

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

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

ҚАСИМОВ АРСЛАНБЕК АТАБАЕВИЧ

**ПОСТТРАВМАТИК ЭПИЛЕПСИЯНИНГ СОМАТИК КАСАЛЛИКЛАР
ҲАМРОҲЛИГИ ФОНИДАГИ ДИАГНОСТИКА ВА КЛИНИКАСИ
ХУСУСИЯТЛАРИ**

14.00.13- Неврология

**ТИББИЁТ ФАHLАРИ 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 doctor of philosophy (PhD)

Қасимов Арсланбек Атабаевич

Посттравматик эпилепсиянинг соматик касалликлар ҳамроҳлиги фонидagi
диагностика ва клиникаси хусусиятлари..... 5

Қасимов Арсланбек Атабаевич

Особенности диагностики и клиники посттравматической эпилепсии на фоне
сопутствующих соматических заболеваний..... 25

Qasimov Arslanbek Atabaevich

Features of diagnosis and clinical presentation of post-traumatic epilepsy against
the background of concomitant somatic diseases 47

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works 50

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

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

ҚАСИМОВ АРСЛАНБЕК АТАБАЕВИЧ

**ПОСТТРАВМАТИК ЭПИЛЕПСИЯНИНГ СОМАТИК КАСАЛЛИКЛАР
ҲАМРОҲЛИГИ ФОНИДАГИ ДИАГНОСТИКА ВА КЛИНИКАСИ
ХУСУСИЯТЛАРИ**

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/Tib919 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Самарқанд 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.ziyounet.uz) жойлаштирилган.

Илмий раҳбар: **Абдуллаева Наргиза Нурмаматовна**
тиббиёт фанлари доктори профессор

Расмий оппонентлар: **Мамедбейли Айтен Кямал кызы**
тиббиёт фанлари доктори, профессор,

Артикова Мавлюда Абдурахмановна
тиббиёт фанлари доктори, доцент,

Етакчи ташкилот: **Тошкент тиббиёт академияси**

Диссертация ҳимояси Бухоро давлат тиббиёт институти ҳузуридаги PhD.04/13.05.2020.Tib.93.02 рақамли Илмий кенгаш асосидаги бир марталик 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 (№125 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

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Дунё бўйича посттравматик эпилепсиянинг соматик касалликлар фонида учраши аҳоли орасида энг кенг тарқалган неврологик патологиялардан бири бўлиб, сўнгги йилларда бажарилаётган кўплаб илмий тадқиқотлар, ушбу патологиянинг олдини олиш, юқори хавф гуруҳларини аниқлашга бағишланмоқда. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ), эпилепсияга қарши курашиш лигаси (ILAE) маълумотларига кўра «посттравматик эпилепсиянинг йўлдош соматик касалликлар билан биргаликда учраши 1,9%дан 3,7%гача тўғри келишини таъкидламоқда»¹.

Жаҳон миқёсида посттравматик эпилепсиянинг соматик касалликлар фонида келиб чиқиш сабабларини ўрганиш, унинг кечиши ва даволаш тактикаси натижалари бўйича юқори самарадорликка эришиш мақсадида қатор илмий тадқиқотлар амалга оширилмоқда. Жумладан, ҳамроҳ соматик касалликлар фонида посттравматик эпилепсия билан касалланган беморларда нейрофизиологик диагностика, электроэнцефалография ва транскраниал доплерография ўтказиб, эпилепсиянинг хавф омилларини аниқлаш, соматик касалликлар фонида посттравматик эпилепсияси булган беморларда марказий асаб тизими ҳолатини нейрopsихологик тестлар ёрдамида когнитив бузилишлари ривожланганлик даражасини ўрганиш ва баҳолаш, соматик касалликлар фонида посттравматик эпилепсия билан беморларда нейрофизиологик ўзгаришлар динамикасини ўрганиш, соматик касалликлар фонида посттравматик эпилепсияси бор булган беморлар орасида ногиронлик ҳамда ўлим ҳолатларини камайтириш учун замонавий чора-тадбирларни ишлаб чиқиш, илмий тадқиқотларнинг устувор йўналиши бўлиб келмоқда.

Мамлакатимизда тиббий хизмат кўрсатишни янги даражага кўтариш, посттравматик эпилепсиянинг соматик касалликлар фонида келиб чиқадиган ногиронликни камайтириш мақсадида эпилепсияни эрта ташхислаш ва даволаш, профилактик чора-тадбирлари борасида мақсадли ислохотлар амалга оширилмоқда. Бу борада соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирларда «мамлакатимизда аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдамнинг самарадорлиги, сифати ва оммабоплигини ошириш, шунингдек, тиббий стандартлаштириш тизимини шакллантириш, ташхис қўйиш ва даволашнинг юқори технологик усулларини жорий қилиш, патронаж хизмати ва диспансеризациянинг самарали моделларини яратиш орқали, соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватлаш ва касалликларни профилактика қилиш»² каби вазифалар белгиланган. Бу борада, аҳолига тиббий хизмат кўрсатиш сифатини янги босқичга кўтариш, айниқса, соматик касалликлар фонида посттравматик эпилепсия касаллигини ташхислаш ва даволашда замонавий тиббий хизмат

¹Gaitatzis A, Carroll K, Majeed A, Sander JW. The epidemiology of the comorbidity of epilepsy in the general population. *Epilepsia*. 2004; 45: 1613-1622.

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

кўрсатиш даражасини яхшилаш ва сифатли тиббий хизмат кўрсатишда замонавий технологияларни қўллаш, беморлар орасида ногиронлик ва ўлим кўрсаткичларини камайтириш, касаллик келтириб чиқарувчи омилларни ташхислаш ва даволашга янгича ёндашувларни ишлаб чиқиш муҳим аҳамият касб этади.

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 чоратадбирлари тўғрисида»ги Фармони, 2020-йил 10-ноябрдаги ПҚ-4887-сонли «Аҳолининг соғлом овқатланишини таъминлаш бўйича қўшимча чоратадбирлар тўғрисида»ги ва 2020-йил 12-ноябрдаги ПҚ-4891-сонли «Тиббий профилактика ишлари самарадорлигини янада ошириш орқали жамоат саломатлигини таъминлашга оид қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида»ги қарорлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишда ушбу диссертация тадқиқот иши муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги: диссертация иши республика фан ва технологияларини ривожлантиришнинг V “Тиббиёт ва фармакология” устувор йўналиши доирасида бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Жаҳон миқёсида хозирга қадар олиб борилган илмий тадқиқотлардан олинган натижалар шуни кўрсатадики, Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) тадқиқотларига кўра, эпилепсия патогенезида церебралнейротрофик омил (CNF), нервнинг ўсиш омили (NGF), нейротрофинлар-3 (NT-3) ва 4/5 (NT-4/5) кўпроқ аҳамиятга эга эканлигини кўрсатади (Котов А.С., 2019; Захаров А.В., 2019; Mishra, M., Singh, R., 2020 Likhтерman L.V., 2021). Посттравматик эпилепсия хуружларининг кўпроқ қайталанишига тўртки сифатида бош мия қон томирларидаги стеноз сабаб бўлиши мумкинлиги келтирилган, йўлдош соматик касаллиги бўлган беморларда стенозли жараёнлар 50%дан кўпроқ учраши, бу катта томирларнинг окклюзив шикастланишига ва бош миёда ишемик жараёнларнинг содир бўлишига, ўз навбатида эпилептик хуружларнинг ривожланишига олиб келади (Ахмедиев М.М., 2017; Gupta P.K., Sayed N., 2018; Рудакова И.Г., 2019)

Посттравматик эпилепсиянинг юрак қон томир касалликлари билан биргаликда кечтишда ангиография ва ультратовуш текширув маълумотларига кўра, магистрал артерияларининг стенози ва окклюзиялари, енгил даражадаги атеросклеротик стенозларга нисбатан кўпроқ учраш экан (Муратов Ф.Х., Мухамеджанова Н.М., 2020; Strauss E., Loring D., 2021; Fritz N.E., 2021). Эпилепсия патофизиологиясининг асосида бош мия кулранг моддаси нейронларининг шикастланиши, бунинг натижасида эпилептоген ўчоқлар шаклланишига олиб келиб, шикастланган нейронларининг қўплаб тўпланиши, мембрана потенциалининг силжишига ва деполяризациясига олиб келади (Давлетярова У.М., 2018; Курбанова С.А., 2015). Компьютер томография текшируви посттравматик эпилепсияда бош миёнинг бошқа

касалликлари бор беморларда посттравматик характердаги суяк нуқсонларининг чандикли атрофик ўзгаришини, посттравматик кисталар, посттравматик гематомалар, инсультлар, инфекциян яллиғланиш касалликлари, ўсма касалликларида чуқур жойлашган ўчоқлар зичлигининг пасайиши ёки ортишини аниқлаб беради (Макаров А.Ю., Садыков Е.А., 2019; Мирзаев Ж.Б., 2017).

Сўнгги йилларда посттравматик эпилепсиянинг соматик касалликлар билан кечишида, эпилепсияга қарши комплекс даво чоралари сифатида антиоксидантлар ва ноотропларнинг ишлатилиши тўлиқ ўз самарасини бериши аниқланган (Гафуров Б.Г., 2019; Najafi M.R., Tabesh H., 2021). Посттравматик эпилепсиянинг соматик касалликлар билан кечишида руҳият, шахсият ўзгариши, конгнитив нуқсонларни ривожланиши ҳам муҳим рол ўйнайди, бу эса ташхисий алгоритмларни ва даво чораларини ишлаб чиқишга адекват ёндашувни талаб қилади (Сидиков А.А., 2020; Рахимбаева Г.С. 2019; Воронкова К.В., 2017). Мамлакатимизда посттравматик эпилепсиянинг клиник белгилари, уларни текширув усуллари ва даволашга бағишланган қатор тадқиқотлар амалга оширилган (Абдуллаева Н.Н., 2020; Ибодуллаев З.Р., 2018; Курбанова С.А., 2021). Шунингдек, ёш олимларнинг тадқиқотларида посттравматик эпилепсия ва унинг клиник кечишини оғирлаштирувчи омилларга эътибор қаратилиб, уларга давлатимиз томонидан кўрсатилаётган юксак эътибори натижасининг тиббий ва ижтимоий жиҳати таҳлил этилган. Шу билан бирга, кузатувлар Самарқанд вилояти ҳудудида беморлар орасида посттравматик эпилепсиянинг соматик касалликлар бирга учраши ҳамда уни самарали ва иқтисодий қулай ташхислаш усуллари тўлиқ ўрганилмаганлигидан далолат бермоқда. Бу эса ушбу йўналишдаги тадқиқотларни амалга ошириш долзарб илмий-амалий аҳамиятга эгаллигини кўрсатади.

Диссертация мавзусининг диссертация бажарилган олий таълим муассасаси илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Самарақанд давлат тиббиёт институти илмий-тадқиқот ишлар режасининг №011400196 «Посттравматик касалликлар билан боғлиқ соматик касалликларни чуқур ўрганиш ва эрта аниқлаш муаммолари» мавзусидаги илмий-тадқиқот ишлари режаси доирасида бажарилган.

Тадқиқот мақсади: ҳамроҳ соматик касалликлар, шу жумладан юрак-қон томир касалликлари негизида посттравматик эпилепсияси бўлган беморларда, касалликнинг диагностикаси ва клиникасининг хусусиятлари ҳамда даволаш усуллари тақомиллаштиришга қаратилган тавсияларни ишлаб чиқишдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

посттравматик эпилепсия соматик касалликлар фонида хуружларнинг шакли, клиник турлари ва кечиши хусусиятларини аниқлаш;

посттравматик эпилепсия соматик касалликлар билан биргаликда кечишида нейрофизиологик (электроэнцефалография, транскраниал доплерография) ва нейвизуал (МРТ) ташхислаш усулларида комплекс

равишда фойдаланиб, бош миядаги ўзгаришларни узига хослигини баҳолаш;

посттравматик эпилепсия соматик касалликлар фонида беморларда марказий асаб тизими ҳолатини нейропсихологик тестлар ёрдамида когнитив бузилишлар ривожланганлик даражасини баҳолаш;

посттравматик эпилепсия соматик касалликлар фонида кечишида беморларда комплекс даво чора тадбирларини ўтказиб, клиник ва нейрофизиологик ўзгаришлар динамикасини ўрганиш.

Тадқиқотнинг объектини посттравматик эпилепсия ташхиси билан 45 ёшдан 65 ёшгача бўлган 110 нафар (65 нафарида кўшимча йўлдош соматик касаллиги бор бўлган, 45 нафар бемор эса посттравматик эпилепсия ташхиси билан) ҳамда 48 нафар идиопатик эпилепсияси бўлган беморлар ташкил қилди. Барча беморлар Самарқанд давлат тиббиёт институтининг 1-сон клиникасининг неврология бўлимида текширувдан ўтказилди.

Тадқиқотнинг предмети. ЭКГ, ЭхоКГ, Холтер мониторинги, УТТ, ЭЭГ, ЭхоЭС, ТКДГ ва МРТ (МСКТ) кўрсаткичлари натижаларидан фойдаланилди.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқотда клиник неврологик, клиник-лаборатор текширувлар, инструментал текширув усуллари (ЭЭГ, ТКДГ, нейровизуализация (бош мия МРТ текшируви), нейропсихологик тестлар MMSE шкаласи, Гамильтон депрессия шкаласи ва статистик ишлов бериш аналитик усулларидан фойдаланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

посттравматик эпилепсиянинг соматик касалликлар билан кечишида беморларда электроэнцефалография кўрсаткичлари асосида хуружларнинг ривожланишини ўзига хос шакиллари исботланган.

посттравматик эпилепсиянинг соматик касалликлар билан кечишида беморларда электроэнцефалография, магнитли резонанс томография ва транскраниал доплерография кўрсаткичлари уйғунлаштирилган ҳолда кулланилиши, касалликни даволаш ва оғир асоратларини олдини олишда юқори самара бериши исботланган;

посттравматик эпилепсиянинг соматик касалликлар билан биргаликда кечишида беморлардаги когнитив бузилишларни нейропсихологик тестлар ёрдамида аниқлаш ва бартараф этиш, уларнинг ҳаёт тарзини яхшилаш омилларидан бири эканлиги исботланган;

посттравматик эпилепсия соматик касалликлар билан кечадиган беморларда, электроэнцефалография, магнитли резонанс томография, транскраниал доплерография текширувлари ҳамда нейропсихологик тест натижалари мониторинги асосида даволашнинг оптимал тактикаси ишлаб чиқилган;

посттравматик эпилепсиянинг соматик касалликлар билан биргаликда кечишида келиб чиқадиган муаммолар ва оғир оқибатлар ривожланишини ўз вақтида олдини олиш мақсадида бир қатор чора-тадбирлар, лаборатор ва инструментал текширув стандартлари ишлаб чиқилиб, амалиётга татбиқ этилган;

посттравматик эпилепсиянинг соматик касалликлар билан кечишида беморларда неврологик ва нейрофизиологик ўзгаришларни қиёсий таҳлил қилиш орқали, соматик касалликларнинг ўткир даврида эпилептик хуружларни бартараф қилиш чоралари ишлаб чиқилган;

даволашни янада такомиллаштириш учун посттравматик эпилепсия соматик касалликлар фонида кечадиган беморларда асаб тизими, психоэмоционал ва когнитив ҳолатлар ўртасидаги ўзаро боғлиқлик аниқланган;

посттравматик эпилепсиянинг соматик касалликлар ҳамроҳлигида кечишида беморлар бош мия ярим шарларининг гемодинамикаси кўрсаткичларини ўрганиш, мазкур патологияга эрта ташхис қўйиш ва унинг клиник кечишининг ўзига хос хусусиятларини прогноз қилиш имконини беради. Посттравматик эпилепсиянинг соматик касалликлар билан биргаликда кечишида, унинг асоратлари хавфини камайтириш учун самарали даволаш-профилактика чоралари ишлаб чиқилган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги тадқиқотда замонавий усуллар ва ёндашувларнинг қўлланилганлиги, назарий маълумотлар олинган натижалар билан мос келиши, олиб борилган текширувларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, беморлар сонининг етарлича бўлганлиги, умумклиник, функционал диагностик, статистик тадқиқот усулларига асосланганлиги, тадқиқот натижаларининг халқаро ва маҳаллий тадқиқотлар билан таққосланганлиги, хулоса, олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқланганлиги ва натижаларнинг ишончлилиги билан асосланади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.

Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундаки, посттравматик эпилепсия соматик касалликлар билан кечишида, беморларда электроэнцефалография, транскраниал доплерография натижалари асосида церебрал гемодинамикасидаги бузилишларни олдини олиш, беморларда марказий асаб тизими ҳолатини нейропсихологик тестлар ёрдамида когнитив бузилишлар ривожланганлик даражаси баҳоланганлиги, ушбу гуруҳ беморларда профилактик терапиянинг самарадорлиги исботланганлиги, шунингдек, коррекцион терапияни ишлаб чиқиш, беморлар организмни ўрганишга доир неврология соҳасидаги илмий тадқиқотларни такомиллаштиришга ўзининг салмоқли ҳисса қўшиши, олинган натижалар назарий ва амалий тиббиётда янги ўзига хос жиҳатларини аниқлаш имконини бериши билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти шундаки, олинган натижалар, электроэнцефалография, бош миянинг магнитли резонанс томографияси усуллари ёрдамида посттравматик эпилепсия ҳамроҳ соматик касалликлари бор бўлган беморларда эпилептик хуружларни хавф гуруҳи аниқланганлиги, асаб тизими, психоэмоционал ва когнитив ҳолатлар ўртасидаги ўзаро боғлиқликни аниқланганлиги, ушбу патологияда ўзига хос клиник хусусиятларини аниқлаш ва мазкур гуруҳ беморларида эпилепсия ривожланиш хавфини камайтириш учун профилактик даволаш усулини ишлаб чиқиш, касалликни вақтида

ташхислаш, ўз вақтида коррекцияловчи терапия ўтказиш даволаш самарадорлигини ошириш, бемор организмнинг соғлом ўсишини, ақлий ва интеллектуал салоҳиятини кўтариш ва унинг ҳаёт сифатини яхшиланиши билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларнинг жорий қилиниши. Юрак қон томир касалликлари фонида посттравматик эпилепсияни клиникаси, ташхислашнинг ўзига хос хусусиятлари, замонавий даво усулларини қўллаш ва унинг самарадорлигини баҳолаш бўйича олинган илмий натижалар асосида:

посттравматик эпилепсиянинг ривожланиш механизмларини аниқлаш бўйича илмий тадқиқотнинг натижалари асосида ишлаб чиқилган «Юрак қон томир касалликлари фонида посттравматик эпилепсиянинг клиникаси ва замонавий даво чора тадбирлари» номли услубий тавсиянома тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 24 майдаги 8н-р/414-сонли маълумотномаси). Натижада юрак қон томир патологияси фонида посттравматик эпилепсиянинг клиник кечишини аниқлаш, ривожланиши мумкин бўлган оғир асоратларни эрта ташхислашнинг оптимал вариантларини танлаш имконини берган;

посттравматик эпилепсия соматик касалликлар билан кечишида беморларда асаб тизими, психоэмоционал ҳолатини аниқлаш ва когнитив бузилишларни эрта олдини олиш бўйича илмий тадқиқот натижалари асосида ишлаб чиқилган «Алгоритм диагностики особенности клинического течения посттравматической эпилепсии на фоне сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний» номли услубий тавсиянома тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 24 майдаги 8 н-р/413-сонли маълумотномаси). Бу услубий тавсиялар посттравматик эпилепсия билан оғирган беморларда диагностик алгоритм яратиш, уни қўллаш, дифференциал терапия тактикаси, шунингдек даволаш самарасини яхшилаш имконини берган.

Тадқиқот давомида касалликни ташхислаш ва даволаш самарадорлигини ошириш борасида олинган натижалар соғлиқни сақлаш амалиётига, жумладан Қашқадарё вилояти, Қарши шаҳар “Нур Ҳаёт”, Тошкент шаҳар “Мед Хаус клиник”, Бухоро шаҳар “Азимед шифо” хусусий клиникалари, Хоразм вилояти Хива ТТБда клиник амалиётга жорий этилди (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 16 июлдаги 8н-д/238-сонли маълумотномаси). Амалиётга татбиқ этилган натижалар посттравматик эпилепсия йўлдош соматик касалликлар билан биргаликда кечадиган беморларда, касалликни даволаш ва ташхислаш сифатини яхшилаш, оғир асоратларни олдини олиш ҳамда даволаш харажатларини камайтириш, беморлар ўлими сонини қисқартириш ва ҳаёт сифатини яхшилаш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 12 та, жумладан, 4 та халқаро ва 8 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 23 та илмий иш чоп этилган бўлиб, шулардан

Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 8 та мақола, жумладан, 2 таси республика ва 5 таси хорижий ҳамда 1 та скопус журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва хажми. Диссертация кириш, тўртта боб, хотима, хулосалар, фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан ташкил топган. Диссертациянинг хажми 112 бетдан иборат.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида тадқиқот ишининг долзарблиги ва зарурати асосланган, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари, объекти ва предмети тавсифланган, республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён қилинган, олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти очиқ берилган, тадқиқот натижаларини амалиётга жорий қилиш, нашр этилган ишлар ва диссертация тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг «**Замонавий тиббиётда посттравматик эпилепсияни йўлдош соматик касалликлар фониди кечишини диагностика ва медикаментоз даволашнинг муаммолари**» деб номланган биринчи бобида танланган мавзу бўйича олиб борилган тадқиқотлар натижалари, хорижий ва маҳаллий адабиётлар таҳлили батафсил ёритилган. посттравматик эпилепсия юзага келишининг этиологик омиллари, клиник белгилари, ташхислаш – инструментал ва лаборатор текшириш усуллари, даволашнинг замонавий усуллари ва посттравматик эпилепсиянинг олдини олиш чоралари ва башорат қилиш усуллари келтирилган.

Диссертациянинг «**Текшириш материаллари ва усуллари**» деб номланган иккинчи бобида клиник материалларнинг тавсифи ва амалий тадқиқот усуллари кўлланилиши акс этган. Биз томондан тадқиқот мақсадида СамМИ 1-сон клиникаси неврология бўлимида даволанган, ёши 45-65 ни ташкил қилган 158 нафар беморлар олинди.

Беморларнинг 65 (41%) нафари посттравматик эпилепсия ва соматик касалликлари бўлган беморлар, 45 (29%) тасида фақат посттравматик эпилепсия бўлган беморлар ҳамда назорат учун олинган 48 (30%) нафар идиопатик эпилепсия бўлган гуруҳларга ажратилди (1-жадвал).

1-жадвал

Беморларни касалликлар бўйича гуруҳларга ажратиш

Гуруҳлар	Беморлар сони (n=%)
ПТЭ + ЙСК	65 (41%)
ПТЭ	45 (29%)
Идиопатик эпилепсия	48 (30%)
Жами	158 (100%)

Изоҳ: гуруҳлар орасидаги фарқлар ($P < 0,05$)

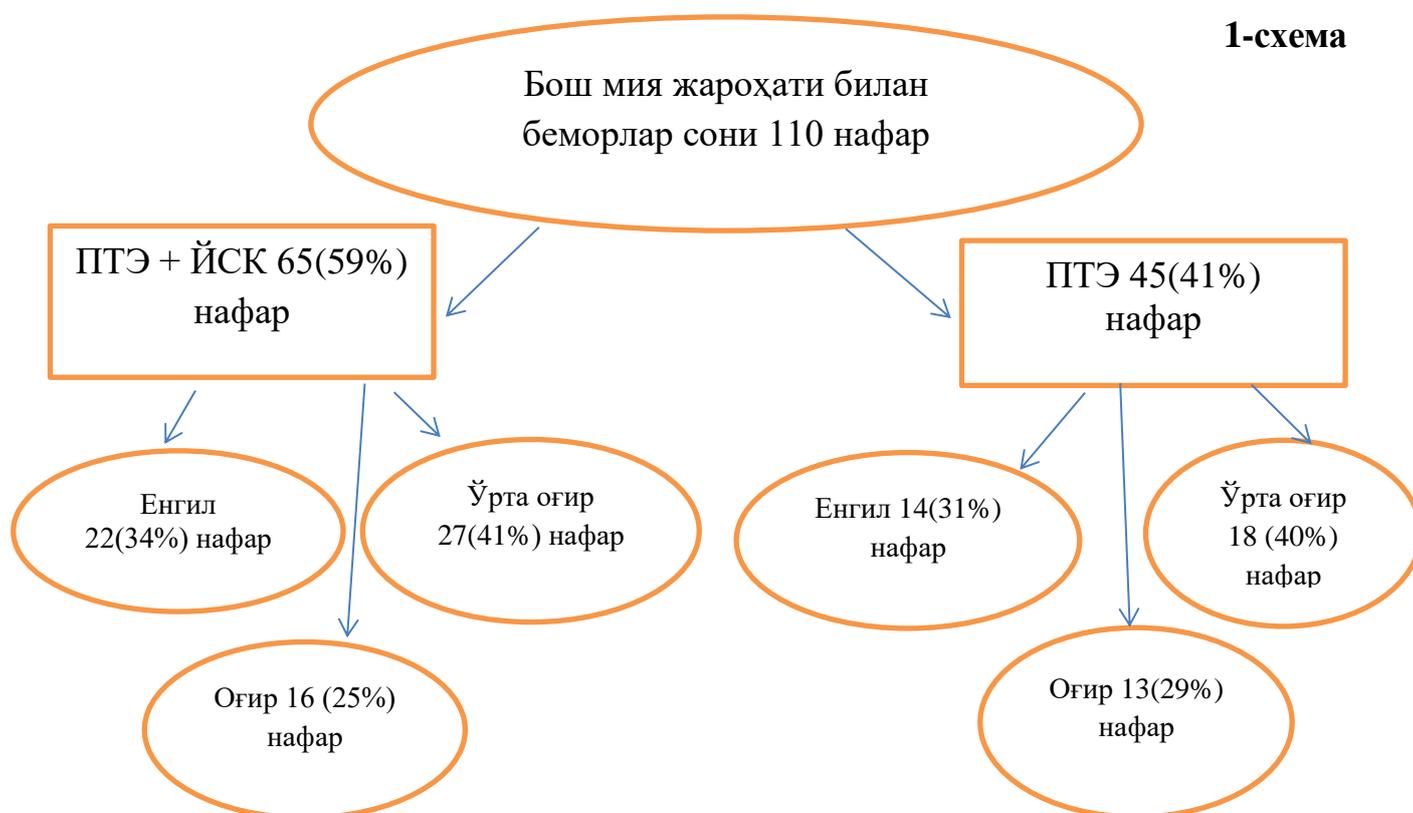
Бош мия жароҳати бўлган беморлар жароҳатнинг оғирлиги бўйича бутун

жаҳон нейрохирургларининг III съездида тавсия қилинган БМЖ нинг ягона междисциплинар таснифига (Коновалов А.Н., 1982) кўра (Анамнезидан):

- енгил бош мия жароҳати - (енгил даражали чайқалиш ёки лат ейиш);
- ўрта оғир бош мия жароҳати - (бош мия чайқалиши, 1-2 та ўчоқли неврологик белгилари бор, хуши сопороз ҳолатида);
- оғир бош мия жароҳати - (хушсиз, ступор, кома ҳолатилари бўлганлар) бўлган беморларга тақсимланди (1-схема).

Яъни, 110 бемордан 65 (59%) нафари ПТЭ+ЙСК, шундан 22 (34%) таси енгил бош мия жароҳати, 27 (41%) таси ўрта оғир ва 16 (25%) таси оғир бош мия жароҳати утказган. 45 (41%) нафар беморда фақат бош мия жароҳати эпилепсияси булиб, шулардан 14 (31%) нафари енгил, 18 (40%) нафари ўрта оғир ва 13 (29%) нафари оғир бош мия жароҳатини ўтказган.

1-схема



Беморларнинг демографик кўрсаткичлари таҳлил қилиниб, меҳнат фаолияти, ижтимоий активлиги ҳолати ҳамда беморларнинг касаллик тарихи ўрганилганда посттравматик эпилепсия ва соматик касалликларнинг ривожланиши 45 ёшдан 65 ёшгача бўлган беморларда кўпчиликни ташкил қилди, шунга асосланиб тадқиқот учун шу ёшдаги беморлар олинди. Беморларнинг ўртача ёши $45,4 \pm 1,6$ ни ташкил қилди.

Диссертациянинг «**Посттравматик эпилепсия йўлдош соматик касалликлар фонида кечиши билан бўлган беморларни клиник ва инструментал текшириш натижалари**» деб номланган учинчи бобда ПТЭ беморларнинг умумклиник, клиник-анамнестик, нейрофизиологик ва нейровизуалогик тавсифи берилган. Посттравматик эпилепсияда соматик касалликлар фонида эпилептик хуружлар клиникаси, БМЖ ва касаллик

ривожланиши орасидаги муддат шикастланиш оғирлигига ва соматик касаллик клиник боскичига боғлиқ. Анамнезида энгил БМЖ бўлган соматик касаллик учун иккиламчи тарқалганлик билан ва иккиламчи локал чакка медиабазал хуружлари, шунингдек фокал компоненти бўлмаган тарқоқ хуружлари хос. Ўрта оғир ва оғир БМЖ лари учун эса бошқа тип хуружлар (парциал, мотор, автоматизм, психиканинг бузилиш билан кечувчи, сенсор ва полиморф хуружлар) хусусиятга эга эканлиги аниқланди.

Тадқиқотгача беморларда хуружлар сонининг ўртача кўрсаткичи ойига $4,29 \pm 1,09$ ни (1 дан 9 гача), улардан фокал хуружлар $2,53 \pm 1,1$ (0 дан 7 гача), иккиламчи-тарқоқ $1,76 \pm 1,2$ (0 дан 6 гача) ни ташкил этди ($p < 0,5$).

Кўпчилигида эпилептик хуружлар фокал иккиламчи тарқоқлиги билан (60,0%) эканлиги аниқланди, бунда фокал компонент клиникаси асосан эпилептик ўчоқнинг чакка медиабазал локализациясига (чакка псевдоабсанслари, вегетатив-висцерал, автоматизмлар) мос келди. Бундан ташқари, беморларнинг катта қисмида фақат тарқоқ талваса хуружлари парциал компонентсиз (29,3%) ёки полиморф хуружлар (16,0%) кузатилди ($p < 0,01$).

Умумий бош мия жароҳати билан беморларнинг 36 (33,0%) нафарда энгил БМЖ, 45 (41,0%) нафарида–ўрта оғир; 29 (26,0 %) нафарида оғир БМЖ бўлган. Қўшимча маълумот сифатида шуни айтиш керакки барча беморларда бош мия жароҳати ёпиқ ёки бош суяги бутунлиги бузилмаган характерга эга.

Жадвал 2

Хуружлар частотаси ПТЭ + ЙСК

Хуружлар кечиши Бош мия Жароҳати	ПТЭ + ЙСК				
	Хуружлар йўқ	Энгил кечиши (ойига 1 ва ундан кам)	Тез–тез, ўрта оғир кечиши (ойига 1 тадан кўп 4 тадан кам хуруж)	Жуда тез–тез, оғир кечиши (Хафтасига 1 тадан то кунига 1 ва ундан кўп)	Умумий беморлар сони
Энгил БМЖ	0	7 (11%)	9 (14%)	6 (9%)	22 (34%)
Ўрта оғир БМЖ	0	6 (9%)	13 (20%)	8 (12%)	27 (41%)
Оғир БМЖ	0	2 (3%)	5 (8%)	9 (14%)	16 (25%)
Жами	0	17 (26%)	29 (45%)	19 (29%)	65 (100%)

Изох * - кўрсаткичлардаги фарқ ишончлилиги ($p < 0.05$)

Бундан ташқари, посттравматик эпилепсияси бор беморлар анамнезида, касалликнинг ривожланишига туртки бўлувчи, бошқа мойиллик туғдирувчи

омилларнинг ўрни ҳам ўрганилди. Орттирилган мойиллик туғдирувчи омилларга анамнезида нейроинфекция, ўткир ва сурункали томир патологияси (гипертония касаллиги ва ЮИК) оқибати, такрорий БМЖ борлиги аниқланди. Хуружларнинг оғирлик даражаси анамнез асосида охирги 12 ой давомида кузатилган хуружлар сони асносида бахоланди.

Хуружлар частотаси эпилепсияга қарши лига (Seizure frequency scores -SFS) томонидан тавсия қилинган шкала асосида таснифланди: 1-йўқ, 2-спорадик (ойда 1 ёки ундан кам хуруж), 3-тез-тез, ўрта оғир кечиши (ойига 1 тадан кўп 4 тадан кам) ва 4 - жуда тез-тез (хафтасига 1 хуруждан то кунига 1 ва ундан кўп хуружгача).

Жадвалда ПТЭ+ЙСКда энгил бош мия жароҳати билан 9 (14%) беморда, урта оғир бош мия жароҳати билан 13 (20%) беморда тез тез хуружлар ва оғир бош мия жароҳати билан 9 (14%) нафар беморда жуда тез такрорланувчи хуружлар кузатилди. ($p<0,05$).

Жадвал 3

Хуружлар частотаси ПТЭ

Хуружлар кечиши ↓ Бош мия жароҳати ↓	ПТЭ				
	Хуружлар йўқ	Энгил кечиши (ойига 1 ва ундан кам)	Тез-тез, ўрта оғир кечиши (ойига 1 тадан кўп 4 тадан кам хуруж)	Жуда тез-тез, оғир кечиши (Хафтасига 1 дан то кунига 1 ва ундан кўп)	Умумий беморлар сони
Энгил БМЖ	0	6 (13%)	5 (11%)	3 (7%)	14 (31%)
Ўрта оғир БМЖ	0	7 (15%)	9 (20%)	2 (4%)	18 (40%)
Оғир БМЖ	0	3 (7%)	8 (18%)	2 (4%)	13 (29%)
Жами		16 (35%)	22 (49%)	7 (16%)	45 (100%)

Изоҳ: * - кўрсаткичлардаги фарқ ишончлилиги ($p<0,05$)

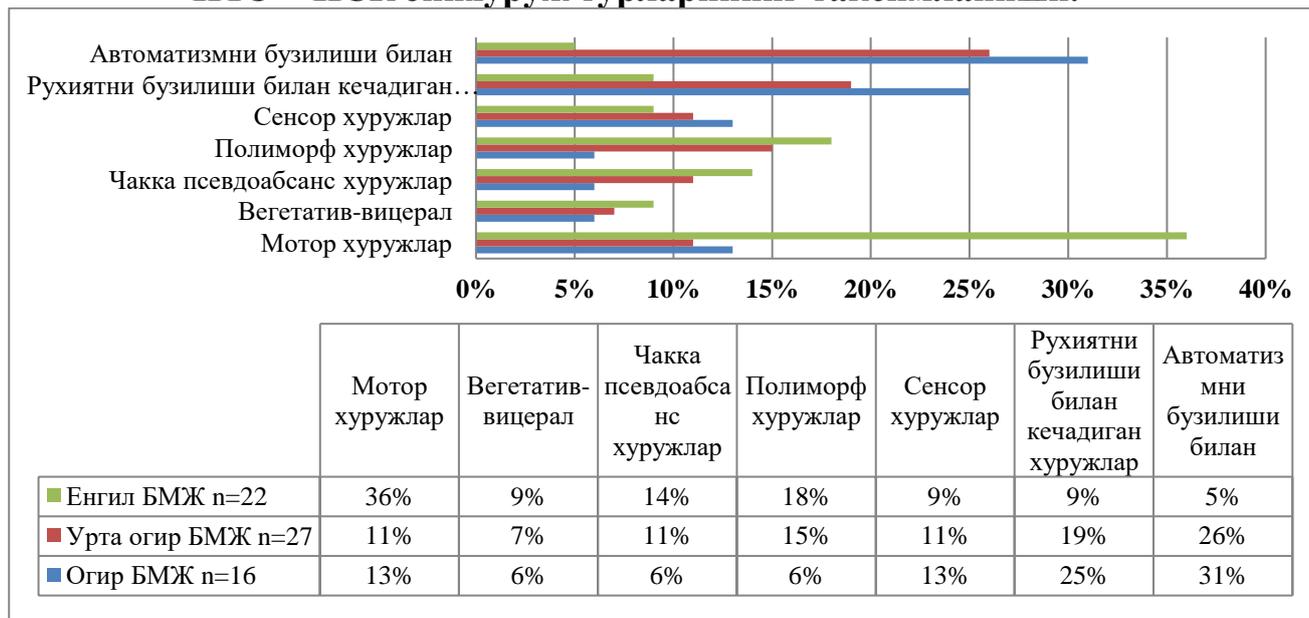
Жадвалда ПТЭда энгил бош мия жароҳати билан 6 (13%) беморда ойига 1 ва ундан кам, ўрта оғир бош мия жароҳати билан 9 (20%) беморда ва оғир бош мия жароҳати билан 8 (18%) беморда тез тез такрорланувчи хуружлар устунлик қилди. ($p<0,05$).

Посттравматик эпилепсия қайта такрорланувчи (2 тадан кам бўлмаган) кўзгатувчи омилсиз намоён бўлган ва унинг ривожланишига, эпилепсия кўзишига бевосита боғлиқ бўладиган илгари ўтказган БМЖ ҳисобланади. Уларда касаллик эпилептик хуружларнинг турлича типлари билан тавсифланган, уларнинг клиник феноменологияси эса бевосита олдин ўтказган БМЖ билан боғлиқ. Посттравматик эпилепсияси бор беморларнинг анамнезидан, энгил БМЖ бўлганларида фокал компонентли иккиламчи тарқалган ва иккиламчи чегараланган (локал) хуружлар, шунингдек

хуружлари структурасида клиник фокал компонентга эга булмаган тарқоқ хуружлари билан кечганлиги кузатилди. Анамнезида енгил, ўрта оғир ва оғир БМЖ бўлганлар орасида иккиламчи локал хуружлар частотасининг ошганлиги, фокал компонентсиз тарқоқ хуружларнинг эса кам учраши кузатилди. Фокал компонент клиник феноменология борасида сўз борганида, унинг хусусияти клиникасида қандай фарқ қилган бўлса, анамнезида турли даража оғирликдаги БМЖ олган беморларда ҳам хуруж турлари мос равишда ўзгариб борди. Расм 1

Расм 1

ПТЭ + ЙСК эпихуруж турларининг таксимланиши.



Изоҳ: * - кўрсаткичлардаги фарқ ишончлилиги (p<0,05)

Анамнезида оғир ва ўрта оғир бош мия жароҳати соматик касалликлари бўлган беморларда иккиламчи тарқоқ билан ва фокал эпилептик хуружлар структураси (% ларда). Бунда 16 та оғир бош мия жароҳати ва 27 ўрта оғир бош мия жароҳати бўлган беморларда кўпроқ автоматизм ва рухиятни бузилиши билан кечадиган (5 (31%), 3 (25%) ва 7 (26%), 5 (19%)) хуружлар кузатилди. 22 та енгил бош мия жароҳати бўлган беморларда эса мотор хуружлар 8 (36%), чакка псевдоабсанс хуружлар 3 (14%), полиморф хуружлар 4 (18%) нафар беморларда кузатилди. Хулоса қилиб айтганда бош мия жароҳати соматик касалликлар билан кечишида эпихуружларнинг тури бош мия жароҳати ва соматик касалликлар характериға қараб ўзгариб боради, яъни ушбу ҳолатда автоматизм ва рухият ўзгариши билан кечвчи хуружлар устунлик қилди.

Олинган маълумотлар натижасида бош мия жароҳатининг оғирлик даражаларида учрайдиган эпихуружларнинг тури деярли бир бирига яқинлигини кузатдик, аммо соматик касалликлар кушилиши хисобига эпихуружларнинг мотор фокал, автоматизм ва рухият ўзгариши билан кечиши 1,5 баравар кўп учраши аниқланди.

Беморда қон босими ошиши натижасида мия туқимасида гипоксик механизмлар ривожланади яъни ишемия натижасида нейромедиаторлар

активлиги ошиши, мия шиши ривожланади бу эса ортиқча нейроаксонал биопатенциаллар юзага келиши ва хуружлар шакилланишига сабаб булади. Бу уз навбатида соматик касалликларнинг характериға, клинк боскичларига, беморнинг психоэмоционал статусига ва организнинг реактивлигига қараб турлича булиши мумкин. Шартли равишда гипертония касаллиги булган беморларни психоэмоционал статусига ва юрак ва буйрак фаолиятига кўра 3 та кичик гуруҳга ажратилди:

1- кичик гуруҳни агрессивлиги юқори бўлган 27 та ГК бор беморлар ташкил қилди, мазкур гуруҳдаги беморларнинг ўртача ёши $47,4 \pm 7,1$ йил;

2- кичик гуруҳни депрессивлик даражаси юқори бўлган 20 та ГК бор бемор ташкил қилди, ўртача ёш $48,3 \pm 7,8$ йил;

3- кичик гуруҳни психоэмоционал сферада бузилишлари бўлмаган 18 та ГК бор беморлар ташкил қилди, ўртача ёши $49,4 \pm 6,6$ йил ($P < 0,1$).

Юрак ва буйрак зарарланишига кўра

1. Гипертония касаллиги билан 41 та бемор.

2. Гипертония касаллиги бевосита юрак зарарланиши билан 12 та бемор.

3. Гипертония касаллиги бевосита буйрак зарарланиши билан (тестида креатинин миқдори - 880 ммол /л гача) бўлган беморлар 12 та бемор.

Шу билан бирга посттравматик эпилепсиянинг оғирлик даражаси ва гипертония фониди ривожланишига мойиллик туғдирувчи омиллар ва хуружлар шакилларини куйидагича изоҳладик (4-жадвал).

Жадвал 4.

Анамнездан аниқланган посттравматик эпилепсиянинг оғирлик даражаси ва гипертония фониди ривожланишига мойиллик туғдирувчи омиллар ва хуружлар шакиллари.

Йўлдош соматик касалликлар	Мойиллик туғдирувчи омилларнинг учраши аниқланган Ҳолатлар сони			Мойиллик туғдирувчи омилларнинг учраши аниқланган ҳолатларнинг умумий сони	ПТЭ +ЙСК	ПТЭ
	I	II	III			
Гипертония касаллиги	15 (55,5%)*	17 (85%)*	9 (50%)	41 (63%)*	Фокал оддий, ўткир тўлқинли, абсанлар	Фокал оддий майда тулқинлилар, сенсор хуружлар
Гипертония касаллиги бевосита юрак зарарланиши билан	5 (18,5)*	3 (15%)	4 (22%)	12 (18,5%)*	Фокал диффуз ўткир тўлқинли, автоматизм ва руҳият ўзгариши билан кечувчи	Тарқоқ чегараланмаган, майда тулқинли полиморф хуружлар
Гипертония касаллиги бевосита буйрак зарарланиши билан	7 (26%)	-	5 (28%)	12 (18,5) *	Псевдоабсанс, вегетатив вецерал	
Жами	27	20	18	65 (100%)		

Изоҳ: * гуруҳлар орасидаги фарқлар ($P < 0,1$)

Жадвалда кўриниб турибдики посттравматик эпилепсия гипертония касаллигини фонида купрок мойиллик тугдирувчи факторлар депрессия 17 (85%), ГК юрак ва буйрак зарарланишида агрессия 5 (18,5%) булиб, эпихуружлар фокал оддий ёки диффуз ўткир тўлқинли, автоматизм, рухият бузилиши ва абсанслар кўринишида юзага келади.

Бош миёдаги структур ўзгаришларнинг нейроуализация маълумотларига кўра тавсифи 5-жадвалда келтирилди.

Жадвал 5

Нейроуализация маълумотларига кўра бош миёдаги структур ўзгаришлар тавсифи

Структур ўзгаришлар	ПТЭ+ЙСК	ПТЭ	Умумий
Кистоз ўзгаришлар	16 (24,6%)*	11 (24,4%)*	27 (24%)*
Кистоз-глиоз ўзгаришлар	28 (43%)	18 (40%)	46 (42%)*
Чандикли ўзгаришлар	13 (20%)	11 (24,4%)*	24 (22%)*
Локал кортикал атрофия	8 (12,4%)*	5 (11,2%)*	13 (12%)
Жами	65 (100%)	45 (100%)	110 (100%)

Изоҳ: * - кўрсаткичлардаги фарқ ишончилиги ($p < 0.05$)

Юқоридаги жадвалдан кўриниб турибдики, посттравматик эпилептоген учокларнинг беморларимиздаги асосий вариантлари кистоз ўзгаришлар 27 нафар (24,%) ва кистоз-глиоз ўзгаришлар 46 нафар беморда (41,8%) бўлиб чиқди ($p < 0,05$).

Электроэнцефалография тадқиқот учун олинган беморларнинг барчасида утказилди ва олинган натижалар солиштириш йули билан таҳлил қилинди, яъни 158 бемордан, 65 та асосий гуруҳ, 45 таси бош миё жароҳати бўлган беморлар ва 48 таси назорат гуруҳидаги беморлар. ЭЭГ ритмларнинг беморларда ўзига хослиги.

Жадвал 6

Тадқиқот учун олинган беморлардаги ЭЭГ ритмларнинг узига хослиги

ЭЭГ ритмлари	ПТЭ+ЙСК	ПТЭ	Идиопатик эпилепсия	Норма
Алфа ритм	α- микдори теппа-чакка-энсада кўп, апм 120 мкВ, асимметрик	α- микдори теппа кўп, апм 90 мкВ, симметрик	α- микдори теппа кўп, апм 75-90 мкВ, аралаш	α- микдори энсада кўп, 8-13 Гц, 100мкВ дан ошмаган, симметрик синхрон тулқинлар.
Бетта ритм	β-микдори чакка-энсада кўп, 11-15 Гц, 30-40 мкВ, асимметрик. медиобазал	β-микдори теппа, чакка-энсада кўп, 7-6-8 Гц, -10-15мкВ, асимметрик.	β-микдори пешона, тепа, чакка, энса кўп, 9-15 Гц, 50 мкВ, симметрик ёки билатерал,	β-микдори пешонада кўп, 3-5 Гц, 10-20 мкВ, симметрик

ЭЭГ ритмлари	ПТЭ+ЙСК	ПТЭ	Идиопатик эпилепсия	Норма
Тетта ва Дельта ритм	Δ/Θ барча яримшарларда кузатилди, 12-16 Гц, апм апм 120 - 150мкВ	Δ/Θ факат зарарланиш кисмида. 8-10 Гц, апм 120 мкВ,	Δ/Θ кўпрок чакка кисмида, 6-9 Гц, апм 90-100мкВ. Баъзи ҳолатларда учрамайди.	20-100мкВ ёки учрамаслиги керак.

Жадвалдан куришиб турибдики, соматик касалликлар фониди ЭЭГда α, β-микдори теппа-чакка-энсада кўп ва амплитудаси юқори, асимметик, медиобазал кўринишга эга, ПТЭ ва идиопатик эпилепсияда теппа ва пешона кисмида кўп булиб, нисбатан паст амплитудага эга ҳамда симмитирик кўринишда булади.

Гуруҳлар бўйича эпилепсия учогининг жойлашишига кўра беморларнинг тақсимланиши Жадвал 7

Жадвал 7

Гуруҳлар бўйича эпилепсия учогининг жойлашишига кўра беморларнинг тақсимланиши

Касаллик шакли	Беморлар сони			
	ПТЭ+ЙСК (n=65)	ПТЭ (n=45)	Идиопатик эпилепсия (n=48)	Умумий беморлар сони % (n=%)
Пешона эпилепсияси	16 (24,6%)	9 (20%)	12 (25%)	37 (23%)
Чакка эпилепсияси	18 (27,7%)	12 (26,6%)*	9 (19%)	39 (25%)*
Энса эпилепсияси	19 (29,2%)	11 (24,4%)*	13 (27%)	43 (27%)
Теппа эпилепсияси	12 (18,5%)	13 (29%)*	14 (29%)	15 (25%)*
жами	65 (100%)	45(100%)	48 (100%)	158 (100%)

Изоҳ: * - кўрсаткичлардаги фарқ ишончлилиги (p<0,05)

Жадвалда кўрсатилганидек, посттравматик эпилепсия соматик касалликлар билан келишида бош мия яримшарлари пешона бўлагиди 16 (24,6%) та чакка кисмида 18 (27,7%) та теппа кисмида 12 (18,5%) та ва энса кисмида 19 (29,2%) та беморларда кузатилди.

ПТЭ бор иккила гуруҳдаги беморлардан олинган доплерографик кўрсаткичлар ўзаро ва назорат гуруҳ билан динамикада кўрсаткичлар билан таққосланди.

**ПТЭ да цереброваскуляр реактивлик ва қон оқими тезлиги
кўрсаткичлари**

Ички уйқу артерияси			
	ҚОЛТ	RI	PI
ПТЭ билан ЙСК (n=65)	90.1±0,6	0,56±0,14	1,28±0,13*
ПТЭ (n=45)	88± 1.9**	0,54±0,11	0,93±0,11*
Идиопатик эпилепсия (n=48)	98± 1,8*	0,51±0,12	0,80±0,12

Изоҳ: * p<0,05; ** p <0,01*– I, II ва III гуруҳларда статик аҳамияти даражаси

Жадвалдан шуни кўришимиз мумкинки ички уйқу артериясида барча гуруҳлардан олинган натижалар қуйидагича булди, яни ПТЭ+ЙСК қон оқими тезлиги (90.1) RI (0,56±0,14) PI (1,28±0,13*) кўрсаткичлари нормадан юқори эканлиги (қон оқими тезлиги ЛСК ошганлиги PI ва RI баладлги) аниқланди. ПТЭ ва идеопатик эпилепсия билан беморларимиздаги кўрсаткичлар ПТЭ+ЙСК гуруҳ беморларидан паст эканлигини (ПТЭ-ЛСК 88± 1.9**, RI-0,54±0,11, PI-0,93±0,11*, идеопатик эпилепсия ЛСК 98± 1,8*, RI-0,51±0,12, PI-0,80±0,12, * p<0,05) кўрсатди.

Цереброваскуляр реактивлик миёда қон айланишини бошқарув тизимининг миқдорий характеристикасидир ва перфузия захиралари ҳолатини акс эттиради. ПТЭ+ЙСК гуруҳ беморларида барча бош миё кон томирларида олдинги миё артериясида (1,22±0,10), ўрта миё артерияси (1,26±0,12), ички уйқу артерияси (1,28±0,13) реактивлик юқори булиши аниқланди. ПТЭ ва идеопатик эпилепсия гуруҳларида эса бу кўрсаткичлар деярли мейёрида.

Нейропсихологик тест MMSE ёрдамида олинган натижалар

Бош миё жароҳати оғирлиги	Беморлар сони (n=%)	ПТЭ+ЙСК (n=65)	Беморлар сони (n=%)	ПТЭ (n=48)
Енгил	22 (34%)	27,5±0,96* (25 дан 30 гача)	14 (31%)	28,3±0,87* (25 дан 30 гача)
Ўрта оғир	27 (41%)	25,1±0,81* (25 дан 30 гача)	18 (40%)	27,4±0,71* (25 дан 30 гача)
Оғир	16 (25%)	23,2±0,92* (25 дан 30 гача)	13 (29%)	25,6±0,94* (25 дан 30 гача)
	65 (100%)		45 (100%)	

Изоҳ: * гуруҳлар орасидаги фарқлар (P<0,05)

Нейропсихологик тестларни утказишда беморларнинг барчасига махсус тестлардан ташкил топган бланкалар таркатилиб, шу асосида олинган натижалар таҳлил килинди ва таҳлиллар даволанишдан олдинги ва кейинги натижалар билан солиштирилди.

Жадвалдан кўришиб турибдики ўрта оғир $25,1 \pm 0,81$ ва оғир $23,2 \pm 0,92$ бош мия жароҳатини утказган посттравматик эпилепсия соматик касалликлар фониди кечишида беморларда когнетив бузилишлар нисбатан яққол ривожланган ($P < 0,05$).

Диссертациянинг «**Посттравматик эпилепсия билан соматик касалликлари булган беморларда комплекс тиббий терапиядан кейинги инструментал, клиник ва нейрофизиологик ўзгаришлари динамикаси натижалари**» деб номланган тўртинчи бобда биз томондан посттравматик эпилепсия гипертония касаллиги билан кечган беморлар танланиб, уларни даволашда АЭП терапия ва базис терапия (гипотензив, кардиотроп, антидепрессив ҳамда когнитив бузилиш ҳолатларида аккантинол мематин гуруҳлари) дан ташкари нейропротекция кулланилди.

Комплекс даволашдан олдин беморларда кузатилиши мумкин бўлган омиллар ва сабабларни анамнестик маълумотларга кўра уч гуруҳга ажратилди.

1. АЭП ва базис терапия учун қабул қиладиган дориларнинг мунтазам ичилиши тартибининг бузилиши

2. Даволовчи шифокор ёки бошқа касалликлари бўйича кўриқдан мунтазам утишининг бузилиши

3. Ижтимоий-иқтисодий муаммолар

Асосий гуруҳдаги беморларимизнинг кўпчилигини дориларни ўз вақтида, етарли дозаларда қабул қилмаслик, шифокор кўригидан фақатгина безовталиқ бўлганда ўтиши ва ижтимоий муаммолар каби сабаб ва оқибатлар ташкил қилди. Шу муаммоларни билган ҳолда беморларимизга коррекцион даволаш, нейропротекция ва соматик касалликларнинг базис терапиясига қисман ўзгартиришлар киритилди, унга кўра:

Жадвал 10

Қон босими ностабил бўлган ва анамнездан қон босими 150/90 - 180/110 мм.сим.уст беморларга	Периндоприл 8 мг, амлодипин 5мг/индопамид 2,5мг (Ко-Амлесса 8/10/2,5) 2 маҳал ичишга (доимий)
Кардиопротектор сифатида	Рибоксин 10% 10мл вена ичига 1 маҳал 10 кун
Ноотроп, аниотроп ва антиоксидант максадида этилметилперидин сукцинат (Динар 5,0)	250 мгдан суткада 2 маҳал 14 кун кулланилди
Когнитив бузилишларга	Аккантинол мематин 10мг 2 маҳал ичишга/ 1 ой
Депрессия учун	Эсциталопрам 10мг (Дорепам) 1 ой

Посттравматик эпилепсия соматик касалликлар ҳамроҳлигида келган беморларга юқоридаги мавжуд муаммоларни бартараф қилиниб, жадвал асосида даволаниш олиб борилди, даволаниш 3-6 ой давомида ўтказилиб бир курс даволаниш 14 кунни ташкил қилди. Нейропротекция сифатида этилметилперидин сукцинат (Динар 5,0) препарати 250 мг дан суткада 2 маҳал қўлланилди. Даволаш натижалари ҳар 1,3,6 ойда мобайнида қайд қилиб борилди ва қуйидаги натижаларга эришилди (11-жадвал).

11-жадвал

ПТЭ +ЙКС бор беморларда коррекцияловчи терапиядан олдин ва кейин эпилептик хуружлар динамикаси

Кўрсаткичлар	ПТЭ+ЙКС							
	Даволанишгача		Даволанишдан кейин					
			1 ой		3 ой		6 ой	
	п	%	п	%	п	%	п	%
Фармакорезистент	11	16,9	8	12	5	8	3	5
Тез такрорланувчи хуружлар	29	44,6	25	39	23	35	14	21,5
Кам такрорланувчи хуружлар	15	23,1	17	26	19	29	21	32
Доимий ремиссия	10	15,4	15	23	18	28	27	41,5
Жами	65	100	65	100	65	100	65	100

Изоҳ: * - кўрсаткичлардаги фарқ ишончлилиги ($p < 0,05$)

Жадвалдан кўриниб турибдики, нейропротектив терапиянинг 6 ойлик курсидан кейин касалликнинг фармакорезистент кечиши билан оғриган беморларнинг сони сезиларли даражада камайди, яъни неропротекциядан олдин 11 (16,9%) нафар беморда фармакорезистентлик кузатилган бўлса, даволанишдан кейин 3 (5%)ни ташкил қилди. Худди шу каби хуружларнинг тез-тез учраши ҳам 44,6%дан 21,5%га, доимий ремиссия эса 15%дан 41,5%гача ўзгариши кузатилди. Нейропротектив терапия натижасида посттравматик эпилепсиянинг соматик касалликлар билан кечишида ривожланган фармакорезистентликни 54%га камайтиришга ёрдам берди ва турли хил синдромлари (вегетатив-дистоник, астеник, церебрал-ўчоқли) намоён бўлиш даражасининг пасайиши ҳам қайд этилди. Албатта бундай ижобий кўрсаткичга эришишда фақатгина нейропротекцияни аҳамиятини эмас, балки базис терапия ва АЭП дори воситаларининг тўғри танланиши, беморларда мунтазам тиббий кўрикларни олиб бориш, беморларнинг ижтимоий салоҳияти, соғлом турмуш тарзи каби омилларнинг ўрни ҳам катта аҳамиятга эга эканлигини айтиб ўтиш ўринли бўлади.

Корреляцион терапиядан кейинги транскраниал доплерография текшируви натижалари

Посттравматик эпилепсия соматик касалликлар ҳамроҳлигида келган беморларга юқорида кўрсатилган даволанишдан олдинги ТКДК натижалари коррекцион даволашдан кейин сезиларли даражада яхшиланди (12-жадвал).

12-жадвал

ПТЭ да цереброваскуляр реактивлик ва қон оқими тезлиги кўрсаткичлари

Ички уйку артерияси			
	ҚОЛТ	PI	RI
ПТЭ билан ЙСК (n=65)	80,2±0,4	0.56±0,12	0.76±0,12*
ПТЭ (n=45)	82,0± 0,4*	0.58±0,10	0.90.2±0,8**
Идиопатик эпилепсия (n=48)	84,0± 0,8**	0,62±0,10	0,76±0,12

Изох: * p<0,05; ** p <0,01*– I, II ва III гуруҳларда статик аҳамияти даражаси

Юқорида кўрсатилган жадвалларда беморларнинг даволанишдан кейинги ТКДК кўрсаткичлари кўрсатилган бўлиб, корреляцион даволанишдан кейин бош мия қон томирларидаги сезиларли даражада ижобий ўзгаришларни кўришимиз мумкин, яъни ПТЭ+ЙСК, ПТЭ гуруҳ беморларимиздаги доплерографик ўзгаришлар нормага яқинроқ бўлганлигини кузатдик (ПТЭ+ЙСК ЛСК-80,2±0,4, PI-0,56±0,12, RI- 0,76±0,12*, ПТЭ-ЛСК-82,0±0,4*, PI-0,58±0,10, RI-0,76±0,12* p<0,05).

Нейропсихологик тестлар ёрдамида посттравматик эпилепсия соматик касалликлар фонида кечишида когнитив ва депрессив ўзгаришлар ПТЭ ва идиопатик эпилепсияга нисбатан кўпроқ ривожланиши ва нейропротекция килинганда ижобий кўрсаткичларга эришилиши кўрсатиб берилди.

13-жадвал

Нейропсихологик тест MMSE ёрдамида олинган натижалар

Бош мия жароҳати оғирлиги	Беморлар сони (n=%)	ПТЭ+ЙСК (n=65)	Беморлар сони (n=%)	ПТЭ (n=48)
Енгил	22 (34%)	28,5±0,85* (25 дан 30 гача)	14 (31%)	29,3±0,87* (25 дан 30 гача)
Ўрта оғир	27 (41%)	28,5±0,98* (25 дан 30 гача)	18 (40%)	28,1±0,90* (25 дан 30 гача)
Оғир	16 (25%)	26,6±0,87* (25 дан 30 гача)	13 (29%)	26,3±0,85* (25 дан 30 гача)
	65 (100%)		45 (100%)	

Изох: * гуруҳлар орасидаги фарқлар (P<0,05)

Жадвалдан кўришиб турибдики, ўрта оғир жароҳатини ўтказган посттравматик эпилепсия соматик касалликлар фонида кечишида беморларда когнетив бузилишлар нейропротекциядан кейин яхшиланганлигини кўришимиз мумкин, оғир бош мия жароҳати бўлган беморларда эса нисбатан кам ўзгаришларга эришилди.

ХУЛОСАЛАР

1. Йўлдош соматик касаллик билан кечувчи посттравматик эпилепсияда хуружлар оддий фокал ўткир тўлқинли, мотор 13 (20%), руҳият 11 (17%) ва автоматизм 13 (20%) бузилиши билан кечувчи мураккаб хуружлар ҳарактерли бўлса, ПТЭ учун чакка псевдоабсанслар 9 (14%), сенсор 7 (11%), вегетатив-висцерал, полиморф 6 (9%) иккиламчи тарқоқ кўринишдаги фокал компонент билан ёки хуруж структурасида тарқоқ белгиларсиз хуружлар ҳарактерли бўлди ($p < 0,05$). Асосий гуруҳдаги беморларда тарқоқ диффуз, майда тўлқинли ва фокал чегараланган эпилептик фаоллик бошқа гуруҳларга нисбатан юқори 15 (23,1%); 11 (16,9%); 13 (20%) эканлиги аниқланди ($p < 0,05$).

2. Соматик касалликлар фонида ЭЭГ да α - микдори тепа-чакка-энсада кўп бўлиши ва асимметрик куринишда, ПТЭда α - микдори тепа кисмида кўп, симметрик куринишда, идиопатик эпилепсияда α - микдори энсада кўп симметрик синхрон булиши аниқланди. β ва Δ/Θ тулқинлар ўзгаришлари деярли фарк қилмади. МРТда посттравматик эпилептоген ўчоқларнинг беморларимиздаги асосий вариантлари кистоз ўзгаришлар 27 нафар (24,%) ва кистоз-глиоз ўзгаришлар 46 нафар беморда (41,8%) бўлиб чиқди ($p < 0,05$). ТКДГда олдинги мия артериясида барча гуруҳлардан олинган натижалар куйидагича бўлди, яни ПТЭ+ЙСК қон оқиш тезлиги ($91,1 \pm 0,8^{**}$) RI ($0,58 \pm 0,13^*$) PI ($1,22 \pm 0,10^*$) кўрсаткичлари нормадан юқори эканлиги (қон оқими тезлиги ЛСК ошганлиги RI ва RI баландлиги аниқланди).

3. Йўлдош соматик касаллик билан кечувчи посттравматик эпилепсиясида нейропсихологик тестлар енгил бош мия жароҳатида гуруҳларда агрессия устунлик қилган бўлса, ўрта оғир ($25,1 \pm 0,81$) ва оғир ($23,2 \pm 0,92$) бош мия жароҳатига эга соматик касалликлари бор беморларда когнитив бузилишлар кўп кузатилди ($p < 0,05$).

4. Нейропротектив терапиянинг 6 ойлик курсидан кейин касалликнинг фармакорезистент кечиши билан оғриган беморларнинг сони сезиларли даражада камайди, яъни неропротекциядан олдин 11 (16,9%) та беморда фармакорезистентлик кузатилган бўлса, даволанишдан кейин 3 (5%) ни ташкил қилди, хуружларнинг тез тез учраши ҳам 44,6% дан 21,5% га, доимий ремиссия эса 15% дан 41,5 гача ўзгариши кузатилди. Нейропротектив терапия натижасида посттравматик эпилепсиянинг соматик касалликлар билан кечишида ривожланган фармакорезистентликни 54% га камайтиришга ёрдам берди ва турли хил синдромлари (вегетатив-дистоник, астеник,

церебрал-ўчоқли) намоён бўлиш даражасининг пасайиши ҳам қайд этилди. Албатта бундай ижобий кўрсаткичга эришишда фақатгина нейропротекциянинг аҳамиятини эмас балки базис терапия ва АЭП дори воситаларининг тўғри танланиши, беморларда мунтазам тиббий кўрикларни олиб бориш, беморларнинг ижтимоий салоҳияти, соғлом турмуш тарзи каби омилларнинг ўрни ҳам катта аҳамиятга эга эканлигини айтиб ўтиш ўринли бўлади.

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

**САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ**

КАСИМОВ АРСЛАНБЕК АТАБАЕВИЧ

**ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И КЛИНИКИ
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ НА ФОНЕ
СОПУТСТВУЮЩИХ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

14.00.13 - Неврология

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание учёной степени доктора философии (PhD)

Бухара - 2021

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за № V2019.2.PhD/Tib919.

Диссертация выполнена в Самаркандском государственном медицинском институте.

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

Научный руководитель: **Абдуллаева Наргиза Нурмаатовна**
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты: **Мамедбейли Айтен Кямал кызы**
доктор медицинских наук, профессор

Артикова Мавлюда Абдурахмановна
доктор медицинских наук, доцент

Ведущая организация: **Ташкентская медицинская академия**

Защита диссертации состоится на заседании Ученого совета под номером PhD.04/13.05.2020.Тиб.93.02 при Бухарском государственном медицинском институте. Учёный совет состоится «___» _____ 2021г.в ___ часов на заседании за номером ___ (адрес: 200118, г. Бухара, улица Навои, дом 1. Тел./Факс: (99865) 223-00-50, Интернет-сайт: www.bsmi.uz, E-mail: buhme@mail.ru) 20_.

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Бухарского государственного медицинского института (зарегистрирована под номером 125) (адрес: 200118, г. Бухара, улица Навои, дом 1. Тел./Факс: (99865) 223-00-50 -сайт: www.bsmi.uz, E-mail: buhme@mail.ru).

Автореферат диссертации разослан «___» _____ 2021 года
(Протокол № _____ от 2021 г. «___» _____)

Д.Т. Ходжиева
Председатель Ученого совета,
доктор медицинских наук, доцент

С.С. Пулатов
Ученый секретарь Ученого совета, присуждающего
ученые степени, кандидат медицинских наук, доцент.

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

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность и востребованность темы диссертации. Возникновение посттравматической эпилепсии на фоне соматических заболеваний является одной из наиболее распространенных неврологических патологий в мире среди населения, многие научные исследования, проведенные в последние годы, посвящены профилактике этой патологии и выявлению групп высокого риска. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), Лига по борьбе с эпилепсией (ILAE) "заявляет, что частота посттравматической эпилепсии в сочетании с сопутствующими соматическими заболеваниями соответствует 1,9 % - 3,7 %.¹

В мире проводится ряд научных исследований по изучению причин посттравматической эпилепсии в глобальном масштабе на фоне соматических заболеваний, ее возникновения и результатов лечебной тактики с целью достижения высокой эффективности профилактики и реабилитации. В частности, проведение нейрофизиологической диагностики, электроэнцефалографии и транскраниальной доплерографии у пациентов с посттравматической эпилепсией на фоне сопутствующих соматических заболеваний, определение факторов риска развития эпилепсии, изучение и оценка степени развития когнитивных расстройств с использованием нейропсихологических тестов состояния центральной нервной системы у пациентов с посттравматической эпилепсией на фоне соматических заболеваний, изучение динамики, разработка современных мер по снижению смертности и инвалидности среди пациентов с посттравматической эпилепсией на фоне соматических заболеваний является приоритетным направлением научных исследований.

Для того чтобы поднять медицинское обслуживание на новый уровень, снизить инвалидность вследствие посттравматической эпилепсии, в стране проводятся адресные реформы по ранней диагностике и лечению эпилепсии, разрабатываются профилактические меры. В связи с этим к комплексным мерам по кардинальному совершенствованию системы здравоохранения относятся «повышение эффективности, качества и популярности медицинской помощи в стране, а также формирование системы медицинской стандартизации, внедрение высокотехнологичных методов диагностики и лечения, эффективного патронажа и диспансеризации «путем создания моделей, поддержки здорового образа жизни и профилактики заболеваний»². В связи с этим выведение качества медицинских услуг на новый уровень, в частности, повышение уровня современных медицинских услуг по диагностике и лечению посттравматической эпилепсии и использование современных технологий в оказании качественной медицинской помощи, снижение инвалидности и смертности среди населения является актуальной задачей. Пациентам важна разработка новых подходов к диагностике и лечению факторов риска развития нежелательных последствий.

¹ Gaitatzis A, Carroll K, Majeed A, Sander JW. The epidemiology of the comorbidity of epilepsy in the general population. *Epilepsia*. 2004; 45: 1613-1622.

² Указ Президента Республики Узбекистан от 7 декабря 2018 № УП 5590 «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения республики узбекистан»

В Узбекистане разработаны различные указы и постановления, в частности Указ Президента Республики Узбекистан от 12 ноября 2020 г. № ПФ-6110 «О мерах по внедрению принципиально новых механизмов в деятельность первичной медико-санитарной помощи и дальнейшему повышению эффективности реформ в системе здравоохранения», УП-4887 от 10 ноября 2020 г. «О дополнительных мерах по обеспечению здорового питания населения» и УП-4891 от 12 ноября 2020 г. «О дополнительных мерах по обеспечению здоровья населения путем дальнейшего повышения эффективности медицинской профилактики». Настоящее диссертационное исследование в какой-то мере служит выполнению задач, поставленных в указанных и других нормативных актах, связанных с этой деятельностью.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики. Данное исследование выполнено в соответствии с приоритетными направлениями развития науки и технологий республики V «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. В проблеме патогенеза эпилепсии наибольшее внимание учёных привлекает церебральный нейротрофический фактор (CNF), фактор роста нервов (NGF), нейротрофины-3 (NT-3) и 4/5 (NT-4/5). Однако не до конца изучена роль цилиарного нейротрофического фактора (CNTF), интерес к исследованию которого продиктован его свойством способствовать выживанию нейронов в условиях хронической эпилептизации мозга (Котов А.С., 2019; Захаров А.В., 2019; Mishra, M., Singh, R., 2020 Likhтерman L.B., 2021). Сообщается, что более 50% стенотических процессов у пациентов с коморбидным соматическим заболеванием приводят к учащению повторений посттравматических эпилептических припадков, приводящих к окклюзионному повреждению крупных сосудов и ишемическим процессам в головном мозге, что, в свою очередь, приводит к развитию эпилептических припадков (Ахмедиев М.М., 2017; Gupta P.K., Sayed N., 2018; Рудакова И.Г., 2019).

По данным ангиографического и ультразвукового исследований пациентов с эпилептическими припадками при ишемическом инсульте, чаще встречаются атеросклеротические стенозы малой степени, по сравнению с гемодинамически значимыми стенозами и окклюзиями магистральных артерий каротидного бассейна (Муратов Ф.Х., Мухамеджанова Н.М., 2020; Strauss E., Lorig D., 2021; Fritz N.E., 2021). Исходя из патофизиологии эпилепсии, повреждение нейронов серого вещества головного мозга приводит к образованию эпилептогенных очагов, что приводит к чрезмерному накоплению поврежденных нейронов, смещению и деполяризации мембранного потенциала (Давлетярова У.М., 2018; Курбанова С.А., 2015). Компьютерная томография головного мозга у больных с посттравматической эпилепсией выявляет рубцовые атрофические изменения костных дефектов посттравматической природы, посттравматические кисты, посттравматические гематомы, уменьшение или увеличение плотности глубоких очагов (Макаров А.Ю., Садыков Е.А., 2019; Мирзаев Ж.Б., 2017).

В последние годы использование антиоксидантов и ноотропов в комплексном лечении больных посттравматической эпилепсией оказалось полностью эффективным (Гафуров Б.Г., 2019; Najafi M.R., Tabesh H., 2021). Посттравматическая эпилепсия играет важную роль в развитии когнитивных нарушений, что требует адекватного подхода к разработке диагностических алгоритмов и лечебных мероприятий (Сидиков А.А., 2020; Рахимбаева Г.С. 2019; Воронкова К.В., 2017). В нашей стране проведен ряд исследований клинических признаков посттравматической эпилепсии, методов их исследования и лечения (Абдуллаева Н.Н., 2020; Ибодуллаев З.Р., 2018; Курбанова С.А., 2021). Также в исследованиях молодых ученых уделяется внимание факторам, усугубляющим посттравматическую эпилепсию и ее клиническое течение, проанализированы медицинские и социальные аспекты результата повышенного внимания к ним со стороны нашего государства. В то же время, наблюдения показывают, что встречаемость сопутствующих соматических заболеваний у лиц с посттравматической эпилепсией среди пациентов Самаркандской области, отсутствие эффективных и экономичных методов ее диагностики до конца не изучены. Это показывает важность исследований в этой области.

Связь темы диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ, высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование было выполнено в рамках плана научно-исследовательских работ Самаркандского государственного медицинского института №011400196 на тему «Проблемы углубленного изучения и раннего выявления соматических заболеваний, ассоциированных с посттравматическими заболеваниями».

Цель исследования: разработка рекомендаций, направленных на улучшение диагностики и выявления особенностей клиники заболевания, а также методов лечения у пациентов с посттравматической эпилепсией на фоне сопутствующих соматических заболеваний, в том числе сердечно-сосудистых.

Задачи исследования:

определение формы, клинических типов и особенностей течения приступов на фоне соматических заболеваний у лиц с посттравматической эпилепсией;

оценка специфичности изменений головного мозга при посттравматической эпилепсии в сочетании с соматическими заболеваниями с использованием комплексных нейрофизиологических методов (электроэнцефалография, транскраниальная доплерография) и нейровизуализационных (МРТ) методов исследований.

оценка состояния центральной нервной системы у больных с посттравматической эпилепсией на фоне соматических заболеваний по степени развития когнитивных нарушений с помощью нейропсихологических тестов;

изучение динамики клинических и нейрофизиологических изменений при проведении комплексных лечебных мероприятий у больных с посттравматической эпилепсией на фоне соматических заболеваний.

Объектом исследования стали 110 пациентов в возрасте от 45 до 65 лет с диагнозом посттравматическая эпилепсия (65 пациентов с сопутствующими соматическими заболеваниями, 45 пациентов с посттравматической эпилепсией без сопутствующей патологии) и 48 пациентов с идиопатической эпилепсией. Все пациенты были обследованы в неврологическом отделении 1 клиники Самаркандского государственного медицинского института.

Предмет исследования: ЭКГ, ЭхоКГ, Холтеровский мониторинг, УЗИ, ЭЭГ, ЭхоЭС, ТКДГ и МРТ.

Методы исследования. В нашей работе были использованы следующие методы: клиничко-неврологический, нейропсихологические тесты, клиничко-лабораторные исследования, инструментальные методы исследования (УЗИ, ЭхоЭС, Холтеровский мониторинг, ЭЭГ, ТКДГ), нейровизуализационные (МРТ и КТ-головного мозга), Тест MMSE, шкала Гамильтона и аналитические методы статистической обработки.

Научная новизна исследования заключается в следующем

на основании показаний электроэнцефалографии у больных с посттравматической эпилепсией на фоне соматических заболеваний, выявлена специфическая картина развития приступов;

было показано, что комбинированное использование электроэнцефалографии, магнитно-резонансной томографии и транскраниальной доплерографии у пациентов с посттравматической эпилепсией на фоне соматических заболеваний оказалось высокоэффективно при лечении заболевания и в профилактике тяжелых осложнений;

доказано, что выявление с помощью нейропсихологических тестов и устранение когнитивных нарушений у больных с посттравматической эпилепсией на фоне соматических заболеваний является одним из факторов улучшения их качества жизни;

разработана оптимальная тактика лечения пациентов с посттравматической эпилепсией на фоне соматических заболеваний на основе проведения электроэнцефалографии, магнитно-резонансной томографии, транскраниальной доплерографии и мониторинга результатов нейропсихологических тестов;

разработан и внедрен в практику ряд мероприятий, нормативов лабораторных и инструментальных обследований для предотвращения развития проблем и серьезных осложнений посттравматической эпилепсии в сочетании с соматическими заболеваниями;

путем сравнительного анализа неврологических и нейрофизиологических изменений у пациентов с посттравматической эпилепсией на фоне соматических заболеваний, разработаны меры профилактики развития эпилептических припадков в остром периоде соматических заболеваний;

для дальнейшего совершенствования лечения выявлена взаимосвязь между нервной системой, психоэмоциональными и когнитивными изменениями у больных, страдающих посттравматической эпилепсией протекающей на фоне соматических заболеваний;

изучение показателей гемодинамики больших полушарий головного мозга больных с посттравматической эпилепсией, сопровождающейся соматическими заболеваниями, позволяет на ранней стадии диагностировать данную патологию и прогнозировать особенности ее клинического течения. Разработаны эффективные лечебно-профилактические мероприятия по снижению риска осложнений, возникающих при сочетанном течении посттравматической эпилепсии и соматических заболеваний.

Достоверность результатов исследования обосновывается применением в исследовании современных методов и подходов, совпадением теоретических данных с полученными результатами, методологической правильностью проводимых обследований, достаточным количеством больных, обоснованностью общеклинических, функционально-диагностических, статистических методов исследования, сопоставимостью результатов исследования с международными и отечественными исследованиями, заключением, подтверждением полученных результатов компетентными структурами и достоверностью полученных результатов.

Научная значимость результатов исследования заключается в том, что в ходе лечения посттравматической эпилепсии на фоне сопутствующих соматических заболеваний была проведена профилактика нарушений церебральной гемодинамики, на основе результатов электроэнцефалографии, транскраниальной доплерографии, оценка уровня развития когнитивных нарушений у пациентов по состоянию центральной нервной системы с помощью нейропсихологических тестов, доказана эффективность профилактической терапии у этой группы пациентов, а также разработана корректирующая терапия, что позволило внести значительный вклад в совершенствование научных исследований в области неврологии, полученные результаты позволяют выявить новые особенности в теоретической и практической медицине.

Практическая значимость результатов исследования заключается в том, что данные, полученные с помощью электроэнцефалографии, магнитно-резонансной томографии головного мозга позволили выявить группу риска развития эпилептических припадков у пациентов с сопутствующими соматическими заболеваниями посттравматической эпилепсии, обнаружить взаимосвязь нервной системы, психоэмоционального и когнитивного состояний, выявить специфические клинические особенности данной патологии и разработать методы профилактического лечения для снижения риска развития эпилепсии у данной группы пациентов, своевременная диагностика заболевания, ранняя корректирующая терапия позволяет повысить эффективность лечения, увеличить вероятность выздоровления пациента, скорректировать умственный и интеллектуальный потенциал и улучшить его качество жизни.

Внедрение результатов исследования.

На основании полученных научных результатов о клинике посттравматической эпилепсии на фоне сердечно-сосудистых заболеваний, об особенностях диагностики, применении современных методов лечения и оценке их эффективности:

На основании результатов научных исследований по определению механизмов развития посттравматической эпилепсии была утверждена методическая рекомендация «Клиника и современные методы лечения посттравматической эпилепсии на фоне сердечно-сосудистых заболеваний» (утверждено в Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан №8 н-р/562 от 22.06.2021 года). Результаты внедрения позволили провести комплексную оценку клинического течения, раннее выявление тяжёлых осложнений, а так же оптимизировать терапевтические подходы при посттравматической эпилепсии на фоне сердечно-сосудистых заболеваний

на основании результатов научных исследований нервной системы, психоэмоционального статуса разработаны методы ранней профилактики когнитивных расстройств у пациентов с посттравматической эпилепсией на фоне соматической патологии выпущены методические рекомендации «Алгоритм диагностики особенности течения посттравматической эпилепсии на фоне сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний» (утверждено в Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан №8 н-р/569 от 22.06.2021 года).

Данные методические рекомендации позволили создать алгоритм диагностики больных с посттравматической эпилепсией, его применение, тактику дифференциальной терапии, а также повысить эффективность лечения;

Результаты исследования по повышению эффективности диагностики и лечения заболевания могут быть применены в практике здравоохранения, в том числе внедрены в практику частной медицинской клиники «Нур Хаят» г. Карши, Кашкадарьинской области, частной медицинской клиники «Мед Хаус Клиник» г. Ташкент, частной медицинской клиники «Азимед-Шифо» г. Бухара, а так же в клиническую практику Центральной больницы Хорезмской области (справка Минздрава № 8н-д / 238 от 16 июля 2021 года). Примененные на практике результаты позволили улучшить качество лечения и диагностики заболевания у больных эпилепсией, снизить частоту осложнений и летальных исходов пациентов, снизить затраты на лечение и улучшить качество жизни пациентов.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были представлены и доложены на 12 научно-практических конференциях, в том числе, 4 международных и 8 республиканских научно-практических конференциях.

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 23 научные работы, в том числе в 8 журналах рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикаций основных научных результатов диссертации, из которых 2 в республиканских, 5 в зарубежных журналах и 1 сборник журналов.

Структура и объём диссертации. Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы. Объём диссертации составляет 118 страниц

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обосновывается актуальность и необходимость исследовательской работы, описываются цель и задачи, объект и предмет исследования, указывается соответствие с приоритетными направлениями развития науки и техники Республики, излагается научная новизна и практическая значимость исследования, раскрывается научная и практическая значимость полученных результатов, приводятся сведения о внедрении результатов исследования в практику, структуре опубликованных работ и диссертации.

В первой главе диссертации **«Проблемы диагностики и медикаментозного лечения посттравматической эпилепсии на фоне сопутствующих соматических заболеваний в современной медицине»** подробно освещены результаты исследований по выбранной теме, произведен анализ зарубежной и отечественной литературы, приведены этиологические факторы возникновения посттравматической эпилепсии, клинические признаки, диагностические, инструментальные и лабораторные методы исследования, современные методы лечения и профилактики, и методы прогнозирования посттравматической эпилепсии.

Вторая глава диссертации под названием **«Материалы и методы исследования»** отражает описание клинического материала и применение методов прикладных исследований. Нами, согласно цели исследования, на базе 1 Клиники СамМИ было осмотрено 158 пациентов в возрасте 45-65 лет.

Все пациенты были разделены на следующие группы: 65 (41%) пациентов с посттравматической эпилепсией на фоне соматических заболеваний, 45 (29%)-только с посттравматической эпилепсией, группу контроля составило 48 (30%) пациентов с идиопатической эпилепсией (Таблица 1).

Таблица 1

Распределение больных на группы по характеру заболевания

Группы	Количество пациентов (n =%)
ПТЭ + ССЗ	65 (41%)
ПТЭ	45 (29%)
Идиопатическая эпилепсия	48 (30%)
Всего	158 (100%)

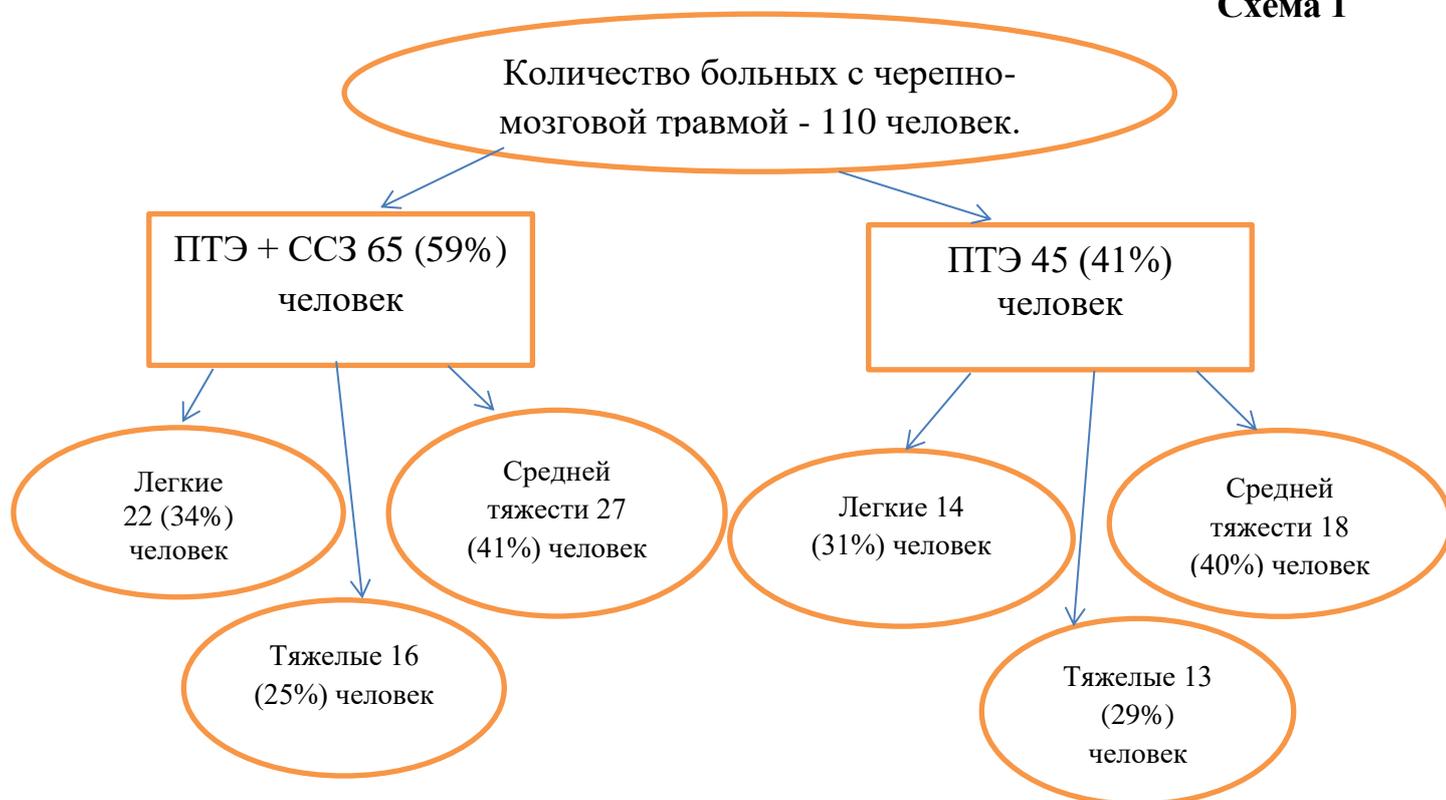
Примечание: различия между группами ($p < 0,05$)

Тяжесть черепно-мозговых травм у пациентов определялась на основании единой междисциплинарной классификации ЧМТ, рекомендованную на III международном съезде нейрохирургов (Коновалов А.Н., 1982) (по анамнезу):

- легкая черепно - мозговая травма - (сотрясение мозга легкой степени или ушиб мозга лёгкой степени);
- черепно - мозговая травма средней тяжести - (сотрясение головного мозга, 1-2 очаговых неврологических симптома, сопор);
- тяжелая черепно-мозговая травма - (потеря сознания, ступор, кома)

Из 110 пациентов 65 (59%) имели ПТЭ+ССЗ, из которых 22 (34%) имели легкие черепно-мозговые травмы, 27 (41%) - средней степени тяжести и 16 (25%) - тяжелые черепно-мозговые травмы. У 45 (41%) пациентов с черепно-мозговой травмой отмечалась только эпилепсия, из которых 14 (31%) имели легкую черепно-мозговую травму, 18 (40%) - средней тяжести и 13 (29%) - тяжелую черепно-мозговую травму.

Схема 1



При анализе демографических показателей пациентов, состояния трудовой деятельности, социальной активности, а также истории болезни пациентов развитие посттравматической эпилепсии на фоне соматических заболеваний преобладало у пациентов в возрасте от 45 до 65 лет, на основании чего для исследования были отобраны пациенты данного возраста. Средний возраст больных составил $45,4 \pm 1,6$ года.

В третьей главе диссертации **«Результаты клинко-инструментального обследования больных с посттравматической эпилепсией на фоне соматических заболеваний»** дано общеклиническое, клинко-анамнестическое, нейрофизиологическое и нейровизуальное описание больных с ПТЭ. Клиника эпилептических приступов на фоне соматических заболеваний при посттравматической эпилепсии, длительность между ЧМТ и развитием заболевания зависит от тяжести травмы и клинической стадии соматического заболевания. Для пациентов с легкой ЧМТ в анамнезе на фоне соматического заболевания характерны вторичные по распространенности и вторичные по локализации медиобазальные эпилептические приступы, а также генерализованные приступы без очагового компонента. Установлено, что для средних и тяжелых ЧМТ характерны другие типы пароксизмов (парциальные, моторные,

автоматизмы, с нарушениями психики, сенсорные и полиморфные приступы).

Средний показатель количества приступов у больных до исследования составлял $4,29 \pm 1,09$ (от 1 до 9) в месяц, из них очаговые- $2,53 \pm 1,1$ (от 0 до 7), вторичные-генерализованные- $1,76 \pm 1,2$ (от 0 до 6) ($p < 0,5$).

Установлено, что у большинства эпилептические приступы были с фокальной вторичной генерализацией (60,0%), при которой клиника очагового компонента в основном соответствовала височной медиабазальной локализации эпилептического очага (височные псевдоабсансы, вегетативно-висцеральные, автоматизмы). Кроме того, у значительной части пациентов наблюдались только генерализованные приступы судорог без парциального компонента (29,3%) или полиморфные приступы (16,0%) ($p < 0,01$).

Из общего количества пациентов с черепно-мозговой травмой 36 (33,0%) пациентов имели легкую ЧМТ, 45 (41,0%) – средне-тяжелую ЧМТ; 29 (26,0%) – тяжелую ЧМТ. В качестве дополнительной информации следует сказать, что у всех больных отмечалась закрытая черепно-мозговая травма или не отмечалось нарушений целостности черепа.

Кроме того, в анамнезе больных с посттравматической эпилепсией изучена роль других предрасполагающих факторов, стимулирующих развитие заболевания. Установлено наличие в анамнезе приобретенной предрасположенности к провоцирующим факторам, нейроинфекции, последствий острой и хронической сосудистой патологии (гипертоническая болезнь и ИБС), повторных ЧМТ. Степень тяжести приступов оценивалась на основании анамнеза по количеству приступов, наблюдавшихся в течение последних 12 месяцев.

Частота приступов была классифицирована на основе шкалы, рекомендованной противоэпилептической лигой (Seizure frequency scores-SFS): 1-Нет, 2-спорадические (1 или менее приступов в месяц), 3 - частые, средней степени тяжести (более 1 не менее 4 приступов в месяц) и 4-Очень частые (от 1 приступа в неделю до 1 или более приступов в день). Таблица 2

Таблица 2

Частота приступов ПТЭ+ССЗ

Течение приступов ЧМТ	ПТЭ + ССЗ				
	Нет приступов	Легкое течение (1 и менее в месяц)	Частые, умеренно-тяжелое течение (более 1 менее 4 приступов в месяц)	Очень частое, тяжелое течение (от 1 в неделю до 1 в день и более)	Общее количество пациентов
Легкая ЧМТ	0	7 (11%)	9 (14%)	6 (9%)	22 (34%)
ЧМТ средней степени тяжести	0	6 (9%)	13 (20%)	8 (12%)	27 (41%)
Тяжелые ЧМТ	0	2 (3%)	5 (8%)	9 (14%)	16 (25%)
Всего	0	17 (26%)	29 (45%)	19 (29%)	65 (100%)

Примечание * - достоверность разности показателей ($p < 0,05$)

В таблице показано, что у 9 (14%) пациентов с легкой черепно-мозговой травмой при ПТЭ+ССЗ, у 13 (20%) пациентов с черепно-мозговой травмой средней тяжести наблюдались частые приступы, а у 9 (14%) пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой-очень частые рецидивирующие приступы. ($p < 0,05$).

Таблица 3

Частота приступов ПТЭ

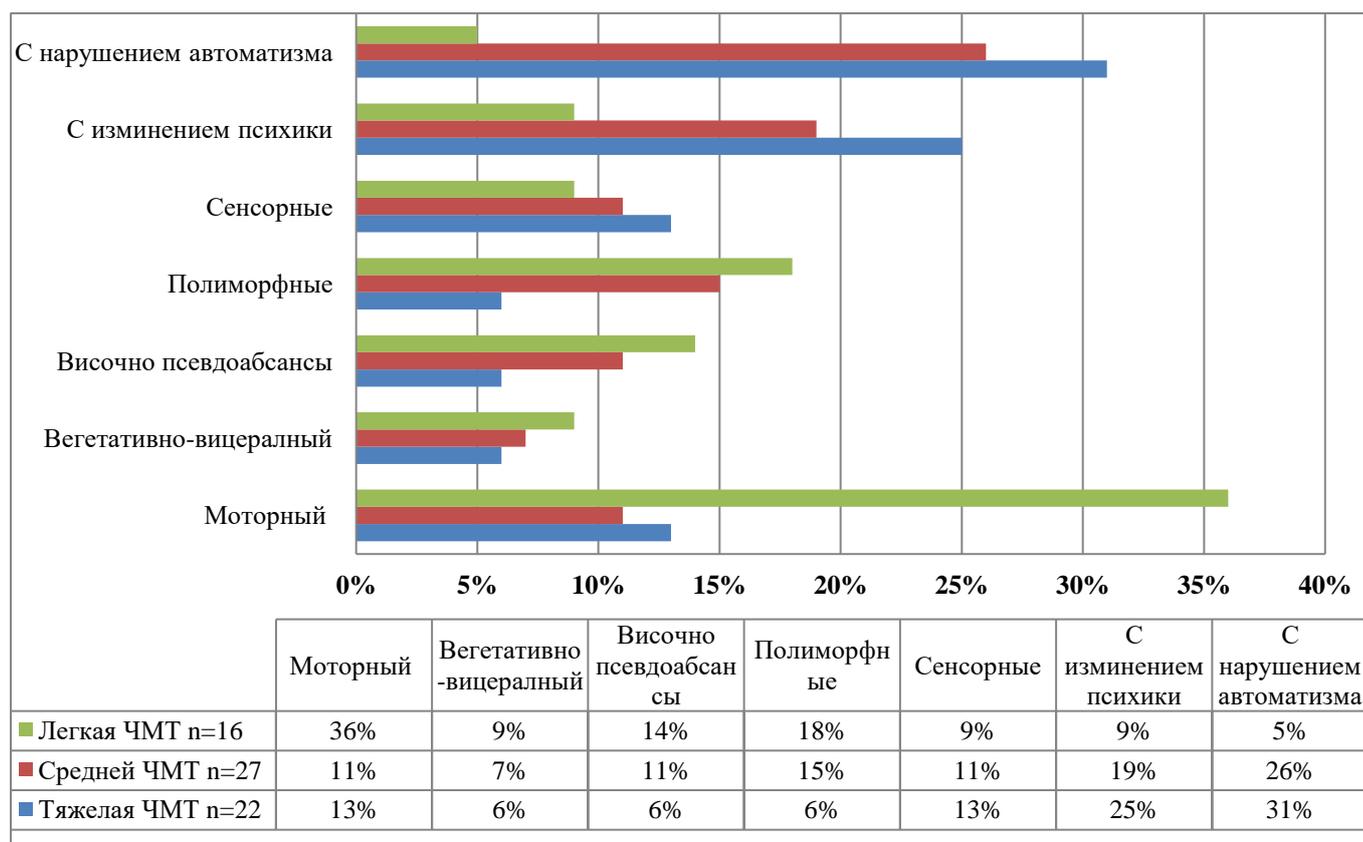
Течение приступов	ПТЭ				Общее количество пациентов
	Нет приступов	Легкое течение (1 и менее в месяц)	Частые, умеренно тяжелое течение (более 1 менее 4 приступов в месяц)	Очень частое, тяжелое течение (от 1 в неделю до 1 в день и более)	
Легкая ЧМТ	0	6 (13%)	5 (11%)	3 (7%)	14 (31%)
ЧМТ средней степени тяжести	0	7 (15%)	9 (20%)	2 (4%)	18 (40%)
Тяжелые ЧМТ	0	3 (7%)	8 (18%)	2 (4%)	13 (29%)
Всего		16 (35%)	22 (49%)	7 (16%)	45 (100%)

Примечание * - достоверность разности показателей ($p < 0,05$)

Из таблицы видно, что при ПТЭ преобладали частые рецидивирующие приступы у 6 (13%) пациентов с легкой черепно-мозговой травмой 1 раз в месяц и менее, у 9 (20%) пациентов с черепно-мозговой травмой средней тяжести и у 8 (18%) пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой. ($p < 0,05$).

Посттравматическая эпилепсия-это ранее перенесенная ЧМТ, проявляющаяся рецидивирующей (не менее 2) без провоцирующего фактора и напрямую зависящая от его развития, эпилептического припадка. У них заболевание характеризовалось различными типами эпилептических приступов, при этом их клиническая феноменология напрямую связана с ЧМТ, перенесенными ранее. Из анамнеза больных с посттравматической эпилепсией следует, что при легкой ЧМТ отмечались вторичные генерализованные и вторичные ограниченные (локальные) приступы с фокальным компонентом, а также генерализованные приступы без клинко-очагового компонента в структуре самих приступов. Среди ЧМТ легкой, средней тяжести и тяжелой тяжести в анамнезе наблюдалось увеличение частоты вторичных локальных приступов, в то время как генерализованные приступы без очагового компонента встречались реже. Очаговая составляющая, когда речь шла о клинической феноменологии, как отличалась ее особенность по клинике, так и у пациентов, получивших ЧМТ различной степени тяжести в анамнезе, соответственно менялись типы приступов. Рисунок 1

Распределение типов эпилептических приступов ПТЭ+ССЗ



Примечание: * - достоверность разницы показателей ($p < 0,05$)

Тяжелая и средне-тяжелая травма головного мозга в анамнезе у пациентов с соматическим заболеванием со вторично генерализованной структурой фокальных эпилептических приступов (в%). При этом 16 пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой и 27 пациентов с черепно-мозговой травмой средней тяжести наблюдались автоматизмы и психические расстройства (5 (31%), 3 (25%), 7 (26%), 5 (19%)). У 22 пациентов с легкими черепно-мозговыми травмами моторные приступы наблюдались у 8 (36%), псевдоабсансы приступы-у 3 (14%), полиморфные-у 4 (18%) пациентов. Таким образом, в случае черепно-мозговой травмы при соматических заболеваниях тип эпилептичности варьируется в зависимости от характера черепно-мозговой травмы и соматических заболеваний, то есть в данном случае преобладали поздние приступы с автоматизмами и изменениями психики.

В результате полученных данных нами было установлено, что имеется связь типа эпилептических приступов в зависимости от степени тяжести черепно-мозговых травм, однако установлено, что за счет присоединения соматических заболеваний в 1,5 раза чаще встречаются моторные фокальные эпилептические приступы, автоматизмы и изменения психики.

В результате повышения артериального давления у пациента в ткани головного мозга возникают гипоксические механизмы, т.е. в результате ишемии повышается активность нейромедиаторов, развивается отёк

головного мозга, что приводит к возникновению избыточных нейроаксональных биопотенциалов и возникновению приступов. Это, в свою очередь, может варьироваться в зависимости от характера соматических заболеваний, клинических стадий, психоэмоционального статуса пациента и реактивности организма. Условно больных гипертонической болезнью разделили на 3 подгруппы по психоэмоциональному статусу и функции сердца и почек:

1-подгруппу составили 27 больных с повышенной агрессивностью течения ГБ, средний возраст больных данной группы $47,4 \pm 7,1$ года;

2-подгруппа состояла из 20 пациентов с ГБ с высоким уровнем депрессивности, средний возраст которых составлял $48,3 \pm 7,8$ лет;

3-подгруппу составили 18 больных с ГБ, не имеющие нарушений в психоэмоциональной сфере, средний возраст которых составляет $49,4 \pm 6,6$ года ($p < 0,1$).

Таблица 4.

Предрасполагающие факторы и формы приступов в зависимости от степени тяжести посттравматической эпилепсии, выявленной по анамнезу и на фоне гипертонической болезни.

Сопутствующие соматические заболевания	Количество выявленных случаев встречаемости предрасполагающих факторов			Общее количество выявленных случаев встречаемости предрасполагающих факторов	ПТЭ+ ССЗ	ПТЭ
	я	II	III			
Гипертоническая болезнь	15 (55,5%)*	17 (85%)*	9 (50%)	41 (63%)*	Фокальный простой, остро-волновой, абсансы	Фокальный простой, мелко-волновые, сенсорные приступы,
Гипертоническая болезнь с прямым поражением сердца	5 (18,5%)*	3 (15%)	4 (22%)	12 (18,5%)*	Фокальный диффузный острый волнообразный сопровождающийся автоматизмом и изменениями психики	генерализованные неограниченные, мелко-волновые полиморфные приступы
Гипертоническая болезнь с прямым поражением почек	7 (26%)	-	5 (28%)	12 (18,5%)*	Псевдоабсанс, вегетативно-висцеральные приступы	
Всего	27	20	18	65 (100%)		

Примечание: * различия между группами ($p < 0,1$)

По поражению сердца и почек

1.41 пациент с гипертонической болезнью.

2.12 больных с гипертонической болезнью и непосредственным поражением сердца.

3.12 пациентов с гипертонической болезнью и поражением почек (содержание креатинина - до 880 ммоль /л).

В то же время мы объясняли причины и предрасполагающие факторы развития и выраженности приступов, у лиц с посттравматической эпилепсии на фоне гипертонии следующим образом (Таблица 4).

Как видно из таблицы, посттравматическая эпилепсия на фоне гипертонической болезни является одним из факторов, способствующих большей предрасположенности к депрессии 17 (85%), при поражении сердца и почек при ГБ агрессия у 5 (18,5%), эпилепсии простые фокальные или диффузной острой волновые, автоматизмы, с психическими расстройствами и абсансы.

Описание структурных изменений головного мозга по данным нейроуализации приведено в таблице 5.

Таблица 5

Описание структурных изменений головного мозга по данным нейроуализации.

Структурные изменения	ПТЭ + ССЗ	ПТЭ	Всего
Кистозные изменения	16 (24,6%) *	11 (24,4%) *	27 (24%) *
Кистозно-глиозные изменения	28 (43%)	18 (40%)	46 (42%) *
Рубцовые изменения	13 (20%)	11 (24,4%) *	24 (22%) *
Локальная корковая атрофия	8 (12,4%) *	5 (11,2%) *	13 (12%)
Всего	65 (100%)	45 (100%)	110 (100%)

Примечание: * - достоверность разницы показателей ($p < 0,05$)

Как видно из приведенной выше таблицы, основными вариантами посттравматических эпилептогенных очагов у наших пациентов оказались кистозные изменения у 27 больных (24,%) и кистозно-глиозные изменения у 46 больных (41,8%) ($P < 0,05$).

Электроэнцефалография была проведена у всех пациентах, взятых для исследования, и полученные результаты были проанализированы путем сравнения, то есть из 158 пациентов 65 были основной группой, 45 были пациентами с черепно-мозговой травмой и 48 были пациентами контрольной группы. Специфика ритмов ЭЭГ у пациентов приведена в таблице 6.

Таблица 6

Специфика ритмов ЭЭГ у пациентов, взятых для исследования

Ритмы ЭЭГ	ПТЭ+ССЗ	ПТЭ	Идиопатическая эпилепсия	Норма
Альфа-ритм	α - волны преобладают в теменно-височно-затылочной области, амплитуда 120 мкВ, асимметричные	α - волны преобладают в теменной области, амплитуда 90 мкВ, симметричные	α - волны преобладают в теменной области, амплитуда 75-90 мкВ, смещенные	α - волны преобладают в затылочной области, не превышают 8-13 Гц, 100 мкВ, симметричные синхронные волны.
Бета-ритм	β - волны преобладают в височно-затылочной области 11-15 Гц, 30-40 мкВ, Асимметричны. медиобазальны	β - волны преобладают в теменно-височно-затылочной области, 7-6-8 Гц, 10-15 мкВ, Асимметричны.	β - волны преобладают в лобно-височно-затылочной области, 9-15 Гц, 50 мкВ, симметричны или билатеральны.	β - волны преобладают в лобной области, 3-5 Гц, 10-20 мкВ, симметричны
Тета- и дельта-ритм	Δ/Θ встречается во всех полушариях, 12-16 Гц, амплитуда 120 - 150 мкВ	Δ/Θ встречается только в пораженной области 8-10 Гц, амплитуда 120 мкВ,	Δ/Θ волны преобладают в височной области, 6-9 Гц, амплитуда 90-100 мкВ. Иногда не встречаются	20-100 мкВ или не должны быть

Как видно из таблицы, на фоне соматических заболеваний α , β -волны на ЭЭГ преобладают в теменно-височно-затылочной областях и имеют высокую амплитуду, асимметричные, медиобазальные проявления, в то время как при ПТЭ и идиопатической эпилепсии преобладают в теменной и лобной областях, имеют относительно низкую амплитуду и симметричную форму.

Распределение больных по группам по локализации очага эпилепсии представлено в таблице 7

Таблица 7

Распределение больных по группам по локализации очага эпилепсии

Форма болезни	Количество пациентов			
	Группы	ПТЭ + ССЗ (n = 65)	ПТЭ (n = 45)	Идиопатическая эпилепсия (n = 48)
Лобная эпилепсия	16 (24,6%)	9 (20%)	12 (25%)	37 (23%)
Височная эпилепсия	18 (27,7%)	12 (26,6%)	9 (19%)	39 (25%) *
Затылочная эпилепсия	19 (29,2%)	11 (24,4%)	13 (27%)	43 (27%)
Теменная эпилепсия	12 (18,5%)	13 (29%) *	14 (29%)	15 (25%) *
Всего	65 (100%)	45 (100%)	48 (100%)	158 (100%)

Примечание: * - достоверность разницы показателей ($p < 0,05$)

Как показано в таблице, посттравматическая эпилепсия на фоне соматических заболеваний наблюдалась у 16 (24,6%) пациентов в лобной доле головного мозга, у 18 (27,7%) в височной доле, у 12 (18,5%) в теменной доле и у 19 (29,2%) в затылочной доле.

Допплерографические показатели у больных с ПТЭ, сравнивались с показателями в динамике между собой и контрольной группой. Таблица 8

Таблица 8

Показатели цереброваскулярной реактивности и скорости кровотока при ПТЭ

Внутренняя сонная артерия			
	ЛСК	RI	PI
ССЗ + ПТЭ (n = 65)	90,1 ± 0,6	0,56 ± 0,14	1,28 ± 0,13 *
ПТЭ (n = 45)	88 ± 1,9 **	0,54 ± 0,11	0,93 ± 0,11 *
Идиопатическая эпилепсия (n = 48)	98 ± 1,8 *	0,51 ± 0,12	0,80 ± 0,12

Примечание: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ * – уровень статической значимости в I, II и III группах.

Из таблицы видно, что результаты всех групп по внутренней сонной артерии были следующими, т.е. показатели скорости кровотока ПТЭ+ССЗ (90,1) RI (0,56±0,14) PI (1,28±0,13*) оказались выше нормы (увеличение скорости кровотока ЛСК, PI и RI). Показатели у пациентов с ПТЭ и идеопатической эпилепсией показали, что иже, чем у пациентов группы

ПТЭ+ССЗ (ПТЭ-ЛСК $88 \pm 1,9^{**}$, RI- $0,54 \pm 0,11$, PI- $0,93 \pm 0,11^*$, идеопатическая эпилепсия ЛСК $98 \pm 1,8^*$, RI- $0,51 \pm 0,12$, Pi- $0,80 \pm 0,12$, ($p < 0,05$).

Цереброваскулярная реактивность является количественной характеристикой системы управления кровообращением в головном мозге и отражает состояние перфузионных резервов. Установлено, что у больных группы ПТЭ+ССЗ во всех сосудах головного мозга реактивность выше в передней мозговой артерии ($1,22 \pm 0,10$), средней мозговой артерии ($1,26 \pm 0,12$), внутренней сонной артерии ($1,28 \pm 0,13$). В группах ПТЭ и идеопатической эпилепсии эти показатели почти одинаковы.

При проведении нейропсихологических тестов всем пациентам раздавались бланки, состоящие из специальных тестов, на основании которых анализировались полученные результаты, и анализ сравнивался с результатами до и после лечения.

Таблица 9

Результаты полученные с помощью нейропсихологического теста MMSE (до лечения)

Тяжесть черепно-мозговой травмы	Количество пациентов (n =%)	ПТЭ+ССЗ (n = 65)	Количество пациентов (n =%)	ПТЭ (n = 48)
Легкая степень	22 (34%)	$27,5 \pm 0,96^*$ (от 25 до 30)	14 (31%)	$28,3 \pm 0,87^*$ (от 25 до 30)
Средняя степень	27 (41%)	$25,1 \pm 0,81^*$ (от 25 до 30)	18 (40%)	$27,4 \pm 0,71^*$ (от 25 до 30)
Тяжелая степень	16 (25%)	$23,2 \pm 0,92^*$ (от 25 до 30)	13 (29%)	$25,6 \pm 0,94^*$ (от 25 до 30)
	65 (100%)		45 (100%)	

Примечание: * различия между группами ($p < 0,05$)

Как видно из таблицы, у пациентов с посттравматической эпилепсией на фоне соматических заболеваний, перенесших черепно-мозговую травму средней тяжести показатель составил $25,1 \pm 0,81$, при тяжелой степени тяжести - $23,2 \pm 0,92$, когнитивные нарушения развивались относительно отчетливо ($R < 0,05$).

В четвертой главе диссертации «**Результаты динамики инструментальных, клинических и нейрофизиологических изменений после комплексной медицинской терапии у больных с посттравматической эпилепсией на фоне сопутствующих соматических заболеваний**» нами были отобраны пациенты с посттравматической эпилепсией с гипертонической болезнью, для лечения которых, кроме АЭП-терапии и базисной терапии (гипотензивная, кардиотропная, антидепрессивная и при когнитивных нарушениях аккантинол мемантиновые группы), была применена нейропротекция.

Факторы и причины, которые могут наблюдаться у пациентов до начала комплексного лечения, были разделены на три группы по анамнестическим данным.

1. Нарушение режима регулярного приема препаратов, принимаемых для АЭП и базисной терапии

2. Нарушение регулярного прохождения осмотров у лечащего врача или при других заболеваниях

3. Социально-экономические проблемы

У большинства наших пациентов основной группы был выявлен ряд нарушений и проблем, таких как несвоевременный прием лекарств в адекватных дозах, прохождение обследования у врача только при наличии дискомфорта и социальных проблем. В связи с вышеуказанными проблемами были внесены частичные изменения в базисную терапию, коррекционное лечение соматических заболеваний и нейропротекцию:

Таблица 10

Пациентам с нестабильным артериальным давлением в анамнезе и артериальным давлением 150/90 - 180/110 мм.рт.ст.	Периноприл 8 мг, амлопедин 5 мг / индопамид 2,5 мг (Ко-Амлесса 8/10 / 2,5) 2 раза в день (непрерывно)
Как кардиопротектор	Рибоксин 10% 10 мл внутривенно 1 раз в день. 10 дней
Как ноотроп, аниотроп и антиоксидант этилметилперидин сукцинат (Динар 5,0)	250 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней
Для когнитивных нарушений	Акконтинол мематин 10 мг 2 раза в день / 1 месяц
От депрессии	Эсциталопрам 10 мг (Дорепам) 1 месяц

У пациентов с посттравматической эпилепсией на фоне сопутствующих соматических заболеваний, все вышеперечисленные проблемы были устранены, лечение проводилось по указанной в таблице схеме в течение 3-6 месяцев, один курс лечения составлял 14 дней. В качестве нейропротекции использовался препарат этилметилперидина сукцинат (Динар 5,0) по 250 мг 2 раза в сутки. Результаты лечения регистрировались каждые 1, 3, 6 месяцев, и были достигнуты следующие результаты (11 таблица).

Как видно из таблицы, после 6-месячного курса нейропротективной терапии значительно снизилось число больных с фармакорезистентным течением заболевания, то есть, если до нейропротекции фармакорезистентность наблюдалась у 11 (16,9%) пациентов, то после лечения она выявлена у 3 (5%). Наблюдалось также, что часто повторяющиеся приступы уменьшились с 44,6% до 21,5%, а постоянная ремиссия увеличилась с 15% до 41,5%. Нейропротективная терапия способствовала снижению на 54% фармакорезистентности, развившейся при посттравматической эпилепсии на фоне соматической патологии, а также отмечалось снижение выраженности различных синдромов (вегетативно-

дистонического, астенического, церебрально-мигренозного). Безусловно, в достижении такого положительного показателя большое значение имеет не только нейропротекторное значение, но и роль таких факторов, как правильный выбор базисной терапии и АЭП-препаратов, проведение регулярных медицинских осмотров пациентов, социальный потенциал пациентов, здоровый образ жизни.

Таблица 11.

Динамика эпилептических приступов до и после коррекционной терапии у пациентов с ПТЭ +ССЗ

Показатели	ПТЭ+ССЗ							
	До лечения		После лечения					
			1 месяц		3 месяца		6 месяцев	
	п	%	п	%	п	%	п	%
Фармакорезистентность	11	16,9	8	12	5	8	3	5
Часто повторяющиеся приступы	29	44,6	25	39	23	35	14	21,5
Редко повторяющиеся приступы	15	23,1	17	26	19	29	21	32
Постоянная ремиссия	10	15,4	15	23	18	28	27	41,5
Всего	65	100	65	100	65	100	65	100

Примечание: * - достоверность разницы показателей ($p < 0,05$)

Результаты исследования транскраниальной доплерографии после корреляционной терапии у пациентов, страдающих посттравматической эпилепсией на фоне соматической патологии, результаты ТКДГ, предшествовавшие вышеописанному лечению, значительно улучшились после проведения коррекционной терапии (таблица 12).

Таблица 12

Показатели цереброваскулярной реактивности и скорости кровотока при ПТЭ

Внутренняя сонная артерия			
	ЛСК	PI	RI
ПТЭ+ССЗ (n = 65)	80,2 ± 0,4	0,56 ± 0,12	0,76 ± 0,12 *
ПТЭ (n = 45)	82,0 ± 0,4 *	0,58 ± 0,10	0,90,2 ± 0,8 **
Идиопатическая эпилепсия (n = 48)	84,0 ± 0,8 **	0,62 ± 0,10	0,76 ± 0,12

Примечание: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ * – уровень статической значимости в I, II и III группах

В приведенных выше таблицах показаны показатели ТКДГ пациентов после лечения, что говорит о том, что мы можем видеть значительные положительные изменения сосудов головного мозга после корреляционного лечения, т.е. мы наблюдали, что доплерографические изменения у пациентов группы ПТЭ+ССЗ, ПТЭ были ближе к норме (ПТЭ+ССЗ ЛСК- $80,2\pm 0,4$, PI- $0,56\pm 0,12$, RI- $0,76\pm 0,12^*$, ЛСК- $82,0\pm 0,4^*$, PI- $0,58\pm 0,10$, RI- $0,76\pm 0,12$ ($p<0,05$)).

Нейропсихологические тесты показали, что при посттравматической эпилепсии на фоне соматических заболеваний когнитивные и депрессивные изменения развиваются чаще, чем при ПТЭ и идиопатической эпилепсии, и положительные результаты достигаются при нейропротекции.

Таблица 13

**Результаты полученные с помощью нейропсихологического теста
MMSE**

Тяжесть черепно-мозговой травмы	Количество пациентов (n=%)	ПТЭ+ССЗ (n = 65)	Количество пациентов (n=%)	ПТЭ (n = 48)
Легкая степень	22 (34%)	$28,5\pm 0,85^*$ (от 25 до 30)	14 (31%)	$29,3\pm 0,87^*$ (от 25 до 30)
Средняя степень	27 (41%)	$28,5\pm 0,98^*$ (от 25 до 30)	18 (40%)	$28,1\pm 0,90^*$ (от 25 до 30)
Тяжелая степень	16 (25%)	$26,6\pm 0,87^*$ (от 25 до 30)	13 (29%)	$26,3\pm 0,85^*$ (от 25 до 30)
Всего	65 (100%)		45 (100%)	

Примечание: * различия между группами ($R<0,05$)

Как видно из таблицы, у пациентов с посттравматической эпилепсией, перенесших травму средней тяжести, протекающую на фоне соматических заболеваний, можно увидеть улучшение когнитивных функций после нейропротекции, в то время как у пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой были достигнуты относительно незначительные изменения.

ВЫВОДЫ

1. При посттравматической эпилепсии на фоне соматических заболеваний, характерны простые фокальные островолновые, моторные приступы 13 (20%), психические 11 (17%) и автоматизмы у 13 (20%) сложного характера, при ПТЭ-височные псевдоабсансы - 9 (14%), сенсорные - 7 (11%), вегетативно-висцеральные, полиморфные - 6 (9%), характерны приступы с очаговой составляющей вторично-диффузного проявления или без рассеянных признаков в структуре ($P<0,05$). Диффузная, мелковолновая и

очаговая пограничная эпилептическая активность у больных основной группы оказалась выше, чем у других групп 15 (23,1%); 11 (16,9%); 13 (20%) ($p < 0,05$).

2. На фоне соматических заболеваний было обнаружено, что α - волны встречались больше в теменной, височной и затылочной областях и ассиметричном виде, а при ПТЭ α - волны встречались больше в теменном области и симметричном виде. Изменений β и Δ/Θ волны не имели больших разницы. По данным МРТ основными вариантами посттравматических эпилептогенных очагов у наших пациентов оказались кистозные изменения у 27 больных (24,%) и кистозно-глиозные изменения у 46 больных (41,8%) ($P < 0,05$). По данным ТКДГ, результаты всех групп по передней мозговой артерии были следующими: показатели скорости кровотока ПТЭ+ССЗ ($91,1 \pm 0,8^{***}$) PI ($0,58 \pm 0,13^*$) RI ($1,22 \pm 0,10^*$) были выше нормы (было установлено, что скорость кровотока ЛСК была выше PI и RI).

3. Нейропсихологические тесты при посттравматической эпилепсии на фоне соматических заболеваний при легкой черепно-мозговой травме в группах преобладала агрессия, у больных с черепно-мозговой травмой средней тяжести на фоне соматических заболеваний ($25,1 \pm 0,81$) и тяжелой ($23,2 \pm 0,92$) наблюдались значительные когнитивные нарушения ($R < 0,05$).

4. После 6-месячного курса нейропротективной терапии значительно снизилось число больных с фармакорезистентным течением заболевания, т.е. если до нейропротекции фармакорезистентность наблюдалась у 11 (16,9%) больных, то после лечения-у 3 (5%), при этом частота приступов также уменьшилась от 44,6% до 21,5%, а стойкая ремиссия увеличилась от 15% до 41,5. Нейропротективная терапия способствовала снижению на 54% фармакорезистентности посттравматической эпилепсии при соматических расстройствах, а также отмечалось снижение выраженности различных синдромов (вегетативно-дистонического, астенического, церебрально-мигренозного). Безусловно, в достижении такого положительного показателя имеет большое значение не только значение нейропротекции, но и роль таких факторов, как правильный выбор базисной терапии и АЭП, проведение регулярных медицинских осмотров пациентов, социальный потенциал пациентов, здоровый образ жизни.

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

SAMARKAND STATE MEDICAL INSTITUTE

KASIMOV ARSLANBEK ATABAYEVICH

**DIAGNOSTICS AND CLINICS OF POSTTRAUMATIC EPILEPSIA IN
THE BACKGROUND OF COMPATING COMATIC DEGREES**

14.00.13. - Neurology

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

Bukhara - 2021

The theme of the thesis of the doctor of philosophy (PhD) in medical science is registered in the Higher Attestation Commission under the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan under B2019.2.PhD/Tib919

The dissertation carried out at the Samarkand medical institute.

Abstract of the dissertation is available in two languages (Uzbek, Russian and English (abstract)) on the web page of the Scientific Council (www.niito.uz) and Informational and educational portal «Ziyonet» (www.ziyonet.uz).

Research consultant: **Abdullaeva Nargiza Nurmatovna**
doctor of medical science

Official opponents: **Mamedbeyli Ayten Kyamal kizi**
doctor of medical science

Artikova Mavluda Abduraxmanova
doctor of medical science

Leading organization: **Tashkent medical academy**

The defense of the doctoral dissertation will be held on «___» _____ 2021, at _____ at the meeting of the Scientific Council PhD 04/13.05.2020.Tib.93.02 at Bukhara state medical institute (Address: 1 A.Navai str, 100118, Bukhara. Tel./fax: (+99865) 223-00-50).

The doctoral dissertation can be looked through in the Information Resource Centre of Bukhara state medical institute (registered under №_____). Address: 1 A.Navai str, 200118, Bukhara. Tel./fax: (+99865) 223-00-50.

The abstract of the dissertation was distributed on «___» _____ 2021.
(Registry record N _____ dated «___» _____ 2021).

D.T. Khodjieva

Chairman of the Scientific Council on Award of Scientific Degrees, DSc

S.S. Pulatov

Scientific Secretary of the Scientific Council on Award of Scientific Degrees, PhD

G.A. Ikhtiyarova

Chairman of the Scientific Seminar of the Scientific Council on Award of Scientific Degrees, DSc

INTRODUCTION (PhD thesis abstract)

The aim of the research work: To study the features of the clinical course and pathogenesis, ways to optimise diagnostic approaches and therapy in patients with PTE against a background of concomitant cardiovascular disease.

The object of the scientific research work: There were more than 110 patients with PTE who sought inpatient treatment in the Department of Neurology at 1 SamMI Clinic. The age range was 45 to 65 years who received inpatient treatment at 1 SamMI clinic from 2018 to 2020, the control group was 48 patients suffering from other types of epilepsy.

The scientific novelty of the research work is

For the first time, a comparative comparison of the form, clinical variety, seizure frequency, and severity of seizures as well as a comparative analysis of clinical, neurological and neurophysiological changes in patients with PTE in the context of CVD has been carried out.

The correlation between functional state of nervous system, psycho-emotional and cognitive spheres in patients with PTE and associated cardiovascular diseases was revealed.

For the first time the peculiarities of cerebral haemodynamics (TCWD) in patients with PTE on background CVD have been studied.

Recommendations for the treatment of patients with PTE against the background of associated CVD were developed

Implementation of the results

Based on the results obtained in the clinic of posttraumatic epilepsy against a background of cardiovascular disease, a methodological recommendation "Clinic of posttraumatic epilepsy against a background of cardiovascular disease and modern measures of treatment" was approved (Handbook of the Ministry of Health from 24 May 2021 № 8 nr / 414). This methodological recommendation made it possible to identify, compare and prescribe the correct comprehensive treatment of the clinical course of PTE against a background of satellite cardiovascular pathology on the basis of extensive and in-depth data of a comprehensive examination;

The methodical recommendations "Diagnostic algorithm of clinical features of posttraumatic epilepsy against the background of ischaemic heart disease" were approved (Reference of Ministry of Health No. 8 nr / 413 of May 24, 2021). The implementation of this methodological recommendation made it possible to develop an algorithm for diagnosing patients with posttraumatic epilepsy, its application, and the tactics of differential therapy, as well as to increase the effectiveness of treatment.

The structure and volume of the dissertation. The thesis consists of an introduction, four chapters, a conclusion, conclusions, practical recommendations, and a list of references. The volume of the thesis is 118 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; I part)

1. Касимов А.А., Кукдратова Н.Б., Абдуллаева Н.Н. Оценка клинических аспектов симптоматической посттравматической эпилепсии // Биология ва тиббиет муаммолари. №1(86) Самарканд, 2016. С. 35-40 (14.00.00 №19).

2. Kasimov A., Abdullaeva N., Djurabekova A., Shomurodova D. Features of diagnosis and clinic of post-traumatic epilepsy against the background of concomitant somatic diseases // International Journal of Pharmaceutical Research | Jan - Mar 2020 | Vol 12 | Issue 1 Research Article С. 1788-1792 (SCOPUS) (14.00.13).

3. Қасимов А.А., Шмирина К.В. Соматик касалликлар фониди посттравматик эпилепсиянинг диагностика хусусиятларини қиёсий баҳолаш // Биология ва тиббиет муаммолари. №3 (128) Самарканд, 2021. С. 60-63 (14.00.00 №19).

4. Касимов А.А. Клинико-диагностический подход при посттравматической эпилепсии на фоне сопутствующих соматических заболеваний // Российский журнал боли. Том 19. №1. Россия, 2021. (14.00.00 №3, SCOPUS)

5. Kasimov A.A. Diagnostic dynamics of post traumatic epilepsy in the context of comorbid medical conditions // Central Asian journal of medical and natural sciences Volume: 02 Issue: 04 | Jul-Aug 2021 ISSN:2660-4159 С 160-165 Ispana (14.00.13) (№23, Scientific Journal Impact Factor, IF – 5.32)

II бўлим (II часть; II part)

6. Касимов А.А., Кудратова Н.Б. Оценка эмоциональных нарушений у пациентов с эпилепсией. Вопросы современной медицинской науки Самарканд 2015 С 55-56-бет.

7. Касимов А.А., Кудратова Н.Б., Хакимова С.З., Абдуллаева Н.Н., Джурабекова А.Т. Оценка эффективности лечения по данным электроэнцефалографии при симптоматической посттравматической эпилепсии // XVIII международной научно-практической интернет-конференции Переяслав-Хмельницкий, Украина, 2016. С. 358-362.

8. Касимов А.А., Кудратова Н.Б., Хакимова С.З., Абдуллаева Н.Н., Джурабекова А.Т. Клиническая характеристика эпилепсии в зрелом и пожилом возрасте // XVIII международной научно-практической интернет-конференции Переяслав-Хмельницкий, Украина, 2016. С. 363-367.

9. Касимов А.А., Абдуллаева Н.Н., Джурабекова А.Т. Электроэнцефалография при эпилепсии в различных возрастных группах. 70 материалы научной конференции студентов медиков с международным участием. Актуальные проблемы современной медицинской науки, Самарканд, 2016. С.129-130.

10. Амриддинова М., Фарходова Ю., Касимов А.А., Абдуллаева Н.Н. Особенности эпилепсии в различных группах. Биология ва тиббиёт муаммолари, №2,1 (101) Самарканд, 2018. С. 109.

11. Касимов А.А., Утаганова Г.Х. Посттравматик эпилепсияларда тутқаноклар характери. Биология ва тиббиёт муаммолари, №1.1 (108) Самарканд, 2019. С.74.

12. Болтаева Ш.У, Равшанов О.Р., Касимов А.А. Особенности ээг у детей с фебрельными судорогами. Биология ва тиббиет муаммолари, №1.1(108) Самарканд, 2019. С.130.

13. Касимов А.А., Абдуллаева Н.Н. Особенности диагностики и клиники посттравматической эпилепсии на фоне сопутствующих соматических заболеваний. Проблемы биологии и медицины №1.1 (117) Программа онлайн 74-й Международной научно-практической конференции студентов-медиков и молодых учёных, посвященной 90-летию СамМИ. 15 мая 2020, Самарканд, С. 168-169.

14. Абдуллаева Ш., Касимов А.А., Азизова Р.Б., Абдуллаева Н.Н. Взаимообусловленность показателей акустического когнитивного вызванного потенциала и нейроиммунологических показателей при эпилепсии различного генеза. Проблемы биологии и медицины, №1.1 (117) 2020 йил Программа онлайн 74-й Международной научно-практической конференции студентов-медиков и молодых учёных, посвященной 90-летию СамМИ. Самарканд, 15 мая 2020 г. С.118.

15. Касимов А.А., Абдуллаева Н.Н. Особенности диагностики и клиники посттравматической эпилепсии на фоне сопутствующих соматических заболеваний. «Актуальные проблемы фундаментальной, клинической медицины и возможности дистанционного обучения». Пятница, 1 мая 2020 года. Место проведения: Zoom платформа, Самарканд, 2020. С. 168-169.

16. Касимов А.А., Абдуллаева Н.Н. Соматик касалликлар фонида жароҳатдан кейинги эпилепсиянинг диагностика хусусиятларини қиёсий баҳолаш // Международная конференция: «современные проблемы неврологии», г.Ташкент, 4-5 декабря 2020. С.116.

17. Kasimov A., Abdullaeva N.N., Sirodjeva T., Azizova R.B. Peculiarities of cognitive disorders among the patients with epilepsy// “Тиббиётнинг долзарб муаммолари” мавзусидаги Республика ёш олимлар ва иқтидорли талабаларнинг илмий амалий видео конференция материаллари. Андижон, 2020. С. 385-386.

18. Azizova R.B., Kasimov A.A., Abdullaeva N.N. The role of immune reactivity of neurotropic auto antibodies and neuromediators in the pathogenesis of symptomatic and idiopathic epilepsy// “Тиббиётнинг долзарб Муаммолари” мавзусидаги Республика ёш олимлар ва иқтидорли талабаларнинг илмий-амалий видеоконференция материаллари. Андижон, 2020. С. 386-387.

19. Abdullayeva M.A., Qasimov A.A., Abdullaeva N.N. Epilepsiya kasalligi bilan og'rigan bemorlarning kognitiv o'zgarishlarini o'ziga xos xususiyatlari// Современная медицина и Фармацевтика: новые подходы и Актуальные исследования. Материалы 75-ой Международной научно-практической

конференции студентов-медиков и молодых учёных. Самарканд, 18 мая 2021 г. С. 509-510.

20. Қасимов А.А. Features of the criteria for the diagnosis of post-traumatic epilepsy against the background of concomitant somatic diseases. International Engineering Journal For Research & Development Ҳиндистон 2021. С. 1-3.

21. Касимов А.А., Абдуллаева Н.Н., Мамурова М.М. Алгоритм диагностики особенности клинического течения посттравматической эпилепсии на фоне сопутствующих сердечно сосудистых заболеваний. Услугий тавсиянома. 24.05.2021 Протокол № 8h-p/413 Самарканд, 2021. 21 б.

22. Касимов А.А. Абдуллаева Н.Н. Мамурова М.М Yurak qon tomir kasalliklari fonida Posttravmatik epilepsiyani klinikasi va zamonaviy davochora tadbirlari. Услугий тавсиянома. 24.05.2021 Протокол № 8h-p/413 Самарканд, 2021. 19 б.

23. Касимов А.А., Абдуллаева Н.Н. Йўлдош соматик касалликлар фонида посттравматик эпилепсияни ташхислашнинг ўзига хос хусусиятлари // ICSEHA-2021 International Conference on Scientific, Educational & Humanitarian Advancements Hosted online from, Samsun, www.econferenceglobe.com July 15th, Turkey, 2021 № 19.

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

Босишга рухсат этилди: 13.11.2021 йил. Бичими 60x84 1/16 , «Times New Roman» гарнитурда рақамли босма усулида босилди.
Шартли босма табоғи 2,5 Адади: 100 нусха. Буюртма № 395.

Гувоҳнома АИ №178. 08.12.2010.
“Садриддин Салим Бухорий” МЧЖ босмахонасида чоп этилди.
Бухоро шаҳри, М.Иқбол кўчаси, 11-уй. Тел.: 65 221-26-45

