

**ТОШКЕНТ ВРАЧЛАР МАЛАКАСИНИ ОШИРИШ
ИНСТИТУТИ ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.27.06.2017.Tib.31.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

ТОШКЕНТ ВРАЧЛАР МАЛАКАСИНИ ОШИРИШ ИНСТИТУТИ

РАХМАТОВА САНОБАР НИЗАМОВНА

**ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯР КАСАЛЛИКЛАР КЕЧИШИДА УЧРАЙДИГАН
КОГНИТИВ БУЗИЛИШЛАРНИ ЖИНСГА ВА ЁШГА
БОГЛИКЛИГИНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ**

14.00.13 – Неврология

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ – 2019

**Тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD) диссертацияси
автореферати мундарижаси**

**Оглавление автореферата диссертации доктора философии
(PhD) по медицинским наукам**

**Contents of dissertation abstract of the doctor of philosophy
(PhD) on medical sciences**

Рахматова Санобар Низамовна

Цереброваскуляр касалликлар кечишида учрайдиган когнитив
бузилишларни жинсга ва ёшга боғлиқлигининг узига хослиги..... 3

Рахматова Санобар Низамовна

Особенности и динамика когнитивных расстройств сосудистого генеза
в аспекте полового диморфизма 23

Rahmatova Sanobar Nizamovna

Features and dynamics of cognitive disorders of vascular genesis in the
aspect of sexual dimorphism..... 43

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works 47

**ТОШКЕНТ ВРАЧЛАР МАЛАКАСИНИ ОШИРИШ
ИНСТИТУТИ ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.27.06.2017.Tib.31.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

ТОШКЕНТ ВРАЧЛАР МАЛАКАСИНИ ОШИРИШ ИНСТИТУТИ

РАХМАТОВА САНОБАР НИЗАМОВНА

**ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯР КАСАЛЛИКЛАР КЕЧИШИДА УЧРАЙДИГАН
КОГНИТИВ БУЗИЛИШЛАРНИ ЖИНСГА ВА ЁШГА
БОГЛИКЛИГИНИНГ УЗИГА ХОСЛИГИ**

14.00.13 – Неврология

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ – 2019

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2017.3.PhD/Tib400 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Тошкент врачлар малакасини ошириш институтида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгаш веб-саҳифаси (www.tipme.uz) ва «ZiyoNet» Ахборот таълим порталида (www.ziyounet.uz) жойлаштирилган.

Илмий раҳбар: **Аликулова Нигора Абдукадировна**
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Расмий оппонентлар: **Мирджураев Элбек Миршавкатович**
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Садикова Гулчехра Кабуловна
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Етакчи ташкилот: **Самарканд тиббиёт институти**

Диссертация химояси Тошкент врачлар малакасини ошириш институти ҳузуридаги DSc.27.06.2017.Tib.31.01 рақамли илмий кенгашнинг 2019 йил «__» _____ соат__даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 100007, Тошкент, Мирзо-Улугбек тумани, Паркент кўчаси, 51-уй. Тел/факс: (99871) 268-17-44; e-mail: info@tipme.uz.)

Диссертация билан Тошкент врачлар малакасини ошириш институтининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (_____ рақами билан рўйхатга олинган). Манзил: 100007, Тошкент, Паркент кўчаси, 51-уй.

Диссертация автореферати 2019 йил «_____» _____ куни тарқатилди.

(2019 йил «__» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси)

Х.А. Акилов

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

Н.Н. Убайдуллаева

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори, доцент

Б.Г. Гафуров

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш қошидаги Илмий семинар раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

КИРИШ (фалсафа докторлик (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Цереброваскуляр касалликлар (ЦВК) мия инсулти ва сурункали мия ишемияси (дисциркулятор энцефалопатия)ни ўз ичига олувчи, ахолининг ўлими ва ногиронлигига олиб келувчи касалликнинг етакчи сабабларидан бўлиб, муҳим иқтисодий ва ижтимоий муаммодир. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) экспертлари маълумотларига кўра, дунёда ҳар йил 15 млн. инсулт қайд қилиниб, шулардан 30% и йил давомида вафот этади, 60%дан кўпроғида когнитив бузилишлар кузатилади, бу ўз навбатида ногиронликка олиб келади. ДЭнинг прогрессияланиб боришида учрайдиган когнитив ва ҳаракат бузилишлари (КБ) кўп ҳолларда беморларнинг ижтимоий дезадаптация даражасига қараб белгиланади. Бош мия томир касалликларида когнитив бузилишларнинг ўсиши асосан дисциркулятор энцефалопатия (ДЭ) тарқалишининг ошиши ҳисобидан булиб, «ҳозирги кунда дунё буйича 24.3 миллион инсонлар когнитив ва ҳаракат бузилишларидан азият чекадилар ва бу инсонлар асосан ривожланган давлатларда истикомат қиладилар»¹. Бу касаллик фақатгина бемор турмуш тарзига эмас, балки атрофидаги соғлом инсонлар ижтимоий-маданий, иқтисодий ва турмуш сифатини пасайишига ҳам ўз таъсирини кўрсатмасдан қолмайди.

Бугунги кунда жаҳон миқёсида замонавий жамиятдаги самарали интеллектуал фаолиятга бўлган талабнинг ортиб бориши билан боғлиқ ҳолда, когнитив ва статико-локомотор бузилишлар муаммолигича қолмоқда. Бу борада дисциркулятор энцефалопатия(ДЭ)даги когнитив бузилишларнинг эрта босқичларида беморларни аниқлаш, мия инсулти ва деменция каби асоратларни ҳисобга олган ҳолда, ДЭда хотира, диққат ва интеллектнинг пасайиши каби когнитив бузилишларнинг олдини олиш мақсадида алгоритм ишлаб чиқиш ҳамда касаллик асоратларини олдини олиш, учраш даражаси ва ривожланиш омилларини аниқлаш, касаллик замирида ижтимоий-маиший, нейрпсихологик, нейровегетатив дезадаптацияни бартараф этиш, касаллик келиб чиқишида генетик мойилликни аниқлаш, даволашга замонавий ёндашиш ҳамда беморларда ривожланиши мумкин бўлган асоратларнинг олдини олиш чораларини белгилаш долзарб масалалардан ҳисобланади.

Мамлакатимиз тиббиёт соҳасини самарали тизимини ривожлантириш юзасидан, жумладан аҳолисининг турли қатламлари орасида неврологик касалликларни эрта ташхислаш ва уларнинг асоратларини камайтириш, дисциркулятор энцефалопатияда когнитив бузилишларни аниқлаш ва асоратларининг олдини олиш бўйича кенг қамровли чора-тадбирлар амалга оширилмоқда. 2017–2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Ҳаракатлар стратегиясига мувофиқ аҳолига тиббий хизмат курсатиш даражасини янги босқичга кутаришда «...касалликларнинг олдини олиш ва диагностика қилиш, замонавий технологияларни кенг жорий этиш, юкори малакали ва сифатли

¹ЖССТнинг 2017 йил февраль ойи расмий маълумотлари // № 369 ахборот бюллетени.

тиббий ёрдам курсатиш»²га қаратилган муҳим вазифалар белгиланган. Бу борада, бош мия қон-томир касалликларини ривожлантирувчи хавф омилларини эрта аниқлаш ва асоратларининг олдини олишга қаратилган тадбирларни амалга ошириш, кейинчалик аҳолига тиббий-ижтимоий ёрдам тўлақонлигини ошириш, ўлим ва ногиронлик кўрсаткичларини пасайтириш, ҳаёт сифатини ошириш муҳим аҳамият касб этади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ-4947-сон «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида»ги ва 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги фармонлари, 2018 йил 25 январдаги ПҚ-3494-сон «Шошинч тиббий ёрдам тизимини жадал такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги, 2017 йил 20 июндаги ПҚ-3071-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017–2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Қарорлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишда ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги. Мазкур тадқиқот республика фан ва технология ривожланишининг VI. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Когнитив бузилишлар (КБ) кўп ҳолларда беморларнинг ижтимоий дезадаптация даражасига қараб белгиланади, кўпинча руҳий фаолиятнинг секинлашуви, диққатни жамлашнинг бузилиши, нутқ фаоллигининг пасайиши, ўз фаолиятини режалаштиришга, шакллантиришга ва назорат қилишга қийинчилик сезиш аниқланади. ДЭ ривожланиб борган сари, КБ ошиб боради ва оқибатда томир деменцияси билан тугайди (Mizuguchi M., 2011). ДЭ клиник суратининг ўзаги бўлган ҳаракат ва когнитив бузилишлар билан бирга беморларда эмоционал сферанинг, асосан, астеник ва хавотир-депрессив бузилишлар, ҳамда уйқунинг бузилиши каби белгилар аниқланган (Scheich H., Brechmann A., Brosch M., et al., 2011; Stevenson J., Pimperton H., Kreppner J., et al., 2017; Titz C., Karbach J., 2014).

Когнитив бузилишлар кечишида гипертониянинг роли исботланган (Данилов А.Б, Дамулин И.В., Вейн А.М., 2005;), Енгил когнитив бузилиш (ЕКБ) ва Ўрта оғир когнитив бузилиш (ЎКБ)лар кечишининг хусусиятлари аниқланган (Захаров В.В., 2012) ҳамда кекса инсонлар миясидаги ўзгаришлар, хотира ва диққатда интеллектнинг бузилиши кузатилган (Разумникова О.М. ва ҳаммуаллифлар, 2015). ДЭ босқичлари, касаллик кечиши, даволаш чора тадбирлари ишлаб чиқилган (Гафуров Б.Г., Аликулова Н.А., Халимова Х.М., 2015).

² Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ-4947-сон «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида»ги Фармони.

Шундай қилиб, бугунги кунда ДЭда когнитив бузилишлар билан касалланган беморларни даволаш ва ташҳислаш тактикаси замонавий неврологиянинг энг долзарб ва тўлиқ ҳал этилмаган муаммолари сирасига киради. Когнитив бузилишларнинг жинсга боғлиқ ҳолда клинико-неврологик хусусиятларини ва уларнинг неврологик статусини баҳолаш, ЦВК ривожланишидаги асосий этиологик омилларнинг, ДЭ да КБни ташҳислашда нейрпсихологик ўзгаришларни ва даволашда мақбул ёндашувларни ишлаб чиқиш ва деменция ҳолатининг олдини олиш борасидаги вазифаларни ҳал қилиш долзарб муаммолардан ҳисобланади.

Диссертация мавзусининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Тошкент врачлар малакасини ошириш институти илмий-тадқиқот ишлари режасига мувофиқ «Цереброваскуляар касалликлар кечишида учрайдиган когнитив бузилишларни жинсга ва ёшга боғлиқлигининг ўзига хослиги» мавзуси доирасида бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади жинсий диморфизм аспектида сурункали мия ишемияси бор беморларда когнитив бузилишларнинг клинико-неврологик ва нейрпсихологик хусусиятларини, касаллик кечиши ва профилактик чора тадбирларни такомиллаштиришдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

жинсни ҳисобга олган ҳолда ЦВК бор беморларда касалликнинг клинико-неврологик хусусиятларини ва уларнинг неврологик статусини баҳолаш;

ЦВК ривожланишидаги асосий этиологик омилларнинг (томирлар атеросклерози, гипертония касаллиги, қандли диабет ва хоказо), аҳамиятини беморлар жинсига боғлиқ ҳолда таққослаш;

ЦВКда когнитив бузилишлар даражасини ва уларнинг динамикасини беморлар жинсига боғлиқлигини асослаш;

когнитив бузилишлари бор ЦВКда гормонал статусни жинсий диморфизмга боғлиқ ҳолда таққослаш;

жинсий фарққа асосланган ҳолда касалликнинг профилактик чора-тадбирларини такомиллаштириш

Тадқиқотнинг объекти сифатида Бухоро вилоят кўп тармоқли клиник касалхонаси ва Тошкент вилояти ихтисослаштирилган соматика касалхонасида 50 ёшдан 74 ёшгача бўлган дисциркулятор энцефалопатиянинг I-II даражасида когнитив бузилишлари бор 298 беморлар ва 58 нафар соғлом кишилар олинган.

Тадқиқотнинг предмети сифатида неврологик статуснинг комплекс текшируви, функционал текширувлар: ультратовушли дуплексли сканирлаш (УТДС), магнит резонанс томографияси (МРТ) ва кон-томир режимидаги компьютер томографияси (КТ) текширув усули натижалари олинган.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқотда клиник-неврологик, нейрпсихологик тестлар, нейровегетатив сўровномалар, электрофизиологик, ҳамда статистик таҳлил усулларидан фойдаланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

илк бор жинсий диморфизм ва гендерни ҳисобга олган ҳолда ДЭда когнитив бузилишларнинг сифат-миқдорий фарқи аниқланган;

ДЭ билан касалланган эркак ва аёлларда неврологик, когнитив, психоэмоционал бузилишларнинг клинко-неврологик ва нейрофизиологик хусусиятларининг номуносивблиги аниқланган;

цереброваскуляр касалликлари бор беморларда гендер фарқи хисобга олган ҳолда, миё тўқимасидаги ўзгаришлар когнитив бузилишлар ҳамда статико-локомотор бузилишлар билан муносивблиги исботланган;

ДЭси бор эркак ва аёллардаги когнитив ҳамда, психомотор бузилишларни даволаш ва профилактикасига дифференциал ёндашув неврологик жихатдан асосланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

эркак ва аёл беморларда кон томир генезидаги когнитив бузилишлар клиникасида гендер ва ёшга хос хусусиятларини аниқланган, психовегетатив ҳолатни ўрганилган, Сандра БЭМ нейропсихологик тестларининг ўзгаришлари аҳамияти баҳоланган; бош миё МРТ си УЗДГ тахлили ва корреляциясида, беморларда юзага келадиган асоратларини эрта ташхислаш, касалликни олдини олиш, даво ва профилактик чора-тадбирлар самарадорлигини оширишган; когнитив бузилишлар даражасини объектив баҳолаш мақсадида MMSE ва Сандра Бэм нейропсихологик тестларини такрорий ўтказиш касаллик деменцияга ўтиб кетишини олдини олиш имконини берган ва асоратларни камайтирган

Тадқиқот натижаларининг ишончилиги илмий ишда қўлланилган назарий ёндашув ва усуллар, олиб борилган тажрибаларнинг замонавийлиги ва услубий жихатдан тўғрилиги, беморлар сонининг етарли эканлиги, клинко-неврологик, нейрофизиологик, нейропсихологик текширув натижаларига асосланган ҳолда мўлжалланган вазифалар ечими, яъни тиббий-статистик усуллар ёрдамида ишлов берилганлиги, шунингдек, тадқиқот натижаларининг халқаро ҳамда маҳаллий тажрибалар билан таққослангани, чиқарилган хулоса ҳамда олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқлангани билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундан иборатки, эркак ва аёл беморларда касалликнинг клинко кечиш хусусиятларини ўрганиш бўйича назарий билим даражасини кенгайтириш имконини беради ва ДЭ си бор беморларда когнитив бузилишлар даражасини аниқлаш, когнитив бузилишлар деменцияга ўтиб кетмаслигини олдини олиш, даволаш, профилактик чора-тадбирларни ўтказиб туришга доир мавзулар бўйича клинко ординаторлар, магистрлар, ва курсантлар учун ўқув дастурлари мазмуни ва тузилишини такомиллаштириш имконини берганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти шундан иборатки, дисциркулятор энцефалопатияда когнитив бузилишлар бор беморларни ташхислаш алгоритми ва парвариш қилиш тактикаси ишлаб чиқилган ва амалий тиббий ёрдамга жорий қилинган, бу эса ушбу тоифадаги беморларнинг даволаш натижалари ва ҳаёт сифатини сезиларли даражада яхшилади. Бу эса ўз навбатида касалликни ўз вақтида асоратсиз даволаш имконини берди.

Тадқиқот натижаларининг жорий килиниши. Цереброваскуляр касалликларда учрайдиган когнитив бузилишлар кечишининг жинсга ва ёшга боғлиқлигини аниқлаш ва такомиллаштириш бўйича олинган илмий натижалар асосида:

«Цереброваскуляр касалликларни жинсга боғлиқлигини аниқлашда ва оптималлаштирилган давони қўллашда мослаштирилган психологик тест» мавзуси бўйича услубий тавсиянома тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2019 йил 22 майдаги № 8н-д/124-сон маълумотномаси). Мазкур услубий тавсиянома эркак ва аёлларда дисциркулятор энцефалопатияда когнитив бузилишларни эрта аниқлаш, нейропсихологик тестлар ўтказиш ва профилактик чора тадбирларни мукамаллаштириш имконини яратган бўлиб, дисциркулятор энцефалопатияда когнитив бузилишларнинг эркак ва аёлларда клиник-патогенетик хусусиятлари бўйича олинган илмий натижалар соғлиқни сақлаш тизимига, жумладан Тошкент вилояти ихтисослаштирилган соматика касалхонаси ва Бухоро вилояти Когон шаҳри тиббиёт бирлашмаси амалиётларига жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2019 йил 18 июлдаги № 8н-з/131-сон маълумотномаси). Натижада дисциркулятор энцефалопатияда когнитив бузилишларни эрта ташхислаш, когнитив бузилишларни деменция холатига утиб кетмаслигини олдини олиш, даволаш самарадорлигини 25% га ошириш, ногиронлик ва ўлим кўрсаткичларини камайтириш ҳамда беморлар ҳаёт сифатини яхшилаш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 3 та илмий-амалий анжуман, жумладан, 1 та халқаро ва 2 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокомадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон килиниши. Диссертация мавзуси бўйича жами 19та илмий иш, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг докторлик диссертациялари асосий илмий натижаларини чоп этиш учун тавсия этилган илмий нашрларда 5 та мақола, жумладан, 3 таси республика ва 2 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, 5 асосий боб, хулоса ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 120 бетни ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида диссертация мавзусининг долзарблиги ва заруратига асосланган, тадқиқот мақсади ва вазифалари, объекти ҳамда предмети тавсифланган, республика фан ва технологиялари тараққиётининг устивор йўналишларига мослиги кўрсатилган, тадқиқот илмий янгиллиги ва амалий натижалари баён этилган, олинган натижаларнинг ишончлилиги асосланган, уларнинг амалий ва назарий аҳамиятлари очиқ берилган, тадқиқот натижаларини амалиётга жорий қилиш, эълон қилинган ишлар ва диссертациянинг таркиби бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг «**Дисциркулятор энцефалопатиянинг этиопатогенетик, клиник, диагностик ва даволаш масалалари**» деб номланган биринчи бобида дисциркулятор энцефалопатия тўғрисида сўнги

йилларда чоп этилган материаллар акс этган. Шунингдек, дисциркулятор энцефалопатияда когнитив бузилишларнинг таркалиш даражаси, келиб чиқишига сабаб булувчи омиллар, касалликнинг патогенези, клиник кечиши, диагностика усуллари ва даволашга оид маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг «**Дисциркулятор энцефалопатиянинг когнитив бузилишларини баҳолашга оид тадқиқот материаллари ва усуллари**» деб номланган иккинчи бобида ишда қўлланилган асосий текширув материаллар ва усуллари баён килинган.

Текширишлар дисциркулятор энцефалопатияда когнитив бузилишлари бор беморларни таҳлил қилишга асосланган бўлиб, улар Бухоро вилояти қўп тармоқли тиббиёт марказида 2008-2015 йиллар, Тошкент шаҳар вилоят соматика ихтисослаштирилган касалхонасида, «Star MED», «Федорович» шахсий клиникаларида 2015-2018 йиллар давомида олиб борилди. Бу давр мобайнида дисциркулятор энцефалопатия ташҳиси билан 298 нафар 55 ёшдан 75 ёшгача бўлган беморлар текширилди. Тадқиқотга жалб қилинган беморлар 2 та гуруҳга бўлинди, дисциркулятор энцефалопатиянинг 1-2 босқичи, 1 босқич-98 нафар, 2-босқич-200 нафар, улар яна ўз навбатида 2 та кичкина гуруҳга аёл - 179 нафар ва эркак-119 нафар беморлар таҳлил қилинди. Беморлар орасида клиник текширувларнинг ўзига хослиги, психологик тестлар, вегетатив текширувлар 179 нафар аёл, 119 нафар эркаклар ва 100 нафар практик соғлом инсон орасида олиб борилди. I ва II даражаси билан 50-74 ёшдаги (ўртача ёш $64,7\pm 1$) беморлар текширилди. Текширув ўтказилган беморларда касалликнинг кечиш давомийлиги анамнез ва тиббий хужжатлар асосида 2 йилдан 11 йилгача бўлганлиги аниқланди, бу ўртача $6,1\pm 1$ йилни ташкил қилди. Беморларни текширганда қуйидаги критерияларга асосланildi: ёш 50 дан 74 ёшгача; гипертоник, атеросклеротик, аралаш генезли дисциркулятор энцефалопатияни I-II даражаси; текширув ўтказишга беморнинг розилиги; ўрта ва олий маълумотли бўлиши инobatга олинди.

Қуйидаги беморларда: Дисциркулятор энцефалопатия этиологияси кон-томирга боғлиқ булмаганда; оғир соматик (буйрак, жигар, юрак етишмовчилиги декомпенсация босқичида), рухий, эндокрин, гематологик, онкологик касалликларда; васкулитларда; инсульт ва бош мия травмалари ўтказган беморларда; Марказий нерв системасининг яллиғланиш касалликлари ўтказилган бўлса; охириги 6 ой мобайнида антидепрессантлар ва анксиолитиклар билан даволаниб турган холларда тадқиқот ишлари олиб борилмади.

Олдинга қўйилган вазифа ва мақсадларга мос холда дисциркулятор энцефалопатия билан текширилган беморларни 2 гуруҳга бўлдиқ: 1-гуруҳ-аёллар 179 та (ўртача ёш $64,3\pm 1,0$), 2-гуруҳ-эркаклар 119 та (ўртача ёш $65\pm 1,2$).

1-жадвал. ДЭ билан текширув ўтказилган беморларга умумий тавсифнома ($M\pm m$, авс.,%).

Курсаткичлар	Текширилган умумий беморлар, n=298	I гуруҳ Аёллар, n=179	II гуруҳ Эркаклар, n=119
Ўртача ёш, йил	64,7±1,1	64,3±1,0	65,0±1,2
Касаллик давомийлиги, йил	6,1±0,4	5,9±0,3	6,3±0,4
ДЭ этиологиясига кўра:			
-артериал гипертензия (АГ)	75-25,0	50-27,8	25-21,8
-атеросклероз (АТ)	45-15,0	27-15,3	18-14,6
-АГ ва АТ бирга келиши	180-60,0	103-56,9	77-63,6
ДЭ даражаси:			
-ДЭ I даражаси	98-32,5	75-41,7	23-18,7
-ДЭ II даражаси	200-67,5	103-58,3	97-81,3
Кечиш характери:			
-стабил (кризсиз)	175-58,3	97-54,1	78-64,6
-кризли	96-32,5	71-40,3	25-20,8
-секин ривожланувчи	12-4,2	5-2,8	7-6,3
-тез ривожланувчи	15-5,0	5-2,8	10-8,3

Изох: *-аёл ва эркаклар орасидаги фарк (*p<0,05; **p<0,01).

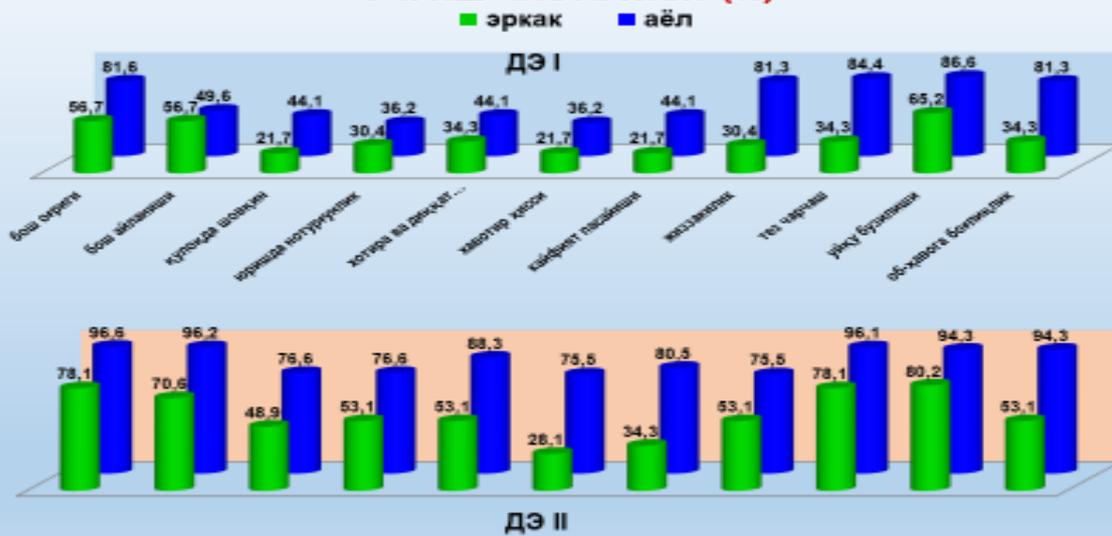
1-жадвалдан кўришиб турибдики, гуруҳлар орасида ёшга нисбатан, касалликнинг кечиш давомийлиги, ДЭ этиологик омиллари, маълумоти ва меҳнат статуси жихатидан ишончли фарк аниқланмади. ДЭ I даражаси билан текширув олиб борилган беморларнинг аёллар устунлик килган бўлса, II даражасида эркакларда нисбатан кўп кузатилди. Бу ҳолат эркакларда касаллик аломатлари яшаш тарзига таъсир килгандан сўнгина шифокорга кеч мурожаат килиши билан боғлиқ булиши мумкин, ДЭ нинг кечиши кўпгина беморларда нисбатан стабил кечиши кузатилди. Анамнезида гипертоник кризлар ва бош миёда қон айланишнинг ўткинчи бузилишлари бўлганлиги эркакларга нисбатан аёлларда кўп аниқланди. Бу ҳолатни кекса ёшдаги аёлларда кўпгина патологик жараёнларни пароксизмал кечишга мойиллиги юқори бўлиши билан боғлаш мумкин. Беморларда мувозонат, юриш ва нозик ҳаракатлар бузилишлари аниқлашда Tinetti шкаласи ва Denckla усулларида фойдаланилди. Когнитив бузилишларни оғирлик даражаси руҳий статусни баҳолашни қисқа шкаласи – MMSE билан баҳоланди. Юқоридагилар билан бир каторда, беморларда диққат-эътибор (Шульте синамаси) , «сўз югуриги» (вербал ассоциация тести) хотира («5 та сўз тести») ва курув-фазо функцияси (соат чизиш тести) ҳам текширилди. Енгил когнитив бузилишлар ва ўрта оғирликдаги когнитив

бузилишлар умумий қабул қилинган критериялар асосида аниқланди. Астеник узғаришлар MFI-20 шкаласи ёрдамида, хавотир ва депрессия 10-ХКТ мезонлари буйича, инсомнияни эса 2005 йилда қабул қилинган уйқунинг халқаро классификациясига (ICDS-2) асосан аниқланди. Хавотир даражаси Спилберг шкаласи ёрдамида, уйқу сифати – Россия федерал Сомнология маркази анкетаси ёрдамида, SF-36 когнитив бузилишларда ҳаёт тарзи сифатини, қай даражада эканлигини аниқлаш мақсадида ўтказилди. Жинс ва гендерни аниқлаш мақсадида Сандра Бэм (Sandra Lipses Bem 1974) психологик жинсни аниқлаш мақсадида ўтказилди, психологик жинсни аниқлашда маскулинлик, фемининлик, андрогининликни ДЭ да когнитив бузилишлари бор беморларда ва олий маълумотга эга соғлом кишиларда ўтказилди. Юқорида айтилган тестлар орқали когнитив бузилишлар деменция даражасига ўтиб кетмаслигини олди олиниб, бемор аҳволи ўзаро баҳоланди. Церебрал гемодинамика ҳолатига баҳо бериш мақсадида ультратовуш доплерография (УТДГ) + бош миё магистрал қон-томирларини рангли дуплексли сканирлаш ва транскраниал доплерография (ТКДГ) текшириш усулларидан фойдаланилди. Транскраниал доплерография текшириш усули EPIQ-7G аппарати ёрдамида ўтказилди.

Нейровизуализация текширишлар магнит майдони кучи 1 ва 1,5 Тесла булган магнит резонанс томографияда ўтказилди. Бош миё МРТ текширувида асосан лейкоареоз локализацияси ва даражаси (Mantyla R. 5 баллик шкаласи ёрдамида, 1997); ишемик ўчоқлар сони, ўлчови ва жойлашган ўрни; ташки ва ички атрофия борлиги (бош миё пустлоги эгатлари ва ён қоринчалар қенгайиши); қеракли қесмаларда миё қоринчалари ўлчами текширилди, ҳамда миё қоринчалари нисбий қатталиги ҳисобланди: олдинги шох индекси ва ён шохлар танаси индекси.

Диссертациянинг «Дисциркулятор энцефалопатияси мавжуд эркак ва аёлларнинг қасалликнинг қийсий клиник тавсифи» Асосий субъектив симптом ва синдромларнинг қийсий таҳлили ДЭси бор эркак ва аёлларда субъектив симптомларнинг намоён бўлиши (абс., %)1-диаграмма

АЁЛ ВА ЭРКАКЛАРДА НЕВРОЛОГИК СУБЪЕКТИВ БЕЛГИЛАР УЧРАШ ЧАСТОТАСИ (%)



Изоҳ: * – ёш меъёрлари бўйича таққослангандаги фарқ. (** $p < 0,05$; * $p < 0,01$)

Изоҳ. Ҳозирги ва кейинги жадвал ва расмларда: - ДЭ I ва II босқич фарқи (* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$).

1-диаграммада келтирилган маълумотларга асосан, ДЭ билан текширилган беморлар аҳволига ва фаоллигига салбий таъсир қиладиган асосий шикоятларга бош оғриқ, бош айланиш, бошда ва кулоқда шовқин, юришда нотурғунлик, хотира ва диққатнинг пасайиши кабилар катта ўрин эгаллайди. Астеник (юқори даражада чарчоқлик), вегетатив (об-ҳавога боғлиқлик, дим хоналарда ўзини ёмон сезиш ҳисси) ва уйқунинг бузилиши каби турли хил нохуш туйғуларни бошларидан кечирадilar. Аниқланган шикоятларни ДЭси бор эркак ва аёллар орасида қиёсий таҳлилни ўтказилганда, маълум бир статистик аҳамият касб этадиган жинсга боғлиқ фарқлар аниқланган.

Кердо индекси бўйича юрак-қон томир тизимида вегетатив тонус даражаси ва йўналишининг ўзгаришини баҳолаш натижалари кўра, кундузи тинчликда ДЭси бор эркакларда касалликнинг 1- ва 2-босқичида ҳам парасимпатик тонус ошади, аёлларда эса симпатик тонус фаоллашади, бу аёллар томонидан хавотир ёки хавотир-депрессив бузилишларни бошларидан кечиришларига боғлиқ. Касаллик ривожланиб борган сари аёлларда симпатик, эркакларда эса парасимпатик тонус ошиб борган.

Кердо индексининг моҳияти ва ДЭси бор эркак ва аёлларда юрак-қон томир тизимида вегетатив тонус ўзгаришини аниқлаш частотаси (абс., %, $M \pm m$). 2-3 диаграмма.

Кердонинг вегетатив индекси



■ УМУМИЙ ■ дэ 1 ■ дэ2

Ваготония билан касаллар сони



Статико-локомотор бузилишлар ва нозик моторикани издан чиқишининг қиёсий таҳисоти. ДЭнинг 1-босқичидаги беморларда М.Е. Tinetti шкаласи бўйича аниқ бир жинсий фарқларсиз энгил статико-локомотор бузилишлар аниқланган. 2-босқичда 1-босқичдан фарқли равишда мувозанат ва юришнинг бузилишлари аҳамиятли даражада ошиб борган бунда турғунлик, юриш ва шкаланинг умумий балли эркакларда аёлларга нисбатан баланд бўлган, бундан хулоса шуки, аёл жинсдаги беморларда статико-локомотор бузилишлар яққолроқ намоён бўлади. Аммо, ДЭси бор беморларни ҳаракат координацияси ва нозик моторика бузилишларини балл тизимида баҳолашга шароит яратиб берувчи усул, яъни М.В. Denckla (1985) услуги орқали текширганда, эркак ва аёллар орасида каттароқ фарқни кўрсатди, мувозанат ва юриш бўйича берилган вазифани аёллар эркакларга нисбатан касалликнинг 1-босқичида ҳам, 2-босқичида ҳам ёмонроқ бажарадилар. Бундан ташқари, уларда ҳаракатларни бажараётган вақтда хатоликлар ва қўллар орқали қўшимча ҳаракатларни қилиш ёки йиқилишлар кузатилган.

М.В. Denckla услуги орқали ДЭси бор эркак ва аёлларда нозик моторикани текшириш натижалари (абс., %, $M \pm m$) 4-диаграмма.

M.V.Denckla uslubi orqali DЭси бор эркак ва аёлларда нозик моторикани текшириш натижалари (абс., %, M±m)

Вазифа	Унг томондан		Чап томондан	
	Аёллар (n=72)	Эркаклар (n=48)	Аёллар (n=72)	Эркаклар (n=48)
1. оёқ товони үчи билан үриш: -қўшимча ҳаракатлар бор беморлар сони -бажариш вақти, сония	43-59,7 16,3±0,2	13-27,1** 13,75±0,2**	46-63,9 16,6±0,2	15-31,3** 14,5±0,1**
2. Тиззага қўл кафти билан ўрмоқ: -қўшимча ҳаракатлар бор беморлар сони -бажариш вақти, сония	11-15,3 14,9±0,2	22-45,8** 16,3±0,2**	12-16,7 15,1±0,1	24-50,0** 17,5±0,2**
3. Кўрсаткич бармоқ билан бош бармоқни үриш ҳаракатлар кетма-кетлиги: -қўшимча ҳаракатлар бор беморлар сони -бажариш вақти, сония	30-41,9 14,6±0,2	31-64,6* 16,25±0,2**	32-44,4 14,9±0,2	35-72,9** 17,5±0,2**
2-5 бармоқлар билан бош бармоқни үриш ҳаракатлар кетма-кетлиги: -қўшимча ҳаракатлар бор беморлар сони -бажариш вақти, сония	32-44,4 15,1±0,1	35-72,9** 17,5±0,2**	38-52,8 15,1±0,1	40-83,3** 18,1±0,2**

Изоҳ. – еш меъёрлари бўйича таққослангандаги фарқ. (** p<0,05; * p<0,01)

Когнитив бузилишларнинг қиёсий баҳоланиши

Когнитив сферани ДЭси бор 298 та беморда текширилди (ўртача ёш 63,9±1,5й): 119 эркак (ўртача ёш 64,9±1,5 й.) ва 179 та аёл (ўртача ёш 62,9±1,5й). 1-босқичдаги. Когнитив соҳани умумий баҳолаш -рухий статусни баҳолашни қисқа шкаласи (РСБҚШ) (Mini Mental State Examination - MMSE) шкалаларининг йиғинди бали бўйича ўтказилди. Олинган натижалар (РСБҚШ 24 баллдан паст эмас) текширилган беморларда деменция даражада эмаслигини кўрсатди. ДЭси бор эркак ва аёлларда когнитив бузилишларнинг (КБ) умумий оғирлигини билдирувчи кўрсаткичлар кўрсатилган. Бу расмдан кўриняптики, ДЭнинг 1-босқичида РСБҚШ йиғинди бали бўйича когнитив бузилишлар (КБ)нинг намоён бўлиши эркак ва аёлларда деярли бир хил бўлган, ҳолбуки, ДЭ 2-босқичида бу кўрсаткичлар эркакларда аёлларга нисбатан статистик жиҳатдан аҳамиятли равишда юқори бўлган. ДЭнинг 2-босқичида 1-босқичига нисбатан таққосланганда, КБ ларнинг намоён бўлиши РСБҚШ йиғинди балли бўйича эркакларда ҳам, аёлларда ҳам аҳамиятли даражада юқори бўлган. Диққатни ва нутқ равонлигини текшириш. Шульц синамаси, “нутқ равонлиги” субтести ва вербал ассоциация тестлари орқали диққат ва нутқ равонлигининг кўрсаткичлари натижалари жадвалда кўрсатиб ўтилган.

2-жадвал.

ДЭси бор эркак ва аёлларда диққат ва нутқ равонлигининг кўрсаткичлари (M±m).

Нейропсихолог ик тест	Текширилган гуруҳлар					
	ДЭ умумий (n=88)		ДЭ I босқич (n=29)		ДЭ II босқич (n=59)	
	Эркак n=36	аёл n=52	эркак n=7	аёл n=22	эркак n=29	аёл n=30
Шульте синамаси, сония	56,8±1,1	52,7±1,0* *	51,6±2, 4	50,0±1,6	58,1±1,1	54,8±1,2 *
ПДАБТ субтест «нутқ равонлиги», баллар	1,7±0,1	1,8±0,1	1,7±0,3	1,8±0,2	1,7±0,1	1,9±0,1
Литерал ассоциациялар, 1 дақ.сўзлар сони	12,9±0,4	13,1±0,3	14,7±0, 8	13,8±0,4	12,4±0,5	12,7±0,5
Категориал ассоциациялар, 1 дақ.сўзлар сони	15,5±0,4	15,8±0,3	16,7±0, 6	16,2±0,3 5	15,2±0,4	15,5±0,5

Жадвалга кўра, Шульте синамасини ўтказиш вақти эркакларда аёлларга нисбатан юқори. 2-босқичдаги ДЭси бор беморлар Шульте синами бўйича тестдан ўтказилганда, ҳам эркаклар ҳам аёллар ёмон натижага эга бўлганлар, бу эса цереброваскуляр етишмовчилик ривожланиб борган сари беморларнинг тезкор реакцияси ва диққатни бир жойга жамлаш қобилияти пасайиб боради. “нутқ равонлиги” субтестида ва литерал ва категориал вербал ассоциациялар кўрсаткичлари текширилган беморларда паст бўлган, аммо эркаклар ва аёллар орасида деярли фарқ кузатилмаган.

Хотирани текшириш. “Хотира” РСБҚШ субтестидан (3та сўзни эсламоқ) ва “5 та сўз” тестидан фойдаланилди. Жадвал маълумотларига кўра, “хотира” РСБҚШ субтести бўйича ўртача балл эркакларга аҳамиятли даражада паст бўлган, айниқса, ДЭнинг 2-босқичида, аммо ҳам эркакларда, ҳам аёлларда 1-босқичдан 2-босқичга ўтишда статистик жиҳатдан камайиб борган. “5 та сўз” тестида ҳам бевосита, ҳам кечиктирилган ҳолда айтиб беришда (интерферирловчи вазифадан кейин) 1- ва 2-босқичдаги ДЭси бор эркаклар аёлларга нисбатан кам сўз айтганлар. Касаллик ривожланиб борган сари, тест натижалари ҳам ёмонлашиб борган. “5 та сўз” тестида семантик йўл-йўриқ кўрсатмоқ (подсказка) кечиктирилган ҳолда айтиб бериш кўрсаткичларини ижобий томонга олиб борган.

3-жадвал. Эркак ва аёлларда хотира курсаткичлари (M±m).

Нейропсихолог тест	Текширилган гуруҳлар		
	ДЭ умумий	ДЭ I босқич	ДЭ II босқич

		(n=88)		(n=29)		(n=59)	
		Эркак n=36	аёл n=52 *	эркак n=7	аёл n=22	эркак n=29	аёл n=30 *
“Хотира” КШОПС субтести		1,9±0,1	2,5±0,1* *	2,7±0,2	2,7±0,1	1,7±0,1	2,3±0,1* *
“5 та сўз” тест и	-бевосита айтиб бериш	3,7±0,1	4,4±0,1* *	4,9±0,3	4,6±0,1*	3,6±0,2	4,2±0,2* *
	- кечиктирилга н ҳолда айтиб беришда	3,3±0,2	4,0±0,1* *	3,1±0,3	4,3±0,2* *	3,3±0,2	3,8±0,2* *
Йиғинди балл:		6,9±0,3	8,5±0,2* *	7,1±0,6	9,2±0,2*	6,9±0,3	8,0±0,3* *

Кўрув-фазо, макон фаолиятни текшириш. Кўрув-макон фаолиятининг бузилиши (соатларни чизиш тести) аёлларда, эркакларга нисбатан яққолроқ намоён бўлган, айниқса, касалликнинг 2-босқичида. ДЭда беморларни нейропсихологик тестдан ўтказилган натижаларини додемент бузилишларнинг замонавий кўрсаткичлари билан таққосланилди когнитив бузилишлар структурасида эркакларда ўрта огирликдаги когнитив бузилишлар (ЎКБ) устунлик қилган, аёлларда эса енгил даражадаги когнитив бузилишлар (ЕКБ) устунлик қилди. ДЭнинг 2-босқичида 1-босқичидан фарқли равишда ЎКБ бор беморлар орасида аёлларга нисбатан эркакларда ошди. Шундай қилиб, нейропсихологик тест натижаларига кўра, ДЭси бор эркаклар аёлларга нисбатан диққат ва вербал хотирани тестдан ўтказганда, нисбатан паст натижаларни кўрсатдилар, аёллар эса эркаклардан фарқли равишда кўрув-макон фаолияти кўрсаткичларининг ёмонлиги билан ажралиб турдилар. Бундан ташқари, эркакларда аёлларга нисбатан кўпроқ ЎКБ аниқланган. Бошқа олимлар маълумотларига кўра, томир деменцияси аёлларга нисбатан эркакларда кўпроқ учрайди, айниқса, 75 ёшгача бўлган беморларда. Эҳтимол, бундай қонуният томир когнитив бузилишларининг додемент шакллари ва асосан, кучсиз когнитив ўзгаришлар синдроми учун ҳам характерли. Буни эҳтимол, эркакларнинг шифокорга кечроқ, яъни уларнинг когнитив бузилишлари ҳаёт сифатини ёмонлашишига олиб келишида мурожаат қилиши билан тушунтириш мумкин. ДЭси бор турли жинс вакилларида КБ характеридаги фарқ бош мияда морфофункционал шаклланишнинг бошланғич хусусиятлари билан боғлиқ бўлиши мумкин, шундан келиб чиққан ҳолда, эркаклар азалдан аёллардан кўра, кўрув-макон фаолияти бўйича устунликка эга, аёллар эса нутқ ва вербал хотира бўйича маълум устунликларга эгадирлар. ДЭси бор эркакларда яққол намоён бўлган КБ билан бирга аёлларга нисбатан пастроқ вербал хотира ва диққатга эга эканлиги асосан, чап ярим шар (нутқ) ва бош мия моддасида ўчоқли ишемик ўзгаришларни қамраб олувчи ички церебрал атрофияга боғлиқ бўлади. ДЭ клиник суратининг ўзагини ташкил қилган когнитив ва статико-локомотор бузилишлар билан бир қаторда беморларда эмоционал сферада ҳам ўзгаришлар намоён бўлади ва ривожланиб

боради, айниқса, астеник ва хавотир-депрессив каби бузилишлар яққол намоён бўлади. ДЭ билан текширилган беморларда MFI-20 шкаласининг “мотивация, яъни асослаб беришнинг пасайиши”, “психик астения”, “фаолликнинг пасайиши”, “жисмоний астения” ва “умумий астения” бўлимлари бўйича таҳлил қилинди. ДЭси мавжуд аёлларда эркакларга нисбатан касалликнинг 1-босқичида, ҳам 2-босқичида ҳам мотивациянинг пасайиши кўпроқ учради. Фаолликнинг пасайиши ва жисмоний астения ДЭнинг эрта босқичларида эркакларда аниқланди.

MFI-20 шкаласи бўйича ДЭси мавжуд эркак ва аёлларда астения даражаси (балларда, M±m). 6-жадвал

MFI-20 шкаласи-нинг бўлимлари	Текширилганлар гуруҳлари					
	ДЭ (n=298)		ДЭ I босқич (n =98)		ДЭ II босқич (n =200)	
	э (n=119)	а (n=179)	э (n=23)	а (n=75)	Э (n=97)	а (n=103)
Мотивациянинг пасайиши	12,4±0,4	15,2±0,4*	10,4±0,5	13,3±0,5*	12,9±0,4	16,5±0,5*
Психик астения	13,8±0,4	15,4±0,4*	13,0±0,7	13,8±0,5	14,0±0,4	16,6±0,6*
Фаолликнинг пасайиши	14,3±0,4	14,9±0,5	13,3±0,8	12,7±0,6	14,6±0,5	16,5±0,5*
Жисмоний Астения	16,1±0,5	14,7±0,5*	11,7±0,7	13,7±0,8	17,2±0,5	15,4±0,5*
Умумий астения	14,1±0,5	15,4±0,4*	10,9±0,3	13,3±0,5*	14,8±0,5	16,9±0,5*

Шундай қилиб, ДЭ билан текширилган кўпчилик беморлар аниқ бир жинсий фарқга эга бўлган астеник бузилишлар борлиги билан характерланадилар. Бу бузилишларнинг юзага келишини каротид ва вертебробазиляр ҳавзалардаги қўшни қон айланиш территорияси бўлган ўрта соҳаларда жойлашган мия структураларининг дисфункцияси билан боғлайдилар. Шунинг учун ҳам сурункали мия гипоперфузиясида биринчи навбатда шулар азият чекади., инсоннинг жисмоний ва психик фаоллигига салбий таъсири кўрсатиши муҳим аҳамият касб этади. ДЭнинг II босқичидаги аёлларда бемор эркаклардан фарқли равишда депрессия даражаси ва полиморбидлик индекси - ПИ ($r=0,31$ ва $r=0,35$), кўрсатилган ҳолда умумий ва психик астения кўрсаткичларининг корреляцияси аниқланган, бу эса ўз навбатида уларнинг астенизациясига депрессив бузилишлар ва соматик патологияни ўрни катталигини кўрсатади.

5-диаграмма. ДЭси мавжуд эркак ва аёлларда хавотирланиш даражаси (балларда, M±m).

Эркаклар ва аёлларда когнитив бузилишларда хавотир даражасини баҳолаш (%)



ДЭнинг эрта босқичларида реактив ва шахсга боғлиқ хавотирланишнинг юқори даражаси статистик жиҳатдан аҳамиятли аёлларда кўпроқ учрайди, эркакларда эса хавотирланишнинг ўрта даражаси кўп кузатилди. «Субсиндромал депрессия» нинг намоён бўлиш частотаси ДЭ эркакларда аёлларга нисбатан бироз баланд, клиник манифест депрессиянинг намоён бўлиши эса ДЭ аёлларда эркаклардаги худди шу кўрсаткичлар бўйича таққослаганда 3 баравар кўп эканлиги кўрилди. Касалликнинг 1-босқичидан 2-босқичига ўтишида клиник манифест депрессиянинг аниқланиш частотаси аёлларда, 4 бараварга кўпаяди, ҳолбуки, эркакларда бир хил даражада сақланади.

6-7- диаграмма. Когнитив бузилишлари бор беморларда Сандра БЭМ(%)

Когнитив бузилиши бор беморларда Сандра Бэм суровномаси натижалари

	Эркаклар (n=119)			Аёллар (n=179)		
	Маскулин	феминин	андрогинин	маскулин	феминин	андрогинин
Хотира	11,1	86*	2,8	66,6*	14,5	8,4
Фикрлаш	9,7	86	1,4	72,9	16,7	6,3*
Харакат мувозанати	2,8	13,8	1,4	25	42*	2,4
Диққат	11,1	86	2,8	72,9	16,7	10,4
Гапириш	8,3	72,2	2,8	58,3	12,5	6,3*
Англаш	11,1	83,3	1,4	70,8	16,7	10,4

Изох: * – ёш меъёрлари бўйича таққослангандаги фарқ. (** p<0,05; * p<0,01) o

Сандра БЭМ бўйича текширилганда КБ бор бемор эркакларда феминин белгилар маскулин ва андроген белгиларга нисбатан ахамиятли равишда ошганлиги аниқланди, бу эса ўз навбатида аёл ва эркакларда кузатиладиган гормонлар дисбаланси билан ҳам боғлиқлиги куришиб турибти. КБ си бор аёлларда маскулинлик белгиси феминин ва андрогенликка нисбатан ахамиятли даражада ошганлиги аниқланди. Бу эса ўз навбатида когнитив белгилар ошиб бориши билан бемор маданий-ижтимоий факторнинг ошиб бориши, эркакларда феминин яъни хеч ким билан суҳбатлашмаслик, бир хонага тиқилиб олиш, ўз ўзидан хафа бўлиш, аёлларда эса баланд овозда гапириш, бакириш, ўзини ҳамма нарсага ҳақ деб билиш, урушқоқликка мойиллик каби пайдо бўладиган белгилар намоён бўла боради.

8-диаграмма. КБ бор беморларда SF-36 сўровномаси (балларда, M±m)

Когнитив бузилиши бор беморларда ҳаёт сифатини баҳолаш (SF -36)

Ҳаёт сифати кўрсаткичлари	Енгил когнитив бузилишлар		Ўрта оғирликдаги когнитив бузилишлар		Шартли норма
	эркак	аёл	эркак	аёл	
PF	51,07±0,67	48,9±0,55	38,9±0,38	41,2±1,32	100
RP	39,54±0,52	28,5±0,35	16,8±0,16	19,1±0,61	100
BP	48,84±0,64	40,3±0,46	31,9±0,31	33,6±1,08	100
GH	45,86±0,6	38,9±0,44	26,5±0,26	27,5±0,88	100
VT	48,72±0,62	41,7±0,47	35,2±0,35	39,3±1,26	100
SF	41,86±0,55	35,3±0,4	36,3±0,36	38,9±1,24	100
RE	40,61±0,53	38,4±0,45	27,5±0,28	28,9±0,93	100
MH	55,43±0,73	48,7±0,54	40,6±0,41	42,7±1,37	100

Қуйидаги диаграммада SF-36 сўровномаси ўтказилганда, ЕКБларга қараганда ЎКБ бор беморларда ҳаёт сифати курсаткичлари пасайиб борган, лекин шуни такидлаб ўтиш жоизки ЕКБ бор аёл беморларда, ЎКБ бор эркак беморларда бу курсаткичлар ахамиятли равишда камайиши кузатилган. Олинган натижалар шуни кўрсатадики, ЕКБ бор аёллар пайдо бўлган неврологик симптомлардан касаллик бошланишида ҳаёт сифати кўрсаткичи пасйса, кейинчалик беморлар бошқа белгилар билан яъни бир қатор пайдо бўладиган соматик етишмовчиликлар билан овора бўлиб бунга катта ахамият бермай қўядилар, эркаклар эса аксинча, ЕКБ пайтида иш билан овора бўлиб ўтиб кетувчи белги деб ўйлашади ва ахамият беришмайди. Касаллик авж олиб борган сайин бу белгилар чуқурроқ намоён булганлигидан улар хавотирга туша бошлайди.

9-10 диаграмма КБ бор беморларни УТДС ва ТКДС кўрсаткичи натижалари (балларда, M±m)

УЗДГ кўрсаткичлари

Кўрсаткичлар	Текширилган гуруҳлар			
	ДЭ I босқич		ДЭ II босқич	
	эркак (n=4)	аёл (n=11)	эркак (n=23)	аёл (n=27)
ИМК	1.15±0.03	0.93±0.02	1.2±0.03	1.02±0.02
УУА	26.5±2,4	26.9±1.8	24.5±1,2	25.1±1,2
Энг баланд систолик босим	87.8±5.2	89.1±4.7	83.7±2.1	84.9±1,0
Энг паст диастолик босим	27.2±2.6	28.2±1.8	25.5±1.2	26.7±0,9
ИУА (s)	24,4±2.0	25,2±1.8	26,6±2.4	27,0±2.8
(d)	27,6±1.4	27,6±1.2*	28,9±1,3	29,5±1,1*
УА(s)	19,2±2.0	20,1±2.0	19,1±1.9	19,9±1.9*
(d)	19,1±2.0*	19,8±2.1	19,6±2.1	20,4±1.9
TAMX(s)	53,7±5,0*	54,3±2,4	47,7±1,1	48,1±1,0
- (d)	51,3±3,9	52,9±2,4	43,5±1,2	44,1±1,2
P1(s)	1,07±0,05	1,06±0,03	1,09±0,02	1,08±0,02
- (d)	1,06±0,05	1,05±0,03	1,1 ±0,02	1,09±0,02
R(s)	0,59±0,02	0,6±0,01	0,66±0,01	0,65±0,01
-(d)	0,61±0,02**	0,62±0,01	0,67±0,01**	0,68±0,01

Изох: * – ёш меъёрлари буйича таққослангандаги фарқ. (* p<0,05; ** p<0,01)

Транскраниал дуплекстекшириш натижалари

Кўрсаткичлар	Текширилган гуруҳлар			
	ДЭ I босқич		ДЭ II босқич	
	эркак (n=4)	аёл (n=11)	эркак (n=23)	аёл (n=27)
-в	40,4±4,5	42,6±2,3	33,5±1,1*	32,6±1,0*
- Б	80,8±3,4	83,1±2,6	65,8±1,5**	66,4±1,4**
Олек -Э	36,9±4,7	37,0±2,2	26,9±1,0*	27,2±1,0*
- Б	34,8±3,8	35,1±2,0	23,9±0,8**	24,3±0,9*
Млск	42,4±4,7	44,2±2,3	36,9±0,9*	36,7±0,9*
-в	40,4±4,5	42,6±2,3	33,5±1,1*	32,6±1,0*
TAMX -Э	53,7±5,0	54,3±2,4	47,7±1,1*	48,1±1,0*
- 8	51,3±3,9	52,9±2,4	43,5±1,2**	44,1±1,2**
P1 – Бзад. мозг арт	1,07±0,05*	1,06±0,03*	1,09±0,02*	1,08±0,02*
- 8	1,06±0,05*	1,05±0,03**	1,1 ±0,02**	1,09±0,02*
1Я -Э	0,59±0,02*	0,6±0,01*	0,66±0,01**	0,65±0,01**
	0,61±0,02*	0,62±0,01*	0,67±0,01**	0,68±0,01**

Изох: * – ёш меъёрлари буйича таққослангандаги фарқ. (* p<0,05; ** p<0,01)

Қон оқимига қаршилик кўрсатмайдиган бош магистрал артерияларда ички уйқу артерияси (ИУА) кичик гомоген гиперэхоген АТ-пилакчалари статистик жиҳатдан аҳамиятли равишда кўпроқ аёлларда, бош магистрал артерияларда гемодинамик жиҳатдан аҳамиятсиз стенозни (40% дан 70% гача диаметрда) чақирувчи гетероген АТ-пилакчалар кўпроқ эркакларда устунлик қилган. Қўшилиб келган ИУА ва умуртқа артериясини (УА) гемодинамик аҳамиятсиз стенозига олиб келувчи (<70% диаметрда) 33,3% эркак ва 7,9% аёлларда аниқланган, ИУАнинг гемодинамик жиҳатдан аҳамиятли стенози (>70% диаметрда) эса 11,1% эркак ва 2,6% аёлларда кузатилган, бу маълумотларга кўра, асосан, эркакларда ДЭнинг эрта босқичларида бош магистрал артериялари (БМА) экстракраниал бўлимларида томир деворларидаги структур ўзгаришлар яққол намоён бўлади.

Шундай қилиб, экстракраниал томирларни ДС маълумотларига кўра, бош мия магистрал томирлари деворларининг яққол структур ва стенозловчи ўзгаришлари томир девори 40%дан 70%гача, асосан қўшилиб келадиган ҳолати асосан, эркак жинсдаги беморларда ДЭнинг эрта босқичларида устунлик қилади. Текширилган беморларда церебрал томирларни ДСда аниқланган БМА ва ЎМАларининг экстракраниал соҳаларидан қон оқимининг пасайиши, ҳамда цереброваскуляр тонуснинг ошиши аниқланди.

10-диаграмма Когнитив бузилишлари бор беморларда МРТ кўрсаткичлари.

ДЭси бор эркак ва аёлларда мия қоринчаларининг нисбий ва чизикли ўлчамлари $M \pm m$

Кўрсаткичлар	Текширилганлар гуруҳи					
	ДЭ умумий (n=67)		ДЭ I босқич (n=16)		ДЭ II босқич (n=51)	
	эркак (n=28)	аёл (n=39)	эркак (n=4)	аёл (n=12)	эркак (n=24)	аёл (n=27)
Ён қоринчалар олдинги шохларининг индекси	28,4±0,2	28,2±0,9*	27,4±0,3	26,8±0,3	29,7±0,1*	28,8±0,2**
Ён қоринчалар тана индекси: - ўнг	36,9±0,7	33,9±0,8*	34,1±2,7	31,6±1,5	37,4±0,7*	34,5±0,9*
- чап	38,8±0,9	33,9±0,8*	34,4±2,8	31,5±1,5	39,6±1,2	34,6±0,9**
Ён қоринчалар олдинги шохлари: - ўнг	6,2±0,1	5,9±0,1**	6,0±0,1	5,9±0,1	6,1±0,1	5,9±0,1**
- чап	6,4±0,1**	5,9±0,2**	6,0±0,1	5,9±0,1	6,3±0,1**	6,0±0,1**
Ён қоринчалар танаси - ўнг	9,4±0,1	8,8±0,2**	8,8±0,6	8,5±0,2	9,4±0,1*	8,9±0,2*,°
- чап	9,8±0,1**	8,8±0,2**	9,2±0,2	8,7±0,3	9,8±0,1**	8,9±0,2**
III қоринча	4,0±0,04	3,9±0,03	3,7±0,1	3,9±0,1	4,1±0,04	3,9±0,04
IV қоринча	1,1±0,05	1,0±0,04	1,0±0,04	1,0±0,03	1,1±0,05	1,0±0,03

Изоҳ: * – ёш меъёрлари бўйича таққослангандаги фарқ. (** p<0,05; * p<0,01)

Локализацияси бўйича перивентрикуляр ва субкортикал лейкоареоз (ЛА) фарқланади. ДЭси бор барча текширилган беморларда перивентрикуляр ЛА кузатилган; субкортикал ЛА эса 76,9% аёлларда ва 85,7% эркакларда ($p>0,05$) кузатилган. Касалликнинг ЕКБда узук-узук чизиқчалар кўринишидаги, ЎКБ доғсимон, қисман бир-бирига ёпишган субкортикал ЛА кузатилган. Олдинги ЛА (ён қоринчалар танасининг олдинги шохлари ва олдинги бўлимлари) 50,0% эркакларда ва 35,9% аёллардан, орқа ЛА (орқа шохлар атрофида) - мос ҳолда 28,6% ва 43,6%, асосан пешона бўлагида жойлашган субкортикал ЛА 57,1% ва 35,9% ($p>0,05$) кузатилган.

Барча локализациядаги перивентрикуляр ЛАнинг ўртача балли аёлларда статистик жиҳатдан эркакларга нисбатан юқори ($p<0,05$) ва касалликнинг ЕКБдан ЎКБга ўтишида иккала жинс вакилларидаги беморларда ошиб борган.

ХУЛОСА

-ДЭси беморларда субъектив ва объектив белгиларнинг эркаклар ва аёллар уртасидаги фарқи, эркакларга нисбатан аёлларда эмоционал ва вегетатив шикоятларнинг ранг-баранглигини устунлиги билан фарқланади.

-ДЭ бор эркак ва аёлларда ҳаракат сферасида локомотор функция эркакларда сақланган бўлиб, улар синамада ҳаракатлар кетма-кетлигини тулик ва тез бажардилар, Аёллар эса эркаклардан фарқли, иккала қўлдаги нозик моторика ҳаракатларини бажаришда устунлик килдилар.

-Эркакларда нозик моторика бузилиши, Аёлларда статико-локомотор бузилишлар устунлик килган.

-ДЭси бор эркаклар аёлларга нисбатан диққат ва вербал хотирани тестдан ўтказганда, нисбатан паст натижаларни кўрсатдилар, аёллар эса эркаклардан фарқли равишда кўрув-макон фаолияти кўрсаткичларининг ёмонлиги билан ажралиб турдилар.

-ДЭси бор турли жинс вакилларида КБ характеридаги фарқ бош миёда морфофункционал шаклланишнинг бошланғич хусусиятлари билан боғлиқ бўлиши мумкин, шундан келиб чиққан ҳолда, эркаклар азалдан аёллардан кўра, кўрув-макон фаолияти бўйича устунликка эга, аёллар эса нутқ ва вербал хотира бўйича маълум устунликларга эгадирлар.

-Жинсни инобатга олган ҳолда когнитив бузилишлари бор эркак беморларда кучли ифодаланган маскулинлик ёки сустривожланган фемининлик, аёлларда эса кучли ифодаланган маскулинлик ва сустривожланган фемининлик белгиларининг намён бўлиши билан характерланади.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.27.06.2017.Tib.31.01 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ ТАШКЕНТСКОМ ИНСТИТУТЕ
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ**

ТАШКЕНТСКОМ ИНСТИТУТЕ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ

РАХМАТОВА САНОБАР НИЗАМОВНА

**ОСОБЕННОСТИ И ДИНАМИКА КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ
СОСУДИСТОГО ГЕНЕЗА В АСПЕКТЕ ПОЛОВОГО ДИМОРФИЗМА**

14.00.13 – Неврология

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PhD)
ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

ТАШКЕНТ – 2019

Тема докторской (PhD) диссертации зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за № В2017.3.PhD/Tib 400.

Диссертация выполнена в Ташкентском институте усовершенствования врачей.

Автореферат диссертации на двух языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета (www.tipmi.uz) и на Информационно-образовательном портале «ZiyoNet» (www.ziyo.net).

Научные руководитель: Аликулова Нигора Абдукадировна
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты: Миржураев Элбек Миршавкатович
доктор медицинских наук, профессор

Садикова Гулчехра Кабуловна
доктор медицинских наук, профессор

Ведущая организация: Самарканский медицинский институт

Защита диссертации состоится «__» _____ 2019 г. в ____ час на заседании Научного совета по присуждению ученых степеней DSc.27.06.2017.Tib.31.01 при Ташкентском институте усовершенствования врачей (Адрес: 100007, г. Ташкент, Мирзо-Улугбекский район, улица Паркентская, дом 51. Тел/факс: (+99871) 268-17-44; e-mail: info@tipme.uz).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Ташкентского института усовершенствования врачей (зарегистрирована за № ...) (Адрес: 100007, г. Ташкент, Мирзо-Улугбекский район, улица Паркентская, дом 51. Тел/факс: (+99871) 268-17-44).

Автореферат диссертации разослан «__» _____ 2019 год.

(Протокол рассылки № __ от _____ 2019 года)

Х.А. Акилов
председатель научного совета по присуждению
учёных степеней, доктор медицинских наук,
профессор

Н.Н. Убайдуллаева
ученый секретарь научного совета по
присуждению учёных степеней, доктор
медицинских наук, доцент

Б.Г. Гафуров
председатель научного семинара при Научном
совете по присуждению учёных степеней,
доктор медицинских наук, профессор

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PHD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. Важная экономическая и социальная проблема — цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ), вобравшие в себя мозговой инсульт и хроническую ишемию мозга (дисциркуляторную энцефалопатию), являющимися основными причинами смерти населения и приводящие к инвалидности. Согласно сведениям экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно в мире фиксируется 15 млн. случаев инсульта, из них 30% умирают в течение года, у более 60% заболевших наблюдаются когнитивные изменения, это, в свою очередь, приводит к инвалидности. Когнитивные и двигательные нарушения (КН), встречающиеся при прогрессировании ДЭ, часто определяются по уровню социальной дезадаптации пациента. При заболеваниях сосудов головного мозга рост когнитивных нарушений в основном происходит за счет возрастания распространения дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ), «на сегодняшний день по миру 24,3 млн. человек страдают от когнитивных и двигательных нарушений, и эти люди проживают в основном в развитых странах»³. Это заболевание влияет не только на образ жизни больного, но и также оказывает воздействие на качество жизни, снижает социально-культурную, экономическую сферу здоровых людей вокруг.

Сегодня в мировом масштабе вместе с ростом требований к эффективной интеллектуальной деятельности в современном обществе, когнитивные и статико-локомоторные нарушения все еще остаются проблемой. В этом отношении считаются актуальными вопросы определения когнитивных нарушений дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) на ранней стадии, с учетом последствий инсульта головного мозга и деменции, разработки алгоритма в целях предотвращения таких когнитивных нарушений, как память, внимание и снижение интеллекта при ДЭ, а также предотвращения осложнений заболевания, определения частоты случаев и причин развития, устранения социально-бытовой, нейропсихологической, нейровегетативной дезадаптаций на основании заболевания, выявления генетической склонности в возникновении болезни, современного подхода в лечении, в том числе определения мер по профилактике возможных осложнений, которые могут развиваться у больных.

В целях развития эффективной системы медицинской отрасли нашей страны широкомасштабно претворяются в жизнь мероприятия по ранней диагностике неврологических заболеваний среди разных слоев населения и уменьшению их осложнений, выявлению и предотвращению последствий когнитивных нарушений при дисциркуляторной энцефалопатии. В 2017 — 2021 годах согласно пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан в соответствии со Стратегией действий обозначены важные задачи, нацеленные на поднятие на новый этап уровня оказания населению медицинской помощи, «... профилактику и проведение диагностики заболеваний, широкое внедрение

³ Официальные сведения ВОЗ за февраль 2017 года // информационный бюллетень № 369.

современных технологий, оказание высококвалифицированной и качественной медицинской помощи»⁴

В этом отношении важное значение имеет проведение мероприятий, нацеленных на раннее выявление опасных факторов, развивающих сосудистые заболевания головного мозга, и предотвращение осложнений, впоследствии оказание полноценной медико-социальной помощи населению, сокращение показателей смертности и инвалидности, улучшение качества жизни.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, предусмотренных в Указе Президента Республики Узбекистан № УП-4947 от 7 февраля 2017 г. «О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан», № УП-5590 от 7 декабря 2018 г. «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан», Постановлениях Президента Республики Узбекистан № ПП-3494 от 25 января 2018 г. «О мерах по ускоренному совершенствованию системы экстренной медицинской помощи» и № ПП-3071 от 20 июня 2017 г. «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017–2021 годы», а также в других нормативно-правовых актах, связанных с этой деятельностью.

Соответствие исследования основным приоритетным направлениям развития науки и технологий в республике. Диссертационное исследование выполнено в соответствии с приоритетными направлениями развития науки и технологий в республике – VI. «Медицина и фармакология».

Уровень изученности проблемы. Часто когнитивные нарушения (КН) определяются согласно степени социальной дезадаптации больных, во многих случаях выявляются замедление психической деятельности, нарушения концентрации внимания, снижение речевой деятельности, обнаруживаются трудности в планировании, формировании и контроле своей деятельности. По мере развития ДЭ увеличиваются КН, что в результате заканчивается деменцией сосудов (Mizuguchi M., 2011). Вместе с двигательными и когнитивными нарушениями, являющимися основой клинической картины ДЭ, у пациентов были выявлены такие симптомы, как нарушения эмоциональной сферы, в основном, астенические и тревожно-депрессивные нарушения, а также нарушения сна (ScheichH., BrechmannA., BroschM., etal., 2011;StevensonJ., PimpertonH., KreppnerJ., etal., 2017; TitzC., KarbachJ., 2014).

В протекании когнитивных нарушений была доказана роль гипертонии (Данилов А.Б, Дамулин И.В., Вейн А.М., 2005), определены свойства протекания легких когнитивных нарушений (ЛКН) и когнитивных нарушений средней тяжести (КНСТ) (Захаров В.В., 2012), а также наблюдались мозговые изменения у пожилых людей, нарушения интеллекта в памяти и внимании (Разумникова О.М. и соавторы, 2015). Были исследованы стадии ДЭ,

⁴Указ Президента Республики Узбекистан «О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан» от 7 февраля 2017 года за № УП-4947.

протекание заболевания, разработаны мероприятия по лечению (Гафуров Б.Г., Аликулова Н.А., Халимова Х.М., 2015).

Таким образом, на сегодняшний день тактика диагностирования и лечения пациентов, страдающих когнитивными нарушениями при ДЭ, входит в число самых актуальных и не полностью решенных проблем современной неврологии. Актуальными проблемами считаются решения задач по оцениванию клиничко-неврологических особенностей и неврологического статуса когнитивных нарушений в связи с половой принадлежностью, разработке основных этиологических факторов развития ЦВЗ, нейропсихологических изменений в диагнозе КН при ДЭ и приемлемого подхода в лечении и предотвращении состояния деменции.

Связь темы диссертации с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в рамках темы «Своеобразие половой и возрастной связи когнитивных нарушений, встречающихся в протекании цереброваскулярных заболеваний» в соответствии с планами научно-исследовательских работ Ташкентского института усовершенствования врачей.

Цель исследования состоит из усовершенствования профилактических мероприятий протекания болезни, клиничко-неврологических и нейропсихологических особенностей когнитивных нарушений у больных с хронической церебральной ишемией в аспекте полового диморфизма.

Задачи исследования:

оценивание клиничко-неврологических особенностей у пациентов с ЦВЗ с учетом пола и их неврологического статуса;

сравнение значимости основных этиологических факторов в развитии ЦВЗ (атеросклероз сосудов, гипертония, сахарный диабет и другие) в зависимости от пола пациентов;

обоснование степени когнитивных нарушений при ЦВЗ и их динамики в связи с полом пациентов;

сравнение гормонального статуса при ЦВЗ с когнитивными нарушениями в связи с половым диморфизмом;

совершенствование профилактических мероприятий заболевания на основе полового различия.

В качестве **объекта исследования** были взяты 298 пациентов с когнитивными нарушениями I-II степени при дисциркуляторной энцефалопатии в возрасте от 50 до 74 лет Бухарского областного многопрофильного медицинского центра и Ташкентской областной специализированной соматической больницы и 58 здоровых людей.

В качестве **предмета исследования** взяты результаты таких способов обследования, как комплексное исследование неврологического статуса, функциональные исследования: ультразвуковой дуплексный сканер (УТДС), магнитно-резонансная томография (МРТ) и компьютерная томография (КТ) в режиме сосудов.

Методы исследования. В исследовании использованы клинико-неврологические, нейропсихологические тесты, нейровегетативные опросники, электрофизиологический, а также статистический методы анализа.

Научная новизна исследования состоит из следующего: впервые были выявлены качественно-количественные различия когнитивных нарушений при ДЭ с учетом полового диморфизма и гендера; выявлена несоразмерность (непропорциональность) клинико-неврологических и нейрофизиологических особенностей неврологических, когнитивных, психоэмоциональных нарушений у мужчин и женщин, страдающих ДЭ; доказана соразмерность (пропорциональность) когнитивных нарушений тканей мозга, а также статико-локомоторных нарушений с учетом гендерных различий у пациентов с цереброваскулярными заболеваниями; обоснованы дифференциальный подход с неврологической точки зрения в лечении и профилактике когнитивных, а также психомоторных нарушений у мужчин и женщин с ДЭ.

Практические результаты исследования состоят из следующего: в клинике когнитивных нарушений сосудистого генезиса у пациентов, мужчин и женщин, выявлено своеобразие, характерное гендеру и возрасту; дана оценка значению изменений нейропсихологических тестов Сандры Бэм, изучавшей психоэмоциональное состояние; анализ МРТ головного мозга УЗДГ и в корреляции повысили эффективность мероприятий по ранней диагностике осложнений, проявляющихся у пациентов, предотвращению заболевания, лечению и профилактике; в целях объективного оценивания степени когнитивных нарушений повторное проведение MMSE и нейропсихологических тестов Сандры Бэм дало возможность предотвратить переход болезни в деменцию и уменьшило осложнения.

Достоверность результатов исследования определяется примененными подходами и методами, соответствием теоретической информации полученным практическим результатам, достоверностью проведенных исследований с точки зрения методологии, достаточностью количества больных, обработкой данных с помощью статистических контрольных методов, а также сверкой результатов исследования с международными и национальными данными, подтверждением заключения и полученных результатов полномочными структурами.

Научное и практическое значения результатов исследования. Научное значение результатов исследования состоит в том, что изучение особенностей клинического протекания заболевания у пациентов, мужчин и женщин, дало возможность расширить уровень теоретических знаний и объясняется тем, что позволило усовершенствовать содержание и структуру учебных программ для клинических ординаторов, магистров и курсантов по темам, касающихся выявления степени когнитивных нарушений у пациентов с ДЭ, предотвращения перехода в деменцию когнитивных нарушений, лечения, проведения профилактических мер и мероприятий.

Практическое значение результатов исследования состоит в том, что разработан алгоритм диагноза пациентов с когнитивными нарушениями при дисциркуляторной энцефалопатии и тактика ухода, которые внедрены в

практическую медицинскую помощь, а это в ощутимой степени улучшает результаты лечения пациентов этой категории и качество их жизни. Это, в свою очередь, дало возможность своевременно лечить заболевание без осложнений.

Внедрение результатов исследования. На основе полученных научных результатов по определению и усовершенствованию половой и возрастной связи протекания когнитивных нарушений, встречающихся у цереброваскулярных заболеваний:

Утверждена методическая рекомендация по теме «Адаптированный психологический тест по определению связи цереброваскулярных заболеваний с полом и использованию оптимизированного лечения» (Бюллетень Министерства здравоохранения за № 8н-д/124 от 22 мая 2019 года).

Данная методическая рекомендация дала возможность раннего выявления когнитивных нарушений при дисциркуляторной энцефалопатии у мужчин и женщин, усовершенствовать проведение нейропсихологических тестов и профилактических мероприятий, научные результаты, полученные по клиникопатогенетическим особенностям когнитивных нарушений при дисциркуляторной энцефалопатии у мужчин и женщин были внедрены в систему здравоохранения, в частности, в практику Ташкентской областной специализированной соматической больницы и Каганского городского медицинского объединения Бухарской области (Бюллетень Министерства здравоохранения за № 8н-з/131 от 18 июля 2019 года). В результате появилась возможность ранней диагностики когнитивных нарушений дисциркуляторной энцефалопатии, предотвращения перехода когнитивных нарушений в состояние деменции, эффективность лечения возросла на 25%, снизились показатели инвалидности и смертности, а также улучшилось качество жизни пациентов.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были доложены на 2 республиканских и 1 международных научно-практических конференциях.

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 19 научных работы, в том числе 5 журнальных статей, 3 из которых в республиканских, 2 в зарубежном журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикаций основных научных результатов диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, 5 основных глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы. Объем текстового материала составляет 120 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении, основываясь на актуальности темы диссертации и ее необходимости, описываются цель и задачи исследования, объект, а также предмет, показано соответствие приоритетным направлениям развития науки и технологий в республике, изложены научная новизна исследования и практические результаты, обоснована достоверность полученных результатов,

раскрыты их теоретические и практические значения, представлены сведения о внедрении в практику результатов исследования, опубликованных работах и о структуре диссертации.

В первой главе диссертации «Этиопатогенетические, клинические, диагностические и терапевтические проблемы дисциркуляторной энцефалопатии» представлены материалы о дисциркуляторной энцефалопатии, опубликованные в последние годы. Таким образом, приведены сведения о степени распространенности когнитивных нарушений дисциркуляторной энцефалопатии, факторах, являющихся причиной ее возникновения, патогенезе заболевания, клиническом течении, методах диагностики и лечения.

Во второй главе «Материалы исследования и методы, касающиеся оценивания когнитивных нарушений дисциркуляторной энцефалопатии» изложены основные материалы осмотра и методы, примененные в работе. Основываясь на анализе пациентов, страдающих когнитивными нарушениями дисциркуляторной энцефалопатии, осмотры были проведены в Бухарском областном многопрофильном медицинском центре в 2008—2015 гг., Ташкентской областной специализированной соматической больнице, «Star MED», клиническом санатории имени М.М. Федоровича в 2015—2018 гг. В указанный период были обследованы 298 пациентов с диагнозом дисциркуляторная энцефалопатия в возрасте 55 — 75 лет. Пациенты, вовлеченные в исследование и обследованные, были поделены на 2 группы, ДЭ 1—2-й стадии, на 1-м этапе — 98 человек, на 2-м — 200, они, в свою очередь, были разделены на 2 малые группы, а именно — женщин — 179 человек и мужчин — 119. Своеобразие клинических осмотров, психологические тесты, вегетативные обследования были проведены среди пациентов, в которых приняли участие 179 женщин и 119 мужчин, а также 100 практически здоровых людей. Прошли обследование пациенты I и II стадии заболевания в возрасте 54—74 лет (средний возраст $64,7 \pm 1$). У пациентов, прошедших обследование, на основе анамнеза и медицинских документов была определена длительность заболевания от 2 до 11 лет, это в среднем составило $6,1 \pm 1$ лет. При обследовании пациентов опирались на следующие критерии: возраст от 50 до 74 лет; наличие гипертонии, атеросклероза, присутствие смешанного генеза ДЭ I-II стадии; согласие пациентов на проведение обследований; наличие среднего или высшего образования. У следующих пациентов исследования не были проведены: этиология энцефалопатии, не связанная с кровеносными сосудами; тяжелые соматические заболевания (почки, печень, сердечная недостаточность в стадии декомпенсации), психические, эндокринные, гематологические, онкологические болезни; васкулит; пациенты, перенесшие инсульт и травмы головного мозга; при перенесенных воспалительных заболеваниях ЦНС (центральной нервной системы); в случаях лечения антидепрессантами и антиоксидантами в последние 6 месяцев. В соответствие с намеченными задачами и целями обследованных пациентов с ДЭ поделили на 2 группы: 1-я группа — 179 женщин (средний возраст $64,3 \pm 1,0$), 2-я группа — 119 мужчин

(средний возраст $65 \pm 1,2$), таблица 1. **Общая характеристика обследованных пациентов с ДЭ ($M \pm m$, авс., %).**

Показатель	Число обследованных (n=298)	Группы обследованных	
		Группа I Женщины (n=179)	Группа II Мужчины (n=119)
Средний возраст, Годы	64,7 \pm 1,1	64,3 \pm 1,0	65,0 \pm 1,2
Длительность заболевания, годы	6,1 \pm 0,4	5,9 \pm 0,3	6,3 \pm 0,4
Стадии ДЭ:			
-ДЭ1	98 - 32,5	75.-41,7	23-18,7**
-ДЭ 2	81-67,5	103- 58,3	97-81,3**
Этиологическая структура ДЭ:			
- артериальная гипертензия (АГ)	75-25,0	50 - 27,8	25-21,8
- атеросклероз (АТ)	45-15,0	27 - 15,3	18 -14,6
- сочетание АГ и АТ	180 - 60,0	103-56,9	77-63,6
Характер течения:			
- стабильное (бескризовое)	175-58,3	97-54,1	78-64,6
- кризовое	96-32,5	71-40,3	25-20,8*
- медленно прогрессирующее	12-4,2	5-2,8	7-6,3
- быстро прогрессирующее	15-5,0	5-2,8	10-8,3

Примечание: * — разница между женщинами и мужчинами (* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$).

По таблице 1 видно, что достоверно не выявлено различия с точки зрения возраста среди групп, длительности заболевания, этиологических факторов ДЭ, образования и трудового статуса. Если при обследовании пациенток-женщин с ДЭ I стадии преимущество было на их стороне, то у мужчин во II стадии встречалось относительно больше. Это состояние может быть связано с тем, что мужчины обращаются к врачу достаточно поздно, уже после того, как симптомы заболевания оказали влияние на их образ жизни, было отслежено, что протекание ДЭ у многих пациентов происходит относительно стабильно. Было выявлено, что в анамнезе гипертоническими кризами и временными нарушениями кровообращения в головном мозге страдали больше женщины, нежели мужчины. Это состояние можно связать с высокой склонностью к пароксизмальному течению многих патологических процессов у женщин пожилого возраста. При определении нарушений в равновесии, ходьбе и изящных движениях были использованы шкала Tinetti и метод Denckla. Степень тяжести когнитивных нарушений психического статуса был оценен короткой шкалой MMSE. Наравне с вышеописанным, пациенты также прошли проверку внимания (эксперимент Шульте), «словесной реакцией» (вербальный

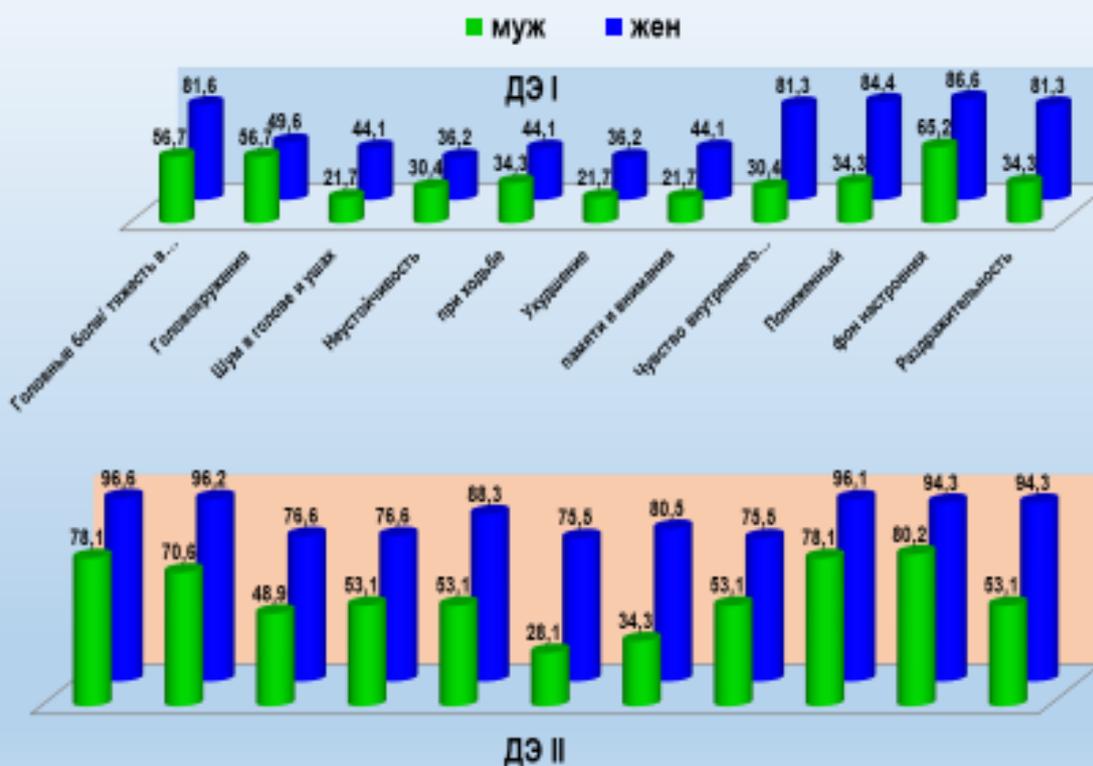
ассоциативный тест), памяти (тест «5 слов») и функции просмотра пространства (тест по рисованию часов). Легкие когнитивные нарушения (ЛКН) и когнитивные нарушения средней тяжести определяются на основе общепринятых критериев. Астенические изменения определяют при помощи шкалы MFI-20, тревожность и депрессию по критериям 10-ХКТ, а инсомнию на основе международной классификации сна (ICDS-2), принятой в 2005 году. В целях определения качества образа жизни, его уровня при когнитивных нарушениях SF-36 были выявлены уровень тревожности по шкале Спилберга, качество сна — при помощи анкеты Российского федерального центра сомнологии. В целях определения пола и гендера Сандра Бэм (Sandra Lipses Bem 1974) провела опрос по выявлению психологического пола с пациентами, имеющими когнитивные нарушения ДЭ с учетом маскулинности, фемининности, андрогинности и среди здоровых людей с высшим образованием. Посредством вышеупомянутых тестов в целях предупреждения перехода когнитивных нарушений в степень деменции, было оценено состояние пациентов между собой. В целях оценивания состояния церебральной гемодинамики были использованы методы ультразвуковой доплерографии (УТДГ) + цветное дуплексное сканирование магистральных кровеносных сосудов головного мозга и транскраниальная доплерография (ТКДГ). Метод обследования транскраниальной доплерографии был проведен на аппарате EPIQ-7G.

Нейровизуализационные обследования были проведены магнитно-резонансной томографией, сила площади магнита которого составляла 1 и 1,5 Тесла. МРТ головного мозга в основном выявляет локализацию и степень лейкоареоза (при помощи 5-бальной шкалы Mantyla R., 1997); количество ишемических очагов, их размеры и месторасположение; наличие внешней и внутренней атрофии (борозды коры головного мозга и расширение боковых желудочков); были проверены размеры желудочков головного мозга в нужных срезах, а также была подсчитана относительная величина желудочков головного мозга; прежний индекс ветви и индекс боковых ветвей ствола.

В третьей главе «Сравнительная клиническая характеристика заболевания у мужчин и женщин с дисциркуляторной энцефалопатией»

Сравнительный анализ основных субъективных симптомов и синдромов, возникновение субъективных симптомов у мужчин и женщин с ДЭ (абс., %) диаграмма 1.

Субъективные жалобы мужчин и у женщин



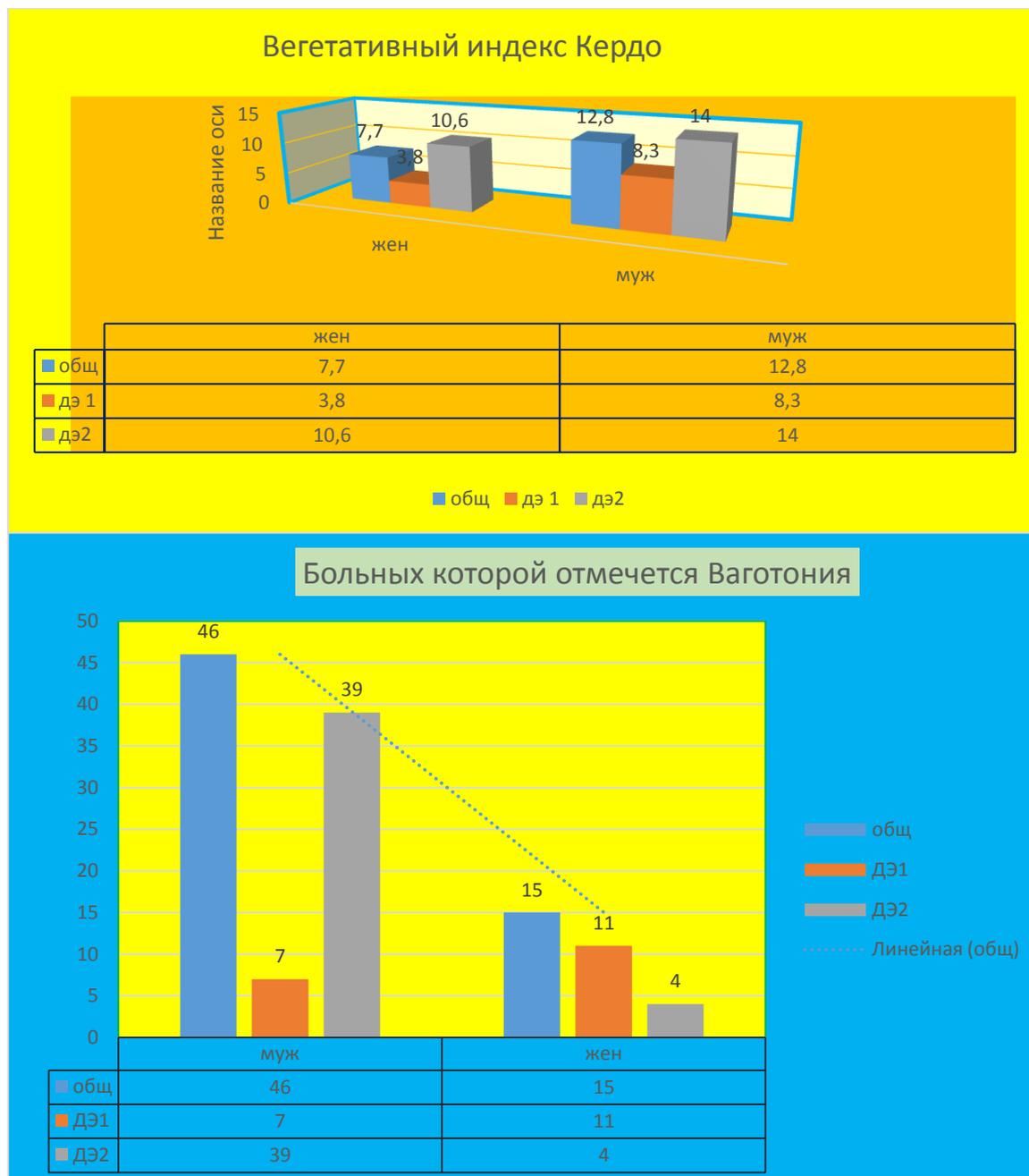
Примечание. На данной и следующих таблицах и рисунках: - разница I и II стадии ДЭ (* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$).

Основываясь на приведенных сведениях диаграммы 1, у обследованных с ДЭ пациентов среди жалоб большое место занимают такие, как головная боль, головокружение, шум в голове и ушах, неустойчивость при ходьбе, снижение памяти и внимания, оказывающие отрицательное воздействие на их самочувствие и деятельность.

Они страдают астенией (высокая утомляемость), вегетативными расстройствами (реагируют на погоду, плохо себя чувствуют в душных, непроветриваемых помещениях) и нарушениями сна. При проведении сравнительного анализа выявленных жалоб между мужчинами и женщинами с ДЭ было найдено отличие, связанное с полом, имеющее определенное статистическое значение.

Согласно результатам оценки изменения степени и направления вегетативного тонуса в сердечно-сосудистой системе по индексу Кердо у мужчин с ДЭ как на 1-й, так и 2-й стадиях заболевания, в дневное время повышается парасимпатический тонус, а у женщин активизируется симпатический тонус, у последних это связано с переживаниями или с тревожно-депрессивными нарушениями. По мере развития заболевания у женщин повышается симпатический тонус, а у мужчин — парасимпатический.

Значение индекса Кердо и определение частоты изменений вегетативного тонуса в сердечно-кровеносной системе мужчин и женщин с ДЭ (абс., %, $M \pm m$). Диаграмма 2—3.]



Сравнительный диагноз статико-локомоторных нарушений и выход из строя чувствительной моторики. У пациентов с ДЭ на 1-й стадии по шкале М.Е. Tinetti были выявлены легкие статико-локомоторные нарушения без определенной гендерной разницы. На 2-й стадии в отличие от 1-й стадии равновесие и нарушения при ходьбе в значительной степени увеличились, здесь устойчивость, ходьба и общий балл шкалы у мужчин был значительно выше по сравнению с женщинами, из этого следует такой вывод, что у пациентов женского пола статико-локомоторные нарушения проявляются более явно.

Однако, метод, создающий условия для оценивания по бальной системе нарушений двигательной координации и чувствительной моторики у пациентов с ДЭ, а именно при обследовании способом M.V.Denkla (1985), была выявлена большая разница между мужчинами и женщинами, данные задачи по равновесию и ходьбе и на 1-й стадии, и на 2-й стадии заболевания женщины выполняли значительно хуже мужчин. Помимо этого, во время выполнения движений наблюдались ошибки и дополнительные движения руками или падения.

Результаты проверки чувствительной моторики у мужчин и женщин с ДЭ методом M.V.Denkla (абс., %, M±m) диаграмма 4.

Задание	dextra		sinistra	
	Женщины (n=142)	Мужчины (n=96)	Женщины (n=142)	Мужчины (n=96)
1. Постукивания носком стопы: -число пациентов с избыточными движениями - время выполнения, сек	86-59,7 16,2±0,2	26-28,1** 13,8±0,2**	92-64,4 16,9±0,2	31-36,3** 16,1±0,1**
2. Хлопки ладонью по колену: -число пациентов с избыточными движениями - время выполнения, сек	22-16,3 16,9±0,3	44-44,8** 18,3±0,2**	24-19,7 14,1±0,1	48-51,0** 19,5±0,2**
3. Последовательные удары указательного пальца кисти о большой палец: -число пациентов с избыточными движениями - время выполнения, сек	63-42,8 15,6±0,2	62-67,6* 17,25±0,3	32-44,4 14,9±0,3	35-72,9** 17,5±0,2**
4. Последовательные удары 2-5 пальцев кисти о большой палец: -число пациентов с избыточными движениями - время выполнения, сек	65-45,4 14,1±0,2	72-78,9** 18,5±0,2**	76-55,8 16,1±0,1	40-83,3** 18,11±0,2**

Примечание. Здесь и в последующих таблицах и рисунках: * - различия при выполнении проб справа и слева ($p < 0,05$; ** $p < 0,01$ *)

Сравнительное оценивание когнитивных нарушений.

В когнитивной сфере было обследовано 88 пациентов с ДЭ (средний возраст 63,9±1,5): 36 мужчин (средний возраст 64,9±1,5) и 52 женщины (средний возраст 62,9±1,5). Обследованы 29 пациентов с ДЭ на 1-й стадии (7 мужчин и 22 женщины), на 2-й стадии ДЭ — 59 (29 мужчин и 30 женщин). Общая оценка когнитивной сферы была проведена по совокупности баллов краткой шкалы оценивания психического статуса (КШОПС) (Mini Mental State Examination – MMSE). У обследованных пациентов полученные результаты (КШОПС не ниже 24 баллов) показали отсутствие уровня деменции. У мужчин и женщин с ДЭ приведены показатели, характеризующие общую тяжесть когнитивных

нарушений (КН). На данном рисунке видно, что на 1-й стадии ДЭ по совокупному баллу КШОПС можно сказать, что проявления когнитивных нарушений (КН) у мужчин и женщин были одинаковыми, в то время как на 2-й стадии ДЭ эти показатели со статистической точки зрения у мужчин по сравнению с женщинами оказались существенно высокими. Сравнивая ДЭ 2-й стадии с 1-й, проявления КН по совокупному баллу КШОПС и у мужчин, и у женщин были существенно высокими.

Проверка внимания и связной речи. Результаты показателей внимания и красноречия, выявленные путем эксперимента (испытания) Шульте, субтеста «связная речь» и вербальных ассоциативных тестов, представлены в таблице.

Таблица 2.

Нейропсихологический тест	Группы обследованных					
	ДЭ в целом (n=298)		ДЭ I ст (n=98)		ДЭ II ст (n=200)	
	Эркак n=119	Аёл n=179	эркак n=23	Эркак n=75	Аёл n=97	эркак n=103
Проба Шульте сек.	57,8±1,1	52,8±1,0**	51,7±2,3	50,1±1,61	58,2±1,1	53,8±1,2*
БТЛД. Субтести. "беглость речи".баллы	1,8±0,1	1,7±0,1	1,8±0,4	1,7±0,21	1,8±0,1	1,8±0,1
Литеральные ассоциация число слов за1мин.	12,8±0,4	13,2±0,2	14,8±0,7	13,7±0,42	12,5±0,5	12,6±0,5
Категориальный Ассоциации число слов за1мин.	15,6±0,4	15,7±0,3	16,6±0,5	16,3±0,34	15,3±0,4	15,4±0,5

Показатели внимания и связной речи у мужчин и женщин с ДЭ (M±m).

Согласно таблице, время проведения эксперимента Шульте у мужчин выше, чем у женщин. При проведении испытания Шульте среди пациентов с ДЭ 2-й стадии и мужчины, и женщины получили неудовлетворительные результаты, в таком случае по мере развития цереброваскулярной недостаточности у пациентов снижается скорость реакции и способность концентрации внимания. У пациентов, прошедших проверку субтеста «связная речь», литеральных и категориальных вербальных ассоциаций, показатели были низкими, однако, можно сказать, что не наблюдалось никакой разницы между мужчинами и женщинами.

Проверка памяти. Были использованы субтест КШОПС «Память» (вспомнить 3 слова) и тест «5 слов». Согласно сведениям таблицы, по субтесту КШОПС «Память» средний балл у мужчин в значительной степени был низким, особенно на 2-й стадии ДЭ, однако, как у мужчин, так и у женщин, при

переходе с 1-й стадии на 2-ую, он снизился со статистической точки зрения. При проведении теста «5 слов» непосредственно даже при запоздалом ответе (после интерферированной задачи) мужчины с ДЭ 1-й и 2-й стадиями по сравнению с женщинами сказали меньше слов. По мере развития болезни результаты теста тоже ухудшались. В тесте «5 слов» при семантической подсказке показатели запоздалых ответов изменялись в положительную сторону.

Таблица 3. Показатели памяти у мужчин и женщин ($M \pm m$).

Нейропсихологический тест	Группы обследованных					
	ДЭ в целом (n =298)		ДЭ I стадии (n =98)		ДЭ II стадии (n =200)	
	м (n =119)	ж (n =179)	м (n=23)	ж (n=75)	м (n=29)	ж (n=30)
КШОПС субтест «память»	1,9±0,1	2,5±0,1**	2,7±0,2	2,7±0,1	1,7±0,1 ^о	2,3±0,1**
Тест 5 слов						
-Непосредственное воспроизведение:	3,7±0,1	4,4±0,1**	4,9±0,3	4,6±0,1*	3,6±0,2	4,2±0,2**
- Отсроченное воспроизведение (после интерферирующего задания):	3,3±0,2	4,0±0,1**	3,1±0,3	4,3±0,2**	3,3±0,2	3,8±0,2*
Суммарный балл:	6,9±0,3	8,5±0,2**	7,1±0,6	9,2±0,2*	6,9±0,3	8,0±0,3*

Проверка зрительной, пространственной деятельности. Нарушения зрительно-пространственной деятельности (тест по рисованию часов) по сравнению с мужчинами у женщин проявились очевиднее, особенно, на 2-й стадии заболевания. Результаты проведенного нейропсихологического теста у пациентов с ДЭ были сравнены с современными показателями додементных нарушений, в структуре когнитивных нарушений у мужчин в превосходстве оказались когнитивные нарушения средней тяжести (УКН), а у женщин — когнитивные нарушения легкой степени (ЛКН). На 2-й стадии ДЭ в отличие от 1-й, среди пациентов с УКН увеличились у мужчин по сравнению с женщинами. Таким образом, согласно результатам нейропсихологического теста, мужчины с ДЭ при прохождении теста на внимание и вербальную память по сравнению с женщинами показали низкие результаты, а женщины отличались от мужчин неудовлетворительными показателями зрительно-пространственной деятельности. Кроме этого, у мужчин было выявлено больше УКН по сравнению с женщинами. Согласно сведениям других факторов, сосудистая деменция у мужчин встречается чаще, чем у женщин, особенно у пациентов до 75 лет. Возможно, такая закономерность характерна и для додементных форм когнитивных нарушений и в основном для синдрома слабых когнитивных изменений. Это может быть объяснено тем, что мужчины

обращаются к врачу позже, а именно, когда когнитивные нарушения приводят к ухудшению качества жизни. У представителей разных полов с ДЭ характерное различие КН может быть связано с исходными особенностями морфофункциональных формирований в головном мозге, исходя из этого, мужчины издавна превосходили в зрительно-пространственной деятельности женщин, а женщины обладают определенным преимуществом в речи и вербальной памяти. У мужчин с ДЭ наряду с явно выявленными КН, обладающими низкой вербальной памятью и вниманием по сравнению с женщинами, в основном это связано с внутренней церебральной атрофией, охватывающей левое полушарие (речь) и очаговые ишемические изменения вещества головного мозга. Наряду с когнитивными и статико-локомоторными нарушениями, составляющими основу клинической картины ДЭ, у пациентов также проявляются и развиваются изменения в эмоциональной сфере, особенно явно проявляются такие нарушения, как астенические и тревожно-депрессивные. Обследованные пациенты с ДЭ по шкале MFI-20 были проанализированы по разделам «мотивация, а именно снижение способности обосновывать», «психическая астения», «снижение активности», «физическая астения» и «общая астения». У женщин с ДЭ больше наблюдалось снижение мотивации по сравнению с мужчинами и на 1-й, и на 2-й стадиях заболевания. У мужчин на ранней стадии ДЭ были выявлены снижение активности и физическая астения.

Степень астении у мужчин и женщин с ДЭ по шкале MFI-20 (в баллах, М±м). Таблица 6.

Пункт шкалы MFI-20	Группы обследованных					
	ДЭ общ (n=298)		ДЭ I ст. (n=98)		ДЭ II ст. (n=200)	
	м (n=119)	ж (n=179)	м (n=23)	Ж (n=75)	м (n=97)	Ж (n=103)
<i>Снижение мотивации</i>	12,4±0,4	15,2±0,4* *	10,4±0,5	13,3±0,5* *	12,9±0,4	16,5±0,5* *
<i>Психическая астения</i>	13,8±0,4	15,4±0,4* *	13,0±0,7	13,8±0,5	14,0±0,4	16,6±0,6* *
<i>Пониженна я активность</i>	14,3±0,4	14,9±0,5	13,3±0,8	12,7±0,6	14,6±0,5	16,5±0,5* *
<i>Физическая астения</i>	16,1±0,5	14,7±0,5* *	11,7±0,7	13,7±0,8	17,2±0,5	15,4±0,5* *
<i>Общая астения</i>	14,1±0,5	15,4±0,4* *	10,9±0,3	13,3±0,5* *	14,8±0,5	16,9±0,5* *

Таким образом, большинство обследованных пациентов с ДЭ характеризуются наличием астенических нарушений с определенной гендерной разницей. Появление этих нарушений связывают с дисфункцией мозговых структур, расположенных в средних областях на соседней территории кровообращения в каротидных и вертебробазилярных бассейнах. Поэтому при хронической мозговой гипоперфузии, в первую очередь, тоже страдают эти отделы, что играет важную роль в негативном влиянии на физическую и психическую деятельность человека. У женщин с ДЭ 2-й стадии в отличие от пациентов-мужчин выявлена корреляция показателей общей и психической астении как указано индексом уровня депрессии и полиморбидности ПИ ($r=0,31$ и $r=0,35$), это, в свою очередь, указывает на большую роль депрессивных нарушений и соматических патологий в их астенизации.

Диаграмма 5. Уровень тревожности у мужчин и женщин с ДЭ (в баллах, $M \pm m$).



На ранних стадиях ДЭ статистически значимый высокий уровень тревожности, связанный с реактивностью и личностью, больше встречается у женщин, а у мужчин чаще наблюдается средний уровень тревожности.

Частота проявления «субсиндромальной депрессии» у мужчин с ДЭ по сравнению с женщинами немного выше, а клиническая манифестная депрессия проявлялась у женщин с ДЭ в сравнении с такими же показателями у мужчин, превысив их в 3 раза. При переходе заболевания с 1-й стадии на 2-ую частота определения клинической манифестной депрессии у женщин увеличивается в 4 раза, в то время как у мужчин сохраняется на одном уровне.

Диаграмма 6—7. Пациенты с когнитивными нарушениями, Сандра Бэм

Сандра Бэм опросник для больных с КН

	Эркаклар (n=119)			Аёллар (n=179)		
	Маскулин	феминин	андрогинин	маскулин	феминин	андрогинин
Память	11,1	86*	2,8	66,6*	14,5	8,4
Праксис	9,7	86	1,4	72,9	16,7	6,3*
Управляющие функции	2,8	13,8	1,4	25	42*	2,4
Восприятие	11,1	86	2,8	72,9	16,7	10,4
Речь	8,3	72,2	2,8	58,3	12,5	6,3*

При обследовании мужчин-пациентов с КН по Сандре Бэм было выявлено в значительной степени повышение феминных признаков по сравнению с маскулинными и андрогенными, а это, в свою очередь, демонстрирует также связь с наблюдаемым у мужчин и женщин гормональным дисбалансом. У женщин с КН было выявлено в значительной степени повышение маскулинных признаков по сравнению с феминными и андрогенными. Наряду с повышением когнитивных признаков в свою очередь повышаются и культурно-социальные факторы пациента, у мужчин — феминные, то есть отсутствие общения с кем-либо, пребывание в одиночку в одной комнате, наличие обидчивости без видимой на то причины, а у женщин наблюдаются такие признаки, как повышение тона голоса при разговоре, они громко кричат, считают себя, имеющей право на все, у них заметна склонность к скандалам и спорам.

Диаграмма 8. Опросник SF-36 у пациентов с КН (в баллах, М±м)

Качество жизни для больных с КН (SF -36)

	ЛКН		УКН		норма
	эракк	аёл	эракк	аёл	
PF	51,07±0,67	48,9±0,55	38,9±0,38	41,2±1,32	100
RP	39,54±0,52	28,5±0,35	16,8±0,16	19,1±0,61	100
BP	48,84±0,64	40,3±0,46	31,9±0,31	33,6±1,08	100
GH	45,86±0,6	38,9±0,44	26,5±0,26	27,5±0,88	100
VT	48,72±0,62	41,7±0,47	35,2±0,35	39,3±1,26	100
SF	41,86±0,55	35,3±0,4	36,3±0,36	38,9±1,24	100
RE	40,61±0,53	38,4±0,45	27,5±0,28	28,9±0,93	100
MH	55,43±0,73	48,7±0,54	40,6±0,41	42,7±1,37	100

При проведении опросника на нижеследующей диаграмме SF-36 видно, что показатели качества жизни у пациентов со средними когнитивными нарушениями (УКН) по сравнению с пациентами с легкими когнитивными нарушениями (ЛКН) снижаются, но следует отметить, что у пациентов-женщин с ЛКН, у пациентов-мужчин с УКН наблюдалось значительное уменьшение этих показателей. Полученные результаты показывают, что у женщин с ЛКН показатели качества жизни снижаются, а затем появляются другие признаки, а именно целый ряд соматических недостатков, которыми увлекаются пациенты, не обращая должного внимания неврологическим симптомам, с которых начинается заболевание, а у мужчин наоборот, они так заняты работой, что во время ЛКН принимают эти симптомы за временные и не придают им должного значения. По мере прогрессирования заболевания и в самом его разгаре эти симптомы проявляются более четко, что заставляет тревожиться больного.

Диаграмма 9—10. Результаты показателей УТДС и ТКДС у пациентов с КН (в баллах, М±м)

УЗДГ показатели

показатели	обследуемых			
	ДЭ I ст		ДЭ II ст	
	М (n=4)	Ж (n=11)	М (n=23)	Ж (n=27)
ВСА	1.15±0.03	0.93±0.02	1.2±0.03	1.02±0.02
ОСА	26.5±2,4	26.9±1.8	24.5±1,2	25.1±1,2
Высокий систолик дав	87.8±5.2	89.1±4.7	83.7±2.1	84.9±1,0
НИЗКИЙ диастолик дав	27.2±2.6	28.2±1.8	25.5±1.2	26.7±0,9
ВСА (s)	24,4±2,0	25,2±1,8	26,6±2,4	27,0±2,8
(d)	27,5±1,4	27,6±1,2*	28,9±1,3	29,5±1,1*
CO(s)	19,2±2,0	20,1±2,0	19,1±1,9	19,9±1,9*
(d)	19,1±2,0*	19,8±2,1	19,6±2,1	20,4±1,9
TAMX(s)	53,7±5,0*	54,3±2,4	47,7±1,1	48,1±1,0
-(d)	51,3±3,9	52,9±2,4	43,5±1,2	44,1±1,2
P1(s)	1,07±0,05	1,06±0,03	1,09±0,02	1,08±0,02
-(d)	1,06±0,05	1,05±0,03	1,1 ±0,02	1,09±0,02
R(s)	0,59±0,02	0,6±0,01	0,66±0,01	0,65±0,01
-(d)	0,61±0,02**	0,62±0,01	0,67±0,01**	0,68±0,01

Транскраниальный дуплексный сканирование

показатели	обследуемых			
	ДЭ I ст		ДЭ II ст	
	М (n=4)	Ж (n=11)	М (n=23)	Ж (n=27)
-в	40,4±4,5	42,6±2,3	33,5±1,1*	32,6±1,0*
-Б	80,8±3,4	83,1±2,6	65,8±1,5**	66,4±1,4**
Олек -Э	36,9±4,7	37,0±2,2	26,9±1,0*	27,2±1,0*
-Б	34,8±3,8	35,1±2,0	23,9±0,8**	24,3±0,9*
Млск	42,4±4,7	44,2±2,3	36,9±0,9*	36,7±0,9*
-в	40,4±4,5	42,6±2,3	33,5±1,1*	32,6±1,0*
TAMX -Э	53,7±5,0	54,3±2,4	47,7±1,1*	48,1±1,0*
-8	51,3±3,9	52,9±2,4	43,5±1,2**	44,1±1,2**
P1 – Бзад.мозг арт	1,07±0,05*	1,06±0,03*	1,09±0,02*	1,08±0,02*
-8	1,06±0,05*	1,05±0,03**	1,1 ±0,02**	1,09±0,02*
1Я -Э	0,59±0,02*	0,6±0,01*	0,66±0,01**	0,65±0,01**
	0,61±0,02*	0,62±0,01*	0,67±0,01**	0,68±0,01**

В главных магистральных артериях, не препятствующих кровотоку, гипохогенные малые гомогенные атеросклеротические (АТ) бляшки внутренней сонной артерии (ВСА) со статистической точки зрения в

значительной степени чаще встречаются у женщин, гетерогенные АТ-бляшки, вызывающие стеноз (в диаметре от 40% до 70%), незначимый с точки зрения гемодинамики в главных магистральных артериях, были в преимуществе у мужчин. Объединенные ВСА и артерия позвоночника (АП), приводящие к гемодинамически незначимому стенозу (диаметром <70%), который был выявлен у 33,3% мужчин и 7,9% женщин, а гемодинамически значимый стеноз ВСА (диаметром >70%) наблюдался у 11,1% мужчин и 2,6% женщин, согласно этим сведениям, в основном у мужчин на ранней стадии ДЭ явно проявлялись структурные изменения стенок сосудов в экстракраниальных отделах главных магистральных артерий (ГМА). Таким образом, согласно сведениям дуплексного сканера (ДС) экстракраниальных сосудов, изменение конкретных структур и стенозирующих стенок магистральных сосудов головного мозга (стенка сосуда от 40% до 70%), в основном в состоянии соединения, в большинстве случаев превалирует у мужской половины пациентов на ранней стадии ДЭ. У обследованных пациентов на ДС выявленные церебральные сосуды показали снижение кровотока экстракраниальных областей артерий головного мозга (АГМ) и средней мозговой артерии (СМА), а также повышение цереброваскулярного тонуса.

Диаграмма10.

Показатели	МРТ показатели					
	ДЭ общ (n=66)		Обс. ДЭ I ст (n=16)		ДЭ II ст (n=50)	
	М (n=28)	Ж (n=38)	М (n=5)	Ж (n=11)	М (n=24)	Ж (n=26)
индекс периферич. долов боковых жстудочков	28,4±0,1	28,1±0,9*	27,4±0,3	26,8±0,2	29,7±0,1*	28,8±0,2**
Индекс инт. боковых жстудочков:	36,8±0,6	33,9±0,8*	33,1±2,7	33,6±1,5	36,4±0,7*	33,5±0,9*
дсх:						
Sinis	39,8±0,8	33,7±0,8*	34,6±2,7	31,5±1,6	38,6±1,2	34,8±0,9**
Периферич. долов боковых жстудочков:						
- Dex	6,3±0,1	5,8±0,1**	6,1±0,1	5,8±0,1	6,1±0,1	5,8±0,1**
Sinis	6,5±0,1**	5,8±0,2**	6,1±0,1	5,8±0,1	6,5±0,1**	6,1±0,1**
Гете боковых жстудочков:						
- Dex	9,3±0,1	8,9±0,2**	8,9±0,6	8,6±0,2	9,4±0,1*	8,8±0,2*,°
- sinis	9,7±0,1**	8,7±0,2**	9,3±0,2	8,6±0,3	9,8±0,1**	8,9±0,2**
III ventriculi	4,0±0,03	3,8±0,03	3,8±0,1	3,8±0,1	4,1±0,03	3,8±0,03
IV ventriculi	1,1±0,06	1,0±0,05	1,0±0,05	1,0±0,04	1,1±0,04	1,0±0,02

По локализации различают перивентрикулярный и субкортикальный лейкоареоз (ЛА). У всех обследованных пациентов с ДЭ наблюдался перивентрикулярный ЛА; субкортикальный же ЛА наблюдался у 76,9% женщин и 85,7% мужчин (p>0,05). При ЛКН заболевания наблюдались прерывистая линия, при УКН — пятнистая, отчасти слипшийся друг к другу субкортикальный ЛА. Передний ЛА (передние ветви и передние отделы

боковых желудочков ствола) наблюдался у 50,0% мужчин и 35,9% женщин, задний ЛА (вокруг задних ветвей) — в соответствующем состоянии 28,6% и 43,6%, в основном расположенный в области лба субкортикальный ЛА 57,1% и 35,9% ($p > 0,05$). Во всех локализациях средний балл перивентрикулярного ЛА со статистической стороны у женщин по сравнению с мужчинами выше ($p < 0,05$) и увеличен у представителей двух полов с заболеваниями ЛКН и УКН.

ВЫВОДЫ

- Разница в субъективных и объективных признаках у пациентов с ДЭ между мужчинами и женщинами отличается преобладанием у женщин различных эмоциональных и вегетативных жалоб по сравнению с мужчинами.
- У мужчин и женщин с ДЭ локомоторная функция в сфере действий у мужчин сохраняется, они сполна и быстро выполняли последовательность движений в эксперименте, а женщины в отличие от мужчин лучше справились с выполнением действий тонкой (чувствительной) моторики обеих рук.
- У мужчин доминировала тонкая моторика, у женщин статико-локомоторные нарушения.
- При проведении теста на внимание и вербальную память мужчины с ДЭ продемонстрировали низкие результаты по сравнению с женщинами, а женщины отличились от мужчин плохими показателями зрительно-пространственной деятельности.
- У представителей разных полов с ДЭ характерное различие КН может быть связано с исходными особенностями морфофункциональных формирований в головном мозге, исходя из этого, мужчины издавна превосходили женщин в зрительно-пространственной деятельности, а женщины обладают определенным преимуществом в речи и вербальной памяти.
- Принимая во внимание половое различие, у пациентов-мужчин когнитивные нарушения характеризуются проявлением сильно выраженной маскулинностью или слабо развитой феминностью, а у женщин — признаками сильно выраженной маскулинности и слабо развитой феминностью.

**SCIENTIFIC COUNCIL ON AWARD OF SCIENTIFIC DEGREE
OF DOCTOR OF SCIENCES 27.06.2017.Tib.31.01 at
TASHKENT INSTITUTE OF POSTGRADUATE
MEDICAL EDUCATION**

TASHKENT INSTITUTE OF POSTGRADUATE MEDICAL EDUCATION

RAXMATOVA SANOBAR NIZAMOVNA

**Features and dynamics of cognitive disorders of
vascular genesis in the aspect of sexual dimorphism**

14.00. 13 - Neurology

**ABSTRACT OF DISSERTATION OF DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD)
ON MEDICAL SCIENCES**

TASHKENT – 2019

The theme of doctoral (PhD) dissertation was registered by the Supreme Attestation Commission of the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan under №B2017.3.PhD/Tib 400.

The doctoral (PhD) dissertation was carried out at Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education

The abstract of the dissertation was posted in three (Uzbek, Russian, English (resume)) languages on the website of the Scientific Council at www.tipme.uz and on the website of «ZiyoNet» Information and Educational Portal at www.ziynet.uz.

Scientific consultant: Aliqulova Nigora Aduqadirovna
Doctor of Medicine, Professor

Official opponents: Mirjuraev Elbek Mirshavkatovich
Doctor of Medicine, Professor

Sadikova Gulchehra Kabulovna
Doctor of Medicine, Professor

Leading organization: Samarkand National Medical University

The defense of the doctoral dissertation will be held on «___» _____ 2019, at _____ at the meeting of the Scientific Council No.DSc.27.06.2017.Tib.31.01 at Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education (Address: 51 Parkent str., Mirzo Ulugbek district, 100007 Tashkent. Tel./fax: (+99871) 268-17-44, e-mail: info@tipme.uz).

The doctoral dissertation can be looked through in the Information Resource Centre of Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education (registered under No.____). Address: 51 Parkent str., Mirzo Ulugbek district, 100007 Tashkent. Tel./fax: (+99871) 268-17-44.

The abstract of the dissertation was distributed on «___» _____ 2019.

(Registry record No. _____ dated «___» _____ 2019)

Kh.A. Akilov

Chairman of the Scientific Council on Award of Scientific Degrees, Doctor of Medicine, Professor

N.N. Ubaydullaeva

Scientific Secretary of the Scientific Council on Award of Scientific Degrees, Doctor of Medicine, Associate Professor

B.G. Gafurov

Chairman of the Scientific Seminar of the Scientific Council on Award of Scientific Degrees, Doctor of Medicine, Professor

INTRODUCTION (abstract of the PhD dissertation)

To the doctoral dissertation of Rakhmatova S.N., the Assistant at the neurology department of the Bukhara Medical Institute, titled **“Features and dynamics of cognitive disorders of vascular genesis in the aspect of sexual dimorphism”**, by specialty 14.00.13 – nervous diseases.

Topicality of the issue

Cerebrovascular diseases (CD), including cerebral stroke and chronic cerebral ischemia (dyscirculatory encephalopathy) are one of major causes of morbidity, mortality and incapacitating in the population. According to the WHO, more than 15 bn cases of stroke are registered in the world annually and in 30% of cases the patients die within a year and over 80% go invalid.

Statistical data show that the growth in number of vascular diseases of the cerebrum occurs due to increase of prevalence of dyscirculatory encephalopathies (DE). According to Madjidov N.M (2000), Gafurov B.G. (2009) and others, in Uzbekistan the number of patients suffering with chronic forms of CD amounts to 550-600 thousand.

Such a situation, on one hand, might be conditioned with the growth of cardiovascular diseases – arterial hypertension, atherosclerosis and their combinations – that are the basic reasons for development of DE. On the other hand, DE is diagnosed not only by neurologists, but also by therapists, cardiologists, GPs without consideration of diagnosing criteria.

DE is a slowly progressing insufficiency of cerebral blood supply leading to development of multiple small-focal necroses of cerebral tissue which conditions the increasing cerebral dysfunctioning. Generally cerebral stroke is developed against the background of ongoing DE, i.e. it is a certain stage of cerebrovascular disease; this is why active finding of such patients, especially at early stages of the disease, is a very important area in prophylaxis of cerebral stroke.

Cognitive disorders in DE, in the form of memory, intellect and concentration ability impairment are characterised with progressive disease course reaching at the last stages the level of dementia. Dementia may be characterised as a combination of expressed impairment of cognitive functions and personality changes accompanied with worsening of social and everyday-life adaptation. This circumstance makes for the necessity of early diagnosing of cognitive impairments which makes it possible to take timely preventive measures intended for prevention or slowing down of social adaptation.

The issue of dyscirculatory encephalopathy, in terms of etiologic moment and clinical polymorphism, is enlightened quite good. It should be noted, however, that there are differences in the course and clinical manifestation of DE in terms of age and gender related aspects, which is not given an appropriate attention in practice.

Despite the fact that various aspects of general disease manifestations are studied, the data about clinical and pathogenetic features of DE in males and females are few and contradictory. In the meanwhile the assessment of clinical picture and disease

course in patients of different sexes allows for perfecting of the diagnostics and planning of differentiated treatment approach.

Research goal: to study the features and dynamics of cognitive disorders in patients with chronic cerebral ischemia in the aspect of sexual dimorphism, and to work out the differentiated approaches to prophylaxis and treatment.

Objectives of our research were as to follow:

1. To carry out an epidemiological investigation of rate and prevalence of DE within the population of Bukhara region.
2. To analyze the clinical-neurological features of DE and their dynamics, with sex-related differences taken into consideration.
3. To analyze the particularities of cognitive disorders and their dynamics with sex-related differences taken into consideration.
4. To analyze the role of main etiologic factors (atherosclerosis of blood vessels, hypertension, pancreatic diabetes) in development of DE in males and females.
5. To study the neuromorphologic features of the cerebrum in various degrees of DE severity in males and females.
6. To study in a comparative way the effect of changes of hormonal state on the prevalence and severity of DE in males and females.
7. To work out the differentiated approaches to prophylaxis and treatment based on sex-related differences.

Academic novelty:

In the paper it is studied and defined for the first time the quantitative-qualitative differences of cognitive disorders, with consideration of sexual dimorphism.

Theoretical and practical importance:

As the result of the carried out research the data will be obtained about particularities of neurologic, cognitive, and psycho-emotional disorders in male and female patients in DE. The obtained results will allow for estimation of the role of pathogenetic mechanisms in development of the revealed differences. All those data will help to apply a more differentiated approach to restorative treatment and prophylaxis of DE in male and female patients.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; Part I)

- 1 Рахматова С.Н., Ходжаева Д.Т., Хайдарова Д.К. Особенности клиники и течения неврологических синдромов у мужчин и у женщин, страдающих дисциркуляторной энцефалопатией // Клиническая неврология-Санкт-Петербург.2013.С-239-241.(14.00.00;24.12.2009;№100)
- 2 .Рахматова С.Н., Б.Г.Гафуров., Клинические особенности дисциркуляторной энцефалопатии у лиц мужского и женского пола. // Неврология.-Ташкент, 2011. № 4. С.- 2-4.(14.00.00;№4)
- 3 РахматоваС.Н., Б.Г.Гафуров., Н.А.Аликулова., Ж.А.Назарова Корреляции между когнитивными и локомоторными нарушениями у мужчин и женщин при хронической церебральной ишемии.// Неврология.-Ташкент, 2018.№4 С- 10-12. (14.00.00; № 4)
- 4 Raxmatova S.N., Gafurov B.G., Aliqulova N.A. Correlations between cognitive and locomotors disorders in men and women with chronic cerebral ischemia. // European Science Review. Volume 2. Medical science. 9-10. 48-51 (14.00.00; №19)
- 5 РахматоваС.Н., Б.Г.Гафуров., Н.А.Аликулова., Когнитив бузилишларнинг эркак ва аёлларда қиёсий баҳоланиши.// Неврология.-Ташкент, 2019г. №3. С 29-31.(14.00.00;№4)

II бўлим (II часть; part II)

6. Рахматова С.Н., Структура когнитивных нарушений у амбулаторных пациентов с артериальной гипертензией без инсульта и транзиторных ишемических атак в анамнези. // Медицинская наука: Достижения и перспективы.№ 4.2015г.стр.79-82.
7. Рахматова С.Н.,Пулатов С.С.,Ахророва Ш.Б. Клинические особенности геморрагического инсульта пожилom возраста.// Самарканд. Проблемы биологии и медицины.№2(69) 2012г. Стр-79-81.
8. Рахматова С.Н., Встречаемость депрессии в первичном звене здравоохранения. Истина побеждает. 67-международной (Всероссийской) итоговой научной студенческой конференции Южно-Уральского государственного медицинского университета с международным участием. 2013г (№4) стр- 45-46.
9. Рахматова С.Н.,Рузиев Ш.С. Гендер особенности расстройств корковых функций. // Психоэмоциональные нарушения во врачебной практике: Диагностика, Клиника лечение и профилактика. 2013год. 19 декабрь. Новосибирск 2013. С- 123-125.

- 10.Рахматова С.Н., Особенности клиники и течения дисциркуляторной энцефалопатии у мужчин и женщин. // Психическое здоровье. Научно-практический журнал. 2014 №3 С-14-15.
- 11.Рахматова С.Н., Особенности когнитивного дефицита у больных с хронической ишемией мозга в зависимости от пола. //Электронный инновационный вестник. Международный периодический журнал научных трудов.
- 12.Rahmatova S.N., Gafurov B.G., Aliqulova N.A. Correlation between cognitive and locomotor Abnormalities in males and females in chronic Cerebral ischemia XXIII world congress of neurology. 2016. Киотта. XXIII Всемирный конгресс неврологов.
- 13.РахматоваС.Н., Б.Г.Гафуров., Н.А.Аликулова., Ж.А.Назарова Особенности клиники и течения дисциркуляторной энцефалопатии у мужчин и женщин//.Тошкент-2018. Ўқув услубий кулланма (14.00.13)
- 14.РахматоваС.Н., Б.Г.Гафуров., Н.А.Аликулова., Ж.А.Назарова Дисциркулятор энцефалопатияда жинсга боғлиқ когнитив ва эмоционал бузилишларни дифференциал давоси. // Тошкент-2018. Ўқув услубий кулланма.
- 15.РахматоваС.Н., Б.Г.Гафуров., Н.А.Аликулова., Ж.А.Назарова Аёл ва эркекларда дисциркулятор энцефалопатиянинг когнитив бузилишларида клиника патогенетик ва оптимизациялаштирилган давони узига хослиги. // Методик тавсиянома.
- 16.РахматоваС.Н., Б.Г.Гафуров., Н.А.Аликулова., Ж.А.Назарова // Веноз дисциркуляцияси бор беморларда когнитив ва статико-локомотор вазифаларини ўзига хослиги // Тошкент-2018. Ўқув услубий кулланма.
- 17.РахматоваС.Н., Б.Г.Гафуров., Н.А.Аликулова., Ж.А.Назарова Особенности церебральной гемодинамики при хронической ишемии мозга // Тошкент-2019. Ўқув услубий кулланма.
- 18.РахматоваС.Н., Б.Г.Гафуров., Н.А.Аликулова., Ж.А.Назарова Когнитивные нарушения при хронической ишемии мозга с позиции гендерных различий. // Тошкент-2018. Ўқув услубий кулланма.
- 19.РахматоваС.Н., Б.Г.Гафуров., Н.А.Аликулова., Ж.А.Назарова Клинико-патогенетические особенности венозной дисциркуляции у лиц с хронической ишемией мозга .// Тошкент-2019. Ўқув услубий кулланма.

Автореферат «Тошкент» журналі тахририятида тахрирдан ўтказилди (январь
2019 йил).

Босишга рухсат этилди: 26 апрель 2019 йил.
Бичими 60x84 ¹/₁₆, «Times New Roman»
гарнитурда ракамли босма усулида босилди.
Шартли босма табағи 3,2. Адади: 100. Буюртма: №70.

Ўзбекистон
Республикаси ИИВ Академияси,
100197, Тошкент, Интизор кўчаси, 68.
«АКАДЕМИЯ НОШИРЛИК МАРКАЗИ»
Давлат унитар корхонасида чоп этилди.