

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/05.06.2020.Tib.102.02 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

НАРЗУЛЛАЕВ ИЛГОР ДИЛУРОДОВИЧ

ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯР ЕТИШМОВЧИЛИК ФОНИДА ЯХШИ
СИФАТЛИ ПАРОКСИЗМАЛ ПОЗИЦИОН БОШ АЙЛАНИШИ
БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИНГ ДИАГНОСТИКАСИ ВА
РЕАБИЛИТАЦИЯСИГА ТИЗИМЛИ ЁНДАШУВ

14.00.04 – Оториноларингология

ТИББИЙ ФАНЛАР БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
АВТОРЕФЕРАТИ

УЎК:

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of the Dissertation Abstract of the Doctor of Philosophy (PhD)

Нарзуллаев Илгор Дилуродович

Вертебробазиляр етишмовчилик фонида яхши сифатли пароксизмал
позицион бош айланиши бўлган беморларнинг диагностикаси ва
реабилитациясига тизимли ёндашув 3

Нарзуллаев Илгор Дилуродович

Системный подход к диагностике и реабилитации больных с
доброкачественным пароксизмальным позиционным
головокружением на фоне вертебробазилярной недостаточности..... 25

Narzullaev Igor Dilurodovich

A systematic approach to the diagnosis and rehabilitation
of patients with benign paroxysmal positional vertigo due
to vertebrobasilar insufficiency..... 45

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works 47

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/05.06.2020.Tib.102.02 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

НАРЗУЛЛАЕВ ИЛГОР ДИЛУРОДОВИЧ

ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯР ЕТИШМОВЧИЛИК ФОНИДА ЯХШИ
СИФАТЛИ ПАРОКСИЗМАЛ ПОЗИЦИОН БОШ АЙЛАНИШИ
БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИНГ ДИАГНОСТИКАСИ ВА
РЕАБИЛИТАЦИЯСИГА ТИЗИМЛИ ЁНДАШУВ

14.00.04 – Оториноларингология

ТИББИЙ ФАНЛАР БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
АВТОРЕФЕРАТИ

Тиббий фанлар бўйича фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий таълим, фан ва инновациялар вазирлиги ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида № В2021.1.PhD/Tib1829 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Самарқанд давлат тиббиёт университетида бажарилган.

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

Илмий раҳбар:

Насретдинова Махзуна Тахсиновна
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Расмий оппонентлар:

Шамсиев Жаҳонгир Фазлидинович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Джамалудинов Юнускади Асхабалиевич
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Етакчи ташкилот:

Озарбайжон тиббиёт университети (Озарбайжон Республикаси)

Диссертация ҳимояси Самарқанд давлат тиббиёт университети ҳузуридаги DSc.04/05.06.2020.Tib.102.02 рақамли Илмий кенгашнинг мажлисида 2024 йил «___» _____ куни соат _____ да бўлиб ўтади (Манзил: 140100, Ўзбекистон, Самарқанд шаҳри, А.Темур кўчаси, 18-уй. Тел./факс: (+99866) 233-30-34, e-mail: ilmiyprorektori@sammi.uz).

Диссертация билан Самарқанд давлат тиббиёт университети Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (_____-сон билан рўйхатга олинган). Манзил: 140100, Самарқанд, А.Темур кўчаси, 18-уй. Тел./факс: (+99866) 233-30-34.

Диссертация автореферати 2024 йил «___» _____ да тарқатилди.

(2024 йил «___» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси).

Ж.А. Ризаев

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

Г.У. Самиева

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

Т.Э. Зойиров

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

КИРИШ (фалсафа фанлари доктори (PhD) диссертациясининг аннотацияси).

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурути. Хавфсиз хуружсимон ҳолатий бош айланиши (ХХХБА) аҳоли орасида тарқалиши бўйича 3,4% ни ташкил этган ҳолда, умри давомида катта ёшдаги гуруҳда 10% га қадар етиб, бош айланишининг энг кенг тарқалган сабаби ҳисобланади. Шундай қилиб, ҳар ўнинчи одам ҳаёти давомида камида бир марта ХХХБА эпизодини бошдан кечиради. Касаллик гравитация векторига нисбатан бошнинг ҳолатида кескин ўзгариш бўлганда юзага келадиган айланма бош айланишининг қисқа муддатли хуружлари билан тавсифланади.

Вестибуляр симптомлар кузатилган беморни текширадиган мутахассиснинг асосий вазифаси вестибуляр анализаторнинг шикастланиш даражасини аниқлашдан иборат, чунки патологик жараённинг локализацияси ва табиати беморнинг қайси ихтисосликдаги шифокор томонидан даволаниши ва кузатилиши лозимлигини, шунингдек касалликнинг прогнозини бевосита белгилайди (Нух Ҳ.Е., 2013й., Strupp М., 2013й.).

Умуртқа артериялари патологиясида вестибуляр анализатор функциясининг бузилиши ички қулоқни қон билан таъминловчи лабиринт артериясининг вертебрал-базиляр ҳавзага тегишли бўлиши ҳамда баъзи муаллифларнинг фикрига кўра, ўрта қулоқ қон томирлар тизими билан анастомозларга эга эмаслиги билан боғлиқ (Лиленко С.В., Янов Ю.К., 2005). Шунинг учун УА бўйлаб қон оқими бузилганида ички қулоқ қалла бўшлиғидаги энг заиф жой бўлиб қолади ҳамда унинг шикастланишида кузатиладиган биринчи белгилар тўлиқ текширув пайтида бўйин ва бош миядаги магистрал қон томирлари касалликларининг дастлабки босқичида аниқланиши мумкин (Гофман В.Р., Накатис Я.А., 2002; Лиленко С.В. 2005).

Вертебробазилляр етишмовчилик патологияси мавжуд бўлган ХХХБАли беморларнинг ярим айлана каналлари ҳолатининг хусусиятларини ўрганиш бундай беморларда вестибуляр бузилишлар ташхисотини оптималлаштириш учун зарур. Сўнги ўн йилликларда нейровизуализация усулларининг ривожланишига ва вестибуляр тизимнинг функциясини объектив баҳолашга имкон берадиган юқори аниқликдаги асбобларнинг пайдо бўлишига қарамадан, вестибуляр бузилишлари бўлган беморни текшириш ҳали ҳам беморнинг шикоятларини, касаллик анамнези ва ҳозирги вақтда жуда кўп турли хил тестлар мавжуд бўлган клиник тадқиқот натижаларини атрофлича таҳлил қилишга асосланган (Strupp М., 2019й.). Бироқ, мазкур тестларнинг барчаси стандартлаштирилмаган ва ҳар бир бемор учун уларнинг тўлиқ тўпламини ўтказиш мураккаб ташхисот ускуналарини қўллаш билан бир қаторда жиддий асоссиз молиявий ва вақт харажатларини келтириб чиқаради (Бронштейн А., 2017). Баъзи муаллифларнинг фикрига кўра, ВБХдаги ишемик инсулт 11% ҳолларда ягона шикоят– айланма бош айланиши билан бошланади, қолган симптомлар (визуал, мияча, окуломотор ва бошқа устун бузилишлари) кейинроқ пайдо бўлади (Богданов Э. И., 2019).

Шунинг учун клиник ва неврологик ташхисот билан бир қаторда инструментал текширув усулларидан фойдаланиш керак. Ушбу бузилишларни

олдини олиш ва даволаш имкониятлари йилдан йилга ангиография, ультратовушли доплерография (УТДГ), термография, мия қон оқимини ўрганиш учун импеданс текширув усуллари, компьютер томографияси, магнит-резонанс ангиография (МРАГ), спирал компьютер томографиясини (СКТ) қўллаш, жарроҳлик аралашувларини ўз ичига олган дифференцирланган патогенетик даволашдан фойдаланиш туфайли кенгайиб борапти.

Мазкур диссертация иши Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ–60–сонли “2022 — 2026 йилларга мўлжалланган янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида”ги, 2018 йил 7 декабрдаги ПФ–5590–сонли “Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора–тадбирлар тўғрисида”ги Фармонлари, 2021 йил 28 июлдаги ПҚ-5199-сонли “Соғлиқни сақлаш соҳасида ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатиш тизимини янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги Қарори ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий–ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига боғлиқлиги. Мазкур тадқиқот Ўзбекистон Республикаси фан ва технологиялар ривожланишининг VI «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Бугунги кунга келиб, вестибуляр бузилишларнинг структураси ҳақида маълумотлар мавжуд, аммо улар бир-бирига зиддир. Адабиёт маълумотларига кўра, бош айланишининг барча сабабларидан 5% дан 25% га қадари ҳаёт учун потенциал хавfli ҳолат бўлиши мумкин. ХХХБА ва Д витамини танқислиги ўртасидаги ўзаро боғлиқлик ҳақидаги маълумотлар адабиётларда ўрганилмаган ва хорижий адабиёт маълумотларига кўра қарама-қаршидир. Кўпгина тадқиқотчилар Д витамини танқислиги ва ХХХБА ўртасидаги корреляцион боғлиқлик мавжудлигини кўрсатишади; бир қатор тадқиқотлар эса ушбу назарияни тасдиқлашмайди. Хавф омилларини ўрганиш қизиқиш уйғотади, вестибуляр бузилишларнинг ҳар хилда бўлиши кўпинча қон томир патологиясига боғлиқлиги ҳисобланади.

Асоссиз равишда катта миқдорда қиммат қўшимча текшириш усулларида фойдаланган ҳолда бош айланишининг қон томирлар билан боғлиқ сабаблар гипердиагностикаси ва периферик сабаблар гиподиагностикаси маҳаллий тиббиёт учун долзарбдир.

Ўзбекистон Республикасида ўтказилган илмий тадқиқот натижалари қийинчилик туғдирувчи сабаблар вестибуляр патологиянинг гетерогенлигидан ташқари, маълумотларнинг етарлича бўлмаганлиги, узоқ вақт кечишига олиб келувчи механизмлар тўлиғича тадқиқ этилмасдан қолганлиги, ташхисот ва даволаш билан боғлиқ муаммолар сақланганлигини кўрсатади (Ачилова Д. Н.,2016).

Ушбу муаммоларнинг ечими ЛОР амалиётида вертебробазилар етишмовчилик фонида кузатиладиган хавфсиз хуружсимон ҳолатий бош айланишининг ташхисоти ва даволаш тактикасини такомиллаштиришга

имкон беради, қайсики соғлиқни сақлашнинг асосий вазифаларидан бири бўлиб ҳисобланади. Юқорида келтирилганлар асосида бош айланишини эрта ташхисот этишга ва касалликни консерватив даволаш самарадорлигини оширишга йўналтирилган илмий тадқиқотлар ўтказилиши мумкин.

Тадқиқотнинг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Самарқанд давлат тиббиёт унивеситети илмий-тадқиқот ишлари режасига мувофиқ №01980006703 «Ташхисот, даволаш ва профилактиканинг замонавий усуллари ишлаб чиқиш» (2015-2018 йй.) доирасида бажарилган.

Тадқиқот мақсади вертебробазиляр етишмовчилик фонида кузатиладиган хавфсиз хуружсимон ҳолатий бош айланиши мавжуд беморларни ташхислаш ва реабилитация қилишга тизимли ёндашувни ўрганишдан иборат.

Тадқиқот вазифалари:

1. ВБЕ фонида кечувчи ХХХБА ривожланишига сабаб бўлувчи мойил омилларни аниқлаш ва уларнинг касаллик кечишига таъсирини баҳолаш.

2. D витамини танқислиги ВБЕ фонида кечувчи ХХХБА нинг қайталаниб кечиш эҳтимоли ўртасидаги ўзаро боғлиқликни, шунингдек вертебрал-базиляр тизимда қон оқимининг бузилиши фонида аниқлаш.

3. Даволашдан олдин ва терапиянинг турли босқичларида ХХХБА мавжуд беморларда вестибуляр миоген чақирилган потенциалларни (цервикал ва окуляр) қайд этиш ёрдамида отолит аъзоларнинг (утрикулос ва саккулос) функционал ҳолатини баҳолаш, шунингдек касалликнинг қайталаниши нуқтаи назаридан уларнинг прогностик аҳамиятини аниқлаш.

4.. ВБЕ фонида кечувчи ХХХБА мавжуд беморларда кальций метаболизмини ўрганиш ҳамда кальций метаболизмининг бузилиши ва касаллик қайталаниши ҳамда ривожланиши ўртасида ўзаро боғлиқликни аниқлаш.

5. Вертебробазиляр етишмовчилик фонида кузатиладиган ХХХБА қайталаниб кечиш хавфи юқори бўлган беморлар учун оптимал профилактик алгоритмни ишлаб чиқиш.

Тадқиқот объекти сифатида 18 ёшдан 70 ёшгача бўлган 106 нафар бемор, улардан 60 нафари ХХХБА ва 40 нафари вертебрал-базиляр етишмовчилик фонида кузатилган ХХХБА қайд этилган беморлар олинган.

Тадқиқот предмети - вертебробазиляр етишмовчилик фонида кузатилган ХХХБА мавжуд беморларнинг веноз қони, қон зардобидан иборат бўлган.

Тадқиқот усуллари. Биз умумий клиник, функционал, биокимёвий, рентгенологик, стабилOMETрик ва статистик усуллардан фойдаландик.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

вертебробазиляр етишмовчилик фонида кузатиладиган хавфсиз хуружсимон ҳолатий бош айланиши мавжуд беморларда окуляр вестибуляр миоген чақирилган потенциалларни динамик (вестибуляр реабилитациядан олдин ва ундан 7 кундан кейин) рўйхатга олиш ёрдамида утрикулос дисфункциясининг даражаси аниқланган;

вертебробазиляр етишмовчилик фонида кузатиладиган хавфсиз хуружсимон ҳолатий бош айланиши мавжуд беморларда Д витамини танқислигини аниқлаш, касалликнинг қайталанувчи шаклларининг ривожланишига сабаб бўлиши, касалликнинг оғирроқ кечиши ҳамда ифодаланган интензивликдаги бош айланиши хуружларини келтириб чиқариши исботланган;

кальций метаболизмининг бузилиши билан боғлиқ бўлган қайталанувчи ХХХБА ли беморларда муваффақиятли ўтказилган вестибуляр реабилитациядан сўнг 7-кунда окуляр ВМЧПларнинг клиник жиҳатдан аҳамиятли (40% дан ортиқ) асимметрияси туфайли асосан ипсилатерал ХХХБА қайталанишининг юзага келиши (15% қайталанмайдиган ХХХБА га қараганда 78%) гипокальцемия (ушбу гуруҳдаги 2,5% қайталанишларсиз ХХХБАли беморларга қараганда 44%), гипокальциурия билан асосланганлиги (ушбу гуруҳдаги 5% қайталанишларсиз ХХХБАли беморларда қараганда 44%) исботланган;

илк бор, кенгайтирилган кенг қамровли отоневрологик текширув натижалари ХХХБА билан касалланган беморларда бузилишларнинг табиати ва локализациясини аниқлашга ҳамда эшитиш ва вестибуляр анализаторнинг шикастланиш даражасини белгилаш имконини берган

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

Вертебро-базиляр етишмовчилик фонидаги ХХХБАни текшириш учун хавф омиллари, клиник кечишининг хусусиятлари ва стадиометрик тадқиқотларнинг қўшимча ташхисот мезонлари таклиф этилган.

Вертебро-базиляр етишмовчилик фонидаги ХХХБА ташхисоти учун стабилOMETрик кўрсаткичлар ишлаб чиқилган ва тиббиёт муассасаларида қўлланилиши учун жорий этилган.

Вертебро-базиляр етишмовчилик фонидаги ХХХБА терапиясининг шахсийлаштирилган схемалари тасдиқланган, қайсики касалликнинг клиник кўринишига ва лаборатор кўрсаткичларига бевосита ижобий таъсир кўрсатган ҳамда касалликнинг қайталаниши пасайишига олиб келган.

Д витамини танқислиги, гипокальцемия ва гипокальциурия ХХХБА ривожланиши учун хавф омилли эканлиги ҳамда ушбу ҳолат асосида эндокринолог томонидан даволангандан сўнг, барча текширилган беморларда фосфор-кальций алмашинуви кўрсаткичлари меъёрга келганлиги аниқланган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги. Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги исботланган назарий ва амалий ёндашувлар ва усулларнинг қўлланилиши, беморларнинг етарли миқдордаги танламаси билан белгиланган, шунингдек, замонавий функционал ва статистик тадқиқот усуллари ёрдамида тасдиқланган. Олинган маълумотлар хорижий ва маҳаллий тадқиқотлар билан таққосланган, шахсий тадқиқот натижаларидан хулосалар қилинган ва асосланган.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.

Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундан иборатки, муаллифлар вертебро-базиляр етишмовчилик фонидаги ХХХБАли беморларнинг маълумотларини назарий тиббиёт учун муҳим рол ўйнайдиган касалликнинг кечиши ва прогнози бўйича ўрганишган. Тадқиқот натижалари

вертебро-базиляр етишмовчилик фонидаги ХХХБАнинг ташхисоти ва даволашни такомиллаштиришга имкон берувчи кўшимча диагностика мезонлари сифатида таклиф этилиши мумкин.

Амалий соғлиқни сақлаш учун Д витамини препаратларини қўллаган ҳолда вертебро-базиляр етишмовчилик фонидаги ХХХБАли беморларни аниқлашнинг индивидуаллаштирилган ташхисот усуллари синовдан ўтказилди ва жорий этилди. Анъанавий даволашда Д витаминини индивидуаллаштирилган ҳолда тайинланиши касалликнинг клиник кечишига ва стабиллометрик кўрсаткичларга ижобий таъсир кўрсатган.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Самарқанд давлат тиббиёт университетининг 2024 йилдаги 2 апрелдаги 30-сон хулосасига кўра (илмий янгиликларни бошқа соғлиқни сақлаш муассасаларига жорий этиш бўйича бўйича Соғлиқни сақлаш вазирлигига СамДТУ проректори томонидан 2024 йил 2 апрел № 2568 сонли хат юборилган):

Биринчи илмий янгилик: Илмий янгиликнинг моҳияти: окуляр вестибуляр миоген чақирилган потенциалларни динамик (вестибуляр реабилитациядан олдин ва ундан 7 кундан кейин) рўйхатга олиш ёрдамида баҳоланиши мумкин бўлган утрикулос дисфункциясининг даражаси ХХХБА қайталаниб кечиш табиатига таъсир қилиши аниқланган; Илмий янгиликнинг аҳамияти: Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти шундан иборатки, хуружсимон ҳолатий ҳолатий бош айланиши мавжуд бўлган окуляр вестибуляр миоген чақиртилган потенциални қайд этишда амплитудасининг 40 % дан ортиқ клиник жиҳатдан аҳамиятли асимметрияси аниқланган, даволашдан олдин қайд қайд этишда зарарланган томонда жавоб амплитудасининг ифодаланган даражада ўсиши ҳамда муваффақиятли ўтказилган репозицион даволашда отолит мембранаси юзасида отолитлар рефикацияси натижасида утрикулос функцияси яхшиланганлиги ҳақида далолат беради иқтисодий самарадорликни ошириш имкониятини беради; Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси марказий шифохонасида 2024 йил 27-март 6-сонли буйруқ билан, РШТЎИМ ТВФда 2024 йил 30 мартдаги 751-7-107-ТВ/2024-сонли буйруқ билан клиник амалиётга жорий этилган.

Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: Бош айланиши безовта қиладиган беморларни жисмоний реабилитация қилишнинг ишлаб чиқилган усули узоқ муддатли ва барқарор ижобий таъсир кўрсатади ҳамда беморнинг ҳаёт сифатини яхшилашга имкон беради, асоратларни камайтириш ва тиббий ёрдам сифатини ошириш имконини берган. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: вестибуляр бузилишлари мавжуд бўлган беморларни ташхисот этиш ва реабилитация қилиш жиҳатларини бундай кўп қиррали ўрганиш маълум даражада қўйилган саволларга жавоб беришга ва иқтисодий самарадорликни ошириш имкониятини беради. Хулоса: ВБ билан касалланган беморларда диагностика ва даволаш бўйича таклиф этилган алгоритм ва комплекс ёндашувдан фойдаланиш беморларда МК патологиясини ташхислаш ҳамда башоратлаш, стационар шароитида 1 нафар бемор учун 2 кун ҳисобига бюджет маблағларини 130 000 сўм иқтисод қилиш имконини берган. Илмий

янгиликдан кенгайтирилган холда фойдаланиши: “Вертебробазиляр етишмовчилик фонида яхши сифатли пароксизмал позицион бош айланиши бўлган беморларнинг диагностикаси ва реабилитациясига тизимли ёндашув” мавзусидаги илмий янгиликларни бошқа соғлиқни сақлаш муассасаларига жорий этиш бўйича Соғлиқни сақлаш вазирлигига СамДТУ проректори томонидан 2024 йил 2 апрел № 2568 сонли хат юборилган.

Иккинчи илмий янгилик: Илмий янгиликнинг моҳияти: Вертебробазиляр етишмовчилик фонида кечувчи хуружсимон ҳолатий бош айланиши мавжуд беморларда Д витамин танқислиги ва унинг касалликнинг кечиши билан ўзаро боғлиқлигини Д витамини танқислиги ва унинг касалликнинг кечиши билан ўзаро боғлиқлигини аниқлаш касалликнинг қайталанувчи шаклларида ривожланишига сабаб бўлиши, шунингдек касалликнинг оғирроқ кечишини ҳамда ифодаланган интенсивликдаги бош айланиши хуружларини келтириб чиқариши ифодаланган. Илмий янгиликнинг аҳамияти: Тадқиқот натижаларнинг илмий аҳамияти шундан иборатки, периферик ва марказий вестибуляр бузилишларнинг клиник хусусиятлари аниқланган ва амалиётчи шифокорлар учун вестибуляр бузилишларнинг зарарланиш даражаси ва оғирлик даражасини аниқлаш имконини берувчи ташхисот тадбирларининг алгоритми ишлаб чиқилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси марказий шифохонасида 2024 йил 27-март 6-сонли буйруқ билан, РШТЎИМ ТВФда 2024 йил 30 мартдаги 751-7-107-ТВ/2024-сонли буйруқ билан клиник амалиётга жорий этилган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: Вертебро-базиляр етишмовчилик фонида кечувчи хуружсимон ҳолатий бош айланиши мавжуд беморларда Д витамин танқислиги ва унинг касалликнинг кечиши билан ўзаро боғлиқлигини ва стабиллометрик кўрсаткичларига қараб ҳамда анъанавий отоневрологик кўрикларидан, касалликни беқарорлашиш хавфини ҳамда прогнозини баҳолаш учун дастур яратилган ва эрта ташхислаш мезонлари такомиллаштирилган. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: Вертебро-базиляр етишмовчилик фонида кечувчи хуружсимон ҳолатий бош айланиши мавжуд беморларда эрта ташхислаш натижасида асоратлар сони камайтирилган ва стационарда даволаш ётоқ куни 2 кунга қисқарганлиги ҳисобида 280 000 сўм давлат бюджети маблағларини иқтисод қилиш имконини берди. Хулоса: Бош айланиши билан оғриган беморларда такомиллаштирилган диагностика-даволаш чора тадбирларни қўллаш натижасида 1 нафар бемор ҳисобига давлат бюджети маблағларини 360 000 сўмга иқтисод қилиш имконини берди. Илмий янгиликдан кенгайтирилган холда фойдаланиши: “Вертебробазиляр етишмовчилик фонида яхши сифатли пароксизмал позицион бош айланиши бўлган беморларнинг диагностикаси ва реабилитациясига тизимли ёндашув” мавзусидаги илмий янгиликларни бошқа соғлиқни сақлаш муассасаларига жорий этиш бўйича Соғлиқни сақлаш вазирлигига СамДТУ проректори томонидан 2024 йил 2 апрел № 2568 сонли хат юборилган.

Учинчи илмий янгилик: Илмий янгиликнинг моҳияти: кальций метаболизмининг бузилиши билан боғлиқ бўлган қайталанувчи ХХХБА ли

беморларда муваффақиятли ўтказилган вестибуляр реабилитациядан сўнг 7-кунда окуляр ВМЧПларнинг клиник жиҳатдан аҳамиятли (40% дан ортик) асимметрияси туфайли асосан ипсилатерал ХХХБА қайталанишининг юзага келиши (15% қайталанмайдиган ХХХБА га қараганда 78%) гипокальцемия (ушбу гуруҳдаги 2,5% қайталанишларсиз ХХХБАли беморларга қараганда 44%), гипокальциурия билан асосланганлиги (ушбу гуруҳдаги 5% қайталанишларсиз ХХХБАли беморларда қараганда 44%) исботланган. Илмий янгиликнинг аҳамияти: Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти шундан иборатки, кальций метаболизмнинг бузилиши билан боғлиқ бўлган қайталанувчи ХХХБА ли беморларда муваффақиятли ўтказилган вестибуляр реабилитация бундай кўп қиррали ўрганиш маълум даражада қўйилган саволларга жавоб беришга ва иқтисодий самарадорликни ошириш имкониятини беради; Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси марказий шифохонасида 2024 йил 27-март 6-сонли буйруқ билан, РШТЎИМ ТВФда 2024 йил 30 мартдаги 751-7-107-ТВ/2024-сонли буйруқ билан клиник амалиётга жорий этилган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: Вертебро-базилляр етишмовчилик фонида ХХХБА бор беморларни жисмоний реабилитация қилишнинг ишлаб чиқилган усули узоқ муддатли ва барқарор ижобий таъсир кўрсатади ҳамда беморнинг ҳаёт сифатини яхшилашга имкон беради, асоратларни камайтириш ва тиббий ёрдам сифатини ошириш имконини берган. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: вестибуляр бузилишлари мавжуд бўлган беморларни ташхисот этиш ва реабилитация қилиш жиҳатларини бундай кўп қиррали ўрганиш маълум даражада қўйилган саволларга жавоб беришга ва иқтисодий самарадорликни ошириш имкониятини беради. Хулоса: Вертебро-базилляр етишмовчилик фонида ХХХБА бор беморларни жисмоний реабилитация буйича таклиф этилган комплекс ёндашувдан фойдаланиш беморларда стационар шароитида 1 нафар бемор учун 2 кун ҳисобига бюджет маблағларини 68 000 сўм иқтисод қилиш имконини берган. Илмий янгиликдан кенгайтирилган ҳолда фойдаланиши: “Вертебробазилляр етишмовчилик фонида яхши сифатли пароксизмал позицион бош айланиши бўлган беморларнинг диагностикаси ва реабилитациясига тизимли ёндашув” мавзусидаги илмий янгиликларни бошқа соғлиқни сақлаш муассасаларига жорий этиш бўйича Соғлиқни сақлаш вазирлигига СамДТУ проректори томонидан 2024 йил 2 апрел № 2568 сонли хат юборилган.

Туртинчи илмий янгилик: Илмий янгиликнинг моҳияти: вертебро-базилляр етишмовчилик фонида ХХБА бузилишларнинг зарарланиш даражасини, беморларда касалликнинг оғирлик даражасини аниқлаш ҳамда бемор учун кўпгина ҳолларда керак бўлмаган текширишларни ўтказмаслик ва зарур бўлган кейинги диагностик муолажалар спектрини аниқлашга имкон берган вертебро-базилляр етишмовчилик фонида ХХБА бузилишлари мавжуд беморларда компьютер-стабилометриқ усул билан биргаликда отоневрологик текширувлар комплекси ўтказилган. Илк мартаба яратилган компьютер дастури вестибуляр бузилишларнинг периферик ёки марказий зарарланиши ва беморларда касалликнинг кечиши даражасини аниқлашга имкон берди;

Илмий янгиликнинг аҳамияти: Тадқиқот натижаларнинг илмий аҳамияти шундан иборатки, периферик ва марказий вестибуляр бузилишларнинг клиник хусусиятлари аниқланган вестибуляр бузилишларнинг зарарланиш даражаси ва оғирлик даражасини аниқлаш имконини берувчи ташхисот тадбирларининг алгоритми ишлаб чиқилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси марказий шифохонасида 2024 йил 27-март 6-сонли буйруқ билан, РШТЎИМ ТВФда 2024 йил 30 мартдаги 751-7-107-ТВ/2024-сонли буйруқ билан клиник амалиётга жорий этилган. Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: вертебро-базилар етишмовчилик фонида ХХБА бузилишларнинг мавжуд беморларда касалликнинг оғирлик даражаси, фаоллиги ва стабиллометрик курсаткичларига қараб ҳамда анъанавий отоневрологик курикларида, касалликни беқарорлашиш хавфини ҳамда прогнозини баҳолаш учун дастур яратилган ва эрта ташхислаш мезонлари такомиллаштирилган. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: вертебро-базилар етишмовчилик фонида ХХБА бузилишларнинг мавжуд беморларда нотугри ташхислаш сонини камайтириш ва амбулатор даволашга 560 000сўм давлат бюджети маблағларини иқтисод қилиш имконини берди. Хулоса: Вертебро-базилар етишмовчилик фонида ХХБА билан оғирган беморларда такомиллаштирилган диагностика-даволаш чора тадбирларни қўллаш натижасида 1 нафар бемор ҳисобига давлат бюджети маблағларини 560 000 сўмга иқтисод қилиш имконини берди. Илмий янгиликдан кенгайтирилган ҳолда фойдаланиши: “Вертебробазилар етишмовчилик фонида яхши сифатли пароксизмал позицион бош айланиши бўлган беморларнинг диагностикаси ва реабилитациясига тизимли ёндашув” мавзусидаги илмий янгиликларни бошқа соғлиқни сақлаш муассасаларига жорий этиш бўйича Соғлиқни сақлаш вазирлигига СамДТУ проректори томонидан 2024 йил 2 апрел № 2568 сонли хат юборилган.

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

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Тадқиқотдан олинган натижалар бўйича жами 14 та илмий иш, жумладан, 2 та тезис, 2 та услубий тавсиянома, 1 та ЭХМ дастури, Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг фалсафа доктори (PhD) илмий даражасини олиш учун диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 9 та мақола, улардан 4 таси республика ва 5 та мақола хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, тўртта боб, хотима, хулосалар, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 115 бетни ташкил этган, 22 та жадвал ва 6 та расм мавжуд.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида ўтказилган тадқиқотнинг долзарблиги ва зарурияти асосланган, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари, тадқиқот объекти ва предмети тавсифланган, республикада фан ва технологиялар ривожланишининг устувор йўналишларига мувофиқлиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён этилган, олинган натижаларнинг назарий ва амалий аҳамияти очиб берилган, тадқиқот натижаларини амалиётга жорий қилингани тўғрисида, шунингдек, нашр қилинган ишлар ва диссертациянинг тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг **“Вестибуляр бузилишлар структурасида хавфсиз хуружсимон ҳолатий бош айланиши (адабиётлар шарҳи)”** деб номланган **биринчи бобида** вертебро-базиляр етишмовчилик фонида кузатиладиган хавфсиз хуружсимон ҳолатий бош айланиши ҳақида замонавий маълумотларга тааллуқли бўлган мунозарали масалаларни акс эттирувчи илмий манбалар тўғрисидаги маълумотлар келтирилган. Замонавий ташхисот ва даволаш усуллари акс эттирилган. Боб якунида таҳлил этилган материални умумлаштирувчи хулосалар келтирилган.

Диссертациянинг **“Тадқиқот материаллари ва усуллари. Текширилган беморларнинг умумий тавсифи”** деб номланган **иккинчи бобида** клиник материал, тадқиқот усуллари ва дифференцирланган даволаш усуллари тавсифи келтирилган. Бош айланишини баҳолаш учун DHI шкаласи қўлланилган; умуман олганда, ушбу шкала бош айланишининг беморни жисмоний ва эмоционал ҳолатига таъсирини миқдорий жиҳатдан баҳолашга имкон беради, улар орасида хавфсиз хуружсимон ҳолатий бош айланиши мавжуд бўлган, шунингдек вертебро-базиляр етишмовчилик фонида қайд этилган бош айланиши кузатилган 106 нафар бемор текширилган.

ХХХБА ташхиси ЖССТ талабларига мувофиқ верификациядан ўтказилди ва касалликларнинг халқаро таснифи 10-ХКТ бўйича таснифланди. Касаллик ташхисини қўйишда беморларни текширишнинг анамнестик, клиник, лаборатор ва инструментал маълумотлари ҳисобга олинди. Беморларни асосий ва назорат гуруҳларига тўплаш бир вақтда, асосан, қиш, баҳор ва куз фаслларида параллел равишда амалга оширилди. Барча текширилган беморлар учун мажбурий текширув ЛОР аъзоларини текшириш, шикоятлар ва анамнестик маълумотларни тўплаш ва таҳлил қилишдан иборат эди. Ўтмишда тизимли бош айланиши эпизодлари мавжудлиги факти, олдинги бош айланиши хуружини ХХХБА билан боғлаш ва бош айланишининг бошқа эҳтимолий сабабларини (соматик патология, постурал перцептив бош айланиши ва ҳ.к.) истисно қилиш имконияти батафсил ёритилган. Мияча атаксиясини аниқлаш учун қўшимча синамалардан фойдаланган ҳолда стандарт неврологик кўрик амалга оширилди.

Батафсил отоневрологик текширув қуйидагилардан иборат: 9 позицияда кўз ҳаракати, Халмаги синамаси (вестибуло-окуляр рефлексни текшириш), Унтербергер синамаси (Фукуда тести), Дикс-Холлпайк синамаси (орқа ярим

айлана каналнинг зарарланиши билан ХХХБА учун ҳолатий синама), roll-тест (горизонтал ярим айлана каналнинг зарарланиши билан ХХХБА учун ҳолатий синама), каровот олди клиник Хальмаги-Кертройз тести ёрдамида вестибуло-окуляр рефлексни баҳолаш, брахиоцефал артерияларнинг экстракраниал бўлимларини дуплекс сканерлаш ва эшитиш қобилиятини тахминий текшируви.

Асосий ва назорат гуруҳларининг барча беморларини тасдиқлаш учун ИНВИТРО лабораториясида ўтказилган стандарт иммунофермент таҳлили (ELISA) ёрдамида зардобдаги D витамини даражаси текширилди, шунингдек, умумий кальций, ионланган кальций ва паратгормон таҳлили ўтказилди. Кальций алмашинувининг бузилишини аниқлашдан ташқари, ушбу тадқиқотлар рўйхати D витамини терапиясининг хавфсизлик даражасини баҳолашга, хусусан, D витамини терапиясини ўтказишга монелик бўлувчи гиперпаратиреоз ва гиперкальцемия хавфини аниқлашга имкон берди. Олдинга қўйилган вазифаларни амалга ошириш учун беморлар 2 гуруҳга бўлинган.

Назорат гуруҳини 60 нафар хавфсиз хуружсимон ҳолатий бош айланишининг классик шакли қайд этилган беморлар ташкил этди. Асосий гуруҳ (I) вертебро-базилар етишмовчилик фонида кузатилган хавфсиз хуружсимон ҳолатий бош айланиши мавжуд бўлган 46 нафар бемордан иборат бўлиб, улар ўз навбатида 2 та кичик гуруҳга бўлинган: А-гуруҳ - D витамини даражаси 12 нг/мл дан кам бўлган 20 нафар бемор, Б-гуруҳ - D витамин танқислиги даражаси 12 нг/мл дан ортиқ бўлган 26 нафар бемор. D витамини даражасининг кўрсаткичи этиб 12 нг/мл белгиланган, чунки танқислик, етишмовчилик ёки оптимал таркиб бўйича умумий қабул қилинган тасниф мавжуд эмас. Турли халқаро профессионал ташкилотларнинг фикрлари турлича. Ушбу тадқиқот ишида мувофиқ таққослаш гуруҳларини яратиш учун Халқаро эндокринология Жамияти ва АҚШ Тиббиёт Институтининг клиник кўрсатмаларида D витамини танқислигига мос келадиган чегаравий қиймат - 12 нг/мл (жумладан 12 ни ҳам ўз ичига олади) танланган.

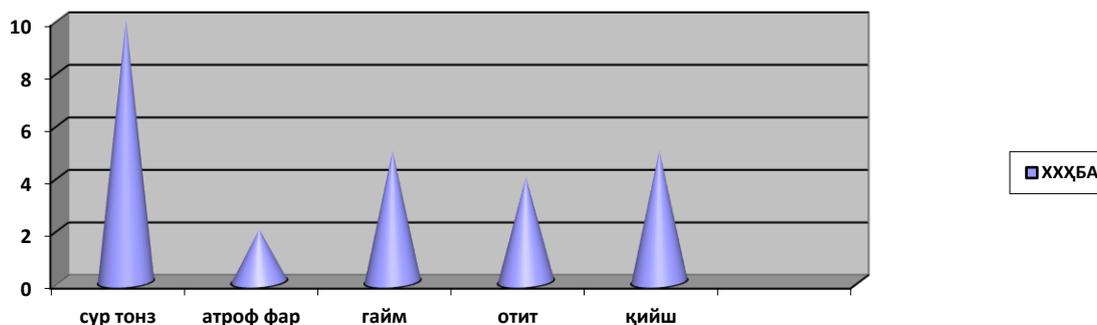
D витамини танқислиги кўринишидаги кўрсатмалар мавжуд бўлганида ва бемор препаратни қабул қилишга розилик билдирганида, D витамини танқислигини даволаш учун тавсия этилган схемалардан бирига мувофиқ D витамини буюрилди (савдо номлари "аква-детрим" ёки "вигантол"). Беморларнинг ёши 19 ёшдан 70 ёшгача бўлиб, ўртача $50,34 \pm 10,13$ ёшни ташкил этди. Касалланишнинг энг юқори даражаси 31 ёшдан 40 ёшгача ва 41 ёшдан 50 ёшгача, яъни фаол меҳнатга лаёқатли ёшда кузатилди, қайсиким муаммонинг катта ижтимоий аҳамиятга эга эканлигини тасдиқлайди.

Олинган маълумотлар таҳлили ўртача арифметик вариацион қатор (M) ва унинг стандарт хатолиги (m) ҳисобини ўз ичига олган. Таққосланувчи гуруҳларда олинган тафовутлар ишончилиги Стьюдентнинг t-мезони бўйича баҳоланган. Таққосланувчи гуруҳлардаги кўрсаткичларнинг тафовутлар ишончилиги баҳоланган (тафовутлар $p < 0,05$ даражада статистик жиҳатдан аҳамиятли саналган).

Диссертациянинг “Вестибуляр бузилишлари мавжуд беморларда ички қулоқ ҳолати ва кальций-фосфор алмашинуви натижалари” деб номланган учинчи бобида шахсий тадқиқот натижалари таҳлил этилган. Текширилган гуруҳ таҳлили аксарият ҳолларда КМЖ, вирусли инфекциялар, остеохондроз, яллиғланиш касалликларидан иборат эди.

Барча беморлар тизимли бош айланиши хуружларига, вегетатив бузилишлар, мувозанатнинг бузилишига шикоят қилишган. Ҳолатий бош айланиши интенсивлиги турлича бўлган, уни 50,7% ҳолатда бош айланиш сезгисининг қисқа эпизоди сифатида, 10,7% ҳолатда тўсатдан эс-хушни қисқа вақтда йўқотиш каби, 29,3% ҳолатда йиқилиш эпизодлари билан турли айланмалар сифатида тасвирлашган.

Ёндош касалликлар структурасида гипертония касаллиги – 11 тани, юрак ишемик касаллиги 8 тани, қандли диабет – 13 тани, нейроциркулятор дистония – 28 тани ташкил этади. Барча беморларда оториноларингологик текширув ўтказилган ва ЛОР аъзоларининг ёндош патологияси аниқланган. Маълумотлар 1-расмда келтирилган.



1-расм. ХХҲБАли беморларда ёндош ЛОР патология маълумотлари

ЛОР аъзолари текширилганда - 10 нафар беморда сурункали тонзиллит, 2 нафарда сурункали фарингит, 5 нафарда сурункали гайморит, 4 нафарда, жумладан 3 та ҳолатда ўнг, 1 та ҳолатда чап қулоқда сурункали йирингли ўрта отит ва 5 нафар беморда бурундан нафас олиш функцияси сақланган ҳолда бурун тўсиғи қийшайиши аниқланган.

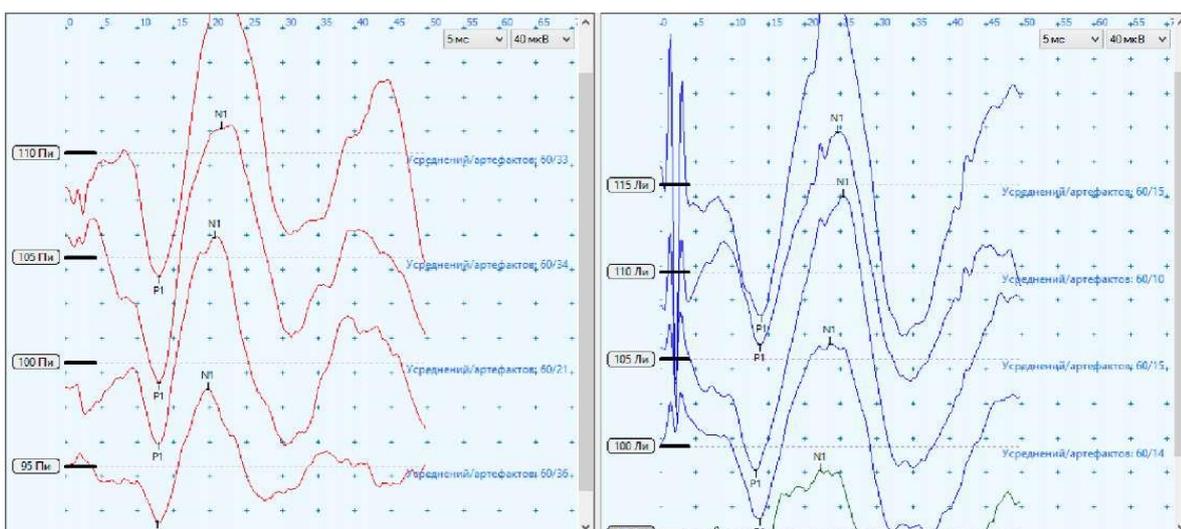
Тонал бўсағали аудиометрия ўтказилганда пресбиакүзис 8 нафар беморда, икки томонлама юқори частотали нейросенсор оғирқулоқлик 4 нафар, бир томонлама нейросенсор оғирқулоқлик, 1-2-даражаси 2 нафар беморда қайд этилган. Импедансометрияда 2 нафар беморда бир томондан С типига мос келувчи, 6 нафар беморда икки томондан А типигаги тимпанограмма кузатилган.

Статик ва динамик мувозанат функциясини баҳолашга қаратилган тестлар текширилганларнинг ҳеч бирида бузилишларни кўрсатмади. Френзел кўзойнақларидан фойдаланган ҳолда ўтказилган кенг қамровли вестибулометриқ тадқиқот натижасида қуйидаги маълумотлар олинди. Спонтан нистагм 45 нафар (69,2%) беморда аниқланган, 20 нафар (30,7%) беморда эса у кузатилмаган. Очик кўзлар билан ўтказилган тадқиқотда 5 нафар

(7,6%) кишида яққол намоён бўлувчи I даражали, бир томонлама, горизонтал, клоник, ритмик спонтан нистагм қайд этилган.

Яширин спонтан горизонтал нистагм 24 нафар кишида аниқланган, улардан 13 нафарида у бир томонлама (7 нафарида ўнгда, 6 нафарида чапда) бўлган, 9 нафар кишида эса икки томонлама бўлиб, амплитудаси 7,2 ни ташкил этган. Ўз тавсифларига кўра, нистагм турли ифодаланганлик даражасида, кичик ўлчамли, клоник-тоник, ҳам ритмик, ҳам дизритмик эди. Халмаги тестидаги горизонтал ВОР барча текширилган беморларда визуал тарзда сақланиб қолган. Гипорефлексия хос бўлиб, у диссоциациясиз калорик нистагмнинг давомийлиги билан намоён бўлган.

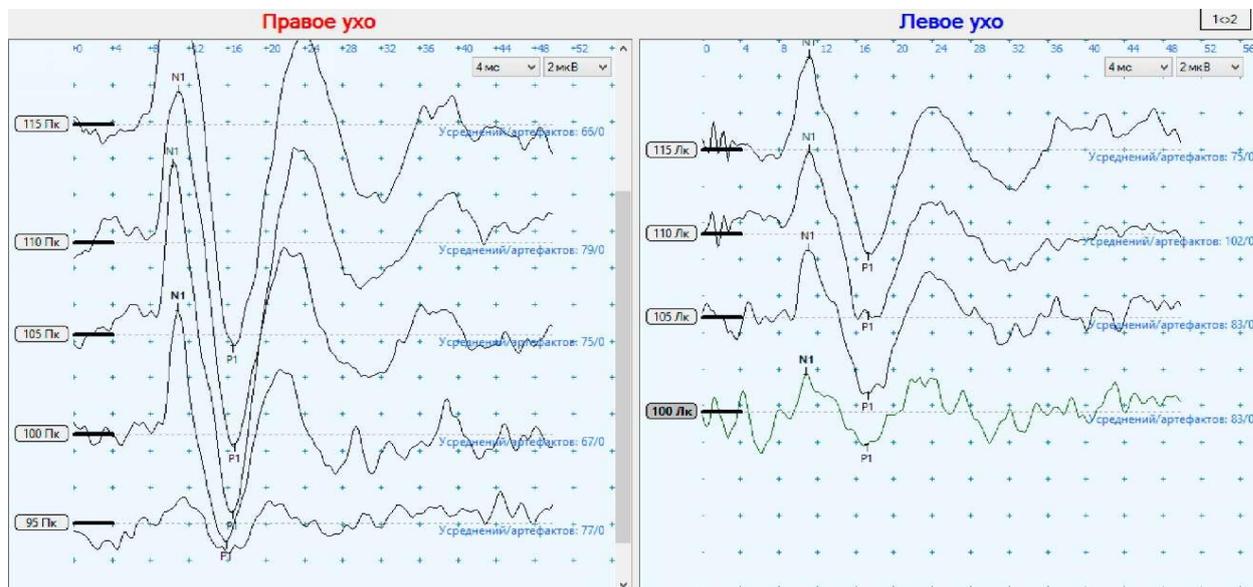
Калорик ва айланма синамаларнинг маълумотларига кўра, 29 нафар (44,6%) беморда тажрибавий вестибуляр реакциялар (ТВР) кечишининг бузилганлик белгилари аниқланди. Барча тадқиқ этилган беморларда окуляр ВМЧП динамик қайд этилган, бўсағалар, юзага келган жавоб латентлиги, соғлом ва зарарланган томонда p1-n1 умумий амплитуданинг ўртача қийматлари, шунингдек жавоб амплитудасининг асимметрияси баҳоланган. Цервикал ВМЧП ни ўрганиб, бўсағалар, юзага келган жавоб латентлиги, соғлом ва зарарланган томонда умумий амплитуданинг ўртача қийматлари баҳоланган. Асосий гуруҳда даволашдан олдин окуляр ВМЧП ни қайд этишда окуляр ВМЧП амплитудасининг 40 % дан ортиқ клиник жиҳатдан аҳамиятли асимметрияси аниқланган бўлиб, у 47,8+5,7% ни ташкил этган. Даволашдан олдин окуляр ВМЧП ни динамик қайд этиш маълумотлари 92,5+2,5дБ ни, латентлик p10-10,4+0,4мс, p15-15,3+0,4мс ни, соғлом томонда p1-n1 умумий амплитуданинг ўртача қийматлари -12,836+1,091 мкВ, зарарланган томонда -4,621+0,696 мкВ ни, p1-n1 асимметрияси 40%дан ортиқни ташкил этган (2-расм).



2-расм. Даволашдан олдин беморларда окуляр ВМЧП. Бемор К., 39 ёшда, Чап ОЯАК ХХҲБА

Муваффақиятли ўтказилган репозицион даволашдан кейин 7 кун ўтгач, окуляр ВМЧП ни қайта қайд этишда зарарланган томонда жавоб амплитудасининг ифодаланган даражада ўсиши (соғлом томонда p1-n1 ўртача қийматлари 15,12+3,22 мкВ, зарарланган томонда-11,97+3,25 мкВ), шунингдек

окуляр ВМЧП амплитудаси асимметриясининг тикланиши кузатилди. 12 ой давомида ХХХБА қайталаниши текширилган беморларнинг бирортасида аниқланмади. Окуляр ВМЧП ни қайд этишда зарарланган томонда окуляр ВМЧП амплитудасининг давом этувчи ўсиши ва жавоб симметрияси эътиборни тортади, қайсики иккала гуруҳ беморларида утрикулюс функциясининг тикланиши ҳақида далолат беради (3-расм).



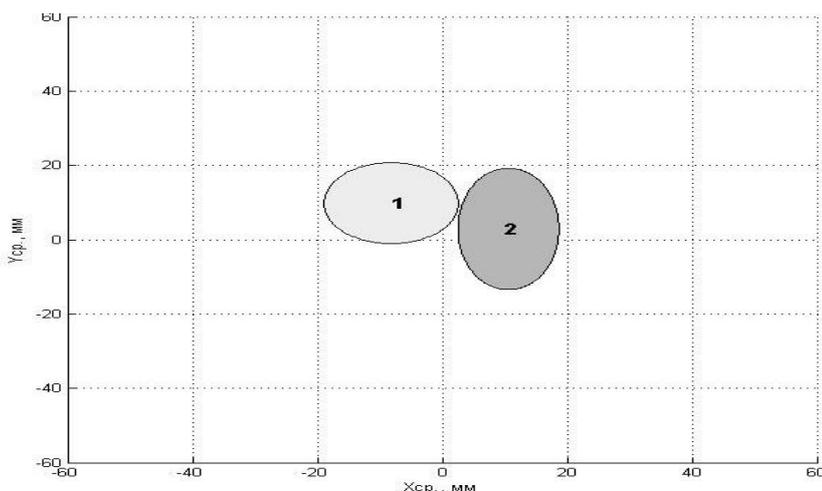
3-расм. Муваффақиятли даволашдан кейин 7 кун ўтгач, беморда цервикал ВМЧП. Бемор К., 39 ёшда, чап ОЯАК ХХХБА.

Олинган маълумотлар муваффақиятли ўтказилган репозицион даволашда отолит мембранаси юзасида отолитлар рефикацияси натижасида утрикулюс функцияси яхшиланганлиги ҳақида далолат беради.

Барча беморлар компьютер стабилметрияси усулида текширилди. Биз очик ($-13,40 \pm 0,42$ мм) ва ёпиқ кўзлар ($34,70 \pm 0,22$ мм) билан ўтказилган синамаларда X ўртача қийматининг статистик жиҳатдан аҳамиятли фарқини қайд этдик, Стьюдентнинг жуфт t-мезони 2,98 ни ташкил этган, қайсики $p < 0,05$ да критик қийматдан юқори бўлган. Иккала синамаларда X ва Y қийматларининг дисперсиясини баҳолашда биз уларнинг $p < 0,05$ да ишончли фарқини аниқладик.

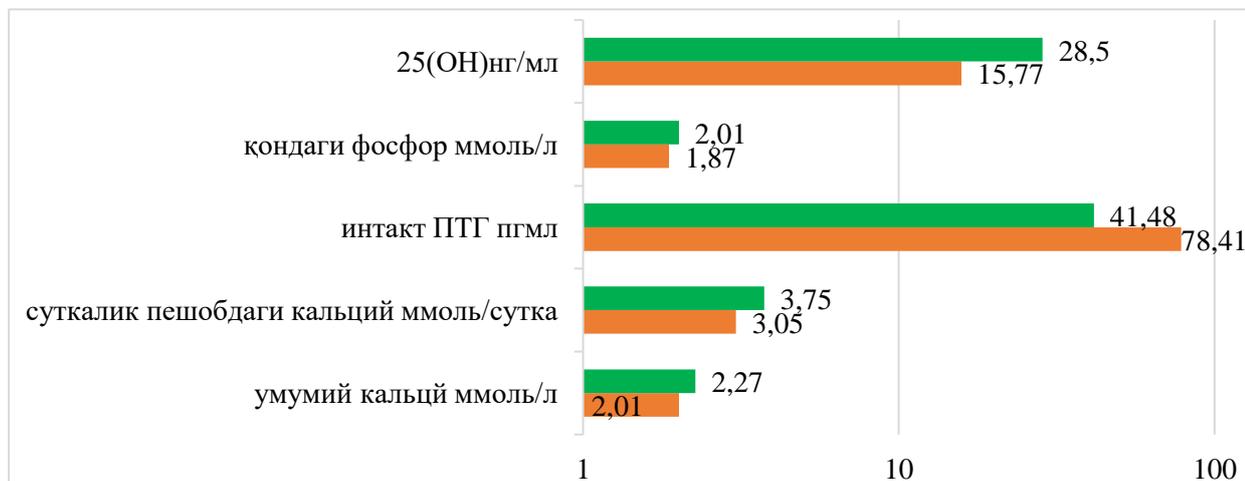
ХХХБАли беморлар томонидан очик кўзлар билан синамани бажаришда биз S ($16424,3 \pm 87,12 \text{ мм}^2$), L ($161,54 \pm 0,96 \text{ мм}$) ва V ($22,70 \pm 0,13 \text{ мм/с}$) ўртача қийматларининг гуруҳда ёпиқ кўзлардаги ўртача кўрсаткичларга қараганда ($S=19827,1 \pm 0,25 \text{ мм}^2$, $L=1810,6 \pm 1,09 \text{ мм}$, $V=40,01 \pm 0,01 \text{ мм/с}$) ортанлигини қайд этдик. Беморлар томонидан иккала синамани бажаришда ушбу кўрсаткичларнинг фарқи $p < 0,05$ бўлганда статистик жиҳатдан аҳамиятга эга бўлган. Стьюдентнинг жуфт t-мезони S, L ва V учун критик қиймат 2,02 бўлганда мос равишда 5,53, 6,09 ва 6,8 ни ташкил этган. Ромберг коэффиценти $267,75 \pm 0,16\%$ ни ташкил этган, қайсики ХХХБАли беморлар орасида ёпиқ кўзлар билан асосий тик ҳолатни ўрганишда статокинезиограмма майдони очик кўзлар билан тадқиқ этилган худди шундай

майдондан деярли 4 маротаба каттароқ эканлиги ҳақида далолат беради (4-расм).



4-расм. ХХҲБАли беморларни очик (1) ва ёпиқ (2) кўзлар билан текширишда координаталар тизимидаги ЛБ ўртача ҳолатларининг қиёсий баҳоланиши.

Шундай қилиб, ХХҲБАли беморларда визуал назоратнинг йўқлиги ишончли тарзда ЛБ дискрет ҳолатлари тарқоқлигининг сагиттал текисликда ошишига ва фронтал текисликда тарқоқликнинг бирмунча камайишига олиб келади. ХХҲБАли беморларнинг ушбу маълумотлари назорат гуруҳидаги шахсларга қараганда вертикал тик ҳолатнинг камроқ даражадаги турғун мувозанати ҳақида далолат беради. Ёпиқ кўзлар билан ўтказилган синамада ва Romb да S нинг юқори қиймати гавданинг ортостатик ҳолати устидан визуал назорат бўлмаганида беморларда сезиларли постурал танқисликни кўрсатади. Шунингдек, ХХҲБАли беморлардаги постурал тактиканинг соғлом шахслардан фарқи вертикал тик ҳолатни ушлаб турганда қайд этилган, қайсиқим иккала текисликда тебранишлар максимал амплитудасининг катта қиймати, уларга мос келувчи частоталарнинг катта қиймати ва ЛБ силжиши тезлигининг катта қиймати билан намоён бўлади. Кальций метаболизми ҳолатини текшириш мақсадида фосфор-кальций алмашинувининг лаборатор кўрсаткичлари баҳоланган (5-расм).



5-расм. Даволашдан олдин иккала гуруҳдаги беморларда кальций метаболизми лаборатор кўрсаткичларини ўрганиш натижалари.

Олинган маълумотлар ХХХБАли беморларда 25(OH)D, кальцемиа ва кальциурия даражаси назорат гуруҳига қараганда ишончли тарзда пастрок бўлганлигини намойиш этади ($p < 0,05$). Аммо қондаги паратиреоид гормон ва фосфор маълумотлари назорат гуруҳига қараганда юқорирак бўлган. Олинган маълумотлар D витамини танқислиги, гипокальцемиа, гипокальциурия, қонда паратгормоннинг ошиши ва гиперфосфатемия ХХХБА ривожланишининг хавф омиллари эканлигидан далолат беради.

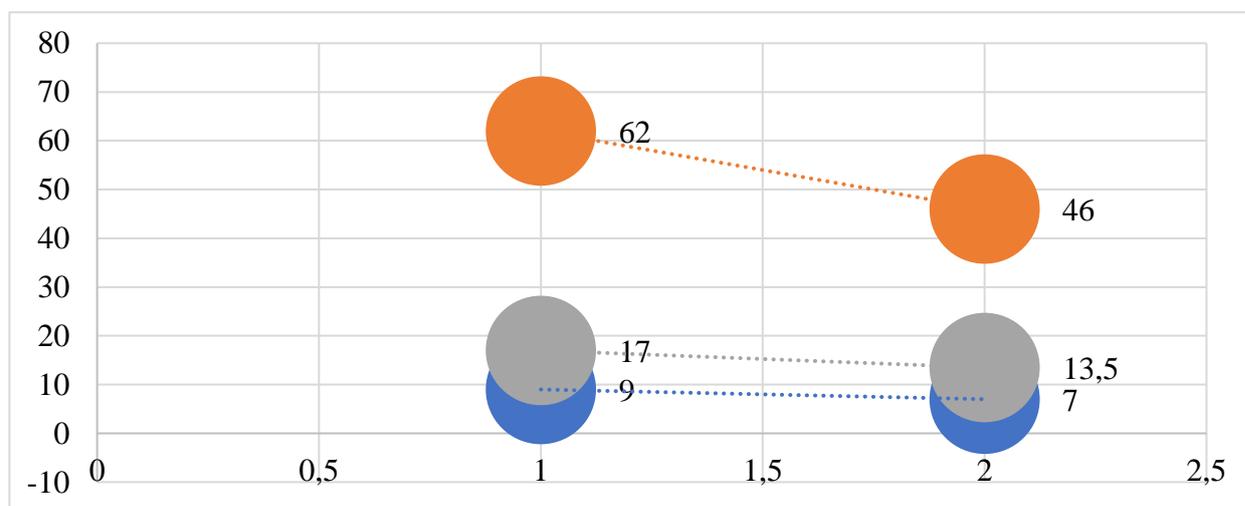
Кальций алмашинуви параметрларини ўрганиш зардобдаги D витамини даражасидан келиб чиқиб асосий ва назорат гуруҳидаги беморларда статистик жиҳатдан аҳамиятли тафовутни кўрсатди. Шундай қилиб, D витаминининг паст рақамлари ХХХБА ривожланиши билан боғлиқ, деб хулоса қилиш мумкин (1-жадвал). Кальций алмашинувининг қолган параметрлари бўйича статистик жиҳатдан аҳамиятли фарқ кузатилмади.

1-жадвал.

Касаллик қайталанишига қараб D витаминини текшириш натижаларини таққослаш.

кўрсаткич	Касаллик қайталаниши кузатилмаган беморлар, Ме	Касаллик қайталаниши кузатилган беморлар, Ме	P<0,05
Витамин D(нг/мл)	18(15,23)	12(10,14)	0,008

Жадвалдан кўришиб турибдики, ХХХБА қайталанишлари кузатилган беморларда статистик жиҳатдан аҳамиятли фарқларнинг юқори даражаси ($p = 0,0088$) D витаминининг танқислиги касалликнинг қайталанувчи шаклларини келтириб чиқаришини билдиради. Шундай қилиб, олинган рақамларни умумлаштириб, витаминнинг паст таркиби ХХХБА ривожланишининг, айниқса беморнинг жинсидан қатъий назар, касалликни қайталаниб кечишининг хавф омили ҳисобланади, деб хулоса қилиш мумкин. Барча беморларда визуал аналогли шкала (ВАШ-г), бош айланишни баҳолаш шкаласи ҳамда хавотир ва тушкунликнинг госпитал шкаласи бўйича тестлаш ўтказилди



6-расм. D витамин даражаси турлича бўлган беморларда ВАШ бўйича баҳолаш

Ушбу расмда Д витамини даражаси ва бош айланиши хуружларининг интенсивлиги ўртасида ўртача корреляцион боғлиқлик (0,41) аниқланди. Бош айланишининг ифодаланганлик шкаласи даражасини баҳолашда Д витаминининг 12 нг/ммоль дан паст рақамлари кузатилган беморларда бош айланиши симптомлари ифодаланганлигининг статистик жиҳатдан аҳамиятли фарқи қайд этилган, мазкур беморлар кучли бош айланишини ҳис этишган, витамин даражаси 12 нг/ммоль дан баланд бўлганда эса қайталанишлар кузатилмаган. Назорат гуруҳидаги 46 нафар беморларда Д витамини бўлинганда, унинг 12нг/ммоль дан юқори бўлиши ХХХБА хуружининг қайталаниши ва Д витамини танқислиги ҳақида далолат беради. Назорат гуруҳидаги беморларда ХХХБА анъанавий тарзда даволанган ҳамда кейинчалик вестибуляр гимнастика ўтказилган.

Суткалик пешобда кальций экскрецияси даражасини баҳолашда (меъёрда 2,5-7,5ммоль/кун) 4 нафар текширилган беморда гипокальциурия (18%, суткалик пешобда Са - $2,03 \pm 0,07$ ммоль/кун) аниқланди. Қолган 18 нафар (82%) беморда кальциурия даражаси $3,57 \pm 1,18$ ммоль/кун ни ташкил этди. Назорат гуруҳида кальциуриянинг ўртача даражаси $3,45 \pm 1,25$ ммоль/кун бўлган. **Интакт ПТГ** даражаси меъёр чегарасида бўлган ва ўртача $40,13 \pm 15,4$ пг/мл ни ташкил этган (меъёрда 15-65 пг/мл). ХХХБА ривожланиши ҳолатларининг Пирсон Хи-квадрат мезони ёрдамида баҳоланган 25 (ОН) D танқислиги мавжудлигига боғлиқлиги статистик жиҳатдан аҳамиятли бўлган ($p < 0,05$) бўлганда олинган қиймат критик қийматдан каттароқ бўлган: $14.092 > 9.05$), қайсиким 25(ОН)D танқислиги ушбу кичик гуруҳдаги беморларда ХХХБА ривожланиш хавф омили бўлиши ҳақида далолат беради. Гипокальцемиа ва гипокальциурия мазкур кичик гуруҳда ХХХБА ривожланишининг хавф омили ҳисобланади.

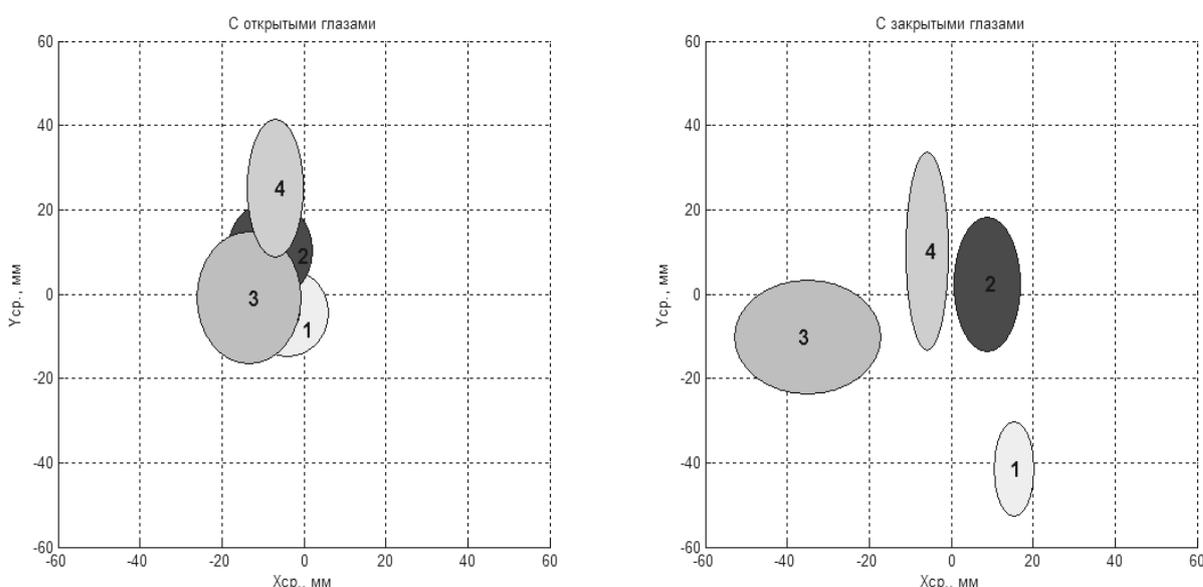
Кальций метаболизми кўрсаткичларининг **қўшма ўзгаришлари** (3 ва ундан кўп кўрсаткичларнинг ўзгариши) 2 ҳолатда кузатилди. Кальций метаболизми бузилишлари қайд этилган барча беморлар **аниқланган бузилишларни коррекция қилиш** учун эндокринологуга юборилган: 12 ойдан сўнг гипокальцемиа, гипокальциурия, Д гиповитаминози бирор бир текширилган беморда аниқланмаган.

Диссертациянинг **“Вертебро-базиляр етишмовчилик фонидagi ХХХБАли беморларда эшитиш ва вестибуляр анализатор ҳолати”** деб номланган тўртинчи бобида беморлардаги вертебро-базиляр етишмовчиликнинг тарқалганлиги ҳақида маълумотлар таҳлил этилган. Ушбу беморларнинг шикоятлари бош ҳолати ўзгарганда бош айланишининг кучайиши бўлиб, уларда бўйин позицияси нистагми кузатилган ҳамда Дикс-Холпайк тести мусбат бўлган. Мазкур патологияли беморлар турли мутахассисларда кузатилган, аммо назорат гуруҳидаги беморларда учрайдиган асосий шикоятларга бошқа неврологик шикоятлар ҳам қўшилган.

Ёндош соматик касалликлар биз текширган барча беморларда аниқланди, улар орасида бўйин умуртқалари остеохондрози кўпчилик беморларда – 35 нафар кишида тасдиқланди, гипертония касаллиги – 19 нафар кишида, юрак ишемик касаллиги 12 нафар, қандли диабет II типи - 6 нафар, нейроциркулятор

дистония гипертоник тури- 6 нафар, гипотоник тури - 8 нафар, гипофиз аденомаси - 1 нафар кишида қайд этилди. Дори-дармонларга эшакеми ва анафилактик шок шаклидаги аллергия реакциялар 6 нафар кишида, аллергияларнинг бошқа турларига реакциялар – 10 нафар беморда кузатилди, 1 нафар бемор атопик бронхиал астмадан азият чеккан. Ўтказилган аудиологик тадқиқотда (тонал бўсағали аудиометрия ва кенгайтирилган частота диапазонидаги аудиометрия) 25 нафар (55,5%) беморда сенсоневрал оғирқулоқлик, улардан бир томонлама оғирқулоқлик 9 нафар (20%) беморда (5 нафари ўнг томонлама, 4 нафари чап томонлама), икки томонлама оғирқулоқлик 16 нафар беморда аниқланди. Эшитиш қобилияти пасайишининг ифодаланганлиги бўйича I-даражали оғирқулоқлик – 9 та қулоқда, II даражали оғирқулоқлик – 8 та қулоқда, III-даражали оғирқулоқлик – 6 та қулоқда, IV- даражали оғирқулоқлик 2 та қулоқда қайд этилди. ТБА бўйича 11 нафар (29,7%) кишида эшитиш қобилияти ёшга оид меъерий чегараларда бўлган.

Очиқ кўзлар билан нистагми ўрганишда 3 нафар (8,1%) беморда ўз-ўзидан содир бўлувчи, яққол, бир томонлама горизонтал нистагм I-даражаси – кичик ўлчамли, клоник, ритмик шаклда аниқланган. Яширин ўз-ўзидан содир бўлувчи нистагм 31 нафар (83,9%) беморда қайд этилиб, у горизонтал, майда ва ўртача ўлчамли, ритмик, тоник-клоник бўлган (17 нафар кишида бир томонлама, 14 нафар кишида икки томонлама). Ўз-ўзидан содир бўлувчи нистагм 6 нафар (16,2%) беморда кузатилмаган. Калорик синама маълумотлари бўйича ушбу гуруҳдаги барча беморларда нистагм реакцияси кечишининг бузилиши кузатилган. Улардан 14 нафар (31,1%) беморда гиперрефлексия аниқланган, нистагм калорик ва айланма синамаларини ўтказишда амплитудаси бўйича ҳам, давомийлиги бўйича ҳам кучлироқ ифодаланган. 5-расмда очиқ ва ёпиқ кўзлар билан асосий тик ҳолатни ўрганишдаги маълумотлар келтирилган.



7-расм. Очиқ (1) ва ёпиқ (2) кўзлар билан БМСИ билан касалланган беморларни текширишда координаталар тизимидаги ЛБ ўртача ҳолатларини солиштирма баҳолаш

Иккала тадқиқотни бажаришда ЛБ ўртача ҳолатларининг фронтал ва сагиттал текисликларидаги катта асимметрияси мавжуд бўлмаган. Статокинезиограмма планшет текислигида ЛБ ҳаракатининг икки ўлчовли тасвири бўлганлиги сабабли, биз битта координата тизимида узлуксиз равишда X ва Y нинг ўртача қийматларини қиёсий таҳлил қилиш усулидан фойдаландик (5-расм). Эллипс маркази гуруҳдаги X ва Y ўртача қийматиға, радиуслари эса 95% ишончли интервалларнинг чегараларига тўғри келади. Бундай таҳлилда, очиқ кўзлар билан синамада ЛБ нинг ўртача ҳолатлари координата тизимининг бошланиши атрофида мужассамланганлиги, кўзлар юмилганда эса уларнинг дискрет ҳолатлари тарқалганлиги ҳамда асосан фронтал текисликда силжиши қайд этилди.

УТДГ ёрдамида бошнинг магистрал артерияларида қон оқимини ўрганиш маълумотларига кўра, 2-гуруҳдаги 9 нафар беморда умуртқа артериялари бўйлаб қон оқимининг гемодинамик жиҳатдан сезиларли асимметрияси 40-45% атрофида аниқланган. 3 нафар беморнинг чап умуртқа артериясида қон оқимининг чизиқли тезлиги (ҚОЧТ) пасайган ва ўртача $18,3 \pm 2,1$ см/с ни ташкил этган, 6 нафар беморнинг ўнг умуртқа артериясида қон оқимининг пасайиши қайд этилиб, ҚОЧТ $19,1 \pm 1,5$ см/с бўлган. Қолган 28 нафар беморнинг иккала умуртқа артерияларидаги қон оқимининг тезлиги меъёрий кўрсаткичлар чегарасида бўлган. 24 нафар кишида қон оқими спектрининг атеросклеротик типда ўзгариши аниқланди. Турли даражада ифодаланган вестибуляр бузилишлар барча текширилган гуруҳлардаги беморларнинг 100% ида мавжуд эди.

Энг ифодаланган даражадаги мияча бузилишлари беморларнинг асосий гуруҳида аниқланди, улар учун Ромберг ҳолатида оғирроқ атаксия ва координатор бузилишлар ҳамда юришнинг ўзгариши билан бирга тез-тез учраши хос бўлган. Атаксия камроқ ифодаланган даражада, кўпинча моносимптомли табиатга эга бўлган. Асосий гуруҳдаги беморларда вестибуляр атаксия координация бузилишлари билан бирга кузатилган (2-жадвал).

2-жадвал.

Текширилган гуруҳларда (с) рефлексор нистагм давомийлигини қиёсий баҳолаш (* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$ бўлганда статистик жиҳатдан аҳамиятли фарқлар)

Гуруҳ	Айланма синамаси		Калорик синама			
	ўнг	чап	Совуқ сув (30 С)		Иссиқ сув (44 С)	
Асосий	38,1 +4,3	39,2+4,0**	112,2+12,3*	111,6+11,5	114,5+12	115,3+10,3**
назорат	24,5 +5,3	27,7+4,8**	78,1+16,5	92,1+13,3	86,1+15,6	91,1+13,7*
меъёр	24+2,0	24,3+1,9	84,2+9,9	86,2+10	85,8+8,9	87,5+9,4

Жадвалдаги маълумотлардан кўриниб турибдики, давомийлиги бўйича энг кўп давом этган нистагм реакцияси асосий гуруҳдаги беморларда қайд этилган ва у (Бонферрони тузатишлар киритилган синамада $p < 0,01$ да) назорат

гуруҳидаги ўртача қийматдан статистик жиҳатдан аҳамиятли даражада устун бўлган. Вертебро-базилляр етишмовчилик фонидаги ХХХБА ли беморларда кўпинча лабиринтлар гиперреактивлиги намоён бўлган, аммо рефлектор жавоб давомийлиги бўйича бир-биридан ишончли тарзда фарқ қилмаган. МК билан касалланган беморларда лабиринтлар реактивлигининг барча типлари қайд этилган, постротацион ва калорик нистагм давомийлиги кенг чегаравий доираларда бўлган. Гуруҳда ўртача қийматлар баланд эмас ва соғлом шахслардан статистик жиҳатдан сезиларли даражада фарқ қилмаган, ташхисот учун айнан лабиринтлар реактивлигининг табиати катта қийматга эга.

Иккала гуруҳдаги барча беморлардаги ХХХБА классик тарзда даволанди - орқа ярим айлана канал зарарланганда Эпли манёври, ёки горизонтал ярим айлана канал зарарланганда “барбекю” манёври ўтказилиб, сўнгра вестибуляр гимнастика ўтказиш тавсия этилди. Мультиканалли зарарланиш ҳолатида отолитларнинг муваффақиятли элиминацияси учун кўп сонли манёврлар ўтказиш талаб этилди. ХХХБА қайталанишининг юзага келишини кальций метаболизми кўрсаткичларида қўшма (3 ёки ундан кўп) ўзгаришлар мавжудлигига боғлиқлиги статистик жиҳатдан аҳамиятли эди ($p < 0,05$).

Гипокальцемия, гипокальциурия, гиперпаратиреоз барча ҳолатларда Д витаминининг танқислиги билан бирга учрашини ҳисобга олсак, ушбу ўзгаришлар иккиламчи, яъни компенсацияланмаган Д витамини танқислигининг узоқ давом этиши натижасида юзага келган ва организмда кальций алмашинуви жараёнларидаги бузилишларнинг чуқурлигини акс эттирувчи ҳолат сифатида белгиланган ҳамда ҳар томонлама баҳоланган.

Назорат гуруҳидаги беморларда ХХХБА ривожланиш хавфини башорат қилиш мақсадида окуляр ВМЧП амплитудасининг асимметриясини ва Д витамини даражасини биргаликда баҳолаш мақбулдир. Окуляр ВМЧП амплитудаси товушлар стимуляциясидан таъсирланган отолитлар массасини акс эттиради. Асосий гуруҳдаги беморларда утрикулюс макуласининг отолитик мембранасининг яхлитлиги бузилган, отолитларнинг бир ёки бир нечта ярим айлана каналларга кириши, зарарланган томонда амплитуданинг пасайиши кузатилган. Асосий гуруҳдаги беморларда ХХХБА қайталанишининг юқори хавф омилларини аниқлаш вестибуляр реабилитациянинг индивидуал дастурини ишлаб чиқиш, беморларни динамик кузатиш ва уларни мустақил равишда репозицион манёврларни бажаришга (Брандт-Дарофф гимнастикаси) ўргатишни талаб этади. Компенсацияланмаган Д витамини танқислиги аниқланган тақдирда, эндокринолог билан маслаҳатлашиш ҳамда фосфор-кальций алмашинуви кўрсаткичларини батафсил ўрганиш лозим. Кальций метаболизмининг бузилишини аниқлаш эндокринолог назорати остида уларни коррекция қилишни талаб этади.

ХУЛОСА

1. Иккиламчи ХХХБА кўпинча ипсилатерал томондаги (43%) вестибуляр нейронит билан касаллангандан кейин бир ой ичида, камроқ ҳар хил турдаги жароҳатлар таъсири натижасида (калла суяги-мия жароҳати - 26%, ўрта кулоқ касалликлари -19%) ва 10% Меньер касаллиги фонида ривожланади.

2. ХХХБАли беморлар бошқа вестибуляр патологиядан азият чекадиган беморларга нисбатан Д витаминининг статистик жиҳатдан сезиларли даражада паст даражасига эга ($p = 0,014$), ушбу ҳолат асосида анамнезида ХХХБАнинг 1 та хуружини ($p = 0,008$) бошидан кечирган беморларга қараганда Д витаминининг статистик жиҳатдан аҳамиятли танқислиги даражаси касалликнинг қайталанувчи кечиши ривожланиши учун хавф омили бўлади, деб тахмин қилиш мумкин.

3. Муваффақиятли ўтказилган репозицион манёврдан сўнг 7-кунда окуляр ВМЧП амплитудасининг клиник жиҳатдан аҳамиятли (40% дан ортик) асимметриясининг сақланиб қолиши касалликнинг қайталаниш хавфининг прогностик омили бўлиб хизмат қилади (муваффақиятли ўтказилган даводан кейин 7-куни окуляр ВМЧП асимметрияси 12 ой ичида касалликнинг қайталаниши кузатилган 93% беморларда 52,3+9,7% ни ташкил этди).

4. ХХХБА ривожланишининг хавф омили 72% ҳолларда Д витамини танқислиги, ХХХБА хуружининг қайталаниши учун хавф омили эса кальций метаболизмининг қўшма бузилишлари ҳисобланади.

5. ХХХБАли беморларда муваффақиятли ўтказилган даводан сўнг 7-кунда окуляр ВМЧПлар амплитудасининг асимметриясини ва зардобдаги 25 (ОН) даражасини биргаликда аниқлаш ХХХБА нинг қайталаниш хавфини башорат қилиш имконини беради, тўлақонли вестибуляр реабилитацияни ўтказиш ва фосфор-кальций алмашинуви бузилишларини коррекция қилиш касалликнинг қайталаниб кечишини олдини олиш учун хизмат қилади.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ
DSc.04/05.06.2020.Tib.102.02ПРИ САМАРКАНДСКОМ
МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ**

**САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

НАРЗУЛЛАЕВ ИЛГОР ДИЛУРОДОВИЧ

**СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ
БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫМ
ПОЗИЦИОННЫМ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕМ НА ФОНЕ
ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

14.00.04 – Оториноларингология

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

Самарканд –2024

Тема диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Министерстве высшего образования, науки и инновации Республики Узбекистан за № В2021.1.PhD/Tib1829.

Диссертация выполнена в Самаркандском государственном медицинском университете.

Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский, английский(резюме)) размещён на веб-странице научного совета (www.sammi.uz) и информационно-образовательном портале "ZiyoNet"(www.ziynet.uz).

Научный руководитель:	Насретдинова Махзуна Тахсиновна доктор медицинских наук, профессор
Официальные оппоненты:	Шамсиев Джахонгир Фазлидинович доктор медицинских наук, профессор Джамалудинов Юнускади Асхабалиевич доктор медицинских наук, профессор
Ведущая организация:	Азербайджанский медицинский университет (Азербайджанская Республика)

Защита диссертации состоится «___» _____ 2024 г. в _____ часов на заседании научного совета DSc.04/05.06.2020.Tib.102.02 при Самаркандском государственном медицинском университете (Адрес: 140100, Самарканд, ул. Амир Темур, 18. Тел./факс: (+99866) 233-30-34; e-mail: ilmiyprorektori@sammi.uz).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Самаркандского государственного медицинского университета (зарегистрирована за №___). Адрес: 140100, Самарканд, ул. Амир Темур, 18. Тел./факс: (+99866) 233-30-34.

Автореферат диссертации разослан «___» _____ 2024 года.
(Реестр протокола рассылки №___ от «___» _____ 2024 года)

Ж.А. Ризаев
председатель научного совета по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

Г.У. Самиева
ученый секретарь научного совета по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, доцент

Т.Э. Зойиров
председатель научного семинара при научном совете по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, доцент

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ) является наиболее частой причиной головокружения: распространенность заболевания в популяции составляет в среднем 3,4%, а в течение жизни достигает 10% у пациентов старшей возрастной группы. В связи с этим, каждый десятый человек на протяжении жизни хотя бы однократно испытывал на себе эпизод ДППГ. Заболевание характеризуется кратковременными приступами вращательного головокружения, возникающими при резком изменении положения головы относительно вектора гравитации. Первоочередной задачей специалиста, обследующего пациента с вестибулярной симптоматикой, является определение уровня поражения вестибулярного анализатора, так как от локализации и характера патологического процесса напрямую зависит у врача какой специальности должен лечиться и наблюдаться больной, а также прогноз заболевания (Нун У.Е., 2013г., Strupp M., 2013г.).

Нарушения функции вестибулярного анализаторов при патологии позвоночных артерий связано с тем, что лабиринтная артерия, кровоснабжающая внутреннее ухо, относится к вертебрально-базилярному бассейну и, по данным некоторых авторов, не имеет анастомозов с сосудистой системой среднего уха (Лиленко С.В., Янов Ю.К., 2005). Поэтому при нарушении кровотока по ПА внутреннее ухо оказывается наиболее уязвимым местом в полости черепа и первые признаки его поражения можно обнаружить на ранней стадии заболевания магистральных сосудов шеи и головного мозга при тщательном обследовании (Гофман В.Р., Накатис Я.А., 2002; Лиленко С.В. 2005).

Изучение особенностей состояния полукружных каналов пациентов с ДППГ с патологией вертебробазилярной недостаточности необходимо для оптимизации диагностики вестибулярных нарушений у таких больных. Несмотря на развитие в последние десятилетия методов нейровизуализации и появление высокоточных приборов, позволяющих объективно оценить функцию вестибулярной системы, в основе обследования пациента с вестибулярными нарушениями по-прежнему лежит тщательный анализ жалоб больного, анамнеза заболевания и результатов клинического исследования, для которого в настоящее время существует большое количество разнообразных тестов (Strupp M., 2019г.). Однако все эти тесты не стандартизированы, а проведение их полного набора каждому пациенту, наряду с использованием сложного диагностического оборудования, вызывает значительные неоправданные финансовые и временные затраты (Бронштейн А., 2017).

По данным некоторых авторов, нарушение кровообращения в ВББ в 11% случаев начинается с единственной жалобы – вращательного головокружения, а остальные симптомы (зрительные, мозжечковые, глазодвигательные и другие стволовые расстройства) появляются позже (Богданов Э. И., 2019). В

связи с этим, наряду с клинико-неврологической диагностикой, необходимо использовать инструментальные методы исследования. Возможности профилактики и лечения этих нарушений расширяются с каждым годом благодаря использованию ангиографии, ультразвуковой доплерографии (УЗДГ), термографии, импедансных методов исследования мозгового кровотока, компьютерной томографии, магнитно-резонансной ангиографии (МРАГ), спиральной компьютерной томографии (СКТ); применению дифференцированного патогенетического лечения, включая хирургические вмешательства.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, утвержденных Указами Президента Республики Узбекистан за № УП-60 от 28 января 2022 года «О стратегии развития Нового Узбекистана на 2022 - 2026 годы» и за № УП-5590 от 7 декабря 2018 года «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан», Постановлением Президента Республики Узбекистан за № ПП- 5199 от 28 июля 2021 года «О мерах по дальнейшему совершенствованию системы оказания специализированной медицинской помощи в сфере здравоохранения», а также другими нормативно-правовыми документами, принятыми в данной сфере.

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

Степень изученности проблемы. На сегодняшний день существуют данные о структуре вестибулярных нарушений, но они противоречивы. Так, согласно данным литературы, от 5% до 25% всех причин головокружения могут носить потенциально угрожающие состояние жизни. Информация о взаимосвязи между ДППГ и дефицитом витамина Д не изучена в литературе и является противоречивой согласно данным зарубежной литературы. Многие исследователи свидетельствуют о наличии корреляционной связи между дефицитом витамина Д и ДППГ, ряд исследований не подтверждают данную теорию.

Представляет интерес изучение факторов риска и неоднородностью вестибулярных нарушений являются одним из частых привязанности к сосудистой патологии. Гипердиагностика сосудистых и гиподиагностика периферических причин головокружения с применением неоправданно большого количества дорогостоящих дополнительных методов обследования, более актуальная для отечественной медицины.

Результаты научных исследований, проведенных в Республике Узбекистан, показывают, что причиной затруднений, помимо гетерогенности вестибулярной патологии, является недостаточная информативность, но при этом механизмы приводящего к длительному течению остаются полностью не исследованными, сохраняются проблемы, связанные с диагностикой и лечением (Ачилова Д. Н., 2016).

Решение этих проблем позволит усовершенствовать тактику диагностики и лечения доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения на фоне вертебробазиллярной недостаточности в ЛОР-практике, что является одной из основных задач здравоохранения. На основании изложенного возможно проведение научных исследований, направленных на раннюю диагностику головокружения и повышение эффективности консервативной терапии заболевания.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в рамках плана научно-исследовательских работ Самаркандского государственного медицинского университета №01980006703 «Разработка современных методов диагностики, лечения и профилактики» (2015-2018 гг.).

Целью исследования явилось изучить системный подход к диагностике и реабилитации больных с доброкачественным пароксизмальным позиционным головокружением на фоне вертебробазиллярной недостаточности.

Задачи исследования:

1. Выявить предрасполагающие факторы, способствующие развитию ДППГ на фоне ВБН и оценить их влияние на течение заболевания.

2. Определить взаимосвязь между дефицитом витамина D и вероятностью рецидивирующего течения заболевания ДППГ на фоне вертебро-базиллярной недостаточности.

3. Оценить функциональное состояние отолитовых органов (утрикулюса и саккулюса) с помощью регистрации вестибулярных миогенных вызванных потенциалов (цервикальных и окулярных) у пациентов с ДППГ на фоне ВБН, а также определить их прогностическое значение в плане рецидива заболевания.

4. Исследовать метаболизм кальция у пациентов с ДППГ и определить взаимосвязь между нарушением метаболизма кальция и развитием, и рецидивом заболевания.

5. Разработать оптимальный алгоритм для реабилитации пациентов с высоким риском рецидивирующего течения ДППГ на фоне вертебробазиллярной недостаточности.

Объектом исследования Объектом исследования послужили 106 пациентов из них 60- пациентов с ДППГ и 46-пациентов с ДППГ на фоне вертебро-базиллярной недостаточности, в возрасте от 18 до 70 лет.

Предмет исследования- венозная кровь, сыворотка крови у больных с ДППГ на фоне вертебро-базиллярной недостаточности.

Методы исследования. Нами проведены общеклинические, функциональные, биохимические, рентгенологические, стабилметрические и статистические методы.

Научная новизна заключается в следующем:

-выявлено уровень дисфункции утрикулюса определяли с помощью динамической регистрации вестибулярных миогенных вызванных

потенциалов (до и через 7 дней после вестибулярной реабилитации) у пациентов с пароксизмальным доброкачественным позиционным головокружением, наблюдающимся на фоне вертебробазиллярной недостаточности

-доказано, что дефицит витамина D у больных с пароксизмальным позиционным головокружением, наблюдающимся на фоне вертебробазиллярной недостаточности, вызывает развитие рецидивирующих форм заболевания, более тяжелое течение заболевания, вызывает приступы головокружения выраженной интенсивности.

- доказано, что у пациентов с рецидивом ДППГ на фоне ВБН, ассоциированным с нарушением кальциевого обмена, на 7-е сутки после успешной вестибулярной реабилитации отмечено возникновение преимущественно ипсилатерального рецидива ХБП (78% по сравнению с 15% при нерецидивной ХБП) вследствие клинически значимого (более 40%) асимметрия гипокальциемии глазных ЛЖХП (44% по сравнению с 2,5% больных ХБП без рецидивов в группе), в основе которой оказалась гипокальциурия (44% по сравнению с 5% больных ХБП без рецидивов в этой группе);

доказано, возникновение рецидива ДППГ преимущественно ипсилатерально за счёт клинически значимой (более 40%) асимметрия окулярных ВМВП на 7 день после успешно проведенной вестибулярной реабилитации у пациентов с рецидивирующим ДППГ, которое связано с нарушениями метаболизма кальция (78% по сравнению с 15% нерецидивирующего ДППГ), обосновано с гипокальциемией (44% по сравнению с 2,5% у пациентов без рецидива ДППГ этой группы), гипокальциурией (44% по сравнению с 5% у пациентов без рецидива ДППГ этой группы).

-впервые результаты расширенного комплексного отоневрологического обследования позволили определить характер и локализацию нарушений у больных ДППГ, а также определить степень поражения слухового и вестибулярного анализатора.

Практические результаты исследования заключается в следующем:

Предложены дополнительные диагностические критерии факторов риска, особенностей клинического течения, стабиометрического исследования для обследования ДППГ на фоне вертебробазиллярной недостаточности.

Разработаны и внедрены для использования в лечебных учреждениях стабиометрические показатели для диагностирования ДППГ на фоне вертебробазиллярной недостаточности

Обоснованы персонализированные схемы терапии ДППГ на фоне вертебробазиллярной недостаточности, которые оказали благоприятное воздействие непосредственно на клинику заболевания, лабораторные показатели, что привело к снижению рецидива заболевания.

Выявлено, что дефицит витамина D, гипокальциемия и гипокальциурия является фактором риска развития ДППГ и на основании этого после лечения

у эндокринолога показатели фосфорно-кальциевого обмена нормализовались у всех обследованных.

Достоверность результатов исследования Достоверность результатов исследования определяется применением апробированных теоретических и практических подходов и методов, достаточным объёмом выборки пациентов, также подтверждена с использованием современных функциональных и статистических методов исследования. Сопоставлением полученных данных с зарубежными и отечественными исследованиями, которые показывают, что выводы вытекают из собственных результатов, обоснованы и подтверждают достоверность полученных результатов.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Научная значимость результатов исследования состоит в том, что авторы изучив данные больных с ДППГ на фоне вертебробазиллярной недостаточности на течение и прогноз заболевания, что играет немаловажную роль для теоретической медицины. Результаты исследования могут быть предложены в качестве дополнительных диагностических критериев, позволяющих усовершенствовать диагностику и лечение ДППГ на фоне вертебробазиллярной недостаточности.

Для практического здравоохранения, апробированы и внедрены персонифицированные диагностические способы выявления больных ДППГ на фоне вертебробазиллярной недостаточности с использованием препаратов витамина Д Персонифицированное назначение витамина Д в традиционное лечение оказывает положительное влияние на клиническое течение и стабилметрические показатели.

Внедрение результатов исследования. На основании результатов научного исследования по прогнозированию, диагностике и совершенствованию лечения пациентов с ДППГ на фоне вертебробазиллярной недостаточности для своевременной диагностики утверждены методические рекомендации «Применение функциональной компьютерной стабилметрии у больных с центральными кохлеовестибулярными нарушениями» (Заключение экспортной комиссии при Самаркандском Государственном медицинском университете №116 от 28.11.2023). Внедрение научных результатов позволило повысить эффективность методов диагностики и лечения.

Для своевременного и обоснованного лечения больных утверждены методические рекомендации «Совершенствование тактики введения больных с доброкачественным пароксизмальным позиционным головокружением» (Заключение экспортной комиссии при Самаркандском Государственном медицинском университете №115 от 28.11.2023). Внедрение научных результатов способствовало клиническому улучшению состояния, нормализации стабилметрических показателей, что позволило предотвратить повторные случаи заболевания. Полученные результаты по совершенствованию диагностики и лечения пациентов с ДППГ на фоне вертебробазиллярной недостаточности внедрены в практическое здравоохранение, в частности практическую деятельность отделения ЧЛХ городского медицинского объединения города Самарканд, ТОФ РНЦЭМП

практическую деятельность отделения экстренной неврологии (Заключение экспортной комиссии при Самаркандском Государственном медицинском университете № 40 от 29.11.2023).

Внедрение результатов исследования позволило своевременно диагностировать и лечить пациентов с доброкачественным пароксизмальным позиционным головокружением на фоне вертебробазиллярной недостаточности, в связи с чем удалось сократить пребывание больных в стационаре, снизить частоту рецидивов и осложнений болезни, тем самым уменьшить количество рецидивов, осложнений и добиться экономической эффективности.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 4 международных и 5 республиканских конференциях.

Публикация результатов исследования. По полученным результатам исследования было опубликовано 14 научных работ, в том числе 2 тезиса, 2 методических рекомендаций, 1 ЭВМ программа 9 журнальных статей, 4 из которых в республиканских, 5 в зарубежных журналах рекомендованных ВАК РУ для публикации основных научных результатов диссертации на соискание учёной степени доктора философии (PhD).

Структура и объем диссертации. Диссертационная работа состоит из введения, четырёх глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка цитируемой литературы. Диссертация изложена на 115 страницах компьютерного текста, содержит 22 таблиц и 6 рисунков.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обосновываются актуальность и необходимость проведения исследования, охарактеризованы цель, задачи, объект и предмет исследования, указано соответствие приоритетным направлениям развития науки и технологий республики, изложены научная новизна и практические результаты исследований, раскрыто научное и практическое значение полученных результатов, приведены сведения о внедрении результатов исследований в практику, опубликованных работах и структуре диссертации.

В первой главе диссертации «Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение в структуре вестибулярных нарушений (обзор литературы)» представлены данные о научных источниках, отражающие дискуссионные вопросы, касающиеся современных данных об доброкачественном пароксизмальном позиционном головокружении на фоне вертебробазиллярной недостаточности. Отражены современные методы диагностики и лечения. Главу завершают выводы, которые обобщают проанализированный материал.

Во второй главе «Материалы и методы исследования. Общая характеристика обследованных больных», диссертации приведена характеристика клинического материала, методов исследования и дифференцированные методы лечения. Для установления оценки головокружения использовалась шкала ДНІ, в целом эта шкала позволяет количественно оценить влияние головокружения на физическое и эмоциональное состояние пациента среди которых выявлено у 106 больных с доброкачественным пароксизмальным позиционным головокружением, а также на фоне вертебробазиллярной недостаточности.

Верификацию диагноза ДППГ проводили по требованиям ВОЗ и классифицировали по международной классификации болезни МКБ-10. В постановке диагноза заболевания учитывали анамнестические, клинические, лабораторные, инструментальные данные обследования больных. Набор пациентов в основную и контрольную группы производился параллельно в одинаковое, преимущественно в зимнее, весеннее и осеннее время года. Всем исследуемым больным в обязательное исследование включалось осмотр лор органов, сбор, анализ жалоб и анамнестических данных. Подробно выяснялся факт наличия эпизодов системного головокружения в прошлом, возможность отнести предыдущую атаку головокружения к ДППГ и исключить иные возможные причины головокружения (соматическая патология, постуральное перцептивное головокружение и т.д.) Проводился стандартный неврологический осмотр с использованием дополнительных проб на мозжечковую атаксию. Подробный отоневрологический осмотр: движение глаз в 9 позициях, проба Хальмаги (исследование вестибуло-окулярного рефлекса), проба Унтербергера (тест Фукуды), пробы Дикса-Холлпайка (позиционная проба на ДППГ с поражением заднего полукружного канала), roll-тест (позиционная проба на ДППГ с поражением горизонтального полукружного канала), оценка вестибуло-окулярного

рефлекса с помощью прикроватного клинического теста Хальмаги-Кертройза, дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий и ориентировочное исследование слуха.

Для подтверждения всем пациентам основной и контрольной групп исследовался уровень сывороточного витамина D стандартным иммуноферментным анализом (ELISA), проводимый в лаборатории, а также анализ на кальций общий и кальций ионизированный, паратгормон. Помимо выявления нарушений кальциевого обмена, данный перечень исследований позволял оценить степень безопасности терапии витамином D, в частности выявление риска гиперпаратиреоза, гиперкальциемию, при которых терапия витамином D противопоказана.

Для осуществления поставленных задач больные распределены на 2 группы. Контрольная группа 60 пациентов с классической формой доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения. Основная группа (I) 46-пациентов с доброкачественным пароксизмальным позиционным головокружением на фоне вертебробазиллярной недостаточности, которые в свою очередь были подразделены на 2 подгруппы А- 20 пациентов с уровнем витамина D менее 12нг/мл, Б-26 пациентов с уровнем дефицита витамина D более 12нг/мл. Показатель уровня витамина D 12 нг/мл был определен так, как не существует общепринятой классификации дефицита, недостаточности и оптимального содержания. Мнения различных международных профессиональных организаций разнятся. В данной работе была выбрана пограничная цифра 12 нг/мл (включительно), соответствующая дефициту витамина D клинических рекомендаций Международного эндокринологического общества и Института медицины США, с целью создания адекватных групп сравнения. При наличии показаний в виде выявленного дефицита витамина D и согласия пациента принимать препарат, назначался витамин D по одной из схем, которые рекомендованы для терапии дефицита витамина D (торговые названия «аква-детрим» или «вигантол»). Возраст больных варьировал в пределах от 19 до 70 лет и в среднем составил $50,34 \pm 10,13$ г. Пик заболеваемости наблюдался в возрастных группах от 31 до 40 и от 41 до 50 лет активный трудоспособный возраст, что доказывает большую социальную значимость проблемы.

Анализ полученных данных включал расчет средней арифметической вариационного ряда (M) и ее стандартной ошибки (m). Достоверность различий, полученных в сравниваемых группах, оценивалась по t-критерию Стьюдента. Оценка достоверности различий показателей сравниваемых групп (различия считали статистически значимыми при уровне $p < 0,05$):

В третьей главе **“Состояние внутреннего уха и результаты кальций-фосфорного обмена у пациентов с вестибулярными нарушениями.”** диссертации проанализированы результаты собственных исследований. Анализ обследованной группы в большинстве случаев явились черепно мозговая травма, вирусные инфекции, остеохондроз, воспалительные заболевания.

Все больные жаловались на приступы системного головокружения, вегетативные расстройства, нарушения равновесия. Интенсивность позиционного головокружения была различной, ее описывали как короткий эпизод ощущения 50,7%, внезапная кратковременная потеря сознания 10,7%, различные вращения с эпизодами провала 29,3%

В структуре сопутствующих заболеваний гипертоническая болезнь-11, ишемическая болезнь сердца-8, сахарный диабет-13, нейроциркуляторная дистония-28. Всем больным было проведено оториноларингологическое обследование и была выявлена сопутствующая патология лор органов. Данные представлены на рис 1.

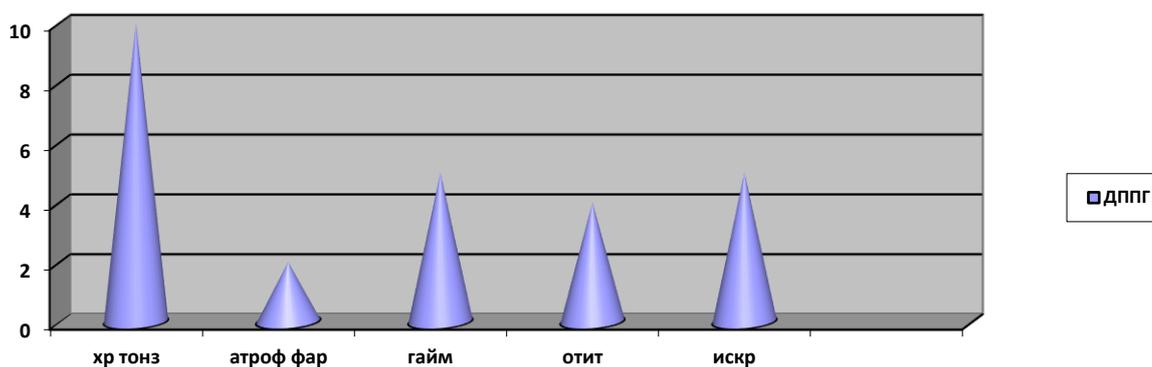


Рис 1 Данные сопутствующей лор патологии у больных с ДППГ.

При обследовании ЛОР-органов у 10 больных выявлен хронический тонзиллит, у 2- хронический фарингит, у 5 хронический гайморит, у 4 хронический гнойный средний отит, в трех случаях правого уха, в одном левого и у 5 искривление носовой перегородки носа с сохранением функции носового дыхания.

При проведении тональной пороговой аудиометрии пресбиакузис выявили у 8 пациентов, двухстороннюю высокочастотную нейросенсорную тугоухость - у 4, одностороннюю тугоухость нейросенсорную 1 -2 степени - у 2 больных.

При импедансометрии у 2 пациента тимпанограмма, соответствующая типу С с одной стороны, у 6 тип А с обеих сторон. Тесты направленные на оценку функции статического и динамического равновесия, не показали нарушений ни у одного из обследованных. В результате проведения комплексного вестибулометрического исследования с использованием очков Френзеля получены следующие данные. Спонтанный нистагм был выявлен у 45 больных (69,2%), у 20 (30,7%) он отсутствовал. При исследовании с открытыми глазами явный спонтанный нистагм был зарегистрирован у 5 (7,6%) человек - I степени, односторонний, горизонтальный, клоничный, ритмичный. Скрытый спонтанный горизонтальный нистагм был выявлен у 24 человек, из них у 13 он был односторонним (у 7 - справа, у 6 - слева), а у 9 - двухсторонним, амплитуда равна 7,2. По своим характеристикам нистагм был разной степени выраженности, мелокоразмашистый, клонико- тонический, как ритмичный, так и дизритмичный. Горизонтальный ВОР в тесте Хальмаги

визуально был сохранён у всех обследованных больных. Характерна гипорефлексия, которая проявлялась продолжительностью calorического нистагма без диссоциации. По данным calorических и вращательных проб у 29 (44,6%) больных были выявлены признаки нарушения протекания экспериментальных вестибулярных реакций (ЭВР).

Всем исследуемым пациентам произвели динамическую регистрацию окулярных ВМВП, оценивали пороги, латентность возникновения ответа, средние значения суммарной амплитуды p1-n1 на здоровой стороне и поражённой стороне, а также асимметрию амплитуды ответа. (рис 2)

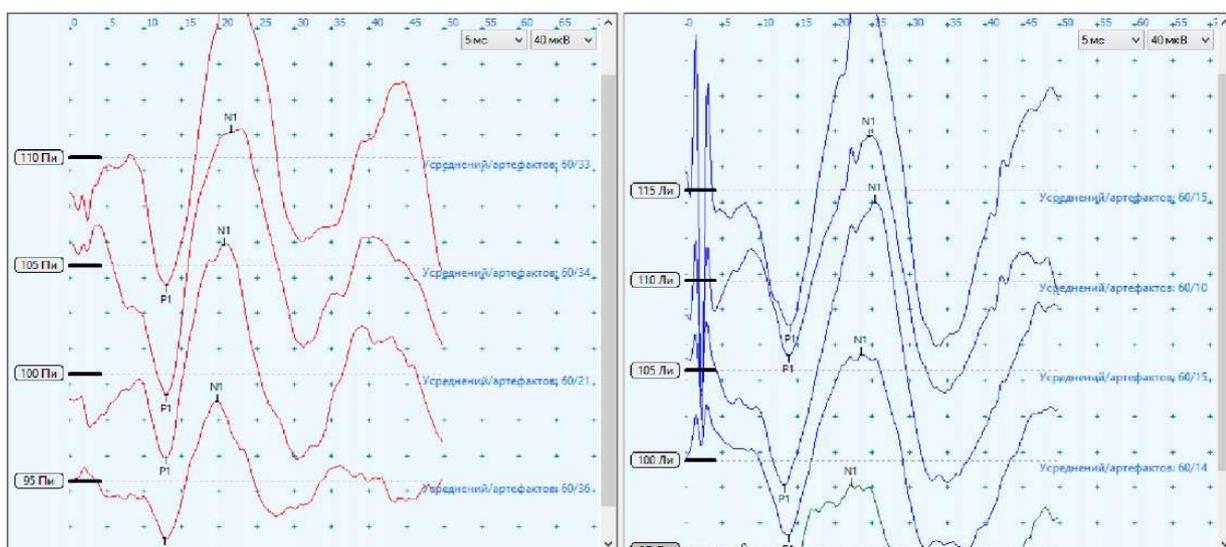


Рис 2 Окулярные ВМВП у пациентов до лечения Пациент К., 39 лет, ДППГ ЗПК слева

Исследуя цервикальные ВМВП оценивали пороги, латентность возникновения ответа, средние значения суммарной амплитуды на здоровой и поражённой стороне. При регистрации окулярных ВМВП до лечения у основной группы выявили клиническую значимую асимметрию амплитуды окулярных ВМВП свыше 40%, которая составила 47,8+5,7%. Данные динамической регистрации окулярных ВМВП до лечения составили 92,5+2,5дБ, латентность p10-10,4+0,4мс, p15-15,3+0,4мс, средние значения суммарной амплитуды p1-n1 на здоровой стороне -12,836+1,091 мкВ на стороне поражения -4,621+0,696 мкВ, асимметрия p1-n1 свыше 40%. При повторной регистрации окулярных ВМВП спустя 7 дней после успешно проведенного репозиционного лечения наблюдался выраженный прирост амплитуды ответа на стороне поражения (средние значения p1-n1 на здоровой стороне составили 15,12+3,22 мкВ, на стороне поражения -11,97+3,25 мкВ), а также восстановление симметрии амплитуды окулярных ВМВП. В течении 12 месяцев рецидива ДППГ не выявили ни у одного из обследованных. При регистрации окулярных ВМВП обращает на себя внимание продолжающийся прирост амплитуды окулярных ВМВП на стороне поражения (11,97 и 13,48 соответственно) и симметрия ответа, что свидетельствует о восстановлении функции утрикулюса у пациентов обеих групп. (рис 3)

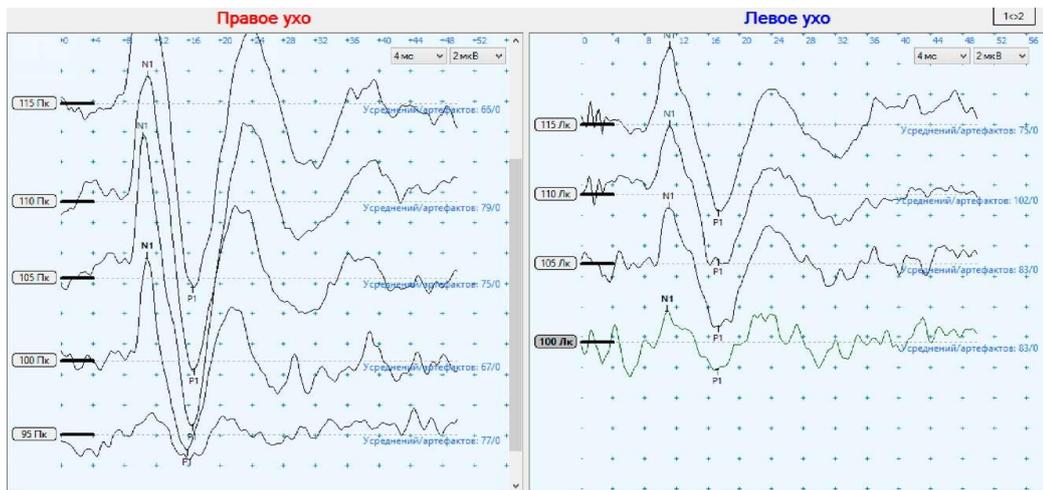


Рис 3 Цервикальные ВМВП у пациента спустя 7 дней после успешного лечения Пациент К., 39 лет, ДППГ ЗПК слева

Полученные данные свидетельствуют об улучшении функции утрикулуса вследствие рефиксации отолитов на поверхности отолитовой мембраны при успешном проведенном репозиционном лечении.

Все больные обследованы методом компьютерной стабилотрии. Нами отмечено статистически значимое различие средних значений X в пробах с открытыми ($-13,40 \pm 0,42$ мм) и закрытыми глазами ($34,70 \pm 0,22$ мм), парный t -критерий Стьюдента составляет 2,98, что превышает критическое значение при $p < 0,05$. При оценке дисперсий значений X и Y в обеих пробах нами выявлено достоверное отличие их при $p < 0,05$. При выполнении пациентами с ДППГ пробы с открытыми глазами мы отметили увеличение средних значений S ($16424,3 \pm 87,12 \text{ мм}^2$), L ($161,54 \pm 0,96 \text{ мм}$) и V ($22,70 \pm 0,13 \text{ мм/с}$) в сравнении со средними показателями в группе при закрытых глазах ($S = 19827,1 \pm 0,25 \text{ мм}^2$, $L = 1810,6 \pm 1,09 \text{ мм}$, $V = 40,01 \pm 0,01 \text{ мм/с}$). Различия этих показателей при выполнении пациентами двух проб статистически значимы при $p < 0,05$. Парный t -критерий Стьюдента составляет для S , L и V составляет 5,53, 6,09 и 6,8 соответственно при критическом значении 2,02. Коэффициент Ромберга составляет $267,75 \pm 0,16\%$, это говорит о том, что среди пациентов с ДППГ при исследовании основной стойки с закрытыми глазами площадь статокинезиограммы превышает таковую при исследовании с открытыми практически в 4 раза. (рис4)

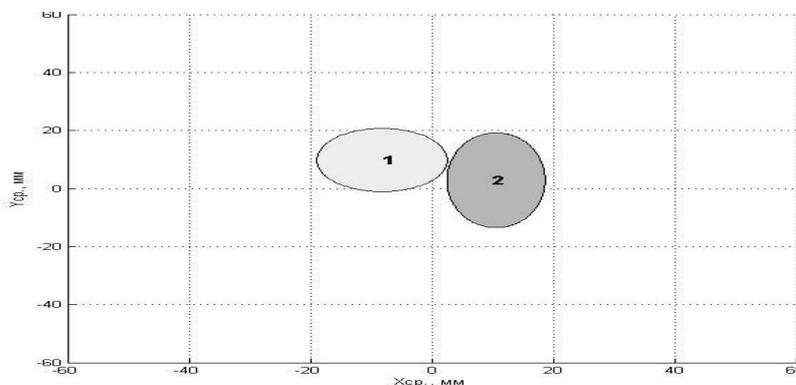


Рис. 4. Сравнительная оценка средних положений ЛМ в системе координат при исследовании больных с ДППГ с открытыми (1) и закрытыми (2) глазами.

Таким образом, у больных с ДППГ отсутствие зрительного контроля достоверно приводит к увеличению разброса дискретных положений ЛМ в сагиттальной плоскости, и некоторому снижению разброса во фронтальной плоскости. Исходя из этого данные пациентов с ДППГ, свидетельствуют о менее стабильном балансе вертикальной стойки в сравнении с лицами контрольной группы. Высокие значения S в пробе с закрытыми глазами и RomB говорят о значительном поструральном дефиците пациентов при отсутствии зрительного контроля над ортостатической позой. Отмечено также отличие поструральной тактики пациентов с ДППГ от здоровых лиц при поддержании вертикальной позы, что выражается в большем значении максимальной амплитуды колебаний в обеих плоскостях, в большем значении соответствующих им частот, и в большем значении скорости перемещения ЛМ.

С целью исследования состояния метаболизма кальция проводили оценку лабораторных показателей фосфорно-кальциевого обмена. (рис 5)

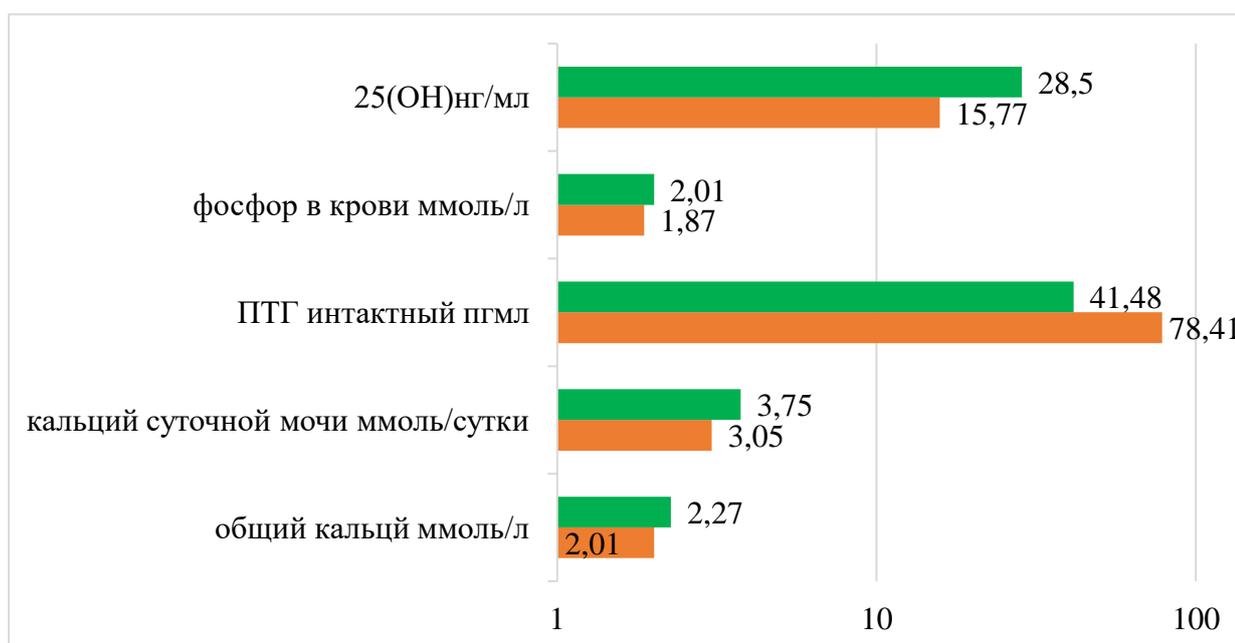


Рис 5. Результаты исследования лабораторных показателей метаболизма кальция в группе больных с обеих групп до лечения.

Полученные данные демонстрируют, что уровень 25(OH)D, кальцемии и кальциурии у пациентов с ДППГ был достоверно ниже, чем в контрольной группе ($p < 0,05$). Но данные паратиреоидного гормона и фосфора в крови являются увеличенными по сравнению с контрольной группой. Полученные данные свидетельствуют, что дефицит витамина D, гипокальцемия, гипокальциурия, увеличение паратгормона в крови и гиперфосфатемия являются факторами риска возникновения ДППГ. Исследование параметров кальциевого обмена показало статистически значимое различие у пациентов основной и контрольной группы, исходя из уровня сывороточного витамина D. Исходя из этого, можно сделать вывод, что низкие цифры витамина D связаны с развитием ДППГ (табл1). При этом отсутствовали статистически значимые различия по остальным параметрам кальциевого обмена.

Таблица 1

Сравнение результатов исследования витамина Д в зависимости от рецидива заболевания.

Показатель	Пациенты без рецидивов, Ме	Пациенты с рецидивами, Ме	P<0,05
Витамин Д(нг/мл)	18(15,23)	12(10,14)	0,008

Как видно и таблицы, у пациентов с рецидивами ДППГ высокий уровень статистической значимости различий ($p < 0,0088$), что означает, что дефицит витамина Д вызывает рецидивирующие формы заболевания.

Таким образом, резюмируя полученные цифры, можно сделать вывод, что низкое содержание витамина является фактором риска развития ДППГ, в особенности рецидивирующего течения заболевания вне зависимости от пола пациента. Всем пациентам проводилось тестирование по визуальной аналоговой шкале головокружения (ВАШ-г), шкале оценки головокружения и госпитальной шкале тревоги и депрессии.

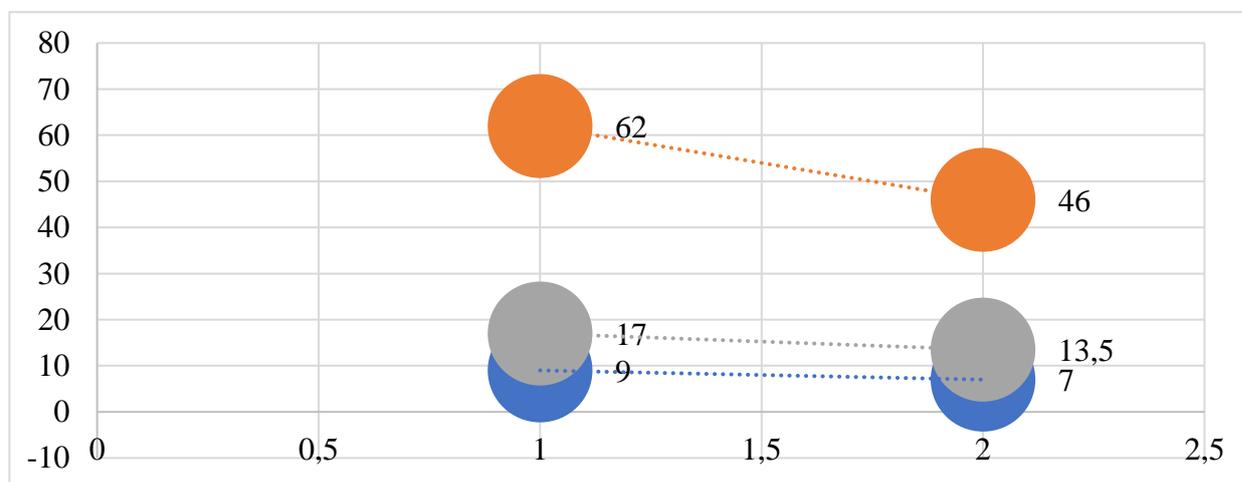


Рис 6 Оценка по ВАШ у пациентов с различным уровнем витамина Д

На данном рисунке выявлена умеренная корреляционная связь ($p < 0,41$) между уровнем витамина Д и интенсивностью приступов головокружения. При оценке степени шкалы выраженности головокружения прослеживается статистически значимое различие выраженности симптомов головокружения у пациентов с низкими цифрами витамина Д менее 12 нг/ммоль, при этом они испытывают выраженное головокружение, а при уровне более 12 нг/ммоль фактически не имели рецидивов. Больные контрольной группы 46 пациентов при разделении витамина Д более 12 нг/ммоль говорит о рецидивировании приступа ДППГ и дефицита витамина Д. Больным контрольной группы проводилось классическое лечение ДППГ с последующей рекомендацией проведения вестибулярной гимнастики.

При оценке уровня **экскреции кальция в суточной моче** (норма 2,5-7,5 ммоль/сутки) гипокальциурию выявили у 4 обследованных (18%, кальций в суточной моче $2,03 \pm 0,07$ ммоль/сутки). У остальных 18 пациентов (82%) уровень кальциурии составил $3,57 \pm 1,18$ ммоль/сутки. В контрольной группе средний уровень кальциурии составил $3,45 \pm 1,25$ ммоль/сутки. Уровень **интактного ПТГ** был в пределах нормы и составил в среднем $40,13 \pm 15,4$

пг/мл (норма 15-65 пг/мл). Зависимость частоты развития ДППГ от наличия дефицита 25 (ОН) D, оцененная с помощью критерия Хи-квадрат Пирсона, была статистически значимой (полученное значение больше критического: при $p < 0,05$), что свидетельствует о том, что дефицит 25(ОН)D является фактором риска развития ДППГ у пациентов этой подгруппы. Гипокальцемию и гипокальциурию также являются фактором риска развития ДППГ в этой подгруппе.

Сочетанные изменения показателей метаболизма кальция (изменение 3 и более показателей) наблюдали в 2 случаях. Все пациенты с нарушениями метаболизма кальция были направлены к врачу-эндокринологу для **коррекции выявленных нарушений**: спустя 12 месяцев гипокальцемию, гипокальциурию, гиповитаминоза D не выявили ни у одного обследованного пациента.

В четвертой главе **“Состояние слухового и вестибулярного анализатора у пациентов с ДППГ на фоне вертебро-базилярной недостаточности”** диссертации учитывая данные о распространенности вертебробазилярной недостаточности у больных жалобы на головокружение усиливались при перемене положения головы, хотя при этом наблюдался шейный позиционный нистагм и тест Дикса-Холпайка был положительным. Больные данной патологии наблюдались у смежных специалистов, но в основном к основным жалобам встречающихся у пациентов контрольной группы добавлялись и другие неврологические жалобы. Сопутствующие соматические заболевания были выявлены у всех обследованных нами пациентов, среди них остеохондроз шейного отдела позвоночника был верифицирован у большинства пациентов - 35 человек, гипертоническая болезнь - 19 человек, ишемическая болезнь сердца - 12 человек, сахарный диабет II типа у 6 человек, нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу у 6 больных, у 8 по гипотоническому типу, аденома гипофиза 1 человека. Аллергические реакции на медикаменты в виде крапивницы и анафилактического шока отмечали 6 человек, на другие виды аллергенов 10 больная страдала атопической бронхиальной астмой.

Проведенное аудиологическое исследование (тональная пороговая аудиометрия и аудиометрия в расширенном диапазоне частот) выявило наличие сенсоневральной тугоухости у 25 (55,5%) больных и из них с одной стороны у 9 (20%) больных (5 справа, 4 слева), с двух сторон - у 16 больных - По выраженности снижения слуха с I степенью тугоухости было 9 ушей, II степенью 8, III степенью 6, IV степенью 2 уха. У 11 человек (29,7%) по данным ТПА слух был в пределах возрастной нормы. При исследовании нистагма с открытыми глазами, у 3 больных (8,1%) был выявлен спонтанный, явный односторонний горизонтальный нистагм I степени - мелкоразмашистый, клоничный ритмичный. Скрытый спонтанный нистагм выявлен у 31 больного (83,9%), нистагм был горизонтальный мелко и среднеразмашистый,

ритмичный, тонико-клоничный. (односторонний у 17 человек, двухсторонний у 14). Спонтанный нистагм отсутствовал у 6 пациентов (16,2%). По данным калорических проб у всех пациентов данной группы наблюдались нарушения протекания нистагменной реакции. Из них, у 14 больных (31,1%) была выявлена гиперрефлексия нистагм был более выраженным по амплитуде, и по длительности, как при проведении калорических, так и вращательных проб. На рис 7 представлены данные при исследовании основной стойки с открытыми и закрытыми глазами.

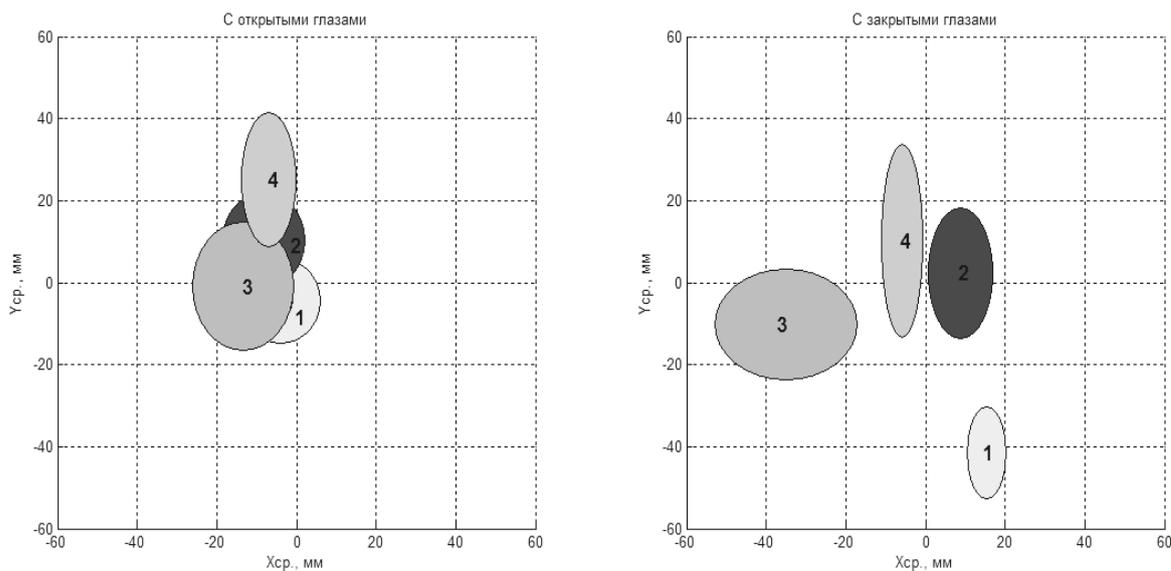


Рис. 7. Сравнительная оценка средних положений ЛМ в системе координат при исследовании больных с ХИМ с открытыми (1) и закрытыми (2) глазами

При выполнении обоих исследований отсутствовала значительная асимметрия среднего положения ЛМ во фронтальной и сагиттальной плоскостях. Поскольку статокенизограмма является двумерным изображением перемещения ЛМ на плоскости планшета, нами использован способ сравнительного анализа средних значений X и Y неразрывно, в одной системе координат (рис. 7). Центр эллипса соответствует среднему значению X и Y в группе, а радиусы границам 95% доверительных интервалов. При таком анализе было отмечено, что при открытых глазах, средние положения ЛМ сосредоточены вокруг начала системы координат, а при закрывании глаз увеличивается разброс их дискретных положений и происходит смещение преимущественно во фронтальной плоскости.

По данным исследования кровотока в магистральных артериях головы при помощи УЗДГ у 9 пациентов 2-й группы была выявлена гемодинамически значимая асимметрия кровотока по позвоночным артериям, в пределах 40-45%. У 3 больных отмечалось снижение ЛСК в левой позвоночной артерии, которая в среднем составляла $18,3 \pm 2,1$ см/с, у 6 больных снижение кровотока отмечалось в правой позвоночной артерии, ЛСК составляла $19,1 \pm 1,5$ см/с. У остальных 28 человек скорость кровотока в обеих позвоночных артериях не превышала нормальных показателей. У 24 человек было выявлено изменение

спектра кровотока по атеросклеротическому типу. Вестибулярные расстройства разной степени выраженности во всех обследованных группах присутствовали у 100% больных. Наиболее выраженные мозжечковые расстройства выявлены в основной группе больных, для которых характерна более грубая атаксия в позе Ромберга и частое сочетание с координаторными нарушениями и изменением походки. Атаксия носила менее выраженный, зачастую моносимптомный характер. Вестибулярная атаксия у больных основной группы сочеталась с расстройствами координации. (табл2)

Таблица 2.

Сравнительная оценка продолжительности рефлекторного нистагма в обследованных группах(с) (статистически значимые различия *-при $p<0,05$)

Группа	Вращательная проба		Калорическая проба			
	справа	слева	Холодная вода (30 С)		Теплая вода(44 С)	
Основная	38,1 +4,3	39,2+4,0 *	112,2+12,3 *	111,6+11,5	114,5+1 2	115,3+10,3 *
контрольная	24,5 +5,3	27,7+4,8 *	78,1+16,5	92,1+13,3	86,1+15, 6	91,1+13,7*
норма	24+2,0	24,3+1,9	84,2+9,9	86,2+10	85,8+8,9	87,5+9,4

Данные таблицы свидетельствуют о том, что наибольший по продолжительности нистагменный ответ отмечен у больных с основной группы и статистически значимо ($p<0,01$ с поправкой Бонферрони) превосходит среднее значение в контрольной группе. Больные с ДППГ на фоне вертебробазиллярной недостаточности, часто показывая гиперреактивность лабиринтов, не имели достоверных отличий друг от друга по продолжительности рефлекторного ответа. У больных отмечены все типы реактивности лабиринтов, продолжительность поствращательного и калорического нистагма варьировала в широких пределах. Средние значения в группе невысоки и отличаются от здоровых лиц статистически незначимо, и большую ценность для диагностики представляет именно характер реактивности лабиринтов.

Всем пациентам обеих групп проводилось классическое лечение ДППГ- применение маневра Эпли при поражении заднего полукружного канала, или проведение маневра «барбекю» при поражении горизонтального полукружного канала с последующей рекомендацией проведения вестибулярной гимнастики. Максимальное количество маневров потребовалось для успешной элиминации отолитов в случае мультиканального поражения. Зависимость возникновения рецидива ДППГ от наличия сочетанных(3 и более) изменений показателей метаболизма кальция была статистически значимой($p<0,05$). Учитывая, что гипокальцемия, гипокальциурия, гиперпаратиреоз во всех случаях сочетались с дефицитом витамина Д, данные изменения были расценены, как вторичные, возникающие вследствие длительной персистенции некомпенсированного дефицита витамина Д и

отражающие глубину нарушений процессов метаболизма кальция в организме, и были оценены комплексно.

У пациентов контрольной группы с целью прогнозирования риска развития ДППГ оптимальным является сочетанная оценка асимметрии амплитуды окулярных ВМВП и уровня витамина Д. Амплитуда окулярных ВМВП отражают массу отолитов, подвергающихся стимуляции звуков. У больных основной группы произошло нарушение целостности отолитовой мембраны макулы утрикулюса, попадание отолитов в один или несколько полукружных каналов, при этом амплитуда снижается на стороне поражения. Выявление факторов высокого риска рецидива ДППГ у больных основной группы обосновывает применение разработки индивидуальной программы вестибулярной реабилитации, и правильному обучению пациентов самостоятельному выполнению репозиционных маневров (гимнастика Брандт-Дарофф). В случае выявления некомпенсированного дефицита витамина Д требуется консультация эндокринолога и развернутое исследование показателей фосфорно-кальциевого обмена. Выявление нарушений метаболизма кальция требует их коррекции под контролем врача эндокринолога.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Вторичное ДППГ наиболее часто развивается в течении месяца после перенесённого вестибулярного нейронита ипсилатеральной стороны(43%), реже- в результате различных вариантов травматического воздействия(черепно-мозговая травма-26%, заболеваний среднего уха -19% и на фоне болезни Меньера 10%.

2. Пациенты с ДППГ имеют статистически значимый низкий уровень витамина Д по сравнению с больными, страдающими иной вестибулярной патологией ($p < 0,014$), на основании чего можно предположить, что фактором риска развития рецидивирующего течения имеют статистически значимый уровень дефицита витамина Д по сравнению с пациентами, имеющими 1 атаку ДППГ в анамнезе($p < 0,008$)

3. Сохранение клинической значимой (более 40%) асимметрии амплитуды окулярных ВМВП на 7-й день после успешного проведенного репозиционного манёвра служит прогностическим фактором риска развития рецидива заболевания(у 93% пациентов с рецидивом заболевания в течении 12 месяцев асимметрию окулярных ВМВП на 7-й день посл успешно проведенного лечения составила 52,3+9,7%)

4. Фактором риска развития ДППГ является витамин дефицит витамина Д в 72% случаев, а сочетанные нарушения метаболизма кальция- фактором риска рецидива заболевания приступа ДППГ.

5. У пациентов с ДППГ сочетанное определение асимметрии амплитуды окулярных ВМВП на 7-й день после успешно проведённого лечения и уровня сывороточного 25(ОН) позволяет прогнозировать риска рецидива ДППГ, а проведение полноценной вестибулярной реабилитации и коррекция нарушений фосфорно-кальциевого обмена служит профилактикой рецидивирующего течения заболевания.

**SCIENTIFIC COUNCIL FOR AWARDING ACADEMIC DEGREES
DSc.04/05.06.2020.Tib.102.02 AT SAMARKAND MEDICAL UNIVERSITY**

SAMARKAND STATE MEDICAL UNIVERSITY

NARZULLAEV ILGOR DILURODOVICH

**SYSTEMIC APPROACH TO DIAGNOSIS AND REHABILITATION OF
PATIENTS WITH BENIGN PAROXYSMAL POSITIONAL VERTIGO
WITH VERTEBROBASILAR INSUFFICIENCY**

14.00.04 – Otorhinolaryngology

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

Samarkand –2024

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; I part)

1. Насретдинова М.Т., Нарзуллаев И.Д., Ахмедов А.А., Нормуродов Н.А. Вертебрал-базиллар етишмовчилик: муаммолар ва ечим истиқболлари. // Педиатрия №4, 2021 год, С. 106-111
2. Насретдинова М.Т., Нарзуллаев И.Д., Шаматов И.Я., Нормуродов Н.А. Вертебрал-базиллар тизимда қон айланишининг етишмовчилиги ва периферик кохлеовестибуляр синдромлар // Педиатрия №4, 2021 год, С. 101-106
3. Насретдинова М.Т., Нарзуллаев И.Д., Нормуродов Н.А. Вертебро-базиллар тизимда қон айланишининг етишмовчилиги ва периферик кохлеовестибуляр синдромлар // Журнал стоматологии и краниофациальных исследований №3 (02) 2021 год, С. 54-58
4. Насретдинова М.Т., Нарзуллаев И.Д., Абдиев Э.М. Томир генезли сенсоневрал оғиркулоқликни комплексли даволашдаги замонавий тамойиллар // Биология ва тиббиёт муаммолари №2 (135) 2022 йил, С. 84-87
5. Насретдинова М.Т., Нормирова Н.Н., Шадиев А.Э., Нарзуллаев И.Д. On the Study of Secondary Post-Rotational Nystagmus in Adolescents // American Journal of Medicine and Medical Sciences 2023, 13(9): 1218-1220
6. Насретдинова М.Т., Нормирова Н.Н., Нарзуллаев И.Д., Нормуродов Н.А. Differential Diagnostic Criteria in Patients with Vertigo // American Journal of Medicine and Medical Sciences 2023, 13(9): 1221-1223
7. Нормирова Н.Н., Насретдинова М.Т., Нарзуллаев И.Д. Вестибуляр бузилишларда калорик нистагмнинг жамланган босилишини диагностика баҳолаш // Биомедицина ва амалиёт журнали №3, 2023 год, С. 387-391
8. Насретдинова М.Т., Нарзуллаев И.Д., Бахронов Б.Ш., Уктамов Д.Ш., Икромов Г.Н. Kundalik klinik amaliyotda xavfsiz xurujsimon holatiy bosh aylanishi qayd etilgan bemorlarni tashxislash va davolash // Журнал стоматологии и краниофациальных исследований №1, 2023 год, С. 53-56
9. Насретдинова М.Т., Бахронов Б.Ш., Нарзуллаев И.Д., Абдуманнобов Ж.Г., Сулаймонова М.М. Хавфсиз хуружсимон ҳолатий бош айланишини ташхислаш ва даволашнинг самарали алгоритми // Журнал стоматологии и краниофациальных исследований №1, 2023 год, С. 25-29

II бўлим (II часть; II part)

1. Насретдинова М.Т., Нарзуллаев И.Д., Бахронов Б.Ш., Нормуродов Н.А. Совершенствование диагностики и консервативного лечения кохлеовестибулярных нарушений сосудистого генеза // INNOVATIONS AND

TENDENCIES OF STATE-OF-ART SCIENCE *Proceedings of XXX International Multidisciplinary Conference April, 2023, С. 66-74*

2. Насретдинова М.Т., Нарзуллаев И.Д., Нормирова Н.Н., Бахронов А.Ш., Нормуродов Н.А. Вестибуляр нейронитда бош айланиши: ташхисот ва даволашга ёндашувлар // Биомедицина ва амалиёт журнали №2, 2023, С. 128-137.

3. Насретдинова М.Т., Нарзуллаев И.Д. Применение функциональной компьютерной стабиллометрии у больных с центральными кохлеовестибулярными нарушениями // Методическая рекомендация Самарканд 2023 г.

4. Насретдинова М.Т., Нарзуллаев И.Д. Совершенствование тактики введения больных с доброкачественным пароксизмальным позиционным головокружением // Методическая рекомендация Самарканд 2023 г.

Автореферат (Биология ва тиббиёт муаммолари) журнали тахририятида тахрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус, инглиз тилларида (резюме) даги матнлар ўзаро мувофиқлаштирилди.

Отпечатано в типографии “SARVAR MEHROJ BARAKA” 140100.

г. Самарканд, ул. Мирзо Улугбек, 3.

Подписано в печать 6.05.2024 Формат 60x84⁺¹⁶.

Гарнитура “Times New Roman”. усл. печ. л. 3,84

Тираж: 60 экз. Заказ № 91-2024

Тел/факс: +998 94 822 22 87. e-mail: sarvarmehrojbaraka@gmail.com