



**ТГСИ**



Уважаемые коллеги, уважаемые студенты и преподаватели!

В этот год наш институт отмечает свой юбилей!

Это время, проведённое в стремлении к высшим стандартам образования и науки, было наполнено трудом, стойкостью и бесценным вкладом каждого из вас.

Пусть наш институт и в дальнейшем остаётся фундаментом качественного образования, и его научные достижения продолжают вносить вклад в развитие мировой стоматологии.

Ректор ТГСИ,

*Хайдаров Нодир Кадирович*



**Главный редактор: Н.К. Хайдаров - д.м.н., профессор,  
ректор ТГСИ (Узбекистан)**

**Заместители главного редактора:**

1. Йоханна Хейккиля – д.м.н., профессор, JAMK Университет прикладных наук (Финляндия)
2. Амануллаев Р.А.–д.м.н., профессор (Узбекистан)

**Ответственные секретари:**

1. Храмова Н.В. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
2. Юлдашев А.А. – д.м.н., ТГСИ(Узбекистан)

**Члены редакционной коллегии:**

- Ризаев Ж.А.–д.м.н., профессор, ректор СамГосМИ яуу (Финляндия)
- Амхадова М.А. – д.м.н., МОНИКИ (Россия)
- Ли Ч.-профессор, Ёнсей университета (Южная Корея)
- Люк Диего-профессор Миланского университета (Италия)
- Маслак Е. Е.–д.м.н. профессор, ВолгГМУ (Россия)
- Марсело Игнасио Валле, профессор, Чилийский университет (Чили)
- Нурматов У. – Кардиффский университет, медицинский факультет, (Великобритания)
- Копбаева М. Т. – д.м.н., профессор КазНМУ (Казахстан)
- Прокопов А.А.–д.х.н., МГМСУ им.А.И. Евдокимова (Россия)
- Мичия Кобаяши – Медицинская школа Кочи (Япония)
- Чон-Ву Ким – Университет Ча (Южная Корея)
- Имшенецкая Т.А. – д.м.н., БелМАПО (Белоруссия)
- Брайловская Т.В. – д.м.н., "ЦНИИС и ЧЛХ" (Россия)
- Нуриева Н.С. – д.м.н., ЮГМУ (Россия)
- Беленова И.А.- д.м.н., ВГМУ им.Бурденко Н.Н. (Россия)
- Шомуратов К.Э.– д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
- Ходжаева Д. Т. – д.м.н, Бухми(Узбекистан)
- Хайдарова Д. К. – д.м.н., ТМА(Узбекистан)
- Хайдаров А.М. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
- Бекжанова О.Е. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
- Вохидов У.Н. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
- Мухамедова З.М. – д.ф.н., ТГСИ (Узбекистан)
- Даминова Л.Т. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
- Баймаков С.Р. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
- Янгиева Н.Р. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
- Каттаходжаева М.Х. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
- Мухамедов И.М. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
- Ярмухамедов Б.Х. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
- Азизов Б.С. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
- Собиров М.А. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
- Туйчибаева Д.М. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
- Муртазаев С.С. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
- Маматова Н.М. – д.м.н., ТашПМИ (Узбекистан)
- Ризаева С.М. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
- Дусмухамедов М.З. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
- Хасанова Л.Э. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
- Бабакулов Ш.Х.-к.м.н., ТГСИ(Узбекистан)
- Хамдамов Б. З. - д.м.н., БухМИ (Узбекистан)
- Абдуллаева Л.М.-д.м.н.,ТМА (Узбекистан)
- Ибрагимов А. Ю.- д.м.н., ТХКМРМ(Узбекистан)
- Редакционный совет**
- Абдуллаев Ш.Ю. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
- Акбаров А.Н. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
- Азимов М.И. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
- Болтабаев У.А. – д.х.н., ТГСИ (Узбекистан)
- Даминова Ш.Б. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
- Комилов Х.П. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
- Мелькумян Т. В. – д.м.н., РУДН (Россия), ТГСИ (Узбекистан)
- Муртазаев С.С. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
- Нигматов Р.Н. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
- Суванов К.Ж. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
- Шамсиев Ж.Ф. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
- Хабиллов Н.Л. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
- Ходжиметов А.А. – д.х.н., ТГСИ (Узбекистан)
- Худанов Б.О. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
- Якубов Р.К. – д.м.н., ТГСИ (Узбекистан)
- Редактор русского текста: Черниченко Е.Н.
- Редактор узбекского текста: Усманбекова Г.К. Редактор-дизайнер: Хусанова Ю.Б.

**Журнал "Медицина и инновации" - научно-практический журнал/ Свидетельство №1126, выдано 29.10.2020 г.**

**Editor-in-chief:** N.K. Khaidarov - MD, Professor, rector of TSDI (Uzbekistan)

**Deputy editor:**

1. Johanna Heikkilya-MD, Professor, JAMK University, (Finland)
2. R. A. Amanullaev-MD, Professor TSDI (Uzbekistan)

**Executive secretary:**

1. N. V. Khranova – PhD of medicine, TSDI (Uzbekistan)
2. A. A. Yuldashev – MD, TSDI (Uzbekistan)

**Members of the Editorial board**

- Rizaev Zh.A. – MD, Professor, rector of SSMI
- Heikki Pusa – JAMK University of Applied Sciences, (Finland)
- Amkhadova M. A. – MD, MONICA (Russia)
- Lee Ch. – MD, Yonsei University (South Korea) Lops Diego – MD, University of Milan (Italy)
- Maslak E.E. – MD, VolgSMU (Russia)
- Velli M. – MD, Professor, University of Chile (Chile)
- Nurmamatov U. – Cardiff University, School of Medicine, (United Kingdom)
- Kopbaeva M.T. – MD, KazNМУ (Kazakhstan)
- Prokopov A. A. – Doc. Chem., MSMU named after A. I. Evdokimov (Russia)
- Michiya Kobayashi – MD, Professor, Kochi Medical school (Japan) Jong-Woo Kim – MD, Cha University (South Korea)
- Imshenetskaya T. A. – MD, Belarusian MA of Postgraduate Education (Belarus)
- Brailovskaya T. V. – MD, SNIIS and maxillofacial surgery" (Russia)
- Nurieva N. S. – MD, South USMU(Russia)
- Belenova I.A. – MD, VSMU named after N.N. Burdenko(Russia)
- Shomuradov K.E.– MD, TSDI (Uzbekistan)
- Khojaeva D. T. – MD, BukhMI (Uzbekistan)
- Khaidarova D. K. MD, TMA(Uzbekistan)
- Khaidarov A.M. – MD, TSDI (Uzbekistan)
- Bekzhanova O.E. – MD, TSDI (Uzbekistan)
- Vohidov U. N. – MD, TSDI (Uzbekistan)
- Mukhamedova Z. M. – DF, TSDI (Uzbekistan)
- Daminova L.T. – MD, TSDI (Uzbekistan)
- Baymakov S. R. – MD, TSDI (Uzbekistan)
- Yangieva N.R. – MD, TSDI (Uzbekistan)
- Kattakhodjaeva M.Kh. – MD, TSDI
- Mukhamedov I. M. – MD, TSDI (Uzbekistan)
- Yamukhamedov B. H. – MD, TSDI (Uzbekistan)
- Azizov B. S. – MD, TSDI (Uzbekistan)
- Sobirov M. A. – MD, TSDI (Uzbekistan)
- Tulkibaeva D. M. – MD, TSDI (Uzbekistan)
- Murtazaev S. S. – MD, TSDI (Uzbekistan)
- Mamatova N.M. – MD, TashPMI (Uzbekistan)
- Rizaeva S.M. – MD, TSDI (Uzbekistan)
- Dusmukhamedov M.Z. – MD, TSDI (Uzbekistan)
- Khasanova L.E. – MD, TSDI (Uzbekistan)
- Babakulov Sh.Kh.- PhD of medicine TSDI (Uzbekistan)
- Khamdamov B. Z. - MD, BukhMI (Uzbekistan)
- Abdullaeva L.M.- MD, TMA(Uzbekistan)
- Ibragimov A. Yu.- MD, CDPQMW(Uzbekistan)
- Editorial board**
- Abdullaev Sh.Y. – MD, TSDI (Uzbekistan)
- Akbarov A.N. – MD, TSDI (Uzbekistan)
- Azimov M.I. – MD, TSDI (Uzbekistan)
- Boltabaev U.A. – D. Chem., TSDI (Uzbekistan)
- Daminova Sh.B. – MD, TSDI (Uzbekistan)
- Komilov H.P. – MD, TSDI (Uzbekistan)
- Melkumyan T.V. – MDRUDN University(Russia), TSDI (Uzbekistan)
- Murtazaev S.S. – MD, TSDI (Uzbekistan)
- Nigmatov R.N. – MD, TSDI (Uzbekistan)
- Suvanov K. Zh. – MD, TSDI (Uzbekistan)
- Shamsiev J.F. – MD, TSDI (Uzbekistan)
- Habilov N.L. – MD, TSDI (Uzbekistan)
- Khodjimetov A.A. – MD, TSDI (Uzbekistan)
- Hudanov B. O. – MD, TSDI (Uzbekistan) Yakubov R.K. – MD, TSDI (Uzbekistan)
- Editor of the Russian text: Chernichenko E.N
- Uzbek text editor: Usmanbekova G.K.
- Editor and designer: Khusanova Y.B.

<p><b>ПЕРЕСАДКИ ПОЧКИ</b> Ризаев Э.А., Мирзаев Х.Ш., Комилова А.З.</p>		<p><b>AFTER KIDNEY TRANSPLANTATION</b> Ризаев Э.А., Мирзаев Х.Ш., Комилова А.З.</p>
<p><b>КЛИНИКО-НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ПОДРОСТКОВ С АСТЕНО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА</b> Азизова Р., Рахимова Ш.</p>	<u>425</u>	<p><b>CLINICAL AND NEUROPHYSIOLOGICAL FEATURES OF THE BRAIN IN ADOLESCENTS WITH ASTHEN-NEUROLOGICAL MANIFESTATIONS OF POST-COVID SYNDROME</b> Azizova R., Rakhimova Sh.</p>
<p><b>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПАРАМЕТРОВ ЛОКАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ В ОБЛАСТИ ЛАТЕРАЛЬНЫХ ДЕФЕКТОВ ПОСЛЕ УРАНОПЛАСТИКИ</b> Шаева Р.Г., Шомуродов К.Э., Бекмуродов Э.Э.</p>	<u>435</u>	<p><b>COMPARATIVE ASSESSMENT OF LOCAL HEMODYNAMICS PARAMETERS IN THE AREA OF LATERAL DEFECTS AFTER PALATOPLASTY</b> Shaeva R.G., Shomurodov K.E., Bekmurodov E.E.</p>
<p><b>ОЦЕНКА КЛИНИКО-НЕЙРОЛОГИЧЕСКОГО И НЕЙРОВИЗУАЛЬНОГО СТАТУСА ИШЕМИИ ВЕРТЕБРОБАЗИЛЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ НА ФОНЕ СИНДРОМА ПОЗВОНОЧНИКОВОЙ АРТЕРИИ</b> Ходжаева М., Ходжиева Д.</p>	<u>444</u>	<p><b>ASSESSMENT OF CLINICAL-NEUROLOGICAL AND NEUROVISUAL STATUS OF VERTEBROBASILAR SYSTEM ISCHEMIA ON THE BACKGROUND OF SPINE ARTERY SYNDROME</b> Khodjaeva M., KhodzhievA D.</p>
<p><b>МЕРОПРИЯТИЯ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА</b> Хайдарова Д., Хатамова С.</p>	<u>452</u>	<p><b>MEASURES FOR THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHRONIC CEREBRAL ISCHEMIA</b> Haydarova D., Khatamova S.</p>
<p><b>МЕТОДЫ ОЦЕНКИ КЛИНИКО-НЕЙРОЛОГИЧЕСКОГО И НЕЙРОВИЗУАЛЬНОГО СТАТУСА ПРИСУДОРНОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА</b> Барнаева С., Ходжиева Д.</p>	<u>460</u>	<p><b>METHODS FOR ASSESSING THE CLINICAL-NEUROLOGICAL AND NEUROVISUAL STATUS OF JUDGMENT SYNDROME AFTER HEMORRHAGIC STROKE</b> Barnaeva S., Khodzhieva D.</p>
<b>СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ</b>		<b>CASE FROM PRACTICE</b>
<p><b>СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПЕРЕЛОМОВ ЛИЦЕВЫХ КОСТЕЙ</b> Махкамов А.М., Махкамов М.Э.</p>	<u>469</u>	<p><b>MODERN APPROACH TO THE TREATMENT OF FACIAL BONE FRACTURES</b> Makhkamov A.M., Makhkamov M.E</p>

**СУРУНКАЛИ МИЯ ИШЕМИЯСИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ  
ЧОРА ТАДБИРЛАРИ**

**Дилдора Хайдарова<sup>1a</sup>, Сарвиноз Хатамова<sup>2b</sup>**

<sup>1</sup>DSc, профессор, Тошкент тиббиёт академияси

<sup>2</sup>ассистент, Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт  
институту Бухоро, Узбекистан.

<sup>a</sup>[.....@mail.ru](mailto:.....@mail.ru), <sup>b</sup>[xatamovasarvinoz13@gmail.com](mailto:xatamovasarvinoz13@gmail.com)

**АННОТАЦИЯ**

Ушбу мақолада СМИ нинг клиник кўринишлари патологик жараённинг оғирлигига қараб кўриб чиқилади. Турли зарарланишдаги қон томир когнитив бузилишларга алоҳида эътибор берилади. Амбулатория амалиётига мослаштирилган асл миқдорий кимёвий шкала таклиф этилади. СМИ билан оғриган беморларни даволаш касалликнинг патогенези асосида муҳокама қилинади. Гипотензив ва липидларни камайтирадиган терапия усуллари, цереброваскуляр, антиагрегант, нейрометаболик дорилар ва антиоксидантларни тайинлаш кўриб чиқилади.

**Калит сўзлар:** цереброваскуляр касаллик, сурункали бош миЯ ишемияси, патогенез ва даволаш.

**MEASURES FOR THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHRONIC  
CEREBRAL ISCHEMIA**

**Dildora Xaydarova<sup>1a</sup>, Sarvinoz Khatamova<sup>2b</sup>**

<sup>1</sup>DSc, professor, Tashkent Medical Academy

<sup>2</sup> assistant, Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina,  
Bukhara, Uzbekistan.

<sup>a</sup>[.....@mail.ru](mailto:.....@mail.ru), <sup>b</sup>[xatamovasarvinoz13@gmail.com](mailto:xatamovasarvinoz13@gmail.com)

**ABSTRACT**

Clinical manifestations of HIU are considered depending on the severity of the pathological process. Special attention is paid to vascular cognitive impairment in various lesions. An original quantitative chemical scale adapted for outpatient practice is proposed. The treatment of patients with GIU is discussed based on the pathogenesis of the disease. Methods of hypotensive and lipid-lowering therapy, cerebrovascular, antiplatelet, the appointment of neurometabolic drugs and antioxidants is considered.

**Key words:** cerebrovascular disease, chronic cranial ischemia, pathogenesis and treatment.

**МЕРОПРИЯТИЯ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОЙ  
ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

**Дилдора Хайдарова<sup>1a</sup>, Сарвиноз Хатамова<sup>2b</sup>**

<sup>1</sup>DSc, профессор, Тошкент тиббиёт академияси

<sup>2</sup>ассистент, Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро Давлат тиббиёт  
институту Бухоро, Узбекистан.

<sup>a</sup>[.....@mail.ru](mailto:.....@mail.ru), <sup>b</sup>[xatamovasarvinoz13@gmail.com](mailto:xatamovasarvinoz13@gmail.com)

**АННОТАЦИЯ**

Представлен алгоритм диагностики заболевания. Клинические проявления ГИУ рассматриваются в зависимости от тяжести патологического процесса. Особое внимание уделяется сосудистым

когнитивным нарушениям при различных поражениях. Предложена оригинальная количественная химическая шкала, адаптированная для амбулаторной практики. Лечение больных с ГИУ обсуждается исходя из патогенеза заболевания. Методы гипотензивной и гиполипидемической терапии, цереброваскулярные, антиагрегантные, рассмотрено назначение нейрометаболических препаратов и антиоксидантов.

**Ключевые слова:** цереброваскулярная болезнь, хроническая ишемия черепа, патогенез и лечение.

Цереброваскуляри касалликлар (ЦВК) касалланиш, ўлим ва асосий сабабларидан бири бўлиб ҳисобланади. ЦВКнинг сурункали шаклларининг эпидемиологияси ҳозирги кунга қадар тўлиқ ўрганилмаган. Мия қон айланиши етишмовчилигининг дастлабки белгилари пайдо бўлганда, бемор одатда маҳаллий терапевтга (умумий амалиёт шифокори, оилавий шифокор) ва фақат аниқ белгилар билан – неврологга мурожаат қилишади. Ушбу мутахассислар томонидан сурункали ЦВКнинг дастлабки шакллари ташхислаш, даволаш учун ягона ёндашув ва алгоритмни ишлаб чиқиш асосан касалликнинг ривожланиш тезлигини, инсульт ва деменциянинг олдини олишни белгилайди.

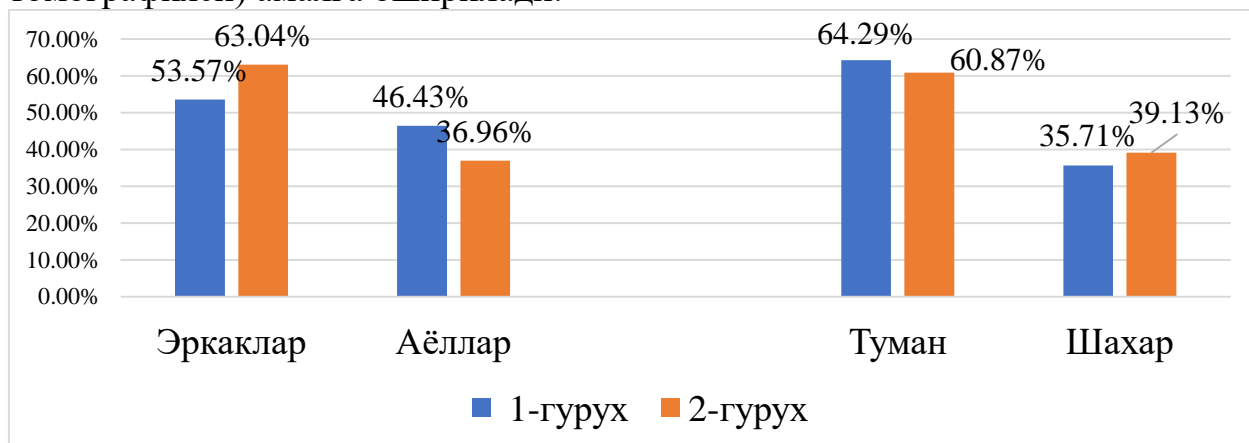
Сурункали мия ишемияси (СМИ)–бу мия қон оқимининг пасайиши, такрорий вақтинчалик ишемик хуружлар ёки мия инфарктлари туфайли турли даражадаги неврологик касалликлар билан намоён бўладиган прогрессив кўп фокусли диффуз мия шикастланиши билан юзага келган касалликдир.

СМИнинг этиологияси ва патогенези нейрон шикастланишининг молекуляр механизмлари нуқтаи назаридан ўтқир ва сурункали шакллари ўртасидаги чегара жуда шартли. СМИ этиологиясида атеросклероз, гипертония, миокард касалликлари, қандли диабет ва бошқа касалликлар етакчи рол ўйнайди. Уларнинг барчаси гипоксия ва биокимёвий ўзгаришлар каскади билан мия қон оқимининг ўзгаришига олиб келади, бу эса мия моддасида диффуз кўп фокусли ўзгаришларга олиб келади. Мия қон оқимининг пасайиши туфайли СМИнинг патогенези асосида асосий алоқалар мия микрогемодициациясининг бузилиши, миянинг ишлашини таъминлаш учун етарли энергия ресурслари, глутамат эксайтоксикоз ётади. Глутаматергик тизимнинг ҳаддан ташқари фаоллашиши нейронларга кальций ва натрий ионларининг катта миқдорда қабул қилинишига, ҳужайра мембраналарининг деполаризациясига, кучланишга боғлиқ кальций каналларининг фаоллашишига ва кальцийнинг ҳужайра ичидаги тўпланишига олиб келади, натижада лактат ацидоз билан салбий патобиокимёвий жараёнлар каскади, ҳужайра ичидаги ферментларнинг фаоллашиши, азот оксиди ва кальцийнинг синтези кучаяди. оксидланиш стрессининг ривожланиши. Қон ва мия микрогемодициациясининг реологик хусусиятларининг бузилиши катта аҳамиятга эга. Маълумки, капиллярларда қон оқими диаметри капиллярларнинг диаметридан бир неча баравар катта бўлган эритроцитларнинг эластиклиги ва деформациясига боғлиқ. Атеросклерозда эритроцитлар мембраналарида холестерин тўпланиши туфайли ҳужайраларнинг деформацияси ўзгаради, қонда эритроцитларнинг сфероид ва букланган шакллари ва конгломератлари пайдо бўлади, эритроцитлар ва

тромбоцитларнинг агрегацияси кучаяди, қоннинг реологик хусусиятлари ўзгаради ва унинг ёпишқоқлиги ошади.

Мия қон айланишининг бузилиши натижасида мияда ишемик "пенумбра" (пенумбра) зоналари пайдо бўлади. Бунинг сабаби шундаки, ҳужайранинг электр фаоллиги учун критик қон оқими дақиқада 20 мл/100 г, ҳужайра насослари ва уяли гомеостазни сақлаш учун критик қон оқими дақиқада 15 мл/100 г ни ташкил қилади. Ушбу икки критик даража ўртасида жойлашган ҳужайралар ҳужайра функцияларини тиклаш мумкин бўлган ишемик "пенумбра" ҳосил қилади. Қон оқимининг пасайиши ва ишемик "пенумбра" зоналари мозаик характерга ега. Ишемик "пенумбра" нинг тарқалиши қўшни қон айланиш соҳаларида гаров айланишининг ҳолатига ва қоннинг реологик хусусиятларига боғлиқ.

Тадқиқотда 102 бемор қатнашган бўлиб, барча беморларда текширувлвр олиб борилда. Клиник кўриниш СМИнинг диагностик алгоритми шикоятлар ва анамнезни ўрганиш, соматик ва неврологик текшириш, агар керак бўлса, икки қўлда қон босимини (АБ) ўлчашдан иборат – кундалик мониторинг, электрокардиограммани рўйхатдан ўтказиш, Холтер мониторинги, ультратовушли Допплерография ва бўйнидаги прецеребрал артерияларни дуплекс сканерлаш, транскраниал (интракраниал) доплерография, липидограмма билан лаборатория тадқиқот усуллари, шу жумладан умумий холестерин, триглицеридларни ўрганиш., юқори, паст ва жуда паст зичликдаги липопротеинлар ва умумий холестерин миқдорини ҳисоблаш. атерогенлик индекси. Ноаниқ ташхис қўйилган ҳолларда нейромагнит (компютер рентгенограммаси ёки миянинг магнит-резонанс томографияси) амалга оширилади.



**Расм -1. Асосий гуруҳ беморлари ёш ва жинс таркиби ( $p > 0,05$ )**

Хотира бузилиши скрининги (MIS) хотирани бирламчи баҳолаш орқали амалга оширилди. Асосий ва қиёсий гуруҳда

СИМнинг клиник кўринишлари жараённинг оғирлиги ва тарқалишига боғлиқ, умумий мия белгилари (бош оғриғи, бош айланиши), астеник синдром, таш виш-депрессив касалликлар, когнитив бузилиш ва фокал неврологик аломат лар турли комбинацияларда ажратилиши мумкин. Ушбу синдромларнинг аксарияти беморларнинг шикоятларида намоён бўлади ва шифокор томонидан моҳирлик билан берилган тест саволлари касалликнинг табиатини кўрсатади.

Амнезида қон томир касалликлари: кўпинча кекса ва кекса ёш, артериал гипертензия (АГ), юрак томирлари касаллиги, периферик артерияларнинг атеросклерози. Бош оғриғи жисмоний ва ҳиссий зўриқишлардан кейин ортиқча иш билан боғлиқ ва қисқа дам олишдан кейин камаяди. Агар беморда веноз билан бирлаштирилган артериал энсефалопатия бўлса, унда бош оғриғининг табиати бошқача бўлади. Беморлар эрталаб ёки кечаси бош оғриғи, бош айланиши, тана ҳолатининг ўзгаришига қараб, бош ёки кулоқдаги шовқин, қаттиқ ёқалар ёки боғичлар кийганда аломатлар кучайиши, паст ёстикда ухлаш, ноқулайлик ҳисси, кўзлардаги чарчоқ ҳақида шикоят қиладилар. ерталаб ("кўзда қум" аломати), эрталаб кўзнинг паст юзасида ва қовоқларда шишлар (оқарган, бинафша сияцианотик тусда) ёки енгил бурун тикилиши (ўткир респиратор вирусли инфекция белгиларидан ташқарида). Кўпгина беморларда астеник шикоятлар мавжуд (чарчоқнинг кучайиши, ишлашнинг пасайиши, ёмон уйку). Ҳаддан ташқари ташвиш, ишончсизлик, ёмон кайфият, ҳаддан ташқари ғазабланиш ва хотиржамлик пайдо бўлади. Соматизацияланган депрессия ички органларнинг дисфункциясининг кўплаб шикоятларида намоён бўлади. Беморлар ҳозирги воқеалар учун хотиранинг ёмонлашишини, кундалик вазиятларда унутувчанликни қайд этадилар. Интел лектуал хусусиятлар, ижтимоий мослашув ва кундалик фаолият бузилмайди.

Шикоятлар фокал неврологик аломатлар билан боғлиқ бўлиши мумкин. Бир кўзда кўришнинг пасайиши борлигини аниқлаш керак, бу орбитал артерияда қон айланишининг бузилиши билан бўйнидаги ички уйку артериясининг стенозининг белгиси бўлиши мумкин; кулоқларда шовқин ёки жириглаш, эшитиш қобилятини йўқотиш, юриш пайтида титроқ, юриш ўзгариши.

Қон томир когнитив бузилишлари функцияларга миянинг хотира, нутқ, ақл, мақсадли восита фаолияти (праксис) ва яхлит идрок каби энг мураккаб функциялари киради. Цереброваскуляар патология туфайли юқори мия функцияларининг бузилишини билдириш учун "қон томир когнитив бузилишлар" (КТК) атамаси киритилган. Когнитив бузилиш энг кўп инсултга учраган чем билан оғриган беморларда намоён бўлади.

Қон томир когнитив бузилишларининг енгил шакли билан СМИ и босқичи бўлган беморлар хотирани йўқотиш, ишлашнинг бузилиши ва бепарволик шикоятлари билан ажралиб туради. Хотирани йўқотиш биринчи навбатда ҳозирги воқеалар, фамилиялар, исмлар ва телефонларга тегишли. Беморлар тобора кўпроқ дафтардан фойдаланишга мажбур бўладилар. Когнитив соҳадаги ўзгаришлар бошқаларга кўринмайди, лекин беморнинг ўзи томонидан сезилади ва нейрпсихологик усуллар ёрдамида синчковлик билан текшириш орқали тасдиқланади.

Ўртача ҚКБ билан беморлар заифликнинг кучайиши ёки ақлий қобилятининг пасайиши ҳақида шикоят қиладилар. Клиник кўринишда табиатда аста-секин прогрессив бўлган ҳозирги ҳодисалар учун хотира бузилиши устунлик қилади. Бошқа вариантда бир нечта когнитив функциялар бузилади: хотира, фазовий йўналиш, ақл ва праксис. Аммо когнитив бузилишлар касбий қобилятларни ёки ижтимоий ўзаро таъсир қобилятларини йўқотишига олиб келмайди, гарчи кундалик ва касбий фаолиятнинг мураккаб ва instrumental турларида бироз ёмонлашиши мумкин.

Деманция СМИ нинг оғир шаклидир. Жаҳон Соғлиқни сақлаш Ташкилотининг таърифига кўра, деманция-бу барча юқори кортикал функцияларнинг орттирилган глобал бузилиши, шу жумладан хотира, кундалик ҳаёт муаммоларини ҳал қилиш қобилияти, орттирилган мураккаб ҳаракатларни бажариш, ижтимоий кўникмаларни тўғри қўллаш, тилнинг барча жиҳатлари. ва алоқа, йўқлигида ҳиссий реакцияларни назорат қилиш. онгни йўқотиш. Деманция босқичида бемор бутунлай ташқи парваришга муҳтож. Бу когнитив бузилишнинг энг оғир клиник синдроми.

Деманция СМИ ривожланишининг кейинги босқичларида ривожланади ва миянинг айрим соҳаларида шикастланишлар ривожланиши ва миянинг чуқур қисмларининг шикастланиши билан нейронларо муносабатларнинг бузилиши натижасида юзага келиши мумкин.

Терапия тамойиллари. Касалликнинг патогенезига асосланган СМИ билан оғриган беморларни даволаш гипотензив ва гиполипидемик терапияни (кўрсатмаларга мувофиқ), цереброваскуляар, антиагрегант, нейрометаболик ва нейропротектив дориларни, антиоксидантларни ўз ичига олади. Барча гипертензив дорилар ҳам АГ ва СМИ ни даволашда қўл келмайди

Мия артерияларининг авторегуляцияси ва реактивлиги тизимида бузилишлар бўлган беморларда тез ва назоратсиз гипотензив таъсир миянинг гипоперфузиясига олиб келиши мумкин. Антигипертензив дориларни буюришда кимёнинг ноқулай белгиларини ҳисобга олиш керак, бунда гипертензив терапиясини айниқса эҳтиёткорлик билан бошлаш керак. Буларга кўшимча краниал ва интракраниал артерияларни ультратовушли дуплекс сканерлаш бўйича критик стеноз ёки бошнинг асосий артерияларининг комбинацияланган ва кўп стенозлари, интракраниал артерияларнинг стенози ташхиси қўйилган беморларда II-III босқич СМИ киради. Бундай беморларда даволаниш бошида систолик қон босимининг пасайиши АБ(САБ) 15% дан, диастолик – бошланғич даражасининг 10% дан ошмаслиги керак. Кекса ва қари ёшдаги беморларда ангиотензинга айлантирувчи фермент ингибитори ва калций антагонисти комбинацияси шаклида комбинацияланган терапияга асосланган бўлиши керак. Калций канал блокаторлари (дигидропиридинлар) – амлодипин – артериолаларни кенгайтириш, эндотелиал функцияни яхшилаш орқали мия қон оқимини яхшилади. Шунинг учун улар гипертензия билан оғриган беморларни ЦВК билан даволашда I-даражали дорилар ҳисобланади.

Ангиотензинга айлантирувчи фермент ингибиторлари кичик ва ўрта артерияларни, хусусан, ўрта мия артериясининг шохларини кенгайтириш қобилиятига ега, бунинг натижасида мия қон оқими қон босимининг авторегуляция минимал чегарасидан паст бўлган тақдирда ҳам етарли даражада қолади.

Маълумки, жиддий муаммо беморларнинг антигипертензив терапияга паст риоя қилишидир, уларнинг сабаблари хилма-хилдир. Беморларнинг когнитив бузилишлари таъсир қилади: хотирани йўқотиш (улар дори ичишни унутишади), унутувчанлик ва бепарволик (тартибсиз дори-дармонларни қабул қилиш) ва уларнинг ҳолатини танқид қилишнинг пасайиши. Антигипертензив дориларни қабул қилишдан бош тортиш, шунингдек, ушбу дорилар СМИ учун хос бўлган кўплаб неврологик аломатларни (бош



айланиши, бош оғриғи, юриш пайтида беқарорлик, ортиб бораётган ташвиш, асабийлашиш) бартараф этмаслиги билан боғлиқ бўлиши мумкин.

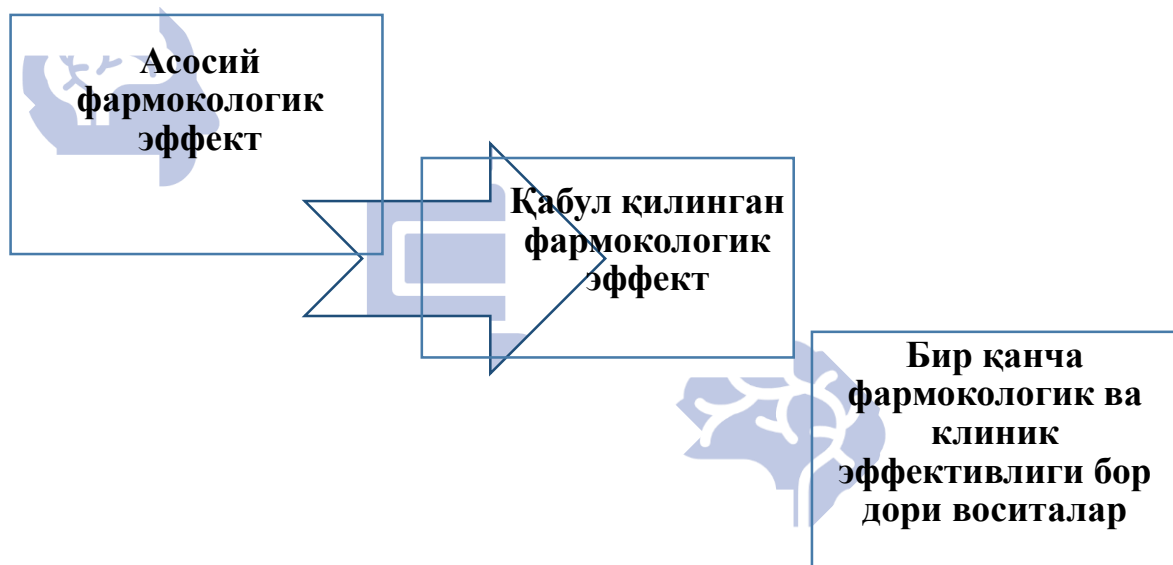
Беморларнинг антигипертензив терапияга риоя қилишини оширадиган терапевтик стратегиянинг вариантларидан бири когнитив ва вестибуляр функцияларни яхшилайдиган ва бош оғриғини камайтирадиган дориларни бир вақтнинг ўзида (антигипертензив дорилар билан биргаликда) қўллаш бўлиши мумкин. Энг тўғри вазифа (клиник ва фармакологик таъсирларнинг хилма-хиллиги ва терапевтик спектрнинг кенглиги бўйича) ноотроп дорилар гуруҳидир. Ноотропик (нейрометаболик) терапия таъсирининг асосий механизмлари миядаги энергия алмашинувига таъсир қилиш, миянинг гипоксия ва ишемияга чидамлилигини ошириш, ўрганиш ва хотира жараёнларини осонлаштириш, миядаги концентрация ва ахборот жараёнларини яхшилашдир. Ушбу дорилар когнитив бузилишнинг оғирлигига қараб дифференциал равишда буюрилиши керак. Комплекс кимёвий даволаш липид пероксидланиш маҳсулотларининг таъсирини камайтириш, физиологик антиоксидант тизимни кучайтириш ва реактив кислород турлари ва бошқа эркин радикалларнинг шаклланишига тўсқинлик қилиш чораларини ўз ичига олиши керак. Сўнгги ўн йилликларда универсал хужайра ичидаги метаболитлар бўлган сукцинат кислота, унинг тузлари ва эфирларининг ишемик таъсирига қарши таъсири фаоллиги ўрганилди. Органлар ва тўқималарда мавжуд бўлган сукцинат кислота 5-реакция маҳсулоти ва трикарбоксилик кислота циклининг 6-реакциясининг субстратидир. Кребс циклининг 6-реакциясида сукцинат кислотанинг оксидланиши сукцинат дегидрогеназа ёрдамида амалга оширилади. Кребс циклига нисбатан каталитик функцияни бажариб, сукцинат кислота қонда ушбу циклнинг бошқа оралик моддалари – гипоксиянинг дастлабки босқичларида ишлаб чиқарилган лактат, пируват ва цитрат концентрациясини пасайтиради.

Сукцинат кислотанинг антигипоксик таъсири унинг воситачи аминокислоталарни ташишга таъсири, шунингдек, мияда г-аминобутирик кислота таркибининг кўпайиши билан боғлиқ. Сукцинат кислотанинг ишемик таъсири нафақат сукцинат дегидрогеназа оксидланишининг фаоллашиши билан, балки нафас олиш митохондриял занжирининг асосий оксидланиш – қайтарилиш ферменти-цитохром оксидаза фаоллигини тиклаш билан ҳам боғлиқ.

Биз беморларни икки гуруҳга ажратдик. 1- гуруҳ беморларига витамин В1, В6, В12 комплекси (милгамма) 10 кун давомида мушак орасида 1 маҳал кунига, сўнгра 2 ой мобайнида 1 таблеткадан 2 м, фольй кислота таблетка кўринишда 1 таблеткадан 3 маҳал 1 ой перорал берилди.

2- гуруҳ беморларга (асосий гуруҳ) антиоксидант, антигипоксант сифатида этилметилгидроксипиридинсукцинат 10 кун мобайнида натрий хлор 0.9%-100 млда 10 мл кўшилган ҳолда, сўнгра таблетка кўринишида 125 мг 1 таблеткадан кунига 3 маҳал 3 ой мобайнида берилди. Галантамин ва этилметилгидроксипиридинсукцинат воситаси асосий гуруҳ дори воситасига кўшимча тарзда когнитив функцияни яхшилаш мақсадида берилди. Асосий гуруҳ дори воситаси сифатида витамин В1, В6, В12 комплекси (милгамма) ) 10 кун давомида мушак орасида 1 маҳал кунига, сўнгра 2 ой мобайнида 1

таблеткадан 2 м, фольй кислота таблетка кўринишда 1 таблеткадан 3 махал 1 ой перорал берилди.



## Расм-2. Патогенетик ва бир нечта боғлиқ фармакологик ва клиник таъсирлар

Айтилганидек, СМИ мультимодал фармакотерапиясининг керакли асосий таъсирига мянинг энергия алмашинувига таъсир қилиш, макро ва микроциркуляция тизимида мя қон айланишини яхшилаш киради. Мультимодал фармакотерапия нуқтаи назаридан пирацетамни тайинлашни кўриб чиқиш мумкин ва унинг афзаллиги бор, унинг асосий таъсири мянинг энергияга боғлиқ жараёнларини яхшилаш ва вазоактив таъсир кўринишидаги таъсирлар-мя қон томирларининг пасайиши, волуметрик мя қонининг кўпайиши билан оқим ва периферик қон томир қаршилигининг пасайиши ва тромбоцитлар агрегациясининг пасайиши ва эритроцитлар деформациясининг ошиши билан қоннинг реологик хусусиятларига таъсири. Аммо шу билан бирга, пирацетамнинг дозага боғлиқ таъсирини ҳисобга олиш керак, натижада юқори дозали планшетли дориларни кўллаш мақсадга мувофиқдир. Пирацетамни буюришда сереброваскуляр препаратлар ва antiplatelet агентларини буюриш мантиқсиз еканлиги аниқ.

Антиоксидантларни буюришда уларнинг боғлиқ когнитив таъсирини ҳисобга олиш керак. Мексидол (янтар сукцинат кислота) ва цитофлавин (сукцинат кислота, никотинамид, рибоксин, рибофловин) антиоксидант хусусиятига эгадир. Мономодал ва мультимодал фармакотерапия усулларининг оқилона комбинацияси полипрагмазиядан қочиш ва СМИ билан оғриган беморларни янада самарали даволашга ёрдам беради.

Хулоса қилиб шуни таъкидлаш лозимги ўз вақтида олиб борилган ташхислаш ва даво чоралари тадқиқотаги беморларда ижобий натижа берди.

### **Библиографические ссылки; References; Адабиётлар рўйхати:**

1. Абусуева Б.А., Евзельман М.А., Камчатнов П.Р., Умарова Х.Я. Применение препарата Целлекс у пациентов с хронической ишемией головного мозга и умеренными когнитивными нарушениями. *Нервные болезни*. 2016;2:29–34.

2. Антипенко Е.А., Дерюгина А.В., Густов А.В. Системное стресслимитирующее действие мексидола при хронической ишемии головного мозга. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2016;116(4):28–31. doi: 10.17116/jnevro20161164128-31.
3. Антипенко Е.А. Адаптогенные эффекты мексидола при хронической ишемии головного мозга. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2012;112(3):44–49. Antipenko EA. Adaptogenic effects of mexidol in chronic cerebral ischemia. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2012;112(3):44–49. (In Russ.)
4. Афанасьева П.В., Стрижаков А.Н. Исходы беременности и родов при фетоплацентарной недостаточности различной степени тяжести // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. - 2004. - № 3 (2). - С.7- 13.
5. Бельская Г.Н., Пизова Н.В., Соколов М.А., Измайлов И.А. Влияние нейропротективной терапии на лечение церебрального инсульта. *Медицинский совет*. 2016;11:26–31.
6. Бельская Г.Н., Соколов М.А., Измайлов И.А. и др. Эффективность препарата Целлекс при использовании с системным тромболитиком при ишемическом инсульте. *Эффективная фармакотерапия*. 2018;11:54–60.
7. Бельская Г.Н., Чуприна С.Е., Воробьев А.А. и др. Когнитивные нарушения при инсульте: возможности медикаментозной коррекции. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2016;116(5):33–37.
8. Бережная С.В., Якунов Э.З., Захаров Ю.А. Эффективность комбинированной терапии мексидолом и церебролизином хронической ишемии головного мозга. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2016;116(5):23–27. doi: 10.17116/jnevro20161165123-27.
9. Васильев Г.А. и соавт. Роль нарушений обмена гомоцистеина в патологических процессах// *Российские биомедицинские исследования*. 2022г. Т1, №7, с 45-55.
10. Вахнина Н.В., Милованова О.В., Гринюк В.В. Неврологические расстройства у больных артериальной гипертензией. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2016;4:32–38.
11. Верткин А.Л. Эффективная тканевая противоишемическая терапия сосудистых заболеваний головного мозга различного генеза. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2016;15(2):69–78. doi: 10.15829/1728-8800-2016-2-69-78.
12. Воронина Т.А. Мексидол. Основные нейропсихотропные эффекты и механизм действия. *Поликлиника*. 2009;(5):32–36. Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=24114185>.
13. Воронина Т.А. Пионер антиоксидантной нейропротекции. 20 лет в клинической практике. *РМЖ*. 2016;24(7):434–38. Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=26236859>.
14. Воронина Т.А., Капица И.Г., Иванова Е.А. Сравнительное исследование влияния мексидола и милдроната на физическую работоспособность в эксперименте. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2017;117(4):71–74. doi: 10.17116/jnevro20171174171-74.
15. Воронков А.В., Поздняков Д.И., Мамлеев А.В., Арльт А.В. Влияние мексидола, тиоктовой кислоты и соединения АТАСЛ на изменение электролитного баланса в условиях экспериментальной церебральной ишемии. *Успехи современной науки*. 2017;9(3):159–162. Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=29119310>.
16. Газиева И.А., Чистякова Г.Н., Ковалев В.В. Полиморфизм генов фолатного обмена и показатели функционального состояния эндотелия в ранние сроки беременности: факторы риска развития гестационных осложнений // *Акушерство и гинекология*. - 2013. - №1. - С.57-62.(8, 11, 12, 13, 14)
17. Гапоненко И.А., Захарова Е.В., Золотарева З.М. и др. Опыт применения целлекса в лечении больных острым ишемическим инсультом. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2018;4:43–47.
18. Громова О.А., Торшин И.Ю., Федотова Л.Э., Громов А.Н. Хемореактомный анализ сукцината этилметилгидроксипиридина. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2016;8(3):53–60. doi: 10.14412/2074-2711-2016-3-53-60.
19. Гурова, М. М., & Ртищева, А. А. (2020). Гомоцистеин - биологическая роль и клиническое значение. *Педиатрические аспекты (обзор литературы)*. *Университетский терапевтический вестник*, 2(3), 49-54.

**ГЕМОРРАГИК ИНСУЛТДАН КЕЙИНГИ ТУТҚАНОҚ  
СИНДРОМИ КЛИНИК-НЕВРОЛОГИК ВА НЕЙРОВИЗУАЛ  
ХОЛАТИНИ БАҲОЛАШ УСУЛЛАРИ**

**Ситора Барнаева<sup>1a</sup>, Дилбар Ходжиева<sup>2b</sup>**

<sup>1</sup>невролог, РШТТЎИМ БФ,

<sup>2</sup>DSc, профессор, Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро Давлат тиббиёт  
институти Бухоро, Узбекистан.

<sup>a</sup>.....@mail.ru, <sup>b</sup>[sitorabarnoeva2@gmail.com](mailto:sitorabarnoeva2@gmail.com)

**АННОТАЦИЯ**

Ушбу мақолада геморрагик инсултдан кейинги тутқаноқ синдроми клиник-неврологик ва нейровизуал ҳолатини баҳолаш натижалари келтирилган Инсултдан кейинги тутқаноқлар юқори фоиз кўрсаткични кўрсатиши ва кўпинча леталлик билан тугаши мазкур муаммони ҳар томонлама ўрганиш, башоратлаш ва олдини олиш, даволаш чораларини такомиллаштиришни талаб қилади.

**Калит сўзлар:** геморрагик инсулт, тутқаноқ, беморлар, нейровизуал текширувлар.

**METHODS FOR ASSESSING THE CLINICAL-NEUROLOGICAL  
AND NEUROVISUAL STATUS OF JUDGMENT SYNDROME AFTER  
HEMORRHAGIC STROKE**

**Sitora Barnaeva<sup>1a</sup>, Dilbar Khodzhieva<sup>2b</sup>**

<sup>1</sup>neurologist, Bukhara branch of the republican emergency medical center

<sup>2</sup> DSc, professor, Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn  
Sina, Bukhara, Uzbekistan.

<sup>a</sup>.....@mail.ru, <sup>b</sup>[sitorabarnoeva2@gmail.com](mailto:sitorabarnoeva2@gmail.com)

**ABSTRACT**

The article presents the results of clinical, neurological and neuroimaging assessment of convulsive syndrome after hemorrhagic stroke. Convulsions after a stroke have a high percentage and often end in death, which requires a comprehensive study of this problem, prediction and prevention, and improvement of therapeutic measures.

**Keywords:** hemorrhagic stroke, seizures, patients, neuroimaging examination.

**МЕТОДЫ ОЦЕНКИ КЛИНИКО-НЕЙРОЛОГИЧЕСКОГО И  
НЕЙРОВИЗУАЛЬНОГО СТАТУСА ПРИСУДОРНОГО СИНДРОМА  
ПОСЛЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА**

**Ситора Барнаева<sup>1a</sup>, Дилбар Ходжиева<sup>2b</sup>**

<sup>1</sup>невролог, НРЦСМП БФ,

<sup>2</sup>DSc, профессор, Бухарский государственный медицинский  
институт имени Абу Али ибн Сины, Бухара, Узбекистан.

<sup>a</sup>.....@mail.ru, <sup>b</sup>[sitorabarnoeva2@gmail.com](mailto:sitorabarnoeva2@gmail.com)

**АННОТАЦИЯ**

В статье представлены результаты клинко-неврологической и нейровизуальной оценки судорожного синдрома после геморрагического

инсульта. Судороги после инсульта имеют высокий процент и нередко заканчиваются летально, что требует комплексного изучения данной проблемы, прогнозирования и профилактики, совершенствования лечебных мероприятий.

**Ключевые слова:** геморрагический инсульт, судороги, больные, нейровизуальное обследование.

**Актуальность:** Бутун дунё ва Ўзбекистонда инсультдан кейинги тутқаноқ синдроми юқори фоиз кўрсатгичларга чиқаётганлиги кузатилмоқда. Цереброваскуляр касалликлар пароксизмал холатларнинг энг кўп учрайдиган сабабларидан бўлиб, 60 ёшдан катталарда тутқаноқ синдроми сабабининг 25%ини ташкил қилади (Holtkamp M. et al., 2017). Ёшлар ва ўрта ёшлиларда тутқаноқ синдроми сабабининг 10% ини инсульт ташкил қилади. Инсультдан кейинги тутқаноқ синдроми G. Varolin ва E. Sherzer томонидан 1962 йилда ишлаб чиқилган таснифга кўра қуйидагилар: 1) инсульт ривожланишига олиб келувчи тутқаноқ; 2) эрта тутқаноқ- инсульт ривожланган биринчи 7 кун давомида; 3) кечки тутқаноқ инсультдан 7 кундан сўнг ривожланувчи. Эпилепсия беморлар жароҳатланиши ошишига, функциялар тикланиши секинлашувига, когнитив ва эмоционал бузилишлар чуқурлашувига, ҳамда ҳаёт сифати пасайишига олиб келади. Ўзбекистонда инсультдан кейинги тутқаноқ синдромининг айнан шу жиҳатларига етарлича аҳамият берилмаётганлиги, касаллик кечиш хусусияти, ташхислаш ва реабилитация тадбирлари оқсаётганлиги оқибатида беморлар узок йиллар мобайнида тутқаноқ хуружлари билан яшашга маҳкум бўлмоқда ва ҳаёт сифати пасайиши кузатилмоқда.

Инсультдан кейинги тутқаноқ синдромини даволашда касаллик патогенези, клиник- неврологик хусусиятларига эътибор бермаслик, хуруж вақтида нотўғри тактика қўлланилиши самарали даволаш услубларини кўриб чиқишни тақозо қилади. Шу сабабли инсультдан кейинги эпилепсияни ташхислаш ва даволашда замонавий ёндашиш, тўғри диагностик ва терапевтик ёндашувни такомиллаштириш ҳозирги замон талабидир.

**Тадқиқот мақсади:** Геморрагик инсультдан кейинги тутқаноқ хуружлари клиник- неврологик ва нейровизуал хусусиятларини ўрганиш, даволаш усуллари самарадорлигини қиёсий баҳолаш

**Тадқиқот усулларига** беморлардан анамнез йиғиш, клиник- неврологик текширувлар, нейровизуал текширувлардан бош мия МСКТ си, экстракранеалниал қон томирларни дуплексли сканирлаш ва магнит-резонансли томография (МРТ)кабилар ва клиник-лаборатор текширувлар ўтказилган.

Тадқиқот иши Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиалида олиб борилди. Тадқиқотимизга клиникада 2016-2022 йиллар оралиғида мурожаат қилган 110 нафар инсультдан кейинги тутқаноқ синдроми кузатилган бемор киритилди. Беморлар орасида эркаклар сон жиҳатдан устунлик қилди, уларнинг аксарияти 61-80 ёш оралиғида.

**Тадқиқотга киритиш мезонлари қуйидагилар:**

1. Геморрагик инсульт кузатилган беморлар
2. Бемор ёши 25 ёшдан катта

**Беморлар қуйидагича танлаб олинди:**

1. Илгари ИКТС ташхиси қўйилган беморлар
2. ГИ кузатилган 14 кунгача бўлган ТС кузатилган беморлар
3. ГИ кузатилган 14 кундан ошган ТС кузатилган беморлар

**Тадқиқотга киритмаслик мезонлари:**

1. Ишемик инсульт кузатилган беморлар
2. Бош мия ўсмаси бўлган беморлар
3. Марказий асаб тизими демиелинловчи касалликлари аниқланганлар
4. Яққол когнитив бузилишлар, психомотор қўзғалувчанлик кузатилганлар
5. Юрак- қон томир касалликлари декомпенсацияси
6. ГИ кузатилгунга қадар ТС бўлганлар

Қон клиник ва биохимик таҳлиллари РШТЁИМ Бухоро филиали лаборатория бўлимида ўтказилди. Нейрофизиологик текширув ЭЭГ мониторинг клиникада ўтказилди. Бош мия МСКТ текшируви РШТЁИМ Бухоро филиалида ўтказилди. Бош мия МРТ текшируви Кармен плюс клиникасида ўтказилди. Видео-ЭЭГ мониторинг Зармед диагностика марказида ўтказилди. Барча беморлардан текширув учун розилик олинди.

Тадқиқотга 54 нафар бемор киритилди: 14 аёл (27,8%) ва 40 эркак (72,2%). Беморлар 18 ёшдан 89 ёшгача танлаб олинган.

24 нафар беморда илгари ИКТС ташхиси қўйилган, улардан 16 нафари эркак (66,7%) ва 8 нафар аёл (33,3%) ёши 42 дан 74 гача. 21 нафар бемор инсултдан кейин 8 ва ундан ортиқ кунда кечки тутқаноқ кузатилган беморлар, улардан 17 нафари эркак (81%) ва 4 нафар аёл (19%), ўртача ёши 55 ёш [51; 67]. 14 нафар беморда (66,7%) биринчи марта ИКТС ташхиси қўйилган.

Олинган натижаларга статистик ишлов бериш шахсий компьютерда Microsoft Excel-2019 ва STATISTICA 6.0. дастурий таъминот тўпламлари ёрдамида амалга оширилди. Натижалар ўртача қиймат (M) ва ўрта квадрат оғиш ( $\sigma$ ) – тахминий меъёрий тақсимотга эга белгилар учун, шунингдек, медиана (Me) ва кватриллар қўринишида – меъёрдан фарқ қилган тақсимотга эга белгилар учун тақдим этилди. Тарқатиш тури тўғрисида қарор қабул қилиш учун Шапиро-Уилк мезонидан фойдаланилди. Мустақил гуруҳларни таққослаш учун белгининг меъёрий тақсимланишида Стъудентнинг t-мезони ва меъёрдан фарқ қилувчи тақсимот ҳолатида Манн-Уитнининг U-мезони қўлланилди. Қарам гуруҳларни таққослаш учун меъёрий тақсимланишда Стъудентнинг t-мезони ва меъёрдан фарқ қилувчи тақсимот ҳолатида Вилкоксон мезони қўлланилди. Тафовутлар 95% ишонч оралиғида муҳим деб ҳисобланди ( $P \leq 0,05$ ). Белгилар корреляцияси Спирмен корреляцион тахлилининг нопараметрик усули ёрдамида таҳлил қилинди.

**Тадқиқот натижалари:** Геморрагик инсултдан кейинги ўткир даврда 21 нафар беморда тутқаноқ хуружи кузатилди. Қолган беморларда илгаридан кузатилган тутқаноқ ёки кечки тутқаноқ ҳолатлари кузатилди. Гуруҳлар орасида патогенетик ва клиник хусусиятлар ўрганилди.

Қуйидаги ҳолатлар таҳлил қилинди:

1. Геморрагик инсульт хавф омиллари

2. Геморрагик инсулт оғирлиги
3. Қон қуйилиш ўчоғи жойлашган ўрни

Ҳар иккала гуруҳ беморларида хавф омиллари ГИда эпилептик хуружлар ривожланиш ҳавфига таъсирини баҳолаш мақсадида ўрганилди ва қуйидаги натижалар олинди (3.1-жадвал). Ҳавф омили сифатида артериал гипертония, ТИА, ПИКС, қандли диабет, бош мия томирлари атеросклерози, хилпилловчи аритмия, гиперхолестеринемия, бош мия томирлари аневризмаси олинди.

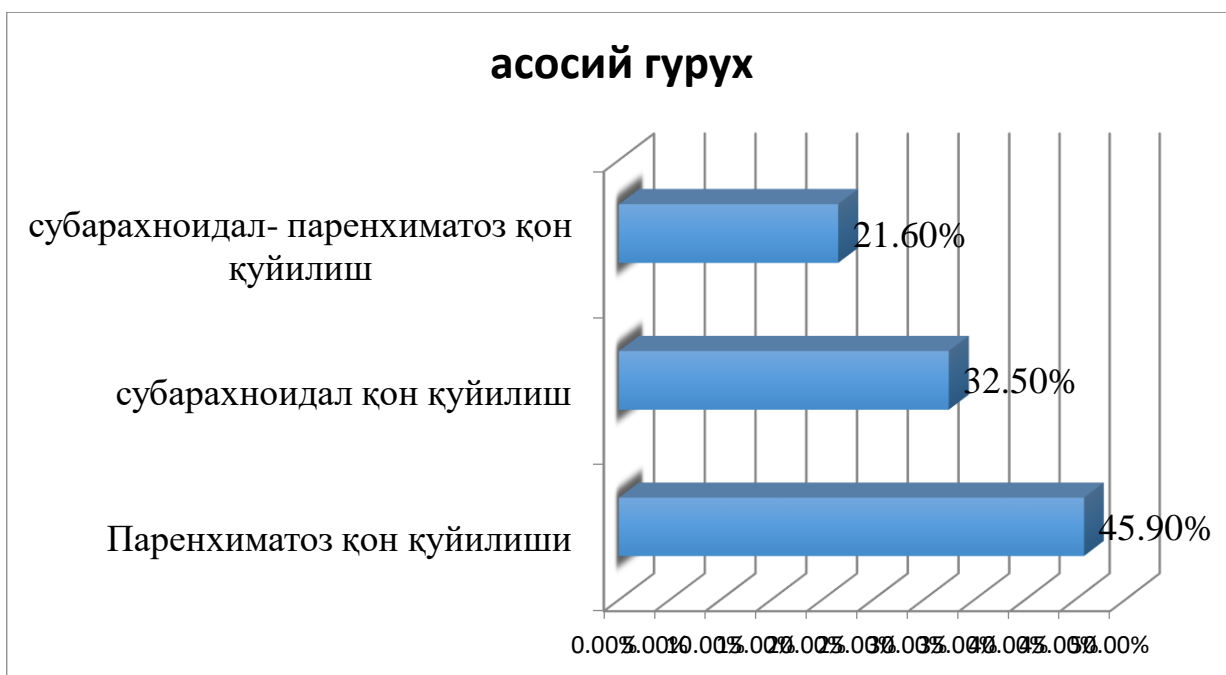
### 3.1- жадвал

#### Тадқиқот гуруҳларида хавф омиллари

Хавф омили	Асосий гуруҳ		Назорат гуруҳи	
	n	%	n	%
Артериал гипертония	100	96.15	18	60.00
ТИА	18	17.31	-	-
ПИКС	13	12.50	1	3.33
Қандли диабет	25	24.03	2	6.66
Бош мия томирлари атеросклерози	84	80.76	10	33.33
ЮИК	85	81.73	3	9.99
Хилпилловчи аритмия	22	21.15	-	-
Гиперхолестеринемия	54	51.92	3	9.99
Бош мия томирлари аневризмаси	4	3.84	-	-

Асосий гуруҳ беморларида артериал гипертония 100(96.15%), ТИА 18(17.31%), ПИКС 13(12.50%), қандли диабет 25(24.03%), бош мия томирлари атеросклерози 84(80.76%), ЮИК 85(81.73%), хилпилловчи аритмия 22(21.15%), гиперхолестеринемия 54(51.92%), бош мия томирлари аневризмаси 4(3.84%) хавф омили сифатида келган бўлса, назорат гуруҳи беморларида артериал гипертония 18(60.00%), ПИКС 1 (3.33%), қандли диабет 2 (6.66%), бош мия томирлари атеросклерози 10 (33.33%), ЮИК 3 (9.99%), гиперхолестеринемия 3 (9.99%) ташкил этган. Хавф омиллари орасида беморларда артериал гипертония, бош мия томирлари атеросклерози, ЮИК устунлик қилган ва профилактика лозимлигини кўрсатади.

Беморлар қон қуйилиш локализациясига кўра субарахноидал қон қуйилиш, паренхиматоз қон қуйилиш, паренхиматоз- субарахноидал қон қуйилишларга ажратилди.



**3.1- расм. Қон қуйилиш локализациясига кўра тадқиқот гурухлари тақсимланиши**

Асосий гурух беморларида паренхиматоз қон қуйилишлар 45.9%, субарахноидал қон қуйилиши 32.5%, субарахноидал- паренхиматоз қон қуйилишлар 21.6% ни ташкил этган. Субарахноидал-паренхиматоз қон қуйилиши инсултдан кейинги тутқаноқларга олиб келиши юқори фоизларни ташкил этган.

Тутқаноқ хуружи кузатилган беморларда хуруждан сўнг постиктал неврологик танқислик белгилари баҳоланди. Постиктал белгиларга нутқ бузилиши (нутқ секинлашуви, тез, тушунарсиз нутқ), эшитув хотираси пасайиши, ўрин-жойга ориентациянинг бузилишлари, Тодда параличлари киритилди.

Инсулт такрорийлигининг тутқаноқ хуружига таъсири ўрганилди.





### 3.2-расм. Инсулт такрорийлигининг тутқаноқ хуружига таъсири

Асосий гурух беморларида таққослаш гурухи беморларига нисбатан такрорий инсултда тутқаноқ хуружлари 16.6% га кўп учраши аниқланди. Шундай қилиб геморрагик инсултдан кейин тутқаноқ хуружлари юқори фоизларни ташкил этиб, бу кўрсаткич айниқса такрорий инсултлардан кейин кўп кузатилади.

Инсулт ўткир даврида кузатилган тутқаноқлар эпилептик хуружлар клиник белгисига кўра таҳлил қилинганда клиник белгилар инсулт ўчоғи жойлашган ўрнига кўра намоён бўлиши аниқланди. Баролин томонидан таклиф этилган таснифга кўра (1962 йил), хуружлар инсулт вақтига кўра ажратилди. Кечки хуружлар сифатида инсултнинг 7- кунидан бошлаб 21- кунига қадар кузатилган тутқаноқ хуружлари олинди.

### 3.2- жадвал

#### Геморрагик инсултдан кейинги тутқаноқ синдроми типлари

Тутқаноқ типи	Асосий гурух
Илгари кузатилган тутқаноқ	22 (33.84%)
Эрта тутқаноқ	43(66.16%)
Кечки тутқаноқ	9(13.84%)
Оддий парциал тутқаноқ	6(9.23%)
Мураккаб парциал тутқаноқ	24(36.92%)
Иккиламчи генерализацияланган тутқаноқ	35(53.85%)
Такрорий тутқаноқ хуружлари	9(13.84%)

Асосий гурух беморларида инсултдан олдин ҳам мавжуд бўлган тутқаноқлар 33.84%, эрта тутқаноқ 66.16%, кечки тутқаноқ 13.84%, оддий парциал тутқаноқ 9.23%, мураккаб парциал тутқаноқ 36.92%, иккиламчи генераллашган тутқаноқ 53.85%, такрорий тутқаноқ хуружлари 13.84 % кузатилган. Асосий гурух беморларида иккиламчи генераллашган тутқаноқ хуружлари устунлик қилди.

### 3.2- жадвал

#### Тадқиқот гурухларида NIHSS шкаласи натижалари

	Асосий гурух		Назорат гурухи		Критерий Манна-Уитни	
	М	m	М	m	Z	P
NIHSS (балл) даводан олдин	13,45	0,36	13,44	0,47	-0,142	0,887
Критерий знаковых рангов Вилкоксона	Z	-7,023	-5,452			
	P1	0,000	0,000			

Асосий гурух беморларида NIHSS шкаласи натижалари даводан олдин  $13.45 \pm 0.36$  баллни ташкил этган, назорат гурухи беморларида  $13.44 \pm 0.47$  баллни ташкил этган ( $P < 0.05$ ).

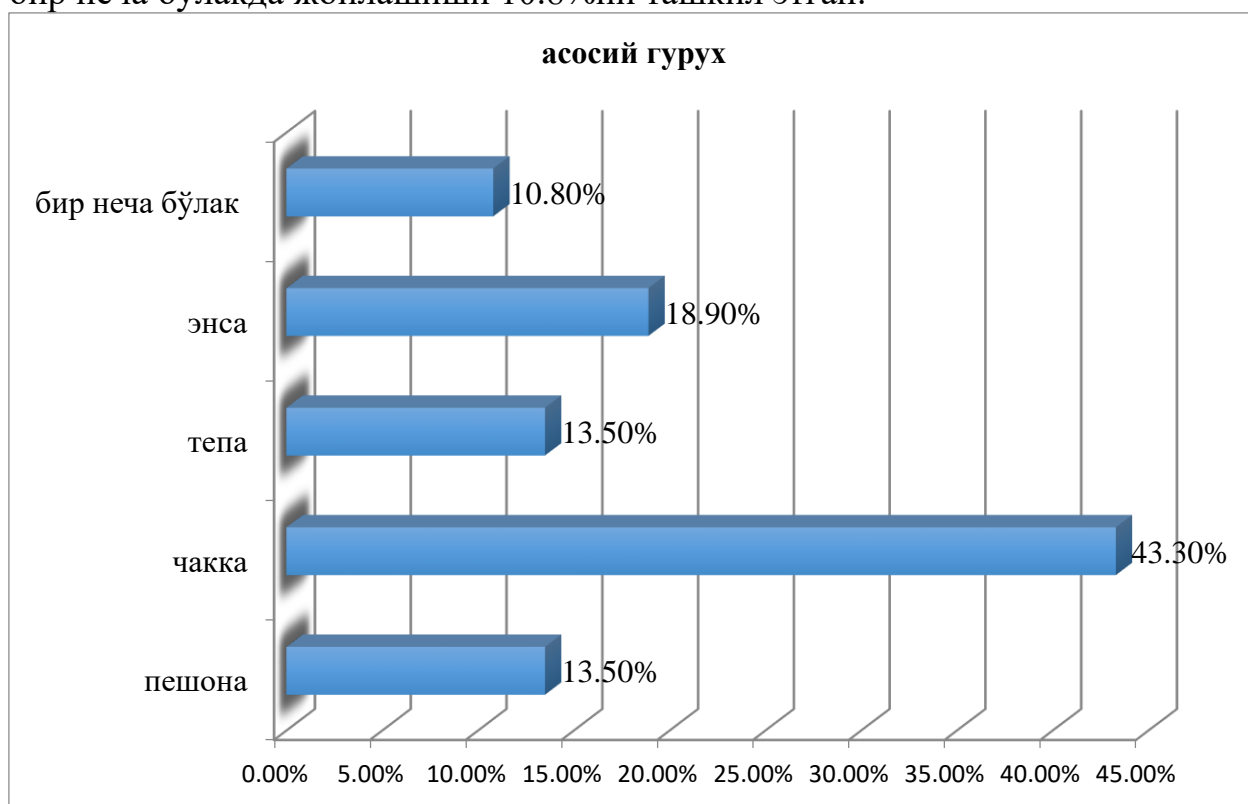
Тадқиқот гурухига кирган ҳар бир беморга мурожаатнинг биринчи суткасида МСКТ текшируви ўтказилди.

МСКТ текширувлари натижалари асосида қуйидаги ҳолатлар баҳоланди:

1. Инсулт подтиплари: субарахноидал қон қуйилиши, паренхиматоз қон қуйилиши, субарахноидал- паренхиматоз қон қуйилиш.
2. Бош миёдаги ўчоқли ўзгаришлар яққоллиги, ўчоқ ўлчами. Ўлчамга кўра гематомалар қуйидаги гуруҳларга ажратилди:
  - Кичик қон қуйилишлар (гематома <20мл)
  - ўрта ўлчамли гематома (гематома 20-50 мл)
  - Катта ўлчамли гематома (гематома >50 мл)
3. Ўчоқнинг миёнинг пўстлоқ ва пўстлоқ ости тизимларига нисбатан жойлашуви (кортикал, субкортикал, кортко- субкортикал)
4. Ўчоқнинг бош миё бўлаклари бўйича жойлашуви (пешона, чакка, тепа, энса, бир неча бўлим).

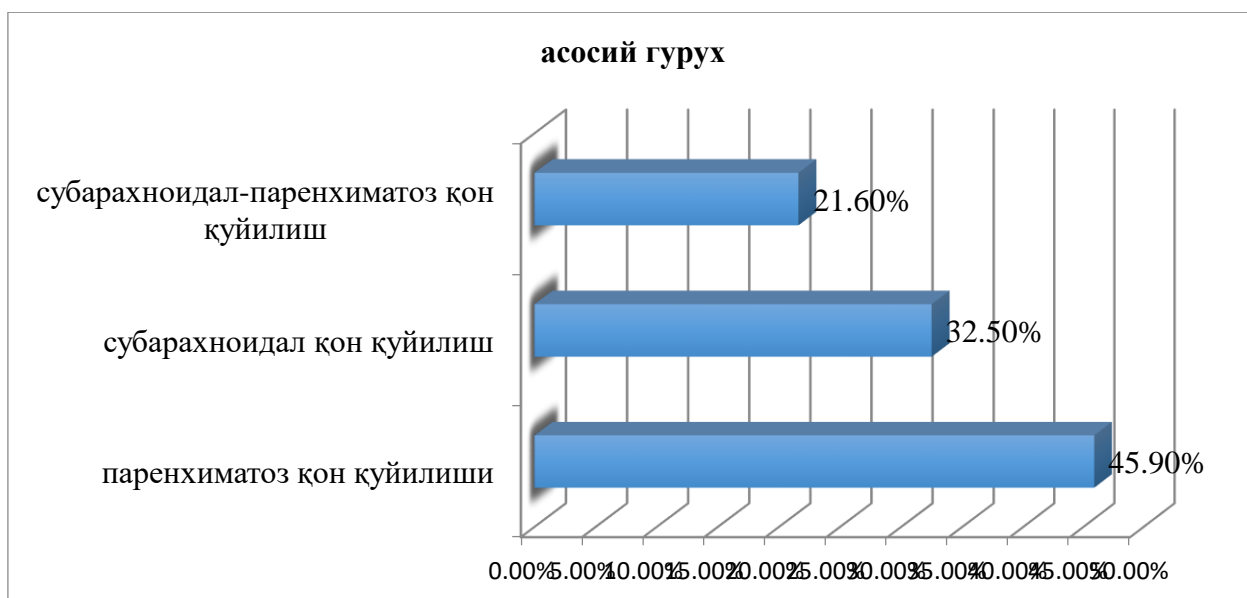
Бош миё бўлақларига кўра текширилганда субкортикал тизим ўчоқлари кўпроқ учраши аниқланди. Асосий гуруҳ беморларида энса бўлаги қон қуйилишлари кўпроқ аниқланди ( $P < 0.05$ ). Шундай қилиб, кенг субарахноидал- паренхиматоз қон қуйилишининг бир неча бўлақларда кузатилиши ГИ ўткир даврида тутқаноқ хуружлари ривожланиши предиктори бўлиб ҳисобланади. Бош миё орқа соҳасида кузатиладиган изоляцияланган қон қуйилишлар тутқаноқ хавфига нисбатан кам таъсир қилади.

Асосий гуруҳ беморларида геморрагик ўчоқнинг пешона соҳасида жойлашиши 13.5%, чаккада жойлашиши 43.3%, тепада 13.5%, энсада 18.9%, бир неча бўлақда жойлашиши 10.8%ни ташкил этган.



### 3.3-расм. Бош миёда ўчоқларнинг жойлашуви ўрни

Пўстлоқ ва пўстлоқ ости тизимларига кўра ўчоқнинг жойлашуви ўрганилганда асосий гуруҳ беморларида паренхиматоз қон қуйилишлар 45.9%, субарахноидал қон қуйилиши 32.5%, субарахноидал- паренхиматоз қон қуйилишлар 21.6% ни ташкил этган. Демак асосий гуруҳ беморларида паренхиматоз ва субарахноидал қон қуйилишлар устунлик қилади.



### 3.4- расм. Пўстлоқ-пўстлоқ ости тизимиға боғлиқ холда ўчоқларнинг жойлашуви

Ўчоқ ўлчамлари ўрганилганда асосий гурух беморларида кичик қон қуйилишлари 29.7%, ўрта қон қуйилишлари 56.80%, йирик қон қуйилиш 13.5% ни ташкил этган.

**Хулоса:** Геморрагик инсультдан кейинги тутқаноқ синдроми мавжуд беморларда вегетатив асаб тизими томонидан ўзгаришлар бўлганлиги (бизнинг мисолимизда симпатик асаб тизими тонуси ошиши) коррекциялашни талаб қилади. Юқоридаги маълумотларга таянган ҳолда вегетатив нерв тизимини ўтказилган текширувлар симпатик ва парасимпатик нерв системаси тонусини аниқлашда қўлланилади.

#### **Библиографические ссылки; References; Адабиётлар рўйхати:**

1. Бадалян, Л.О. Фебрильные судороги: диагностика, лечение, диспансерное наблюдение. Методические рекомендации / Л.О. Бадалян, П.А.Темин, К.Ю. Мухин. – М., 1988. – 24 с.
2. Белова, Ю.А. Парциальная эпилепсия у больных пожилого возраста / Ю.А. Белова, С.В. Котов, И.Г. Рудакова // Клиническая геронтология. – 2010. – Т. 16. – № 9 – С. 10. Белоусова, Е.Д. Новые международные классификации эпилепсий и эпилептических приступов Международной лиги по борьбе с эпилепсией (2017) / Е.Д. Белоусова, Н.Н. Заваденко, А.А. Холин, А.А. Шарков // Журнал неврологии и психиатрии. – 2017. – Т. 7. – С. 99-106.
3. Габашвили, В.М. Эпилептические припадки при сосудистых заболеваниях головного мозга / В.М. Габашвили, Э.С. Прохорова, Р.Р. Шакаришвили. – Тбилиси: Мецниереба, 1986. – 338 с.
4. Гехт, А.Б. Эпидемиология эпилепсии в России / А.Б. Гехт, Л.Е. Мильчакова, Ю.С. Чурилин, Е.И. Гусев // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2006. – Т. 1. – С. 3-7.
5. Гуляев, С.А. Особенности биохимических механизмов формирования возбуждения при симптоматической эпилепсии (обзор литературы) / С.А. Гуляев// Русский журнал детской неврологии. – 2011. – Т. 6. – №1. – С. 31-38.
6. Данилова, Т.В. Клинические особенности постинсультных эпилептических припадков / Т.В. Данилова // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2015. – Т. 7. – № 1S. – С. 47.
7. Данилова, Т.В. Особенности эпилепсии при острой и хронической церебральной ишемии / Т.В. Данилова // Казанский медицинский журнал. – 2017. – Т. 6. – С. 877-883.

8. Гаффорова Висола Фуркатовна Психоречевые нарушение при фебрильных судорогах у детей// *Innovation in technology and science education/Volume:2/ Issue:8/March-2023. P 1242-1249.*
9. Гаффорова В.Ф. клиничко-неврологические, нейрофизиологические и нейроиммунологические особенности судорожного синдрома у детей// *EURASIAN JOURNAL OF ACADEMIC RESEARCH Volume 3 Issue 5, Part 4 May 2023. P 288-296.*
10. Gaffarova Visola Furqatovna Evaluate the Neuropsychological, Clinical-Neurological and Neurophysiological Characteristics of Febrile and Afebrile Seizures// *American Journal of Science and Learning for Development Volume 2 | No 2 | February -2023. P187-192.*
11. Qahharovna, S. N. (2023). *Thromboocclusive Lesions of the Bronchocephalic Arteries: Treatment Options and Phytotherapy Options.*// *American journal of science and learning for development, 2(2), 41-46.*
12. Salomova Nilufar Kakhorovna//*Features of neurorehabilitation itself depending on the pathogenetic course of repeated strokes, localization of the stroke focus and the structure of neurological deficit//European Journal of Research Development and Sustainability (EJRDS 11. 8-12. 2022/11*
13. Халилова, А.Э. Эпилепсия у детей с острыми нарушениями мозгового кровообращения / А.Э. Халилова, Ё.Н Маджидова // *Эпилепсия и пароксизмальные состояния. – 2016. – Т. 8. – № 4. – С. 34-38.*
14. Щедеркина, И.О. Эпилепсия у детей, перенесших инсульт / И.О. Щедеркина, Н.Н. Заваденко, И.Е Колтунов // *Эпилепсия и пароксизмальные состояния. – 2015.– Т. 7. – № 4. – С. 66-71.*