

**ТОШКЕНТ ВРАЧЛАР МАЛАКАСИНИ ОШИРИШ ИНСТИТУТИ
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.12.2019.Tib.31.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

САМАРКАНД ДАВЛАТ ТИББИЕТ ИНСТИТУТИ

ИГАМОВА САОДАТ СУРЪАТОВНА

**МАРКАЗИЙ АСАБ СИСТЕМАСИНИНГ ПЕРИНАТАЛ
ЗАРАРЛАНИШИ БЎЛГАН БОЛАЛАРДА ДАВОЛАШ-ДИАГНОСТИК
ВА РЕАБИЛИТАЦИОН ТАКТИКАНИ КОМПЛЕКС БАҲОЛАШ**

14.00.13-Неврология

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

ТАШКЕНТ – 2020

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Игамова Саодат Суръатовна

Марказий асаб системасининг перинатал зарарланиши бўлган
болаларда даволаш-диагностик ва реабилитационтактикани комплекс
баҳолаш 3

Игамова Саодат Суръатовна

Комплексная оценка лечебно-диагностической и реабилитационной
тактики детей с перинатальнымпоражением центральной нервной
системы 25

Igamova Saodat Sur'atovna

Comprehensive assessment of the treatment, diagnostic and rehabilitation
tactics of children with perinatal diseases of the central nervous system 47

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works 53

**ТОШКЕНТ ВРАЧЛАР МАЛАКАСИНИ ОШИРИШ ИНСТИТУТИ
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.12.2019.Tib.31.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

САМАРКАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

ИГАМОВА САОДАТ СУРЪАТОВНА

**МАРКАЗИЙ АСАБ СИСТЕМАСИНИНГ ПЕРИНАТАЛ
ЗАРАРЛАНИШИ БЎЛГАН БОЛАЛАРДА ДАВОЛАШ-ДИАГНОСТИК
ВА РЕАБИЛИТАЦИОН ТАКТИКАНИ КОМПЛЕКС БАҲОЛАШ**

14.00.13-Неврология

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

ТАШКЕНТ – 2020

Фалсафа доктори (DSc) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида №В2018.2.PhD/Tib643 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Самарқанд давлат тиббиёт институтида бажарилган.

Диссертация автореферати икки тилда (Ўзбек, рус ва инглиз (резюме)) веб-саҳифанинг www.tipme.uz ҳамда «ZiyoNet» ахборот-таълим портали www.ziyo.net манзилларига жойлаштирилган.

Илмий раҳбар:

Джурабекова Азиза Тахировна
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Расмий оппонентлар:

Шамансуров Шаанвар Шамуратович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Омонова Умида Тулкиновна
тиббиёт фанлари доктори

Етакчи ташкилот:

Ставропол давлат тиббиёт университети
(Россия Федерацияси)

Диссертация ҳимояси Тошкент врачлар малакасини ошириш институти ҳузуридаги DSc.04/30.12.2019.Tib.31.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2020 йил «___» _____ соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 100007, Тошкент, Паркент кўчаси 51- уй. Тел./факс: (+99871) 268-17-44, e-mail: info@tipme.uz).

Диссертация билан Тошкент врачлар малакасини ошириш институти Ахборот ресурс марказида танишиш мумкин (_____ рақами билан рўйхатга олинган). Манзил: 100007, Тошкент, Паркент кўчаси 51- уй. Тел./факс: +99871268-17-44, e-mail: info@tipme.uz).

Диссертация автореферати 2020 йил «___» _____ кунини тарқатилди.
(2020 йил «___» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси).



[Handwritten signatures in blue ink]

Х.А.Акилов

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

Н.Н.Убайдуллаева

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

Б.Г. Гафуров

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

КИРИШ (фалсафа доктори диссертациясининг аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) маълумотларига кўра «...жаҳонда популяциядаги перинатал патологиялар сони 15%-20%ни, янги туғилган чақалоқлар касалланиш тузилмасида ва болалар ҳаётининг биринчи йилида 60-80%ни ташкил этади ва оғишмай ўсишда давом этмоқда...»¹. Болалардаги марказий асаб тизимини (МАТ) перинатал шикастланишида (ПШ) асаб-руҳий касалликларни ривожланиши ортади, ҳамда олий пўстлоқ функцияларини баркамол ривожланишига нохуш таъсир кўрсатади, бу эса бола организмни мослашмаслик ҳолатига ва юрак қон-томир, юқори нафас йўллари касалликлари ҳамда меъда-ичак тизим (МИТ) ва бошқа тизимлар вазифаларини турли даражада бузилишига сабаб бўлади. Болалардаги марказий асаб тизимининг перинатал шикастланиши асоратларини олидини олиш ижтимоий аҳамиятга эга муаммо ҳисобланади.

Жаҳонда марказий асаб системасининг перинатал зарарланиши бўлган болаларда даволаш-диагностик ва реабилитацион тактикани комплекс баҳолашни такомиллаштиришнинг юқори самарадорлигига эришиш мақсадида қатор илмий-тадқиқотлар амалга оширилмоқда. Бу борадаги тадқиқотлар гипоксик генезли марказий асаб тизимини перинатал шикастланиши билан туғилган чақалоқларда ҳавф омилларини, клиник-неврологик ривожланишнинг ўзига хосликларини ҳамда ташхисий текширишларнинг оптимал ҳажмини белгилаш; гипоксик генезли марказий асаб тизимини перинатал шикастланишли болаларда ретикулоцитлар морфометрияси (RTC) ва қон зардобидида гипоксия-индуцирланган омил (НФ-1α) миқдорини баҳолаш, уларни болалардаги жисмоний ва руҳий-неврологик реабилитация ва реабилитация самарадорлигини асослашдан иборат. Марказий асаб тизимини перинатал шикастланишли беморларни реабилитациясиз ва узлуксиз реабилитация билан даволаш натижаларини қиёслаш ҳамда марказий асаб тизимини перинатал шикастланишли болаларда ташхислаш алгоритми, даволаш усулини танлаш ва узлуксиз реабилитация тактикасини ишлаб чиқиш алоҳида аҳамият касб этади.

Мамлакатимиз тиббиёт соҳасини ривожлантириш тиббий тизимни жаҳон андозалари талабларига мослаштириш, атроф-муҳитни ҳимоя қилиш, аҳолининг турли қатламлари болалар орасида соматик ва юқумли касалликларни олдини олиш бўйича кенг қамровли чора-тадбирлар амалга оширилмоқда. Бу борада «...мамлакатимизда аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдамнинг самарадорлиги, сифати ва оммабоплигини ошириш, шунингдек, касалликларни эрта ташхислаш ва даволашнинг юқори технологик усулларини жорий қилиш, патронаж хизматини яратиш орқали, соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватлаш ва касалликларни олдини олиш...»² каби вазифалари белгиланган. Ушбу вазифалар болалар орасида турли омиллар

¹World Health Organization – Cancer Country Profiles, 2018

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

таъсирида касаликларни камайтириш, марказий асаб системасининг перинатал зарарланиши бўлган болаларда касалликларни камайтириш, болалар орасида профилактик чора-тадбирларни ишлаб чиқишда замонавий технологияларни қўллашни такомиллаштириш орқали марказий асаб тизимининг зарарланиши натижасидаги ногиронлик ва ўлим кўрсаткичини камайтириш имконини беради.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги Фармони, 2017 йил 20 июндаги ПҚ-3071-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017–2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги, 2014 йил 1 августдаги ПҚ-2221-сон «Ўзбекистонда оналар, болалар ва ўсмирлар соғлиғини муҳофаза қилиш бўйича 2014-2018 йилларга мўлжалланган Давлат дастури» Қарорлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

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

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Дунё ҳамжамиятида сўнгги ўн йилликларда МАТ ПШнинг турли аспектига бағишланган кўп сонли тадқиқотлар ўтказилган ҳамда ташхислаш ва даволашнинг янги усуллари кенг қўлами таклиф этилди (Шамансуров Ш.Ш., Сохиева Н.Е., 2010; Brigitte Vollmer., 2017). Жумладан ташхислаш, оғирлик даражасини ўрнатиш ҳолати бўйича маълумотлилик, шунингдек реабилитацион даволаш тактикасини танлаб олишга нисбатан кўплаб саволлар бўйича қарама қарши фикрлар мавжуддир (Медведев М.И., 2011; Kasdorf E, Perlman JM., 2012).

МАТ ПШни даволаш ва ташхислашнинг такомиллаштирилган усуллари қўллаш кетма-кетлиги ишлаб чиқилган (Кореновский Ю.В., Ельчанинова С.А., 2012; Titomanlio L. 2015). Ёшидан қатъий назар, ҳаракат бузилишининг синдромлари пайдо бўлиши частотаси, қоринчаларнинг постгипоксик кенгайиши, вегетатив-висцерал дисфункциялар, нейро-рефлекс қўзғалувчанлиги ва психомотор ривожланишнинг кечикиши марказий асаб тизимининг шикастланиши ошиши билан авж олиши аниқланган (Красноруцкая О.Н., Леднева В.С., 2018).

Хозирги даврда МАТ ПШдаги даволаш-ташхислаш тактикаси замонавий болалар неврологиясида энг долзарб ва охиригача хал этилмаган муаммолардан бири бўлиб ҳисобланади (Халимбетов Г.С., 2018, Джаксыбаева А., 2018). Катта ва кичик неврологик бузилишлар, психомотор ривожланишнинг орқада қолишига олиб келиб, боланинг ҳаёт сифати ёмонлашади, шунингдек, жамият учун сезиларли тиббий ва ижтимоий зарар етказиши кўрсатилган (Шамансуров Ш.Ш., 2010).

Қониқарсиз яқунларнинг сезиларли фоизи, касаллик босқичи ва

шикастланиш турини ҳисобга олган ҳолда даволашни оптимал усулини танлаб олишни мавжуд эмаслиги, бу соҳада келгусида изланишлар олиб боришга сабаб бўлади. Юқорида келтирилганлар болалар неврологик амалиётига МАТ ПШ ни ташхислаш ва реабилитацион даволашга оптимал ёндошувларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш заруриятини тақазо қилади.

Диссертация тадқиқотнинг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Самарқанд давлат тиббиёт институтининг илмий-тадқиқот ишлари режасига мувофиқ «Болалар асаб тизими шикастланишларини клиник ўзига хосликлари ва уларни коррекция қилиш йўллари» мавзуси доирасида (2014-2018) бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади: гипоксик генезли марказий асаб тизимини перинатал шикастланган эрта ёшли болаларда клиник-неврологик оқибатларини баҳолаш, ташхислаш ва реабилитация тизимини такомиллаштиришдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

гипоксик генезли марказий асаб тизимини перинатал шикастланиши билан туғилган чақалоқларда ҳавф омилларини, клиник-неврологик ривожланишнинг ўзига хосликларини ва ташхисий текширишларнинг оптимал ҳажмини белгилаш;

гипоксик генезли марказий асаб тизимини перинатал шикастланишли болаларда ретикулоцитлар морфометрияси (RTC) ва қон зардобида гипоксия-индуцирланган омил (HIF-1 α) миқдорини ўрганиш ва натижаларни клиник шакллар билан қиёслаш;

болаларни ижтимоий мослаштириш марказининг Самарқанд ҳудудий филиали (БИМРМСФ) шароитида болалардаги жисмоний ва рухий – неврологик реабилитация ва реабилитация самарадорлигини аниқлаш;

марказий асаб тизимини перинатал шикастланишли беморларни реабилитациясиз ва узлукли реабилитация билан даволаш натижаларини қиёслаш;

марказий асаб тизимини перинатал шикастланишли болаларда ташхислаш алгоритми, даволаш усулини танлаш ва узлуксиз реабилитация тактикасини ишлаб чиқиш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида гипоксик генезли марказий асаб тизимини перинатал шикастланишибўлган 266 нафар янги туғилган чақалоқлар, назорат гуруҳи (НГ) бўлиб, патологиясиз туғилган 30 нафар янги туғилган чақалоқлар олинган.

Тадқиқотнинг предмети сифатида веноз қони, бурун ва бўғиздан суртма, шунингдек неврологик статуснинг комплекс текшируви, функционал текширувлар ташкил қилди.

Тадқиқотнинг усуллари. диссертация ишида клиник-неврологик текширишлар, лаборатория тадқиқотлари, гематологик, иммунологик, психомотор ривожланишни баҳолаш тестларива статистик тадқиқот усулларидадан фойдаланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

илк бор мойиллик ва кўзгатувчи омилларни ҳисобга олган ҳолда чақалоқларда марказий асаб тизими перинатал зарарланишининг ривожланиш хавфи предикторлари аниқланган;

илк бор марказий асаб тизимининг перинатал зарарланиши бўлган болалар қон зардобадаги транскрипцион бошқарув оқсили HIF-1 α гипоксия даражасини эрта баҳолаш биомаркери бўлиши аниқланган;

чақалоқлардаги марказий асаб тизимини перинатал шикастланишида гипоксия ҳолатини эрта баҳолашда RTC морфометрия қўллаш илк бор таклиф этилган;

марказий асаб тизимининг перинатал зарарланиши бўлган болаларда DDST шкаласи бўйича болаларнинг ривожланиши ва тузилмавий бузилишлар орасида узвий боғлиқлик аниқланган;

чақалоқларда ижтимоий мослашиш бўйича усуллар киритилган ҳолда, марказий асаб тизимининг перинатал зарарланишини эрта ташхислаш, даволаш ва узлуксиз реабилитация кетма-кетлиги таклиф этилган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

марказий асаб тизимини перинатал шикастланишли болаларни эрта аниқлаш ва ижтимоий мослашиш бўйича мутахассислар- реабилитолог, эрготерапевт, психологларни эрта аралашини, чуқур ногиронликни камайтириш билан психологик ва неврологик етишмовчилик, жисмоний тикланиш учун болаларни ўз вақтида даволаш ва реабилитациясига таъсир этиши ва болаларни ҳаёт шароитига мослашини учун амалий жиҳатдан ёндошув бўлиши мумкин.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги ишда қўлланилган ёндашув ва усуллар, олиб борилган тадқиқотларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, етарли даражада беморлар танланганлиги, қўлланилган усулларнинг замонавийлиги бири иккинчисини тўлдирадиган клиник, гематологик, иммунологик, психомотор ривожланишни баҳолаш тестларива статистик ёрдамида марказий асаб системасининг перинатал зарарланиши бўлган болаларда даволаш-диагностик ва реабилитацион тактикани комплекс баҳолашнинг хусусиятли қонуниятлари асосида турли усулларни қўлланилгани, ҳулоса ва олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқлангани билан асосланган.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти марказий асаб тизимини перинатал шикастланишнинг ташхислаш, даволаш ва реабилитацион тактикасининг ўзига хосликларини аниқлаш, гипоксияга организмни мослашини молекуляр механизмлари тўғрисидаги билимларни кенгайтирди, кислородли сенсорланинг табиати аниқлаштирилди, улар хужайрадаги асосий транскрипцион бошқарув оқсили HIF-1 α да кислород концентрациясини ўзгарини тўғрисидаги маълумотларни узатиш, марказий асаб тизимини перинатал шикастланишда ташхислаш ва реабилитацион ёндошувлар таклиф этилганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти юритиш тактикаси бўйича алгоритмни ишлаб чиқиш ва тикловчи тиббиёт билан биргаликда

БИМРМСФнинг амалий ишига жорий этишдан иборат бўлиб, улар касаллик якунини яхшилашга имкон бериши, қон зардобда ретикулоцитлар морфометрияси ва HIF-1 α ларни текширишни киритиш йўли билан марказий асаб тизимини перинатал шикастланишни ташхислаш такомиллаштириш билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Марказий асаб тизимининг перинатал зарарланиши бўлган болаларда даволаш-диагностик ва реабилитацион тактикани комплекс баҳолашни такомиллаштириш бўйича олинган илмий натижалар асосида:

«Фебрил тутқаноғи бўлган болаларни юритиш тактикасини танлаб олиш ва тактикаси учун дастур» номли услубий тавсияномаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2019 йил 13 ноябридаги 8н-д/332-сон маълумотномаси). Мазкур дастурни жорий этилиши марказий асаб тизимининг перинатал зарарланиши бўлган болаларни даволаш-ташхислаш жараёнларини ҳисобга олиш ва мониторинг қилишни ўтказиш ва самарали даволаш тизимини ишлаб чиқиш имконини берган;

«Асаб тизимида перинатал шикастланиши бўлган чақалоқларни юритиш алгоритми» услубий тавсияномаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2019 йил 13 ноябридаги 8н-д/332-сон маълумотномаси). Мазкур услубий тавсиянома гипоксия-ишемик генезли марказий асаб тизимининг перинатал зарарланиши юритиш бўйича биринчи бўғин врачлари учун керакли ташхисот ва даволаш имконини берган;

марказий асаб тизимининг перинатал зарарланиши бўлган болаларда даволаш-диагностик ва реабилитацион тактикани қўллаш бўйича олинган илмий натижалар соғлиқни сақлаш амалиётига, жумладан, Самарқанд давлат тиббиёт институти биринчи ва иккинчи клиникаси, Самарқанд вилояти болалар қўп тармоқли тиббиёт марказлари амалиётларига тадбиқ этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2020 йил 11 июндаги 8н-з/50-сон маълумотномаси). Олинган илмий натижаларнинг амалиётга жорий қилиниши чақалоқларда марказий асаб тизимининг перинатал зарарланиши бўлган болаларда даволаш-диагностик ва реабилитацион тактикасини оптималлаштириш, асоратлар ривожланиш хавфини ва болалардаги ногиронлик даражасини пасайтириш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 10 та илмий-амалий анжуманда, жумладан, 5 та халқаро ва 5 та республика анжуманларида муҳокомадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 32 та илмий иш чоп этилган бўлиб, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссияси томонидан фалсафа доктори диссертациялари асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 7 та мақола, жумладан, 5 таси республика ва 2 таси хорижий журналларда нашр этилган.

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

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

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

Диссертациянинг «**Марказий асаб тизими перинатал шикастланиш масалаларининг замонавий ҳолати, эрта ёшдаги болаларнинг реабилитацияси ва даволаш тактикаси (адабиётлар таҳлили)**» деб номланган биринчи бобида мазкур патологияга шунингдек, чақалоқлардаги асаб тизими перинатал шикастланишини эпидемиологик, патогенетик аспектларига бағишланган назарий қарашлар таҳлил қилинган ва тадқиқотлар тизимлаштирилган. Чақалоқлардаги марказий асаб тизими перинатал шикастланишида гипоксия даражасини аниқлашга янги ёндошувлар ўрганилган. Марказий асаб тизими перинатал шикастланиши бўлган янги туғилган чақалоқ болаларни абилитация ва реабилитация усулларига замонавий ёндошувлар таҳлил қилинган, шунингдек ушбу муаммонинг ҳал этилмаган ёки аниқлаштиришни талаб этадиган аспекти белгиланган.

Диссертациянинг «**Марказий асаб системасининг перинатал зарарланиши бўлган болаларда даволаш-диагностик ва реабилитацион тактикани комплекс баҳолаш усуллари ва клиник материаллари**» деб номланган иккинчи бобида тадқиқотнинг асосий материаллари ва усуллари келтирилган. Тадқиқотда 2018 -2019 йиллар давомида гипоксик генезли МАТ ПШли 226 нафар янги туғилган чақалоқ болаларни клиник-лаборатор текширишга асосланган.

Илмий иш 226 нафар янги туғилган чақалоқ болаларни динамик про – ва ретроспектив текшириш натижаларини ўрганишга асослангандир. Кузатилган беморлар орасида ўғил болалар 144 (54,14%) нафарни, қиз болалар – 122 (45,86%) нафарни ташкил этди. Тадқиқотлар 5-7 кун, 3,6,9 ва 12 ой ёш даврларида ўтказилди.

Тадқиқотга киритиш ва чиқариш учун қуйидаги мезонлар танлаб олинди: **Киритиш мезонлари:** гипоксик генезли МАТ ПШ ташхисини мавжудлиги; болаларни илмий тадқиқотда иштирок этиши учун ота-оналарининг ёзма равишда берган розилиги. **Чиқариш мезонлари:** гестация муддати 28 ҳафтадан кам бўлган муддатидан олдин туғилган чақалоқлар; оғир генетик касаллиги бўлган болалар; ўткир юқумли –яллиғланиш касалликларини мавжудлиги.

Текширилган беморлар жинс ва ёш бўйича репрезентив бўлган икки гуруҳга ажратилди:

Асосий гуруҳни (АГ) гипоксик генезли МАТ ПШ ташхиси билан верификациялаган 161 нафар янги туғилган чақалоқлар ташкил этди.

Перинатал шикастланишнинг оғирлик даражасига боғлиқ холда: енгил даражаси гипоксик генезли МАТ ПШ ли чақалоқ беморларнинг 81 (50,3%) нафарида, ўртача оғирлик даражаси -65 (40,4%) нафарида, оғир даражаси—15 (9,3%) нафар чақалоқларда кузатилди;

Қиёсий гуруҳ (ҚГ) 105 нафар болани ўз ичига олди, бунда беморнинг стационар тиббий картасини архив маълумотлари асосида ретроспектив усулда боланинг чақалоқлик давридан бир ёшгача бўлган даври ўрганилди, бу ерда: енгил даража билан гипоксик генезли МАТ ПШли 54 (51,4%) нафар янги туғилган чақалоқ беморлар; ўртача оғирлик даража билан -42 (40,0%) нафар беморлар, оғир даража билан -9 (8,6%) нафар янги туғилган чақалоқлар бўлди;

Назорат сифатида 30 нафар амалий соғлом янги туғилган чақалоқларни текшириш натижасида олинган HIF-1 α ва RTC морфометрия текшириш маълумотларидан фойдаланилди.

Тадқиқотлар икки босқичга бўлинди: ретроспектив ва проспектив. Тадқиқотнинг ретроспектив босқич жараёнида болаларни реабилитация чора тадбирларисиз, фақат амбулатор-стационар шароитида (дори воситалари билан) даволашнинг таҳлили ўтказилди. Проспектив тадқиқот босқичида эса болаларда стационар даволашни БИМРМСФ даги реабилитация мажмуси билан бирга олиб борилиши ўрганилди.

Диссертациянинг «Гипоксик генезли марказий асаб тизими перинатал шикастланиши бўлган чақалоқларда нейрофизиологик ривожланишнинг ўзига хосликлари» деб номланган учинчи бобидачақалоқларда МАТ ПШ ривожланишини ҳавф омилларини аниқлаш муҳим клиник масала бўлиб ҳисобланади. Уни хал этилиши МАТ ПШли чақалоқларни даволашни мос тактикасни танлашни ўз вақтида белгилашга имкон беради.

МАТ ПШ ривожланиш ҳавф омилларини тадқиқ қилиш учун МАТ ПШ ташхиси қўйилган 226 нафар чақалоқларнинг ва «мойил» ҳамда «қўзғатувчи» омилларни аниқлашга сосланган 30 нафар соғлом болаларнинг касаллик тарихини ўрганиш бажарилди.

Шундай қилиб, чақалоқларда «мойил» ва «қўзғатувчи» омилларни учраш сонини ўрганиш асосида бизлар томонимиздан перинатал гипоксиянинг ривожланиш ҳавф омиллари ҳисоблаб чиқилди.

Барча омиллар учун «ф» белгиси 0,006 дан 0,499 гача бўлган кўрсаткичларни олди, корреляция коэффицентининг замонавий градация белгиларига мос холда, $\geq 0,25$ белгиси белгилар ўртасидаг ўртача корреляция тўғрисида гапиришга имкон беради. Маълумотларни ҳисобга олган холда «ф» белгисини шартли «кучсиз», шартли «ўртача» ва шартли «кучли» омилларга ажратиш бажарилди: 0,006 дан 0,139 гача – «кучсиз» омиллар, 0,140 дан 0,289 гача – «ўртача» омиллар, 0,290 дан 0,499 гача – «кучли» омиллар.

Чақалоқларда МАТ ПШни ривожланишида юзага келиши мумкин бўлган ҳавф омилларини ўрганишда ўтказилган таҳлил натижасида ўрнатилдики, МАТ ПШни ривожланишига таъсир кўрсатувчи, энг кўп намоён бўлган шартли кучли омил бўлиб куйидагилар ҳисобланди: камқонлик ($\phi=0,336$), онанинг 2 ва ундар ортиқ соматик касалликлари ($\phi=0,336$), онанинг ёшини > 31

ёшдан юқорилиги ($\varphi=0,391$), ҳомиладорлик вақтидаги токсикозлар ($\varphi=0,426$), ҳомиладорлик вақтидаги ўткир яллиғланиш касалликлари ($\varphi=0,499$).

Шундай қилиб, юқорида келтирилган ҳавф омиллари ($n=39$), ҳар бир аниқ ҳолатда уларнинг мавжудлигига боғлиқ ҳолда кейинчалик ўртача арифметик қийматни ҳисоблаш учун жамланади.

Диссертациянинг «Марказий асаб тизими перинатал шикастланиши бўлган болаларда мажмуавий даволаш-ташхислаш ва реабилитацион тактиканинг самарадорлиги» деб номланган тўртинчи бобидакуйидагилар баён этилган. Узлуксиз реабилитацион чора-тадбирлар мажмуаси БИМРМСФда олиб борилди, бу ерда ҳар бир бола учун «Боланинг ижтимоий мослашишини шахсий кундалиги» юритилди. Йўналтирилган ташхисга қарамасдан, реабилитацияни индивидуал мослашиш дастурини тазишда қуйидаги мутахассислар иштирок этди: педиатр, невролог, функционал ташхислаш ходими, физиотерапевт, ДЖТ мутахассиси, рухшунос, бошқа мутахассислар (ортопед, кардиолог, окулист, сурдолог). Боланинг кучли ва кучсиз томонларини SWOT-таҳлили ўтказилди. Айниқса бальнео, иссиқлик билан даволаш, рухшунос-педагогик коррекция қилиш ва бошқалар, рационал овқатланиш бўйича тавсияларга алоҳида эътибор қаратилди.

Бир қатор ҳолатларда гипоксик генезли МАТ ПШ ни умум қабул қилинган стандарт дори воситалари билан даволашда самаранинг мавжуд эмаслиги эрта ногиронлик сабаби бўлиб ҳисобланади. Олиб боргантадқиқотларимизнинг махсуслигини ҳисобга олган ҳолда БИМРМСФ да қўлланилган усулларни ўрганишни ўтказдик, сўнгра марказнинг реабилитацион чора тадбирлари мажмуасида бизларга Войт бўйича рефлексор локамациясини қўллаш таклиф этилди ва жорий қилинди. МАТ ПШли ва мотор бузилишлари бўлган болалардаги рефлексор локомоцияси элементар ҳаракат схемасини тиклайди, яъни улар яна бажариладиган бўлади. Войт бўйича рефлексор локомоцияси «рефлексоген» йўл билан фаоллашади. Рефлексор локомоцияси сўз бирлигидаги «Рефлекс» нейрон бошқарувининг турини билдирмайди, балки маълум зоналар бўйича уларга нисбатан доим мустақил равишда юзага келадиган ҳаракат реакциялари билан терапевтик мақсадда ташқи таъсирланиш билан қўлланилишга таълуқли бўлади.

Мазкур вазиятда марказдаги реабилитация дастури ҳаракат малака, кўникма ва жисмоний сифатларни шакллантиришни яхшилаш мақсадида давловчи жисмоний тарбиянинг фитбол (football, копток билан ўйнаш), Монтессори усули, бссейнда сузиш, куёш нурларида чиникиш каби янада мураккаб турларини кўзда тутуди.

Ёш, ижтимоий мослашиш динамикаси ва психомотор ривожланишни индивидуал ҳисобга олган ҳолда ҳаракатли ва сюжетли ўйинлар сифатида («Асалари», «Тулки ва куёнчалар», «Ўрдак-оққушлар») жисмоний тарбия чора тадбирлари, машқларни мусиқа остида бажариш; уқалаш, даволовчи гимнастика каби муолажалар киритилди.

Войт бўйича даволаш ўтказиш учун қарши кўрсатмалар бўлиб қуйидагилар хизмат қилди: боланинг ўта оғир умумий ҳолати; юқумли-яллиғланиш касаллигининг ўткир фазаси; оғир даражадаги камқонлик;

терининг кенг тарқалган касалликлари(экзема, пиодермия); ковокларни ривожланувчи осилиб қолиши; болани ирсий патология билан туғилиши ва МАТ ҳамда бошқа органларни ривожланишидаги аномалиялар. Баъзи ҳолатларда махсус ихтисосликка эга бўлган мутахассислар: эндокринолог, пульмонолог, кардиолог, оториноларинголог, дерматолог, аллерголог, диетологнинг маслаҳатлари талаб этилди.

Олинган натижалар асосида МАТ ПШ нинг оғирлик даражаси билан мос ҳолдаги перинатал гипоксияли болаларни эрта ташхислаш ва юритиш тактикасининг алгоритми ва касаллик даврига боғлиқ ҳолда тавсия этиладиган юритиш тактикаси ишлаб чиқилди.

Юритиш тактикаси ва тиббий воситаларни танлаб олиш текширилаётган болалардаги перинатал патологияни оғирлик даражасига боғлиқ бўлди.

Диссертациянинг «Текшириш динамикасида ўтказиладиган даволаш самарадорлиги»деб номланган бешинчи бобида неврологик нуқсонни шаклланиш даврида болаларни текшириш, болаларда неврологик ўзгаришларни кўп қирраличилигини аниқлади, бу енгил ва ўртача оғирликдаги даражага нисбатан солиштирилганда оғир даражани ишончли равишда юқори эканлигини аниқлади. (критик ҳолат $\chi^2 = 18,475$; $p < 0,01$).

МАТ ПШли беморлардаги барча синдромлар ичида ($n=161$)қуйидагилар энг кўп аниқланади: вегетатив-висцерал бузилишлар - 46,58% (енгил даража - 32,1%, ўртача оғирликдаги даража - 52,31% ва оғир даража - 100,0%), тутқаноқли – 40,37% (23,46%, 53,85% ва 73,3% мос ҳолда), туғма гипотонус – 37,89% (23,46%, 43,08% ва 93,3% мос ҳолда) вацеребрал кўзғалишли – 31,68% (16,05%, 40,0%.80,0% га мос ҳолда). Қолган синдромлар оғирликнинг барча даражаларида нисбатан кам учради.

МАТ ПШ нинг енгил даражаси бўлган болаларда учраш сони бўйича бринчи ўринда СВВР -32,1% ҳолатлардааниқланди, иккинчи ўринда, ҳар бир ҳолат 23,46% дан бўлган тутқаноқ ва гипотонус синдроми, учинчи ўринда 16,05% билан церебрал кўзғалувчанлик синдроми (ЦҚС), туғма гипотонус 14,81% ҳолатларда учради, мушак тонусининг бошқа бузилишлари -4,94% ҳолатларда ликвор-қон томир дистензияси (чанок ичи гипертензияси) -3,7% учради. Церебрал депрессия синдроми (ЦДС) қайд этилмади.

МАТ ПШнинг ўртача оғирлик даражасида тутқаноқ - 53,85%, вегетатив-висцерал бузилишлар - 52,31%, туғма гипотонус - 43,08%, церебрал кўзғалувчанлик - 40,0%, туғма гипертонус - 32,31%, ликвор-қон томир дистензияси (чанок ичи гипертензияси) - 21,54%, мушак тонусининг бошқа бузилишлари - 13,85%, церебрал депрессия - 12,31% кузатилди.

Мия гипоксиясининг оғир даражаси қуйидагиларни кўрсатди - вегетатив-висцерал бузилишлар - 100,0%, туғма гипотонус - 93,3%, ЦҚС - 80,0%, ликвор-қон томир дистензия синдроми(чанок ичи гипертензия) - 80,0%, тутқаноқсиндроми - 73,3% холада, шунингдек мушак тонусининг бошқа бузилишлари - 60,0%, СЦД - 46,67%, ва туғма гипертонус - 40,0% ҳолатларда кузатилди .

Энг яхши натижалар ҳаётининг 3 ойида вегетатив-висцерал расстройств 39,75% (25,93%, 44,61% ва 93,33%), туғма гипотонус 36,65% (22,22%, 41,54%

ва 93,33%) ва тутқанок 34,16% (19,75%, 46,15% ва 60,0%) ўзгаришларида олинди.

Ўтказилган даволаш ва реабилитацион чора тадбирлар жараёнида болалар ҳаётининг 3 ойига келиб СВВРнинг ўзгаришларида 32,1% дан 25,93% гача, туғма гипотонус 23,46% дан 22,22% гача, тутқанок синдроми 23,46% дан 19,75% гача, ЦҚС 16,05% дан 13,58% гача, туғма гипертонус 14,81% дан 9,88% гача, мушак тонусининг бошқа бузилишлари - 4,94%, ликвор-қон томир дистензии синдроми ЛҚДС (чанок ичи гипертензияси) - 3,7% мувоффақиятларга эришилди.

Перинатал гипоксиянинг ўртача оғирликдаги даражаси тутқанок синдромини 53,85% дан 46,15% гача, СВВРни 52,31% дан 44,61% гача, туғма гипотонусни 43,08% дан 41,54% гача пасайишини, шунингдек ЦҚА ўрсаткичларини 40,0% дан 30,77% гача, туғма гипертонусни 32,31% дан 26,15% гача, ЛҚДС (чанок ичи гипертензияси) 21,54% дан 20,0% гача, мушак тонусининг бошқа бузилишларини 13,85% ва СЦДни 12,31% дан 10,77% гача холатларини ишончли равишда пасайишини кўрсатди.

Оғир даража унча сезиларсиз аммо аҳамиятли динамикани кўрсатди, ЦҚС кўрсаткичлар 80,0% дан 73,33% гача пасайиши кўрсатди, унга мос холда СЦД 46,67% дан 40,0% гача каммйди, СВВР 100,0% дан 93,33% гача, тутқанок синдроми 73,3% дан 60,0% гача камайди, ЛҚДС ва (чанок ичи гипертензияси) - 80,0%, туғма гипертонус синдроми 40,0% дан 26,67% гача, туғма гипотонус 93,3% гача, шунингдек мушак тонусининг бошқа бузилишлари 60,0% га камайди.

6 ойлик ёшга етганда натижалар қуйидагича бўлди: тутқанок синдроми 21,12%, СВД - 19,88% натижани кўрсатди. Эмоционал-хулқий бузилишлар соҳасида барча гуруҳда натижалар - 14,29% ва психомотор ривожланиш босқичларини тутилиши - 9,94% натижани кўрсатди. Симптоматик гидроцефалия синдромида барча босқичларда кўрсаткичлар сони - 6,21% га камайди, парасомния 4,35% га пасайди. Рухий-нутқий ривожланишни бузилишини таҳлил қилиш ўртача оғирликдаги ва оғир даражали гуруҳларда кўрсаткичларни амалий жиҳатдан бир хилда тақсимланишини (3,73%) кўрсатди. Бунда мотор ривожланишнинг бузилиши - 3,11% холатда қайд этилган бўлса, тутқаноксиз пароксизмлар эса 6 ойлик ёшга келиб, - 2,48% ни ташкил этди.

Чанок ичи гипертензияси синдроми ва кейинчалик симптоматик гидроцефалия 9 ойликкача бўлган болаларда аниқланди. У 28,21% болаларда кузатилди. Шундай қилиб, гипоксик генезли МАТ ПШли болалардан олинган якуний натижаларни таҳлил қилиш кўрсатдики, болалар ҳаётининг 12 ойигача ижобий динамика кузатилди: 6 ойга келиб, чанок ичи гипертензияси билан бўлган болалар сони 18% гача камайди ($p < 0,05$), 6 ойдан 9 ойгача бўлганларда эса 4,9% пасайди ($p < 0,05$). 1 ёшга келиб чанок ичи гипертензияси АГли болаларда аниқланмади.

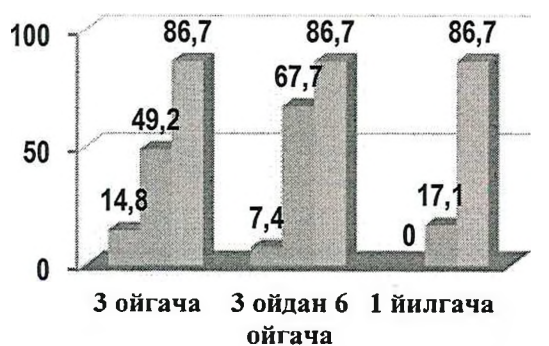
Чанок ичи гипертензиясини мушак гипотонияси билан бирга келиши 3 ойдан 9 ойгача бўлган болаларда АГда кузатилди. 3 ойда бундай болалар 17,4%, 6 ойда уларнинг сони 4,5% гача ($p < 0,01$) камайди, 12 ойга келиб, бундай

бирга келиш фақат 1 нафар болада аниқланди, бу эса бизлар олиб борган даволашнинг яхши самара берганлигини кўрсатади. Бир нафар болада бошқа синдромларни бирга келиши фақат якка холда учради.

Гидроцефал синдроми 3 ойга келиб 9,8%ни ташкил этди. 1 ёшга келиб гидроцефал синдромини бирга келиши - 0,9 % ($p < 0,01$) бўлди. Текширилган болаларда 3 ойликдан бошлаб СПНРВ аниқланади, 3 ойдан сўнг 9,8% болаларда кузатилади ва МАТ ПШнинг оғир даражаси билан туғилган 2,1% болаларда 12 ойликкача аниқлада давом этади. СПНРВга патогенези ва клиник намоеън бўлиш тавсифи бўйича яқин бўлиб гиперкинетик (гипердинамик) синдром ёки гиперфаоллик билан диққатни етишмаслик синдроми ҳисобланади. Бу ерда натижа қуйидагича бўлди: 3 ойлик ёшдаги гидроцефал-гипертензион синдромнинг оғир даражаси билан оғриган МАТ ПШли 12 нафар беморнинг 6 нафариди ижобий динамика аниқланмади бир йил ўтиб эса кўрсаткичлар 1 га яқинлашди.

Аффеktiv-респиратор пароксизм 3 ойлик 3 нафар болада ва 6 ойлик 1 нафар болада аниқланди, 1 ёшга келиб эса бундай синдром учрамади. Умуман кўзнинг ғилайлиги бир неча беморларда аниқланди (3 ва 6 ойлик болаларнинг бир нафариди кузатилди –барча болаларда бу МАТнинг бошқа шикастланиш синдромлари (пирамида етишмовчилиги, диффуз мушак гипотонияси) билан биргаликда аниқланди. Текширилган болалар орасида тутқаноқ синдроми билан икки нафар бола аниқланди. Уларда тутқаноқ 9 ойлик ёшида ўртача оғирлик даражасидаги гипоксия ўтказилгандан сўнг ва 1 ёшида фебрил ҳолат фонидидаги оғир даража натижасида юзага келди.

1 ва 2 расмда НПРда болаларни ортда қолиш динамикаси тақдим этилган.



■ Энгил даража ■ Ўртача даража ■ Оғир

1-расм. НПР болаларини ортда қолиш динамикаси



■ Энгил даража ■ Ўртача даража ■ Оғир

2-расм. Болалардаги нутқни ривожланишини ортда қолиш динамикаси

АГ болаларида руҳий ҳолат ва ҳаракат бузилишларини янада аниқ баҳолаш мақсадида, бизлар болаларда олиб борилаётган кузатишлар даврида йилда 4 марта динамикада DDST шкаласи бўйича баҳоладик. Яъни тест нафақат ривожланишдаги бузилишларни аниқлашга, балки ривожланишдаги ортда қолишларни намоеън бўлиши (кўпол ёки ўртача) даражасини белгилашга ҳам имкон беради, шунинг учун DDSTердамида ўтказилган реабилитацион

чора тадбирларни самарадорлигини баҳолаш ва НПП кўрсаткичларини ривожланиш динамикасини белгилаш осондир.

Ҳаракат кўникмаларини тадқиқ қилишни умумий ҳаракатларни баҳолашдан бошланади. Бизлар томонимиздан қўлланилган DDSTшкаласида кўпол мотор кўникмалари болалар ҳаётининг 1 кунидан то 1 ёшгача бўлган вақт оралиғида баҳоланади. Бизлар томонимизда текширилган болаларда умумий ҳаракатлар 3 ойликкача бўлган ёшдан бошлаб тадқиқ қилинди. Аниқландики, 3-ойликка келиб бошқа кўрсаткичлар билан солиштирилганда НПП энг суст даражада ривожланган бўлди. 3 ойликка келиб кўпол моториканинг меъёрида ривожланиши фақат 44,6% болаларда кузатилди.

Умумий ҳаракатларнинг паст даражаси 6 ойликка келиб кузатилди. 6 ойликдан сўнг ва 1 ёшгача кўпол моториканинг шаклланишини турғун яхшиланиши қайд этилди. Мазкур тест натижалари бўйича туғилганидан МАТ ПШ билан оғриган болаларнинг кўпол мотор кўникмалар 14,8% беморларда «меъерий» ва 72,8% беморларда «шубҳали» деб баҳоланди, 3 ойликка келиб, кўпол моториканинг бузилиши 19,8% гача тушиб кетди. Дастлабки натижа билан солиштирилганда (1 ойгача) кўпол моториканинг энг маҳсулдор юзага келиш даври 6 ойдан 9 ойгача ва 1 ёшгача бўлган вақт оралиғи бўлди, бу даврда кўпол моторикани ривожланиш даражасини ишончли ортиши қайд этилди. 1 ёшга келиб 91% болалар умумий ҳаракатланишнинг меъерий ривожланишига эга бўлдилар.

Шкала бўйича майда моторика 3 ойликдан бошлаб баҳоланди. 6 ойликдан бошлаб кўникма «кўлни ҳаракатланиши ва буюмлар билан ҳаракатланиш» деб номланса, 9-12 ойга келиб, «буюмлар билан ҳаракатланиш» деб номланади. Бир ёшгача ва бир ёшдан сўнг ривожланишнинг мазкур йўналишини «буюмлар билан ҳаракатланиш ва ўйинлар» кўникмаси бўйича назорат қилиш мумкин, бу динамикада кўникмаларни шаклланишини баҳолаш учун зарурдир. 3 ойда майда моторика, кўпол моторикага нисбатан яхши ривожланди, шунингдек гарчи меъерий ривожланиш кўрсаткичлари паст бўлди- фақат 60,95% болаларда кўллар ҳаракатланишини ривожланиш даражаси ёш талабларига мос бўлди. 6 ойда майда моторикани ривожланиш даражасини ишончли, жуда сезиларли ортиши қайд этилди, бу 9 ойгача сақланиб қолди. Кейинчалик, ҳаётининг 1 йилига келиб кўллар ҳаракатланишини ривожланишининг ҳаёт кўрсаткичи яхшиланди.

DDSTшкаласи бўйича рухий-нутқий соҳадаги текширишларда нутқ функциясини баҳолаш айниқса муҳим бўлиб ҳисобланади, у «нутқни тушуниш» ва «фаол сўзлашиш» кўрсаткичлари ёрдамида баҳоланади. Бизлар сўзни тушунишни 4 ойликдан 1 ёшгача бўлган даврда баҳоладик. Фаол сўзлашиш ҳаётнинг 6 ойлигидан баҳоланди. 6 ойликдан 11 ойликкача бўлган давр бу «фаол сўзлашиш ривожланишининг тайёргарлик босқичлари». 6 ойликдан бошлаб фаол сўзлашишни ривожланиши 82,0% болаларда ёш талабларига мос бўлди. Гарчи сўзлашишни тушуниш ва фаол сўзлашиш ўртасида яқин алоқа мавжуд бўлсада, шуни таъкидлаш лозимки текширилган болаларда фаол сўзлашишни шаклланиши фақат сўзлашишни тушунишни шаклланишига боғлиқ бўлмади. Нутқни тушунишни ривожланишини етарли

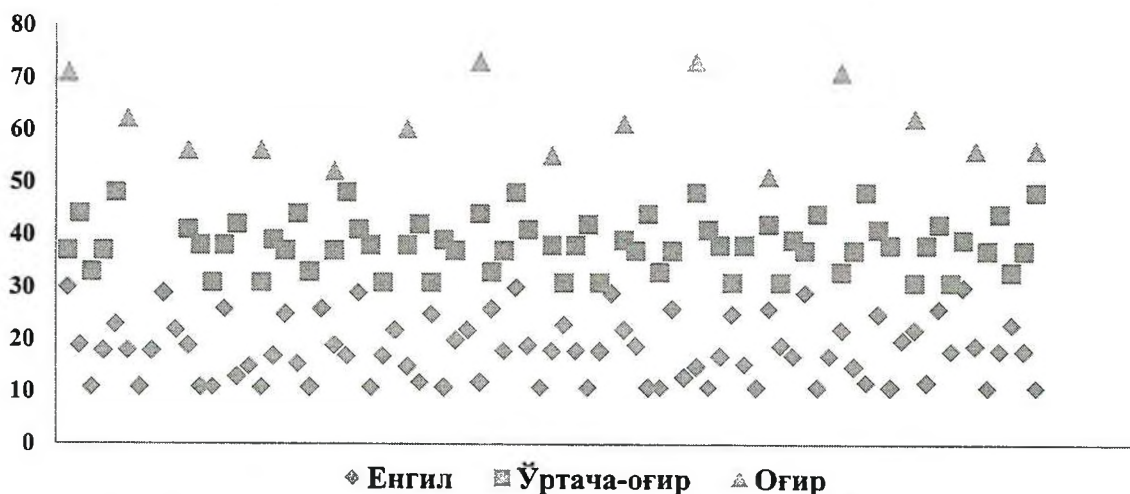
бўлмаслиги, сенсор ривожланишнинг куйидаги кўриб чиқиладиган кўникмаларини шаклланишида акс этди, яъни конструктив, тасвирий фаолият ва ижтимоий мослашиш.

НПРни баҳолашни тўлақонлилиги учун боланинг «ижтимоий хулқи» кўрсаткичларини текшириш зарур. Текширилган АГдаги 73,1% болалар «ижтимоий хулқда» ҳеч қандай қийинчиликларни хис этмадилар. Бизлар томонимиздан текширилган болалар орасида шундай беморлар бор эдики, уларнинг НПРси қўлланилган шкала талабларига тўлиқ мос келади. Бундай болалар сони ҳаётининг биринчи йилида унча юқори бўлмади.

Шундай қилиб, МАТ ПШ ўтказган НПР болаларида айниқса бузилишларнинг йиғинди миқдорини ҳисобга олсак (61 - 91,5% болаларда) сезиларли бузилишлар кузатилади. 45 (91,1%) нафар боладан 41 нафариди умумий ҳақатланишнинг ривожланиш даражаси шкала талабларига мос келди.

БИМРМСФдаги узлуксиз реабилитация мажмуаси ва стандарт даволаш ўтказилгандан сўнг динамикада, жумладан Войт бўйича рефлексор локомациядан кейин АГ беморларида 12 ойлик ёшга келиб DDSTни баҳолашда ижобий динамика бўлди, қўпол мотор кўникмалари бўйича натижалар 87,7% беморларда «меъёрий» бўлди. Нутқни ривожланиши ва нозик-мотор мослашиш фаолияти меъёрда 85,2% ва 87,7%ни кўрсатди. Аммо шунингдек 11,1% беморларда тестни ўтказишни имкони бўлмади ва натижалар «текширилмаганлигича» қолди. МАТ ПШнинг II даражаси билан оғриган беморларда 12 ойлик ёшга келиб натижалар бир қадар бошқача бўлди, қўпол моториканинг 7,7% беморлари «шубҳали»лигича қолди, нутқнинг ривожланиши 4,6% ҳолатларда ва нозик моторика - 9,2% ҳолатларда кузатилди. 12 ойлик ёшга келиб, МАТ ПШнинг оғир даражасини бошидан ўтказган беморлар узлуксиз реабилитацион тактикани қўллагандан сўнг ижобий натижаларни кўрсатдилар.

Бизлар оғирлик даражасига боғлиқ ҳолда АГли 161 нафар болада (3-расм) ва назорат гуруҳи сифатида 30 нафар соғлом болада ННФ-1α даражасини текширишни ўтказдик.



3-расм. МАТ ПШли болаларда ННФ-1α, нг/мл, кўрсаткичлари

НГли болалар қонидаги ННF-1 α 2,72 \pm 2,04 нг/мл ни ташкил этди, бунда энг кичик кўрсаткич 0,18 ва энг катта кўрсаткич 10,0 нг/мл ни кўрсатди.

МАТ ПШнинг энгил даражаси билан оғриган болаларда қонидаги ННF-1 α кўрсаткич туҳруқхонада назорат белгисидан ишончли равишда 6,72 марта юқори бўлди ва 18,28 \pm 0,66 нг/мл (t: 16,05, f = 109, t-критик = 1,984, p < 0,05) ни ташкил этди. МАТ ПШнинг энгил даражаси билан оғриган болаларда эса ННF-1 α кўрсаткичлари 11 дан 30 нг/мл гача ўзгариб турди.

Касалликни оғирлигини ўртача – оғирликдаги даражаси билан оғриган АГли болаларда мазкур кўрсаткичлар текширилганда назорат гуруҳи билан солиштирилганда охирги кўрсаткич 14,1 мартага ортиб, 38,37 \pm 0,61 нг/мл (t: 38,09, f = 93, t-критик = 1,987, p < 0,05) белгиларига тенг бўлди.

МАТ ПШнинг ўртача оғирликдаги даражасида бўлган болаларда ННF-1 α кўрсаткичлари 31 дан 48 нг/мл гача ўзгариб турди. Бунда кўрсаткичлар оғирликнинг энгил даражаси билан солиштирилганда ишончли равишда 2,1 мартага ошди (t: 22,35, f = 144, t-критик = 1,977, p < 0,05).

Касалликнинг оғир даражаси билан оғриган болаларда ННF-1 α нинг энг юқори даражаси, НГ маълумотлари билан таққослаш бўйича 22,42 мартага ортанлиги қайд этилди, 61,00 \pm 1,96 нг/мл (t: 27,96, f = 43, t-критик = 2,018, p < 0,05).

МАТ ПШнинг оғир даражаси билан оғриган болаларда ННF-1 α 51 дан 73 нг/мл гача ўзгариб турди, бунда ННF-1 α кўрсаткичлари энгил даража билан солиштирилганда, оғир даража билан оғриган бемор болаларда бу кўрсаткичлар 3,3 мартага юқори бўлди (t: 20,66, f = 94; t-критик = 1,987, p < 0,05), ўртача оғирликдаги даража билан солиштирилганда эса 1,6 мартага юқори бўлди (t: 11,02, f = 78, t-критик = 1,991, p < 0,05).

6 расмда терапевтик ва реабилитацион чора тадбирлардан сўнг 3 ойлик ёшдаги оғирлик даражаси бўйича МАТ ПШ билан оғриган болалардаги ННF-1 α даражасининг динамикаси акс эттирилган.

Шундай қилиб, олинган натижалар ННF-1 α ни миянинг гипоксик толерантлигини шаклланиш механизмларидаги муҳим роли тўғрисида гувоҳлик беради, шунингдек БМнинг гипоксик-ишемик шикастланишини ривожланишида муҳим рол ўйнайди, молекула эса ҳам нейропротектор, нейротоксик хусусиятни намоён этади.

Текширилган болаларнинг периферик қонидаги РТС морфометриясининг даражаси сезиларли гуруҳли фарққа эга бўлди. Соғлом болалардаги НГдаги РТСнинг ўртача миқдори 19,5 \pm 0,33%, РТСнинг ўртача диаметри -8,59 \pm 0,51, РТСнинг ўртача хажми -100,25 \pm 0,25 мкм³, РТС % - 1,95 \pm 0,33%, РТСнинг ўртача юзаси - 58,15 \pm 0,28 мкм², РТСнинг ўртача қалинлиги - 1,56 \pm 0,02 мкм², РТСнинг ўртача сферик индекси - 4,45 \pm 0,57, IR - 1,81 \pm 0,12 бирликни ташкил этди, бу меъёрий кўрсаткичларда жойлаштирилди.

Олиб борилган тадқиқотлар натижасида аниқландики, гипоксик генезли МАТ ПШнинг энгил даражаси билан оғриган болалар гуруҳида РТС - 22,0 \pm 0,26% ни ташкил этди, яъни соғлом туғилган чақолақларга нисбатан солиштирилганда 2,5% га ошди (t: 5,95, p = 0,000000, f = 109, t критик = 1,984). РТСнинг ўртача диаметри -8,76 \pm 0,22, РТСнинг ўртача хажми - 100,63 \pm 0,34

мкм³, RTC % - $2,2 \pm 0,03\%$ (t: 5,89, p=0,000000, f = 109, t критик = 1,984), RTC нинг ўртача юзаси- $58,3 \pm 0,14$ мкм², RTC нинг ўртача қалинлиги- $1,64 \pm 0,06$ мкм², RTC нинг ўртача сферик индекси - $5,03 \pm 0,26$, IR - $1,81 \pm 0,11$ бирликка тенг бўлди.

Оғирликни ўртача-оғирлик даражасидаги болаларда RTCмиқдорининг кўрсаткичлари $22,5 \pm 1,26\%$ ни ташкил этди, яъни 3,0% га кўп демакдир (t: 2,30, p=0,023517, f = 93, t критик = 1,987), RTC нинг ўртача диаметри - $8,83 \pm 0,17$, RTC нинг ўртача хажми - $100,71 \pm 0,47$ мкм³, RTC % - $2,25 \pm 0,13\%$ (t: 2,25, p=0,026926, f = 93, t критик= 1,987), RTC нинг ўртача юзаси - $61,29 \pm 0,45$ мкм² (t: 5,92, p=0,000000, f = 93, t критик = 1,987), RTC нинг ўртача қалинлиги- $1,72 \pm 0,06$ мкм² (t: 2,53, p=0,013113, f = 93, t критик = 1,987), RTC нинг ўртача сферик индекси - $5,41 \pm 0,3$, IR - $2,15 \pm 0,14$ бирликка тенг бўлди, бу эса эритропозни фаоллашишини акс эттиради.

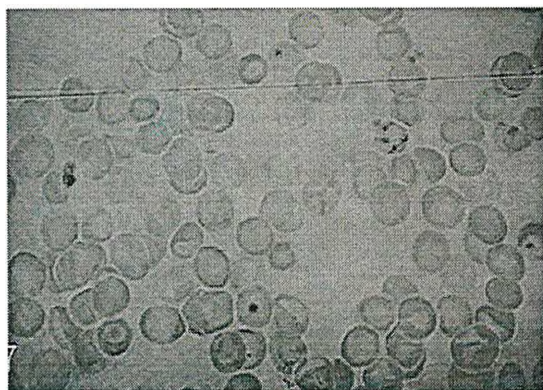
Туғилган вақтида МАТ ПШнинг оғир шикастланиши аниқланган чақалоқлар RTC нинг янада юқори кўрсаткичлари кузатилди, RTC - $23,71 \pm 1,17\%$, ни ташкил этди, бу меъёрдан 4,21% га ошганлигини кўрсатади (t: 3,46, p=0,001241, f = 43, t критик = 2,018), RTC нинг ўртача диаметри - $8,98 \pm 0,09$, RTC нинг ўртача хажми - $100,75 \pm 0,25$ мкм³, RTC % - $2,37 \pm 0,12\%$ (t: 3,40, p=0,001507, f = 43, t критик = 2,018), RTCнинг ўртача юзаси - $63,12 \pm 1,12$ мкм² (t: 16,31, p=0,000000, f = 43, t критик = 2,018), RTCнинг ўртача қалинлиги - $1,85 \pm 0,19$ мкм², RTCнинг ўртача сферик индекси - $5,75 \pm 0,14$ (t: 2,21, p=0,032247, f = 43, t критик = 2,018), IR- $2,25 \pm 0,42$ бирликка тенг бўлди, бу эса гипорегенератив жараёнлар кетаётганлигини кўрсатади.

Ушбу тадқиқот маълумотларига кўра, МАТ ПШнинг энгил даражаси билан оғриган беморларда 3 ойга келиб, RTC миқдори $19,72 \pm 0,16\%$ (t: 7,47, p=0,000000, f = 160, t критик= 1,975) га ишончли равишда пасайди, RTC нинг ўртача диаметри - $8,51 \pm 0,37$, RTC нинг ўртача хажми - $100,22 \pm 0,13$ мкм³, RTC % - $1,91 \pm 0,13\%$ (t: 2,17, p=0,031211, f = 160, t критик = 1,975), RTC нинг ўртача юзаси- $58,11 \pm 1,14$ мкм², RTC нинг ўртача қалинлиги- $1,65 \pm 0,06$ мкм², RTC нинг ўртача сферик индекси - $4,61 \pm 0,12$, IR - $1,59 \pm 0,04$ бирликка тенг бўлди.

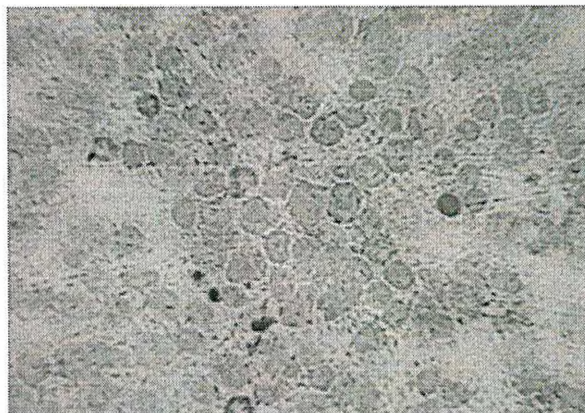
Болани туғилган вақтида аниқланган МАТ ПШнинг ўртача шикастланиш даражаси ҳам шунингдек –туғилган вақтида ҳам, бола ҳаётининг 3 ойига келиб ҳам янада юқори кўрсаткичларга эга бўлди, энгил даражадаги болалар гуруҳига нисбатан таққослаш бўйича ишончли фарққа эга бўлмаганда 65% ёш шакллари гача мос холда кескин «чапга силжиш» қайд этилди. RTC миқдори $20,26 \pm 0,17\%$ гача пасайди, RTCнинг ўртача диаметри - $8,67 \pm 0,21$, RTCнинг ўртача хажми - $100,34 \pm 0,17$ мкм³, RTC % - $2,02 \pm 0,09\%$, RTCнинг ўртача юзаси - $60,02 \pm 1,71$ мкм², RTCнинг ўртача қалинлиги - $1,67 \pm 0,04$ мкм², RTCнинг ўртача сферик индекси - $4,9 \pm 0,17$, IR - $1,74 \pm 0,06$ (t: 2,69, p=0,008065, f = 128, t критик = 1,98) га эга бўлди.

3 ойлик ёшдаги МАТ ПШнинг оғир даражаси билан оғриган чақалоқларда энгил ва ўрта даражада оғриган чақалоқларга нисбатан сезиларли фарқлар қайд этилди. RTC миқдори – $26,33 \pm 0,73\%$, RTCнинг ўртача диаметри - $8,82 \pm 0,03$, RTCнинг ўртача хажми - $100,57 \pm 0,18$ мкм³, RTC % - $2,23 \pm 0,12\%$, RTCнинг ўртача юзаси- $61,04 \pm 1,28$ мкм², RTCнинг ўртача қалинлиги-

1,72±0,03 мкм², RTCнинг ўртача сферик индекси - 5,19±0,14(t: 2,83, p=0,008711, f = 28, t критик = 2,048), IR - 1,96±0,07 ни таRTCшкил этди.



4-расм. МАТ ПШнинг энгил даражаси билан оғриган, бемор Мнинг қон суртмасида RTC микрофотографияси



5-расм. МАТ ПШнинг ўрта даражаси билан оғриган бемор Мнинг қон суртмасидаги RTC микрофотографияси

Суратларда, Суправитал бўялишда ёш эритроцитларда донадор-итчат субстанция аниқланад.Хужайралар тўқ-кўк тўғриланишлар ёки цитоплазмада майда ипчалар– RTC.

Даволашни ўтказиш вақтида статистик аҳмиятли силжишлар кузатилди ва кузатишларнинг бутун даври мобойнида давом этди. Худди шунга ўхшаш ҳолат RTCнинг ўртача радиуси томонидан ҳам кузатилди. Фаолият олиб борувчи юзанинг ўртача майдонини математик аҳамиятли ортиши боланинг туғилган вақтида аниқланди ва 3 ойгача сақланиб қолди.

Умуман олганда кузатишларнинг барча муддатларида RTCнинг морфометрик кўрсаткичлари доимий планоцитозни акс эттирди. Қизил қон тизимида планоцитоз позитив мослашиш белгисини акс эттиради, у эртороцитларнинг иш бажариш юзасини оширади, унинг оқтилилигини пасайишига олиб келади, шунингдек айланиб юрувчи қоннинг реологик хусусиятларида позитив силжиш бўлиб ҳисобланади.6 ойга келиб даражали беморларда кўрсаткичлар меъёрга яқинлашди.

Диссертациянинг «Қиёсий гуруҳлар ўртасида марказий асаб тизими перинатал шикастланиши бўлган беморлар кўрсаткичларининг қиёсий таҳлили» деб номланган олтинчи бобид. ҚГли болалар ретроспектив ўрганилганлиги ва бизлар текширганимиз бўйича ўз муддатида қатъий текширилмаганлиги, АГнинг таклиф этилган алгоритми яъни 3,6, 9, 12 ой муддатлар учунфақат бир ёшга келиб олинган натижаларни ва даволаш натижаларини қиёсий таҳлилини тафтиш қилишни тўғри деб ҳисоблаймиз.

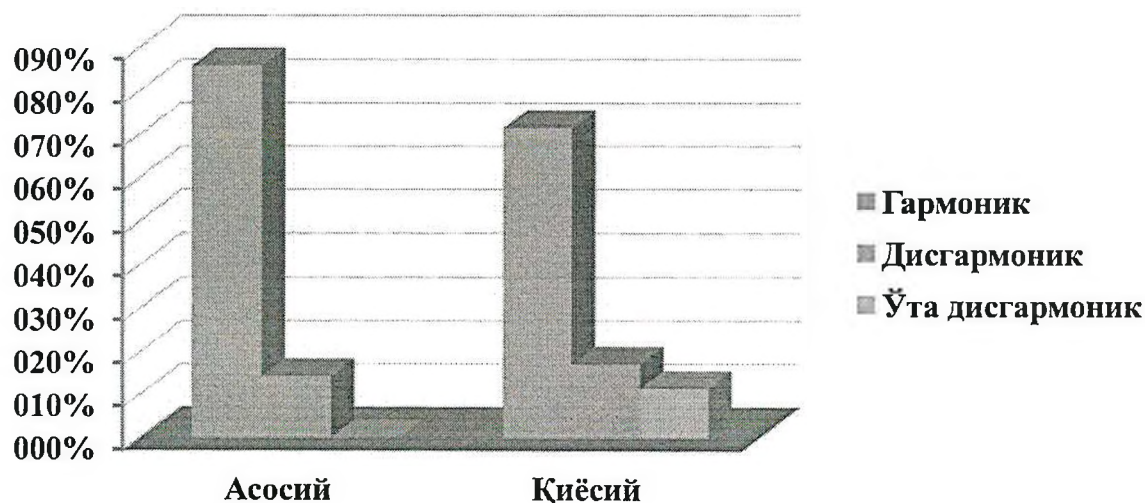
Болаларни объектив кўриқдан ўтказишда жисмоний ривожланишни баҳолашга алоҳида эътибор қаратилди. Одамнинг жисмоний ривожланиши организмнинг морфологик ва функционал мажмуаси ва улрнинг ўзаро алоқаси сифатида белгиланади ҳамда биологик ёшни белгиловчи мезон бўлиб ҳисобланади.

Ҳаётининг 12 ойлик ёшида АГ ва ҚГ болаларини жисмоний ривожланишини баҳолаш ўтказилди. Бизлар томонимиздан аниқландики, ҚГли болаларнинг деярли ярмидан кўпива АГли барча болалар баркамол ривожланиш кўрсаткичларига эга бўлди. Иккита гуруҳ болалари орасида барча антропометрик кўрсаткичлар бўйича ишончли фарқлар аниқланмади.

Шунингдек, бизлар томонимиздан текширилаётган болаларнинг центил кўрсаткичлари бўйича антропометрик маълумотлари баҳоланди, бу ерда фақат стационар даволаш олган ҚГли болаларнинг жисмоний ривожланиш кўрсаткичлари ортда қолишини кўрсатди.

АГли болаларнинг 14,29% ҳолатида дисгормоник ривожланиш қайд этилди, ҚГли болаларда дисгормоник (17,14%) ва кескин дисгормоник (11,43%) ривожланишни (ўртача бўй баландлигида тана оғирлигини етишмаслигини мавжудлиги) учраши билан фарқли равишда бўй баландлигининг ўртачадан юқори бўлишида тана оғирлигини етишмаслиги кузатилди ($\chi^2 = 20,356$; критик $\chi^2 = 9,21$; $p < 0,001$).

Тадқиқотда иштирок этаётган болаларда респиратор касалликларни учраш сони, йўлдош соматик патологияларни текширишда аниқландики, ҳаётининг 12 ойлик ёшида ўртача ҚГли болалар 3 (2,86%) ҳолатда касалликларга эга бўлган бўлса, бундай ҳолатлар АГли болаларда учрамади. Тез тез касал бўлувчилар (4 тадан ортиқ касаллик) гуруҳига қуйидагилар киритилди: бунда ҚГли тез тез касал бўлувчи болалар 18,09% ни ташкил этиб, АГли гуруҳга нисбатан 1,24% ишончли равишда юқорибўлди ($p < 0,05$).



6-расм. Болаларни жисмоний ривожланиши

Қонуниятга кўра, нафас органи юқори бўлими касалликларини (ринитлар, бронхитлар) энг юқори учраш сони АГли беморларга нисбатан солиштирилганда -0,62%, ҚГли беморларда -9,52%ни ташкил этган ҳолда юқори даражада кузатилди ($p < 0,05$).

Темир етишмаслик камқонлиги ҚГли болаларда АГли болаларга нисбатан ишончли равишда кўпроқ кузатилиб, мос ҳолда 23,81% ва 3,73% ни ташкил этди ($p < 0,05$). Ичаклар дисбиози ҚГли болаларда -7,62%ни ташкил

этиб, у АГли -1,24% баларга нисъатан ишончли равишда кўпроқ қайд этилди ($p < 0,05$).

Тадқиқ қилинган гуруҳлардаги 12 рйлик ёшидаги якуний касалланишнинг таҳлили 6,3 жадвалда тақдим этилган.

ҚГда соғайиш 58 (55,24%) болаларда қайд этилди, АГли болаларда эса бу кўрсаткич -142 (88,2%)га тенг бўлди ($\chi^2 = 37,010$; критик $\chi^2 = 6,635$; $p < 0,001$). Бунда МАТ ПШнинг энгил даражаси билан оғриган 54 нафар боладаги ҚГда срағайиш 36 (66,67%) нафар болада қайд этилди, энгил даража билан оғриган 81 нафар АГли болаларда соғайиш ҳолати 100% беморларда қайд этилди ($\chi^2 = 31,154$; критик $\chi^2 = 6,635$; $p < 0,001$). Ўртача оғирлик даражадаги 42 нафар ҚГли болаларда соғайиш 22 (52,38%) нафарида қайд этилди, ўртача оғирлик даражадаги АГли 65 нафар болалар орасида соғайиш 60 (92,31%) ($\chi^2 = 22,715$; критик $\chi^2 = 6,635$; $p < 0,001$) болада қайд этилди. Оғир даражадаги ҚГли 9 нафар болалар орасида срағайиш қайд этилмади, оғир даражадаги АГли 15 нафар болалар орасида соғайиш 1 (6,67%) бемор болада қайд этилди ($\chi^2 = 0,626$; критик $\chi^2 = 3,841$; $p > 0,05$; $p = 0,429$).

105 нафар боладан 33 (31,43%) нафарида ҚГда органик бузилишлар ва 14 (13,33%) функционал бузилишлар ташхисланди. 161 нафар бемор болалардан АГли болаларда органик бузилишлар 4 (2,48%) нафарида, функционал бузилишлар эса 15 (9,32%) ($\chi^2 = 13,275$; критик $\chi^2 = 6,635$; $p < 0,001$) нафарида қайд этилди.

Энгил даражадаги ҚГда органик бузилишлар 12 (22,22%) болада қайд этилган бўлса (симптоматик тутқаноқ-10 (18,52%) гидроцефалия – 2 (3,7%), реабилитацион даволаш қабул қилган АГли болалар орасида органик бузилишлар қайд этилмади. Энгил даражадаги функционал бузилишлари бўлган болалардаги ҚГ 6 (11,11%) болада қайд этилди (моторика соҳасидаги бузилишлар – 4 (7,41%), бошқа (турли туман) неврологик бузилишлар - 2 (3,7%)) ($\chi^2 = 31,154$; критик $\chi^2 = 13,277$; $p < 0,001$).

Ўртача оғирлик даражасидаги ҚГда органик бузилишлар 13 (30,95%) ҳолатда қайд этилди (моторика соҳасидаги бузилишларнинг устунлиги билан – 1 (2,38%), рухий соҳадаги бузилишлар билан – 2 (4,76%), тутқаноқ белгилари билан – 8 (19,05%), гидроцефалия - 2 (4,76%)), АГда органик шикастланишлар 1 (1,53%) ҳолатда қайд этилди (симптоматик тутқаноқ). Ўртача оғирлик даражада ҚГ болаларидаги функционал бузилишлар 7 (16,67%) нафар болада қайд этилди (моторика соҳасидаги бузилишлар – 6 (14,29%), сўзлашиш ва нутқдаги махсус бузилишлар – 1 (2,38%)) ($\chi^2 = 32,967$; критик $\chi^2 = 18,475$; $p < 0,01$).

Оғир даражада ҚГли болаларда органик бузилишлар 8 (88,89%) ҳолатда қайд этилди (моторика соҳасидаги бузилишларнинг устунлиги билан – 6 (66,67%), рухий соҳадаги бузилишлар билан – 1 (11,11%), симптоматик тутқаноқ – 1 (11,11%). АГда органик бузилишлар 3 (20,0%) ҳолатда қайд этилди (симптоматик тутқаноқ). ҚГли болалар ўртасидаги функционал бузилишлар 1 (11,11%) ҳолатда қайд этилди (бошқалар (турли туман) неврологик бузилишлар), АГда функционал бузилишлар 11 (73,33%) ҳолатда ташхисланди (моторика соҳасидаги бузилишлар – 7 (46,67%), сўзлашиш ва нутқдаги махсус

бузилишлар– 2 (13,33%), бошқа (турли туман) неврологик бузилишлар – 2 (13,33%) ($\chi^2 = 17,956$; критик $\chi^2 = 16,812$; $p < 0,01$).

Кузатишларнинг барча муддатларида АГли болаларга нисбатан ҚГли болаларда гиперқўзғалувчанлик синдроми ишончли равишда кўп учрайди ($p < 0,01$).

Вегетатив нерв тизимининг бузилишлари, пирамида етишмрвчилик синдроми, ЗПМР, ДЦП лар фақат МАТ ПШ, ҚГнинг оғир даражаси билан оғриган болалардагина ташхисланди. Пирамда етишмаслик синдроми ҚГли болалар ўртасида энг кенг тарқалган клиник синдром бўлиб, уни 17 (16,19%) ҳолатларда намоён қилди, АГ – ҳолатларида эса 7 (4,35%) натижани кўрсатди ($p < 0,01$). 12 ойлик ёшига келиб, асаб тизимини ногиронликка олиб ДЦП каби касалликлар ҚГли 7 (6,67%) нафар болада ташхисланди ва АГли чақалоқларда бундай ҳолат кузатилмади ($\chi^2 = 17,956$; критик $\chi^2 = 16,812$; $p < 0,01$; рғир даражалар ўртасида).

Ҳаётининг 1 ва 3 ойлик ёшида АГ болаларига нисбатан солиштирилганда ҚГли болаларда НСГдаги патологик ўзгаришлар кузатишларнинг ишончли равишдаги катта сониди аниқланди. 6, 9 ва 12 ойликда НСГдаги патологик ўзгаришларнинг учраши туғилган вақтига нисбатан ишончли равишда фарқ қилмади ($p > 0,05$).

Аниқландики, МРТда перивентрикуляр лейкомаляция (ПВЛ) фақат ҚГди болаларни туғилган вақтида аниқланди. Каудоталамик кесмадаги кисталар АГ болаларига нисбатан ҚГ чақалоқларида туғилганида, 1, 3 ва 12 ойлик ёшида ишончли равишда кўп учрайди. ($p < 0,05$). 6 ва 9 рйлик ёшида каудоталамик кесмасидаги кистани учраш сони бўйича ишогчли фарқлар аниқланмади ($p > 0,05$). Кузатиш гуруҳи болаларида ветрикуломегалия (ГМ қоринчаларининг кенгайиши), яримшарлар аро ёрикнинг ва субарахноидал бўшлиқникенгайиши ишончли фарқларсиз учради. ҚГда болаларда гуруҳ болаларидаги ишончли фарқларсиз 1 ойлик ва 4 (11,4%) ойлигида фақат каудоталамик кисталар аниқланди ($p > 0,05$).

Фебрил хуружлар – МАТ ПШли болалардаги папаксизмал ҳолатнинг эгш кўп учрайдиган туридир. Иқтисодий ресурсларни оптимал тақсимлиш ва уни сифатини ошириш мақсадида тиббий ёрдам кўрсатишни турли босқичларида фибрил тутқаноғи бўлган беморларни юритишни дифференциал тактикасини исботловчи асос бўлиб ҳисобланган дастур ишлаб чиқилган. Балли баҳолашда олинган маълумотлар асосида бизлар томонимиздан тактиканинг 4 тури ишлаб чиқилди: **1-10 балл** - амбулатор-поликлиника брскичи (хуружлараро давр) бирламчи тиббий ёрдам; **11-15 балл** – амбулатор кузатув, касалхонага ётқишига йўналтирилган дастлабки ихтисослаштирилган ёрдам; **16-20 балл** – касалхона босқичи. Педиатрия бўлими – фибрил хуружининг тавсифини аниқлаш, соматик статусни текшириш; **21-30 балл** – неврологик бўлим – асаб-рухий статусни текшириш, электрофизиологик ва нейровизуализацион текшириш усуллариини ўтказиш, зарурат бўлганда тутқанокқа қарши даволашни буюриш.

ХУЛОСА

1. Касалликни ривожланишини ҳавф омиллари: математик қайта ишлаш уларни шартли «кучсиз» ($\varphi=0,006$ дан $0,139$ гача), шартли «ўртача» ($\varphi=0,140$ дан $0,289$ гача) ва шартли «кучли» ($\varphi=0,290$ дан $0,499$ гача) омиллар (камқонлик, онанинг 2 ва ундан ортиқ соматик касалликлари, ҳомиладорлик вақтидаги токсикозлар, ҳомиладорлик вақтидаги ўткир яллиғланиш касалликлари)га ажратиш имконини берди.

2. Оғирликнинг оғир даражасидаги центил жадваллар бўйича МАТ ПШли чақалоқларни жисмоний ривожланиши асосан ривожланишда ортда қолади ва жисмоний ривожланишнинг паст ва жуда паст натижаларига эга бўлади, ўртача оғирликдаги даража билан чақалоқларнинг ярмидан кўпи (58,5%) жисмоний ривожланишнинг ўртача даражадан паст кўрсаткичларига эга бўлди. Мослашиш кўрсаткичлари оғирлик даражасига боғлиқ ҳолда ўзгаришларнинг клиник-неврологик ўсиш тенденциясини, оғир даражадаги чақалоқларда мослашиш жараёнларини бузилишини юқори кўрсаткичлар билан бўлишини кўрсатди.

3. Ультратовуш ва МРТ тадқиқот маълумотларига кўра, МАТ ПШнинг оғир даражасида янада оғир патологик ўзгаришлар аниқланди – дастлабки 6 ойдақон оқимининг гиперфузияси билан бирга гипертоник тип бўйича қон томирлар тонусни кучайиши, ҳаётининг 1 йилига келиб, RI кўрсаткичлари 0,60 (0,56) билан томирлар тонусини кескин пасайиши, МАТни енгил ва ўртача оғир даражадаги шикастланишларидан ишончли равишда фарқ қилган.

4. Бош мия гипоксиясини аниқлашда HIF-1 α ва ретикулоцитометрия иашхислашда муҳим аамиятга эга бўлади, уларни асбоб ускуналар ёрдамида бирга қўлланганда эса МАТ ПШнинг оғирлик даражасини беҳато аниқлашга имкон беради.

5. Реабилитацион ва абилитацион усулларни бирга қўллаш билан олиб бориладиган комплекс даволаш (нейрометаболик ва қон томир) даволашнинг юқори самарадорлигини кўрсатди: оғирликни енгил даражасидаги 79 (97,5%) болаларда, ўртача оғирлик даражасидаги 48 (73,8%) болаларда тўлиқ клиник сўғайиш қайд этилди, оғир даража билан оғирган болаларда эса бош миани резидуал-органик типи бўйича қолдиқ кўринишларни клиник яхшиланиши кузатилди, бу эса реабилитация ва абилитацияни узоқ муддат давом этишини талаб этиши аниқланди.

6. Ишлаб чиқилган ташхислаш алгоритми, даволаш ва узлуксиз реабилитация тактикасини танлаб олиш чақалоқларда МАТнинг перинатал шикастланишини аниқлашни тезлаштиради ва беҳато аниқлаш даражасини рширишга имкон беради, даволаш тактикасини оптималлаштиради, болалардаги ногиронлик даражаси ва турли асоратларни ривожланиш ҳавфини пасайтиради, касалликнинг якуний кўрсакичларини яхшилади.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/03.12.2019.Tib.31.01 ПО
ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ ТАШКЕНТСКОМ
ИНСТИТУТЕ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ**

САМАРКАНДСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

ИГАМОВА САОДАТ СУРАТОВНА

**КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И
РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ТАКТИКИ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ
ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

14.00.13 – Неврология

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

ТАШКЕНТ – 2020

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан, за №В2018.2.PhD/Tib643

Диссертация выполнена в Самаркандском государственном медицинском институте
Полный текст докторской диссертации размещён на веб-сайте Научного совета 27.06.2017.Tib.31.01 при Ташкентском институте усовершенствования врачей по адресу www.tipme.uz

Автореферат диссертации на трёх языках (узбекский, русский, английский) размещён на веб-странице по адресу: www.tipme.uz информационно-образовательном портале "ZiyoNet" по адресу www.ziyo.net

Научный руководитель: Джурабекова Азиза Тахировна
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты: Шамансуров Шаанвар Шамуратович
доктор медицинских наук, профессор

Омонова Умида Тулкиновна
доктор медицинских наук

Ведущая организация: Ставропольский Государственный медицинский университет

Защита состоится «__» _____ 2020 г. в __ часов на заседании научного совета 27.06.2017.Tib.31.01 при Ташкентском институте усовершенствования врачей по адресу: 100007, г. Ташкент, Мирзо-Улугбекский район, ул. Паркентская, 51. Тел./Факс: (+99871) 268-17-44, info@tipme.uz.

Докторская диссертация зарегистрирована в Информационно-ресурсном центре Ташкентского института усовершенствования врачей за № __, с которой можно ознакомиться в ИРЦ (100007, г. Ташкент, Мирзо-Улугбекский район, ул. Паркентская, 51. Тел./Факс: (+99871) 268-17-44).

Автореферат диссертации разослан «__» _____ 2020 года
(протокол рассылки __ от _____ 2020г.).



X. A. Akilov

Х.А.Акилов
Председатель научного совета по присуждению
учёной степени доктора наук, д.м.н., профессор

N. N. Ubaydulloeva

Н.Н. Убайдуллаева
Учёный секретарь научного совета по присуждению
учёной степени доктора наук, д.м.н., доцент

B. G. Gafurov

Б.Г. Гафуров
Председатель научного семинара при
научном совете по присуждению
учёной степени доктора наук, д.м.н., профессор

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) «...во всем мире частота перинатальной патологии в популяции составляет 15-20%, а в структуре заболеваний новорожденных и детей первого года жизни 60-80%, и продолжает неуклонно расти¹». При перинатальном поражении (ПП) ЦНС у детей увеличивается развитие нервно-психических болезней, а также оказывается неблагоприятное влияние на гармоничность развития высших корковых функций, что может послужить причиной дезадапционного состояния детского организма и служит фоном для раннего развития сердечно-сосудистых патологий, болезней верхних дыхательных путей и развития различных нарушений в функционировании желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и др.

Во всем мире проводится ряд исследований для достижения высокой эффективности в улучшении комплексной оценки лечебно-диагностической и реабилитационной тактики у детей с перинатальными поражениями центральной нервной системы. Исследования по определению факторов риска, особенностей клинического и неврологического развития и оптимального количества диагностических тестов у детей, родившихся с перинатальным повреждением центральной нервной системы с гипоксическим генезом; оценка морфометрии ретикулоцитов (RTC) и в сыворотке крови гипоксии-индуцированного фактора (HIF-1a) у детей с перинатальной травмой центральной нервной системы гипоксического генеза, обоснование их эффективности в физической и психоневрологической реабилитации и реабилитационной тактике у детей. Особое значение имеет сравнение результатов лечения пациентов с перинатальными повреждениями центральной нервной системы без реабилитации и с непрерывной реабилитацией, а также разработка алгоритмов диагностики центральной нервной системы у детей с перинатальной гипоксией, вариантов лечения и тактики непрерывной реабилитации.

В Республике Узбекистан в настоящее время проводится широкомасштабная работа по принятию комплексных мер по адаптации медицинской системы к требованиям мировых стандартов, защите окружающей среды, профилактике соматических и инфекционных заболеваний среди детей всех слоев общества. В связи с этим выставлены задачи «... повысить эффективность, качество и популярность медицинской помощи в нашей стране, а также внедрение высокотехнологичных методов ранней диагностики и лечения заболеваний, создание патронажных служб, поддержку здорового образа жизни и профилактику заболеваний ...». Эти задачи позволят снизить заболеваемость и смертность вследствие повреждения центральной нервной системы за счет снижения заболеваемости среди детей под воздействием различных факторов, снижения заболеваемости у детей с перинатальным поражением центральной нервной системы,

¹ World Health Organization – Cancer Country Profiles, 2018.

совершенствования использования современных технологий при разработке профилактических мероприятий среди детей.

Данная диссертационная работа в определенной степени служит выполнению задач, утвержденных Указом Президента Республики Узбекистан от 7 декабря 2018 года № ПФ-5590 «О комплексных мерах по коренному улучшению системы здравоохранения Республики Узбекистан» от 20 июня 2017 года № ПП-3071 «О специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан в 2017-2021 годах». Постановление Правительства Республики Узбекистан от 1 августа 2014 года № ПП-2221 «О мерах по дальнейшему развитию вещания», «Государственная программа по охране здоровья матери, ребенка и подростка в Узбекистане на 2014-2018 годы» и другие задачи, связанные с этой деятельностью, а также других нормативно-правовых документов, принятых в данной сфере.

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

Степень изученности проблемы. За последние десятилетия проведены многочисленные исследования, посвященные различным аспектам ПП ЦНС, предложен широкий спектр новых способов диагностики и лечения (Шамансуров Ш.Ш., Сохиева Н.Е., 2010; Brigitte Vollmer., 2017). До настоящего времени существует противоречивость взглядов по многим вопросам, в частности относительно диагностики, информативности в плане установления степени тяжести, а также выбора тактики реабилитационного лечения. (Медведев М.И., 2011; Kasdorf E, Perlman JM.,2012).

В настоящее время медицинская практика располагает огромным арсеналом лечебных средств. (Кореновский Ю.В., Ельчанинова С.А.,2012; Titomanlio L.2015). Установлено, что независимо от возраста частота синдромов двигательного расстройства, постгипоксическая дилатация желудочков, вегетативно-висцеральная дисфункция, нервно-рефлекторная возбудимость и задержка психомоторного развития увеличиваются с увеличением повреждения центральной нервной системы (Красноручская О.Н., Леднева В.С.,). 2018).

Проведенный анализ литературы свидетельствует о том, что в настоящий период лечебно-диагностическая тактика при ПП ЦНС относится к одной из актуальных и до конца нерешенных проблем современной детской неврологии. (Халимбетов Г.С.,2018, Джаксыбаева А.,2018). Было показано, что крупные и мелкие неврологические расстройства приводят к задержкам психомоторного развития, ухудшают качество жизни ребенка, а также наносят значительный медицинский и социальный вред обществу (Шамансуров Ш.Ш., 2010).

Значительный процент неудовлетворительных исходов, отсутствие выбора оптимального способа лечения с учетом вида поражения и стадии заболевания побуждают на дальнейшие изыскания в этой области.

Вышеизложенное диктует необходимость разработки и внедрения в детскую неврологическую практику оптимальных подходов к диагностике и реабилитационному лечению ПП ЦНС.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего учебного заведения, в котором выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено по плану научно-исследовательской работы Самаркандского государственного медицинского института (СамГМИ) в рамках темы «Клинические особенности поражения нервной системы (НС) детей и пути их коррекции» (2014–2018 гг.).

Цель исследования: изучить клинико-неврологические особенности ПП ЦНС гипоксического генеза, его последствий у детей раннего возраста, усовершенствовать диагностические критерии и методы реабилитации.

Задачи исследования:

выявить факторы риска рождения новорожденных с ПП ЦНС гипоксического генеза, изучить особенности клинико-неврологического развития и определить оптимальный объем диагностического исследования;

изучить содержание гипоксии-индуцированного фактора (HIF-1 α) в сыворотке крови и морфометрии ретикулоцитов (RTC), у детей с ПП ЦНС гипоксического генеза и сопоставить результаты с клиническими формами;

выявить эффективность методов реабилитации и абилитации на физическое и психо-неврологическое состояние у детей с ПП ЦНС в условиях Самаркандского регионального филиала Республиканского центра социальной адаптации детей (РЦСАДСФ);

сравнить результаты лечения пациентов с ПП ЦНС без реабилитации и с непрерывной реабилитацией.

разработать алгоритм диагностики, выбора лечебной и непрерывной реабилитационной тактики у детей с ПП ЦНС

Объект исследования: 266 новорожденных детей с ПП ЦНС гипоксического генеза, контрольную группу (КГ) составили 30 новорожденных без патологии.

Предмет исследования составляют результаты комплексного обследования неврологического статуса, функциональной диагностики, кровь и сыворотка крови для иммунологических и гематологических исследований, сравнительный анализ эффективности двух тактических подходов к диагностике и лечению – традиционного ведения и усовершенствованной тактики с непрерывной реабилитацией детей с ПП ЦНС.

Методы исследований. В исследовании использованы: данные тщательно собранного анамнеза, клинико-неврологические данные, гематологические, иммунологические исследования, тесты оценки психомоторного развития и статистические методы исследования.

Научная новизна исследования:

Впервые предложен способ прогнозирования развития ПП ЦНС у новорожденных с учетом предрасполагающих и провоцирующих факторов;

Впервые проведено исследование HIF-1 α в сыворотке крови у детей с ПП ЦНС. Установлено, что HIF-1 α являясь биомаркером может служить для ранней диагностики гипоксии;

Впервые предложена морфометрия RTC при ПП ЦНС у детей, анализ которой является ранним показателем гипоксии;

Впервые проведены исследования и оценка структурных нарушений (исследование нейровизуализации), состояния и развития детей по шкалам Denver Development Screening (DDST) у детей с ПП ЦНС в динамике лечения в РЦСАДСФ.

Представлен алгоритм диагностики, выбора лечебной и непрерывной реабилитационной тактики при ПП ЦНС у новорожденных, включая методы по социальной адаптации.

Практические результаты исследования:

Раннее выявление детей с ПП ЦНС и раннее вмешательство специалистов по социальной адаптации – реабилитологов, эрготерапевтов, психологов могут повлиять на своевременное лечение и реабилитацию детей, для восстановления физического, психологического и неврологического дефицита с уменьшением глубокой инвалидизации и быть практическим подходом для адаптации детей к жизненным условиям.

Достоверность результатов исследования зависит от подхода и методов, использованных в исследовании, методологической точности исследования, адекватности отбора пациентов, современности методов, применяемых при лечении детей с перинатальными поражениями центральной нервной системы. Исходя из того, что на основе конкретных законов комплексной оценки тактики реабилитации использовались различные методы, заключение и полученные результаты были подтверждены компетентными органами.

Научная и практическая значимость результатов исследования. Научная значимость результатов исследования заключается в том, что полученные выводы и предложения имеют свою теоретическую значимость, которые вносят существенный вклад в изучение особенностей диагностики, лечения и реабилитационной тактики ПП ЦНС. Расширены знания молекулярного механизма адаптации организма к гипоксии, выяснены природы кислородных сенсоров, которые передают информацию об изменении концентрации кислорода в клетке ключевым транскрипционным регуляторным белком HIF-1 α . Предложены новые подходы к решению проблем, связанных с диагностикой и реабилитационной тактикой при ПП ЦНС.

Практическая значимость заключается в разработке алгоритма по тактике ведения и внедрению в практику работы РЦСАДСФ совместно с восстановительной медициной обеспечивающую позволят улучшить исходы заболевания. Усовершенствована диагностика ПП ЦНС путем включения морфометрии ретикулоцитов и исследование HIF-1 α в сыворотке крови. Предлагаемые разработки и принципы могут быть применены в разных

областях науки, в практическом здравоохранении и учебном процессе, в частности в практике отделений детской неврологии.

Внедрение результатов исследования. На основании полученных научных результатов совершенствуется комплексная оценка лечебно-диагностической и реабилитационной тактики у детей с перинатальными поражениями центральной нервной системы:

Разработана «Программа для диагностики и выбора тактики ведения детей с фебрильными судорогами» (справка Министерства здравоохранения Республики Узбекистан 8н-д/332 от 13 ноября 2019 года). Внедрение программы позволило проводить учет и мониторинг лечебно-диагностического процесса у больных с ПП ЦНС.

Разработаны методические рекомендации «Алгоритм ведения новорожденных с перинатальным поражением нервной системы», которые внедрены в практическое здравоохранение (справка Министерства здравоохранения Республики Узбекистан 8н-д/332 от 13 ноября 2019 года). Данные методические рекомендации содержат рекомендации для врачей первичного звена по ведению ПП ЦНС гипоксии-ишемического генеза.

Результаты исследования внедрены в практическую деятельность здравоохранения, в частности в первой и во второй клиниках СамГМИ, в Самаркандский областной детский многопрофильный медицинский центр (справка Министерства здравоохранения Республики Узбекистан 8н-д/332 от 13 ноября 2019 года). Результаты внедрения позволили повысить точность и ускорить выявление ПП ЦНС у новорожденных, оптимизировать тактику лечения, снизить риск развития различных осложнений и уровня инвалидизации детей.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 10 научно-практических конференциях, в том числе 5 международных и 5 республиканских.

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 32 научных работ, из них 7 журнальных статей, в том числе 5 в республиканских и 2 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, 6 глав, заключения, списка использованной литературы. Объем текстового материала составляет 120 страниц. Библиографический указатель включает 151 источников, русскоязычных 111 и 40 иностранных авторов. Работа иллюстрирована 40 таблицами, 17 рисунками.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обоснована актуальность и востребованность темы диссертации, сформулированы цель и задачи, а также объект и предмет исследования, приведено соответствие исследований приоритетным направлениям развития науки и технологий Республики Узбекистан,

изложены научная новизна и практические результаты исследований, раскрыты теоретическая и практическая значимость полученных результатов, даны сведения по внедрению результатов исследований в практическое здравоохранение, по опубликованным работам и структуре диссертации.

В первой главе диссертации «**Современное состояние вопросов перинатального поражения центральной нервной системы тактики лечения и реабилитации детей раннего возраста (обзор литературы)**» проанализированы теоретические аспекты и систематизированы исследования, посвященные данной патологии, а также эпидемиологические, патогенетические аспекты перинатального поражения нервной системы у новорожденных. Изучены новые подходы к определению степени гипоксии при перинатальном поражении центральной нервной системы у новорожденных. Проанализированы современные подходы к методам абилитации и реабилитации новорожденных детей с перинатальным поражением центральной нервной системы, а также определены нерешенные или требующие уточнения аспекты этой проблемы.

Во второй главе диссертации «**Общая характеристика клинического материала и примененных методов исследования**» исследование было основано на клинко-лабораторном обследовании 266 новорождённых детей с ПП ЦНС гипоксического генеза в период с 2018 по 2019 год.

Работа основана на изучении результатов динамического про- и ретроспективного исследования 266 новорожденных детей. Среди наблюдавшихся больных мальчики составили 144 (54,14%), девочки – 122 (45,86%). Исследования проводились в возрастные периоды 5-7 суток, 3, 6, 9 и 12 месяцев.

Для исследования были выбраны следующие критерии включения и исключения: **Критерии включения:** наличие диагноза ПП ЦНС гипоксического генеза; письменное согласие родителей на участие в научных исследованиях у детей. **Критерии исключения:** недоношенные новорожденные сроком гестации менее 28 недель; с тяжелыми генетическими заболеваниями; наличие острых инфекционно-воспалительных заболеваний.

Обследованные пациенты были разделены на две группы, репрезентативные по полу и возрасту:

основную группу (ОГ) составили 161 новорожденный с верифицированным диагнозом ПП ЦНС гипоксического генеза. В зависимости от степени тяжести перинатального поражения: с легкой степенью было 81 (50,3%) новорожденный больных с ПП ЦНС гипоксического генеза, со среднетяжелой степенью – 65 (40,4%), с тяжелой степенью – 15 (9,3%) новорожденных;

группа сравнения (ГС) включала 105 детей, период новорожденности и до года был изучены ретроспективно на основе архивных данных медицинских карт стационарного больного, где: с легкой степенью было 54 (51,4%) новорожденный больных с ПП ЦНС гипоксического генеза; со средне-

тяжелой степенью – 42 (40,0%), с тяжелой степенью – 9 (8,6%) новорожденных;

в качестве контроля показателей HIF-1 α и морфометрии RTC были использованы результаты обследования 30 практически здоровых новорожденных.

Исследование было разделено на два этапа: ретроспективный и проспективный. В ходе ретроспективного этапа исследования проведен анализ лечения детей без реабилитационных мероприятий, а только в амбулаторно-стационарных условиях (медикаментозное). На этапе проспективного исследования у детей изучено стационарное лечение с комплексной реабилитацией в РЦСАДСФ.

В третьей главе диссертации **«Особенности нейрофизиологического развития новорожденных с перинатальным поражением центральной нервной системы гипоксического генеза»** Определение факторов риска развития ПП ЦНС у новорожденных является важным клиническим вопросом. Его решение позволит своевременно определить выбор адекватной тактики лечения новорожденных с ПП ЦНС.

Для исследования факторов риска развития ПП ЦНС выполнено изучение 266 историй болезни новорожденных с установленным диагнозом ПП ЦНС и 30 историй болезни здоровых детей, которое основывалось на определении «предрасполагающих» и «провоцирующих» факторов.

Таким образом, на основании изучения частоты встречаемости «предрасполагающих» и «провоцирующих» факторов у новорожденных нами вычислены факторы риска развития перинатальной гипоксии.

Для всех факторов значение « ϕ » получилось от 0,006 до 0,499, согласно современной градации значений коэффициента корреляции, значение $\geq 0,25$ позволяют говорить о средней корреляции между признаками. С учетом данных, выполнено разбиение значений « ϕ » на условно «слабые», условно «средние» и условно «сильные» факторы: от 0,006 до 0,139 – «слабые» факторы, от 0,140 до 0,289 – «средние» факторы, от 0,290 до 0,499 – «сильные» факторы.

В результате проведенного анализа из изученных возможных факторов риска развития ПП ЦНС у новорожденного, установлено, что к наиболее выразительным условно сильным факторам, которые оказывали влияние на развитие ПП ЦНС отнесли: анемия ($\phi=0,336$), соматические заболевания матери 2 и более ($\phi=0,336$), возраст матери > 31 лет ($\phi=0,391$), токсикозы во время беременности ($\phi=0,426$), острые воспалительные заболевания вовремя беременности ($\phi=0,499$).

Таким образом, приведенные выше факторы риска ($n=39$), в зависимости от наличия их в каждом конкретном случае, суммируются с последующим вычислением среднего арифметического.

В четвертой главе диссертации **«Эффективность комплексной лечебно-диагностической и реабилитационной тактики детей с перинатальным поражением центральной нервной системы»** Непрерывные комплексные

реабилитационные мероприятия проводились в РЦСАДСФ, где на каждого ребенка заводился специальный дневник «Индивидуальный дневник социальной адаптации ребенка». Несмотря на направительный диагноз в составлении индивидуальной адаптационной программы реабилитации принимали участие специалисты: педиатр, невролог, сотрудник функциональной диагностики, физиотерапевт, специалист ЛФК, психолог, другие специалисты (ортопед, кардиолог, окулист, сурдолог). Проводился SWOT-анализ сильных и слабых сторон ребенка. Особенно обращали внимание на рекомендации по рациональному питанию, бальнео-, теплолечению, психолого-педагогическую коррекцию и др.

От общепринятого стандартного медикаментозного лечения ИП ЦНС гипоксического генеза в ряде случаев отсутствие эффекта, является причиной ранней инвалидизации. Учитывая специфику нашего исследования, провели изучение методик реабилитации используемых в РЦСАДСФ, затем в комплекс реабилитационных мероприятий центра нами было предложено и внедрено применение рефлекторной локомоции по Войту. Рефлекторная локомоция у детей с ИП ЦНС и с нарушениями моторных нарушений восстанавливает элементарные двигательные схемы, то есть они становятся снова выполнимые. Рефлекторная локомоция по Войту активируется «рефлексогенным» путём. «Рефлекс» в словосочетании рефлекторной локомоции означает не вид нейронного управления, а относится к используемым с терапевтической целью внешним раздражениям по определенным зонам, всегда самопроизвольным возникающим двигательным реакциям на них.

В данной ситуации программа реабилитации в центре предусматривала более сложные виды лечебной физкультуры, в целях улучшения формирования двигательных умений, навыков и физических качеств, такие, как футбол (football, игра с мячом), методика Монтессори, плавание в бассейне, закаливание солнечными лучами.

Индивидуально с учетом возраста и динамики социальной адаптации и психомоторного развития, были подключены мероприятия физического воспитания в качестве подвижных и сюжетных игр («Пчелки», «Лиса и зайцы», «Гуси-лебеди»), подключили музыкальное сопровождение; продолжали активизировать такие процедуры как массаж, лечебная гимнастика.

Противопоказаниями для проведения терапии по Войту служили: крайне тяжелое общее состояние ребенка; острая фаза инфекционно-воспалительного заболевания; анемия тяжелой степени; распространенное заболевание кожи (экзема, пиодермия); прогрессирующее падение веса; рождение ребенка с наследственной патологией и аномалиями развития ЦНС и других органов. При некоторых случаях требовалась консультация профильных специалистов: эндокринолог, пульмонолог, кардиолог, оториноларинголог, дерматолог, аллерголог, диетолог.

На основании полученных результатов разработан алгоритм ранней диагностики и тактики ведения детей с перинатальной гипоксией в соответствии со степенью тяжести ПП ЦНС и тактики ведения рекомендуемой в зависимости от периода заболевания.

Тактика ведения и подбор медикаментозных средств зависел от степени тяжести перинатальной патологии у обследуемых детей.

В пятой главе диссертации «Эффективность проводимой терапии в динамике обследования» Обследование детей в период формирования неврологического дефекта выявило многообразие неврологических отклонений у детей, что достоверно превышало с тяжелой степенью, по сравнению с легкой и средне-тяжелой степенями (критическое $\chi^2 = 18,475$; $p < 0,01$).

Из всех синдромов у детей с ПП ЦНС ($n=161$) наиболее часто выявлялись следующие: вегетативно-висцеральных расстройств - 46,58% (легкая степень - 32,1%, средне-тяжелая степень - 52,31% и тяжелая степень - 100,0%), судорожный - 40,37% (23,46%, 53,85% и 73,3% соответственно), врожденный гипотонус - 37,89% (23,46%, 43,08% и 93,3% соответственно) и церебральной возбудимости - 31,68% (16,05%, 40,0% и 80,0% соответственно). Остальные синдромы встречались относительно меньше при всех степенях тяжести.

У детей с легкой степенью тяжести ПП ЦНС на первом месте по частоте встречаемости выявлен СВВР - 32,1% случаев, на втором месте синдромы судорожный и врожденный гипотонус по 23,46%, на третьем месте синдром церебральной возбудимости (СЦВ) - 16,05%, врожденный гипертонус встречался в 14,81% случаев, другие нарушения мышечного тонуса - 4,94%, ликворо-сосудистой дистензии (внутричерепная гипертензия) - 3,7%. Синдром церебральной депрессии (СЦД) не отмечался.

При средне-тяжелой степени тяжести ПП ЦНС судорожный - 53,85%, вегетативно-висцеральных расстройств - 52,31%, врожденный гипотонус - 43,08%, церебральной возбудимости - 40,0%, врожденный гипертонус - 32,31%, ликворо-сосудистой дистензии (внутричерепная гипертензия) - 21,54%, другие нарушения мышечного тонуса - 13,85%, церебральной депрессии - 12,31%.

Показатели тяжелой степени гипоксии мозга показал вегетативно-висцеральные расстройства - 100,0%, врожденный гипотонус - 93,3%, СЦВ - 80,0%, синдром ликворо-сосудистой дистензии (внутричерепная гипертензия) - 80,0%, судорожный синдром был - 73,3%, также другие нарушения мышечного тонуса - 60,0%, СЦД - 46,67%, и врожденный гипертонус - 40,0%.

Наилучшие результаты были получены к 3 месяцу жизни в изменениях вегетативно-висцеральных расстройств 39,75% (25,93%, 44,61% и 93,33%), врожденный гипотонус 36,65% (22,22%, 41,54% и 93,33%) и судорожный 34,16% (19,75%, 46,15% и 60,0%).

Успеха добились для изменения СВВР к 3 месяцу жизни детей с легкой степенью в ходе проводимой терапии и реабилитационных мероприятий снизился с 32,1% до 25,93%, врожденный гипотонус с 23,46% до 22,22%,

судорожный синдром с 23,46% до 19,75%, СЦВ с 16,05% до 13,58%, врожденный гипертонус с 14,81% до 9,88%, другие нарушения мышечного тонуса - 4,94%, синдром ликворо-сосудистой дистензии СЛСД (внутричерепная гипертензия) - 3,7%.

Средне-тяжелая степень перинатальной гипоксии достоверно указывал что явления судорожного синдрома снизились с 53,85% до 46,15%, СВВР с 52,31% до 44,61%, врожденный гипотонус с 43,08% до 41,54%, также были снижены показатели СЦВ с 40,0% до 30,77%, врожденный гипертонус с 32,31% до 26,15%, СЛСД (внутричерепная гипертензия) с 21,54% до 20,0%, другие нарушения мышечного тонуса 13,85% и СЦД с 12,31% до 10,77%.

Тяжелая степень указывала на незначительную динамику, но все-таки значимую, СЦВ показатели уменьшились с 80,0% до 73,33%, соответственно СЦД с 46,67% до 40,0%, СВВР с 100,0% до 93,33%, судорожный синдром понизился с 73,3% до 60,0%, СЛСД и (внутричерепная гипертензия) - 80,0%, синдром врожденного гипертонуса с 40,0% до 26,67%, врожденный гипотонус 93,3%, а также другие нарушения мышечного тонуса 60,0%.

К 6-месячному возрасту результаты были следующими: судорожный синдром 21,12%, СВД были- 19,88%. В нарушениях эмоционально-поведенческой сферы результаты во всех группах - 14,29% и задержка этапов психомоторного развития показала-9,94%. В синдроме симптоматической гидроцефалии число уменьшилось на-6,21% во всех степенях, парасомнии 4,35%. Анализ нарушений психоречевого развития выявил практически в равной части с группы со среднетяжелой и тяжелой степени (3,73%). При этом нарушения моторного развития отмечались у - 3,11%, а бессудорожные пароксизмы в 6 месячном возрасте составляли - 2,48%.

Синдром внутричерепной гипертензии и далее симптоматическая гидроцефалия выявлялась у детей до 9 месяцев жизни. Она была выявлена у 28,21% детей. Таким образом анализ данных исходов детей с ПП ЦНС гипоксического генеза показал, что положительная динамика наблюдалась до 12 месяцев жизни: к 6 месяцам число детей с внутричерепной гипертензией уменьшилось до 18% ($p < 0,05$), а с 6 до 9 месяцев 4,9% ($p < 0,05$). В возрасте 1 года внутричерепная гипертензия не была выявлена детей с ОГ.

В ОГ с 3 до 9 месяцев были дети, у которых наблюдалось сочетание внутричерепной гипертензии и мышечной гипотонии. В 3 месяца таких детей было 17,4 %, к 6 месяцам их число уменьшилось до 4,5 % ($p < 0,01$), а в 12 месяцев такое сочетание было выявлено лишь у 1 ребенка, что было хорошим показателем нашей терапии. Другие сочетания синдромов у одного ребенка были единичными.

С гидроцефальным синдромом в 3 месяца было 9,8%. Достоверно меньше детей с гидроцефальным синдромом стало в 1 год - 0,9% ($p < 0,01$). С 3 месяцев у обследованных детей выявлялся СПНРВ, который в 3 месяца наблюдался у 9,8% детей и продолжал выявляться до 12 месяцев у 2,1 % детей, которые родились с ПП ЦНС тяжелой степенью. Близким по патогенезу и по характеру клинических проявлений к СПНРВ является гиперкинетический

(гипердинамический) синдром или синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Где результат был таковым: из 12 пациентов ПП ЦНС тяжелой степени с гидроцефально-гипертензионным синдромом в 3-месячном возрасте выявился не с положительной динамикой у 6 пациентов, а к году показатель был приближен к 1.

С аффективно-респираторными пароксизмами выявлено 3 ребенка 3 месяцев и по 1 ребенку 6 месяцев, к 1 году такой синдром не встречался. Сходящееся косоглазие выявлено также у нескольких больных (было по 1 ребенку 3 и 6 месяцев) - у всех оно сочеталось с другими синдромами поражения ЦНС (пирамидная недостаточность, диффузная мышечная гипотония). Среди обследованных детей было два ребенка с судорожным синдромом. У них судороги возникли впервые в возрасте 9 месяцев от перенесенной гипоксии среднетяжелой степени и 1 года от тяжелой степени, на фоне фебрильного состояния.

На рисунке 1 представлена динамика отставания детей в ННР, и на рис.2 динамика отклонения у детей в речевом развитии.

С целью более точной оценки психического состояния и двигательных нарушений у детей ОГ мы оценивали по шкале DDST в динамике 4 раза в год в период наблюдения у детей. То есть тест позволяет не только выявить нарушения развития, но и определить степень выраженности (грубая или умеренная) задержки развития, поэтому с помощью DDST легко оценивать эффективность проведенных реабилитационных мероприятий и определять динамику развития показателей ННР.

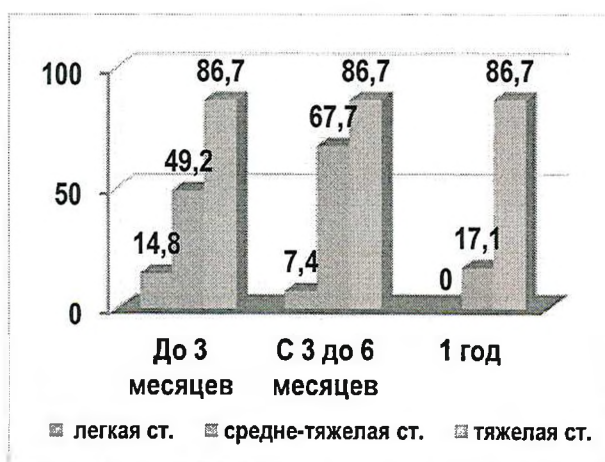


Рис. 1. Динамика отставания детей в ННР

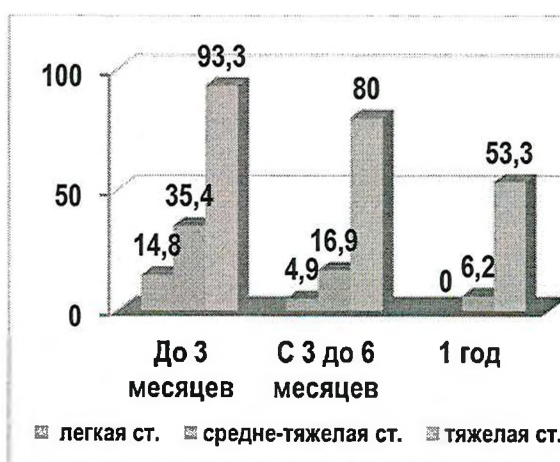


Рис. 2. Динамика отклонения у детей в речевом развитии

Исследование двигательных навыков начинают с оценки общих движений. По используемой нами шкале DDST показатель грубые моторные навыки оценивается с 1 дня жизни до 1 года. У обследованных нами детей общие движения исследовались с 3-месячного возраста. Выявлено, что они были наиболее плохо развиты в сравнении с другими показателями ННР уже в 3 месяца. Нормальное развитие грубой моторики в 3 месяца наблюдалось только у 44,6% детей.

Низкий уровень общих движений наблюдался и в 6 месяцев. После 6 месяцев и до 1 года отмечалось стабильное улучшение формирования грубой моторики. По результатам данного теста, грубые моторные навыки были оценены как «нормальный» у 14,8%, и «подозрительный» у 72,8% больных с ПП ЦНС при рождении, к 3 месяцам нарушение грубой моторики опустилась на 19,8%. В сравнении с исходным уровнем (в 1 месяц) наиболее продуктивными в становлении грубая моторика оказались возрастные периоды с 6 до 9 месяцев и до 1, когда отмечалось достоверное повышение уровня развития грубой моторики. К 1 году 91% детей имели нормальный уровень развития общих движений.

Мелкая моторика по шкале оценивались с 3 месяцев. В 6 месяцев навык называется «движения руки и действия с предметами», в 9-12 «действия с предметами». После одного года и до 1 года данную линию развития можно проследить по навыку «игра и действия с предметами» что необходимо для оценки формирования навыка в динамике. В 3 месяца мелкая моторика были развиты лучше, чем грубая моторика, хотя показатель нормального развития был также низким - только у 60,95% детей уровень развития движений руки соответствовал возрастным требованиям. К 6 месяцам отмечалось достоверное, очень заметное повышение уровня развития мелкой моторики, которое сохранялось до 9 месяцев. В дальнейшем, к 1 году показатель жизни развитие движений руки улучшилось.

В исследовании психо-речевой сферы шкалы DDST особенно важным является оценка речевой функции, которая оценивается с помощью показателей «понимание речи» и «активная речь». Понимание речи мы оценивали с 4 месяцев до 1 года. Активная речь оценивалась с 6 месяцев жизни. С 6 по 11 месяц это «подготовительные этапы развития активной речи». В 6 месяцев развитие активной речи соответствовало возрастным требованиям у 82,0% детей. Хотя между пониманием речи и активной речью существует тесная взаимосвязь, нужно отметить, что у обследуемых детей формирование активной речи зависело не только от формирования понимаемой речи. Недостаточное развитие понимания речи, возможно, отразилось на формировании следующих рассматриваемых навыков сенсорного развития, конструктивной, изобразительной деятельности и социальной адаптации.

Для полноты оценки НПР необходимо исследовать показатель «социального поведения» ребенка. Из исследуемой ОГ 73,1% детей не испытывали затруднений в «социальном поведении». Среди обследуемых нами детей были пациенты, у которых НПР полностью соответствовало требованиям используемой шкалы. Число таких детей было невысоким на первом году жизни.

Таким образом, в НПР детей, перенесших ПП ЦНС, особенно учитывая суммарное количество нарушений (у 61 - 91,5% детей), наблюдаются значительные нарушения. У 41 из 45 (91,1%) детей уровень развития общих движений соответствовал требованиям шкалы.

В динамике после проведенной стандартной терапии и непрерывной комплексной реабилитации в РЦСАДСФ, а в частности рефлекторной локомоции по Войту, оценка DDST к 12 месячному возрасту у пациентов ОГ была положительная динамика, по грубым моторным навыкам результаты были «нормальными» у 87,7% больных. Речевое развитие и тонкая моторно-адаптивная деятельность показали 85,2% и 87,7 % нормы. Но также у 11,1% пациентов тесты не удалось провести и результат был «непроверенный». У пациентов II степени перенесенного ПП ЦНС, к 12-месячному возрасту результаты были несколько иные, «подозрительными» были оставались 7,7 % грубой моторики, речевое развитие в 4,6% случаев, и тонкая моторика - 9,2%. Пациенты тяжелой степени перенесенного ПП ЦНС к 12 месячному возрасту, после непрерывной реабилитационной тактики показали положительные результаты.

Мы провели исследования уровня HIF-1 α в зависимости от тяжести состояния у 161 ребенка ОГ (рис. 3) и в качестве контроля у 30 здоровых детей.

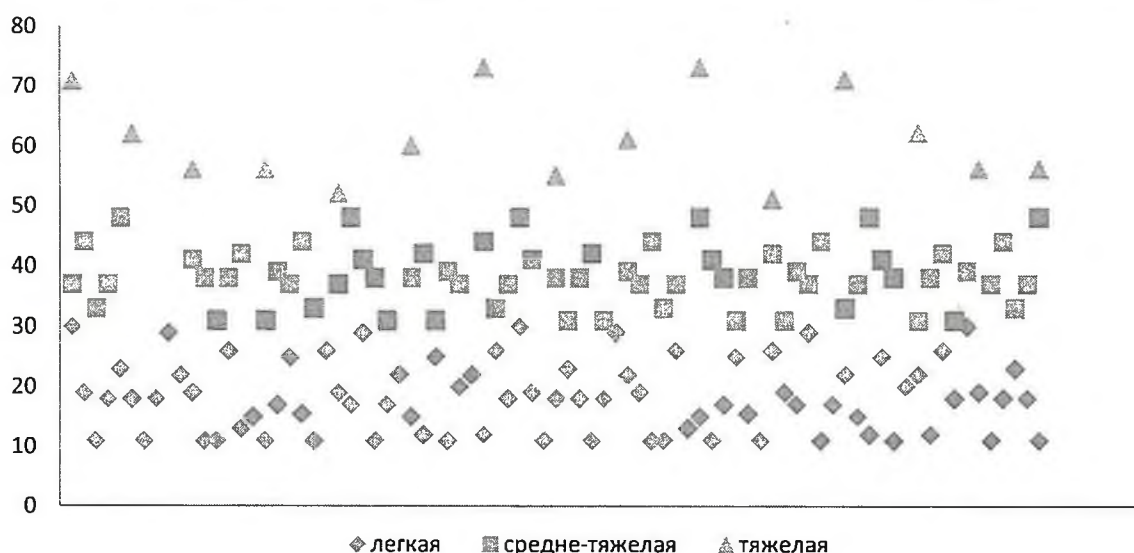


Рис.3. Показатели HIF-1 α , нг/мл, у детей с ПП ЦНС

У детей КГ показатель HIF-1 α в крови составил $2,72 \pm 2,04$ нг/мл, с минимальным 0,18 и максимальным показателем 10,0 нг/мл.

У детей с легкой степенью тяжести ПП ЦНС при исследовании уровня HIF-1 α в крови в роддоме достоверно превысил значение контроля в 6,72 раза, и составил $18,28 \pm 0,66$ нг/мл ($t: 16,05, f = 109, t\text{-критическое} = 1,984, p < 0,05$). У детей при легкой степени ПП ЦНС показатели HIF-1 α колебались от 11 до 30 нг/мл.

При исследовании данного показателя у детей ОГ со среднетяжелой степенью тяжести последний был увеличен в 14,1 раза по сравнению с контролем, со значением $38,37 \pm 0,61$ нг/мл ($t: 38,09, f = 93, t\text{-критическое} = 1,987, p < 0,05$).

У детей при среднетяжелой степени ПП ЦНС показатели HIF-1 α колебались от 31 до 48 нг/мл. При этом показатели в 2,1 раза достоверно

превысили по сравнению с легкой степенью тяжести ($t: 22,35, f = 144, t\text{-критическое} = 1,977, p < 0,05$).

Самое высокое повышение уровня HIF-1 α отмечено у детей с тяжелой степенью тяжести, с возрастанием в 22,42 раза по сравнению с данными КГ, $61,00 \pm 1,96$ нг/мл ($t: 27,96, f = 43, t\text{-критическое} = 2,018, p < 0,05$).

У детей при тяжелой степени ПП ЦНС Показатели HIF-1 α колебались от 51 до 73 нг/мл. при этом показатели HIF-1 α у детей тяжелой степени превысили эти показатели в 3,3 раза по сравнению с легкой степенью ($t: 20,66, f = 94; t\text{-критическое} = 1,987, p < 0,05$), и в 1,6 раза по сравнению со средне-тяжелой степенью ($t: 11,02, f = 78, t\text{-критическое} = 1,991, p < 0,05$).

На рисунке 6 отражена динамика уровня HIF-1 α у детей с ПП ЦНС по степеням тяжести в 3-месячном возрасте после терапевтических и реабилитационных мероприятий.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о важной роли HIF-1 α в механизмах формирования гипоксической толерантности мозга, а также играет важную роль в развитии гипоксически-ишемического повреждения ГМ, а молекула проявляет как нейропротекторные, так и нейротоксические свойства.

Уровень морфометрии RTC в периферической крови обследованных детей имел существенные групповые отличия. В КГ здоровых детей среднее количество RTC составило $19,5 \pm 0,33\%$, средний диаметр RTC - $8,59 \pm 0,51$, средний объем RTC - $100,25 \pm 0,25$ мкм³, RTC % - $1,95 \pm 0,33\%$, средняя поверхность RTC - $58,15 \pm 0,28$ мкм², средняя толщина RTC - $1,56 \pm 0,02$ мкм², средний сферический индекс RTC - $4,45 \pm 0,57$, IR - $1,81 \pm 0,12$ ед, что укладывалось в нормальные показатели.

В результате проведенного исследования выявлено, что в случае ПП ЦНС гипоксического генеза в группе детей с легкой степенью количество RTC составило $22,0 \pm 0,26\%$, т.е. увеличилось на $2,5\%$ по сравнению со здоровыми новорожденными ($t: 5,95, p = 0,000000, f = 109, t\text{ критическое} = 1,984$). Средний диаметр RTC - $8,76 \pm 0,22$, средний объем RTC - $100,63 \pm 0,34$ мкм³, RTC % - $2,2 \pm 0,03\%$ ($t: 5,89, p = 0,000000, f = 109, t\text{ критическое} = 1,984$), средняя поверхность RTC - $58,3 \pm 0,14$ мкм², средняя толщина RTC - $1,64 \pm 0,06$ мкм², средний сферический индекс RTC - $5,03 \pm 0,26$, IR - $1,81 \pm 0,11$ ед.

У детей со средне-тяжелой степенью тяжести показатели количество RTC составило $22,5 \pm 1,26\%$ то есть на $3,0\%$ ($t: 2,30, p = 0,023517, f = 93, t\text{ критическое} = 1,987$), средний диаметр RTC - $8,83 \pm 0,17$, средний объем RTC - $100,71 \pm 0,47$ мкм³, RTC % - $2,25 \pm 0,13\%$ ($t: 2,25, p = 0,026926, f = 93, t\text{ критическое} = 1,987$), средняя поверхность RTC - $61,29 \pm 0,45$ мкм² ($t: 5,92, p = 0,000000, f = 93, t\text{ критическое} = 1,987$), средняя толщина RTC - $1,72 \pm 0,06$ мкм² ($t: 2,53, p = 0,013113, f = 93, t\text{ критическое} = 1,987$), средний сферический индекс RTC - $5,41 \pm 0,3$, IR - $2,15 \pm 0,14$ ед., что отражало активизацию эритроцитопоза.

Новорожденные с тяжелым поражением ПП ЦНС, выявленном при рождении, имели более высокие показатели, количество RTC составило $23,71 \pm 1,17\%$, с увеличением от нормы на $4,21\%$ ($t: 3,46, p = 0,001241, f = 43, t$

критическое = 2,018), средний диаметр RTC - $8,98 \pm 0,09$, средний объем RTC - $100,75 \pm 0,25$ мкм³, RTC % - $2,37 \pm 0,12\%$ (t: 3,40, p=0,001507, f = 43, t критическое = 2,018), средняя поверхность RTC - $63,12 \pm 1,12$ мкм² (t: 16,31, p=0,000000, f = 43, t критическое = 2,018), средняя толщина RTC - $1,85 \pm 0,19$ мкм², средний сферический индекс RTC - $5,75 \pm 0,14$ (t: 2,21, p=0,032247, f = 43, t критическое = 2,018), IR равнялся - $2,25 \pm 0,42$ ед., который указывал на гипорегенеративный процесс.

По данным настоящего исследования, на 3 месяце у пациентов с легкой степенью тяжести ПП ЦНС количество RTC достоверно снижалось до $19,72 \pm 0,16\%$ (t: 7,47, p=0,000000, f = 160, t критическое = 1,975), средний диаметр RTC - $8,51 \pm 0,37$, средний объем RTC - $100,22 \pm 0,13$ мкм³, RTC % - $1,91 \pm 0,13\%$ (t: 2,17, p=0,031211, f = 160, t критическое = 1,975), средняя поверхность RTC - $58,11 \pm 1,14$ мкм², средняя толщина RTC - $1,65 \pm 0,06$ мкм², средний сферический индекс RTC - $4,61 \pm 0,12$, IR - $1,59 \pm 0,04$ ед.

Дети со среднетяжелым поражением ПП ЦНС, выявленном при рождении, также имели более высокие показатели – как при рождении, так и к 3 месяцу жизни, не имевшие достоверных отличий по сравнению с таковыми в группе легкой степени, соответственно отмечался резкий «сдвиг влево» до 65% молодых форм. Количество RTC снижалось до $20,26 \pm 0,17\%$, средний диаметр RTC - $8,67 \pm 0,21$, средний объем RTC - $100,34 \pm 0,17$ мкм³, RTC % - $2,02 \pm 0,09\%$, средняя поверхность RTC - $60,02 \pm 1,71$ мкм², средняя толщина RTC - $1,67 \pm 0,04$ мкм², средний сферический индекс RTC - $4,9 \pm 0,17$, IR - $1,74 \pm 0,06$ (t: 2,69, p=0,008065, f = 128, t критическое = 1,98).

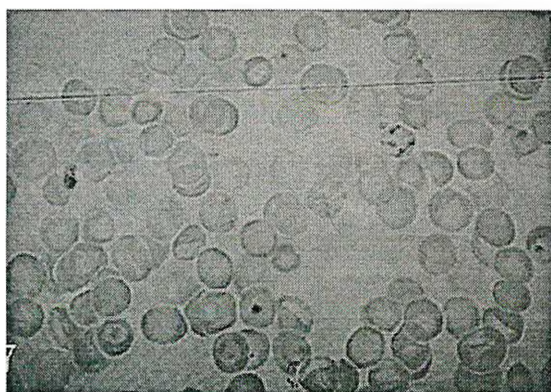


Рис. 4. Микрофотография RTC, мазок крови больного М., с легкой степенью ПП ЦНС

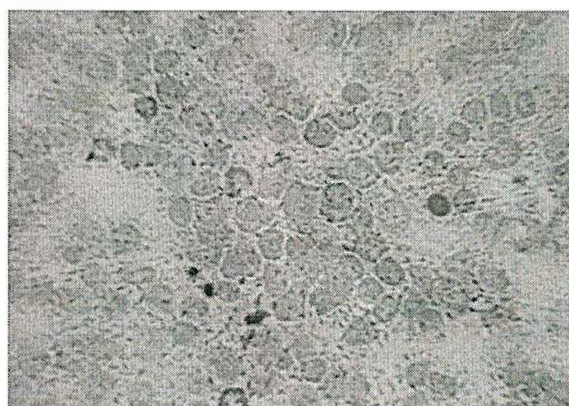


Рис. 5. Микрофотография RTC в, мазок крови больного М с ПП ЦНС со средней степени тяжести

На рисунках 4, 5, при суправитальной окраске, выявляется зернистая субстанция в молодых эритроцитах. Клетки с темно-синими вкраплениями или нитями в цитоплазме – RTC.

Существенные отличия отмечены у новорожденных с тяжелой степенью ПП ЦНС в возрасте 3 месяцев по сравнению у детей легкой и средней степени. Количество RTC составило – $26,33 \pm 0,73\%$, средний диаметр RTC - $8,82 \pm 0,03$, средний объем RTC - $100,57 \pm 0,18$ мкм³, RTC % - $2,23 \pm 0,12\%$, средняя

поверхность RTC - $61,04 \pm 1,28$ мкм², средняя толщина RTC - $1,72 \pm 0,03$ мкм², средний сферический индекс RTC - $5,19 \pm 0,14$ (t: 2,83, p=0,008711, f = 28, t критическое = 2,048), IR - $1,96 \pm 0,07$.

При проведении терапии наблюдались статистически значимые сдвиги и продолжалось в течении всего наблюдаемого периода. Аналогичная картина наблюдалась и со стороны среднего радиуса RTC. Математически значимое повышение средней площади функционирующей поверхности определялось при рождении и сохранялось до 3 мес.

В целом во всех сроках наблюдения морфометрические показатели RTC отражали состояние планоцитоза. Планоцитоз в системе красной крови отражает позитивный адаптивный признак, который увеличивает функционирующую поверхность эритроцитов, способствует к снижению ее текучести, а также является позитивным сдвигом в реологических свойствах циркулирующей крови.

На 6 месяце у пациентов со степенями показатели приблизились к норме.

В шестой главе диссертации **«Сравнительный анализ показателей пациентов с перинатальным поражением центральной нервной системы между сравниваемыми группами»** Так как дети ГС были изучены ретроспективно, и не были обследованы строго по срокам, по которым мы обследуем и предлагаем в алгоритме ОГ, то есть 3, 6, 9, и 12 месяцев то правильным считаем анализировать сравнительный анализ исходов лечения и полученных результатов только к годовалому возрасту.

При объективном осмотре детей особое внимание уделялось оценке физического развития. Физическое развитие человека определяется как комплекс морфологических и функциональных показателей организма и их взаимосвязи и является определяющим критерием биологического возраста.

Проведена оценка физического развития детей ОГ и ГС в возрасте 12 месяцев жизни. Нами выявлено, что более половины детей ГС и все дети ОГ имеют показатели гармоничного физического развития. Между двумя группами детей достоверных различий по всем антропометрическим показателям не выявлено.

Также нами были оценены антропометрические данные исследуемых детей по центильным показателям, где результаты показали отставание в физическом развитии в ГС, где получали только стационарное лечение.

У детей ОГ в 14,29% случаев отмечалось дисгармоничное развитие, при росте выше среднего имелся дефицит массы тела, в отличие от детей ГС, у которых встречалось дисгармоничное (17,14%) и резко дисгармоничное (11,43%) развитие (при среднем росте наличие дефицита массы тела) ($\chi^2 = 20,356$; критическое $\chi^2 = 9,21$; p<0,001) (рис. 6.1).

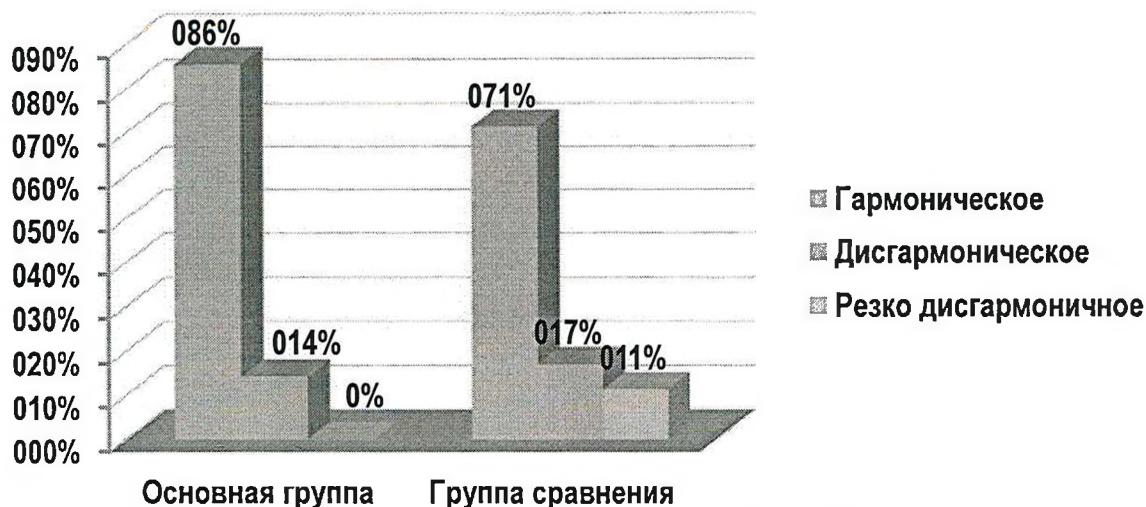


Рис. 6. Физическое развитие детей

При исследовании сопутствующей соматической патологии, частоты респираторных заболеваний у исследуемых детей выявлено, что в 12 месячном возрасте жизни имели заболевания в среднем в 3 (2,86%) случаях детей в ГС, тогда как в ОГ таких не отмечалось. В группу часто болеющих были отнесены (более 4-х заболеваний), часто болеющих детей в ГС было достоверно больше 18,09%, чем в ОГ 1,24% ($p < 0,05$).

Закономерно, что наибольшая частота заболеваний верхних отделов органов дыхания (риниты, бронхиты) наблюдалась у детей ГС 9,52%, в сравнении с детьми ОГ – 0,62% ($p < 0,05$). Железодефицитная анемия, встречалась достоверно чаще у детей ГС, чем у детей ОГ 23,81% и 3,73% соответственно ($p < 0,05$). Дисбиоз кишечника был зарегистрирован достоверно чаще у детей ГС – 7,62%, чем у детей ОГ – 1,24% ($p < 0,05$).

В ГС выздоровление отмечалось у 58 (55,24%) детей, тогда как в ОГ – у 142 (88,2%) детей ($\chi^2 = 37,010$; критическое $\chi^2 = 6,635$; $p < 0,001$). При этом в ГС из 54 детей с легкой степенью ПП ЦНС выздоровление отмечено у 36 (66,67%), в ОГ среди 81 детей с легкой степенью выздоровление отмечено у всех 100% пациентов ($\chi^2 = 31,154$; критическое $\chi^2 = 6,635$; $p < 0,001$). Из 42 детей ГС со среднетяжелой степенью выздоровление отмечено у 22 (52,38%), среди 65 ОГ детей со среднетяжелой степенью выздоровление отмечалось у 60 (92,31%) ($\chi^2 = 22,715$; критическое $\chi^2 = 6,635$; $p < 0,001$). А среди 9 детей ГС с тяжелой степенью выздоровление не отмечено, а среди 15 детей ОГ с тяжелой степенью выздоровление отмечалось у 1 (6,67%) пациента ($\chi^2 = 0,626$; критическое $\chi^2 = 3,841$; $p > 0,05$; $p = 0,429$).

Органические нарушения в ГС диагностированы у 33 (31,43%) из 105 детей, а функциональные нарушения у 14 (13,33%). Органические нарушения в ОГ детей зафиксированы у 4 (2,48%) из 161 пациента, а функциональные нарушения у 15 (9,32%) ($\chi^2 = 13,275$; критическое $\chi^2 = 6,635$; $p < 0,001$).

В ГС при легкой степени органические нарушения отмечены у 12 (22,22%) детей (симптоматическая эпилепсия – 10 (18,52%), гидроцефалия – 2

(3,7%), тогда как у детей ОГ получавших реабилитационную терапию органических нарушений не отмечалось. Функциональные нарушения при легкой степени у детей ГС отмечены у 6 (11,11%) детей (нарушение моторной сферы – 4 (7,41%), другие (разные) неврологические расстройства - 2 (3,7%)) ($\chi^2 = 31,154$; критическое $\chi^2 = 13,277$; $p < 0,001$).

Органические нарушения в ГС при средне-тяжелой степени отмечены в 13 (30,95%) случаев (с доминированием нарушений моторной сферы – 1 (2,38%), с нарушением психической сферы – 2 (4,76%), симптоматическая эпилепсия – 8 (19,05%), гидроцефалия - 2 (4,76%)), в ОГ органические нарушения отмечены в 1 (1,53%) случае (симптоматическая эпилепсия). Функциональные нарушения у детей ГС со среднетяжелой степенью отмечены в 7 (16,67%) (нарушение моторной сферы – 6 (14,29%), специфическое нарушение речи и языка – 1 (2,38%)) ($\chi^2 = 32,967$; критическое $\chi^2 = 18,475$; $p < 0,01$).

При тяжелой степени у детей ГС органические нарушения отмечены в 8 (88,89%) случаях (с доминированием нарушений моторной сферы – 6 (66,67%), с нарушением психической сферы – 1 (11,11%), симптоматическая эпилепсия – 1 (11,11%)). В ОГ органические нарушения отмечены в 3 (20,0%) случаях (симптоматическая эпилепсия). Функциональные нарушения среди детей ГС отмечены в 1 (11,11%) случае (другие (разные) неврологические расстройства), в ОГ функциональные нарушения диагностированы в 11 (73,33%) случаях (нарушения моторной сферы – 7 (46,67%), специфическое нарушение речи и языка – 2 (13,33%), другие (разные) неврологические расстройства – 2 (13,33%)) ($\chi^2 = 17,956$; критическое $\chi^2 = 16,812$; $p < 0,01$).

Синдром гипервозбудимости достоверно чаще встречался у детей ГС, чем у детей ОГ во все сроки наблюдения ($p < 0,01$).

Расстройство вегетативной НС, синдром пирамидной недостаточности, ЗПМР, ДЦП диагностированы только у детей с тяжелой степенью ПП ЦНС, ГС. Синдром пирамидной недостаточности был самым распространенным клиническим синдромом у детей ГС, его демонстрировали в 17 (16,19%) случаях, а в ОГ – в 7 (4,35%) случаях ($p < 0,01$). К 12 месяцам возраста такое инвалидизирующее заболевание НС, как ДЦП диагностировано у 7 (6,67%) детей ГС и не встречалось у младенцев ОГ ($\chi^2 = 17,956$; критическое $\chi^2 = 16,812$; $p < 0,01$; между тяжелыми степенями).

Патологические изменения на НСГ были достоверно в большем числе наблюдений обнаружены у младенцев ГС в 1 и 3 месяца возраста, чем у детей ОГ. В 6, 9 и 12 месяцев встречаемость патологических изменений на НСГ у детей при рождении достоверно не отличались ($p > 0,05$).

Обнаружено, что перивентрикулярная лейкомаляция (ПВЛ) на МРТ встречалась только у детей ГС при рождении. Кисты в *каудоталамической вырезке* достоверно чаще встречались у младенцев ГС, чем у детей ОГ при рождении в 1, 3 и 12 месяцев возраста ($p < 0,05$). В 6 и 9 месяцев достоверного различия по встречаемости кист в *каудоталамической вырезке* не обнаружено ($p > 0,05$). Вентрикуломегалия (расширение желудочков ГМ), расширение

межполушарной щели и субарахноидального пространства встречались без достоверных различий у детей групп наблюдения. В ГС были обнаружены только кисты в каудоталамической вырезке в 1 месяц у 4 (11,4%) детей, без достоверного различия с детьми групп ($p>0,05$).

Фебрильные приступы - наиболее часто встречающийся вариант пароксизмальных состояний у детей с ПП ЦНС. Разработана программа, являющаяся доказательным обоснованием дифференцированной тактики ведения больных с фебрильными судорогами на различных этапах оказания медицинской помощи с целью повышения ее качества и оптимального распределения экономических ресурсов. На основании полученных данных бальной оценки нами разработаны 4 основные тактики: **1-10 баллов** - амбулаторно-поликлинический этап (межприступный период) первичная врачебная помощь; **11-15 баллов** - первично-специализированная помощь, направление на госпитализацию, амбулаторное наблюдение; **16-20 баллов** - госпитальный этап. педиатрическое отделение- определение характера фебрильного приступа, исследование соматического статуса; **21-30 баллов** - неврологическое отделение - исследование нервно- психического статуса, проведение электрофизиологический и нейровизуализационных методов исследования, при необходимости назначение противосудорожной терапии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Факторы риска развития заболевания: математическая обработка позволила разделить их на условно «слабые» ($\varphi=0,006$ до $0,139$), условно «средние» ($\varphi=0,140$ до $0,289$) и условно «сильные» факторы ($0,290$ до $0,499$). В группу с условно «сильными» факторами вошли: анемия ($\varphi=0,336$), соматические заболевания матери 2 и более ($\varphi=0,336$), возраст матери > 31 лет ($\varphi=0,391$), токсикозы во время беременности ($\varphi=0,426$), острые воспалительные заболевания во время беременности ($\varphi=0,499$).

Физическое развитие новорожденных с ПП ЦНС по центильным таблицам при тяжелой степени тяжести в основном отстают в развитии и имеют очень низкие и низкие показатели физического развития, со среднетяжелой степенью больше половины новорожденных (58,5%) имеют показатели физического развития ниже средних уровней. Показатели адаптации показали тенденцию нарастания клинко-неврологических изменений в зависимости от степени тяжести, с высоким показателем нарушений адаптивных процессов у новорожденных с тяжелой степенью.

По данным ультразвуковых и МРТ исследований выявлено более тяжелые патологические изменения при тяжелой степени ПП ЦНС – в первые 6 месяцев усиление тонуса сосудов по гипертоническому типу с гиперперфузией кровотока, к 1 году жизни резкое снижение сосудистого тонуса с показателем RI ниже $0,60$ ($0,56$), с гипоперфузией кровотока, достоверно отличаясь от легкой и средне-тяжелой степени поражения ЦНС.

HIF-1 α и ретикулоцитометрия являются диагностически значимыми при установлении гипоксии головного мозга, а в сочетании с инструментальными

методами исследований позволяют с высокой точностью установить степень тяжести ГП ЦНС.

Проведение комплексной терапии (нейрометаболическая и сосудистая) совместно с реабилитационной и абилитационной показало высокую степень эффективности лечения: при легкой степени тяжести у 79 (97,5%) детей, при средне-тяжелой степени 48 (73,8%) детей отмечалось полное клиническое выздоровление, а у детей с тяжелой степенью наблюдались клиническое улучшение с остаточными явлениями по типу резидуально-органических изменений головного мозга, что требовало длительной реабилитации и абилитации.

Разработанный алгоритм диагностики, выбора лечебной и непрерывной реабилитационной тактики позволил повысить точность и ускорить выявление перинатальных поражений ЦНС у новорожденных, оптимизировать тактику лечения, снизить риск развития различных осложнений и уровня инвалидизации детей, улучшить показатели исходов заболевания, полное выздоровление увеличилось с 55,24% до 88,2% (в 1,6 раз), органические нарушения снизились с 31,43% до 2,48% (в 12,7 раз), а функциональные нарушения снижены с 13,3% до 9,31% (в 1,4 раза). Улучшить физического и нервно-психического развития детей, уменьшить частоту общей заболеваемости.

**SCIENTIFIC COUNCIL on AWARD of SCIENTIFIC DEGREE
of DOCTOR of SCIENCES 27.06. 2017.Tib.31.01 at
TASHKENT INSTITUTE OF POSTGRADUATE MEDICAL EDUCATION
SAMARQAND STATE MEDICAL INSTITUTE**

IGAMOVA SAODAT SURATOVNA

**INTEGRATED EVALUATION OF THE TREATMENT-DIAGNOSTIC
AND REHABILITATION TACTICS OF CHILDREN WITH PERINATAL
CNS DISEASE**

14.00.13 – Neurology

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

TASHKENT – 2020

Dissertation is registered at Supreme Attestation Committee at the Cabinet of Ministers of Republic of Uzbekistan in

Dissertation has been done in the Samarqand state medical institute

The abstract of the dissertation in two languages (Uzbek, Russian, English (resume)) is published on the Web-page of the Scientific Council (www.tashpmi.uz) and on the Information educational portal «ZiyoNet» at the address (www.ziyo.net).

Scientific adviser: **Djurabekova Aziza Tahirovna**
Doctor of medicine, professor

Official opponents: **Shamansurov Shaanvar Shamuratovich**
Doctor of medicine, professor

Omonova Umida Tulkinovna
Doctor of medicine

Leading organization: **Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Stavropol State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation.**

The defense will take place "___" _____ 20__ at ___ at the meeting of Scientific Council 27.06.2017.Tib.31.01 at the Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education (Address: 100007, Uzbekistan, Tashkent city, street Parkent, 51. Phone/fax: (+99871) 2681744), e-mail: info@tipme.uz)

The doctoral dissertation can be reviewed at the Information-resource center of Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education (is registered under № ___) (Tashkent city, street Parkent, 51. Phone/fax: (+99871) 2681744).

Abstract of dissertation sent out on "___" _____ 2020 year.
(mailing report № ___ on _____ 2020 year)



X. Akilov

N.N. Ubaydullaeva

X.A. Akilov
Chairman of Scientific council on award of scientific degree of doctor of sciences MD, professor

N.N. Ubaydullaeva
Acting as Scientific secretary of Scientific council on award of scientific degree of doctor of sciences, C.M.S., senior lecturer

B.G. Gafurov

B.G. Gafurov
Chairman of scientific seminar under of Scientific council on award of scientific degree of doctor of sciences, MD, professor

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

According to the World Health Organization (WHO), "... all over the world, the frequency of perinatal pathology in the population is 15-20%, and in the structure of diseases of newborns and children of the first year of life is 60-80%, and continues to grow steadily." With perinatal damage (PD) of the central nervous system in children, the development of neuropsychiatric diseases increases, and there is also an adverse effect on the harmony of the development of higher cortical functions, which can cause the maladaptive state of the child's body and serves as a background for the early development of cardiovascular pathologies, upper respiratory diseases ways and development of various disorders in the functioning of the gastrointestinal tract (GIT), etc.

A number of studies are being carried out all over the world to achieve high efficiency in improving the comprehensive assessment of treatment, diagnostic and rehabilitation tactics in children with perinatal lesions of the central nervous system. Studies to determine risk factors, clinical and neurological development features, and the optimal number of diagnostic tests in children born with perinatal damage to the central nervous system with hypoxic origin; assessment of morphometry of reticulocytes (RTC) and in blood serum of hypoxia-induced factor (HIF-1a) in children with perinatal trauma of the central nervous system of hypoxic origin, substantiation of their effectiveness in physical and neuropsychiatric rehabilitation and rehabilitation tactics in children. Of particular importance is the comparison of treatment results for patients with perinatal injuries of the central nervous system without rehabilitation and with continuous rehabilitation, as well as the development of algorithms for diagnosing the central nervous system in children with perinatal hypoxia, treatment options and tactics of continuous rehabilitation.

In the Republic of Uzbekistan, large-scale work is currently underway to take comprehensive measures to adapt the medical system to the requirements of world standards, protect the environment, and prevent somatic and infectious diseases among children of all walks of life. In this regard, the tasks are set out "... to increase the effectiveness, quality and popularity of medical care in our country, as well as the introduction of high-tech methods for early diagnosis and treatment of diseases, the creation of patronage services, support for a healthy lifestyle and the prevention of diseases ...". These tasks will reduce morbidity and mortality due to damage to the central nervous system by reducing morbidity among children under the influence of various factors, reducing morbidity in children with perinatal damage to the central nervous system, and improving the use of modern technologies in the development of preventive measures among children.

This dissertation to some extent serves the implementation of the tasks approved by the Decree of the President of the Republic of Uzbekistan dated December 7, 2018 No. PF-5590 "On comprehensive measures for the radical improvement of the healthcare system of the Republic of Uzbekistan" dated June 20, 2017 No. PP-3071 "On specialized medical care the population of the Republic of Uzbekistan in 2017-2021. " Decree of the Government of the Republic of

Uzbekistan dated August 1, 2014 No. PP-2221 “On measures for the further development of broadcasting”, “State program for the protection of the health of mothers, children and adolescents in Uzbekistan for 2014-2018” and other tasks related to this activity, as well as other regulatory documents adopted in this area.

Correspondence of the research to the priority directions of the development of science and technology of the republic. This study was carried out in accordance with the priority areas of development of science and technology of the Republic of Uzbekistan VI “Medicine and Pharmacology”.

The degree of knowledge of the problem. Over the past decades, numerous studies have been conducted on various aspects of central nervous system PP, a wide range of new methods of diagnosis and treatment have been proposed (Shamansurov Sh.Sh., Sokhieva N.E., 2010; Brigitte Vollmer., 2017). To date, there are conflicting views on many issues, in particular regarding diagnosis, information content in terms of determining the severity, as well as the choice of rehabilitation treatment tactics. (Medvedev M.I., 2011; Kasdorf E, Perlman JM., 2012).

Currently, medical practice has a huge arsenal of therapeutic agents. (Korenovsky Yu.V., Elchaninova S.A., 2012; Titomanlio L.2015). It has been established that regardless of age, the frequency of motor disorder syndromes, posthypoxic dilatation of the ventricles, autonomic-visceral dysfunction, neuro-reflex excitability and delayed psychomotor development increase with an increase in damage to the central nervous system (Krasnorutskaya O.N., Ledneva V.S., 2018).

The analysis of the literature indicates that at the present time, diagnostic and treatment tactics for central nervous system PD are one of the urgent and completely unsolved problems of modern pediatric neurology. (Halimbetov G.S., 2018, Djaksybaeva A., 2018). It was shown that major and minor neurological disorders lead to delays in psychomotor development, worsen the quality of life of the child, and also cause significant medical and social harm to society (Shamansurov Sh.Sh., 2010).

A significant percentage of unsatisfactory outcomes, the lack of a choice of the optimal method of treatment, taking into account the type of lesion and stage of the disease, prompt further research in this area. The above dictates the need for the development and implementation in children's neurological practice of optimal approaches to the diagnosis and rehabilitation treatment of central nervous system PP.

The connection of the dissertation research with the plans of scientific research of the higher educational institution in which the dissertation was completed. The dissertation study was carried out according to the plan of scientific research of the Samarkand State Medical Institute (SamHMI) within the framework of the topic “Clinical Features of Lesions of the Nervous System (NS) of Children and Ways of Their Correction” (2014–2018).

The aim of the research work was to study the clinical and neurological features of the central nervous system PP of hypoxic origin, its consequences in young children, to improve diagnostic criteria and rehabilitation methods.

Research Objectives:

identify risk factors for the birth of newborns with central nervous system PD of hypoxic origin, study the features of clinical and neurological development and determine the optimal amount of diagnostic research;

to study the content of hypoxia-induced factor (HIF-1 α) in the blood serum and reticulocyte morphometry (RTC) in children with central nervous system PD of hypoxic origin and to compare the results with clinical forms;

to identify the effectiveness of rehabilitation and habilitation methods for the physical and psycho-neurological state in children with central nervous system PD in the conditions of the Samarkand regional branch of the Republican Center for Social Adaptation of Children (RCSACSB);

compare the results of treatment of patients with central nervous system PD without rehabilitation and with continuous rehabilitation.

to develop an algorithm for diagnosing, choosing therapeutic and continuous rehabilitation tactics in children with central nervous system PD

The object of the research work: 266 newborns with central nervous system PP of hypoxic origin, the control group (CG) consisted of 30 newborns without pathology.

The subject of the study is the results of a comprehensive examination of neurological status, functional diagnostics, blood and blood serum for immunological and hematological studies, a comparative analysis of the effectiveness of two tactical approaches to diagnosis and treatment - traditional management and improved tactics with continuous rehabilitation of children with central nervous system PD.

Research Methods. The study used: data from a carefully collected medical history, clinical and neurological data, hematological, immunological studies, tests for assessing psychomotor development and statistical research methods.

The scientific novelty of the study:

For the first time, a method is proposed for predicting the development of central nervous system PD in newborns, taking into account predisposing and provoking factors;

The first study was conducted of HIF-1 α in serum in children with central nervous system PD. It has been established that HIF-1 α , being a biomarker, can serve for the early diagnosis of hypoxia;

For the first time, RTC morphometry was proposed for central nervous system PP in children, the analysis of which is an early indicator of hypoxia;

For the first time, studies and assessment of structural disorders (study of neuroimaging), the state and development of children on the Denver Development Screening (DDST) scales in children with central nervous system PD in the dynamics of treatment in RCSADSF were performed.

An algorithm is presented for diagnosing and choosing therapeutic and continuous rehabilitation tactics for central nervous system PD in newborns, including methods for social adaptation

Implementation of research results. Based on the obtained scientific results, a comprehensive assessment of the diagnostic, treatment and rehabilitation tactics in children with perinatal lesions of the central nervous system is being improved:

A “Program for diagnosing and choosing tactics for managing children with febrile seizures” was developed (certificate of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan 8n-d / 332 dated November 13, 2019). The implementation of the program made it possible to record and monitor the diagnostic and treatment process in patients with central nervous system PP.

Methodological recommendations “An algorithm for managing newborns with perinatal damage to the nervous system” have been developed, which are implemented in practical health care (certificate of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan 8n-d / 332 of November 13, 2019). These guidelines contain recommendations for primary care physicians on the management of central nervous system hypoxic ischemic genesis.

The results of the study were introduced into the practice of healthcare, in particular in the first and second clinics of SamMI, in the Samarkand Regional Children's Multidisciplinary Medical Center (certificate of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan 8n-d / 332 of November 13, 2019). The results of the introduction made it possible to increase the accuracy and accelerate the detection of central nervous system PP in newborns, optimize treatment tactics, and reduce the risk of various complications and the level of disability of children.

Testing the results of the study. The results of this study were discussed at 10 scientific and practical conferences, including 5 international and 5 republican ones.

Publication of the results of the study. On the topic of the dissertation, 32 scientific papers were published, of which 7 journal articles, including 5 in national and 2 in foreign journals recommended by the Higher Attestation Commission of the Republic of Uzbekistan for the publication of the main scientific results of dissertations.

The structure and scope of the dissertation. The dissertation consists of introduction, 6 chapters, conclusion, list of used literature. The volume of text material is 120 pages. The bibliographic index includes 151 sources, 111 Russian-speaking and 40 foreign authors. The work is illustrated by 40 tables, 17 figures

**НАШР ҚИЛИНГАНИШЛАРРЎЙХАТИ
СПИСОКОПУБЛИКОВАННЫХРАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS**

I бўлим (Часть I; Part I)

1. Мавлянова З.Ф., Хамедова Ф.С., Игамова С.С. Некоторые аспекты медицинской реабилитации заболеваний нервной системы // Журнал «Проблемы биологии и медицины». г. Самарканд. №1 (82), 2015. Стр. 184-187. (14.00.00; №19).

2. Игамова С.С., Джурабекова А.Т., Иноятова Ф.Х. Гипоксией индуцированный фактор и его роль в развитии перинатальных поражений мозга // Журнал «Вестник Ташкентской медицинской академии». г. Ташкент. №3, 2019. Стр. 34-40 (14.00.00; №13).

3. Igamova S.S., Djurabekova A. Dynamics of psychomotor development of newborn children with perinatal disease of the nervous system // American Journal of Medicine and Medical Sciences. USA, 2020. 10 (4). P. 197-200. DOI: 10.5923/j.ajmms.20201004.04 (14.00.00; №2).

4. Игамова Л.Ш., Игамова С.С., Джурабекова А.Т., Халикова Ф.Х. «Варианты клинического течения последствий перинатальных гипоксических поражений ЦНС» // Журнал «Проблемы биологии и медицины». г. Самарканд. №1 (107), 2019. Стр. 39-41. (14.00.00; №19).

5. Игамова С.С., Джурабекова А.Т., Шомуродова Д.С., Ниезов Ш.Т. Основы эффективности оздоровительной методологии детей, перенесших перинатальное поражение ЦНС // Журнал «Вопросы науки и образования». №27 (76). г. Москва. 2019. Стр. 123-134. (№2. Journal IF – 0.11).

6. Игамова С.С., Джурабекова А.Т. Роль психомоторного развития новорожденных с ППНС гипоксического генеза // Журнал «Проблемы биологии и медицины». г. Самарканд. №1 (116), 2020. Стр. 40-42. (14.00.00; №19).

7. Игамова С.С., Джурабекова А.Т. «Перинатальное поражение нервной системы: диагностика, лечение, реабилитация» // Журнал «Вестник Ташкентской медицинской академии». №1, 2020. Стр. 37-41. (14.00.00; №13).

8. Djurabekova A., Gaybiyev A., Igamova S., Utaganova G. Neuroimmunological aspects of pathogenesis in children cerebral palsy // International Journal of Pharmaceutical Research. 2020. P. (№3. Scopus).

II бўлим (Часть II; Part II)

9. Игамова С.С., Джурабекова А.Т., Шомуродова Д.С. Алгоритм ведения новорожденных с перинатальными поражениями нервной системы // Методические рекомендации. Ташкент, 2019.

10. Игамова С.С., Джурабекова А.Т., Шамсиев Ж.А. Программа для диагностики и выбора тактики ведения детей с фебрильными судорогами.

Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан, 2017. № DGU 04345.

11. Игамова С.С., Хамедова Ф.С., Джурабекова А.Т. Тактика ведения детей с судорогами различного генеза // Проблемы биологии и медицины. №4 (8). Материалы научно-практической конференции с международным участием. “Актуальные проблемы медицинской реабилитации, физиотерапии и спортивной медицины”. Самарканд, 2014. С. 93-94.

12. Игамова С.С., Вязикова Н.Ф., Хамедова Ф.С. Электроэнцефалографические особенности эпилепсии в детском возрасте // Международный научный журнал “Инновационная наука”. Уфа, 2015. Том 2, №6. С. 236.

13. Jurayeva I., Igamova S. Epilepsy in children with hemiparetic form of cerebral palsy // Материалы II международного медико-фармацевтического конгресса студентов и молодых ученых. ХИСТ» Всеукраинский журнал молодых ученых. Выпуск 16. Черновцы, 2015. С. 221.

14. Igamova S.S. Khamedova F.S. Childhood outcomes after hypothermia for neonatal encephalopathy // Материалы III международного медико-фармацевтического конгресса студентов и молодых ученых. «ХИСТ» Всеукраинский журнал молодых ученых. Выпуск 18. Черновцы, 2016. С. 292.

15. Шамсиев Ж.А., Бобоеров К.Р., Игамова С.С. Диагностика судорожного синдрома у детей при перинатальных поражениях мозга // 5-Республиканская научно-практическая конференция с международным участием посвященная 70-летию кафедр детской хирургии. “Актуальные вопросы детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии”. Ташкент, 2017. С. 125.

16. Игамова С.С., Джурабекова А.Т., Жураева И. Частота встречаемости судорожных приступов при различных формах детского церебрального паралича // XXXII международная научная-практическая интернет-конференция. “Тенденции и перспективы развития науки и образования в условиях глобализации”. Переяслав-Хмельницкий, 2018. С. 572.

17. Igamova S.S. Efficiency of treatment of children under 1 year, transferred perinatal CNS lesion (PLCNS) in the conditions of the republican centre of social adaptation (RCSA) // BIMCO Journal - Abstract book. Черновцы, 2018. С. 231.

18. Игамова С.С., Базаров А.А., Джурабекова А.Т., Давронова Д.Ш. Дифференцированное лечение детей, перенесших перинатальный ЦНС, в условиях республиканского центра социальной адаптации (РЦСАД) // Материалы международной конференции “Социальная защита детей в Узбекистане: передовой отечественный и зарубежный опыт”. Ташкент, 2018. С. 37-38.

19. Игамова С.С., Ниязов Ш.Т. Показатели нейросонографии при перинатальных поражениях нервной системы гипоксии-ишемического генеза у детей // Проблемы биологии и медицины. № 4,1 (105). Материалы научно-практической конференции с международным участием. “Инновационные технологии в медицине”. Самарканд, 2018. С. 51.

20. Игамова С.С., Джурабекова А.Т., Шамсиев Ж.А. Программа для определения количественной оценки тактики ведения детей при фебрильных судорогах // 1-я международная научная и практическая конференция. “Информационные системы и технологии в медицине” ISM – 2018. Харьков, 2018. С. 153-155.

21. Игамова С.С., Шомуродова Д.С., Джурабекова А.Т. Зависимость риска развития гипоксии-ишемического поражения ЦНС у детей от экстрагенитальных заболеваний матери // // Неврология. – Ташкент, 2018. – №4. – С. 113–114.

22. Убайдов Д., Джурабекова А.Т., Игамова С.С. Методика корригирующего массажа у детей с ППНС // Проблемы биологии и медицины. №4 (104). Материалы научно-практической конференции с международным участием. “Инновационные технологии в медицине”. Самарканд, 2018. С. 152-153.

23. Игамова Л.Ш., Убайдов Д., Игамова С.С., Факторы риска последствий перинатальных гипоксических поражений ЦНС у детей // Проблемы биологии и медицины. №1,1 (108). Материалы научно-практической конференции с международным участием. «Актуальные проблемы современной медицины». Самарканд, 2019. С. 144.

24. Игамова С.С. Ведение детей, перенесших перинатальные поражения ЦНС в условиях Республиканского центра социальной адаптации (РЦСА) // “Тиббиетнинг долзарб муаммолари” мавзуидаги еш олимлар республика илмий-амалий конференцияси. Андижон, 2019. С. 544-545.

25. Igamova S., Djurabekova A. The basics of the effectiveness of the health-improving methodology of children undergoing perinatal CNS lesions // Неврология. №4 (80). Тезисы конференции “Актуальные проблемы неврологии”, посвященной 90-летию академика Н.М.Маджидова. Ташкент, 2019. С. 153.

26. Igamova S.S. Niyazov Sh.Sh., Djurabekova A. Management of children moved by perinatal deflections of the CNS under the conditions of the republican center for social adaptation // Сборник научных трудов II Международной научно-практической On-line конференции. «Актуальные вопросы медицинской науки в XXI веке. Ташкент, 2019. С. 19-20.

27. Игамова С.С., Джурабекова А.Т., Исанова Ш.Т. Динамика эффективности оздоровительных мероприятий детей до 1 года, перенесших перинатальные поражения центральной нервной системы, в условиях республиканского центра социальной адаптации // Сборник статей по материалам VII Международной научной конференции, посвященной 80-летию Пензенской области и 20-летию Медицинского института Пензенского государственного университета. “Актуальные проблемы медицинской науки и образования” Пенза, 2019. С. 245-247.

28. Гайбиев А.А., Файзимуродов Ф.Т., Игамова С.С. Особенности течения эпилепсии при различных формах ДЦП // Проблемы биологии и медицины. № 4,1 (114). Материалы научно-практической конференции с

международным участием. «Психоактуальные проблемы медицинской психологии и психиатрии». Самарканд, 2019. С. 34.

29. Шамсиев Ж.А., Игамова С.С., Бобоеров К.Р. Перинатальное поражение ЦНС у детей с хирургической патологией // VI съезд хирургов юга России с международным участием, посвященный 100-летию со дня рождения член-корреспондента РАМН, профессора П.П.Коваленко. Журнал «Медицинский вестник юга России». Том 10, №3, Ростов-на-Дону, 2019. С. 435-436.

30. Шамсиев Ж.А., Игамова С.С. Нейровизуализационные исследования у детей с внутренними пороками развития // VI съезд хирургов юга России с международным участием, посвященный 100-летию со дня рождения член-корреспондента РАМН, профессора П.П.Коваленко. Журнал «Медицинский вестник юга России». Том 10, №3, Ростов-на-Дону, 2019. С. 443-445.

31. Шамсиев Ж.А., Игамова С.С., Дадажанов У.Д. Показатели морфомирии ретикулоцитов у новорожденных с церебральной ишемией // VI съезд хирургов юга России с международным участием, посвященный 100-летию со дня рождения член-корреспондента РАМН, профессора П.П.Коваленко. Журнал «Медицинский вестник юга России». Том 10, №3, Ростов –на-Дону, 2019. С. 445-447.

32. Шамсиев Ж.А., Игамова С.С., Дадажанов У.Д. Миелопероксидазная активность нейтрофильных клеток крови новорожденных с церебральной ишемией // VI съезд хирургов юга России с международным участием, посвященный 100-летию со дня рождения член-корреспондента РАМН, профессора П.П.Коваленко. Журнал «Медицинский вестник юга России». Том 10, №3, Ростов –на-Дону, 2019. С. 447-448.

33. Игамова С.С., Шомуродова Д.С. Показатели морфометрии ретикулоцитов у новорождённых с гипоксии - ишемической энцефалопатией // “Тиббиётнинг долзарб муаммолари” мавзусидаги Республика ёш олимлар ва иқтидорли талабаларнинг илмий-амалий видеоконференция материаллари. Андижон, 2020. С. 248-249.

34. Игамова С.С., Шомуродова Д.С., Шамсиев Ш.Х. Джурабекова А.Т. Клинико-анамнестический анализ матерей детей с перинатальным поражением нервной системы // “Тиббиётнинг долзарб муаммолари” мавзусидаги Республика ёш олимлар ва иқтидорли талабаларнинг илмий-амалий видеоконференция материаллари. Андижон, 2020. С. 249-250.

35. Игамова С.С., Шомуродова Д.С., Джурабекова А.Т. Особенности развития детей до года рожденных от матерей с рассеянным склерозом // Proceedings of the 4th international scientific and practical conference. “Science and practice: implementation to modern society”. Manchester, Great Britain. 2020. С. 348-349.

Автореферат « _____ » журнали таҳририятида
таҳрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус ва инглиз тилларидаги матнлар ўзаро
мувофиқлаштирилди.

Бичими 60x84¹/₁₆. Рақамли босма усули. Times гарнитураси.
Шартли босма табағи: 3,6. Адади 100 нусха. Буюртма № 132.

Гувоҳнома № 10-3719

“Тошкент кимё технология институти” босмахонасида чоп этилган.
Босмахона манзили: 100011, Тошкент ш., Навоий кўчаси, 32-уй.