

Impact Factor: 5.723

ISSN: 2181-0982

DOI: 10.26739/2181-0982

[www.tadqiqot.uz](http://www.tadqiqot.uz)

# JNNR

JOURNAL OF NEUROLOGY AND  
NEUROSURGERY RESEARCH



VOLUME 4, ISSUE 2

2023

# ЖУРНАЛ НЕВРОЛОГИИ И НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 4 НОМЕР 2

JOURNAL OF NEUROLOGY AND NEUROSURGERY RESEARCH  
VOLUME 4, ISSUE 2



## ЖУРНАЛ НЕВРОЛОГИИ И НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Бухарский государственный медицинский институт и tadqiqot.uz

### Главный редактор:

**Ходжиева Дилбар Таджиевна**  
доктор медицинских наук, профессор  
Бухарского государственного медицинского  
института. (Узбекистан).  
ORCID ID: 0000-0002-5883-9533

### Зам. главного редактора:

**Хайдарова Дилдора Кадировна**  
доктор медицинских наук, профессор  
Ташкентской медицинской академии.  
(Узбекистан).  
ORCID ID: 0000-0002-4980-6158

Рецензируемый  
научно-практический журнал  
“Журнал неврологии  
и нейрохирургических исследований”  
Публикуется 6 раза в год  
№2 (04), 2023  
ISSN 2181-0982

### Адрес редакции:

ООО Tadqiqot город Ташкент,  
улица Амира Темура пр.1, дом-2.  
web: <http://www.tadqiqot.uz/>;  
Email: [info@tadqiqot.uz](mailto:info@tadqiqot.uz)  
Тел: (+998-94) 404-0000

Макет и подготовка к печати  
проводились в редакции журнала.

### Дизайн - оформления:

Хуршид Мирзахмедов

Журнал зарегистрирован  
в Управлении печати и  
информации г. Ташкента Рег. №  
от 01.07.2020 г.

“Неврологии и нейрохирургических  
исследований” 2/2023

### Электронная версия

журнала на сайтах:

<https://tadqiqot.uz>  
[www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)

### РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

**Иноятов Амрилло Шодиевич** - доктор медицинских наук, профессор, министр здравоохранения. (Узбекистан)

**Хайдаров Нодиржон Кадинович** – доктор медицинских наук, профессор, ректор Ташкентского государственного стоматологического института. (Узбекистан).

**Нуралиев Неккадам Абдуллаевич** - доктор медицинских наук, профессор, иммунолог, микробиолог, проректор по научной работе и инновациям Бухарского государственного медицинского института. (Узбекистан).

**Кариев Гайрат Маратович** – доктор медицинских наук, профессор, директор Республиканского научного центра нейрохирургии Узбекистана. (Узбекистан).

**Федин Анатолий Иванович** - доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ. Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова. (Россия).

**Маджидова Екутхон Набиевна** - доктор медицинских наук, профессор, Ташкентского педиатрического медицинского института. (Узбекистан).

**Рахимбаева Гулнора Саттаровна** - доктор медицинских наук, профессор, Ташкентской медицинской академии. (Узбекистан).

**Джурабекова Азиза Тахировна** – доктор медицинских наук, профессор Самаркандского государственного медицинского института. (Узбекистан).

**Чутко Леонид Семенович** - доктор медицинских наук, профессор, руководитель Центра поведенческой неврологии Института мозга человека им. Н.П. Бехтеревой. (Россия).

**Муратов Фахитдин Хайритдинович** - доктор медицинских наук, профессор Ташкентской медицинской академии. (Узбекистан).

**Дьяконова Елена Николаевна** - доктор медицинских наук, профессор, Ивановская государственная медицинская академия. (Россия).

**Труфанов Евгений Александрович** – доктор медицинских наук, профессор Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика. (Россия)

**Норов Абдурахмон Убайдуллаевич** – доктор медицинских наук, профессор Ташкентского института усовершенствования врачей. Заместитель директора Республиканского специализированного научно- практического центра нейрохирургии. (Узбекистан)

**Абдуллаева Наргиза Нурмаматовна** – доктор медицинских наук, профессор Самаркандского государственного медицинского института. (Узбекистан).

**Азизова Раъно Баходировна** - доктор медицинских наук, доцент Ташкентской медицинской академии. (Узбекистан).

**Давлатов Салим Сулаймонович** - Начальник отдела надзора качества образования, доцент Бухарского государственного медицинского института. (Узбекистан).

**Саноева Матлюба Жахонкуловна** - доктор медицинских наук, доцент Бухарского государственного медицинского института. (Узбекистан).

**Артыкова Мавлюда Абдурахмановна** - доктор медицинских наук, профессор Бухарского государственного медицинского института. (Узбекистан).

**Уринов Мусо Болтаевич** - доктор медицинских наук, доцент Бухарского государственного медицинского института. (Узбекистан).

**Киличев Ибодулла Абдуллаевич** – доктор медицинских наук, профессор Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии. (Узбекистан).

**Нарзуллаев Нуриддин Умарович** – доктор медицинских наук, доцент Бухарского государственного медицинского института. (Узбекистан).

**Рашидова Нилуфар Сафоевна** - доктор медицинских наук, доцент Ташкентской медицинской академии. (Узбекистан).

**Ганиева Манижа Тимуровна** - кандидат медицинских наук, доцент Таджикского государственного медицинского университета (Таджикистан).

**Хазраткулов Рустам Бафоевич** - руководитель сосудистого отделения Республиканского специализированного научно – практического медицинского центра нейрохирургии, доцент кафедры нейрохирургии Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников (Узбекистан).

**Нуралиева Хафиза Отаевна** - кандидат медицинских наук, доцент Ташкентского фармацевтического института. (Узбекистан).

## JOURNAL OF NEUROLOGY AND NEUROSURGICAL RESEARCH

Bukhara State Medical Institute and tadqiqot.uz

### Chief Editor:

**Hodjjeva Dilbar Tagieva**

Doctor of medical Sciences, Professor,  
Bukhara state medical Institute. (Uzbekistan).  
ORCID ID: 0000-0002-5883-9533

### Deputy editor-in-chief:

**Khaydarova Dildora Kadirovna**

Doctor of Medical Sciences,  
Professor of the Tashkent  
Medical Academy. (Uzbekistan).  
ORCID ID: 0000-0002-4980-6158

Peer-reviewed scientific and  
practical journal "Journal of Neurology  
and Neurosurgical Research"  
Published 6 times a year  
#2 (04), 2023  
ISSN 2181-0982

### Editorial address:

Tadqiqot LLC the city of Tashkent,  
Amir Temur Street pr.1, House 2.  
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>;  
Email: [info@tadqiqot.uz](mailto:info@tadqiqot.uz)  
Phone: (+998-94) 404-0000

Layout and preparation for printing  
held in the editorial office of the  
journal.

### Design – pagemaker:

Khurshid Mirzakhmedov

Journal is registered at the Office of  
Press and Information Tashkent city,  
Reg. No. July 1, 2020

"Neurology and neurosurgical  
research" 2/2023

### Electronic version of the

Journal on sites:

[www.tadqiqot.uz](http://www.tadqiqot.uz),  
[www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)

### EDITORIAL TEAM:

**Inoyatov Amrillo Shodievich** - doctor of medical Sciences, Professor, Minister of health. (Uzbekistan).

**Khaydarov Nodirjon Kadirovich** - Doctor of Medicine, Professor, Rector of Toshkent State Dental Institute. (Uzbekistan).

**Nuraliev Nekkadam Abdullaevich** - Doctor of Medical Sciences, Professor, Immunologist, Microbiologist, Vice-Rector for Research and Innovation of the Bukhara State Medical Institute. (Uzbekistan).

**Kariev Gayrat Maratovich** - Doctor of Medicine, Professor, Director of the Republican Scientific Center for Neurosurgery of Uzbekistan. (Uzbekistan).

**Anatoly Ivanovich Fedin** - Doctor of Medical Sciences, professor, Honored Doctor of the Russian Federation. Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogova. (Russia).

**Madjidova Yokutxon Nabieva** - Doctor of Medicine, Professor, Tashkent Pediatric Medical Institute. (Uzbekistan).

**Rakhimbaeva Gulnora Sattarovna** - Doctor of Medical Sciences, Professor, the Tashkent Medical Academy. (Uzbekistan).

**Djurabekova Aziza Taxirovna** - Doctor of Medicine, Professor, the Samarkand State Medical Institute. (Uzbekistan).

**Chutko Leonid Semenovich** - Doctor of Medicine, Head of the Center for Behavioral Neurology of the Institute of Human Brain named after N.P. Bekhtereva. (Russia).

**Muratov Fakhmitdin Khayritdinovich** - Doctor of Medical Sciences, Professor, the Tashkent Medical Academy. (Uzbekistan).

**Dyakonova Elena Nikolaevna** - Doctor of Medicine, professor of the Ivanovo State Medical Academy. (Russia).

**Trufanov Evgeniy Aleksandrovich** - Doctor of Medicine, Professor, National Medical Academy of Postgraduate Education named after P.L. Shupika. (Russia).

**Norov Abdurakhmon Ubaydullaevich** - Doctor of Medicine, professor of the Tashkent Institute for Advanced Medical Studies. Deputy Director of the Republican Specialized Scientific and Practical Center for Neurosurgery. (Uzbekistan).

**Abdullaeva Nargiza Nurmatovna** - Doctor of Medicine, professor of the Samarkand State Medical Institute. (Uzbekistan).

**Azizova Rano Baxodirovna** - doctor of medical Sciences, associate Professor of the Tashkent Medical Academy. (Uzbekistan).

**Davlatov Salim Sulaimonovich** - Head of the Department of education quality supervision, associate Professor of the Bukhara state medical Institute. (Uzbekistan).

**Sanoeva Matlyuba Jakhonkulovna** - Doctor of Medicine, Associate Professor of the Bukhara State Medical Institute. (Uzbekistan).

**Artykova Mavlyuda Abdurakhmanovna** - Doctor of Medical Sciences, Professor of the Bukhara State Medical Institute. (Uzbekistan).

**Urinov Muso Boltaevich** - Doctor of Medicine, Associate Professor, Bukhara State Medical Institute. (Uzbekistan).

**Kilichev Ibdulla Abdullaevich** - Doctor of Medicine, professor of the Urgench branch of the Tashkent Medical Academy. (Uzbekistan).

**Narzullaev Nuriddin Umarovich** - Doctor of Medicine, associate professor of Bukhara State Medical Institute. (Uzbekistan).

**Rashidova Nilufar Safoevna** - doctor of medical Sciences, associate Professor of the Tashkent Medical Academy. (Uzbekistan).

**Ganieva Manizha Timurovna** - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Tajik State Medical University. (Tajikistan).

**Hazratkulov Rustam Bafoyevich** - head of the vascular department of the Republican specialized scientific and practical medical center of neurosurgery, associate professor of the Department of neurosurgery of the center for the development of professional qualifications of medical workers (Uzbekistan).

**Nuralieva Hafiza Otayevna** - Candidate of medical Sciences, associate Professor, Toshkent pharmaceutical Institute. (Uzbekistan).

<b>1. Атаниязов Махсуджан Камаладдинович</b> КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ COVID-19 АССОЦИИРОВАННОМ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ.....	6
<b>2. Adashvoyev Xusan Anvarbekovich, Boboyev Jaloliddin Ibragimovich, Hazratqulov Rustam Bafoevich</b> BOSH SUYAGI O'SIMTALARINI JARROHLIK YO'LI BILAN DAVOLASH VA DIFFERENTIAL DIAGNOSTIKASI (ADABIYOTLAR TAHLILI).....	10
<b>3. Расулова Дилбар Камолиддиновна, Расулова Муниса Бахтияр кизи, Юсупова Ирода Ахмаджоновна</b> ПОСТИНСУЛЬТНАЯ НЕЙРОПАТИЧЕСКАЯ БОЛЬ – СИНДРОМ ДЕЖЕРИНА РУССИ.....	15
<b>4. Гафуров Бахтиёр Гафурович, Мамаджонова Турсуной Тохир кизи</b> БИОХИМИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19.....	19
<b>5. G'aniyev Mirvorisjon Tulqunjon og'li, Yuldashev Ravshan Muslimovich, Kariev Gayrat Maratovich</b> ORQA MIYANING BIRLAMCHI O'SMALARI EPIDEMIOLOGIYASI (Adabiyot sharhi).....	23
<b>6. Muratov Fakhmitdin Khayritdinovich, Yusupova Dilnoza Yusupjon kizi</b> REVIEW OF THE LITERATURE ON THE POTENTIAL EFFECT OF ANTIPILEPTIC DRUGS ON THE BONE SYSTEM.....	27
<b>7. Раимова Малика Мухамеджановна, Маматова Шахноза Абдужалиловна, Бахадирова Мадина Олимхон кизи</b> ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ИНСОМНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ II СТЕПЕНИ С ЭКСТРАПИРАМИДНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ.....	31
<b>8. Ro'ziqulov Maxmudjon Majidovich, Hazratqulov Rustam Bafoevich, Rasulov Shavkat Orziqulovich</b> ICHKI UYQU ARTERIYASINING KAVERNOZ QISMINING KATTA VA ULKAN QOPSIMON ANEVRIZMALARI BO'LGAN BEMORLARNI JARROHLIK DAVOLASH.....	35
<b>9. Куранбаева Сатима Раззаковна, Амириддинов Абдулвохид Хошимович</b> СВЯЗЬ МЕЖДУ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМОЙ И РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ.....	40
<b>10. Собирова Саодат Караматовна, Раимова Малика Мухамеджановна, Хикматова Шахзода Шухрат кизи</b> НЕЙРОГОРМОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ.....	44
<b>11. Aziza Taxiroyva Djurabekova, Shavkat Sotiboldiyevich Bekturdiyev, Shoxsanam Kenjaboyevna Eshimova</b> UMURTQA POG'ONASI BO'YIN OSTEOXONDROZI BILAN OG'RIGAN YOSH BEMORLARDA KO'RISHNING BUZILISHI (KOMPYUTERDA ISHLOVCHILARDA).....	48
<b>12. Собирова Донохон Саидаскархановна, Рахимбаева Гулнора Саттаровна, Ким Инна Георгиевна</b> ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ, КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ТЕРАПИИ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ ЭПИЛЕПСИИ.....	52
<b>13. Куранбаева Сатима Раззаковна, Маткаримов Хошимжон Саидмахмудович, Умиров Азиз Рустамович,</b> <b>Каландарова Севара Хужаназаровна, Жураев Зулфиддин Зайниддин угли</b> ШЕЙНАЯ СПОНДИЛОГЕННАЯ МИЕЛОПАТИЯ, СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ.....	56
<b>14. Рахматов Карим Рахимович</b> ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ДВУПОЛУШАРНЫХ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ.....	61
<b>15. Якубов Жахонгир Баходирович, Кариев Гайрат Маратович, Тухтамуродов Жавлон Абдуллаевич</b> ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНЫХ ФОРМ ЭПИЛЕПСИИ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.....	64
<b>16. Machanov G'oyrat Shavkatovich, Niyozov Shuxrat Tashmirovich</b> KEKSALARDA UCH SHOHLI NERV NEVRALGIYASINING KLINIK VA PATOGENETIK XUSUSIYATLARI.....	69
<b>17. Джарабекова Азиза Тахировна, Шмырина Ксения Владимировна, Вязикова Наталья Фёдоровна</b> ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ ХОДЬБЫ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА.....	73
<b>18. Ходжаева Мадина Фахритдиновна</b> РАЗРАБОТКА АЛГОРИТМА РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ И ОПТИМИЗАЦИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ДЕФИЦИТОВ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ.....	78
<b>19. Shomurodova Dilnoza Salimovna, Djurabekova Aziza Taxiroyva, Mamurova Mavludaxon Mirhamzayevna</b> KEKSALARDA QALQONSIMON BEZ FAOLIYATINING BUZILISHI VA BU BILAN BOG'LIQ MURAKKAB KLINIK-NEVROLOGIK JARAYONLAR.....	82

УДК:616.009.67+616-005.4

Расулова Дилбар Камолиддиновна  
 Расулова Муниса Бахтияр кизи  
 Юсупова Ирода Ахмаджоновна  
 Ташкентская медицинская академия

## ПОСТИНСУЛЬТНАЯ НЕЙРОПАТИЧЕСКАЯ БОЛЬ – СИНДРОМ ДЕЖЕРИНА РУССИ

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7826092>

## АННОТАЦИЯ

Одним из осложнений острой цереброваскулярной мозговой катастрофы является «центральная постинсультная нейропатическая боль»- ЦПБ. В статье мы решили описать клинический случай ЦПБ-синдром Дежерина Русси, который характеризовался синдромом пяти геми: гемианестезией, гемиатаксией, гемигиперпатией, каузалгией и характерной « таламической рукой». Задачей реабилитации постинсультной нейропатической боли является максимально возможное уменьшение интенсивности каузалгии. Интенсивность боли оценивали по шкале ВАШ. Для реабилитации применили Габанерв.

**Ключевые слова:** Инсульт, центральная постинсультная нейропатическая боль, нейрореабилитация, шкала ВАШ, габанерв

Расулова Дилбар Камолиддиновна  
 Расулова Муниса Бахтияровна  
 Юсупова Ирода Ахмаджоновна  
 Тошкент тиббиёт академияси

## ИНСУЛТДАН КЕЙИНГИ НЕВРОПАТИК ОҒРИҚЛАР - ДЕЖЕРИН РУССИ СИНДРОМИ

## АННОТАЦИЯ

Ўткир цереброваскуляр фожианинг асоратларидан бири - бири бу "марказий инсультдан кейинги нейропатик оғриқдир - МИО. Мақолада биз беш геми синдроми: гемианестезия, гемиатаксия, гемигиперпатия, каузалгия ва характерли "таламик қўл" синдроми билан тавсифланган Дежерине Русси МИО клиник ҳолатини тасвирлашга қарор қилдик. Инсультдан кейинги нейропатик оғриқни реабилитация қилишнинг мақсади, иложи борича каузалгияни камайтиришдир. Оғриқ даражаси ВАШ шкаласи ёрдамида баҳоланди. Реабилитация учун габанерв тавсия қилинди.

**Калит сўзлар:** Инсульт, марказий инсультдан кейинги нейропатик оғриқ, нейрореабилитация, ВАШ шкаласи, габанерв.

Rasulova Dilbar Kamoliddinovna  
 Rasulova Munisa Bakhtiyar qizi  
 Yusupova Iroda Ahmadjanovna  
 Tashkent Medical Academy

## POST-STROKE NEUROPATHIC PAIN - DEJERINE RUSSY SYNDROME

## ANNOTATION

One of the complications of acute cerebrovascular accident is "central post-stroke neuropathic pain" - CPB. In the article, we decided to describe a clinical case of Dejerine Russy's CPB syndrome, which was characterized by a syndrome of five hemi: hemianesthesia, hemiataxia, hemihyperpathia, causalgia, and a characteristic "thalamic hand". The goal of rehabilitation of post-stroke neuropathic pain is to reduce the intensity of causalgia as much as possible. Pain intensity was assessed using the VAS scale. Gabanerv was used for rehabilitation.

**Keywords:** Stroke, central post-stroke neuropathic pain, neurorehabilitation, VAS scale, Gabanerv

Инсульт одна из важнейших проблем современного общества, являясь основной причиной глубокой и длительной инвалидизации населения. [1, 2, 4, 5]. Инсульт нередко оставляет после себя тяжелые последствия в виде двигательных, речевых, когнитивных, проприоцептивных нарушений, значительно ухудшая социальную значимость пациентов и ухудшая качество их жизни. Одним из осложнений острой цереброваскулярной мозговой катастрофы является **центральная постинсультная нейропатическая боль**. Термином «**центральная постинсультная боль**» (ЦПБ) обозначают боли и некоторые

другие нарушения чувствительности, появившиеся в результате перенесенного мозгового инсульта. Дежерин и Русси (1906 г.) описали интенсивные непереносимые боли в виде таламического синдрома (поверхностная и глубокая гемианестезия, сенситивная атаксия, умеренная гемиплегия, негрубый хореоатетоз) после инфарктов в области зрительного бугра. Болевой синдром может развиваться вскоре после инсульта или через определенное время. У 50% пациентов боль возникает в течение 1-го месяца после перенесенного инсульта, у 37% – в период от одного месяца до двух лет после инсульта, у 11% – после двух лет [5]. Помимо

грубых неврологических дефицитов, постинсультная боль значительно ухудшает качество жизни больных, усугубляет депрессивные проявления и затрудняет проведение реабилитационных мероприятий, значительно замедляя при этом социальную адаптацию. Боль, как правило, является тяжелым бременем для пациента, даже когда ее интенсивность невелика. Осложняя реабилитацию, нарушая сон, ЦПБ значительно ухудшает качество жизни и может привести к депрессии и даже к суицидам. Выпадение чувствительности, наличие признаков гипер- или гипестезии в зоне болевых ощущений у пациентов с ЦПБ указывает на сочетание деафферентации с последующим развитием повышенной возбудимости нейронов.

Частота развития ЦПБ зависит от размера, характера и локализации очага. Поражение моста и латеральных отделов продолговатого мозга (синдром Валленберга) чаще, чем других структур, сопровождается алгическими проявлениями. Тем не менее, зрительный бугор (задне - вентральная часть) и ствол – это те отделы головного мозга, поражение которых при инсульте чаще всего сопровождается ЦПБ. При локализации очага в нижне-латеральной части таламуса частота развития ЦПБ относительно невелика – 12%. Возраст, пол и сторона поражения не являются постоянными предикторами ЦПБ [1,2,4,5].

ЦПБ относится к группе хронических болевых расстройств, которые объединены в понятие «центральная нейропатическая боль» ЦНБ, поскольку боль вызвана очаговым поражением или дисфункцией центральной нервной системы ЦНС [2]. Учитывая сложность дифференциальной диагностики этого синдрома и других болевых расстройств, связанных с нарушениями ЦНС, было предложено альтернативное определение центральной нейропатической боли: боль, возникающая как прямое следствие повреждения или заболевания, поражающего центральную соматосенсорную систему [5]. Finpegar et al., а также некоторые другие исследователи описали ЦПБ как центральный нейропатический болевой синдром, возникающий после инсульта в части тела, соответствующей очагу и характеризующийся болью и иными чувствительными расстройствами. По определению Международной ассоциации по изучению боли, ЦНБ – это боль, связанная с заболеванием ЦНС. Несмотря на то что некоторые виды периферической индуцированной боли также могут влиять на деятельность ЦНС, термин «центральная постинсультная нейропатическая боль» строго означает боль, в основе которой лежит первичный процесс в ЦНС [1].

По новой классификации ЦНБ, которую можно использовать у пациентов, перенесших инсульт и страдающих центральной нейропатической болью-ЦПНБ и тех, у кого боль является периферической, определены критерии оценки каждого случая. Они основаны на классификации нейропатической боли, предложенной Treede et al. [2,4]. Случай определяют как «возможную ЦПНБ» при соответствии критериям 1, 2, 3, как «вероятную ЦПНБ» – при соответствии критериям 1, 2, 3 плюс критерий 4 или 5, как «подтвержденную ЦПНБ» – при соответствии критериям 1-5. Критерии представлены далее.

1. Исключение других потенциальных причин боли.

2. Боль имеет четкую и анатомически обоснованную локализацию (унилатерально очагу в ЦНС на теле и/или лице либо унилатерально на теле с контралатеральным вовлечением лица).

3. Анамнез, свидетельствующий об инсульте (неврологическая симптоматика развилась внезапно, боль появилась одновременно с инсультом либо позднее).

4. Наличие четких и анатомически обоснованных нарушений при клиническом неврологическом осмотре (нарушение чувствительности с положительным или отрицательным знаком в болезненной области, боль локализуется в зоне чувствительных нарушений, а расположение зоны чувствительных нарушений соответствует локализации очага поражения в ЦНС).

5. Выявление соответствующего сосудистого очага при помощи методов нейровизуализации (при КТ или МРТ визуализируется очаг, который может объяснить локализацию нарушений чувствительности).

Учитывая при реабилитации постинсультных расстройств важности знания симптомов центральной постинсультной нейропатической боли решили описать выявленный нами нижеописанный клинический случай.

**Цель.** Описать клинический случай центральной постинсультной нейропатической боли – синдрома Дежерина Сотта у больного с перенесенным инсультом и его реабилитацию.

**Пациент Б.А.** 1963г.р. 59 лет поступил неврологическое отделение 07.09.2022г. инвалид 2гр. с диагнозом ЦВЗ. Последствия повторных ОНМК (март 2016г, март 17.03.2022г), в бассейне СМА справа. Осл: Левосторонний спастический гемипарез.

Жалобы: на слабость левой руки и ноги, онемение, жгучие боли на левой руке, чувство холода на левой конечности, каузалгии, на повышенную чувствительность к механическим и температурным раздражителям на левой руке, невозможность ходьбы в темное время суток, не может сразу вспомнить знакомые предметы, путает названия, снижение памяти и концентрации внимания.

Из **анамнеза vitae:** женат, имеет детей, учитель математики в школе, вредных привычек отрицает. До инсульта не состоял на учете у каких либо врачей. Не принимал антигипертензивных препаратов.

**Anamnesis Morbi:** Первый инсульт геморрагический перенес в 53 года, 2016 году 12 марта на фоне высокого давления внезапно развивается слабость левых конечностей, месяц не мог ходить. Вышел на пенсию по инвалидности. Через 6 лет, второй инсульт - 17.03.2022г утром внезапно возникла слабость и онемение левой стороны тела, не смог поднять левую руку, отмечалась головкружение. Ползая на кухне принял аспирин. Родственники вызвали СМП, поступил в отделение интенсивной неврологии многопрофильной клиники Ташкентской Медицинской Академии. В первый день госпитализации расстройств сознания – в виде сопора. Восстановление после второго инсульта через 2 месяца, то есть стал потихоньку ходить. В сентябре 2022г поступает в отделение для реабилитационного лечения.

**Общее состояние** пациента средней тяжести. В сознании, адекватен, ориентирован в месте и в пространстве, отмечаются признаки семантической афазии: трудности при назывании знакомых предметов. Центральный парез VII и XII краниальных нервов слева, в двигательной сфере левосторонний спастический гемипарез, с силой мышц на левых конечностях по 3 балла. При вытянутых руках вперед в паретичной руке отмечались атетонидные гиперкинезы пальцев рук, и характерная поза «таламической руки». Сухожильные рефлексы вызывались BR, TR D<S высокие слева, PR, AR D<S. Вызываются патологический рефлекс Бабинского слева, рефлексы орального автоматизма Маринеску-Родовичи и хоботковый с двух сторон. В чувствительной сфере левосторонняя гемигипестезия, гемигиперпатия слева, каузалгия, сенситивная атаксия. «Таламическая рука». Симптом Неглекта. С нейропатической болью у пациента выявилась область нарушения чувствительности и гиперчувствительности в зоне поражения, которая сочеталась с кожной зоной выпадения чувствительности. Рутинный неврологический осмотр пациента с нейропатической болью включал реакцию на прикосновение, укол, давление, холодное, горячее и вибрацию. Реакцию оценивали как нормальную, сниженную или усиленную. Тактильную чувствительность (реакцию на прикосновение) оценивали с помощью легкого прикосновения к коже кусочком бумаги, реакцию на укол – при помощи уколов кожи неврологической булавкой. Глубокую чувствительность исследовали – суставно-мышечное чувство давлением на мышцы и суставы. Вибрационную - камертоном. Поверхностную температурную чувствительность оценивали реакцией на ощущение холодного или горячего в ответ на действие температурных раздражителей. У пациента исследование чувствительности сопровождалось такими неврологическими симптомами, как гиперестезия, дизестезия, каузалгия, гиперпатия, т.е., чувство онемения, изменения чувствительности к воздействию тепла, холода и прикосновения.

Данные лабораторно – инструментальных методов исследования пациента:

1. Общий анализ крови: Нв - 110г/л; Эритроциты – 3.9x10<sup>12</sup>/л; Лейкоциты – 5.4x10<sup>9</sup>/л; Т/я - 2%, С/я - 51%, Моноциты - 5%, Лимфоциты - 42%, РОЭ - 6мм/час. ВСК: 3.40-4.32.
2. Общий анализ мочи: количество - 80мл, цвет - жёлтый, прозрачный, относительная плотность - 1010, белок – 0.033, Лейкоциты – 12-14/1, Ураты ++.
3. Коагулограмма: Гематокрит число - 60%, толерантность гепарина к плазме – 4.20, Фибриноген - 353, Эталонный тест - отриц, Тромботест - V.
4. Биохимия крови: АЛТ - 34Ед/л, АСТ - 17Ед/л, общий билирубин – 32.8мкмоль/л, связанный – 16.2мкмоль/л, свободный – 16.6мкмоль/л, Мочевина – 8.8ммоль/л, Креатинин – 118.4мкмоль/л, общий оксил – 78.7г/л.
5. RW, HbsAg, HCV - отрицательные.
6. сахар крови: 4.8ммоль/л.
7. Липидный спектр: общий холестерин – 4.1ммоль/л, Триглицериды – 2.5ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0.97ммоль/л, ХС-ЛПНП – 1.98ммоль/л, ХС-ЛПОНП – 1.14ед, коэффициент холестерина – 3.2ммоль/л.
8. ЭКГ (17.09.2022): Синусовый ритм с ЧСС 63 уд/мин. ЭОС отклонена влево. Р-mitrale. Неполная блокада правой ножки пучка Гисса в сочетании с неполной блокадой передней ветви левой ножки пучка Гисса. Признаки гипертрофия левого желудочка с некоторыми нарушениями кровоснабжения в миокарде верхушечно-боковой стенки.
9. Рентгенокопия грудной клетки (17.09.2022): Хронический бронхит.
10. Осмотр окулиста: сосудистая ангиопатияси.
11. Осмотр кардиолога: ИБС. Стабильная стенокардия напряжения ФС III. ИККС (ЭКГ бүйича). Гипертоническая болезнь III стадия. Артериальная гипертензия I степени. Риск IV (очень высокий). Осложнение: СЮЕ II А. ФС III (по NYHA).
12. Осмотр гепатолога: хронический гепатит, неясной этиологии, средней степени активности. Жировой гепатоз II степени.

Для определения интенсивности болевого синдрома использовали визуально-аналоговую оценочную шкалу - ВАШ, объективизация выраженности которого представлял важной не только на диагностическом этапе, но и в процессе лечения для оценки эффективности проводимых терапевтических мероприятий. Пациент описывал ЦПНБ как длительно существующую боль, которые документально подтверждались. Боль при исследовании ЦПНБ была спонтанной обусловленной действием раздражителей. При оценке по шкале от 0 до 10 средняя интенсивность боли варьировала от 3 до 6 баллов. Согласно результатам некоторых исследований, если очаги локализируются в стволе головного мозга или таламусе, боль более интенсивная, чем при поражении других областей. По словам пациента интенсивность боли усиливалась под действием стрессов или холода, и уменьшается, после отдыха или при отвлечении внимания. Хотя поражение нервной системы лежит в основе всех нейропатических болевых синдромов, паттерн чувствительных нарушений в кожной зоне поражения может различаться при разных патологиях или даже у разных пациентов при одном и том же заболевании. У одних пациентов возникают спонтанная боль, парестезии и ощущение ударов электрическим током, в то время как у других – гиперчувствительность к прикосновению или действию температурных раздражителей в пораженной области тела. Наиболее вероятно, что индивидуальный паттерн чувствительных нарушений отражает лежащие в основе механизмы генерации боли и может также определять причину дифференцированного и индивидуального ответа на лечение.

При классическом таламическом синдроме, описанном Дежериным и Русси, наблюдаются кратковременная гемиплегия или гемипарез (паралич или парез одной половины тела), иногда с последующим нарушением координации движений на этой стороне после исчезновения пареза, -что и наблюдалось у нашего пациента, выраженное нарушение кожной и глубокой чувствительности на этой же стороне, и одновременно —

невыносимые, жгучие, разлитые, чрезвычайно интенсивные боли в этой половине тела, односторонняя гиперпатия (восприятие любых прикосновений и других обычно безболезненных тактильных ощущений как чрезвычайно болезненных), а также выраженные колебания настроения или депрессия вплоть до суицидальных мыслей или попыток.

**Приступая к реабилитационной программе пациента**, мы определили все проблемы пациента которые он имел, это: двигательные, чувствительные, болевые, речевые и когнитивные. Так как тема рассмотрения нами клинического случая реабилитация центральной постинсультной нейропатической боли –синдрома Дежерина Русси, мы опишем только реабилитацию боли. Боль после инсульта можно классифицировать различным образом. По современным представлениям ее условно разделяют на три вида болевых синдромов: центральную постинсультную боль; боль, связанную с поражением суставов паретичных конечностей – «синдром болевого плеча». Выявленный нами болевой симптом по классификации нейропатической боли, предложенной Treede et al. Соответствует всем критериям 1, 2, 3, 4 и 5, то есть «подтвержденную ЦПНБ». Болевой симптом у пациента имеет четкую и анатомически обоснованную локализацию ( на конечностях теле и лице , с контралатеральным очагу поражения); анамнез свидетельствует о повторных инсультах (неврологическая симптоматика развивалась внезапно, боль появилась одновременно с инсультом либо позднее); выявились четкие и анатомически обоснованные нарушения при клиническом неврологическом осмотре (нарушение чувствительности гемигипестезии, гемигиперпатии, каузалгии в болезненной области, боль локализуется в зоне чувствительных нарушений, а расположение зоны чувствительных нарушений соответствует локализации очага поражения в ЦНС); данные нейровизуализации КТ головного мозга- визуализируется очаг, который может объяснить локализацию нарушений чувствительности).

**Реабилитация – лечение** нами описанного клинического случая центральной постинсультной нейропатической боли – синдрома Дежерина Русси , представлял сложную проблему: у некоторых пациентов с данной патологией не удается достигнуть выраженного уменьшения боли. Эти трудности в лечении связаны с описанной гетерогенностью механизмов, лежащих в основе нейропатической боли, а также частым наличием психологических и эмоциональных аспектов боли. На первом этапе мы провели правильную диагностику, способствующую установлению причины боли. Начиная терапию пациента с ЦПБ, мы информировали его о патофизиологии болевого синдрома и особенностях нейропатической боли. Вместе с пациентом определили реалистичные цели терапии – уменьшение выраженности болевого синдрома на 30% расценивали как клинически значимый эффект. Это позволило избавить больного от ложных ожиданий и настроить его на результат.

Для разработки доказательных рекомендаций по фармакологическому лечению невропатической боли под эгидой Международной ассоциации по изучению боли (International Association for the Study of Pain – IASP) была создана Группа по изучению невропатической боли (Neuropathic Pain Special Interest Group – NeuPSIG). Рекомендации данной группы были одобрены Американским, Канадским, Финским и Мексиканским обществами боли [5], Федерацией отделений IASP Латинской Америки. Дополнительные рекомендации по фармакологическому лечению невропатической боли были одновременно предложены Канадским обществом боли [2] и Европейской федерацией неврологических обществ [3,4,5,6]

Согласно опубликованным на сегодняшний день рекомендациям NeuPSIG в качестве терапии первой линии у пациентов с центральной невропатической болью целесообразно применение трициклических антидепрессантов, прегабалина, габапентина. Рекомендации NeuPSIG подтверждают, что комбинация препаратов, направленных на купирование невропатической боли, может быть более эффективной по сравнению с монотерапией, однако она сопряжена с большим

количеством побочных эффектов, меньшей приверженностью лечению, риском лекарственного взаимодействия и большими материальными затратами. Тем не менее надо учесть, что в проводимых исследованиях удовлетворительное уменьшение боли достигается менее чем в 50% случаев, поэтому иногда сочетание препаратов является необходимым. Подобные комбинации были включены в рекомендации по ступенчатой терапии для пациентов с частичным ответом на лечение препаратами первой линии. Авторы рекомендаций отмечают, что выбор того или иного препарата в каждом индивидуальном случае определяет совокупность различных факторов, включая потенциальные риски побочных эффектов, лечение сопутствующих заболеваний (например, депрессии и нарушений сна), риск лекарственных взаимодействий, возможность передозировки или лекарственных злоупотреблений, а также стоимость. Пациенту с ЦПНБ мы предложили применить трициклические антидепрессанты и Габапентин 300мг по 1 таб x 1 раз в день в 21.00. Через неделю боль уменьшилась и оценивалась по шкале ВАШ на 2 балла.

### Заключение

При реабилитации постинсультных двигательных расстройств важно знания и симптомов центральной постинсультной нейропатической боли. Она является одним из осложнений острой цереброваскулярной мозговой катастрофы. Характер боли описывается как синдром пяти геми «Дежерина Сотта»: гемианестезия, гемиатаксия, гемигиперпатия, каузалгия, таламическая рука. Задачей восстановительной терапии постинсультных больных с двигательными, речевыми, болевыми, психологическими нарушениями является максимально возможное улучшение нарушенных двигательных функций паретичных конечностей, речи, уменьшение болевого синдрома с последующей реадaptацией больных к изменившимся для них условиям окружающей среды. Важно классифицировать нейропатическую боль по критериям, предложенной Treede et al. Как «подтвержденную ЦПНБ», и оценивать по шкале ВАШ для определения эффективности терапии.

### Литература

1. Ковальчук В.В., Гусев А.О., Баранцевич Е.Р. и др.// Пациент после сосудистой катастрофы: принципы реабилитации и особенности ведения//Consilium Medicum. 2017; 19 (9): 18–25. DOI: 10.26442/2075-1753\_19.9.18-25.
2. Л.А. Дзяк, Е.С. Цуркаленко.// Центральная постинсультная боль: актуальные вопросы//Днепропетровская государственная медицинская академия
3. Данилов А.Б., Давыдов О.С. Центральная нейропатическая боль: клинико-диагностические аспекты и возможности терапии на основе доказательств // Неврология. – 2009. – № 1.
4. Королев А.А., Сулова Г.А.// Центральная постинсультная боль // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2011. – № 5.
5. Dursunov A.M., Dursunova A.A. Femur Trokanterik Kirikliklerinin Cerrahi Tedavisinde yeni Cihazın Uygulama. // 27 Ulusal Turk Ortopedi ve Travmatoloji Kongresi. 24-29 Ekim 2017 Sueno Belek Kongre Merkezi Antalya.Turkiye.
6. А.С.Кадьков, Л.А. Черникова, Н.В. Шахпаронова.//Реабилитация неврологических больных// клиническое руководство под редакцией Москва 2008г 555стр.
7. А.Н.Беловой, О.Н.Щепетовой //Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями//ТОМ1,2. Москва 1999й
8. Rasulova M. B., Muratov F. X., Rasulova D. K. NEUROIMAGING INDICATORS OF SPEECH DISORDERS IN THE PROGNOSIS OF APHASIA REHABILITATION //British Medical Journal. – 2022. – Т. 2. – №. 6.
9. Rasulova D., Rasulova M., Kuranbaeva S. The influence of various factors on the recovery dynamics of post-stroke aphasia //Journal of the Neurological Sciences. – 2019. – Т. 405. – С. 152.
10. Расулова, Д., Рахимбаева, Г., Расулова, М., Муратов, Ф., & Насруллаев, Б. (2021). Ишемик инсульт реабилитациясини башоратлашда нейровизуализация омиллари.
11. Расулова, М. Б. (2022). Инсультлардаги нутк бузилишларини баҳолаш ва нейрореабилитация чораларини оптималлаштириш.
12. Jahngir, Muhammad U., and Adnan I. Qureshi. "Dejerine roussy syndrome." (2018).
13. Alves, R. V., & Asfora, W. T. (2011). Deep brain stimulation for Dejerine-Roussy syndrome: case report. *min-Minimally Invasive Neurosurgery*, 54(04), 183-186.
14. Urits, I., Gress, K., Charipova, K., Orhurhu, V., Freeman, J. A., Kaye, R. J., ... & Viswanath, O. (2020). Diagnosis, Treatment, and Management of Dejerine–Roussy Syndrome: a Comprehensive Review. *Current Pain and Headache Reports*, 24, 1-9.
15. Christo, P. J., Kamson, D. O., & Smith, T. J. (2020). Treatment of Déjerine–Roussy syndrome pain with scrambler therapy. *Pain Management*, 10(3), 141-145.
16. Ferrante, F. M., Rana, M. V., & Ferrante, M. A. (2004). Conversion disorder mimicking Dejerine-Roussy syndrome (thalamic stroke) after spinal cord stimulation. *Regional Anesthesia & Pain Medicine*, 29(2), 164-167.
17. Rasulova, M., Rasulova, D., Muratov, F., & Nasrullaev, B. (2021). “LOGOS” in the rehabilitation of post-stroke aphasia. *Journal of the Neurological Sciences*, 429.
18. Leijon, G., Boivie, J., & Johansson, I. (1989). Central post-stroke pain—neurological symptoms and pain characteristics. *Pain*, 36(1), 13-25.
19. Fink, E. (2019). Central pain syndromes. *Pain: A Review Guide*, 927-929.
20. Gevirtz, C. (2007). Central Post-Stroke Pain Syndrome: Evidence-Based

# ЖУРНАЛ НЕВРОЛОГИИ И НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 4, НОМЕР 2

JOURNAL OF NEUROLOGY AND NEUROSURGERY RESEARCH

VOLUME 4, ISSUE 2

Editorial staff of the journals of [www.tadqiqot.uz](http://www.tadqiqot.uz)  
Tadqiqot LLC the city of Tashkent,  
Amir Temur Street pr.1, House 2.  
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: [info@tadqiqot.uz](mailto:info@tadqiqot.uz)  
Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. [www.tadqiqot.uz](http://www.tadqiqot.uz)  
ООО Тадqiqot город Ташкент,  
улица Амира Темура пр.1, дом-2.  
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: [info@tadqiqot.uz](mailto:info@tadqiqot.uz)  
Тел: (+998-94) 404-0000