

NEVROLOGIYA

НЕВРОЛОГИЯ

Рецензируемый
научно-практический журнал
“НЕВРОЛОГИЯ”
Публикуется 4 раза в год

4 (96), 2023

АДРЕС РЕДАКЦИИ:

Республика Узбекистан
100007, г. Ташкент, ул. Паркентская, 51.
Тел.: 268-27-50.

Макет и подготовка к печати
проводились в редакции журнала.
Подписано в печать: 13.12. 2023 г.
Формат: 60 x 90 1/8.
Усл. печ. л. 11,16. Уч. изд. л. 7,6.
Тираж: 400 экз. Цена договорная

Оператор:
Мирзамухамедов О. Д.

Отпечатано в
ООО “GLOSSA” SHK NIM
100015, г. Ташкент, ул. Авлиё ота 93.
Тел.: (+99898)281-39-98

Журнал зарегистрирован
в Управлении печати и информации
г. Ташкента Рег. № 0129 от 06.11.2014 г.

© “Неврология” 4/2023

Электронная версия журнала
на сайтах: www.med.uz www.tipme.uz

Издается при поддержке компаний:

СП ООО “NOBEL PHARMSANOAT”
(генеральный партнер),

ООО «ВЕКТОРФАРМ»,
«АРТЕРИУМ»,

Главный редактор – профессор
МАДЖИДОВА Ё. Н.

Редакционная коллегия:

Алимов У.Х.
Асадуллаев М.М.
Азимова Н.М.
Гафуров Б.Г.
(зам. главного редактора)
Ибодуллаев З.Р.
Киличев И.А.
Мирджураев Э.М.
Матмуродов Р. Д.
Насирова И.Р.
(ответственный секретарь)
Рахимбаева Г.С.
Сабиров Д.М.
Садыкова Г.К.
Халимова З.Ю.
Халимова Х.М.
Ходжаева Н.И.
Шамансуров Ш.Ш.
Эшбоев Э. Х.

Председатель редакционного совета
Гафуров Б.Г.

Редакционный совет:

Борнштейн Н. (Израиль)
Гехт А.Б.
Ганиева М.Т.(Таджикистан)
Гусев Е.И.
Дьяконова Е.Н.
Заваденко Н.Н.
Новикова Л.Б.
Нургужаев Е.С. (Казахстан)
Скоромец А.А.
Федин А.И.
Чутко Л. С. (все Россия)
Шералиева Рена Ханум(Азербайджан)

ВОПРОСЫ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НЕРВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Собирова Д.С., Рахимбаева Г.С.

КЛИНИКО-НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ СТРУКТУРНОЙ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ ЭПИЛЕПСИИ.....2

Шодмонов Б.Р., Саттаров А.Р., Саидов С.С.

ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ МАГНИТНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ И РАННИЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ГРЫЖАМИ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА.....5

Юсупов А.У., Киличев И.А.

ИШЕМИК ИНСУЛЬТДАН КЕЙИНГИ МОТОР АФАЗИЯНИ ДАВОЛАШДА ТРАНСКРАНИАЛ МАГНИТЛИ СТИМУЛЯЦИЯНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ ЎРГАНИШ.....8

ВОПРОСЫ НЕЙРОХИРУРГИИ

Роззоқов Д.Т., Абдусатторов А.А., Мамадиев У.Б., Югай И.А.

ЎРТА НЕРВНИНГ БИЛАК СОХАСИДАН ШИКАСТЛАНИШЛАРИДА ЖАРРОХЛИК УСУЛИДА ДАВОЛАШ.....11

ВОПРОСЫ ДЕТСКОЙ НЕВРОЛОГИИ

Азимова Н.М., Маджидова Я.Н., Эргашева Н.Н., Хусенова Н.Т. ПУТИ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ.....14

Дильмуродова К. Р., Икромов З.Х., Зиядуллаева Х.О.

ОСОБЕННОСТИ ГИПОКСИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ С АПНОЭ.....17

Зияходжаева Л.У., Зияходжаева Н.А.

ФАКТОРЫ РИСКА И КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ.....19

Эргашева Н.Н., Юлдашева Г.И.

ОСОБЕННОСТИ РЕЗУЛЬТАТОВ ПАРАКЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ С ЭНМТ, ОНМТ, НМТ.....21

ВОПРОСЫ ПСИХОНЕВРОЛОГИИ

Ahrorov A.A., Ziyadullayev Sh.H., Imamov Sh.A., Imamov A.

XURUJSIMON PARANOID SHIZOFRENIYADA GENDER FAKTORNING VASVASALI BUZILISHLAR SINDROMOGENEZIGA TA'SIRINING BA'ZI KLINIK-PATOGENETIK ASPEKTLARI.....25

ВОПРОСЫ СОМАТОНЕВРОЛОГИИ

Абдукадирова Д.Т., Назарова Г.Т.

ОЦЕНКА КЛИНИКО-НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С ПОВЫШЕННЫМ ИНДЕКСОМ МАССЫ ТЕЛА.....27

ОБЗОР

Маджидова Я.Н., Бабажанова У.Т., Турсунходжаева К.Х.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ГЕМОМРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА.....30

Юсупова М.А., Мирджурев Э.М.

МЕЛАТОНИН КАК АНТИОКСИДАНТ И РЕГУЛЯТОР РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ.....32

Рахимбаева Г.С., Газиева Ш.Р.

МЕКСИДОЛ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ.....34

Маджидова Я.Н., Йулчиев Э.У.

ПОВТОРНЫЕ ИШЕМИЧЕСКИЕ ИНСУЛЬТЫ, ДЕФИНИЦИЯ, ЧАСТОТА И ФАКТОРЫ РИСКА.....42

Омонова У.Т., Зайнутдинова Д.Р.

ВРОЖДЕННЫЕ МИОПАТИИ: КЛИНИЧЕСКОЕ РАЗНООБРАЗИЕ И ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ГЕТЕРОГЕННОСТЬ.....46

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Матмусаев М.М., Кариев Г.М., Якубов Ж.Б., Асадуллаев У.М., Алтыбаев У.У., Такеучи К., Сайто Р

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ УДАЛЕНИЯ РЕТРОХИАЗМАТИЧЕСКОЙ КРАНИОФАРИНГИОМЫ ЧЕРЕЗ РАСШИРЕННЫЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ЭНДОАЗАЛЬНЫЙ ДОСТУП.....48

ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Юсупалиев Б.К., Шарипов Ф.Р., Маджидова Ё.Н., Садикова С.З.

ВЫЯВЛЕНИЕ САМЫХ ЧАСТЫХ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА ЦВЗ МЕТОДОМ СКРИНГА.....53

ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ И РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПОСВЯЩЕННУЮ 95-ЛЕТИЮ АКАДЕМИКА МАДЖИДОВА Н.М.**I. ИННОВАЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ И СПИНАЛЬНЫХ ИНСУЛЬТОВ**

Абдуллаева М.Б., Турсунова М.О., Абдуллаева М.М., Актамова М.У.

РОЛЬ АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТРАНЗИТОРНО-ИШЕМИЧЕСКИХ АТАК И В ПРОФИЛАКТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У СОТРУДНИКОВ МВД.....55

Абдурахманов Р.Ш., Абдужамилова Р.М., Ёкубов Б.С., Хидоятова Д.Н.

АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ САБАБ БЎЛГАН ЛАКУНАР МИЯ ИНФАРКТИ.....56

Азимова Н.М., Наркулов Б.Б.

ОСОБЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ COVID-19.....56

Ибодуллаев З.Р., Ибодуллаев А.З., Амиржанова Д.З.

ЧАП ВА ЎНГ ЯРИМШАР ИНСУЛЬТЛАРИДА АПРАКСИЯНИНГ НЕЙРОПСИХОЛОГИК ДИАГНОСТИКАСИ ВА ПСИХОМОТОР ТЕРАПИЯНИ ТАҚҚОСЛАБ ЎРГАНИШ НАТИЖАЛАРИ.....57

Jabbarov M.T., Khudayberganov N.Y.

DOPPLEROGRAPHIC INDICATORS OF BRAIN HEMODYNAMICS IN ISCHEMIC STROKE ON THE BACKGROUND OF ATHEROSCLEROSIS AND HYPERTENSION DISEASE.....57

Khidoyatova D.N.

TRANSIENT ISCHEMIC ATTACK: THE QUESTION OF SECONDARY PREVENTION.....58

Маджидова Ё.Н., Хидоятова Д.Н., Рахмонкулов Ш.Р.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНСУЛЬТА В УЗБЕКИСТАНЕ ПО ДАННЫМ ЕВРОПЕЙСКОГО РЕГИСТРА RESQ.....59

Рахимбаева Г.С., Каримбердиев А.Д.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ.....59

Rahimbaeva G.S Mallaev F.S.

THE ROLE OF ATHEROCALCINOSIS IN THE DEVELOPMENT OF ATHEROTHROMBOTIC SUBTYPE OF ISCHEMIC STROKE. MANAGEMENT OF MEDICAL TREATMENT TACTICS.....60

Саломова Н.К.

ВЛИЯНИЕ ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ ИНСУЛЬТА.....60

Сапаева Г.Н., Куранбаева С.Р.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ СТЕПЕНИ ДЕМЕНЦИИ ПРИ ОСТРОЙ СТАДИИ ПОЛУШАРНЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ.....61

Усманова Г.Э., Рахимбаева Г.С.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ШКАЛ ПРИ ГЕМОМРАГИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТАХ.....62

ные патологические состояния чаще наблюдаются у мужчин, в то время как другие заболевания в большей степени характерны для женщин. Специфические клинические проявления, тяжесть течения, реакция на проводимое лечение, эффективность реабилитационных мероприятий и исход целого ряда заболеваний зависят от пола. **Все факторы, обуславливающие различия между мужчинами и женщинами, принято делить на три группы:**

1. биологические факторы, которые включают анатомические, гормональные, иммунные, генетические, а также связанные с детородной функцией женщины;
2. психологические и поведенческие факторы;
3. социокультуральные факторы

Наиболее часто гендерные различия прогноза после инсульта объясняются тем, что в момент инсульта женщины обычно старше мужчин, имеют больше факторов риска и широкий спектр сопутствующих заболеваний, сниженный функциональный и когнитивный статус, чаще являются социально изолированными. Кардиогенный эмболический инсульт чаще встречается у женщин, атеротромботический инсульт чаще возникает у мужчин. Для женщин характерно развитие инсульта в каротидной системе, у мужчин инсульт чаще развивается в вертебробазиллярной системе. Женщины подвержены более тяжелому течению инсульта. Позднее обращение женщин за медицинской помощью и сопутствующая значительно выраженная соматическая патология препятствуют проведению тромболизиса и вторичной профилактике инсульта в полном объеме. Прогноз, отдаленное течение и функциональное восстановление после инсульта у женщин являются неблагоприятными. У женщин чаще развивается постинсультная депрессия и в большей степени снижается качество жизни по сравнению с мужчинами.

Как уже сказано, тяжесть клинических проявлений инсульта у женщин выше, чем у мужчин [11]. По данным исследования P. Santalucia и соавт. (2013 г.), тяжелое течение инсульта у женщин является причиной их более длительного пребывания в стационаре [6]. Длительный срок госпитализации женщин пожилого и старческого возраста обусловлен не только тяжестью инсульта, но и наличием коморбидной патологии. Наличие у женщин сопутствующих заболеваний во многом определяется их старшим возрастом к моменту развития инсульта (как известно, инсульт у женщин развивается в среднем на 4–5 лет позже, чем у мужчин) [6]. Пожилой и старческий возраст и коморбидная патология – факторы, которые в равной степени могут способствовать ухудшению функционального прогноза и неблагоприятному восстановлению после инсульта, оказывая отрицательное влияние на реабилитационный потенциал [5,8] и когнитивный статус [9], а также создавая противопоказания к проведению инвазивных вмешательств и применению отдельных лекарственных препаратов.

Выводы.

Женщины пожилого и старческого возраста являются группой населения, в которой должна проводиться адекватная первичная профилактика инсульта, поскольку они подвержены более тяжелому его течению и неблагоприятному восстановлению после него. Не менее важным остается повышение осведомленности женщин не только об основных симптомах инсульта, но и о его нетипичных клинических проявлениях с целью сокращения временных затрат до обращения за медицинской помощью

Литература

1. Timmis A, Townsend N, Gale C et al; ESC Scientific Document Group. European Society of Cardiology: Cardiovascular Disease Statistics 2017. Eur Heart J 2018; 39 (7): 508–79. DOI:10.1093/eurheartj/ehx628
2. Sohrabji F, Park MJ, Mahnke AH. Sex differences in stroke therapies. J Neurosci Res 2017; 95 (1–2): 681–91. DOI: 10.1002/jnr.23855
3. Gibson CL, Attwood L. The impact of gender on stroke pathology and treatment. Neurosci Biobehav Rev 2016; 67: 119–24. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2015.08.020
4. Инсульт: руководство для врачей. Под ред. Л.В. Стаховской, С.В.Котова. М.: Медицинское информационное агентство, 2014. [Stroke: a guide for doctors. Ed. L.V.Stakhovskaia, S.V.Kotov. Moscow: Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo, 2014 (in Russian).]
5. Seshadri S, Beiser A, Kelly-Hayes M et al. The lifetime risk of stroke: estimates from the Framingham Study. Stroke 2006; 37 (2): 345–50. DOI: 10.1161/01.str.0000199613.38911.b2
6. Santalucia P, Pezzella FR, Sessa M et al; Women Stroke Association (WSA). Sex differences in clinical presentation, severity and outcome of stroke: results from a hospital-based registry. Eur J Intern Med 2013; 24 (2): 167–71. DOI: 10.1016/j.ejim.2012.10.004
7. Nordanstig A, Jood K, Rosengren L. Public stroke awareness and intent to call 112 in Sweden. Acta Neurol Scand 2014; 130 (6): 400–4. DOI: 10.1111/ane.12293
8. Madsen TE, Baird KA, Silver B, Gjelsvik A. Analysis of Gender Differences in Knowledge of Stroke Warning Signs. J Stroke Cerebrovasc Dis 2015; 24 (7): 1540–7. DOI: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2015.03.017
9. Itzhaki M, Melnikov S, Koton S. Gender differences in feelings and knowledge about stroke. J Clin Nurs 2016; 25 (19–20): 2958–66. DOI: 10.1111/jocn.13366
10. Jerath NU, Reddy C, Freeman WD et al. Gender differences in presenting signs and symptoms of acute ischemic stroke: a population-based study. Gen Med 2011; 8 (5): 312–9. DOI:10.1016/j.genm.2011.08.001
11. Gibson CL. Cerebral ischemic stroke: is gender important? J Cereb Blood Flow Metab 2013; 33(9): 1355–61. DOI: 10.1038/jcbfm.2013.102.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ СТЕПЕНИ ДЕМЕНЦИИ ПРИ ОСТРОЙ СТАДИИ ПОЛУШАРНЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ

Сапаева Г.Н., Куранбаева С.Р.

Ташкентская медицинская академия

На сегодняшний день существует объективная необходимость в овладении врачами всех специальностей простыми клинико-нейропсихологическими методами исследования, так называемыми, скрининговыми шкалами когнитивных нарушений. Применение данных шкал всем пациентам, предъ-

являющим жалобы на снижение памяти, позволит в значительной степени оптимизировать диагностику когнитивных расстройств и прогнозировать степень развития деменции еще на ранних этапах заболевания. Нейропсихологическое обследование помогает дать прогностическую оцен-

ку высшим корковым функциям пациента при полушарных ишемических инсультах. В 1975 году в журнале «Journal of psychiatric research» были изданы первые рекомендации по практическому методу использования шкалы MMSE, который включает в себя опросник из 30 пунктов, для выявления возможных когнитивных нарушений, в частности, деменции. Также в 1996 году была разработана шкала MoCa в качестве краткого скринингового инструмента для диагностики когнитивной дисфункции как альтернатива MMSE ввиду недостаточной чувствительности последней. Она оценивает различные когнитивные сферы: память, счет, ориентацию, внимание и концентрацию, исполнительные функции, язык, зрительно-конструктивные навыки, абстрактное мышление. В отечественной практике чаще всего используется оценка по шкале Mini Mental Status Examination (MMSE), так как до сих пор, особенно в нашей стране, нет верифицированных норм применения нейропсихологических шкал, а широко применяемая шкала MMSE, часто дает сбои, особенно в прогнозировании степени деменции у больных с полушарным ишемическим инсультом на ранней стадии заболевания. Ввиду этого, в нашей стране остро стоит вопрос своевременной и достоверной диагностики когнитивного отклонения, что предполагает создание эффективных превентивных подходов. Используемые Шкала Краткого Исследования Психического статуса (MMSE) - Mini Mental State Examination, являющаяся «золотым стандартом», тест Mini-Cog, Монреальская шкала оценки когнитивных функций - Montreal Cognitive Assessment (MoCA) не валидизированы для нашей страны.

Относительно недавно появилась новая методика оценки когнитивной дисфункции - тест SAGE (Self Administrated Gerocognitive Exam) – методика, мало известная в мире. Тестирование направлено на выявление умеренных нарушений памяти и мышления, а также ранних симптомов деменции. Тест разработан группой ученых из университета штата Огайо. Данная методика краткая, не требует участия медицинского персонала и специального оборудования. Вопросы тестирования разработаны на основании обзора литературы и адаптированы для самостоятельного прохождения исследуемым. Тест оценивает когнитивные функции в сфере ориентации, речи, памяти, исполнительных функций, вычислений, абстрактного мышления, зрительно-пространственной ориентации. Некоторые вопросы оцениваются по принципу верно/не верно. Другие задания могут быть выполнены полностью, частично или не выполнены. При проверке тест продемонстрировал высокую чувствительность и низкую вероятность ошибочного диагноза. У теста MMSE, по данным литературы, эти показатели несколько хуже. Важным преимуществом данного теста является возможность проводить его самим пациентом, без участия врача, что значительно упрощает выявление начальных проявлений деменции.

Выводы.

Было показано, что тестирование SAGE значительно упрощает работу врача, так как требует меньших затрат времени, и может быть проведено повторно без искажения результата.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ШКАЛ ПРИ ГЕМОМРАГИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТАХ

Усманова Г. Э., Рахимбаева Г. С.

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования.

Исследование направлено на изучение прогностических и диагностических особенностей неврологических шкал при геморагических инсультах.

Материалы и методы исследования.

Обследовано 83 пациента с геморагическим инсультом в остром периоде, находившихся на лечении в отделении терапевтической и нейрореанимации клиники Ташкентской медицинской академии. Когорта состояла из 37 (44,5%) женщин и 46 (55,4%) мужчин, средний возраст которых составил 73,4 года. Всем пациентам были проведены клинические, неврологические, нейрофизиологические, лабораторные и нейровизуализационные исследования. Для оценки тяжести состояния пациентов и неврологических расстройств использовали шкалу комы Глазго (ШКГ) и шкалу Дж. Хемфилла. Шкала Hemphill была специально использована для прогнозирования 30-дневной выживаемости после геморагического инсульта. Шкала оценивает пять факторов: (1) возраст пациента (<80 лет и >80 лет); (2) шкала комы Глазго; (3) локализация; (4) объем внутримозговой гематомы; и (5) на-

личие внутрижелудочкового кровоизлияния.

Результаты и их обсуждение.

По шкале Глазго у 54,2% (n=45) пациентов отмечалось умеренное оглушение, у 16,9% (n=14) глубокое оглушение, у 10,8% (n=9) ступор, у 9,6% (n=8) кома I степени, и 8,4% (n=7) - кома II степени. По шкале Hemphill наша когорта пациентов получила следующие оценки: 1 балл (12%, n=10), 2 балла (8,4%, n=7), 3 балла (3,6%, n=3) и 4 балла. (9,6%, n=8). Среди пациентов летальных исходов не наблюдалось у лиц, набравших 1 и 2 балла, тогда как у пациентов, набравших 3 балла, наступила 1 смерть (33,3%), у пациентов, набравших 4 балла, - 7 летальных исходов (87,5%, n=7).

Выводы.

Использование неврологических шкал в сочетании с нейровизуализацией, лабораторной оценкой и биомаркерами сыворотки позволяет объективно оценивать состояние пациентов, назначать соответствующее лечение и предоставлять исчерпывающую информацию для прогнозирования исхода и ответа на лечение при геморагическом инсульте.