

NEVROLOGIYA

НЕВРОЛОГИЯ

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

2 (90), 2022

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: 18.07. 2022 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” 2/2022

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

Издается при поддержке компаний:
СП ООО “NOBEL PHARMSANOAT”
(генеральный партнер),
«BERLIN-CHEMIE», «АРТЕРИУМ»,
и представительство
«PRO.MED.CS Praha a.s..»

Главный редактор – профессор
МАДЖИДОВА Ё. Н.

Редакционная коллегия:

Алимов У.Х.
Асадуллаев М.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.
Сабилов 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.
Дьяконова Е.Н.
Гусев Е.И.
Федин А.И.
Заваденко Н.Н.
Новикова Л.Б.
Скоромец А.А.
Чутко Л. С. (все Россия)
Нургужаев Е.С. (Казахстан)
Шералиева Рена Ханум(Азербайджан)
Ганиева М.Т.(Таджикистан)

ИШЕМИК ВА ГЕМОМРАГИК ИНСУЛЬТЛАРДАН КЕЙИНГИ ОҒРИҚ СИНДРОМИНИ ТАШХИСЛАШ, ҚИЁСИЙ ТАШХИСЛАШ ВА ОЛДИНИ ОЛИШГА ОИД ЗАМОНАВИЙ ҚАРАШЛАР

(АДАБИЁТЛАР ТАҲЛИЛИ)

Ходжиева Д.Т., Хайдарова Д.К., Охунжанова М.З.

Бухоро давлат тиббиёт институти, Тошкент тиббиёт академияси

Калит сўзлар: инсульт, оғриқ, депрессия, таламус.

Инсультдан кейинги оғриқ синдроми долзарб муаммо бўлиб, беморларнинг 12-55% ида учрайди, уларнинг 70% и ҳар кунги оғриқни ҳис қилади. Сурункали оғриқлар беморларда вегетатив бузилишлар ва депрессия, ҳавотир ҳолатларини чақиради. Инсультдан кейинги марказий оғриқлар беморларнинг 8%ида учраши аниқланди. Мазкур мақолада инсультдан кейинги оғриқлар турлари, ташхислаш, қиёсий ташхислаш ва олдини олишга бағишланган.

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ДИАГНОСТИКУ, СРАВНИТЕЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ И ПРОФИЛАКТИКУ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ ИШЕМИЧЕСКОГО И ГЕМОМРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Ходжиева Д.Т., Хайдарова Д.К., Охунжанова М.З.

Бухарский государственный медицинский институт, Ташкентская медицинская академия

Ключевые слова: инсульт, боль, депрессия, таламус.

Постинсультный болевой синдром — актуальная проблема, возникающая у 12-55% пациентов, 70% из которых испытывают боль ежедневно. Хроническая боль вызывает у больных вегетативные расстройства, депрессию и тревогу. Центральная боль после инсульта была обнаружена у 8% больных. Данная статья посвящена видам, диагностике, сравнительной диагностике и профилактике постинсультной боли.

MODERN VIEWS ON DIAGNOSIS, COMPARATIVE DIAGNOSIS AND PREVENTION OF PAIN SYNDROME AFTER ISCHEMIC AND HEMORRHAGIC STROKES (LITERATURE ANALYSIS)

Khodjiev D.T., Khaydarova D.K., Okhunjanova M.Z.

Bukhara State Medical Institute, Tashkent Medical Academy

Key words: stroke, pain, depression, thalamus

Post-stroke pain syndrome is a current problem, occurring in 12-55% of patients, 70% of whom experience pain on a daily basis. Chronic pain causes autonomic disorders and depression and anxiety in patients. Central pain after stroke was found in 8% of patients. This article is devoted to the types, diagnosis, comparative diagnosis and prevention of post-stroke pain.

Хозирги кунда инсультдан кейинги оғриқларнинг қуйидаги турлари маълум: инсультдан кейинги марказий оғриқ; спастик паретик мушаклар оғриқли спазми натижасида келиб чиққан оғриқ; скелет- мушак оғриғи- паретик муча бўғимида оғриқ (“оғриқли елка синдроми”, бўғим артропатиялари), бел пастки қисмидаги оғриқлар; инсультдан кейинги бош оғриқлар; комплекс регионал оғриқ синдроми (КРОС).

Инсультдан кейинги оғриқ синдроми беморларнинг 12-55% ида учраб, уларнинг 70% и ҳар кунги оғриқларни ҳис қилади. Инсультдан кейинги марказий оғриқлар 1-12% ни ташкил қилади, ишемик инсульт ўтказган беморларда гемомрагик инсультларга нисбатан оғриқ синдроми кўпроқ кузатилади (Костенко Е.В., 2017; Кукушкин М.Л., 2017). Инсультдан кейинги 1- йилда 8% беморда оғриқ пайдо бўлади. Беморларнинг 50%ида оғриқ инсультдан кейинги бир ой ичида ривожланади, 37% ида инсультдан кейинги бир ойдан 2 йилгача бўлган даврда, 11% ида инсультдан 2 йил ўтгач пайдо бўлади [8]. Узоқ йиллар мобайнида инсультдан кейинги марказий оғриқлар 1-2% ҳолатда учрайди деб ҳисобланди [10]. Кейинроқ 200 дан ортиқ беморда ўтказилган тадқиқотда марказий оғриқ беморларнинг 8%ида учраши ўрганилди [11]. Марказий оғриқ кўп учрайдиган ҳолат бўлиб, айниқса афазияси бор беморларда чуқур таҳлил ўтказиш лозимдир. Марказий оғриқ синдроми ёки таламик орқа- латерал синдроми Дежерин-Русси синдроми француз врачлари J. Dejerine (1849–1917) ва патолог G. Roussy (1874–1948) томонидан 1906 йилда

ёритилган. Мазкур синдром таламус орқа оёқчаси, унинг вен-трал ядроси орқа латерал қисми шикастланиши оқибатида келиб чиқади. Мазкур синдромда шикастланиш ўчоғидан қарши томонда хуружсимон кучайиб борувчи кучли оғриқ, гиперпатия кузатилиб, оғриқ аниқ локализацияга эга бўлмайди, тери ва тўқималар таъсирланганда ва руҳий зўриқишда интенсивлиги ошади. Юзаки ва чуқур сезги бузилиши билан бирга кечиб, сенситив атаксия, псевдостереогноз, ўтиб кетувчи гемипарез билан бирга кечади, айниқса қўлда кучлироқ намоён бўлиб, хореоатетоз шаклида гиперкинезлар кузатилиши мумкин, бу ҳолат таламик қўл дейилади. Баъзан ихтиёрий мимик харакатлар сақланиши фонда спонтан мимик реакция қашшоқлашуви кузатилади. Диққат ва ориентация нотургунлиги кузатилади. Нутқдаги ўзгаришлар аниқ ва тушунарли гапира олмаслик, монотонлик, литерал парафазиялар, овоз баландлиги пасайиши тарзида намоён бўлади. Айрим ҳолларда гемианопсия кузатилиши мумкин [5]. Оғриқ синдроми бўлган беморлар 2 марта секин тикланади, ҳаёт сифати паст бўлиб, кўпинча когнитив бузилишлар, апатия, депрессия ва ҳавотир билан бирга кечади. Оғриқ синдроминанинг яққоллиги бевосита когнитив бузилишлар, депрессия ва ҳавотир даражаси кучига боғлиқ (Sanchis M.N., 2016; Костенко Е.В., 2017; Гудкова В.В. ва ҳаммуаллифлар., 2017; Кукушкин М.Л., 2017). Оғриқ синдроми даволаш эрта бошланиши реабилитация натижавийлиги ошишига олиб келади (Harrison R.A., 2015).

Тадқиқот мақсади.

Тадқиқотнинг асосий мақсади ишемик ва геморрагик инсультлардан кейинги оғриқ синдромини ташхислаш, қиёсий ташхислаш ва олдини олишга оид замонавий қарашларни ниқлашдир.

Тадқиқот услуби ва материаллари.

Узоқ йиллар мобайнида инсультдан кейинги марказий оғриқлар фақатгина таламус шикастланиши билан боғлиқ деб баҳоланди. Ҳозирга қадар инсультдан кейинги марказий оғриқлар ривожланиш механизмига оид аниқ бир фикр мавжуд эмас. Нейровизуал текширувлар амалиётга кириб келгач, марказий оғриқлар борасида қуйидаги нуқтаи назарлар шаклланди:

1) инсультдан кейинги марказий оғриқлар таламус ва таламусдан ташқари тизимлар шикастланиши натижасида келиб чиқади;

2) оғриқ синдроми инсульт жойлашган ўрнига мос равишда клиник хусусиятларга эга бўлади;

3) инсультдан кейинги марказий оғриқлар генетик детерминирланган идиосинкразия сифатида қаралиб, марказий асаб тизимидаги маълум жараёнлар танқислиги билан боғлиқ равишда сенсор тизимлар шикастланишидан келиб чиқади.

Натижалар ва уларнинг муҳокамаси.

М.Б.Сашина маълумотларига кўра (2005), ИКОС кўпинча ўнг яримшар шикастланганда ва ўчоқнинг кўрув дўмбоғига тарқалганда кузатилади (31,9%). Кўрув дўмбоғи изоляцияланган шикастланишида камроқ кузатилади (7,2%). Мия устунда жойлашганда 10,1% ҳолатда кузатилади. ИКОС ўчоқ чап яримшарда жойлашиб жараёнга кўрув дўмбоғи қўшилганда эрта муддатларда, яъни инсультдан кейинги биринчи 2 ой ичида кузатилиши аниқланган. Ўчоқ ўнг ва чап ярим шарда жойлашиб кўрув дўмбоғида патология кузатилмаса ИКОС нисбатан кечроқ, яъни инсульт ўтказгандан 3-6 ойдан кейинги муддатда бошланади [6].

Таламус латерал қисмлари инфаркти экстрапирамид толлалар шикастланиши сабабли (a.thalamogeniculata хавзаси тармоғи) ҳаракат бузилишлари билан атаксия тарзида намоён бўлади. Бунда шикастланиш ўчоқлари қуйидагича бўлади: ansa lenticularis орқали базал ганглийлардан; таламус вентролатерал ядроси синапсларидан ташкил топган мияча юқори оёқчалари ва қизил ядродан; таламус вентролатерал қисмига бирикадиган ички капсула орқа оёқчасидан [2].

Дежерин-Русси синдромида шикастланишдан қарши томонда энгил ўтиб кетувчи мушак спастикасиз гемипарез, яққол гемигипестезия, гемиатаксия, мучалар дистал қисмларида оғриқ ва парестезия, кўп ҳолларда тана ярмида тарқалувчи гемиалгия кузатилади [3]. Ноцицептив тизим исталган тизими шикастланишида бу турдаги оғриқлар кузатилиши мумкин. Бунда шикастланиш ўчоғи ўлчами марказий оғриққа олиб келишга сабабчи бўлмайди [4]. Бемор ёши, жинси ва шикастланиш тарафи марказий инсультдан кейинги оғриқлар ривожланиши доимий предикторлари ҳисобланмайди [5]. Марказий оғриқлар бош мия соматосенсор тизим исталган қисми, жумладан узунчоқ мия, таламус ва катта ярим шарлар шикастланишида келиб чиқади. Қатор тадқиқотлар узунчоқ мия латерал қисми ёки таламус орқа вентрал қисми шикастланишида чақирилишини кўрсатди [6, 7]. Мия устунини инфаркти натижасида келиб чиққан Валленберг – Захарченко синдромида спиноталамик тракт кичик шикастланишлари марказий постинсульт оғриқларига олиб келиши аниқланди [7]. Орқа мия дорсал шохи, таламик ядролар, бош мия катта ярим шарлари соматосенсор қисмиорасидаги кўзгалувчанлик механизмлари назорати бузилиши оғриққа олиб келади. Марказий асаб тизимида ноцицептив нейронлар ҳалокати синаптик ёриққа глутамат ва нейрокининлар юқори миқдорда тушиши ва цитотоксик таъсир этиши билан боғлиқ [18]. Орқа мия дорсал шохи, таламик ядролар, бош мия катта ярим шарлари соматосенсор қисмида транссинаптик дегенерация ривожланиб, халок бўлган нейронлар ўрнини глиа

эгаллайди, бу нейронлар деполаризациясига ва кўзгалувчанлик ошишига олиб келади. Бундан ташқари опиоид-, глицин- и ГАМКергик тормозланиш жараёнларида бузилиш келиб чиқиб, узоқ вақт давом этувчи патологик фаоллик келиб чиқади. Марказий инсультдан кейинги оғриқлар ўлчамига кўра кичик (кўл), йирик (тана ярми) турга бўлинади. Мия устунини шикастланганда оғриқ тананинг қарши томонида ва шикастланган томондаги юз соҳасида кузатилади, шунингдек периорбитал оғриқлар ҳам адабиётларда ёритилган [9]. Гемитип шаклидаги оғриқлар таламик шикастланишларга хосдир [3]. Инсультдан кейинги марказий оғриқлар цереброваскуляр шикастланиш ўчоғига мос сезги бузилишлари соҳасига қисман ёки тўлиқ мос келади [5]. Кўпгина невропатик оғриқларга хос белги бу оғриқ жойлашган соҳада сезги пасайиши ёки гипералгезия билан бирга келишидир [10]. Марказий постинсульт оғриққа хос феноменлардан бири механик ёки ҳарорат таъсир этганда оғриқнинг кучайишидир [10]. Инсультдан кейинги марказий оғриқлар ва бошқа марказий, ҳамда периферик оғриқлар клиник белгилари ўхшаш [1]. Инсультдан кейин невропатик оғриқлар билан бир қаторда суяк-мушак оғриқлари (40%), елкада оғриқ (20%), бош оғриғи (10%), мушаклар спастикаси сабабли юзага келувчи оғриқлар (7%) ҳам кузатилиши мумкин. Марказий постинсульт оғриқлар патогномоник хусусияти ёки кўрсаткичи йўқ, у бирдан ўз-ўзидан ёки бирор таъсирловчи натижасида келиб чиқади. Дизэстезия 85% беморда кузатилиб, ўртача интенсивлиги ўн балли шкала бўйича 3 баллдан 6 баллгача кўрсаткични беради [2]. Қатор тадқиқотларда шикастланиш ўчоғи бош мия устунини ёки таламусда жойлашганда юқори интенсивликдаги оғриқлар юзага келишини кўрсатган бўлса [5], қолган маълумотларга кўра инсультдан кейинги марказий оғриқлар яққоллиги таламик ва ноталамик шикастланишларда фарқланмаслиги кўрсатиб ўтилди [9]. Спонтан оғриқлар интенсивлиги кўп ҳолларда қатор ички ва ташқи омиллар, жумладан совуқ, иссиқда кучайиб, дам олганда ёки диққат бошқа нарсага жалб қилинганда пайсайдан аниқланган [5]. Доимий спонтан оғриқлар бемор томонидан кўпинча ачиштирувчи, куйиштирувчи, совуқ, босувчи сифатида таърифлаб берилса, даврий оғриқлар ёрувчи ва отувчи хусусиятга эгадир [2, 5]. Инсультдан кейинги марказий оғриқлар бемор ҳаёт сифати бузилишига олиб келади, реабилитацияни қийинлаштиради, уйқунинг ёмонлашувига олиб келиб, бемор руҳиятига салбий таъсир этиши оқибатида суицид ҳолатларига олиб келиши мумкин [7, 2]. Невропатик оғриқлар ўз-ўзидан бемор ухлашига таъсир этолмайди, бироқ беморлар кучли оғриқ таъсирида бирдан уйқудан уйғонишига олиб келиши мумкин. Оғриқ соҳасида бемор териси, тери ости ёғ клетчаткаси, соч, тирноқда трофик ўзгаришлар кузатилиши, мушак тонуси ўзгаришлари ёки маҳаллий вегетатив бузилишлар бўлиши мумкин.

Инсульт ва инсультдан кейинги марказий оғриқлар пайдо бўлиш вақти турлича бўлиши мумкин. Оғриқ инсультдан кейин дарҳол кузатилиши ёки бир неча йиллардан кейин кузатилиши мумкин, бироқ кўп ҳолларда оғриқ инсульт ўтказгандан кейинги биринчи бир неча ойда пайдо бўлади [3]. Оғриқ синдромининг кечроқ пайдо бўлиши оғриққа сабаб бўлиши мумкин бўлган бошқа сабабларни, жумладан тақрорий инсультни инкор этишни талаб қилади. Инсультдан кейинги марказий оғриқлар ишемик ва геморрагик инсультлардан кейин пайдо бўлиши мумкин. Ўтказилган тадқиқотларнинг бирида инсультдан кейинги оғриқлар бўлган беморларнинг 13 тадан 4 нафариди мия ичига қон қуйилишидан кейин кузатилганлиги аниқланган [4]. Муаллифлар бу ҳолатда оғриқ сабаби таламусга қон қуйилиши деган ҳулосага келишган. Невропатик оғриқлар шаклланиши механизмиларини тушуниш борасида сезиларли юксалиш бўлишига қарамай, йиғилган маълумотлар қатор экспериментал тадқиқотлар ва клиник маълумотлар орасида туғиладиган саволларга тўлиқ жавоб бериш имконини бермайди. Шундай қилиб, невропатик оғриқ ноцицептив тизим шикастланишлари барча ҳолатларида ҳам кузатилмаслиги мунозараларга сабаб бўлмоқда. Оғриқ пайдо

бўлиши учун фақатгина ноцицептив тизим шикастланиши сабаб бўлиши ҳақидаги маълумотлар нотўғрилигини исботлайди, демак оғриқ сезгиси бошқарилиши ва унинг дезорганизациясига олиб келувчи қанақадир бошқа омиллар ҳам мавжудки, уларни аниқлаш вақт талаб қилади.

Инсултдан кейинги марказий оғриқлар патофизиологиясида қуйидагилар муҳим аҳамиятга эга: спиноталамик трактда гиперқўзғалувчанлик ва гиперфаоллик; латерал трактда жойлашган ўчоқ медиал таламусда тормозланиш жараёнини чақиради (тормозланиш назарияси); таламусдаги ўзгаришлар, таламус ўзига хос оғриқ генератори бўлиб, унда тормозловчи ГАМК йўқотилиши кузатилади.

Унинг инструментал диагностикаси учун қуйидаги усуллар ишлатилади:

Электронейромиография (ЭНМГ)-периферик нервлар шикастланишини аниқлаш олтин стандартидир. ПН толалари сезги (S-жавоб) ва ҳаракат (M-жавоб) қўзғалиш ўтказилиши тезлиги ва латентлиги, амплитудаси таҳлил қилинади.

Ингичка тутамни текшириш учун миқдорий сенсор тест услуби ишлаб чиқилган. Исиқ сезгиси тести ҳарорат CTM-толаси гипофункциясини, совуқ сезгисини А толасида аниқланади. Оғриқ қабул қилиш бўсағасининг пасайиши иссиқлик гипералгезияси ёки совуқ аллодиниясини кўрсатади. Миқдорий сенсор тест услуби ёрдамида вибрацион сезгирлик бўсағаси камертон воситасида аниқланиши мумкин. А-®-тола функцияси аниқланади.

Соматосенсор чақирилган потенциаллар (ССЧП)- бош ва орқа мия сенсор тизимлари афферент қисми ташхислаш универсал услубидир. ССЧП амплитудаси ошиши ноцицептив тизим ўтказувчи тизимлари сенситизацияси ҳақида кўрсатади. Латент давринг ошиши ва амплитуда пасайиши деафферентацион жараёнлар бораётганлигини, яъни миелин қобқли тез ўтказувчи йўллар шикастланганлигини кўрсатади.

Лазер ва контактли иссиқлик чақирилган потенциаллар (СНЕРС – Contact Heat-Evoked Potential Stimulator) афферент сенсор тизим секин ўтказувчи йўллари алоҳида текшириш мақсадида қўлланилади.

Тери биопсияси- интраэпидермал нерв толалари қаттиклигини текшириш невропатик оғриқларда периферик нервлар шикастланишини морфологик тасдиқлаш мақсадида қўлланади.

Кўз шох пардаси конфокал микроскопияси- цилиар нерв толаси қаттиклигини аниқлаш учун қўлланилади.

Хулоса.

Хулоса қилиб шуни айтиш мумкики, периферик нервлар ультратовуш текшируви-полиневропатия, моновневропатия, плексопатия диагностикаси учун ишлатилади. Туннел син-

дромларида нерв толаси ёки чигали шикастланишлари даражаси ва хусусияти аниқланиши интервенцион даво усуллари қўлланилишига ёрдам беради.

Адабиётлар.

1. Булекбаева Ш.А., Лисовский Е.В., Ризванова А.Р., Дарибаев Ж.Р. Диагностические шкалы и тесты в нейрореабилитации. Руководство для врачей / // Астана: АО «Республиканский детский реабилитационный центр», 2015. -146с
2. Г.Я.Юнгеюльзинга, М.Эндреса ; пер. с нем. под ред. Л.В.Стаховской.Осложнения и последствия инсультов. Диагностика и лечение ранних и поздних нарушений функции / М. : МЕДпресс-информ, 2017. – 264 с
3. Солиев И.М. Инсултдан кейинги реабилитация // "Экономика и социум" №2(93) 2022.
4. Кирьянова, В.В. Морфологические аспекты применения транскраниальных методов физиотерапии в раннем периоде ишемического инсульта / В.В. Кирьянова, Н.В. Молодовская, Е.Н. Жарова // Вестник физиотерапии и курортологии. – 2019. – № 2. – С. 34-40.
5. Мусаев, А.В. Трансцеребральная физиотерапия ишемических заболеваний головного мозга / А.В. Мусаев, Ф.К. Балакишиева // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2012. – № 6. – С. 3-11.
6. Боголюбов, В.М. Электрическое поле высокой частоты (27,12 МГц) и электросон в реабилитации больных после инсульта в позднем восстановительном периоде / В.М. Боголюбов, З.С. Хостикоева // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2006. – № 3. – С. 3–8.
7. Зубкова, С. М. Физиологические основы трансцеребральной электротерапии / С.М. Зубкова, В.М. Боголюбов // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2007. – № 3. – С. 3–13.
8. Трусов, С.В. Транскраниальная электростимуляция эндорфинных механизмов мозга ТЭС терапия в повседневной деятельности врача общей практики /С.В. Трусов // Электростимуляция 2002: тр. науч.-практ. конф. – М., 2002. – С. 314-318.
9. Хачаянц Н.Ю., Карпов С.М., Апагуни А.Э. Постинсультный болевой синдром (клинический случай) // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 4.
10. Пугачева В.С. Дифференциальная диагностика геморрагического и ишемического инсульта // Международный студенческий научный вестник. – 2016. – № 4-1.

ВОПРОСЫ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НЕРВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Изюмов Д.П., Маджидова Ё.Н., Максудова Х.Н. Мухаммадсо-
лих Ш.Б.

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭПИ-
ЛЕПСИИ В ПРИАРАЛЬЕ.....2

Даминова Х. М.

О СЕМЕЙНОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ БОЛЕЗНИ ПАР-
КИНСОНА.....4

Ходжиева Д. Т., Ахмедова Д. Б., Исмаилова Н. Б.

МИАСТЕНИЯ КАСАЛЛИГИДА КОГНИТИВ
БУЗИЛИШЛАРНИНГ ШАКЛЛАНИШИ.....7

Ходжиева Д.Т., Хайдарова Д.К., Охунжанова М.З.

ИШЕМИК ВА ГЕМОРАГИК ИНСУЛЬТЛАРДАН КЕЙИНГИ
ОҒРИҚ СИНДРОМИНИ ТАШХИСЛАШ, ҚИЁСИЙ ТАШХИС-
ЛАШ ВА ОЛДИНИ ОЛИШГА ОИД ЗАМОНАВИЙ ҚАРАШЛАР
(АДАБИЁТЛАР ТАҲЛИЛИ).....10

ВОПРОСЫ ДЕТСКОЙ НЕВРОЛОГИИ

Саидазизова Ш. Х., Шамансуров Ш. Ш.

ИНСУЛЬТ У ДЕТЕЙ И СЛУЧАИ ЕГО РЕЦИДИВА.....13

Дониёрова Ф.А.

РЕЗУЛЬТАТЫ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОГО АНА-
ЛИЗА ГЕНОВ MTR И MTRR СРЕДИ ДЕТЕЙ С АУТИЗ-
МОМ.....17

Акрамова Х.А., Ахмедова Д.И., Хайбуллина З.Р.

УРОВЕНЬ НЕЙРОСПЕЦИФИЧЕСКИХ АУТОАНТИТЕЛ У ДЕ-
ТЕЙ, РОЖДЕННЫХ С МАЛОЙ МАССОЙ ТЕЛА..... 20

Якубова З.А., Азимова Н.М., Якубов Р.К.

ДИАГНОСТИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В
КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕФЕКТАМИ
И ДЕФОРМАЦИЯМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.....24

ВОПРОСЫ НЕЙРОХИРУРГИИ

Юлдашев Р.М., Курбанов У.К.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ШЕЙНЫХ СПОНДИЛОТИЧЕСКИХ РАДИКУЛОМИЕЛОПА-
ТИЙ.....26

ВОПРОСЫ СОМАТОНЕВРОЛОГИИ

Кадирова С.Р., Хамрабаева Ф.И.

ПРИМЕНЕНИЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕ-
НИЯ (МАГНИТОТЕРАПИИ И GANODERMA LUCIDUM) В ЛЕ-
ЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦА-
ТИПЕРСТНОЙ КИШКИ С ТОЛСТОКИШЕЧНЫМ ДИСБИО-
ЗОМ.....29

ВОПРОСЫ ПСИХОНЕВРОЛОГИИ

Абдукадирова Д.Т.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ COVID-19 И ИХ
АДЕКВАТНАЯ ТЕРАПИЯ..... 32

Шамсиев А.Т., Султанов Ш.Х., Ходжаева Н.И.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО АЛКОГО-
ЛИЗМА В КОМБИНАЦИИ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ СТРЕС-
СОВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ.....34

Аграновский М.Л., Джураев Н.Н., Усманова М.Б.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТО-
ЯНИЙ ПОСЛЕ НЕЗАВЕРШЕННЫХ СУИЦИДОВ.....37

ОБЗОР

Мирджураев Э.М., Туракулова Д.О.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ОПТИМИЗАЦИЯ
ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ.....40

Madjidova Y.N., Ro'zimurodov M.O., Maksudova X.N.,
Xidoyatova D.N.

DISSIRKULYATOR ENSEFALOPATIYA VA COVID-19.....42

Saidvaliyev F.S., Subxanova A.X.

MIGRENNING FARMOKOLOGIK VA NOFARMOKOLOGIK DAVOSI,
HOLATI, MUAMMOLARI, ZAMONAVIY YECHIMLARI.....45

Rahimova Sh.M., Saidvaliyev F.S., Rahimova D.M.

KATTALARDAGI BOSH OG'RIG'I KASALLIKLARIDA PRENATAL
ESTROGEN-TESTOSTERON BALANSI XAVF OMILI SIFATIDA...51

Бердиева Х.У., Садикова Г.К.

НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ РЕЧИ ПРИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗА-
БОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ.....58

Маджидова Я.Н., Эргашева Н.Н., Азимова Н.М., Даниёрова
Ф.А., Хусенова Н.Т.

АУТИЗМЛИ БОЛАЛАРНИНГ ХУЛҚ-АТВОРИНИ АМАЛИЙ ТАҲЛИЛ
ҚИЛИШ (АВА) ТАМОЙИЛЛАРИ.....61

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Рузикулов М.М., Расулов Ш.О., Хазраткулов Р.Б.
НАЛОЖЕНИЕ ЭКСТРА-ИНТРАКРАНИАЛЬНОГО МИКРОАНАСТО-
МОЗА У БОЛЬНОЙ С ГИГАНТСКОЙ АНЕВРИЗМОЙ КАВЕРНОЗ-
НОГО ОТДЕЛА ПРАВОЙ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ.....63

Зияходжаева Л.У., Бабажанова У.Т., Абидова М.А., Зияходжа-
ева Н.А.

АБСЦЕССЫ МОЗГА В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....65

ПРЕСС РЕЛИЗ

VI-РОССИЙСКО-УЗБЕКСКИЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ФОРУМ
«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НЕВРОЛОГИ-
ЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ»..... 67