

## АОРТА РАВОҒИ КАСАЛЛИКЛАРИДА КЎЗ ИШЕМИК СИНДРОМИНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИНИНГ ЎЗИГА ХОС ЖИҲАТЛАРИ

Камилов Х.М.,

<sup>1</sup>Тиббиёт ҳодимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази

Зокирходжаев Р. А.

Тошкент тиббиёт академияси.

Хасанов Н. Н.

Ички ишлар вазирлиги Марказий Госпитали

### Аннотация

Кўз ишемик синдроми (КИС) умумий ёки ички уйқу артериясининг стенози, окклюзияси ҳисобига тўқималар гипоперфузияси ва гипоксияси рўй берганда ривожланувчи касалликдир. КИС XX асрнинг ўрталарида алоҳида нозология сифатида кенг ўрганила бошланди. Hedges, Kearnst, Hollenhorst (1963) каби муаллифлар ўз тадқиқотларида илк марта бу ҳақида хабар беришиб, бу ҳолатни «венос димланишли ретинопатия» деб номлашган. Бир томонлама стеноз ёки ички уйқу артериясида окклюзияси мавжуд 5% беморларда КИС ташҳиси аниқланган. КИС атеросклероз, қонда холестерин миқдорининг ошиши, юрак ишемик касаллиги, артериал гипертензия каби ҳолатлар билан бирга кечади. Хозирги кунда ушбу синдромни даволашга ёндошув фақат консерватив яъни маҳаллий ишемия ва гипоксияни камайтиришга қаратилган. Кейинги йилларда кўзнинг ишемик яллиғланиши, ишемик коагулопатия, ишемик офтальмопатия каби турли хил тиббий атамалар билан аталишига қарамай, ушбу касаллик ҳозирга қадар кам ўрганилган ва ўз долзарблигини йўқотмаган патологиялар сирасига киради.

**Калит сўзлар:** кўз ишемик синдроми, каротид артериялар стенози, эндотелиал дисфункция, цереброваскуляар тизим, атеросклероз,

**Долзарблиги** Кўз ишемик синдроми (КИС) уйқу артерияларининг оғир окклюзион касалликларида кузатилиб, кўзнинг яққол ифодаланган гипоперфузияси билан биргаликда кечади. Ушбу синдромнинг юзага чиқиши учун ипсилатерал (гомолатерал) уйқу артериясида энг камида 90% гача стеноз аниқланиши лозим КИС кўп этиологияли касаллик ҳисобланиб у организмнинг умумий касалликлари яъни юрак ишемик касаллиги, атеросклероз, қандли диабет, артериал гипертензия каби касалликлар билан бирга кечади.

**Тадқиқот мақсади.** Аорта равоғи касалликларида юзага келувчи кўз ишемик синдроми белгиларини эрта аниқлаш ва уларнинг клиник кечишини ўзига хос жиҳатларини ўрганиш.

**Материал ва усуллар.** Ички ишлар вазирлиги Марказий Госпиталига қарашли Ихтисослаштирилган жаррохлик бўлинмасида 2021-2022 йилда кўз ишемик синдроми ташхиси билан даволанган 20 нафар бемор (26 та кўз). Беморларнинг ўртача ёши  $54,6 \pm 10,3$  ёшни ташкил этди. Қойка кун ўртача  $12,9 \pm 4,9$  ни ташкил этди.

Барча беморлар касаллик кечиши ва анамнезга кўра 2 гуруҳга бўлинди. I асосий гуруҳдаги 14 нафар беморда тўр парда томирларининг окклюзияси 20 та кўзда аниқланди. II асосий гуруҳдаги 6 нафар беморда сурункали ишемик нейрооптикопатия 6 та кўзда аниқланди.

Умумофтальмологик текширув усулларида биомикроскопия, визометрия, компьютер ва сферик периметрия, офтальмотонометрия, офтальмохромоскопия ўтказилди. Махсус текширув усулларида брахиоцефал қон томирларнинг ультратовушли доплер текшируви, МСКТ ангиография, каротид ангиографиялар ўтказилди. Комплекс текширув илк мурожаат вақтида, даволанишнинг 5 ва 10 кунлари ўтказилди.

Барча беморларни даволашда тиббий стандартлар асосида дори воситалари буюрилди.

### **Олинган натижалар таҳлили.**

Беморларнинг шикоятлари кўриш ўткирлиги пасайиши, кўз олдида вақтинчалик пайдо бўладиган туманга, кўз олмаси атрофидаги оғриқларга бўлиб, биомикроскопияда шох пардада шиш, рангдор пардада атрофия, офтальмоскопияда тўр парда артерияларининг торайиши, веналарнинг кенгайиши, микроаневризмалар, нуқтасимон ва доғ кўринишидаги майда қон қуйилишлари, кўрув нерви дискининг ва макуланинг шиши, тўр парда марказий артериясининг спонтан пульсацияси кузатилди. Адекват консерватив терапия бошлангач, бу шикоятлар иккала гуруҳда 5-6 кунга келиб камайиб бошлади.

Биринчи асосий гуруҳда кўриш ўткирлигининг тўсатдан йўқолиши 16 та кўзда рўй бериб ўртача  $1/\infty$  gr.l.certa дан то 0 (ноль) гача, пасайиб бориши 8 та кўзда  $0,06 \pm 0,02$  гача, иккинчи гуруҳда эса кўришнинг фақатгина доимий равишда камайиб бориши билан 6 та кўзда  $0,1 \pm 0,08$  кўрсаткичлар аниқланди. I асосий гуруҳда 10 кунга келиб кўриш ўткирлиги 3,3 мартага, II асосий гуруҳда эса 2,1 мартага яхшилашганлигини кўришимиз мумкин. Гуруҳлар орасидаги нисбатнинг 1,57 мартага фарқланиши биринчи гуруҳдаги беморларда жараённинг ўткир типда кечиши ва оптимал консерватив даво олиб борилганда унинг осон бартараф этилиши билан боғлиқлиги ойдинлашади.

Тонометрия барча гуруҳдаги беморларда кузатув даври мобайнида меъёрий кўрсаткичларни қайд этиб, ўртача  $12,5 \pm 2,8$  мм. сим. уст. ни ташкил этди.

Ахроматик кинетик компютер периметриясида илк даврларда I асосий гурухдаги беморларда тўр парданинг таъсирот бўсағаси ўртача  $15,7 \pm 2,9$  децибелни (Дб) ташкил этган бўлса, 10 кунга келиб  $18,8 \pm 1,9$  Дбга эга бўлди. Ушбу кўрсаткич II асосий гурухдаги беморларда эса юқоридаги текширув даврларига мос равишда  $19,0 \pm 4,2$  ва  $18,2 \pm 2,5$  Дбни ташкил этди. Бу гурухга мансуб кўрсаткичларнинг деярли ўзгаришсиз қолганлигининг асосий сабаби сифатида ганглионар хужайралар аксонларининг қайтмас апоптози ҳисобига эканлигини кўришимиз мумкин. Статик периметрияда ҳам юқоридаги фикрлар ўз исботини топди. Дифференциал ёруғликни сезишда умумий кўрув майдони йиғиндиси I асосий гурухда илк даврда  $400 \pm 48,1$  градусни ташкил этиб, 10 кунга келиб унинг 1,13 мартага ( $450 \pm 25,7$ ) ошганлигини кўришимиз мумкин. II асосий гурухда бунга мос равишда  $435 \pm 48,6$  ва  $487 \pm 29,3$  градус кўрсаткичига эга бўлди. Кўрув майдонида 10 кунга келиб биринчи гурухда нисбий ва абсолют типдаги скотомалар 63,5% дан 29,6% га камайган бўлса, иккинчи гурухда бу кўрсаткичларнинг фарқи 15,8% ни ташкил этди.

Сурункали типда кечганда 26% бемор динамикасида ижобий тарафга ўзгарган бир вақтда бу натижа биринчи асосий гурухда 63%га эга бўлди.

### **Хулосалар.**

Уйқу артерияларининг стенози асоратлари цереброваскуляр тизимда намоён бўлгунга қадар, унинг илк белгилари аввало кўзда юзага чиқиши сабабли офтальмолог бу касалликни ўз вақтида аниқлаши ва тўғри ташҳис қўйиши жуда муҳим.

Тор мутахассисларнинг ўзаро ҳамкорликда иш олиб бориши КИС асоратларининг ривожланишини олдини олади.

Офтальмологик даволашда асосий эътибор кўзнинг орқа қутбидаги ўзгаришларга қаратилган бўлиши ортидан кўриш ўткирлигини буткул йўқотилиши туфайли ногиронликни юзага келиши хавфи бартараф этилади.

Тўр пардадаги қон томирларнинг кичик калибрдалиги сабабли жарроҳлик аралашуви имконсизлиги туфайли офтальмологик стандарт даво чора тадбирларига тромболитик дори воситаларини қўлланилишини алгоритмининг киритилиши жуда ҳам муҳим.

### **Фойдаланилган адабиётлар**

1. El Euch M., Zhioua I., Jaziri F., et al. Ocular ischemic syndrome and facial palsy associated with cryoglobulinemia and primary Sjögren's syndrome // J. Fr. Ophthalmol. -2020. –Vol. 43. –P. e397–e399. <https://doi.org/10.1016/j.jfo.2019.11.007>.
2. Iorga E.R., Costin D., Vascular emergencies in neuro-ophthalmology // Rom. J. Ophthalmol. -2020. –Vol. 64. –P. 323–332. <https://doi.org/10.22336/rjo.2020.54>.

3. Reddy S., Tyagi M., Suresh A., A. Dogra, Multimodal imaging in bilateral ocular ischaemic syndrome with anterior ischaemic optic neuropathy in a case of Takayasu arteritis // *BMJ Case Rep.* -2020. –Vol. 13. <https://doi.org/10.1136/bcr-2020-236351>.
4. Reinhold A., Tzankov A., Matter M.S., et al., Ocular Pathology and Occasionally Detectable Intraocular Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2 RNA in Five Fatal Coronavirus Disease-19 Cases // *Ophthalmic Res.* -2021. –Vol. 64. –P. 785–792. <https://doi.org/10.1159/000514573>.
5. Sakai H., Kawata K., Masuoka J., et al. Diagnosis and clinical course of ocular ischemic syndrome with retinal vascular abnormalities due to unilateral ocular artery and internal carotid artery stenosis in a child with neurofibromatosis type 1: a case report // *BMC Ophthalmol.* -2020. –Vol. 20. <https://doi.org/10.1186/s12886-020-01670-z>.
6. Wang M., Gao Y.-F., Chen W., et al. Correlation of ischemic ophthalmopathy with lacunar infarction., *Int. J. Ophthalmol.* -2020. –Vol. 13. –P. 960–964. <https://doi.org/10.18240/ijo.2020.06.16>.