кам учрайдиган нозология ҳисобланади. Касаллик 1 000 000 аҳолига ўртача 1,2-2,6 ҳолатни ташкил қилади ва яшаш жойи ва этник гуруҳга қараб ўзгаради. Дастлаб, ТА асосан Жануби-Шарқий Осиё мамлакатларида (Япония, Ҳиндистон) учрайди деб қаралган, лекин сўнгги пайтларда Шимолий Америка ва Европа популяцияларида кузатувлар сони ортиб бормоқда. Швецияда ТА 6,4/1,000,000 частота билан учрайди. [11], Буюк Британияда 0,8/1,000,000 [13], Японияда 49/1,000,000 аҳоли [14]. Ушбу патологиянинг камдан-кам учраганлиги ташхиснинг мураккаблиги ва ўз вақтида аниқланмаслиги, даволанишнинг етарли эмаслигини белгилайдиган омиллардан бирига айланади, бу эса эрта ногиронлик ва ҳаёт учун хавфли асоратларнинг юқори хавфига олиб келади [10]. Кўпинча (75-97%) ҳолатларда касаллик аёлларда учрайди, ташхис қўйиш вақтида беморларнинг ўртача ёши 25-30 ёшни ташкил қилади [18]. Аёл ва эркак нисбати, турли муаллифларнинг фикрига кўра, Ғарб мамлакатларида 2:1 дан Шарқ мамлакатларида 10:1 гача. Ғарбий мамлакатларда ва Ўзбекистонда

ТА билан касалланиш кўрсаткичи 1 миллион кишига 2,6 ни ташкил қилади.

ТА этиологияси ҳали аниқланмаган. Генетик, аутоиммун, вирусли патогенез моделларининг роли, гормонал дисрегуляциянинг аҳамияти кўп деб ҳисобланади. Шу билан бирга, қон томирларининг шикастланиши иммунокомплекс характерга эга эканлиги аниқланган, бу қонда ва аорта деворида яллиғланишга қарши цитокинларнинг, айланиб юрувчи иммун комплексларнинг ва аортага қарши антителаларнинг юқори плазма даражасини аниқлаш билан тасдиқланади. Носпецифик аортоартериит билан касалланган беморларда қон томир эндотелиал хужайраларида антителаларнинг аниқланиши ҳақида далиллар мавжуд, аммо ҳозирги вақтда носпецифик аортоартериитни аниқлаш учун диагностик аҳамиятга эга лаборатория белгилари тўлиқ мавжуд эмас. Кўпгина тадқиқотчилар яллиғланиш жараёнининг фаоллигини баҳолаш учун тизимли яллиғланишнинг клиник кўринишларига - эритроцитлар чўкиш тезлигига (ЭЧТ) ва С-реактив оқсил (СРО) даражасига эътибор қаратиш керак, деб ҳисоблашади [4]. ТА бошқа аутоиммун патологиялар билан биргаликда пайдо бўлиши мумкин - Крон касаллиги, аутоиммун тиреоидит, ревматоид артрит, тизимли қизил югурук. Аутоиммун касалликлар биргаликда келганда ТА белгиларини яшириши ва қон томир яллиғланиш фаоллигини баҳолашни қийинлаштириши мумкин [5]. Таъкидланганидек, касал одамларда соғлом аҳолига қараганда ирсий мойилликни кўрсатадиган ҲЛА-В5, ҲЛА-А10 антителаларининг гисто-мослашуви тез-тез учрайди.

Носпецифик аортоартериитда фиброз ва қалинлашув, биринчи навбатда, артериал деворнинг ўрта (медиа) ва ички (интима) қатламларида кальцификацияларсиз ривожланади. Атеросклеротик жараёнларда, аксинча, артериянинг эндотелий қаватида атеросклеротик пиллакча пайдо бўлади, кальцинат-

ланади ва ўрта қатлами сиқилиш туфайли ультратовуш текширувида кўринадиган кўпроқ эҳоген бўлиб кўрилади. ТА дан фарқли ўлароқ, камдан-кам ҳолларда узайган доиравий характерга эга. Бундан ташқари, артериитда акс-садо массалари бир жинсли тузилишга эга бўлиши, атеросклероз ривожланишида эса улар гетероген яни ҳар хил бўлиши ҳам муҳимдир [3].

ТАнинг тез-тез учрайдиган биринчи намоён бўлиши иситма, тунги терлаш, заифлик, чарчоқ, анорексия, вазн йўқотиш (ўткир босқич) билан бирга келадиган тизимли яллиғланиш синдромидир. Тақиясу артериитига катта эҳтимоллик билан шубҳа қилишга ёрдам берадиган касалликнинг характерли клиник белгиларидан бири бу артериялар бўйлаб оғриқлар, хусусан, уйқу артерияларида. Лекин сўнгги йилларда унинг частотаси 20% гача камаймоқда. [1]. Артериитнинг ўзига хос локализацияси мавжуд бўлиб, улар беморни текширишга асосланиб, ТАга шубҳа қилиш имконини беради. Аввало, бу ўмров ости ва каротид артерияларнинг стенозлари бўлиб, уларнинг шикастланиш частотаси 96% га этиши мумкин. Носпецифик аортоартериитда артериал томирларнинг табиатига кўра стеноз ва окклюзион (сурункали фаза) фарқланади. Окклюзия даврда қон томир етишмовчилиги белгилари пайдо бўлади, масалан, қўлларнинг увишиши, ҳаракатда оғриқ, кўриш хиралашиши, вақтинчалик кўрлик, вақтинчалик ишемик хуружлар, гемиплегия, параплегия ва бошқалар (кейинги ўринларда «қуйиш босқичи» ёки «қуйган босқич»), фиброз ёки артерияларнинг аневризмал трансформацияси шаклланади, бу кўпинча касалликнинг ремиссияси билан боғлиқ. Бу босқич барча беморларда содир бўлмайди. Тахминларга кўра, бу босқич минимал аломатлар билан намоён бўлади, аммо адабиётда бунинг учун жуда кам далиллар мавжуд [4]. Бугунги кунга келиб, жаҳон амалиётида ТА ташхисини қўйишда Америка ревматология мактаби мезонлари қўлланилади, улар ҳам носпецифик аортоартериит бўйича миллий кўрсатмаларда келтирилган [1]. Агар қуйидаги 6 та шартдан 3 таси бажарилса, 91% сезувчанлик ва 98% ўзига хослик билан тўғри ташхис қўйиш мумкин:

1. 40 ёшдан олдин бошланади.
2. Интервалент ремиссия.
3. Бир ёки икки томондан брахицефал артерияларнинг пульсациясининг заифлашиши.
4. Систолик қон босимининг фарқи 10 mm.sim. ust. дан ортиқ.
5. Бир ёки иккита ўмров ости артериялар ёки қорин аортаси, унинг асосий шохлари ёки проксимал юқори ёки пастки артерияларнинг устидан шовқин.
6. Ангиографик тадқиқотлар бўйича артерияларнинг стенози ёки окклюзияси мавжудлиги (артерияларнинг атеросклеротик жараёнлари ёки фибромускулялар дисплазия бундан мустасно).

ТА кўп йиллар давомида секин ўсиб борувчи курс билан тавсифланади, ремиссиялар ва релапслар билан юзага келади, беморларнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада ёмонлаштиради. Томир етишмов-

чилиги белгилари стенознинг секин ривожланиши билан коллатерал қон айланишининг пайдо бўлиши туфайли текисланиши мумкин [6]. Ўлим сабаблари - юрак етишмовчилиги, мия касалликлари, миокард инфаркти. Каротид артерияларнинг жуда кенг тарқалган шикастланишларини ҳисобга олган ҳолда, ТА билан оғриган беморларни даволашнинг муҳим жиҳати ўткир цереброваскуляар хуруж (ЎСВХ), хусусан, ишемик инсултнинг олдини олишдир [17].

ТА бир вақтнинг ўзида аорта ва унинг кўплаб шохларини шикастланишига олиб келади. Беморларнинг тахминан 30 фоизда патологик жараёнда аорта ёйи шохлари иштирок этади, беморларнинг 10-15%да унинг торакоабдоминал соҳасининг алоҳида шикастланиши, ярмида бир нечта артерияларнинг қўшма шикастланиши кузатилади [1]. Учраш частотасининг камайиши тартибида брахиоцефалик артериялар қуйидагича тақсимланади: ўмров ости ва умумий уйқу артериялари, брахиоцефалик магистрал, ташқи уйқу артериялари, ички уйқу артериялари, вертебрал артериялар. Коронар артерияларга 10-30% таъсир қилади ва ўпка, жигар ёки ёнбош артерияларнинг изоляцияланган шикастланиши жуда кам учрайди. Қон томир локализациясига кўра, ТА турли хил клиник «ниқоблар» ёки уларнинг комбинациясини олиши мумкин, бу эса клиник кўринишнинг хилма-хиллигини белгилайди. Р.Мориваки ва бошқалар томонидан таклиф қилинган таснифга кўра. 1997 йилда ТА нинг 5 та томир тури мавжуд бўлиб, улар касалликнинг аномик таснифига имкон беради [22].

ТА нинг клиник кўринишларига умумий заифлик, иситма, вазн йўқотиш, миалгия ва артралгия киради. Аорта ёйи шохлари зарарланганда, бўлиши мумкин қон босимининг асимметрияси, битта ёки иккала радиал артерияда пульснинг заифлашиши, унинг тўлиқ йўқолишига қадар, бош айланиши, онгни йўқотиш эпизодлари, кўришнинг хиралашиши, юриш пайтида беқарорлик, қўлларда заифлик, томирлар устидаги систолик шовқин. Коронар артерияларнинг шикастланиши билан боғлиқ коронар етишмовчилик ҳам учраши мумкин ва 2/3 ҳолларда беморларда юрак соҳасидаги оғриқлар ҳақида одатий шикоятлар мавжуд эмас [8]. Носпецифик аортоартиитни кўпинча «пульссиз касаллик» деб аталишига қарамай, бу классик аломат ҳар доим ҳам беморларда аниқланмайди, чунки касалликнинг клиникаси қон томир ҳавзасининг иштироки билан белгиланади. Агар беморда, масалан, қорин аортасининг артериялари зарарланган бўлса, бундай белги бўлмаслиги мумкин [5], қўл ва оёқ артерияларида (аорта коарктациясига ўхшаш) қон босими градиентининг йўқлиги, мумкин бўлган касалликнинг муҳим объектив аломати.

Тақиясу касаллигини ташхислашнинг соддалиги ва қулайлигига қарамай, тўғри ташхис касалликнинг биринчи белгилари бошланганидан кейин ўртача 5-10 йил ўтгач белгиланади. Кеч ташхис қўйиш сабаблари, қоида тариқасида, шикоятларнинг тўлиқ тўплами ва беморларни текширишнинг бирламчи - умумий клиник босқичида текшириш билан боғлиқ

бўлиб, бу нафақат кам учрайдиган, балки тез-тез учрайдиган нозологиялар учун ҳам ачинарли умумий қоидадир. Беморни бироз чуқурроқ ўрганишни талаб қилади [15]. Касалликнинг дастлабки босқичларида, органларда ишемик шикастланиш белгилари ҳали ҳам мавжуд бўлмаганда, алоҳида қийинчиликлар пайдо бўлади [7].

Ревматизмга қарши Европа ассоциацияси (2018) кўрсатмаларига кўра, ТА ташхиси бўлган беморларда магнит-резонанс томография (МРТ), агар мавжуд бўлса, ТА ташхиси учун биринчи томография тести сифатида томирларнинг яллиғланишини аниқлаш учун ишлатилиши керак. Позитрон эмерсион томографияси (ПЭТ), компьютер томографияси (КТ) ва ультратовуш текширувлари ТА га шубҳа қилинган беморларда муқобил тасвирлаш усуллари сифатида фойдаланиш мумкин. ТА ташхисини бошланғич босқичларда аниқлаш учун аъъанавий ангиография тавсия этилмайди [16].

Артерияларнинг ультратовуш текшируви ТА ташхиси ва мониторинги учун бир қатор жиддий камчиликларга эга. Буларга томир деворининг қайта тузилиши ҳали рўй бермаган бўлса, қон томир яллиғланишини эрта ташхислашнинг имкони йўқ, қон томир яллиғланишининг қолдиқлари мавжудлигини баҳолашнинг мумкин эмаслиги, шунингдек, айрим артерияларни сканерлашда қийинчиликлар (субклавиан артерияларнинг ўрта сегменти, торакал аорта, ўпка ва коронар артериялар) [12]. Допплер ультратовуш биринчи навбатда асосий артериал магистралларнинг шикастланишини аниқлашда фойдалидир.

ТА фаоллигини ташхислаш ва аниқлаш учун ПЭТ/КТдан фойдаланиш жуда истиқболли. Илмий адабиётларда тушунарли «ўзига хос бўлмаган» аломатлари бўлган беморларнинг бир қатор кузатувлари, шу жумладан субфебрил ҳолат ёки келиб чиқиши номаълум бўлган иситма, кўплаб тадқиқотлардан сўнг ташхис аниқланмаган ва фақат ПЭТ / КТда диффуз интенсив тўпланиш аниқланган. Флородеоксиглюкозанинг аорта ва йирик томирларда, чунки у хавфли ўсмаларда ҳам, яллиғланиш тўқималарида, шу жумладан томирларда тўпланади. Иккинчи ҳолда, флородеоксиглюкозанинг асосий қабул қилувчиси иммунокомпетент хужайралар - макрофаглар, фибробластлар, лимфоцитлар ёки нейтрофиллар бўлиб, улар радиофармацевтик моддаларни тўплаш соҳасидаги метаболик фаолликни кўришга имкон беради ва шунинг учун уларнинг тарқалиши ва фаоллигини объектив қилади. юқори ўзига хослик ва сезгирлик билан жараён, ТА учун мос равишда 92% ва 100% га этади. Бундан ташқар

ри, ПЭТ/КТ жараёнларнинг ҳар хил турларини, жумладан гигант хужайрали артериит, ТА ва атеросклерозни фарқлаш учун ишлатилиши мумкин [9].

Носпецифик аортоартериитнинг фаоллик даражаси бўйича ягона тасниф мавжуд эмас. Васкулит фаоллиги учун бир нечта шкалалар ва мезонлар таклиф қилинган; Бирмингем васкулит фаоллиги рейтинги амалий фойдаланиш учун энг қулай ҳисобланади [20,21].

Аортоартериитни даволаш томир деворидаги фаол яллиғланишни бостиришга қаратилган. ТА ни даволаш бўйича Европа кўрсатмаларига мувофиқ, фаол ТА ремиссиясини кўзғатиш учун юқори дозали глюкокортикоид терапияси (40-60 мг/кун преднизолон ёки эквиваленти) дарҳол бошланиши керак. Келажакда глюкокортикоидларнинг дозасини 2-3 ой давомида кунига 15-20 мг, 1 йилдан кейин эса кунига ≤10 мг гача камайтириш тавсия этилади.

Метотрексат ёки микофенолат мофетил, лефлуноמיד ёки азатиоприн ёки циклофосфамид ҳам қўлланилиши мумкин (агар бошқа даволаш усуллари самарасиз бўлса ёки толерантлик ёмон бўлса) [19].

Носпецифик аортоартериитни даволаш билан шуғулланадиган етакчи клиникаларга кўра, жароҳлик даволаш учун кўрсатмалар беморларнинг 12-60% да учрайди. Таъсирланган артериал девор қатламларга бўлинишини йўқотишини ҳисобга олсак, айниқса ўткир ва сурункали касаллиги бўлган беморларда, артериялардан эндартерэктомия қилиш жуда қийин бўлади. Шунинг учун носпецифик аортоартериитли беморларда аутоматериал ва протез операциялари артериал реконструкциянинг асосий тури ҳисобланади [1].

Адабиётлар рўйхати билан таҳририятда таънишишингиз мумкин

НОСПЕЦИФИК АОРТОАРТЕРИИТ (ТАКАЯСУ КАСАЛЛИГИ)

Каримов Ш.И., Ирнazarов А.А., Юлбарисов А.А., Алиджанов Х.К., Рахматалиев С.Х.

Носпецифик аортоартериит касаллигини шу кунгача бўлган тарихи ва операциялари ҳақидаги маълумотлар тасвирланган. Такаясусу касаллигини ташхислаш ва комплекс даволаш усуллари кўриб чиқилади. Ушбу касалликни даволаш бирламчи ва иккиламчи ишемик инсультнинг олдини олишга қаратилганлиги такидланган.

Калит сўзлар: сурункали бош-мия қон айланиш этишмовчилиги, ишемик инсульт, уйқу артериялари.

