

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
PhD.04/13.05.2020.Tib.93.02 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

РАХМАТОВА ДИЛБАР ИСМАТИЛЛОЕВНА

**ЮЗ НЕРВИ КОНТРАКТУРАСИ РИВОЖЛАНИШИДА
ТАШХИСЛАШНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТИ, КЛИНИК,
НЕВРОЛОГИК МЕЗОНИ ВА МЕДИКАМЕНТОЗ ДАВОНИ
МУКАММАЛЛАШТИРИШ ЙЎЛЛАРИ**

14.00.13 – Неврология

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

БУХОРО – 2021

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of the doctor of philosophy (PhD)

Рахматова Дилбар Исматиллоевна

Юз нерви контрактураси ривожланишида ташхислашнинг ўзига хос хусусияти, клиник, неврологик мезони ва медикаментоз давони мукамаллаштириш йўллари.....5

Рахматова Дилбар Исматиллоевна

Диагностические особенности, клинико-неврологические критерии развития контрактур лицевого нерва и пути оптимизации медикаментозной терапии24

Rakhmatova Dilbar Ismatilloevna

Diagnostic features, clinical and neurological criteria for the development of facial nerve contractures and ways to optimize drug therapy.....46

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ

List of published works50

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
PhD.04/13.05.2020.Tib.93.02 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

РАХМАТОВА ДИЛБАР ИСМАТИЛЛОЕВНА

**ЮЗ НЕРВИ КОНТРАКТУРАСИ РИВОЖЛАНИШИДА
ТАШХИСЛАШНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТИ, КЛИНИК,
НЕВРОЛОГИК МЕЗОНИ ВА МЕДИКАМЕНТОЗ ДАВОНИ
МУКАММАЛЛАШТИРИШ ЙЎЛЛАРИ**

14.00.13 – Неврология

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

БУХОРО – 2021

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2019.2.PhD/Tib926 рақам билан рўйхатга олинган.

Докторлик диссертация Бухоро давлат тиббиёт институтида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгашнинг веб-саҳифасида (www.bsmi.uz) ва «ZiyoNet» ахборот-таълим порталида (www.ziynet.uz) жойлаштирилган.

Илмий маслаҳатчи

Саноева Матлюба Жаҳонқулловна
тиббиёт фанлари доктори

Расмий оппонентлар

Туруспекова Сауле Глеубергеновна
тиббиёт фанлари доктори
(Қозоғистон Республикаси)

Қиличев Ибадулла Абдуллаевич
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Етакчи ташкилот

Самарқанд давлат тиббиёт институти

Диссертация ҳимояси Бухоро давлат тиббиёт институти ҳузуридаги PhD.04/13.05.2020.Tib.93.02 рақамли Илмий кенгашнинг 20__ йил «__» _____ соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 200118, Бухоро шаҳри, Навоий кўчаси, 1-уй. Тел./факс: (99865) 223-00-50, Веб-сайт: www.bsmi.uz, e-mail: buhme@mail.ru).

Диссертация билан Бухоро давлат тиббиёт институти Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (№__ рақам билан рўйхатга олинган) (Манзил: 200118, Бухоро шаҳри, Навоий кўчаси, 1-уй. Тел./факс: (99865) 223-00-50, Веб-сайт: www.bsmi.uz, e-mail: buhme@mail.ru).

Диссертация автореферати 2021 йил «__» _____ куни тарқатилган.
(2021 йил «__» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси)

Д.Т. Ходжиева

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

С.С. Пўлатов

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

Г.А. Ихтиярова

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

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертация аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти маълумотига кўра, юз нерви невропатияси периферик нерв системаси зарарланиши орасида энг кенг тарқалган касаллик бўлиб 2-ўринни, бош мия нервлари зарарланиши орасида эса биринчи ўринни эгаллайди. Дунёнинг турли мамлакатларида ушбу касаллик 100 минг аҳолига 10-53,3 тагача, жумладан, Европада 20 та, Японияда 30тагача учрайди. Касаллик миқдори эркак ва аёлларда тахминан бир хил намоён бўлади. Исботланишича, «...кўпинча юз нерви невропатиясининг бир томонлама, жуда кам ҳолларда бир вақтнинг ўзида икки томонлама зарарланиши ҳам учраб туради»¹. Амалиёт 100 минг ҳомиладорнинг (Мона Лиза синдроми) 180тасида, ҳамда қандли диабет, артериал гипертензияси мавжуд эркак ва аёлларнинг асосий қисмида юз нерви невропатияси борлигини кўрсатиб, ушбу тоифадаги беморда унинг оғир ва асоратли кечишини изоҳлайди, шу сабабли касалликнинг профилактика ва даволаш усуллари тақомиллаштириш ҳам амалий, ҳам назарий жиҳатдан долзарб ва замон талабига мосдир.

Жаҳонда юз нерви невропатияси ҳамда асоратининг 3-17% гача, Европа ва Осиё давлатларида контрактура ва синкинезиянинг 15-73% гача, идиопатик невропатия (Белл фалажи)нинг 75 % гача кузатилиши, улар орасида 30%ининг асоратланиши ва юз мушакларининг тўлиқ тикланмаслиги муаммонинг долзарблигидан далолат беради. Хусусан, юз нерви невропатияси клиник кечишининг неврологик, нейрофизиологик, нейровизуал хусусиятларини таҳлил қилиш асосида шаклланадиган оғир асоратни олдиндан башоратлаш, мимик мушаклар контрактураси ҳамда юзнинг косметологик нуқсонини қиёсий ташхислаш, ҳаёт сифатининг асосий кўрсаткичлари орқали юзнинг ногиронлик индексини баҳолаш, ташхислаш ва даволаш алгоритми, дифференцирланган ёндашув чораларини белгилаш алоҳида аҳамият касб этади.

Мамлакатимиз аҳолисига кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифатини яхшилаш, шунингдек, аҳоли орасида учрайдиган неврологик касалликларни ташхислаш, даволаш ва олдини олиш сифатини оширишга алоҳида эътибор қаратилмоқда. Бу борада соғлиқни сақлаш тизимини тубдан тақомиллаштириш бўйича «...мамлакатимизда аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдамнинг самарадорлиги, сифати ва оммабоплигини ошириш, шунингдек, тиббий стандартлаштириш тизимини шакллантириш, ташхис қўйиш ва даволашнинг юқори технологик усуллари жорий қилиш, патронаж хизмати ва диспансеризациянинг самарали моделларини яратиш орқали, соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватлаш ва касалликларни профилактика қилиш...»² каби вазифалар белгиланган. Ушбу вазифаларни

¹Aleksandar Kopitovi'c, Filip Katani'c, Sandro Kalember, Svetlana Simi'c, Nina Vico and Slobodan Sekuli'c // Bell's Palsy—Retroauricular Pain Threshold. - Medicina. – 2021. - №57(263). – P. 10

²Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги 5590-сонли «Соғлиқни сақлаш тизимини тубдан тақомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида» ги Фармони.

амалга оширишда, жумладан юз нерви невропатиясининг оғир ва асоратли кечишини олдиндан ташхислаш ва самарали даволаш тартибини такомиллаштириш ҳамда турғун косметологик нуқсон ва бошқа салбий оқибатларга олиб келувчи сабабларни бартараф этиш юзасидан тадқиқотларни амалга ошириш мақсадга мувофиқ.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 12 ноябрдаги ПФ–6110-сонли «Бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасалари фаолиятига мутлақо янги механизмларни жорий қилиш ва соғлиқни сақлаш тизимида олиб борилаётган ислохотлар самарадорлигини янада ошириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Фармони ва 2020 йил 12 ноябрдаги ПҚ-4891-сонли «Тиббий профилактика ишлари самарадорлигини янада ошириш орқали жамоат саломатлигини таъминлашга оид кўшимча чора-тадбирлар тўғрисида»ги Қарорлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳукуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишда ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилган.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги. Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялари ривожланишининг VI. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналиши доирасида бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Cecilia Montalban Maria (2017) тадқиқотларига кўра анъанавий даволаш усулида юз нерви невропатиясининг тикланиш жараёни 40-60%га етади. Ciriello M. et all. (2020) маълумотларида эса кўпол мимик нуқсон кўринишида намоён бўлувчи мимик мушакларининг контрактураси, патологик синкинезия ва дискинезияси каби касаллик асоратлари 30% гача кузатилади. Carla de Sanctis Pecoга et all. (2021)нинг илмий ишларида нерв толасининг абберант регенерацияси натижасида юзага келувчи синкинезиялар давомий прозоплегия билан кечувчи 55,5% беморларда учраб, косметологик нуқсони бўлган ушбуларда жиззакилик, яккаланиш, ўзлигини паст баҳолаш, касаллигига ҳаддан зиёд эътибор, хавотир ва тушкунлик ҳолатлари кузатилади. Grewal D.S. (2018) тадқиқотлари чакка суягидаги Фаллопиев каналининг анатомик торлиги ирсий мойилликка эгалиги ва шу сабабли юз нерви невропатияси асоратларининг ривожланишини таъкидланган. Ушбу тадқиқот 4-6% беморларда самарали тикланиш даво муолажасиз, 16% беморларда ўрта оғир ва оғир кечиши, 80% гача беморларда юз нерви дегенерацияси ҳисобидан салбий ўзгаришлар ва юқори даражда асоратлар пайдо бўлиши башоратланган. Diego L.Toward et all. (2020) юз нерви невропатиясининг оғир шаклларида фалажлик бошланганидан 21 кун оралиғида юз нерви декомпрессиясини амалга оширишни тавсия этади. Zhiwen Cao et all. (2021) касалликни даволашда стероидларнинг самарадорлигини исботлади ва аксинча вирусга қарши дори воситаларининг таъсири йўқлигини таъкидлади.

Костенко Е.В. ва ҳаммуал. маълумотларига кўра (2017) юз нерви невропатиясидаги асоратлар 20,8 дан 32,2% гача етади, ушбу маълумот

Шаров М.Н. (2018) илмий тадқиқотларида ҳам ўз аксини топган. Миндубаева Л.Ж. (2017) фикрича 70% беморда касаллик кечиши ижобий ва 2 ой давомида тўлиқ тикланади. Аксинча, Завалий Л.Б. ва ҳаммуал. (2020) тадқиқотларида касаллик узоқ давом этувчи меҳнатга лаёқатсизлик ва юқори даражали асоратлар билан кечади, улар касаллик қайталаниши (3-11%) ёки мимик мушаклар пост невротик контрактураси (23%) кўринишида намоён бўлади.

Республикамиздаги олимлар Гафуров Б.Г. ва ҳаммуал. (2011) маълумотларига кўра юз нерви невропатиясининг этиологик омили, йўлдош касалликлари, бемор ёши ва касаллик даражасини ҳисобга олмаган ҳолда тавсия этиладиган стероид, дегидратацион дори воситаларини қўллаш кўп ҳолларда касалликнинг давомий кечиши ҳамда асоратлар ривожланишига олиб келади. Ўз навбатида юз нерви невропатияси кечишининг гендер хусусиятлари ва психовегетатив ўзгаришларнинг аёлларда яққол намоён бўлганлиги сабабли касаллик асоратларининг айнан аёлларда кўпроқ учраши исботланган (Ахророва Ш.Б., 2017). Alikulova N.A. et all. (2018) тадқиқотида косметик нуқсон психоэмоционал ўзгаришларни чақириши ва даволашга қийинчиликлар туғдириши таъкидланган. Ўринов М.Б. (2019) илмий ишида маскулин ва феминин типидagi эркак ва аёлларда прозоплегия ва прозопалгиянинг ўзига хос кечиш хусусиятлари кўрсатиб ўтилган.

Гарчи юз нерви невропатияси муаммоси йиллар давомида тадқиқотчилар эътиборини жалб қилган, клиникаси, даволаш усуллари, дифференцирланган ёндашув тамойиллари борасида минглаб янгилик кашф этилган бўлсада, бугунги кунда касаллик ривожланиш патогенези, дифференциал ташхислаш ва асоратларни даволаш муаммолари, касаллик профилактикаси фақат илмий томондан эмас, амалий жиҳатдан ҳам ҳали ҳануз оқсайди. Бундан ташқари юз нерви невропатияси ва унинг асоратланган шаклларида неврологик хусусиятлар, психоэмоционал ўзгаришлар, нейрофизиологик, невровизуал маълумотлар кескин баҳс-мунозараларга сабаб бўлмоқда. Боз устига асоратланган юз нерви невропатиясини ташхислаш ва даволаш алгоритми масаласи ҳозирги кунгача бўшлиқларга лиммо-лим. Санаб ўтилган муаммолар ушбу илмий ишни амалга оширишга сабаб бўлди.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Бухоро давлат тиббиёт институти илмий-тадқиқот ишлари режасига мувофиқ №03.2019.PhD048 «Бухоро ҳудуди иссиқ иқлими шароитида организмнинг патология олди ва патология ҳолатларини эрта ташхислаш, даволаш ва профилактикасига янгича ёндашувларни ишлаб чиқиш» (2017-2021 йй.) мавзуси доирасида бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади юз нерви невропатияси тикланиш босқичларида мимик мушаклар контрактураси ривожланишини ташхислаш хусусиятлари, клиник ва неврологик мезонлари ҳамда медикаментоз даволашни такомиллаштиришдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

юз нерви невропатияси оғир ва асоратланган шакллариининг хавфли омилларини таҳлил қилиш;

юз нерви невропатияси тикланишининг турли босқичларида кузатиладиган клиник-неврологик мезонларни тизимлаш;

беморларда юз нерви невропатияси тикланишининг турли босқичларида мимик мушаклар зарарланиш даражаси, психоэмоционал ҳолат ва ҳаёт сифатининг баъзи кўрсаткичларини аниқлаш;

юз нерви невропатияси тикланишининг турли босқичида асоратлар ривожланиш эҳтимолини олдиндан аниқлаш;

юз нерви невропатияси тикланиш даврида қиёсий даволаш усулини ишлаб чиқиш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида 2015-2020 йиллар давомида Бухоро вилояти кўп тармоқли тиббиёт марказида, Бухоро шаҳридаги «Қахрамон-Рахимжон» хусусий неврологик клиникаси ва «FIZIOMED plus» хусусий клиникаларида касаллик тикланиш давриининг турли босқичлари билан касалланган 163 нафар бемор ва назорат гуруҳига 20 нафар шартли соғлом инсон олинган.

Тадқиқотнинг предмети клиник-неврологик, нейрофизиологик, нейровизуал текширув натижалари ташкил қилган.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқотда клиник-неврологик, нейрофизиологик, нейровизуал ва статистик усуллардан фойдаланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

илк бор юз нерви невропатиясида клиник, нейрофизиологик ва нейровизуал текширув натижаларига асосланган мимик мушаклар контрактураси ривожланишининг патогенетик механизмлари аниқланган;

юз нерви фаолияти тикланишининг турли босқичида асорат (контрактура, синкинезия) чақирувчи хавфли омил ҳамда унинг ривожланишини башоратловчи сабаблар аниқланган;

беморларни узоқ муддатли динамик кузатуви юз нерви невропатияси асоратли кечишида коморбид белгилар ривожланишининг эҳтимоли исботланган;

юз нерви невропатияси оғир ва асоратланган шаклида клиник, психоэмоционал, электронейромиографик натижаларга асосланган янги даволаш усули (Амантадин сульфат ва Леводопа дори воситалари)нинг самарадорлиги исботланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

клиник, нейрофизиологик, нейровизуал кўрсаткичларини қиёслаш асосида мимик мушаклар иккиламчи контрактураси ривожланишининг хусусиятлари аниқланган;

беморларни давомий динамик кузатиш асосида мимик мушаклар иккиламчи контрактураси ривожланишини башоратловчи эрта мезонлари белгиланган;

мавжуд бўлган ташхислаш дастурлари асосида невролог ва умумий амалиёт шифокорлари учун мимик мушаклар иккиламчи контрактурасини эрта ташхислаш ва дифференциал даволаш алгоритми ишлаб чиқилган;

юз нерви невропатияси асоратлари ривожланиш эҳтимолини эрта ташхислаш имконини берувчи комплекс нейрофизиологик ва невровизуал текширув усуллари неврологик илмий-текшириш маркази ҳамда стационар ва амбулатор шароитида фойдаланиш учун таклиф этилган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги. Тадқиқот жараёнида замонавий усул ва ёндашувнинг қўлланилганлиги, назарий маълумотларнинг олинган натижалар билан мос келиши, олиб борилган текширувнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, беморлар сонининг етарлилиги, клиник-неврологик, нейрофизиологик, невровизуал ва статистик тадқиқот усулларига асосланганлиги, ташхислаш ва даволаш тактикасини ҳалқаро ҳамда маҳаллий тажриба билан таққосланганлиги, хулоса, олинган натижанинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқланганлиги билан асосланади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.

Тадқиқот натижаларининг назарий аҳамияти юз нерви невропатияси ва унинг асоратини эрта ташхислашда ишончли прогностик маълумот олишдан ташқари дифференциал терапияни танлаш имконини беради ҳамда беморлар психологик ва жисмоний лаёқатини ошириш, ижтимоий соҳада дезадаптация ва меҳнат қобилиятини тиклаш билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти юз нерви невропатияси асорати ривожланишига мойил бўлган беморларни аниқлаш, касаллик асоратланган шакли ривожланишининг олдини олиш ҳамда унинг эрта даврида реабилитацион-тикловчи чораларини амалга ошириш, шунингдек, юздаги косметологик нуқсон туфайли йўқотилган меҳнатга лаёқатсиз кунларнинг камайиши орқали изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Юз нерви невропатияси клиник-неврологик хусусиятларни ўрганиш ҳамда мимик мушаклар контрактурасини ташхислаш ва даволашда олинган илмий натижалар асосида:

юз нерви невропатиясининг асоратланган шакллари клиник ва инструментал текширувлар бўйича илмий тадқиқотнинг натижалари асосида ишлаб чиқилган “Юз нерви невропатияси асоратланган шакллари ташхислаш алгоритми” номли услубий тавсиянома тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 23.02.2021 йилдаги 8н-р/150-сон маълумотномаси). Тадқиқот натижаси ташхисотни такомиллаштириш, даволаш муддатини қисқартириш ва юз нерви невропатияси асоратларининг олдини олишга имкон берган;

юз нерви невропатиясида мимик мушаклар дисфункциясининг оғирлик даражасини баҳолаш бўйича илмий тадқиқотнинг натижалари асосида ишлаб чиқилган “Юз нерви невропатиясини бирламчи ташхислаш усули” номли услубий тавсиянома тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 23.02.2021 йилдаги 8н-р/151-сон маълумотномаси). Тадқиқот натижаси

аниқликни оширишга, юз нерви невропатиясини қисқа муддатда соғликни сақлашнинг бирламчи тизимида ташхислаш ҳамда даво самарадорлигини ошириш имконини берган;

Ўтказилган тадқиқотлар натижалари Бухоро вилоят тиббий диагностика маркази, Бухоро шаҳридаги 5- ва 1-оилавий поликлиникалар, Бухоро туман 3-оилавий поликлиникаси, Бухоро шаҳридаги “Ситораи Мохи-Хосса” МЧЖ амалиётига жорий этилган (Соғликни сақлаш вазирлигининг 12.03.2021 йилдаги 8н-д/95-сонли хулосаси). Олинган натижаларнинг амалиётга жорий қилиниши юз нерви невропатияси асоратларини ташхислаш, даволаш ва профилактика усулларини такомиллаштириб, даволаш давомийлигини қисқартириш, асоратлар сонини камайишига олиб келган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 5 та илмий-амалий анжуманларда, жумладан 4 та халқаро ва 1 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 31 та илмий иш чоп этилган бўлиб, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижасини чоп этиш тавсия этилган нашрларда 13 та мақола, жумладан, 11таси Республика ва 2 таси хорижий журналларда нашр этилган, 9 та тезис мавжуд ҳамда 1 та ихтиро патенти тавсия этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, 4та боб, хотима, хулоса, амалий тавсия, фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертация ҳажми 120 бетдан иборат.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АССОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати асосланган, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари, текширув объекти ва предметлари аниқланган, Ўзбекистон Республикаси фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён қилинган, олинган натижаларнинг ишончилиги асосланган, уларнинг назарий ва амалий аҳамияти очиб берилган, тадқиқот натижаларини соғликни сақлаш амалиётига жорий этилганлиги, апробация натижаси, нашр қилинган мақола, диссертациянинг тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг биринчи боби **«Юз нерви невропатияси – асоратланган шаклларининг ташхисоти ва давосига замонавий ёндашув (адабиётлар шархи)»** тўрт бўлимдан иборат бўлиб, юз нерви невропатияси (ЮНН) асоратланган шакли этиопатогенезининг назарий жиҳати, замонавий ташхислаш ва даволашга бағишланган тадқиқотлар таҳлили чуқур ёритилган. Адабиётлар шархи орқали сўнгги 10 йилда мавжуд усулларнинг афзаллиги ва камчилиги назарий таҳлил қилинган, шунингдек муаммонинг ҳал қилинмаган ёки аниқлик талаб қиладиган томонлари кўрсатилган.

Диссертациянинг иккинчи бобида **«Клиник материаллар ва текшириш усулларининг тавсифи»** клиник материал ва тадқиқот

усулларининг умумий тавсифига бағишланган асосий масала, шунингдек, олинган натижанинг статистик қайта ишлаш усуллари келтирилган. Илмий тадқиқот иши 2015-2020 йилларда Бухоро вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази, Бухоро шаҳридаги «Қахрамон-Рахимжон» хусусий неврологик клиникаси ва «FIZIOMED plus» хусусий клиникаларида стационар ва амбулатор шароитида даволанган ЮННнинг эрта тикланиш даври, кечки тикланиш ва асоратлар даври ташхиси билан оғриган 163 нафар беморнинг клиник-неврологик, инструментал текшириш усуллари таҳлиliga асосланган. Уларнинг 66 нафари (40,5 %) эркаклар, 97 нафари (59,5 %) аёллар бўлиб, ўртача ёши $43 \pm 3,4$ йилни ташкил қилган. Олинган кўрсаткичларни таққослашда 20 нафар шартли соғлом кишидан иборат назорат гуруҳи танланган.

В.С. Лобзин ва А.Р. Рахимжановнинг (1988) таснифига асосан, барча беморлар 3 гуруҳга ажратилган: 1-гуруҳ – ЮННнинг эрта тикланиш даври (ЭТД) мавжуд бўлган беморлар – 53 нафар (32,5%), 2-гуруҳ кечки тикланиш даври (КТД) аниқланган бемор – 54 нафар (33,1%), 3-гуруҳ асорат даври (АД) кузатилган бемор – 56 нафар (34,3%). Айнан шу тасниф туфайли касаллик давларини клиник ва патогенетик асослаш имкони кузатилган.

Кейинчалик, ҳар бир гуруҳдаги бемор тавсия этилган терапия натижасини таққослаш учун асосий кичик гуруҳ, яъни янги тавсия этилган терапияни қабул қилган беморлар гуруҳи ва қиёсий кичик гуруҳ, яъни фақатгина мавжуд стандарт терапия билан чегараланган беморлар гуруҳига ажратилган. 1- ЭТД (53 нафар) гуруҳига кирувчи беморлардан, асосий кичик гуруҳга 38 нафар (71,7%) ҳамда қиёсий кичик гуруҳга 15 нафар (28,3%) бемор, 2- КТД (54 нафар) гуруҳига кирувчи беморлардан, асосий кичик гуруҳга 39 нафар (72,2%) ва қиёсий кичик гуруҳга 15 нафар (27,8%) бемор, 3- АД (56 нафар) гуруҳига кирувчи беморлардан, асосий кичик гуруҳга 41 нафар (73,2%), қиёсий кичик гуруҳга 15 нафар (26,8%) бемор киритилган.

Юз нерви зарарланиш даражасини баҳолаш учун: «Юз нервини баҳоловчи шкала 2.0» (Facial Nerve Grading Scale–(FNGS-2) (2009)) номини олган модификацияланган House-Brackmann шкаласидан ва Y-System (Yanagihara System, 1985) шкаласидан фойдаланилди. Беморлар томонидан мустақил равишда Юзнинг ногиронлик индекси FDI (Facial Disability Index, 2014) шкаласи тўлдирилди. Юз симметрияси ва синкинезияларни баҳолаш учун SFGS-1 (Sunnybrook Facial Grading Scale-1, 2013) шкаласидан фойдаланилган. Хавотир ва депрессив бузилишни таҳлил қилишда HADS-I (хавотир даражасини баҳоловчи) ва HADS-II (депрессия даражасини баҳоловчи) (Hospital Anxiety and Depression Scale, 1983) шкалалари қўлланилган. Нейрофизиологик усуллардан электронейромиография (ЭНМГ) ҳамда нейровизуал текширув – Фаллопиев каналининг диаметрини аниқлаш мақсадида чакка суягини мультиспирал компьютер томографияси (МСКТ) ўтказилган.

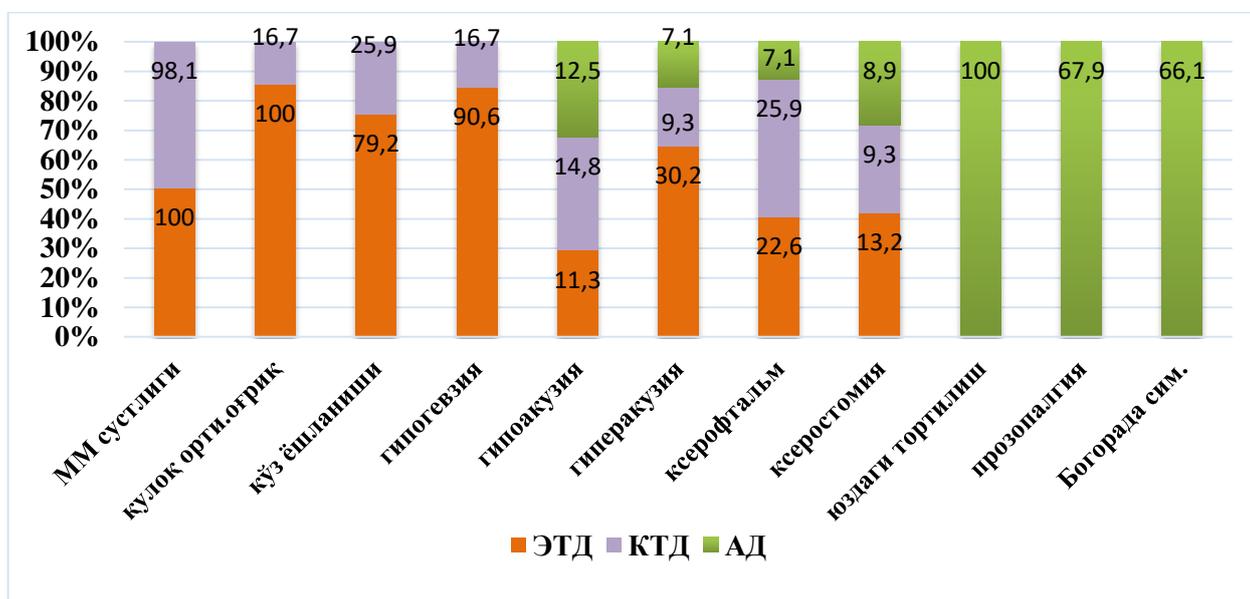
Натижалар анъанавий вариацион статистика усули билан тиббий-биологик тадқиқотлар учун қўлланиладиган дастурдан фойдаланилган ҳолда

персонал компьютерда ишланган. Тадқиқотни ташкил этиш ва ўтказишда далилларга асосланган тиббиёт тамойилига асосланган.

Диссертациянинг учинчи бобида «**Юз нерви невропатияси асоратланган шаклларида клиник-неврологик ва инструментал кўрсаткичларнинг хусусиятлари**» ЮНН тикланиш босқичининг турли даври билан азият чеккан беморда сабаб-оқибат омили, клиник-неврологик, психоэмоционал ҳолат, нейробиологик ва нейровизуал текшириш усуллариининг натижаси ёритилган.

Беморлар орасида этиологик омил-сабаб асосида ривожланган иккиламчи ЮННга нисбатан унинг идиопатик шакли сезиларли устуворликка эгаллиги кузатилди ($P < 0,01$), аммо АД ривожланишига замин яратиши мумкин бўлган хавф омили сифатида қандли диабет, гипертония касаллиги, семизлик, юрак ишемик касалликлари тахминан $\frac{1}{4}$ беморда кузатилди. Бундан ташқари, қулоқ, томоқ, бурун, постравматик патологиялари (1,9-3,6%), ҳомиладорлик (5,6-14,2%) ҳам мустасно эмас ва шу билан бирга АДда (3-гурух) ҳомиладор аёллар сезиларли даражада юқори эди ($P < 0,05$).

Клиник жиҳатдан ЭТД (1-гурух) ва КТД (2-гурух)да мимик мушаклар бўшлиғи, қулоқ орқасида оғрик, тилнинг олдинги $\frac{2}{3}$ қисмида таъм сезишнинг йўқолиши каби субъектив симптомлар устуворлик қилса, АД (3-гурух) беморларида юздаги тортилиш ҳисси, прозопалялар, Богорад белгиси устунлиги ҳамда ксерофтальмия, ксеростомия, гиперакузия ва гипоаккузия каби белгилар камроқ намоён бўлди (1-расм).

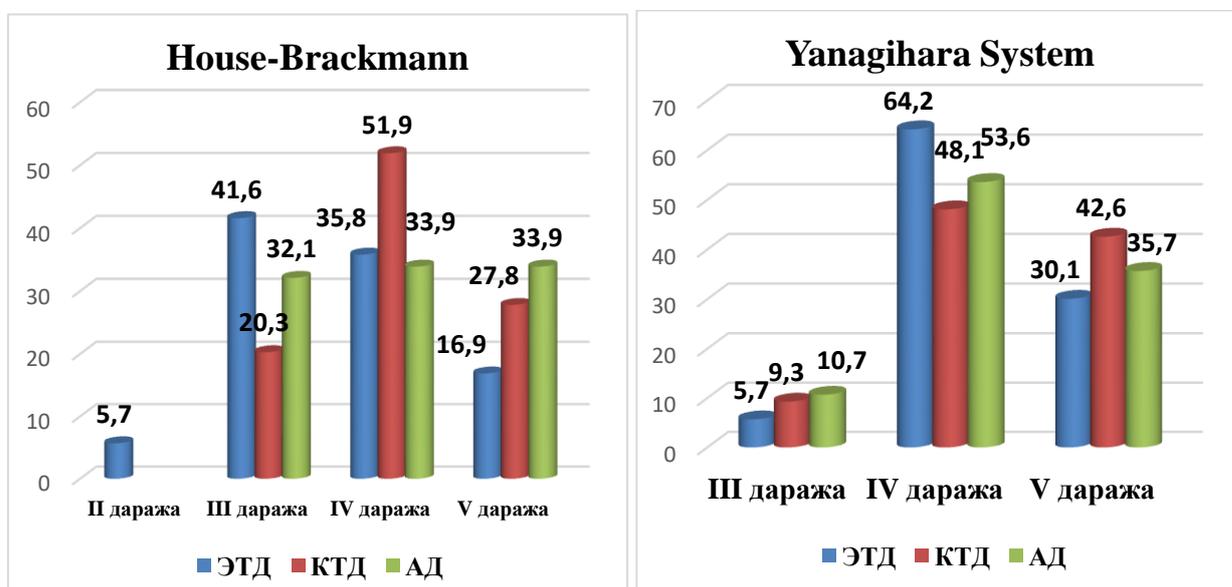


1-расм. ЮНН тикланиш даврига кўра клиник симптомларнинг ўзига хослиги

ММнинг оғир дисфункцияси бўлмиш V даража АД (3 гурух)да КТД (2 гурух)га нисбатан 1,3 баравар, ЭТДга нисбатан 2,1 баравар кўп учради ($P < 0,01$), бу эса ўз навбатида касалликнинг муддати ММ дисфункция даражасининг кўрсаткичига нисбатан ўзаро корреляцион боғлиқликка эга эканлигини кўрсатган ($r=2,7$).

ЮННда мимик мушаклар (ММ) дисфункция даражаси House-Brackmann (FNGS-2.0) шкаласи бўйича I даража (норма, N=8 балл) назорат гуруҳида, яъни шартли соғлом инсонларда, II даража (ММ енгил дисфункцияси) фақатгина ЭТД беморлар гуруҳида кам миқдорда аниқланди (1,8%). III даража (ўрта дисфункция) ЭТД ва АД гуруҳларида КТДга нисбатан 2 марта кўп кузатилди ($P<0,01$). IV даража (ММ ўрта оғир дисфункцияси) ЭТД ва АДга нисбатан КТДда 1,5 баравар устунлик қилган.

Yanagihara System (Y-System) шкаласи бўйича IV даража (ўрта оғир дисфункция) гуруҳлар орасида статистик фарқ қилмади, аммо бошқа даражадаги дисфункцияларга нисбатан устунликка эга бўлган (55,2%, $P<0,05$). V даража (оғир дисфункция) барча текширилган беморларнинг 1/3 қисмида (36,2%) кузатилган, шу билан бирга, ушбу шкала натижасига кўра ММ дисфункциясининг енгил ва ўрта даражаси гуруҳларда умуман аниқланмаган (2-расм).



2-расм. Юз нерви мимик мушакларининг дисфункция даражаси

Юз мимик мушакларининг умумий ҳолати (ЮММУХ) SFGS-1 (Sunnybrook Facial Grading Scale) шкаласи бўйича ЭТД гуруҳида $54,1\pm 0,98$ балл (эркакларда $55,3\pm 1,7$ балл, аёлларда $53,4\pm 0,84$ балл)ни, КТД гуруҳида $51,5\pm 1,6$ балл (эркакларда $50,2\pm 2,1$ балл, аёлларда $52,7\pm 1,1$ балл)ни ташкил этди. ЭТД ва КТД да юз мушаклари синкинезияси кузатилмаган. АДда мимик мушаклар синкинезияси мавжудлиги туфайли ЭТД ва КТДга нисбатан ЮММУХ кўрсаткичи юқори бўлиб, $61,2\pm 1,4$ балл (эркакларда $57,5\pm 1,8$ балл, аёлларда $64,3\pm 1,6$ балл)ни ташкил қилган. 2-гуруҳ (КТД)даги эркакларда ЮММУХ кўрсаткичи SFGS-1 шкаласи бўйича 3-гуруҳ (АД)га нисбатан анча паст эди ($P<0,05$). Шунингдек, ушбу кўрсаткич ЭТД (1-гуруҳ) ($P<0,001$) ва КТД ($P<0,001$) (2-гуруҳ)даги аёлларда АД (3-гуруҳ)даги аёлларга нисбатан ҳам анча паст эди (1-жадвал).

Юз мимик мушакларининг умумий ҳолатини SFGS-1 шкаласи бўйича баҳолаш (балл)

Sunnybrook Facial Grading Scale шкаласи		Тинчликдаги симметрия	Ихтиёрий ҳаракатдаги симметрия	Синкинезия	Юз мимик мушакларининг умумий ҳолати
ЭТД (n=53)	эркак	16,5±0,53	38,8±2,0	-	55,3±1,7
	аёл	16,5±0,41	36,2±0,97	-	53,4±0,84
КТД (n=54)	эркак	15,0±0,05*	35,2±2,1	-	50,2±2,1
	аёл	14,9±0,04**	37,7±1,1	-	52,7±1,1
АД (n=56)	эркак	14,9±0,06**	33,4±2,0*	9,0±0,71	57,5±1,8 [^]
	аёл	15,0±0,03*** ^{^^}	40,3±1,8*	9,0±0,48	64,3±1,6*** ^{^^^}

Изоҳ: *-ЭТД кўрсаткичларига нисбатан ишончли (*-P<0,05; **-P<0,01; ***-P<0,001)

[^]- КТД кўрсаткичларига нисбатан ишончли ([^]-P<0,05; ^{^^^}-P<0,001)

Юз нерви невропатияси асосида ривожланган мимик мушаклар асимметрияси мавжуд беморларда ҳаёт сифатининг ижтимоий ва жисмоний ҳолати ўзгаради, шу борада тадқиқотимизни юзнинг ногиронлик индекси (FDI) шкаласи орқали жисмоний фаолият (ЖФ) ва ижтимоий фаолият (ИФ) кўрсаткичларини текшириш муҳим аҳамият касб этар эди.

Олиб борилган тадқиқот натижасида ЖФ ва ИФ кўрсаткичларида аҳамиятга эга гендерли фарқ кузатилмаганлигига қарамай, асосий гуруҳда ушбу кўрсаткич назорат гуруҳига нисбатан анча пастлиги аниқланди (P<0,001). Аёлларда психопатологик ўзгаришлар кўпроқ депрессия кўринишида (ёлғиз қолиш эҳтиёжи, жамиятдан узоқлашиш, ижобий хиссиётларнинг йўқлиги) намён бўлиб, сабаби улар юзидаги кометологик нуқсондан хавотирланиши эди (2-жадвал).

2-жадвал

Жинга нисбатан FDI шкаласи кўрсаткичлари

ЭТД (n=53)		КТД (n=54)		АД (n=56)		Назорат гуруҳ (n=20)	
эркак	аёл	эркак	аёл	эркак	аёл	эркак	аёл
Жисмоний фаолияти							
48,0±2,9*	43,2±1,9*	37,9±3,5 ^{^^}	43,5±1,9*	38,8±2,8 ^{^^}	45,5±2,1*	96,4±1,4	98,3±1,1
Ижтимоий фаолият							
38,0±1,5*	35,8±0,7 ^{б*}	44,0±2,5 ^{^^}	38,9±1,4 ^{^^}	42,7±2,3*	41,6±1,8 ^{^^}	98,6±0,53	97,0±1,0

Изоҳ: *-назорат гуруҳи кўрсаткичларига нисбатан ишончли (*-P<0,001)

[^]- ЭТД кўрсаткичларига нисбатан ишончли([^]-P<0,05)

Барча беморнинг психоэмоционал ҳолати хавотир ва депрессияни баҳоловчи HADS-I ва HADS-II шкалалари орқали текширилган.

Юз нерви невропатияси билан оғриган барча беморда субклиник ва клиник хавотир кузатилди. ЭТД ва КТД гуруҳидаги беморларда субклиник хавотирга нисбатан клиник хавотир кўпроқ намоён бўлди ($P<0,01$), шу билан бирга аёлларда субклиник хавотир эркакларга нисбатан кўпроқ кузатилган ($P<0,01$).

Клиник хавотир эса гендерли фарққа эга бўлмади. АДда субклиник ва клиник намоён бўлган хавотир ЭТДдаги беморларга нисбатан камроқ учради ($P<0,01$), аммо ушбу кўрсаткич аёлларда эркакларга нисбатан кўпроқ учраганлиги кузатилган ($P<0,01$). Барча гуруҳда кузатилган патологик ўзгаришлар назорат гуруҳига нисбатан анча юқори эди ($P<0,001$) (3-жадвал).

3-жадвал

ЮНН мавжуд беморларда хавотир кўрсаткичининг намоён бўлиши (HADS-I, балл)

Хавотир даражаси		Субклиник хавотир	Клиник хавотир
ЭТД (n=53)	эркак	9,3±0,33 [^]	14,7±0,92 [^]
	аёл	10,0±0,0 [^]	15,7±0,23 [^]
	умум.	9,6±0,24 [^]	15,4±0,38 [^]
КТД (n=54)	эркак	8,8±0,20 [^]	12,0±0,0 ^{***^}
	аёл	9,5±0,16 ^{***^}	12,6±1,2 ^{***^}
	умум.	9,2±0,13 [^]	12,5±1,0 ^{***^}
АД (n=56)	эркак	9,2±0,18 [^]	-
	аёл	9,4±0,17 ^{***^}	10,7±1,2 ^{***^}
	умум.	9,3±0,12 [^]	10,7±1,2 ^{***^}
Назорат гуруҳи (n=20)	эркак	3,8±0,39	
	аёл	4,6±0,51	
	умум.	4,0±0,32	

Изоҳ: *-ЭТД кўрсаткичларига нисбатан ишончли (*- $P<0,05$; **- $P<0,01$; ***- $P<0,001$);
^ -назорат гуруҳи кўрсаткичларига нисбатан ишончли (^- $P<0,001$)

HADS-II шкаласи бўйича депрессия ҳолати субклиник ва клиник кўринишида намоён бўлган. Аммо, хавотир ҳолатидан фарқли, ЭТД гуруҳида гендерли фарқ деярли кузатилмаган, шу билан бирга субклиник депрессия ҳолати деярли бир хил миқдорда кузатилган. КТД гуруҳида клиник депрессия ҳолати ЭТД гуруҳига нисбатан кўпроқ кузатилди ($P<0,05$), лекин гендер бўйича фарқ бўлмади. ЭТД ва КТД гуруҳларига нисбатан АД гуруҳида эркак ($P<0,001$) ҳамда аёлларда ($P<0,001$) клиник депрессия ҳолати нисбатан анча кўп намоён бўлган. Барча гуруҳлардаги психопатологик ўзгаришлар назорат гуруҳига нисбатан анча кўпроқ бўлган ($P<0,001$) (4-жадвал).

**ЮНН мавжуд беморларда депрессия кўрсаткичининг намоён бўлиши
(HADS-II, балл)**

Депрессия даражаси		Субклиник депрессия	Клиник депрессия
ЭТД (n=53)	эркак	9,0±0,21 [^]	-
	аёл	9,2±0,19 [^]	-
	умум.	9,1±0,14 [^]	-
КТД (n=54)	эркак	9,8±0,16 ^{*^}	13,7±0,31 [^]
	аёл	9,7±0,29 [^]	14,5±0,39 [^]
	умум.	9,7±0,15 ^{*^}	14,2±0,28 [^]
АД (n=56)	эркак	10,1±0,13 ^{***^}	12,8±0,28 [^]
	аёл	10,0±0 ^{***^}	14,9±0,32 [^]
	умум.	10,1±0,13 ^{***^}	14,1±0,27 [^]
Назорат гуруҳи (n=20)	эркак	3,8±0,39	
	аёл	4,6±0,51	
	умум.	4,0±0,32	

Изоҳ: *-ЭТД кўрсаткичларига нисбатан ишончли (*-P<0,05; **-P<0,01; ***-P<0,001);
^ -назорат гуруҳи кўрсаткичларига нисбатан ишончли (^-P<0,001)

Чакка суягида жойлашган Фаллопиев каналини икки томонлама – зарарланган ва соғлом томондаги ҳолатини аниқлаш мақсадида чакка суягининг мультиспирал компьютер томография (МСКТ) текшируви 46 нафар (28,2%) беморда таҳлил қилинган (ЭТД – 3 нафар (6,5%), КТД – 10 нафар (21,7%), АД – 33 нафар (71,7%)) ҳамда лабиринт, ноғора ва сўрғичсимон сегментларнинг икки томонлама ўлчамлари, бундан ташқари юз нерви каналининг анатомик бутунлиги эътиборга олинган. Текширувга Y-System шкаласи бўйича ММ дисфункциясининг ўрта оғир ва оғир даражаси, ижобий оилавий анамнези ҳамда касаллик турли даврининг кўзиши мавжуд бўлган ЮНН билан оғриганларда қайталанувчи, шунингдек, икки томонлама зарарланиши мавжуд беморлар жалб қилинган. 5-жадвалдаги МСКТ кўрсаткичларига асосан Фаллопиев канали лабиринт қисмининг диагностик аҳамияти эътиборни тортди: натижага кўра зарарланган томонда лабиринт қисмининг диаметри соғлом томонга нисбатан анча кичиклиги аниқланди (P<0,01). Айниқса, ЮННнинг икки томонлама зарарланишида Фаллопиев канали лабиринт қисмининг икки томонлама торайиши буни исботланган (5-жадвал).

Юз нерви фаолияти ва ММ парезининг намоён бўлиш даражасини баҳолаш учун диссертация ишининг вазифаларига мувофиқ учала текширилаётган гуруҳда стимуляцион ЭНМГнинг М-жавоб амплитудаси ва латентлиги ҳамда киприк рефлексдаги (КР) R1 ва R2 компонентлар, КТД (2-гуруҳ) оғир даражаси ҳамда АД (3-гуруҳ)да спонтан фаоллик (СФ)ни кўрсатувчи фибрилляция потенциали (ФП), ижобий ўткир тўлқинлар (ИЎТ) таҳлили амалга оширилган. ММ дисфункция даражасига кўра гуруҳлар Y-

System шкаласи асосида тақсимланди ва баҳоланди, бунда m. frontalis, m. orbicularis oculi ва m. orbicularis oris мушаклар фаолияти баҳоланган.

5-жадвал

Фаллопиев каналининг МСКТ кўрсаткичлари бўйича ўлчамлари

Фаллопиев канал Гуруҳлар		Лабиринт қисм, мм		Тимпатик қисм, мм		Мастоидал қисм, мм	
		ўнг	чап	ўнг	чап	ўнг	чап
ЭТД	ўнг	-	-	-	-	-	-
	чап	0,82±0,04	0,85±0,08	0,99±0,10	0,99±0,007	1,30±0,058	1,40±0,058
КТД	ўнг	0,74±0,031	0,74±0,023	1,07±0,067	0,99±0,013	1,17±0,088	1,27±0,067
	чап	0,74±0,014*	0,69±0,027*	0,97±0,017	0,94±0,019*	1,16±0,043*	1,15±0,059*
АД	ўнг	0,69±0,027	0,74±0,011	0,95±0,026	0,95±0,021	1,03±0,022	1,20±0,049
	чап	0,75±0,028	0,68±0,026*	0,96±0,012	0,95±0,011*	1,22±0,025	1,23±0,045*
	икки томон зарар.	0,64±0,061	0,61±0,075	0,99±0,006	0,98±0,008	1,07±0,077	1,18±0,13

Изоҳ: *- ЭТД кўрсаткичларига нисбатан ишончли (*-P<0,05)

Текширилаётган мушакда М-жавоб латентлиги ЭТД ва КТДдаги гуруҳларда юзнинг соғлом томони ва назорат гуруҳига нисбатан юз нервнинг зарарланган томонида юқорироқ бўлиб (P<0,01) 6,7±0,33 мсга етган. М-жавоб латентлигининг ошиши иннервацияланган мушакнинг оғирлик даражадаги дисфункцияси учун хос эди ва зарарланиш даражаси билан узвий корреляцион боғлиқликка эга бўлган (r=0,21). АДда М-жавоб латентлиги дисфункциянинг оғирлик даражасига мувофиқ қисқариш тенденциясига эга бўлган.

ЭТДнинг бошланғич пайтида мушаклардаги М-жавоб амплитудасининг максимал даражада пасайиб кетиши кузатилган ва у прозопарезнинг оғирлик даражасига боғлиқ эди, бундай натижа КТДда ҳам ўз аксини топган, яъни мимик мушак оғирлик даражаси ошиб борган сари М-жавоб амплитудаси пасайиб борди, илмий тил билан айтганда улар тескари корреляцион боғлиқликка эгаллиги намоён бўлган (r=-0,18). Аксинча, АД гуруҳидаги беморларда бошқа гуруҳларга нисбатан касалликнинг оғирлик даражаси ошиб борган сари М-жавоб амплитудасининг тикланиши кузатилган (P<0,001).

КРнинг R1 ва R2 компонентлари муҳим диагностик аҳамиятга эга бўлди. ЭТДда ММ дисфункцияси ошиб бориши билан бирга R1 ва R2 компонентлар латентлиги ҳам соғлом томонга нисбатан ошиб борган (P<0,05). ММ ўрта даражадаги дисфункциясида зарарланган ва соғлом томонда R1 компонент латентлиги 17,8±1,2 мс ва 11,7±0,41 мс, R2 компонент латентлиги эса мос равишда 43,8±0,62 ва 35,7±1,9 мс мсни ташкил этган.

Ўрта оғир даражадаги дисфункцияда зарарланган ва соғлом томонда R1 компонент латентлиги $18,7 \pm 0,46$ мс ва $11,7 \pm 0,11$ мс, R2 компонент латентлиги $43,7 \pm 0,16$ мс ва $36,0 \pm 0,36$ мсга тенг эди. Оғир даражадаги дисфункцияда R1 компонент зарарланган томонда умуман аниқланмади, аммо соғлом томонда унинг кўрсаткичи $11,1 \pm 0,13$ мсни ташкил этди, R2 компонент эса зарарланган ва соғлом томонда $43,5 \pm 0,50$ мс ва $33,5 \pm 0,73$ мсни ташкил этган ҳамда назорат гуруҳига нисбатан анча фарқ қилган ($P < 0,01$). Бунда R1 ва R2 компонентлар амплитудаси назорат гуруҳидан фаркли, ММ дисфункцияси оғирлик даражасига параллел равишда камайиб бориши кузатилган ($P < 0,001$).

КТДдаги КР кўрсаткичлар ЭТД гуруҳига ўхшашлиги кузатилди, бундан ташқари, КТДдаги оғир даражали ММ дисфункцияси ва АДдаги спонтан фаолликни кўрсатувчи балларининг ошиши патологик синкинезия пайдо бўлишидан дарак берди, яъни дисфункция даражасининг ошиши билан бирга ФП ва ИЎТ баллари ҳам ошиб борди ($r = 0,33$). Ушбу кўрсаткич КТДга нисбатан АДда юқорироқ бўлган ($P < 0,01$).

Шундай қилиб, ЭНМГ натижаларига кўра ЭТД ва КТД гуруҳидаги беморларда М-жавоб латентлигининг $6,7 \pm 0,33$ мс ва ундан ортиқ ошиши, М-жавоб амплитудасининг патологик пасайиши ММ дисфункциясининг оғир даражасини кўрсатар экан. Касалликнинг эрта даврларида латентлиги ва амплитуда кўрсаткичларидан қатъий назар R1 ва R2 компонентларнинг аниқланиши касаллик оқибатининг ижобий ҳал бўлишидан далолат берган. Аксинча, касаллик эрта даврида асосан R1 компонентининг қайд этилмаслиги касаллик оқибатининг салбийлиги ҳамда юз нерви оғир даражадаги дисфункцияси ривожланишини башоратлайди, шунингдек, унинг контрактура ва синкинезия ривожланиши билан узвий корреляцион боғлиқлиги борлигидан далолат беради ($r = 0,38$). Ўз навбатида, АД (3-гуруҳ)да КР диагностик аҳамиятга эга эмаслиги ҳамда ФП ва ИЎТ кўринишидаги спонтан фаоллик пайдо бўлиши патологик синкинезияларнинг муқаррар ривожланишидан далолат беради.

Диссертациянинг тўртинчи боби «**Юз нерви невропатияси асоратланган шаклларида терапевтик ёндашувнинг таҳлили**» қабул қилинган стандарт ва тавсия этилган янги даволаш усулининг натижалар таҳлили қайд этилган. “Натижа шаффофлиги”ни амалга ошириш мақсадида барча беморлар иккита, яъни стандарт даволаш (ностероид, стероид яллиғланишга қарши восита, метаболик жараённи кучайтирувчи, В гуруҳ витамин комплекси, антиагрегант, анальгетик ва физиотерапевтик муолажалар) усули тавсия этилган қиёсий кичик гуруҳ ҳамда унинг асосида қўшимча тавсия этилган янги усул: 200 мг/суткада Амантадин сульфат таблеткаси (ПК-Мерц 100 мг 1 табл. 2 маҳал), шунингдек, такибида 250 мг Леводопа ва 25 мг Карбидопа сақловчи комбинирлашган дори восита Тидомет форте таблеткаси $\frac{1}{2}$ табл/суткада 3 ой давомида қабул қилган асосий кичик гуруҳга ажратилган. Тавсия этилган иккала даволаш усули беморлар

орқали қониқарли қабул қилинган, тадқиқотдан четлатиш ҳолатлари кузатилмаган (6-жадвал).

6-жадвал

Тавсия этилган дори воситасини қабул қилган беморлар гуруҳи

Беморлар гуруҳи	ЭТД (n=53)		КТД (n=54)		АД (n=56)	
	асосий	қиёсий	асосий	қиёсий	асосий	қиёсий
абс	38	15	39	15	41	15
%	71,7	28,3	72,2	27,8	73,2	26,8

ЭТД ва КТДнинг қиёсий кичик гуруҳида даволаш динамикаси аҳамиятга эга эмас эди, ҳолбуки асосий кичик гуруҳда клиник белгилар кўринарли яхшиланган ($P<0,001$). ЭТД ва КТД гуруҳидаги асосий кичик гуруҳда қиёсий гуруҳга нисбатан ММ фаолиятининг тикланиши, қулоқ ва қулоқ ортидаги оғриқнинг, кўз ёши ажралишининг камайиши, тилнинг олдинги $2/3$ қисмида таъм сезишнинг тикланиши кузатилган ($P<0,001$). Шунингдек, КТДда ксерофтальмия ва ксеростомия белгилари аҳамиятли камайган ($P<0,01$). АДда юздаги тортилиш ҳисси ва оғриқлар, Богорад белгиси пасайган ($P<0,001$).

Y-System шкаласи натижаларига кўра ЭТД асосий (n=38) кичик гуруҳининг 25 (65,8%) нафарида тўлиқ соғайиш кузатилди, ММнинг суст дисфункцияси (II даража) 8 (21,1%) нафар, ўрта дисфункцияси (III даража) 5 (13,3%) нафар беморни ташкил этди. Ушбу кўрсаткичнинг I ва II даражаси қиёсий (n=15) кичик гуруҳда аниқланмади, аксинча, ўрта дисфункция (III даража) 2 (13,3%) нафар, ўрта оғир дисфункция (IV даража) 7 (46,7%) нафар, оғир дисфункция (V даража) 6 (40,0%) нафар беморда кузатилди, яъни ўзгариш деярли бўлмаган ($P<0,001$).

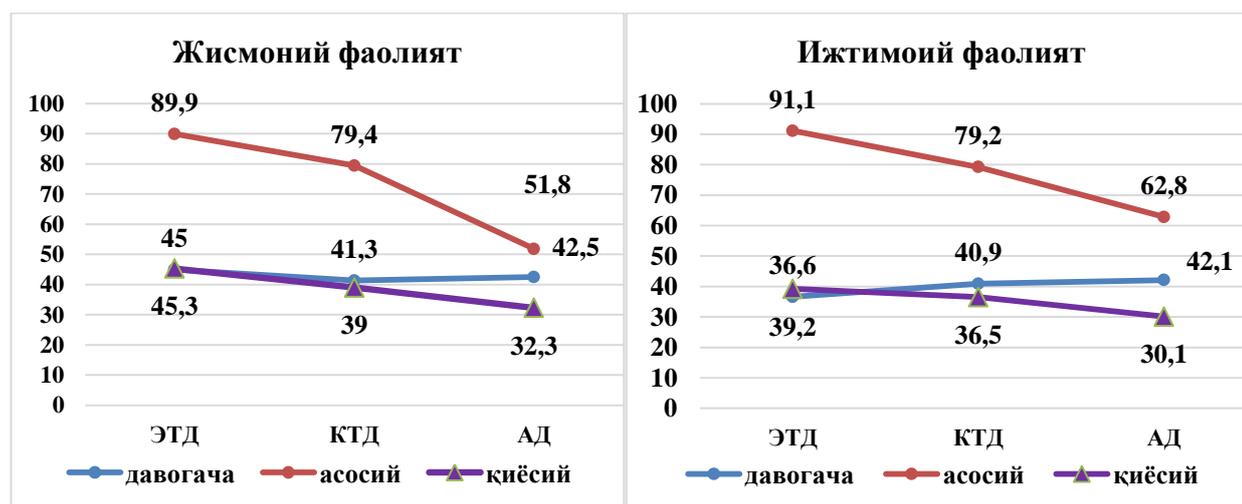
КТДдаги асосий кичик гуруҳидаги (n=39) беморларнинг 13 (33,3%) нафарида тўлиқ соғайиш, II даража 12 (30,8%) нафари, III даража 9 (23,1%) нафари, IV даража 5 (12,8%) нафарида кузатилган. КТДнинг қиёсий кичик гуруҳида (n=15) I ва III даража аниқланмади, II даража 1 (6,7 %) нафар, ўрта оғир дисфункция (IV даража) 5 (33,3 %) нафар, оғир дисфункция (V даража) 9 (60,0%) нафар беморда кузатилди, яъни ММ фаолияти кўпчилик беморларда асосий кичик гуруҳга нисбатан оғир даражалигича қолган ($P<0,01$).

АД (3-гуруҳ) беморларда мимик мушаклар фаолиятини тиклаш қийин кечди. Кузатув натижаларига кўра янги тавсия этилган усул (Амантадин сульфат ва Леводопа) қўлланилгандан кейинги клиник белгилар динамикаси деярли турғун ҳолатда эди. ММ суст дисфункцияси (II даража) 6 (14,6%) нафар, ўрта дисфункция (III даража) 9 (22,0%) нафар, ўрта оғир дисфункция (IV даража) 17 (41,5%) нафар ва оғир дисфункция (V даража) 9 (22,0%) нафар беморда кузатилди. Қиёсий кичик гуруҳда 4 (26,7 %) нафар беморда IV даража, 11 (73,3%) нафарида V даражали ММ дисфункцияси аниқланган.

FDI шкаласи бўйича жисмоний (ЖФ) ва ижтимоий фаолият (ИФ) 3 ойдан кейин таҳлил қилинган. Унга кўра, ЭТДнинг асосий кичик гуруҳида нисбатан аҳамиятли ижобий ўзгаришлар кузатилиб, ЖФ ва ИФ мос равишда $89,9 \pm 2,4$ ва $91,1 \pm 2,1$ баллни, қиёсий кичик гуруҳида эса $45,3 \pm 4,0$ ва $39,2 \pm 3,7$ баллни ташкил этган ($P < 0,001$).

КТДнинг қиёсий кичик гуруҳида ЖФ $39,0 \pm 2,6$ ва ИФ $36,5 \pm 2,5$ баллни ташкил этиб, даволагунгача бўлган кўрсаткичдан деярли фарқ қилмаган, асосий кичик гуруҳида эса улар мос равишда $79,4 \pm 2,8$ ва $79,2 \pm 3,2$ баллни ташкил этди ва 2 барабар кўпроқ ижобий натижани кўрсатган ($P < 0,001$).

АД гуруҳида таҳлил қилинаётган кўрсаткичлар КТДдек қиёсий кичик гуруҳида давогача бўлган кўрсаткичлардан деярли фарқ қилмай ЖФ $32,3 \pm 2,0$ ва ИФ $30,1 \pm 1,5$ баллни ташкил этган. Асосий кичик гуруҳида кўрсаткичлар мос равишда $51,8 \pm 2,6$ ва $62,8 \pm 1,3$ баллга эга бўлган. Қиёсий кичик гуруҳида нисбатан ушбулар анча юқори бўлганлигига қарамай ($P < 0,05$), ЭТД ва КТД гуруҳидагиларга нисбатан пастлиги ($P < 0,05$) ҳамда давогача бўлган натижаларга қараганда аҳамиятли юқорилиги аниқланган ($P < 0,001$) (3-расм).



3-расм. Жисмоний ва ижтимоий фаолиятнинг ЮНН турли тикланиш давридаги кўрсаткичлари

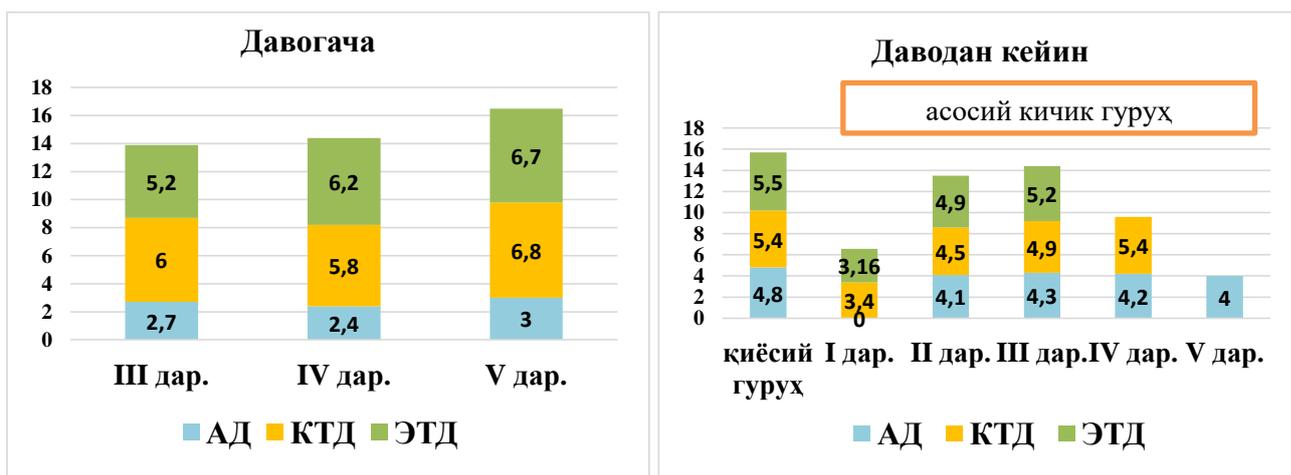
Юз мимик мушакларининг умумий ҳолати (ЮММУХ) ҳам жисмоний ва ижтимоий фаолиятка ўхшаб, 3 ойдан сўнг SFGS-1 (юз симметрияси ва синкинезияларни баҳоловчи SFGS-1, Sunnybrook Facial Grading Scale-1) шкаласи орқали динамикада таҳлил қилинган. Унга кўра, ЮММУХ кўрсаткичлари барча гуруҳнинг асосий кичик гуруҳида қиёсий кичик гуруҳида нисбатан кўринарли юқори бўлган ($P < 0,001$). ЭТД қиёсий кичик гуруҳида ўртача балл $53,3 \pm 2,4$ бўлса, асосий кичик гуруҳида $92,9 \pm 1,7$ ни ташкил этиб, давогача бўлган кўрсаткичларга нисбатан ҳам ўзгарди ($P < 0,001$). КТД гуруҳида ҳам деярли ўхшаш ўзгаришлар аниқланиб асосий кичик гуруҳида ижобий натижа кузатилган. АД гуруҳидаги динамик ўзгариш зарарланган мушаклардаги синкинезиянинг камайиши ҳисобидан яхшиланган ($P < 0,05$), аммо ЮММУХда деярли ўзгариш кузатилмаган. Шу сабабли SFGS-1

шкаласини айнан асоратлар даврида қўллаш жараёнга аниқ баҳо бериш имконини яратган.

HADS-I шкаласининг натижасига кўра динамикада ЭТДнинг асосий кичик гуруҳида клиник хавотир кузатилмаган ҳамда психоэмоционал фаолиятнинг соғайиши ҳисобига субклиник хавотири мавжуд бўлганлар сони камайган ($P < 0,001$). КТДнинг асосий кичик гуруҳида субклиник ва клиник хавотир аҳамиятли даражада камайган ($P < 0,001$), шу билан бирга АДнинг асосий кичик гуруҳида субклиник хавотирли бемор сонининг ошганлиги ҳисобига клиник хавотирлилар сони камайган, аммо психологик тўлиқ соғайиш Амантадин сульфат ва Леводопа препаратлари қўшилганлигига карамай кузатилмаган.

HADS-II шкаласи бўйича барча гуруҳнинг қиёсий кичик гуруҳида клиник депрессияси мавжуд беморлар сони даволагунгача қараганда ошган ($P < 0,01$), айти пайтда ЭТД ва КТДдаги асосий кичик гуруҳларда клиник ва субклиник депрессия аҳамиятли камайган ва психоэмоционал соғайиш яққол кузатилган (мос равишда $P < 0,001$ ва $P < 0,01$). Аммо АДнинг асосий кичик гуруҳида клиник депрессиялилар сони камайиши ҳисобига субклиник депрессия ҳолати ошган, лекин тўлиқ психоэмоционал соғайиш, депрессив ҳолатдагидек, иккала кичик гуруҳда ҳам намоён бўлмаган. Психоэмоционал ҳолатдаги бундай натижага эҳтимол, чуқур контрактура эвазига юз асимметриясининг турғунлиги сабаб бўлса керак.

ЭНМГ натижалари ҳам 3 ойлик даво муолажаларидан кейин талқин қилинди, унга кўра М-жавоб латентлиги, амплитудаси КР R1 ва R2 компонентлари латентлиги ва амплитудаси ҳар бир гуруҳда кузатилди ҳамда КТД ва АД гуруҳларида қўшимча СФ (спонтан фаоллик) баҳоланган.

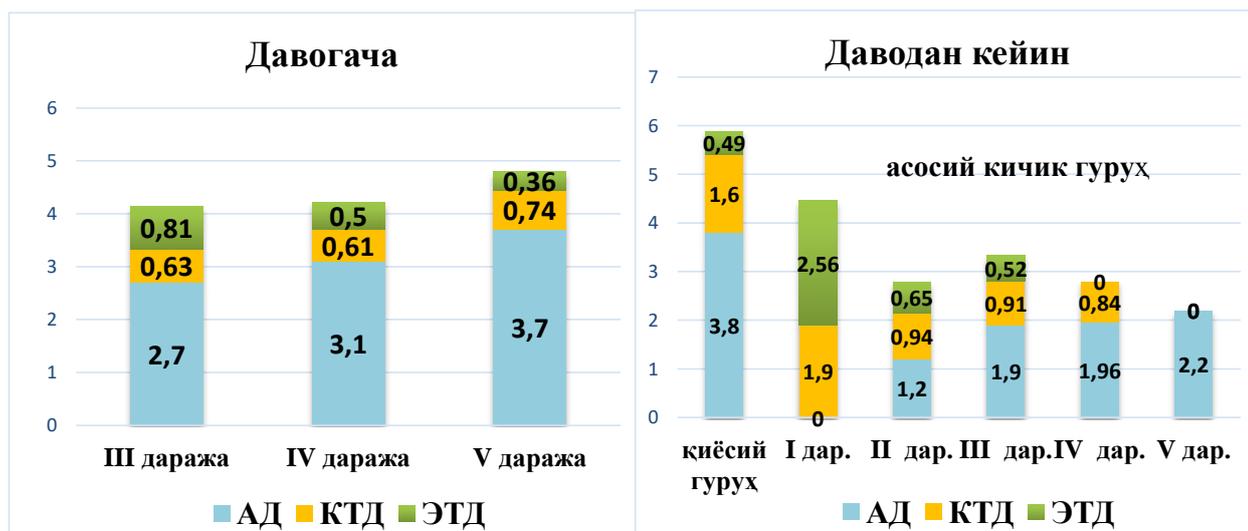


4-расм. М-жавоб латентлигининг динамикаси, мс (<4 мс)

4-расмда кўрсатилгандек, ЭТД ва КТДнинг асосий кичик гуруҳида ММ дисфункцияси ошиши билан бирга М-жавоб латентлиги ҳам ошиб боради, аммо кўрсаткичлар қиёсий кичик гуруҳдагига қараганда анча паст ($P < 0,01$). Шу билан бирга, КТДнинг асосий кичик гуруҳидаги IV даражали дисфункцияси ушбу кўрсаткич бўйича қиёсий кичик гуруҳдан фарк

қилмаган. АДнинг асосий кичик гуруҳида М-жавоб латентлиги меъёр даражасига яқинлашган ($P < 0,001$), қиёсий кичик гуруҳда эса бундай натижа кузатилмаган (4-расм).

ЭТД ва КТДнинг асосий кичик гуруҳларида М-жавоб амплитудаси қиёсий кичик гуруҳ ва давогача бўлган кўрсаткичга нисбатан ошган ($P < 0,001$) ҳамда I даража, яъни ММ фаолиятининг тўлиқ тикланганлиги аниқланган. Аксинча, АДнинг қиёсий кичик гуруҳида ва давогача бўлган кўрсаткичларига нисбатан асосий кичик гуруҳда М-жавоб амплитудасининг пасайишга мойиллиги кузатилган, аммо АД гуруҳида тўлиқ соғайиш кузатилмаган (5-расм).



5-расм. М-жавоб амплитудасининг динамикаси, мВ (>1 мВ)

R1 ва R2-компонентлари латентлиги ЭТДнинг асосий кичик гуруҳида қиёсий кичик гуруҳга нисбатан ижобий ўзгаришларни кўрсатган ($P < 0,01$). КТД гуруҳида ҳам деярли ўхшаш ўзгаришлар аниқланган. ЭТДнинг асосий кичик гуруҳида IV ва V даражадаги, КТДнинг ушбу кичик гуруҳида эса V даражадаги ММ дисфункцияси қиёсий кичик гуруҳдан фарқли аниқланмаган ($P < 0,001$). АДнинг асосий кичик гуруҳида R1 ва R2-компонентлар латентлигининг ўртача кўрсаткичлари қиёсий кичик гуруҳдан фарқ қилмаган ҳамда даводан олдинги кўрсаткичларга нисбатан аҳамиятли натижага эришишга муваффақ бўлинмаган.

R1 ва R2-компонентларининг амплитудаси ЭТД ва КТДларнинг асосий кичик гуруҳида ММ дисфункцияси ижобий ўзгарди, қиёсий кичик гуруҳдан фарқли IV ва V даражадаги дисфункциялар кузатилмаган ($P < 0,001$).

Спонтан фаоллик (СФ) натижаларига кўра, КТД асосий кичик гуруҳнинг ММнинг III ва IV даражали дисфункциясида ФП ва ИЎТнинг ўртача балл кўрсаткичи паст бўлиб, синкинезиянинг атиги элементлари акс этган, аксинча, қиёсий кичик гуруҳда ушбулар юқори бўлиб, қўпол синкинезиялар ривожланишидан далолат берган. АДнинг барча гуруҳида ФП ва ИЎТ аниқланган, аммо уларнинг ўртача балл кўрсаткичи асосий кичик гуруҳда қиёсий кичик гуруҳга нисбатан паст бўлган ($P < 0,001$).

Умуман олганда, нейрофизиологик текширув натижаларига кўра янги таклиф этилган даволаш усули (стандарт даво муолажаси асосида қўшилган Амантадин сульфат ва Леводопа дори воситалари) барча гуруҳлардаги ЭНМГнинг М-жавоб, КР ва СФ кўрсаткичларининг ижобий ўзгаришларига эришилган.

ХУЛОСА

1. Юз нерви невропатияси оғир, асоратли шаклининг ривожланишида коморбид ҳолат (25,4%) (қандли диабет, юрак ишемик касаллиги, гипертония, 2-3-даражали семизлик), ҳомиладорлик (14,2%), адекват терапиянинг имконсизлиги каби хавфли омиллар касалликнинг оғир, турғун ҳамда асоратланган шакллариининг ривожланишини тезлаштиради ва оғирлаштиради;

2. Юз нерви невропатиясидаги мимик мушаклар дисфункциясининг эрта ва кечки тикланиш даврида субъектив белгиларнинг хослиги, асорат даврида асосан объектив белгилар (мимик мушаклар спазми (100,0%), прозопалгия (67,9%), Богорад белгисининг (66,1%) устунлиги аниқланди;

3. House-Brackmann, Y-System, SFGS-1 шкалалари бўйича юз нерви невропатиясидаги мимик мушаклар дисфункциясининг эрта тикланиш (54,7%) ва кечки тикланиш (51,8%) давридаги ўрта оғир даражаси, асорат давридаги оғир даражаси ва синкинезия (33,9%) мавжудлиги даволашнинг дифференциал ёндашувини талаб этади;

4. Юз нерви невропатиясидаги мимик мушаклар дисфункциясининг барча тикланиш босқичида юзнинг ногиронлик индекси (FDI) бўйича жисмоний ва ижтимоий фаолият заифлашади ҳамда HADS шкаласига кўра психопатологик ҳолат шаклланишига сабаб бўлади;

5. Юз нерви невропатиясида мимик мушаклар ЭНМГси натижаларига кўра киприк рефлексдаги R1 ва R2 компонентларнинг аниқланмаслиги, М-жавоб амплитудасининг максимал кўтарилиши, фибрилляция потенциали ва ижобий ўткир тўлқинлар кўринишидаги спонтан фаолликнинг пайдо бўлиши, МСКТ натижаларига кўра чакка суягидаги Фаллопиев канал лабиринт қисми диаметрининг қисқариши (<0,6 мм) касалликнинг оғир кечиши ҳамда турғун, қайтмас асоратлар, патологик синкинезиялар ривожланишидан далолат беради;

6. Юз нерви невропатиясидаги мимик мушаклар дисфункциясининг нисбатан кечки тикланиш даврида клиник, психоэмоционал, электронейромиографик натижаларга кўра Амантадин сульфат ва Леводопа дори воситаларини қўллаш натижанинг самарадорлигини оширади.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ
PhD.04/13.05.2020.Tib.93.02 ПРИ БУХАРСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ
МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ**

БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

РАХМАТОВА ДИЛБАР ИСМАТИЛЛОЕВНА

**ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, КЛИНИКО-
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ РАЗВИТИЯ КОНТРАКТУР
ЛИЦЕВОГО НЕРВА И ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ
МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ**

14.00.13 – Неврология

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

БУХАРА – 2021

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан В2019.2.PhD/Tib926

Докторская диссертация выполнена в Бухарском государственном медицинском институте.

Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский и английский (резюме)) размещен на веб-странице научного совета (www.bsmi.uz) и в информационно-образовательном портале “ZiyoNet” (www.ziynet.uz).

Научный консультант	Саноева Матлюба Жахонкуловна
Официальные оппоненты	доктор медицинских наук Туруспекова Сауле Глеубергеновна доктор медицинских наук (Республика Казахстан) Киличев Ибадулла Абдуллаевич доктор медицинских наук, профессор
Ведущая организация	Самаркандский государственный медицинский институт

Защита диссертации состоится «_____» _____ 2021 года в _____ часов на заседании Научного совета по присуждению ученых степеней PhD.04/13.05.2020.Tib.93.02 при Бухарском государственном медицинском институте (Адрес: 200118, г. Бухара, ул. Навои, дом 1. Тел/факс: +99865 223 00-50, Веб-сайт: www.bsmi.uz, e-mail: buhme@mail.ru).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Бухарского государственного медицинского института (зарегистрирована за №_____). (Адрес: 200118, г. Бухара, ул. Навои, дом 1. Тел/факс: +99865 223 00-50, Веб-сайт: www.bsmi.uz, e-mail: buhme@mail.ru).

Автореферат диссертации разослан «_____» _____ 2021 года
(реестр протокола рассылки № _____ от «_____» _____ 2021 года).

Д.Т. Ходжиева
Председатель Научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, доцент

С.С. Пулатов
Ученый секретарь Научного совета по присуждению ученых степеней, кандидат медицинских наук, доцент

Г.А. Ихтиярова
Председатель научного семинара при Научном совете по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

ВВЕДЕНИЕ (Аннотация диссертации (PhD) доктора философии)

Актуальность и востребованность темы диссертации. По данным Всемирной организации здравоохранения наиболее распространенным видом является мононевропатия лицевого нерва, которая занимает 2-е место по частоте среди всех заболеваний периферической нервной системы и первое место среди поражений черепных нервов. Заболеваемость колеблется в пределах от 10 до 53,3 на 100 тыс. населения в разных странах, в частности, в Европе 20, в Японии 30 случаев, практически в одинаковом количестве у мужчин и женщин. В основном «...встречается одностороннее, но в редких случаях выявляется одновременное двухстороннее поражение лицевого нерва, одинаково как у мужчин, так и у женщин»¹. Доказано, что чаще заболевание развивается у беременных (синдром Моны Лизы) с частотой 180 случаев на 100 тыс. женщин, а также у лиц, страдающих сахарным диабетом и артериальной гипертензией, в основном проявляясь тяжелыми осложнениями. В связи с чем совершенствование методов профилактики и лечения невропатии лицевого нерва актуально и востребовано, и имеет научно-практическую значимость.

В мире согласно данным литературы определяется высокая частота (от 3 до 17%) невропатии лицевого нерва и весомое количество больных с осложнёнными её формами. Так, частота контрактур и синкинезий составляет 15-73% в странах Европы и Азии, а идиопатическая форма (паралич Белла) заболевания наблюдается до 75%, при котором примерно у 30% пациентов отсутствует полное выздоровление из-за недостаточной эффективности имеющихся методов лечения, что требует ведения научно-исследовательских работ в данном направлении. На основе анализа неврологических, нейрофизиологических, нейровизуализационных особенностей клинического течения невропатии лицевого нерва прогнозирование развития тяжёлых, осложнённых форм, дифференцированный подход к контрактурам мимических мышц и косметическому дефекту лица, исследование индекса лицевой инвалидности с использованием основных показателей качества жизни, разработка алгоритмов диагностики и лечения, а также выбор дифференцированной терапии являются приоритетным направлением.

В нашей стране особое внимание уделяется повышению качества медицинской помощи, а также увеличению качества диагностики, лечения и профилактики неврологических заболеваний среди населения. Для коренного усовершенствования системы здравоохранения «...улучшение эффективности, качества и широкомасштабность медицинской помощи в нашей стране, формирование системы медицинского стандартизирования, внедрение высоких технологических методов в диагностику и лечение, создание высококвалифицированных моделей патронажной службы и диспансеризации с

¹ Aleksandar Kopitovi'c, Filip Katani'c, Sandro Kalember, Svetlana Simi'c, Nina Vico and Slobodan Sekuli'c // Bell's Palsy—Retroauricular Pain Threshold. - Medicina. – 2021. - №57(263). – P. 10

повышением уровня здорового образа жизни и профилактики заболеваний...»² определены следующие задачи. Для реализации поставленных задач целесообразно провести исследования по прогнозированию тяжёлых и осложнённых форм невралгии лицевого нерва и усовершенствованию эффективного метода лечения, также профилактику стойких косметических дефектов и других серьёзных причин приводящие к негативным последствиям.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, обозначенных в Указе Президента Республики Узбекистан № УП-6110 «О мерах по внедрению совершенно новых механизмов в деятельности первичной медико-санитарной помощи и дальнейшему повышению эффективности реформ в системе здравоохранения» от 12 ноября 2020 г. и Постановлении Президента Республики № ПП-4891 «О дополнительных мерах по обеспечению здоровья населения путем дальнейшего повышения эффективности медицинской профилактики» от 12 ноября 2020 г., и другие нормативные акты, относящиеся к этой сфере деятельности.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий Республики. Данное исследование выполнено в соответствии с приоритетными направлениями развития науки и технологии Республики Узбекистан – VI «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. По исследованию Cecilia Montalban Maria (2017) при лечении невралгии лицевого нерва традиционными методами восстановление функции лицевого нерва достигается до 40-60% случаев. Ciriello M. et all. (2020) подчеркивают наличие осложнений в виде пост невралгической контрактуры мимических мышц с патологическими синкинезиями и дискинезиями у почти 30% больных, которые проявляются в виде грубого дефекта мимики. В исследованиях Carla de Sanctis Pecora et all. (2021) возникающие синкинезии из-за aberrантной регенерации нервного волокна выявляются у 55,5% пациентов с затяжным течением прозоплегии. В работе описано состояние больных, страдающих от косметического дефекта, у которых выявляется раздражительность, избегание общения с окружающими, низкая самооценка, назойливое внимание к заболеванию, тревога и депрессия. По результатам научного исследования D.S. Grewal (2018) анатомическая узость Фаллопиева канала височной кости имеет наследственную предрасположенность, в следствии чего развивается осложнённые формы невралгии лицевого нерва. В данном исследовании 4-8% больных показывают удовлетворительное выздоровление без какого-либо лечения, однако 16% страдают от умеренных до тяжелых последствий и около 80% дегенерации лицевого нерва несет плохой прогноз с развитием контрактур и синкинезий. Diego L.Toward et all. (2020) у пациентов имеющих тяжёлую форму невралгии лицевого нерва предлагают операцию в виде

² Указ Президента Республики Узбекистан №УП-5590 «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранени Республики Узбекистан» от 7 декабря 2018 года.

декомпрессии лицевого нерва в течении 21 дня от начала паралича. Zhiwen Cao et all. (2021) доказывают эффективность стероидов, и не дают адекватную оценку применению противовирусных препаратов.

По данным Костенко Е.В. и соавт. (2017) частота различного рода осложнений при невропатиях составляет от 20,8 до 32,2%, что в дальнейшем подтверждается в научных работах Шарова М.Н. (2018). По мнению Миндубаевой Л.Ж. (2017), примерно у 70% пациентов прогноз НЛН благоприятный и выздоровление наступает в срок до 2 месяцев. В исследованиях Завалия Л.Б. и соавт. (2020) заболевание характеризуется длительной временной нетрудоспособностью и высокой частотой развития осложнений (в виде рецидива болезни (3-11%) или пост невротической контрактуры мимических мышц (23%)).

По данным учёных нашей Республики Гафурова Б.Г. и соавт. (2011) гормональные и дегидратационные препараты, назначаемые без учёта этиологии, сопутствующих заболеваний, возраста и степени тяжести, часто способствуют затяжному течению и развитию осложнённых форм НЛН. В свою очередь, в связи с тем, что течение невропатии лицевого нерва у женщин имеет гендерную особенность и психовегетативные изменения, доказано, что осложнённые формы заболевания чаще встречаются у женщин (Ахророва Ш.Б., 2017). Alikulova N.A. et all. (2018) в своих исследованиях утверждает, что косметический дефект вызывает психоэмоциональные нарушения, что усугубляет эффективность лечения. В научной работе Уринова М.Б. (2019) описаны особенности течения прозоплегии и прозопалгии при разных (маскулиновый и фемининный) типах у мужчин и женщин.

Несмотря на то, что проблема невропатии лицевого нерва привлекает внимание исследователей в течение многих лет, выявление множества открытий по клиническому течению, методам терапии, принципам дифференцированного подхода, до сегодняшнего дня многие вопросы патогенеза, дифференциальной диагностики, терапии и профилактики осложнённых форм остаются предметом острых дискуссий, как с научной, так и с практической точки зрения. Кроме того, наблюдаемые клинико-неврологические особенности течения, психоэмоциональные изменения, нейрофизиологические и нейровизуализационные результаты не всегда определяют степень тяжести дисфункции мимических мышц при осложнённых и затяжных формах НЛН. Не имеются уточняющие их алгоритмы диагностики и решающие конкретные проблемы по лечению контрактур и синкинезий. Перечисленные проблемы стали причиной реализации данного научного направления.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в соответствии с планом научно-исследовательских работ Бухарского государственного медицинского института №03.2019.PhD048 по теме:

«Разработка новых подходов ранней диагностики, лечения и профилактики пред патологических и патологических состояний организма в условиях жаркого климата Бухарского региона» (2017-2021 г.).

Целью исследования изучить диагностические особенности, клинические, неврологические критерии развития контрактур мимических мышц при невропатии лицевого нерва на разных этапах восстановления, и оптимизация путей медикаментозной терапии.

Задачи исследования:

определить факторы риска развития тяжёлых и осложнённых форм невропатии лицевого нерва;

систематизировать клиничко-неврологические критерии дисфункции мимических мышц при невропатии лицевого нерва на разных этапах восстановления заболевания;

определить степень дисфункции мимических мышц, психоэмоциональное состояние и некоторые показатели качества жизни пациентов на разных этапах восстановления невропатии лицевого нерва;

прогнозировать возможное развитие осложнений на разных этапах восстановления невропатии лицевого нерва;

разработать пути оптимизации терапии и дифференцированного подхода на разных этапах восстановления невропатии лицевого нерва.

Объектом исследования. Исследование основано на клиничко-неврологическом анализе 163 больных с различными этапами развития заболевания, поступивших на стационарное и амбулаторное лечение в Бухарский областной многопрофильный клинический центр, частную неврологическую клинику «Кахрамон-Рахимжон», и частную клинику «FIZIOMED plus» г. Бухары в периоды с 2015 по 2020 годы.

Предметом исследования явились результаты клиничко-неврологических, нейрофизиологических, нейровизуализационных исследований.

Методы исследования. При выполнении научного исследования проведены клиничко-неврологические, нейрофизиологические, нейровизуализационные и статистические методы.

Научная новизна исследования

впервые на основании результатов клинических, нейрофизиологических, нейровизуализационных исследований выявлены патогенетические механизмы развития контрактур мимических мышц при невропатии лицевого нерва;

обоснованы факторы риска и прогнозируемые причины развития осложнений (контрактур, синкинезий) при невропатии лицевого нерва на разных этапах её восстановления;

на основании достаточно длительного динамического наблюдения пациентов выделены возможные коморбидные признаки при осложнённых формах невропатии лицевого нерва;

на основании результатов клинических, психоэмоциональных, нейрофизиологических исследований доказана эффективность нового способа лечения с применением Амантадина сульфата и Леводопы при тяжёлых, осложнённых формах невропатии лицевого нерва.

Практическая значимость работы:

на основании сопоставления клинических, нейрофизиологических, нейровизуализационных показателей выделены особенности развития вторичной контрактуры мимических мышц;

на основании динамического наблюдения выделены ранние критерии прогнозирования развития вторичной контрактуры мимических мышц;

анализ существующих программ диагностики позволили разработать алгоритмы ранней диагностики и дифференцированного лечения вторичной контрактуры мимических мышц для неврологов и врачей общей практики;

комплексное качественное и количественное нейрофизиологическое и нейровизуализационное исследование, позволившие на ранней стадии выявить риск развития осложнений невропатии лицевого нерва, могут быть использованы в условиях научно-исследовательского центра, стационарного и/или амбулаторного наблюдения.

Достоверность результатов исследования обосновывается применением современных методов и подходов, соответствие теоретических данных с полученными результатами, достаточным количеством больных, а также достоверностью полученных результатов по данным клинико-неврологических, нейрофизиологических, нейровизуализационных и статистических исследований, сопоставлением вопросов диагностики и лечебной тактики с данными отечественных и зарубежных исследователей, подтверждением результатов и выводов полномочными структурами.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Научная значимость результатов исследования заключается кроме получения достоверной прогностической информации о состоянии мимической мышцы при НЛН, ранней диагностике невропатии лицевого нерва и её осложнений, в выборе дифференцированной терапии, уменьшении дезадаптации лиц с косметическим дефектом и улучшении трудоспособности в социальной сфере.

Практическая значимость результатов исследования заключается в своевременном выявлении пациентов, более подверженных развитию осложнённых форм невропатии лицевого нерва, профилактике развития осложнённых форм, проведении реабилитационно-восстановительных мер на ранних этапах заболевания, а также уменьшении потерянных дней трудоспособности по причине развития косметического дефекта лица.

Внедрение результатов исследования. На основании полученных научных результатов по изучению клинико-неврологических особенностей невропатии лицевого нерва, а также анализа диагностики и терапии контрактуры мимических мышц лица:

утверждены методические рекомендации «Алгоритм диагностики осложнённых форм невропатии лицевого нерва», разработанные на основе научных результатов клинических и инструментальных методов исследования осложнённых форм невропатии лицевого нерва (справка Министерства здравоохранения №8н-р/150 от 23.02.2021г.). Результаты исследования позволили оптимизировать диагностику, сократить продолжительность лечения и профилактику осложнений невропатии лицевого нерва;

утверждены методические рекомендации «Метод первичной диагностики невропатии лицевого нерва», разработанные на основе научных результатов оценочных шкал степени дисфункции мимических мышц при невропатии лицевого нерва (справка Министерства здравоохранения №8н-р/151 от 23.02.2021г.). Результаты внедрения позволили повысить точность и ускорить диагностику невропатии лицевого нерва в системе первичного звена здравоохранения и повысить эффективность терапии;

полученные результаты внедрены в практическую деятельность Бухарского областного медицинского диагностического центра, Бухарских городских №5 и №1, Бухарской районной №3 семейных поликлиник и ООО «Ситораи Мохи-Хосса» г. Бухары (Заключение Министерства здравоохранения 8н-д/95 от 12.03.2021г.). Внедрение полученных результатов в практическую деятельность улучшило выбор методов диагностики, терапии и профилактики осложнённых форм невропатии лицевого нерва, способствовало сокращению продолжительности лечения и количества осложнений.

Апробация полученных результатов. Результаты научного исследования доложены и обсуждены на 5 научно-практических конференциях, в частности в частности 4-х международных и 1 республиканском семинарах и конгрессах.

Опубликованность результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 31 работ, из них 13 журнальных статей, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов кандидатских диссертаций, имеется 9 тезисов и предложен 1 патент на изобретение.

Объем и структура диссертации. Диссертация состоит из введения, 4 глав, заключения, списка использованной литературы. Объем диссертации составляет 120 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обоснованы актуальность и востребованность темы диссертации, сформулированы цель и задачи, объект и предмет исследования, приведено соответствие исследований приоритетным направлениям развития науки и технологий Республики Узбекистан, а также международный обзор по научной работе, изложены научная новизна и практическая значимость исследований, раскрыты теоретическая,

практическая необходимость полученных результатов, даны сведения по внедрению результатов исследований в практическое здравоохранение, опубликованным работам и структуре диссертации.

В первой главе диссертации **«Невропатия лицевого нерва – современный подход диагностики и лечения осложнённых форм (обзор литературы)»** проанализированы теоретические аспекты этиопатогенеза, систематизированы исследования, посвящённые современным методам диагностики и лечения невропатии лицевого нерва, и её осложнённых форм. Обзор литературы за последние 10 лет показал множество преимуществ и недостатков существующих методов, а также определил нерешенные или требующие уточнения стороны изучаемой проблемы.

Во второй главе диссертации **«Характеристика клинического материала и методов исследования»** рассмотрены основные вопросы, посвященные общей характеристике клинического материала и методов исследования, а также методы статистической обработки полученных результатов. Исследование основано на клинико-неврологическом, инструментальном анализе 163 больных с различными вариантами течения НЛН, поступивших на стационарное и амбулаторное лечение в областной многопрофильный медицинский центр, частные неврологические клиники «Кахрамон-Рахимжон» и «FIZIOMED plus» г. Бухары с 2015 по 2020 гг.

В обследование были включены 163 (100%) пациентов, из них 66 (40,5%) мужчин, 97 (59,5%) женщин, средний возраст которых составил $43 \pm 3,4$ лет и для адекватной оценки получаемых результатов в исследование включены 20 условно здоровых людей. По клиническому течению и периоду заболевания больные разделены согласно классификации В.С. Лобзина и академика А.Р. Рахимжанова (1988) на 3 группы. 1-группа, пациенты в раннем восстановительном периоде (РВП) – 53 (32,5%), 2-группа, пациенты в позднем восстановительном периоде (ПВП) – 54 (33,1%), 3-группа, больные с периодом осложнений (ПО) – 56 (34,3%), благодаря чему клинически и патогенетически были обоснованы периоды заболевания. Все обследованные пациенты, в целях соблюдения «прозрачности полученных результатов» разделены на сравнительную подгруппу, получившую стандартную терапию и основную подгруппу, получившие предлагаемый новый способ терапии. Так, при РВП (n=53) сравнительную подгруппу составили 15 (28,3%), основную 38 (71,7%) пациентов. Среди больных ПВП (n=54) сравнительную подгруппу составили 15 (27,8%), основную 39 (72,2%), в группе больных ПО (n=56) сравнительную подгруппу составили 15 (26,8%), основную 41 (73,2%) пациентов.

Оценка тяжести поражения лицевого нерва проводилась с использованием модифицированной шкалы House-Brackmann, получившая название «Шкала оценки лицевого нерва 2.0» (Facial Nerve Grading Scale–FNGS -2.0) (2009) и шкала Yanagihara System (1985). Самостоятельно пациенты заполняли шкалу индекса лицевой инвалидности FDI (Facial Disability Index) от 2014 года. Для оценки симметрии лица и синкинезий

использовали шкалу «Оценки лицевого нерва 1.0», шкала Саннибрук (Sunnybrook Facial Grading Scale (SFGS-1)) (2013). Анализ тревожных и депрессивных расстройств производилось с помощью шкалы HADS-I (оценка уровня тревоги) и HADS-II (оценка уровня депрессии) (Hospital Anxiety and Depression Scale, 1983). Из нейрофизиологических исследований использовали элекroneйромиографию и в виде нейровизуализационных исследований – мультиспиральную компьютерную томографию височной кости для измерения диаметра Фаллопиева канала.

Статистическую обработку материала проводили традиционными методами вариационной статистики, с помощью прикладных программ ЭВМ для медико-биологических исследований.

В третьей главе диссертации «**Особенности клинико-неврологических и инструментальных показателей при осложнённых формах невropатии лицевого нерва**» описаны причинно-следственные факторы, клинико-неврологические, психоэмоциональные особенности, нейрофизиологические, нейровизуализационные признаки НЛН на разных этапах восстановления.

По этиологическим факторам наблюдалось достоверное преобладание идиопатической НЛН над другими формами ($P < 0,01$), влияющие на тяжесть клинического течения. Однако относительно высокая частота, среди отягощающих, как факторов риска развития ПО наблюдались сахарный диабет, ожирение и ишемическая болезнь сердца, выявляясь у $\frac{1}{4}$ части больных. Кроме того, встречались заболевания ЛОР органов, посттравматические состояния (1,9-3,6%), беременность (5,6-14,2%). При ПО достоверно преобладали беременные женщины ($P < 0,05$).

Клинически для РВП и ПВП были характерными выраженные субъективные симптомы поражения лицевого нерва, такие как слабость мимических мышц (ММ), слезотечение, нарушение вкуса в передней $\frac{2}{3}$ языка, тогда как, при ПО основными симптомами были объективные – ложное стягивание мышц лица на стороне поражения, прозопалгии, симптом Богорада, реже отмечались ксерофтальмия, ксеростомия, гиперакузия и гипоакузия (рис.1).

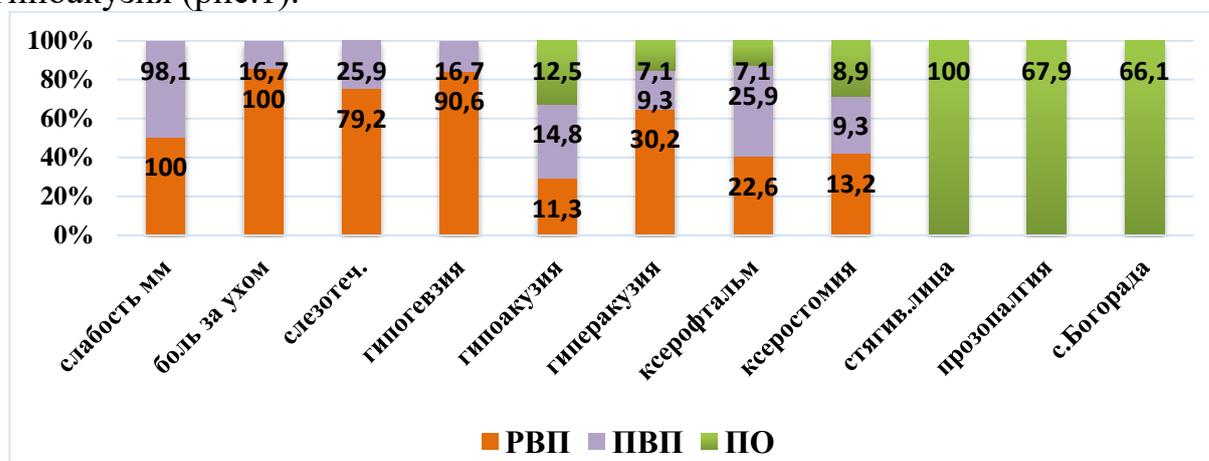


Рис.1. Особенности клинических симптомов в зависимости от стадий восстановления НЛН

Степень дисфункции оценивали по шкале House-Brackmann (FNGS-2.0), в котором I степень (N=8 балла) наблюдалась в контрольной группе (n=20), условно здоровых обследованных. Слабая дисфункция мимических мышц выявлялась исключительно у больных РВП, однако их было в небольшом количестве (1,8%). Умеренная степень дисфункции наблюдалась в 2 раза больше при РВП и ПО по сравнению с ПВП (P<0,01). Умеренно-тяжелая степень превалировала при ПВП в 1,5 раза, по сравнению РВП и ПО. Более тяжелая дисфункция мимических мышц (V степень) регистрировалась при ПО по сравнению с ПВП, превалируя в 1,3 раза, не имея статистическую разницу, тогда как по сравнению с РВП данная разница составила 2,1 раза (P<0,01), и определяла тесную корреляционную связь давности заболевания и степени дисфункции мимических мышц (r=2,7).

По шкале Yanagihara System (Y-System) умеренно-тяжелая, IV степень тяжести дисфункции мимических мышц, превалировала (55,2%) над остальными степенями, не имея межгрупповой статистической разницы. Тяжелая, V степень дисфункции наблюдалась у 1/3 (36,2%) всех обследованных, тогда как легкой и умеренной степени дисфункции мимической мышцы не выявляли ни в одной группе (рис. 2).

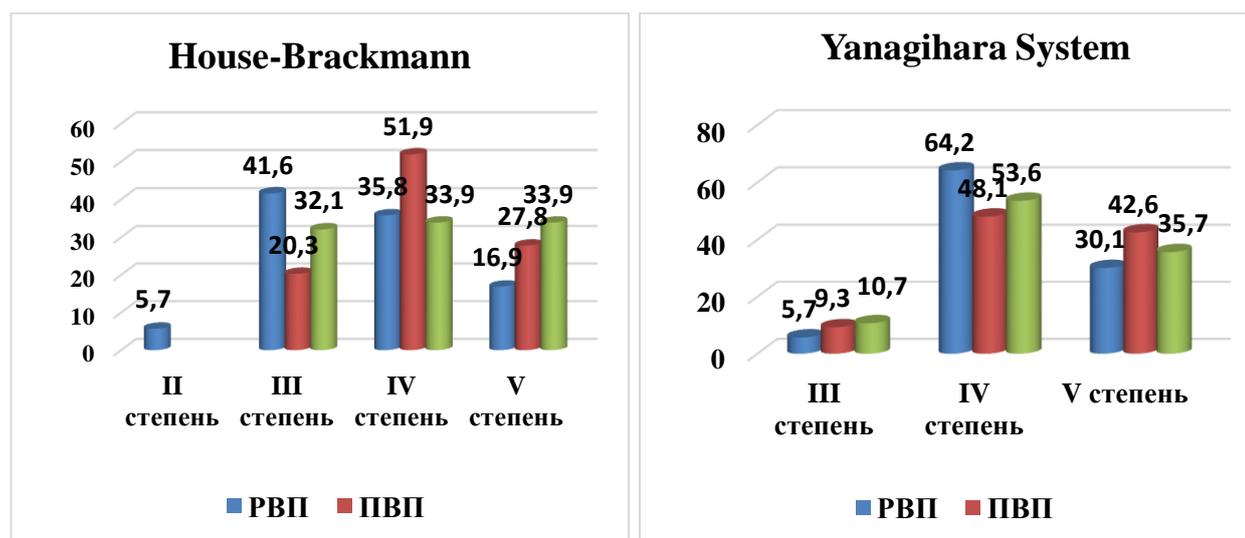


Рис. 2. Степень дисфункции мимических мышц при НЛН

Общее состояние мимических мышц лица (ОСММЛ), указывающее на степень прозоплегии и наличия синкинезии, оценено по шкале SFGS-1 (Sunnybrook Facial Grading Scale), при этом оно в группе больных РВП составило $54,1 \pm 0,98$ балла (у мужчин $55,3 \pm 1,7$ балла, женщин – $53,4 \pm 0,84$ балла). В группе больных ПВП составило $51,5 \pm 1,6$ балла (у мужчин $50,2 \pm 2,1$ балла, женщин – $52,7 \pm 1,1$ балла). В группах больных с РВП и ПВП синкинезии мышц лица не наблюдалось.

В группе больных ПО ОСММЛ за счёт наличия синкинезии оказалось достоверно высоким, по сравнению с группой больных РВП и ПВП, и достигло $61,2 \pm 1,4$ балла, составляя у мужчин – $57,5 \pm 1,8$ балла, статистически

отличаясь с показателями ПВП ($P < 0,05$), и у женщин $64,3 \pm 1,6$ балла, имея достоверную разницу с РВП ($P < 0,001$) и ПВП ($P < 0,001$) (табл. 1).

Таблица 1

Оценка состояния мимических мышц лица по шкале SFGS-1 (балл)

Шкала Sunnybrook Facial Grading Scale		Симметрия покоя	Симметрия произвольных движений	Синкинезия	Общее состояние мимических мышц лица
РВП (n=53)	муж	$16,5 \pm 0,53$	$38,8 \pm 2,0$	-	$55,3 \pm 1,7$
	жен	$16,5 \pm 0,41$	$36,2 \pm 0,97$	-	$53,4 \pm 0,84$
ПВП (n=54)	муж	$15,0 \pm 0,05^*$	$35,2 \pm 2,1$	-	$50,2 \pm 2,1$
	жен	$14,9 \pm 0,04^{**}$	$37,7 \pm 1,1$	-	$52,7 \pm 1,1$
ПО (n=56)	муж	$14,9 \pm 0,06^{**}$	$33,4 \pm 2,0^*$	$9,0 \pm 0,71$	$57,5 \pm 1,8^{\wedge}$
	жен	$15,0 \pm 0,03^{**\wedge}$	$40,3 \pm 1,8^*$	$9,0 \pm 0,48$	$64,3 \pm 1,6^{***\wedge\wedge}$

Примечание: *-достоверно по сравнению с показателями РВП (*- $P < 0,05$; **- $P < 0,01$; ***- $P < 0,001$)

\wedge -достоверно по сравнению с показателями ПВП (\wedge - $P < 0,05$; $\wedge\wedge$ - $P < 0,001$)

Для нормальной жизнедеятельности пациентов с дисфункцией лицевого нерва, как в психологическом, так и в социальном и физическом отношении значимую роль играло состояние качества жизни, в виду чего нами исследованы показатели физического (ФФ) и социального функционирования (СФ) пациентов по шкале Индекса лицевой инвалидности (FDI). Несмотря на отсутствие достоверных межгрупповых и гендерных различий между показателями ФФ и СФ, в психологическом отношении женщины больше имели состояние депрессии, с признаками уединения, избегания общества и отсутствия положительных эмоций, что, по-видимому, было связано с переживанием их в косметическом плане (табл.2). Показатели FDI имели достоверную разницу с группой контроля ($P < 0,001$).

Таблица 2

Показатели шкалы FDI в зависимости от пола

РВП (n=53)		ПВП (n=54)		ПО (n=56)		Контрольная группа (n=20)	
муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен
Физическое функционирование							
$48,0 \pm 2,9^*$	$43,2 \pm 1,9^*$	$37,9 \pm 3,5^{*\wedge}$	$43,5 \pm 1,9^*$	$38,8 \pm 2,8^{*\wedge}$	$45,5 \pm 2,1^*$	$96,4 \pm 1,4$	$98,3 \pm 1,1$
Социальное функционирование							
$38,0 \pm 1,5^*$	$35,8 \pm 0,76^*$	$44,0 \pm 2,5^{*\wedge}$	$38,9 \pm 1,4^{*\wedge}$	$42,7 \pm 2,3^*$	$41,6 \pm 1,8^{*\wedge}$	$98,6 \pm 0,53$	$97,0 \pm 1,0$

Примечание: *-достоверно по сравнению с показателями контрольной группы(*- $P < 0,001$)

\wedge -достоверно по сравнению с показателями РВП(\wedge - $P < 0,05$)

Исследование психоэмоционального фона проводилось у всех обследованных, с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS-I и HADS-II).

Во всех исследуемых группах НЛН наблюдалось в основном субклиническая и клинически выраженная тревога. При сравнительном анализе у больных РВП и ПВП отмечалось достоверное превалирование клинически выраженной тревоги над субклинической ($P<0,01$). Более того, субклиническая тревога у женщин достоверно превалировала по сравнению с мужчинами ($P<0,01$), однако, выраженность клинической тревоги не имела гендерной статистической разницы.

При ПО субклиническая и клинически выраженная тревога достоверно уступала по сравнению с РВП ($P<0,01$), в то время как, отмечалось достоверное преобладание клинически выраженной тревоги у женщин, по сравнению с мужчинами ($P<0,01$). Во всех группах указанные показатели были достоверны с результатами контрольной группы ($P<0,001$) (табл.3).

Таблица 3

Выраженность тревоги при НЛН по этапам восстановления заболевания (HADS-I, в баллах)

Степень тревоги		Субклинически выраженная тревога	Клинически выраженная тревога
РВП (n=53)	муж	9,3±0,33 [^]	14,7±0,92 [^]
	жен	10,0±0,0 [^]	15,7±0,23 [^]
	общ.	9,6±0,24 [^]	15,4±0,38 [^]
ПВП (n=54)	муж	8,8±0,20 [^]	12,0±0,0 ^{*^}
	жен	9,5±0,16 ^{**^}	12,6±1,2 ^{*^}
	общ.	9,2±0,13 [^]	12,5±1,0 ^{*^}
ПО (n=56)	муж	9,2±0,18 [^]	-
	жен	9,4±0,17 ^{**^}	10,7±1,2 ^{***^}
	общ.	9,3±0,12 [^]	10,7±1,2 ^{***^}
Контрольная группа (n=20)	муж	3,8±0,39	
	жен	4,6±0,51	
	общ.	4,0±0,32	

Примечание: *-достоверно по сравнению с показателями РВП(*- $P<0,05$; **- $P<0,01$; ***- $P<0,001$); ^-достоверно по сравнению с показателями контрольной группы (^- $P<0,001$)

По степеням депрессивного расстройства, согласно шкале HADS-II, у обследуемых больных в основном выявляли субклинически и клинически выраженную депрессию. Однако, в отличие от тревожного состояния при РВП субклиническая депрессия практически не имела гендерных различий.

В группе больных ПВП достоверно превалировала клинически выраженная депрессия ($P<0,01$), тогда как не имелась статистическая разница между гендерными различиями. Как у женщин ($P<0,001$), так и у мужчин ($P<0,01$) при ПО достоверно преобладала клинически выраженная депрессия,

что имело статистическую значимость и по отношению РВП и ПВП. Указанные результаты во всех трёх основных группах были достоверны по сравнению с показателями контрольной группы ($P < 0,001$) (табл.4).

Таблица 4

Выраженность депрессии при НЛН по этапам восстановления заболевания (HADS-II, в баллах)

Степень депрессии		Субклинически выраженная депрессия	Клинически выраженная депрессия
РВП (n=53)	муж	9,0±0,21 [^]	-
	жен	9,2±0,19 [^]	-
	общ.	9,1±0,14 [^]	-
ПВП (n=54)	муж	9,8±0,16 ^{***^}	13,7±0,31 [^]
	жен	9,7±0,29 [^]	14,5±0,39 [^]
	общ.	9,7±0,15 ^{***^}	14,2±0,28 [^]
ПО (n=56)	муж	10,1±0,13 ^{***^}	12,8±0,28 [^]
	жен	10,0±0 ^{***^}	14,9±0,32 [^]
	общ.	10,1±0,13 ^{***^}	14,1±0,27 [^]
Контрольная группа (n=20)	муж	3,8±0,39	
	жен	4,6±0,51	
	общ.	4,0±0,32	

Примечание: *-достоверно по сравнению с показателями РВП(*- $P < 0,05$; **- $P < 0,01$; ***- $P < 0,001$); ^-достоверно по сравнению с показателями контрольной группы (^- $P < 0,001$)

Целью проведения МСКТ у больных с НЛН было исследование состояния височной кости, диаметра обоих каналов (Фаллопиева) лицевого нерва (пораженного и интактного). Фаллопиев канал с каждой стороны измеряли в лабиринтном, барабанном и сосцевидном сегменте, кроме того обращали внимание на анатомическую целостность височной кости и лицевого канала. Анализировали результаты МСКТ 46 (28,2%) пациентов (РВП – 3 (6,5%), ПВП – 10 (21,7%), ПО – 33 (71,7%)) с умеренно-тяжёлым и тяжёлым течением заболевания по шкале Y-System, рецидивирующим течением НЛН, у которых имелся отягощенный семейный анамнез с частыми обострениями в различные периоды заболевания, а также пациентов с двухсторонним поражением лицевого нерва.

Следуя данным таблицы 5 и описанию показателей МСКТ, можно придерживаться точки зрения о диагностической значимости лабиринтной части Фаллопиева канала во всех обследованных группах с осложнёнными формами НЛН, тем более, что на поражённой стороне отмечалось статистически значимое уменьшение его диаметра ($P < 0,01$). Данное доказательство подтвердилось ещё и двухсторонней узкостью лабиринтной части Фаллопиева канала у больных с двухсторонним поражением лицевого нерва (табл. 5).

Таблица 5

Показатели размера отделов Фаллопиева канала на МСКТ по группам

Фаллопиев канал		Лабиринтная часть, мм		Тимпаническая часть, мм		Мастоидтоидная часть, мм	
		прав	лев	прав	Лев	прав	лев
РВП	Прав.	-	-	-	-	-	-
	Лев.	0,82±0,04	0,85±0,08	0,99±0,10	0,99±0,007	1,30±0,058	1,40±0,058
ПВП	Прав.	0,74±0,031	0,74±0,023	1,07±0,067	0,99±0,013	1,17±0,088	1,27±0,067
	Лев.	0,74±0,014*	0,69±0,027*	0,97±0,017	0,94±0,019*	1,16±0,043*	1,15±0,059*
ПО	Прав.	0,69±0,027	0,74±0,011	0,95±0,026	0,95±0,021	1,03±0,022	1,20±0,049
	Лев.	0,75±0,028	0,68±0,026*	0,96±0,012	0,95±0,011*	1,22±0,025	1,23±0,045*
	Двух сторонее пораж.	0,64±0,061	0,61±0,075	0,99±0,006	0,98±0,008	1,07±0,077	1,18±0,13

Примечание: *-достоверно по сравнению с показателями РВП (*-P<0,05)

Для оценки функции лицевого нерва и степени выраженности пареза иннервируемых мимических мышц согласно поставленным задачам, нами был проведен анализ результатов ЭНМГ по амплитуде М-ответа и его латентности, мигательного рефлекса (МР) с изучением амплитуды R1и R2 компонентов во всех трёх обследованных группах. Кроме этого, в более поздних стадиях заболевания, т.е. при ПВП и ПО исследовали показатели спонтанной активности (СА), содержащая в структуре потенциала фибрилляций (ПФ), и положительные острые волны (ПОВ). Распределение групп по степени дисфункции мимических мышц проводили согласно шкале Y-System. Исследование проводили в следующих мышцах: m. frontalis, m. orbicularis oculi и m. orbicularis oris.

При РВП и ПВП латентность М-ответа была достоверно выше на пораженной стороне лицевого нерва по сравнению со здоровой стороной и с результатами группы контроля (P<0,01). Отмечалось увеличение латентности М-ответа до 6,7±0,33 мс, которая имела тесную корреляционную связь (r=0,21) с тяжестью степени дисфункции иннервируемой мышцы. При ПО латентность М-ответа имела тенденцию к укорочению, что была взаимосвязана с выраженностью степени тяжести дисфункции ММ.

При РВП и ПВП в зависимости от степени тяжести прозопареза, показатели амплитуды М-ответа снижались до патологических значений, по увеличению степени тяжести дисфункции, уменьшалась и амплитуда М-ответа, в группе больных ПВП выявлена такая же картина, которая имела обратную корреляционную связь с тяжестью заболевания (r=-0,18). Однако, при ПО по мере увеличения степени дисфункции наблюдалось восстановление амплитуды М-ответа, все показатели были достоверными по отношению к группе контроля (P<0,001).

Наиболее диагностическое значение имели R1 и R2 компоненты мигательного рефлекса (MP), при котором у больных с РВП по мере увеличения дисфункции ММ увеличивалась их латентность по отношению к здоровой стороне. Так, при умеренной дисфункции латентность R1 на паретичной и здоровой стороне составила $17,8 \pm 1,2$ мс и $11,7 \pm 0,41$ мс, соответственно, имея достоверные различия ($P < 0,001$). Латентность R2 компонента на паретичной стороне была достоверно повышена – $43,8 \pm 0,62$ мс, тогда как на здоровой стороне она составила $35,7 \pm 1,9$ мс ($P < 0,001$). При умеренно-тяжелой дисфункции латентность R1 на паретичной и здоровой стороне была равна $18,7 \pm 0,46$ мс и $11,7 \pm 0,11$ мс ($P < 0,001$) соответственно, в то время, как латентность R2 компонента на паретичной стороне составила $43,7 \pm 0,16$ мс, на здоровой стороне $36,0 \pm 0,36$ мс ($P < 0,001$). При тяжёлой степени дисфункции ММ на стороне пареза R1 компонент не регистрировался, однако на здоровой стороне он был равен в среднем $11,1 \pm 0,13$ мс ($P < 0,01$), латентность R2 компонента на паретичной стороне составила $43,5 \pm 0,50$ мс ($P < 0,001$), а на здоровой стороне $33,5 \pm 0,73$ мс ($P < 0,01$). Амплитуда и латентность R1 и R2 компонентов снижались соответственно степени тяжести заболевания на стороне поражения. При умеренной, умеренно-тяжёлой степени эти компоненты достоверно снижались по сравнению с здоровой стороной ($P < 0,001$), однако, при тяжёлой степени R1 компонент не регистрировался. Результаты показателей компонентов MP при ПВП были близки к показателям РВП. Кроме того, при тяжелых степенях дисфункции ММ при ПВП, а тем более при ПО оценивали элементы СА – ПФ и ПОВ, увеличение которых указывало на наличие патологических синкинезий, т.е. имелась прямая корреляционная связь синкинезий с тяжестью дисфункции ММ ($r=0,33$), в то время как, полученные результаты при ПО достоверно превалировали по отношению к ПВП ($P < 0,01$).

Таким образом, увеличение латентности М-ответа до $6,7 \pm 0,33$ мс и снижение амплитуды его до патологических значений при РВП более свойственно тяжелой степени дисфункции ММ. Наличие R1 и R2 компонентов на ранних сроках заболевания независимо от величин показателей латентности и амплитуды, свидетельствует о благоприятном прогнозе заболевания, тогда как отсутствие преимущественно R1-компонента прогнозирует о не благоприятности клинического течения НЛН, с развитием тяжёлой степени дисфункции ММ, которая имеет прямую корреляционную связь с развитием контрактур и синкинезий ($r=0,38$). В отличие от этого в группе больных с ПО MP диагностического значения не имеет. Регистрация на ЭНМГ спонтанной активности, по типу потенциала фибрилляций и положительных острых волн, доказывают неизбежное развитие патологических синкинезий.

В главе IV «Анализ терапевтического подхода при осложненных формах невралгии лицевого нерва» описаны результаты предлагаемой терапии. Все обследованные пациенты, в целях соблюдения «прозрачности

результатов», разделены на сравнительную подгруппу, получившую стандартную терапию (стероидные и нестероидные противовоспалительные препараты, препараты стимулирующие метаболические процессы, витамины группы В, анальгетики, антиагреганты, физиотерапевтические процедуры), и основную подгруппу, получившую Амантадина сульфат в дозе 200 мг/сутки (таб. ПК-Мерц 100 мг по 1 табл. 2 раза) и комбинированный препарат, состоящий из Леводопы 250 мг и карбидопы 25 мг (таб. Тидомет форте в дозе ½ табл/сутки) в течение 3-х месяцев. Переносимость назначенной терапии была удовлетворительной, случаев исключения из исследования не наблюдалось (табл. 6).

Таблица 6

Группа пациентов НЛН получившие назначенную терапию

Группа больных	РВП (n=53)		ПВП (n=54)		ПО (n=56)	
	основная	сравнит.	основная	сравнит.	основная	сравнит.
абс	38	15	39	15	41	15
%	71,7	28,3	72,2	27,8	73,2	26,8

При РВП в сравнительной подгруппе в динамике лечения достоверных изменений клинической картины не наблюдали, тогда как, в основной подгруппе отмечали достоверное её улучшение ($P < 0,001$). При РВП и ПВП в основной подгруппе отмечалось достоверное уменьшение слабости мимических мышц, более за ушной области, слезотечения, нарушения вкуса на передних $2/3$ языка ($P < 0,001$), тогда как, в сравнительной подгруппе изменения были недостоверными. Также, при ПВП в основной подгруппе отмечали достоверное уменьшение ксерофтальмии и ксеростомии. При ПО динамику клинических симптомов оценивали по улучшению неприятных ощущений по типу стягивания мимических мышц, болевого синдрома на лице и симптома Богорада, которые достоверно улучшились в основной подгруппе, в отличие от сравнительной ($P < 0,001$).

По результатам шкалы Yanagihara System в основной подгруппе больных с РВП (n=38) отмечалось полное выздоровление (I степень) у 25 (65,8%), слабая дисфункция мимических мышц у 8 (21,1%) (II степень), умеренная дисфункция у 5 (13,2%) (III степень) больных. В сравнительной подгруппе (n=15) улучшения функции мимических мышц не отмечали (отсутствие I и II степени дисфункции ММ), в то время как, умеренная дисфункция (III степень) наблюдалась у 2 (13,3%), умеренно-тяжёлая дисфункция (IV степень) у 7 (46,7%), тяжёлая дисфункция (V степень) у 6 (40,0%) пациентов.

В основной подгруппе при ПВП на фоне использования Амантадина сульфата и Тидомет форте отмечалось улучшение клинических симптомов – I степень (полное выздоровление) наблюдалось у 13 (33,3%), II степень дисфункции мимических мышц у 12 (30,8%), III степень у 9 (23,1%), IV степень у 5 (12,8%) пациентов. В сравнительной подгруппе (n=15)

улучшения функции мимических мышц не отмечали (отсутствие I и III степени дисфункции ММ), в то время как, слабая дисфункция (II степень) наблюдалась у 1 (6,7%), умеренно-тяжёлая дисфункция (IV степень) у 5 (33,3%), тяжёлая дисфункция (V степень) у 9 (60,0%) пациентов. При ПО динамика функций мимических мышц после лечения была более стойкой, полного выздоровления не смогли добиться даже при добавлении Амантадина сульфата и комбинированного препарата Леводопы и Карбидопы, в отличие от других групп. Так, в основной подгруппе у 6 (14,6%) больных отмечалась II степень дефицита функции ММ, у 9 (22,0%) III степень, у 17 (41,5%) IV степень, и у 9 (22,0%) пациентов V степень. В подгруппе сравнения результаты были хуже – у 4 (26,7%) наблюдалась IV степень, у 11 (73,3%) пациентов V степень дисфункции ММ.

Изменение показателей физического и социального функционирования по шкале FDI в динамике анализировали в конце 3 месяца наблюдения. Так, в группе больных РВП наблюдалось достоверно значимое улучшение показателей FDI в основной подгруппе. В подгруппе сравнения средний балл ФФ и СФ в динамике лечения не имел достоверных различий, составляя $45,3 \pm 4,0$ и $39,2 \pm 3,7$ балла соответственно, в то время как, в основной подгруппе они составили $89,9 \pm 2,4$ и $91,1 \pm 2,1$ балла, статистически превалируя от таковых симптомов до лечения ($P < 0,001$). Среди группы больных ПВП в подгруппе сравнения средний балл ФФ и СФ составил $39,0 \pm 2,6$ и $36,5 \pm 2,5$ соответственно, практически не отличаясь от таковых показателей до лечения, тогда как, в основной подгруппе он составил $79,4 \pm 2,8$ и $79,2 \pm 3,2$ балла, показывая двухкратно улучшенные результаты ($P < 0,001$). В группе больных ПО анализируемые показатели до лечения и в сравнительной подгруппе не имели статистической разницы, как и в группе ПВП, составляя $32,3 \pm 2,0$ и $30,1 \pm 1,5$ соответственно, а в основной подгруппе они составили $51,8 \pm 2,6$ и $62,8 \pm 1,3$ балла, достоверно превышая показателей до лечения ($P < 0,001$) и уступая показателям предыдущих групп ($P < 0,05$) (рис. 3).

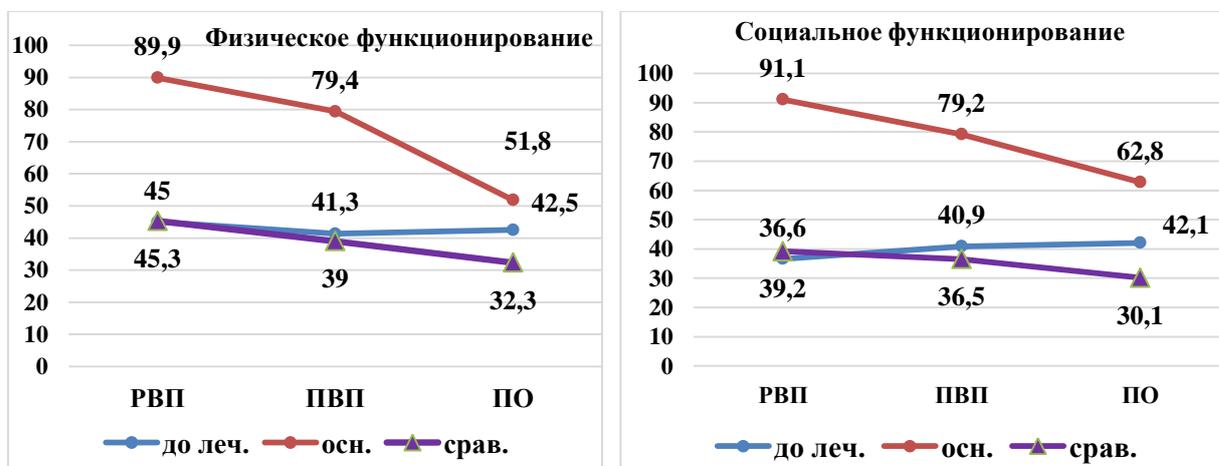


Рис. 3. Динамика физического и социального функционирования при НЛН на разных стадиях восстановления

Состояние лицевой мускулатуры анализировали также через 3 месяца по шкале SFGS-1. По данной шкале выявлено достоверное превалирование улучшения ОСММЛ в основной подгруппе по оценочной шкале SFGS-1 во всех обследованных группах ($P < 0,001$). При РВП средний балл в подгруппе сравнения составил $53,3 \pm 2,4$, не имея статистической разницы, тогда как в основной подгруппе он составил $92,9 \pm 1,7$ балла, показывая достоверно высокие результаты по сравнению с показателями до лечения ($P < 0,001$). У больных ПВП по данным SFGS-1 наблюдали практически одинаковые результаты с РВП, с достоверным улучшением симптомов в основной подгруппе ($P < 0,001$). Однако, при ПО отмечалось улучшение показателей SFGS-1 за счёт уменьшения синкинезий в пораженных мимических мышцах, а общее состояние их практически не изменялось, в связи с чем использование оценочной шкалы SFGS-1 при ПО является целесообразным и своевременным.

По шкале HADS I в основной подгруппе отмечали отсутствие клинически выраженной тревоги при РВП и уменьшение количества больных с субклинической тревогой за счёт выздоровления психоэмоционального состояния. При ПВП отмечалось достоверное уменьшение количества больных с субклинической и клинически выраженной тревогой. Однако, при ПО клинически выраженная тревога уменьшалась за счёт увеличения количества субклинически выраженной тревоги, тогда как полного выздоровления психоэмоционального состояния даже при добавлении Амантадина сульфата и препарата Леводопы не наблюдали.

Количество больных с клинически выраженной депрессией по шкале HADS-II в сравнительной подгруппе во всех стадиях заболевания достоверно увеличилось ($P < 0,01$), тогда как в основной подгруппе при РВП и ПВП отмечалось статистическое уменьшение количества больных с субклинической и клинически выраженной депрессией ($P < 0,001$, $P < 0,01$ соответственно) и выздоровление психоэмоционального статуса. Однако, при ПО отмечали наличие субклинически выраженной депрессии за счёт уменьшения количества клинически выраженной, тогда как полного выздоровления психоэмоционального статуса не наблюдали ни в одном случае.

Результаты ЭНМГ в динамике наблюдения и лечения определялись в течение трёх месяцев по показателям латентности и амплитуды М-ответа, латентности и амплитуды R1 и R2 компонентов МР во всех трёх группах, а также показателей спонтанной активности (СА) в группе больных ПВП и ПО. Как видно из рисунка 4 в группе больных РВП и ПВП в основной подгруппе латентность М-ответа по степени тяжести увеличивается, однако он оказался меньше по отношению к сравнительной подгруппе ($P < 0,001$). Только, в группе ПВП при IV степени дисфункции ММ показатели латентности М-ответа были одинаковыми с сравнительной подгруппой. Показатели латентности в основной подгруппе у больных ПО повысились

практически до предела нормы ($P < 0,001$), чего нельзя было увидеть в сравнительной подгруппе (рис.4).

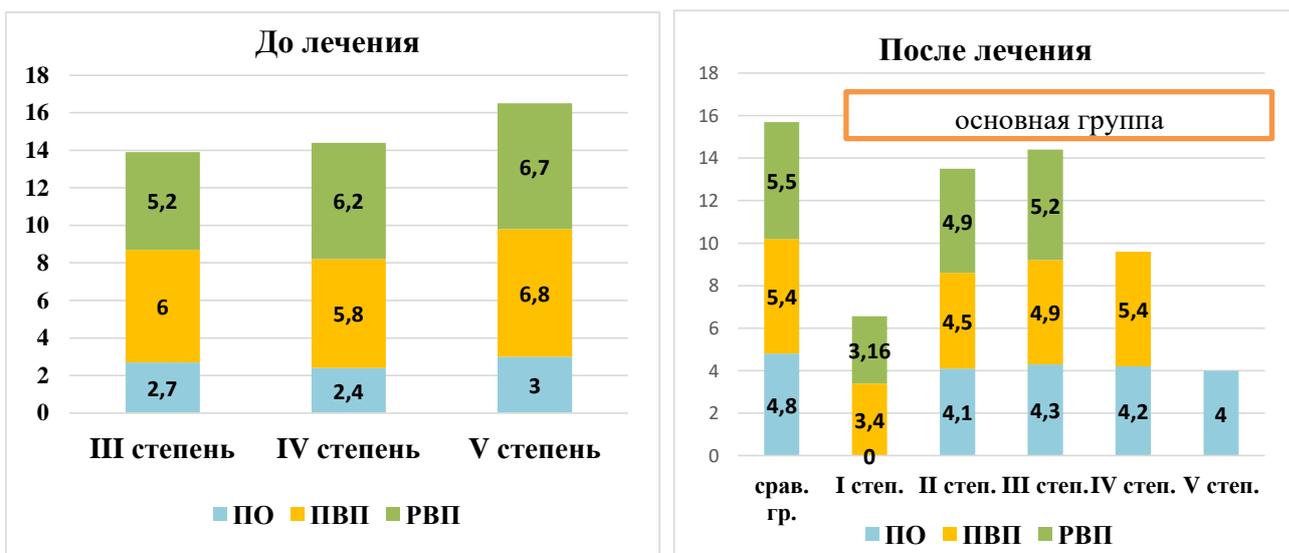


Рис. 4. Динамика латентности М-ответа, мс (<4 мс)

В динамике амплитуда М-ответа в основной подгруппе при РВП и ПВП достоверно увеличилась по сравнению с таким же показателем до лечения ($P < 0,001$). Анализируя амплитуду М-ответа при РВП и ПВП наблюдали наличие I степени активности мимических мышц, т.е. полное выздоровление, в отличие от ПО, при котором в основной подгруппе имела тенденция к уменьшению амплитуды М-ответа по сравнению до полученного лечения ($P < 0,001$), и полного выздоровления функции мимических мышц не наблюдалось (рис. 5).

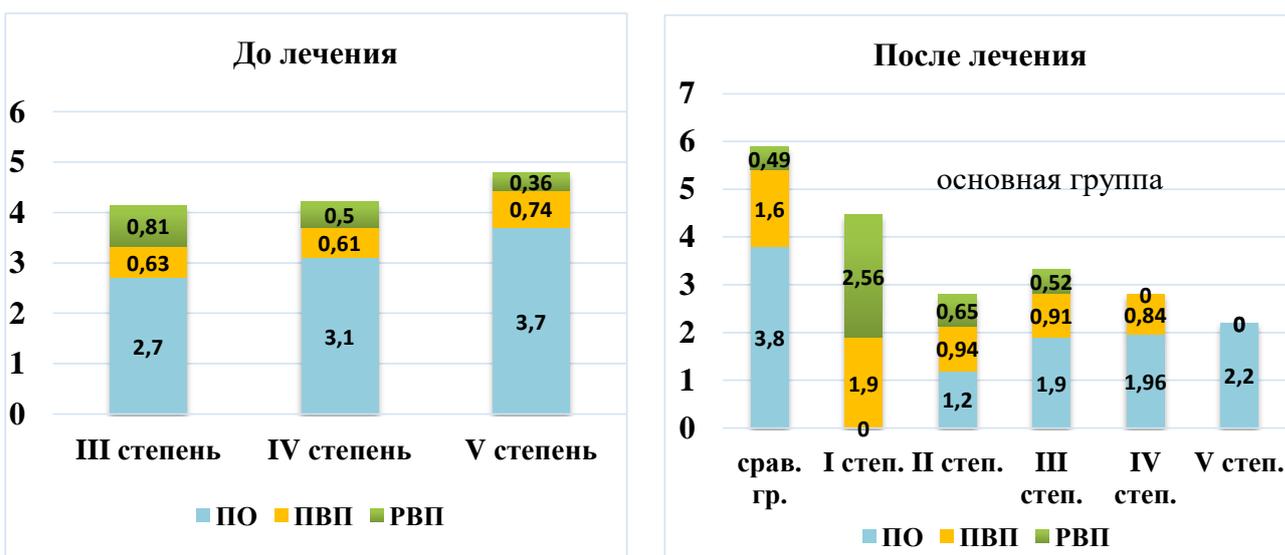


Рис. 5. Динамика амплитуды М-ответа мВ (>1 мВ)

В динамике латентность R1 и R2-компонента МР при РВП в основной подгруппе достоверно улучшалось по сравнению с подгруппой сравнения ($P < 0,01$). При ПВП наблюдали практически такую же динамику, а также отмечалось отсутствие IV и V степени дисфункции при РВП и V степень

дисфункции мимических мышц при ПВП в основной подгруппе в отличие от сравнительной подгруппы ($P < 0,001$). При ПО в основной подгруппе средний показатель латентности R1 и R2-компонента практически не отличался от сравнительной подгруппы и не имел достоверных результатов по сравнению с показателями до лечения.

При анализе показателей амплитуды R1 и R2-компонента в основной подгруппе больных РВП и ПВП отмечалось достоверное улучшение дисфункции мимических мышц ($P < 0,001$), IV и V степени тяжести после лечения не выявляли. По результатам СА (спонтанной активности) в виде наличия потенциала фибрилляции (ПФ) и положительных острых волн (ПОВ) при ПВП в основной подгруппе зарегистрированы элементы ПС при III и IV степени дисфункции ММ, в отличие от сравнительной подгруппы, где средне выявленный балл свидетельствовал о наличии грубых патологических синкинезий (ПС). В 3-группе (ПО) ПФ и ПОВ регистрировались во всех степенях дисфункции ММ, однако средний их балл в основной подгруппе был ниже по отношению к сравнительной подгруппе ($P < 0,001$).

Обобщая, можно сказать, что при нейрофизиологическом исследовании отмечалось улучшение показателей М-ответа, компонентов МР и СА во всех обследованных группах на фоне нового способа терапии с добавлением Амантадина сульфата и комбинированного препарата Леводопы и Карбидопы на фоне стандартной терапии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Наличие факторов-предикторов, таких как коморбидное состояние (25,4%) (сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, ожирение 2-3 степени), беременность (14,2%), а также отсутствие адекватной терапии ускоряет и усугубляет развитие тяжёлых, стойких и осложнённых форм невропатии лицевого нерва;

2. Для раннего и позднего восстановительного периода дисфункции мимических мышц при невропатии лицевого нерва характерными клиническими симптомами являются выраженные субъективные признаки, тогда как, для периода осложнений основным является объективная симптоматика (спазм мимических мышц лица (100,0%), прозопалгия (67,9%) симптом Богорада (66,1%)).

3. По результатам шкал House-Brackmann, Y-System, SFGS-1 в более поздних стадиях восстановления функции лицевого нерва при НЛН выявляется умеренно-тяжелая степень дисфункции при раннем восстановительном (54,7%) и позднем восстановительном периоде (51,8%), тогда как, тяжелая степень дисфункции (33,9%) отмечается в период осложнений, с наличием контрактур и синкинезий, которые требуют дифференцированный подход к терапии;

4. На всех этапах восстановления дисфункции мимических мышц на фоне невропатии лицевого нерва физическое и социальное функционирование пациента по шкале индекса лицевой инвалидности (FDI)

снижается, и формируется психопатологическое состояние, выявляемое по шкале HADS;

5. По результатам ЭНМГ мимических мышц при невропатии лицевого нерва отсутствие R1 и R2 компонента, максимального повышения амплитуды М-ответа, наличие потенциала фибриляции, положительных острых волн и спонтанной активности, сужение лабиринтной части ($<0,6$ мм) Фаллопиева канала по данным МСКТ свидетельствует о тяжелом течении заболевания и прогнозирует развитие стойких, необратимых осложнений заболевания с появлением патологических синкинезий.

6. В более поздних стадиях восстановления дисфункции мимических мышц при невропатии лицевого нерва, основываясь на результатах клинического, психоэмоционального, электронейромиографического исследования, применение Амантадина сульфат и препаратов Леводопы достоверно улучшает эффективность терапии.

**SCIENTIFIC COUNCIL PhD.04/13.05.2020.Tib.93.02 ON AWARDING
SCIENTIFIC DEGREES AT THE BUKHARA STATE MEDICAL
INSTITUTE**

BUKHARA STATE MEDICAL INSTITUTE

RAKHMATOVA DILBAR ISMATILLOEVNA

**DIAGNOSTIC FEATURES, CLINICAL AND NEUROLOGICAL
CRITERIA FOR THE DEVELOPMENT OF FACIAL NERVE
CONTRACTURES AND WAYS TO OPTIMIZE DRUG THERAPY**

14.00.13 – Neurology

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

BUKHARA – 2021

The topic of the dissertation of the Doctor of Philosophy (PhD) in Medical Sciences is registered in the Higher Attestation Commission under the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan under B2019.2.PhD/Tib926.

The dissertation was completed at the Bukhara State Medical Institute.

The abstract of the dissertation in three languages (Uzbek, Russian and English (summary)) is available on the website of the Science Council (www.bsmi.uz) and in the information and educational portal «ZiyoNet» (www.ziynet.uz).

Supervisor

Sanoeva Matlyuba Jakhonkulovna
Doctor of Medical Sciences

Official opponents

Turuspekova Saule Tleubergenovna
Doctor of Medical Sciences
(The Republic of Kazakhstan)

Kilichev Ibadulla Abdullaevich
Doctor of Medical Sciences, professor

Lead institution

Samarkand State Medical Institute

The defense of the dissertation will take place on “___” of “_____”, 2021 at _____ at a meeting of the Scientific Council PhD 04/13.05.2020.Tib.93.02 at the Bukhara State Medical Institute (Address: 200118, Bukhara, str. Navoi, house 1. Tel / fax: +99865 223 00-50, Website: www.bsmi.uz, e-mail: buhme@mail.ru).

The thesis can be found in the Information Resource Center of the Bukhara State Medical Institute (registered under No. ____). (Address: 200118, Bukhara, Navoi str., Building 1. Tel / fax: +99865 223 00-50, Website: www.bsmi.uz, e-mail: buhme@mail.ru).

Thesis abstract has been sent on “___” of “_____”, 2021

(Mailing protocol register No. ____ from “___” of “_____”, 2021).

D.T. Xodjjeva

Chairman of the scientific council on awarding of the scientific degrees, Doctor of medical sciences, assistant professor

S.S. Pulatov

Scientific Secretary of the Scientific council on Award of Scientific degrees, Doctor of Philosophy, assistant professor

G.A. Ikhtiyarova

Chairman of the Scientific Seminar of the Scientific Council on awarding of the scientific degrees, Doctor of Medical Sciences, professor

The aim of the research is to study the diagnostic features, clinical, neurological criteria for the development of contractures facial muscles neuropathy at different stages of recovery, and to optimize the ways of drug therapy.

The object of the research were 163 patients, age from 16 to 74 years, who received outpatient and inpatient treatment at the regional multidisciplinary medical hospital of Bukhara, private clinics «Kakhramon-Rakhimjon», «FIZIOMED plyus» in 2015-2020.

Scientific novelty of the research is as follows:

- for the first time, on the basis of the results of clinical, neurophysiological, neuroimaging studies, the pathogenetic mechanisms of the development of contractures of facial muscles are shown in facial nerve neuropathy;

- substantiated risk factors and predictable causes of complications (contractures and synkinesias) of facial nerve neuropathy at different stages of its recovery;

- on the basis of a sufficiently long dynamic observation of patients, possible comorbid signs in complicated forms of neuropathy of the facial nerve were identified;

- based on the results of clinical, psychoemotional, neuro-physiological studies, the effectiveness of a new method of treatment with the use of Amantadine sulfate and Levodopa in severe, complicated forms of neuropathy of the facial nerve has been proved.

Implementation of the research results. Based on the obtained clinical, neurological, diagnostic features and results of therapy for neuropathy of the facial nerve and its complicated forms:

approved the methodological recommendation "Algorithm for the diagnosis of complicated forms of facial nerve neuropathy" (certificate of the Ministry of Health No.8n-r /150 dated 23.02.2021). The results of the study made it possible to optimize the diagnosis, shorten the duration of treatment and prevent complications of facial nerve neuropathy;

approved the methodological recommendation "Method of primary diagnosis of facial nerve neuropathy" (certificate of the Ministry of Health No.8n-r /151 of 23.02.2021). The results of the implementation made it possible to improve the accuracy and speed up the diagnosis of facial nerve neuropathy in the primary health care system and increase the effectiveness of therapy;

the results obtained were introduced into the practical activities of the Bukhara Regional Medical Diagnostic Center, Bukhara City No. 5 and No. 1, Bukhara District No.3 Family Polyclinics and LLO "Sitorai Mokhi-Hossa" of Bukhara (Conclusion of the Ministry of Health 8n-d /95 dated 12.03.2021). The implementation of the results obtained in practice has improved the choice of methods for diagnosis, therapy and prevention of complicated forms of facial nerve neuropathy, contributed to a reduction in the duration of treatment and the number of complications.

The structure and volume of the dissertation. The dissertation consists of an introduction, 4 chapters, conclusion, and a list of references. The volume of the dissertation is 120 pages.

НАШР ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (Часть I; Part I)

1. Рахматова Д.И., Уринов М.Б. Ўткир юз нерви невропатиясини даволашда электростимуляцияли игнарефлексотерапиянинг самарадорлиги // Неврология. - Ташкент, 2012. - №3(53). - С. 12-13 (14.00.00, №4).

2. Рахматова Д.И., Саноева М.Ж. Новые возможности оценки клинико-неврологических показателей формирования контрактур лицевого нерва у больных с коморбидными состояниями // Неврология. - Ташкент, 2019. - №1 (77). – С. 26-28. (14.00.00, №4).

3. Рахматова Д.И. Нетрадиционные методы терапии невропатии лицевого нерва на разных этапах развития заболевания // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд, 2019. - №2 (109). - С. 180-183 (14.00.00, №19.).

4. Рахматова Д.И. Особенности клинического течения невропатии лицевого нерва коморбидного с соматической патологией // Тиббиётда янги кун. – Бухара, 2019. - №3(27). - С. 222-226 (14.00.00, №22.).

5. Рахматова Д.И. Оптимизация прогнозирования осложнений нейропатии лицевого нерва по результатам электронейромиографии // Неврология. – Ташкент, 2019. - №4(80). - С. 21-24 (14.00.00, №4.).

6. Рахматова Д.И. Оптимизация терапии тяжёлых форм невропатии лицевого нерва // Тиббиётда янги кун. – Бухара, 2020. - №1(29). - С. 351-354 (14.00.00, №22.).

7. Rakhmatova D.I. Features of the clinical course of Facial Neuropathy in Patients with other somatic pathologies // Тиббиётда янги кун. – Бухара, 2020. - №2(30). - С. 515-518 (14.00.00, №22.).

8. Рахматова Д.И. Эффективность препарата кентрон при тяжёлых форм невропатии лицевого нерва // Тиббиёт Академияси Ахборотномаси. – Ташкент, 2020. - №1. – С. 146-149 (14.00.00, №13.).

9. Рахматова Д.И., Саноева М.Ж. Электрмиографические корреляты и нетрадиционные методы лечения осложнённых форм невропатии лицевого нерва // Биомедицина ва амалиёт журнали. – Ташкент, 2020. - №2. – С. 671-678 (14.00.00, №24.).

10. Rakhmatova D.I. Forecasting of complications of facial nerve neuropathy according to the results of electroneuromyography // World journal of pharmaceutical research. – Индия, 2020. –Vol. 9, Issue 5. - P. 1547-1555. SJIF (14.00.13, Impact Factor 8.084.)

11. Rakhmatova D.I. Opportunities Of Acupuncture In Treatment Of Facial Nerve Neuropathy // European Journal of Molecular & Clinical Medicine. ISSN 2515-8260 Volume 07, Issue 07, 2020. – P. 567-572. (SCOPUS/Q-4.)

12. Рахматова Д.И., Саноева М.Ж. Анализ причинно-наследственных факторов, предрасполагающих развитию осложнённых форм невропатии

лицевого нерва // Журнал неврологии и нейрохирургических исследований. - Ташкент, 2021. - №2. - С. 18-20 (14.00.00).

13. Рахматова Д.И. Особенности психоэмоциональных расстройств больных с осложнёнными формами // Журнал неврологии и нейрохирургических исследований. - Ташкент, 2021. - №2. - С. 39-41 (14.00.00).

II бўлим (Часть II; Part II)

14. Рахматова Д.И., Ахророва Ш.Б., Пулатов С.С. Сроки восстановления лицевого нерва при параличе Белла в зависимости от стороны поражения и пола // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд, 2012. - № 2(69). - С. 11-13.

15. Рахматова Д.И., Ахророва Ш.Б., Рахматова С.Н. Частота встречаемости и факторы провакации паралича Белла // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд, 2012. - № 2(69). - С. 14-16.

16. Рахматова Д.И., Пулатов С.С. Электростимуляция при острой невропатии лицевого нерва // «Молодёжная наука и современность» Материалы 81-й Всероссийской научной конференции студентов и молодых учённых с международным участием посвящённой 81-летию КГМУ. - Курск, 2016. - С. 461.

17. Рахматова Д.И., Пулатов С.С. Эффективность электростимуляции при лечении острой невропатии лицевого нерва // Сборник статей VIII международной научной конференции «Современные направления в науке и технологии». – Ташкент, 2016. -С. 392-394.

18. Рахматова Д.И. Эффективность иглорефлексотерапии с электростимуляцией при острой невропатии лицевого нерва // Маджидовские чтения. Неврология, 2018. - №4(76). – С. 94-95.

19. Rakhmatova D.I., Sanoeva M.J. Clinical Course of Facial Nerve Neuropathy in Patients with Comorbid Condition // International Journal of Research. – India, 2018. - № 4. – P. 532-539.

20. Рахматова Д.И. Особенности течения невропатии лицевого нерва у больных с коморбидными состояниями // “Метаболик синдром ва дисметаболизмнинг бошка турлари: муаммо ва ечимлар” Научно-практическая конференции неврологов с международным участием. – Ташкент, 2019. – С. 103-104.

21. Рахматова Д.И. Значимость электронейромиографии в прогнозировании развития осложнений нейропатии лицевого нерва // Неврология. Маджидовские чтения. – Ташкент, 2019. - №4(80). - С. 91-92.

22. Rakhmatova D.I., Sanoyeva M. Importance of electromyography in forecasting of development of complications of neuropathy of facial nerv POD 200 // Abstracts of 5rd Congress of the European Academy of Neurology. - Oslo, Norway, 2019.

23. Рахматова Д.И. Роль электронейромиографии в прогнозировании тяжелых форм невропатии лицевого нерва // Сборник материалов международной конференции студентов медиков и молодых учёных. – Бухара, 2020. - С. 186-188.

24. Рахматова Д.И. Особенности течения прозопареза при рассеянном склерозе // Сборник материалов международной конференции студентов медиков и молодых учёных. – Бухара, 2020. - С. 188-189.

25. Рахматова Д.И. Раннее прогнозирование осложненных форм невропатии лицевого нерва и оптимальный терапевтический подход // Научно-практическая конференции неврологов с международным участием, посвященной 30-летию независимости Республики Казахстан. - Казахстан, 2021.

26. Рахматова Д.И. Оптимальные пути прогнозирования и терапевтический подход к осложнённым формам невропатии лицевого нерва в зависимости от периодов восстановления // “Актуальные вопросы неврологии” научно-практическая конференции неврологов с международным участием. – Ташкент, 2021.

27. Rakhmatova D.I. Diagnostic methods for predicting complicated forms of facial nerve neuropathy // “Europe, science and we”. International conference. – Praha, 2021. - P. 21-23.

28. Rakhmatova D.I. Somatic pathologies aggregating the restoration process of facial nerve neuropathy // “Scientific ideas of young scientists” Scientific and international conference. – Warsaw, Poland, 2021. - P. 23-24.

29. Рахматова Д.И. Психодинамическое исследование больных с вторичной контрактурой невропатии лицевого нерва // International conference «Science and education» – Antalya, Turkey, 2021. – P. 65-67.

30. Рахматова Д.И., Саноева М.Ж. Алгоритм диагностики осложненных форм невропатии лицевого нерва // Методические рекомендации. – Бухара, 2021.

31. Рахматова Д.И., Саноева М.Ж. Метод первичной диагностики нейропатии лицевого нерва для профилактики осложнённых форм // Методические рекомендации. – Бухара, 2021.

32. Рахматова Д.И., Саноева М.Ж. IAP19548 Способ лечения больных с осложнёнными формами невропатии лицевого нерва (НЛН). Патент. Регистрационный номер №IAP2021 0390, 30.07.2021 г.

Автореферат “Дурдона” нашриётида таҳрирдан ўтказилди ва ўзбек, рус ва инглиз тилларидаги матнларнинг мослиги текширилди.

Босишга рухсат этилди: 30.08.2021. Бичими 60x84 1/16. Рақамли босма усулида босилди. Times New Roman гарнитураси. Шартли босма тобоғи: 3.5.
Адади 100 нусха. Буюртма № 176

Гувоҳнома АИ № 178. 08.12.2010.
“Sadriiddin Salim Vuxoriy” МЧЖ босмаҳонасида чоп этилди.
Бухоро шаҳри, М.Иқбол кўчаси, 11-уй. Тел.: 0(365) 221-26-45

