

ТЕМИР ТАНҚИСЛИГИ АНЕМИЯСИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН УРТАЧА СИМПАТИК НЕРВ ТИЗИМИ ТОНУСИГА ЭГА ТУҒАДИГАН АЁЛЛАРДА ОНА-ЙЎЛДОШ – ХОМИЛА ТИЗИМИДАГИ УЗГАРИШЛАР

Карабаева М. А.

Самарканд давлат тиббиёт университети физиология кафедраси ассистенти

Худоярова Д. Р.

Самарканд давлат тиббиёт университети акушерлик ва гинекология кафедраси мудири т.ф.д., доцент

Карабаев А. Г.

Самарканд давлат тиббиёт университети физиология кафедраси мудири т.ф.д., доцент

ARTICLE INFO.

Калит сўзлар:

Темир танқислиги анемияси, вегетатив реактивлик, она, йўлдош, хомила.

Резюме

Мақола актуал муаммо – ўрта оғир темир танқислиги анемияси билан касалланган туғадиган аёлларда вегетатив реактивлик асосида она-йўлдош-хомилада юзага келадиган ўзгаришларга бағишланган. Илмий изланиш ўрта оғир даражали темир етишмовчилик анемияси билан касалланган 30 та туғадиган аёлларда олиб борилди. Олинган маълумотларга эътибор берилганда, ўрта оғир даражали темир танқислиги анемияси билан касалланган туғадиган аёлларда ўртача симпатик нерв тизими реактивликка эга бўлган туғадиган хомилалар аёллар миқдори 70% (21 тани) ташкил қилиб, уларда темир танқислиги анемиясининг ўрта оғир даражасига боғлиқ ҳолда хомила вазни 5,82 %га, йулдош катта ўлчами 3,3 % га, кичик ўлчами 3,7% га қалинлиги 3,9 % вазни эса 5,8% камайиши кузатилди.

<http://www.gospodarkainnowacje.pl/> © 2022 LWAB.

Долзарблиги. Хозирги вақтда она-йўлдош - хомила функционал тизимидаги ўзгаришлар, перинатал ва постнатал даврда акушерлик амалиётида асосий муаммолардан бири бўлиб келмоқда.[11; 13; 7; 1] Бу муаммонинг асосида акушерлик ва экстрагенитал патология ётиб, бундай патологик ўзгаришларнинг асосида темир танқислиги анемияси асосий ўринлардан бирини эгалаб келмоқда. Саёрамизда темир танқислиги анемияси билан билан 2 млрд га яқин аҳоли касалланиб келмоқда. Хомилалар аёлларда темир танқислиги анемияси ташхис қўйиш, олдини олиш ва даволашнинг замонавий усуллари жорий этиш, ҳозирги кунда муҳим муаммолардан бири ҳисобланади [8].

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотида асосан хомилалар аёллар орасида, камқонликнинг тарқалиши 80% ташкил этиб, камқонликнинг деярли 90% улуши, темир

танқислиги анемиясига тўғри келади [2; 6; 12; 5]. Темир етишмовчилиги инсон организмида электрон ташилишини ишдан чиқариб хомиладор организмида, ҳамда хомилада гипоксик ўзгаришларни ҳамда турли хил асоратларни келтириб чиқаради. [4;15; 20; 17; 22; 21]. Организмда юзага келадиган хар қандай ўзгаришлар Марказий нерв тизими, вегетатив нерв тизими, ҳамда нейроэндокрин тизими текислигида реактивликни таъминлаб, ўз навбатида қўзғалиш, мослашиш, айрим холларда толиқиш босқичларида намоён бўлади [14; 9; 10. 3; 18; 19]. Бу босқичларда юзага келадиган ўзгаришлар она-йўлдош - хомила функционал тизимида таъсир этмай қуймайди.

Ўз навбатида хомиладорликда организмнинг темирга бўлган эҳтиёжи ошиши, шу билан бир қаторда хомиладорликнинг 2-3 ойлигида хомиладор аёл организмида айланадинган қон хажмининг ортиши, хомиланинг ривожланиши, шу билан бир қаторда хомиладорликнинг охири хафталарида лактациянинг шаклланиши темирга бўлган эҳтиёжни янада оширади жами 1500 мг темирни талаб қилиш эҳтиёжи шаклланади. Бундай жараёнлар оқибатида хомиладор аёл организмида шу билан бир қаторда хомила организмида темир етишмовчилик анемияси шаклланиб она- йўлдош- хомила текислигида турли хил патологик ўзгаришлар юз беради.

Бу босқичларда юзага келадиган ўзгаришларни ўрганиш ва аниқлаш перинатал ва постнатал даврда юзага келадиган ўзгаришларнинг олдини олишда катта ўрин тутади. Шу билан бир қаторда темир етишмовчилик анемияси билан касалланган хомиладор аёлларда юзага келадиган вегетатив ўзгаришларга боғлиқ холда йўлдошда, хомилада юзага келадиган ўзгаришлар темир етишмовчилиги анемиясининг даражасига боғлиқ холда хозирги вақтгача тўлиқ ўрганилмаган. Юқорида қайд қилиб ўтилган жараёнларга эътибор берилган холда, темир етишмовчилиги анемиясининг даражасига боғлиқ холда, вегетатив реактивликка боғлиқ холда йулдошда, хомилада юзага келадиган ўзгаришларни аниқлаш акушерликда актуаль муаммолардан бири бўлиб қолади.

Мақсад: Темир етишмовчилик анемиясини ўрта оғир даражаси билан касалланган ўрта симпатик нерв тизими реактивлигига эга туғадиган аёлларда йўлдош ва хомиладаги ўзгаришларни аниқлаш.

Ишнинг материали ва усули. Материал Самарканд давлат тиббиёт университети 1 клиникаси туғруқ бўлимида 30 та туғадиган аёлларда ўрганилди. Хар бир гуруҳдаги хомиладор аёлларда, қоннинг умумий тахлили, вегетатив реактивлик, йўлдошнинг ўлчамлари, массаси шу билан бир қаторда хомиланинг вазни ўрганилди.

Олинган натижалар ва уларнинг тахлили

Физиологик хомиладорликка эга туғадиган аёлларда қоннинг умумий тахлили ўтқазилганда эритроцитлар миқдори $3,8 \pm 0,03 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин миқдори эса $112,8 \pm 0,5$ г/л ни, ранг кўрсаткичи эса 0,89 ни ташкил этиб, Уларда нафас олишлар сони минутига $16,2 \pm 0,3$ марта, юрак уришлар сони эса минутига $76,8 \pm 1,0$ га тенг. Хильдебрант. коэффиценти эса $4,7 \pm 0,1$ ни ташкил қилди. КИГ ёрдамида вегетатив реактивлик ўрганилганда: хомиладор аёлларнинг 100% симпатик нерв тизимининг бошқариш активлиги АМО- $78,09 \pm 1,3$ ни ташкил этиб ўртача вегетатив реактивликка эга эканлиги аниқланди туғилган чақалоқнинг вазни эса $3349,7 \pm 29,0$ гр. ташкил этди. йулдошнинг ўлчамлари ўрганилганда, йўлдошнинг катта диаметри $175,3 \pm 1,8$ мм, кичик диаметри эса $164,6 \pm 1,8$ мм, қалинлиги $2,6 \pm 0,3$ ни, йўлдошнинг вазни эса $523,2 \pm 4,5$ гр ташкил этиб, хамила вазнининг йўлдош вазнинга нисбати эса $6,4 \pm 0,01$ ни ташкил этди.

Темир етишмовчилик анемиясининг ўрта оғир даражаси билан касалланган туғадиган аёлларда қоннинг умумий тахлили ўтқазилганда эритроцитлар миқдори $3,59 \pm 0,02 \cdot 10^{12}/л$ ($P < 0,01$), гемоглобин миқдори эса $94,1 \pm 0,6$ г/л ($P < 0,001$) ни, ранг кўрсаткичи эса 0,78 ($P < 0,001$) ни ташкил этиб, Уларда нафас олишлар сони минутига $16,1 \pm 0,2$ марта ($P < 0,01$), юрак уришлар сони эса минутига $81,8 \pm 1,0$ мартани ташкил этиб ($P < 0,001$), Хильдебрант коэффиценти эса $5,1 \pm 0,1$ ни

ташқил этди($P<0,001$). Уларда КИГ ёрдамида вегетатив реактивлик ўрганилганда: 70% туғадиган хомилалар аёлларда ўртача симпатик нерв тизимининг реактивлиги кузатилиб симпатик нерв тизимининг бошқариш активлиги АМО- $78,1 \pm 1,3$ ни ташқил қилиб($P<0,001$), йўлдошнинг вазни $500,8 \pm 4,1$ гр. ($P<0,001$) янгитдан туғилган чақалоқнинг вазни эса $3154,8 \pm 25,0$ гр. ташқил этди($P<0,001$). Йўлдошнинг ўлчамлари кўздан кечирилганда: катта диаметри $169,5 \pm 2,0$ мм ($P<0,05$), кичик диаметри эса $158,5 \pm 2,0$ мм ($P<0,05$), қалинлиги $2,5 \pm 0,3$ ни ($P<0,05$), йўлдошнинг вазни эса $500,8 \pm 4,1$ гр. ташқил этиб($P<0,05$), хомила вазнининг йўлдош вазнига нисбати эса $6,3 \pm 0,01$ ни ташқил этди.

Ўз навбатида шуни айтиш керакки ўрта оғир даражали темир етишмовчилик анемияси билан касалланган туғадиган аёлларда ўртача вегетатив реактивликка эга бўлган туғадиган хомилалар аёллар миқдори 70% ташқил қилиб, темир танқислиги анемиясининг даражасига боғлиқ ҳолда хомила вазни 5,82 % га, йўлдош катта ўлчами 3,3 % га, кичик ўлчами 3,7% га қалинлиги 3,9 % вазни эса 5,8% камайиши кузатилди.

Хулоса

Шундай қилиб, темир танқислиги анемияси, ҳамда унга нисбаттан химоя мослашув реакцияси асосида симпатик нерв тизимининг ўртача реактивлик ҳолда сақланиши гистогематик барьерда спастик ҳолатни, ҳамда темир танқислик ҳолатини шакилланиши, ўз навбатида газлар алмашинувининг бузилиши асосида плацентани шакилланиши, ҳамда хомила ривожланишининг бузилишини асосий сабаларидан бири ҳисобланади.

Адабиётлар

1. Апресян С.В. Гестационные осложнения и пути их профилактики у женщин с экстрагенитальными заболеваниями: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. М.; 2012. 49с.
2. Вавина О.В. Железодефицитная анемия у беременных и ее коррекция / О.В. Вавина, Т.К. Пучко, М.А. Умралиева // Медицинский совет. – 2018. - № 13. – С. 73-76.
3. Вейна А.М., Вознесенская Т.Г., Воробьева О.В. и др. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение. - М., 2008
4. Воронина И. Д. Ранние прогностические критерии развития плацентарной недостаточности у беременных с железодефицитной анемией / И.Д. Воронина, Т.Г. Щербатюк // Современные технологии в медицине. – 2016. – Т. 8. – № 4. – С. 108–112.
5. Грибкова, И.В. Фармакоэкономический анализ применения пероральных препаратов железа для лечения и профилактики железодефицитной анемии 144 беременных / И.В. Грибкова, М.Э. Холонья-Волоскова, К.И. Полякова и соавт. // Акушерство и Гинекология. - 2018. - № 3. – С. 138-144.
6. Доброхотова Ю.Э., И.В. Бахарева Железодефицитная анемия беременных: профилактика и лечение. // РМЖ. Мать и дитя. - 2018. - № 2(1). - С. 59-64.
7. Докуева Р.С., Дубровина Н.В. Дефицит железа у беременных: профилактика и лечение. Русский медицинский журнал. 2014; 22(19): 1418-23.
8. Долгополова Д.А. Прогнозирование железодефицитной анемии у беременных / Д.А. Долгополова, А.Р. Зигангирова //Наука и инновации XXI века. Материалы III Всероссийской конференции молодых ученых. – 2016. – С.135–138.
9. Карабаев А. Г., Владиславна К. Д. Изменения В Репродуктивной Системе В Период Клинической Смерти //Central Asian Journal of Medical and Natural Science. – 2022. – Т. 3. – №. 5. – С. 194-198.

10. Карабаев А., Жураева Г., Карабаев Ж., Жаббаров Р. Один из механизмов нарушения гипоталамо-гипофизарной системы в период постреанимационной болезни // Журнал проблемы биологии и медицины 2013 №1(72).С.44-46
11. Карабаева М.А. Худоярова Д. Р. Карабаев А.Г. Вегетативной реактивности беременных при тяжелой формы железодефицитной анемии // Журнал Новый день в медицине 2021;3(35) С.100-104.
12. Петров, Ю.А. Горяева А.Э. Железодефицитная анемия у беременных // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2018. – № 5-1. – С. 240-244
13. Радзинский В.Е., Ордянец И.М., Побединская О.С. Железодефицитная анемия как фактор риска плацентарной недостаточности и перинатальных осложнений. Акушерство и гинекология. 2016; 12: 125-30. <http://dx.doi.org/10.18565/aig.2016.12.125-30>
14. Стрельцова В.Л. Железодефицитная анемия беременных с позиций теории адаптационных реакций / В.Л. Стрельцова, Т.С. Быстрицкая // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. – 2011. – № 41. – С. 58–61.
15. Стуклов Н.И. Семенова Е.Н. Железодефицитная анемия. Современная тактика диагностики и лечения, критерии эффективности терапии // Журнал. Клиническая медицина. – 2013. - № 12. – С. 61-67.
16. Ушаков Г.А., Рец Ю.В. Регуляторные и адаптационные процессы в системе мать- плацента- плод при гестозе различной степени тяжести // Акуш. и гин. - 2008. - № 4. - С. 11-16.
17. Goonewardene, I.M.R. Randomized control trial comparing effectiveness of weekly versus daily antenatal oral iron supplementation in preventing anemia 158 during pregnancy / I.M.R. Goonewardene, D.I. Senadheera // J Obstet Gynaecol Res. - 2018. - Vol. 44 (3). – P. 417-424.
18. Karabaev A.G. (2020). Relationship between the reactivity of the autonomic nervous system and the morphofunctional activity of basophilic cells of the adenohypophysis in the post-resuscitation period. // Science and World International scientific journal, 3 (79). 55-62.
19. Karabayev A. G., R. I. Isroilov. (2020). Morphofunctional Changes in Basophilic Cells of the denohypophysis during Post-resuscitation Disease // Journal of Advances in Medicine and Medical Research.. 32 (8). 130-135.
20. Rubio-Álvarez, A. Incidence of postpartum anaemia and risk factors associated with vaginal birth. A. Rubio-Álvarez 1, M. Molina-Alarcón 2, A. Hernández-Martínez // Women Birth. – 2018. - Vol. 31 (3). – P. 158-165.
21. Taylor, C. L. Introduction to workshop on iron screening and supplementation in iron-replete pregnant women and young children / C.L. 168 Taylor, P.M. Brannon // Am J Clin Nutr. - 2017. - Vol. 106 (Suppl 6). - P. 1547– 1554.
22. Vinogradova, M.A. Iron deficiency anemia during pregnancy: the treatment approaches and outcomes. M.A. Vinogradova, T.A. Fedorova, O.V. Rogachevsky // British Journal of Haematology. – 2015. - Vol. 169 (suppl 1). – P. 100-101.