

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

БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

БОБОКУЛОВ ГУЛМУРОД ДИЛМУРОДОВИЧ

**ГЕМОРРАГИК ВА ИШЕМИК ИНСУЛТЛАРНИНГ ДИФФЕРЕНЦИАЛ
ДИАГНОСТИКАСИ, РЕАБИЛИТАЦИЯ ТАДБИРЛАРИНИ
ОПТИМАЛЛАШТИРИШ УСУЛЛАРИ**

14.00.13–Неврология

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

БУХОРО – 2021

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Бобокулов Гулмурод Дилмуродович

Геморрагик ва ишемик инсултларнинг дифференциал диагностикаси,
реабилитация тадбирларини оптималлаштириш

усуллари.....3

Бобокулов Гулмурод Дилмуродович

Дифференциальная диагностика геморрагического и ишемического
инсульта, пути оптимизации реабилитационных

мероприятий.....23

Bobokulov Gulmurod Dilmurodovich

Differential diagnosis of hemorrhagic and ischemic stroke, ways to optimize
rehabilitation measures

.....42

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ

List of published works46

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

БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

БОБОКУЛОВ ГУЛМУРОД ДИЛМУРОДОВИЧ

ГЕМОРРАГИК ВА ИШЕМИК ИНСУЛТЛАРНИНГ
ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ, РЕАБИЛИТАЦИЯ
ТАДБИРЛАРИНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ УСУЛЛАРИ

14.00.13–Неврология

ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD) ДИССЕРТАЦИЯСИ
АВТОРЕФЕРАТИ

БУХОРО– 2021

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида №B2021.3 PhD/Tib2112 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Бухоро давлат тиббиёт институтида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус ва инглиз (резюме)) илмий кенгаш веб-саҳифасида (www.bsmi.uz) ва «Ziyonet» ахборот-таълим порталида (www.ziyonet.uz) жойлаштирилган.

Илмий раҳбар

Ходжиева Дилбар Таджиевна
тиббиёт фанлари доктори

Расмий оппонентлар

Новикова Лилия Бариевна
тиббиёт фанлари доктори, профессор
(Россия Федерацияси)

Джурабекова Азиза Тахировна
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Етакчи ташкилот

Тошкент тиббиёт академияси

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

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

Диссертация автореферати 2021 йил «__» _____ куни тарқатилган.

(2021 йил «__» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси)

Г.А. Ихтиярова

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

С.С. Пўлатов

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

Г.А. Ихтиярова

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

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD)диссертацияси аннотацияси)
Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Инсулт касаллиги кўп йиллар давомида неврологиянинг муҳим тиббий ва иқтисодий муаммоларидан бири бўлиб келмоқда. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилотининг маълумотларига кўра, «...2018 йилга келиб, дунёда инсултдан ўлим даражаси 6,2 млн кишини ташкил этган, яъни ҳар 1000 аҳолига инсултнинг 1,0-3,0 ҳолати қайд этилган...».¹ Турли оғирлик даражасидаги когнитив бузилишлар миёда қон айланишининг ўткир бузилишини бошидан кечирган беморларнинг катта қисмида юзага келади ва функционал қайта тикланиш жараёнини секинлаштиради, такрорий инсулт ҳамда летал яқун хавфини оширади. Инсултдан қайта тикланиш даврида ҳам регресс, ҳам когнитив етишмовчиликнинг сезиларли даражада ўсиш эҳтимоли мавжуд.

Жаҳон миқёсида инсулт бўлган беморларда касалликнинг олдини олиш бўйича илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда. Церебрал инсулт (ЦИ) ни ташхислаш ва қиёсий ташхислаш босқичларини оптималлаштириш, инсулт билан оғриган беморларни даволаш характери ва тўлиқлигини асослаш ҳам хорижий, ҳам маҳаллий муаллифлар томонидан ўрганилган. Бу вазифалар, замонавий тиббий ёрдам даражасини янги даражага олиб чиқиш ва сифатли тиббий ёрдам кўрсатиш, замонавий технологиялардан фойдаланиш учун, инсултни ташхислаш ва оқибатларини даволашда илғор илмий тадқиқотлар ўтказиш мақсадида аҳоли учун ўта муҳим бўлиб ҳисобланади. Популяцияда бош миёда томир хасталиклари билан боғлиқ когнитив функциялар бузилишининг кенг тарқалганлиги, бутун жамиятнинг ҳолатига катта таъсир кўрсатади ва касбий, ижтимоий ва маиший соҳаларга мослашишда қийинчиликлар келтириб чиқарувчи, энг долзарб тиббий-ижтимоий муаммолардан бири ҳисобланади.

Бугунги кунда мамлакатимизда соғлиқ сақлаш соҳаси тубдан янгиланди. Бугунги кунда ЎзР тиббиётида долзарб муаммо, касалликларга эрта ташхис қўйиш, шунингдек уларнинг асоратларини камайтириш бўйича даволаш чораларини ишлаб чиқиш долзарб ҳисобланади. Ҳозирги вақтда, «...2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Ҳаракатлар стратегиясига кўра, мамлакат аҳолисига тиббий ёрдам кўрсатилишини янада яхшилаш кўзда тутилмоқда...».² Ҳозирги вақтда, ечимини кутаётган биринчи даражали вазифа – инсулт билан оғриган беморларга тиббий ёрдам кўрсатишнинг барча босқичларида ўз вақтида ташхисот, замонавий технологияларнинг қўлланишини кенгайтириш ҳисобига юқори малакали, сифатли тиббий ёрдам кўрсатиш ҳисобланади, бу аҳолининг турли қатламларида ҳаёт сифатини ошириш имконини берган.

¹WHO. World health statistics, 2013; WHO.Hearts: technical package for cardiovascular disease management in primary health care, 2018

²Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 20 июндаги «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017–2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги ПҚ–3071-сон Қарори.

Ушбу диссертация тадқиқоти маълум даражада, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йилнинг 7-февралдан “2017-2021-йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Ҳаракатлар стратегияси” ПФ-4947-сон фармони, 2017 йилнинг 20-июнидан “Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017-2021-йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги ПҚ-3071-сон қарори, 2018 йил 7 декабридан “Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида”ги ПФ-5590-сон фармони, 2018 йил 30 августидан “Аҳолига неврологик ёрдам кўрсатишни такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги ПҚ-3925-сон қарори, шунингдек ушбу соҳада қабул қилинган бошқа меъёрий-ҳужжатларда белгиланган вазифаларнинг бажарилишига хизмат қилади.

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

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Церебрал инсулт (ЦИ) ҳам дунёда, ҳам Ўзбекистонда клиник неврологиянинг муҳим муаммоларидан бири бўлиб келмоқда. Бу хасталикнинг аҳоли орасида кенг тарқалганлиги, ўлим ва ногиронлик ҳолатларининг кўплиги билан тушунтирилади, шу билан бирга ушбу кўрсаткичларнинг сўнгги йилларда ўсиши кузатилган [Сергеев Д. В., ва ҳаммуал., 2017; Макаров А.Ю. ва ҳаммуал., 2017]. ЦИ нинг Ўзбекистонда тез суръатда тарқалаётганлиги, мазкур патология оқибатида аҳоли орасида ногиронлик ва ўлим ҳолатларининг юқори фоизи, инсулт ташхисининг кутилаётган “ёшариш” тенденцияси, аҳолининг урбанизацияси ушбу мавзунинг долзарблигини аниқлаб берган [Икрамов А. И., 2017; Алиханова Н.М., 2018; Хайдарова Д.К. ва ҳаммуал., 2019].

Инсултнинг ишемик ёки геморрагик характерини муайян белгилар уйғунлиги бўйича ташхислаш мумкин. ЦИ ривожланишининг клиник кўриниши, одатда, ўчоқли белгилар тўсатдан вужудга келиши билан тавсифланади. Инсултга ўз вақтида ва тўғри ташхис қўйиш учун шифокор неврологик кўрик вақтида ушбу касалликка хос бўлган асосий клиник-неврологик синдромларни (ўчоқли, бутун мияда, менингеал) аниқлай олиши ва бу бўйича билимга эга бўлиши зарур [Логаткина А. В. ва ҳаммуал., 2017; Егорова Ю.В. ва ҳаммуал., 2017; Екушева Е.В., 2019]. Биринчи соатларда компьютер томографияси 100% ҳолатда инсултнинг геморрагик характерини, 60% ҳолатда эса – ишемик характерини белгилаш имконини беради. Бош миянинг МРТси неврологларга қон қуйилиши ва гематоманинг суратини олиш, мияда шиш белгиларини, улар силжиган ликвор ўтказувчи йўлларга қон тушганлигини аниқлаш имконини беради. Ишемик инсултда МРТинфаркт соҳасини, шу жумладан мия пояси соҳасининг суратини олиш, ликвор-динамик йўллар ва перифокал шишнинг силжиш белгиларини қайд этиш имконини беради. Ангиографик режимда у томирлар суратини

ноинвазив йўл билан олиш имконини беради [Логаткина А. В. ва ҳаммуал., 2017; Егорова Ю.В. ва ҳаммуал., 2017; Екушева Е.В., 2019].

Геморрагик инсултнинг анъанавий белгилари касалликнинг тўсатдан, апоплектиформ ривожланиши, ҳушдан кетиш ва неврологик белгиларнинг (одатда фалаж) бир онда содир бўлиши ҳисобланади. Мия инфарктига функцияларнинг тобора бузилиши, касаллик аввалида ҳушида бўлиш каби олдин келувчи белгилар хос. Бироқ хасталик камдан-кам ҳолатларда мазкур кўринишда кечади. Қатор ҳолатларда қон қуйилиши дастлаб ҳушдан кетиш билан кузатилмайди ва неврологик белгилар маълум вақт давомида ортиб боради. Ишемик инсултнинг ноодатий кечиши янада кўп учрайди, бунда у ўта ўткир бошланиши, бир онда миянинг бошқа функцияларини ҳам йўқолиши билан характерланади. Шунинг учун инсултнинг турига ташхис қўйиш учун, бошқа белгиларга эътибор бериш лозим [Туйчиева М.Г.и ҳаммуал., 2016; Сергеев Д.В. ., 2017; Шишкова В. ва ҳаммуал., 2019].

Геморрагик ва ишемик инсултнинг биринчи қиёсий ташхисотини ўтказиш муҳим вазифа ҳисобланади. Айтиб ўтиш лозимки, беморларнинг ушбу гуруҳига ёрдам кўрсатиш босқичларида реабилитация чораларидан фойдаланиш, реабилитация кўрсаткичларини яхшилаш, ҳаёт фаолиятида чекланишларни камайтириш, ҳамда беморларнинг ижтимоий-фойдали меҳнатга қайтариш имконини беради [Сергеева Т.В. ва ҳаммуал., 2019; Зайцева Е.В., Исакова Е.В., 2019]. Хасталикнинг ўткир давридан кейин реабилитация чора-тадбирларига риоя қилинган ҳолатда, энг замонавий ва қиммат даволаш ҳамда реабилитация усулларида эмас, кўплаб тиббиёт муассасаларида мавжуд шароитдан фойдаланиш реабилитация чораларининг самарадорлигини ошириш ва ЦИ ни бошидан ўтказган аксарият беморларни ногиронликсиз, мустақил ҳаётга қайтариш имконини беради [Дамулин И., ва ҳаммуал., 2017; Лопатина Т.Н., Терентьева О.В., 2019]. Шу билан бирга, мамлакатимизнинг аксарият аҳолиси, доимий яшаш жойидан қатъи назар, инсултдан кейин бузилган функцияларни қайта тиклашнинг янги усуллари ва умуман, реабилитациядан фойдаланиш имкониятига эга бўлиши даркор.

Диссертация мавзусининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Ушбу диссертация иши Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институтининг №03.2019.PhD .048 “Бухоро ҳудуди иссиқ иқлими шароитида организмнинг патология олди ва патологик ҳолатларини эрта ташхислаш, даволаш ва олдини олишга қаратилган янги ёндашувларни ишлаб чиқиш (2017–2021 йй.)” мавзусидаги илмий-тадқиқот ишлари режаси доирасида бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади: ишемик ва геморрагик инсулт билан касалланган беморлар учун дифференциал диагностика мезонлари, реабилитация қайта тиклаш чораларини оптималлаштиришдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

церебрал инсултларнинг турига боғлиқ равишда, клиник-функционал ўзига хос хусусиятларини аниқлаш;

геморрагик ва ишемик инсултда оқ модданинг микротузилмали ўзгаришларини тўлақонли баҳолаш учун МРТ-трактография кўрсаткичларининг ўзига хос жиҳатларини аниқлаш;

геморрагик ва ишемик инсултларнинг дифференциал диагностика мезонларини ишлаб чиқиш;

геморрагик ва ишемик инсулт билан касалланган беморларда интраназал кортексин ва БҚА-терапия қўлланганида, уларнинг мослашувини баҳолаш, ҳамда беморлар орасида реабилитациянинг қайта тиклаш чораларини оптималлаштиришдан иборат.

Тадқиқотнинг объекти сифатида геморрагик ва ишемик инсулт билан касалланган 147 нафар беморни клиник текшириш ва даволашни проспектив таҳлил қилиш маълумотлари олинган.

Тадқиқотнинг предмети церебрал томирлар, хусусан экстракраниал томирларнинг йўлини клиник, нейровизуализация, ултратовушли, ултратовушли доплерография усулида текшириш натижалари бўлган.

Тадқиқотнинг усуллари: клиник-неврологик, нейровизуал, ултратовушли, клиник-биокимёвий лаборатория усуллари, нейропсихологик текширув, касаллик тарихининг таҳлили ва статистик тадқиқот усулларидан фойдаланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

илк бор мия қобиғи ва орқа мия йўлларида фракцион анизотропия -FA қийматини баҳолаган ҳолда, церебрал инсултнинг ўткир даврининг кечиши ўрганилиб, олинган натижалар предикторлари қайд этилган ва геморрагик инсулт rFA 0,7 дан паст, ишемик инсулт учун эса rFA 0,7 дан баландлиги исботланган;

илк бор оқ моддада микротузилмали ўзгаришларни баҳолаш учун церебрал инсултларнинг диффуз-тензор Магнит-резонансли томография орқали касалликнинг қиёсий таъхислаш мезонлари аниқланган;

церебрал инсулт касаллигининг нейровизуал тадқиқот натижаларини қиёслаш патологик ўзгаришларнинг учраш даражаси, характери, тузилиши, сабаблари ва ривожланишида ўзига хос хусусиятларга эга эканлиги аниқланган;

интраназал кортексин ва биологик қайта алоқа-терапия қўлланилганда неврологик бузилишларнинг қиёсий натижаларининг ижобий динамикаси аниқланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

диффузион-тензорли магнит-резонансли томография да rFA анинг аниқланиши, ишемик ва геморрагик инсултни қиёсий баҳолашда қўшимча мезон сифатида тақлиф қилиниши аниқланган;

церебрал инсултнинг диффузион-тензорли МРТ текширувидаги неврологик бузилишларнинг (мия қобиғи ва орқа мия йўллари) ҳолатини обектив баҳолаш, текширув усулларида бири сифатида қўлланилиши аниқланган;

церебрал инсултни эрта тиклаш даврида биологик қайта алоқа-терапия ва кортексинни интраназал қўллаш, реабилитацияда даволаш тартиби сифатида қўлланилиши тавсия этилган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги тадқиқотларда бир-бирини тўлдирувчи олинган натижалар ва назарий методлар қўлланилиши, ўтказилган тадқиқотларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, текширилган беморларнинг етарли миқдори, чет эл ва мамлакатимизда ўтказилган тадқиқотларнинг солиштирилиши, шунингдек олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан берилган хулосалар билан тасдиқланган.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти геморрагик ва ишемик инсултларнинг қиёсий ташхисоти, реабилитация тадбирларини оптималлаштиришдан ташқари, уларни даволашда мос келадиган даволаш турини танлаш имконини беради, ҳамда беморларнинг психологик ва жисмоний лаёқатини ошириш ва меҳнат қобилиятини тиклаш билан изоҳланган.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти геморрагик ва ишемик инсулт билан касалланган беморларни аниқлаш, касаллик асоратланган шакли ривожланишининг олдини олиш, ҳамда унинг эрта даврида реабилитацион –тикловчи чораларини амалга ошириш, шунингдек, йўқотилган меҳнатга лаёқатсиз кунларнинг камайиши орқали изоҳланган.

Тадқиқот натижаларинининг жорий қилиниши.

Геморрагик ва ишемик инсултларнинг дифференциал диагностикаси, реабилитация тадбирларини оптималлаштириш усуллари бўйича олинган илмий натижалар асосидақуйидагилар яратилди:

“Ишемик ва геморрагик инсултларни дифференциал диагностикасининг алгоритми” услубий тавсияномаси (Соғлиқни Сақлаш Вазирлигининг 2021-йил 12 октябрдан №8н-р/892-сон хулосаси) тасдиқланган. Мияга қон қўйилишининг ўткир бузилишини клиник белгиларидан ташқари, дифференциал диагностика учун клиник ва ускунавий текширув усуллариининг натижаларидан фойдаланиш имконини берган;

“Инсулт ҳолатидан эрта қайта тиклаш даврида томирда когнитив бузилишларни даволашни оптималлаштириш усули” услубий тавсияномаси (Соғлиқни Сақлаш Вазирлигининг 2021-йил 10 октябрдан №8н-р/893-сон хулосаси) тасдиқланган. Беморларни комплекс даволашда интраназал Кортексин ва БҚА-терапиясининг тайинланиши неврологик клиник белгиларни ифодали камайтириш имконини берган;

илмий ишнинг натижалари, Бухоро вилояти ва Бухоро шаҳар кўп тармоқли тиббиёт марказининг неврология бўлимлари, СаМТИ 1-клиникасининг амалиётига тадбиқ қилинган (Соғлиқни Сақлаш Вазирлигининг 2021-йил 26-октябрдан №8н-з/384-сон хулосаси). Комплекс даволашда интраназал Кортексин ва БҚА-терапиясининг қўлланилиши неврологик клиник белгиларни ифодали камайтириш имконини берган. ЦИ билан касалланган беморларда неврологик белгилар, шунингдек когнитив бузилишлар интраназал кортексин ва БҚА-терапия қўлланилиши фониди

ижобий динамикани кўрсатди, церебрал белгиларнинг жами 48% га регресси қайд этилиб, неврологик кўрсаткичларнинг регресси эса ўртача 32% ни ташкил этди.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 7 та илмий-амалий анжуманларда, жумладан, 4 та халқаро ва 3 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 17 та илмий иш чоп этилган, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг докторлик диссертациялари асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 10 та мақола, жумладан, 5таси республика ва 5 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг ҳажми ва тузилиши. Диссертация таркиби кириш, тўртта боб, хотима, хулосалар, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 112 бетни ташкил этади.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

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

Диссертациянинг биринчи бобида **«Церебрал инсултларда патогенез, диагностика ва нейропротекция масалаларининг замонавий ҳолати»** олиб борилган тадқиқотлар натижалари, хорижий ва маҳаллий адабиётлар таҳлили батафсил ёритилган. Шунингдек, тадқиқотлар мақсадидан келиб чиққан ҳолда адабиётлар шарҳида геморрагик ва ишемик инсултлар муаммосининг замонавий ҳолати тўғрисида маълумотлар келтирилган. Ишемик инсулт ўчоқли церебрал ишемия эволюцияси билан сезилмас функционал ўзгаришлардан бошлаб, миянинг қайта тикланмас тузилмали шикастланиши – некроз ҳолатигача олиб келиниши таҳлили келтирилган.

Диссертациянинг иккинчи бобида **«Геморрагик ва ишемик инсултларнинг дифференциал диагностика ва реабилитацияси бўйича беморларнинг клиник тавсифи ва тадқиқотнинг усуллари»** геморрагик ва ишемик инсултларнинг қиёсий таҳхисот ва реабилитация тадбирлари бўйича текширув материаллари ва усуллари баён этилган.

Тадқиқотларнинг асосига жами олинган инсулт билан касалланган 147 нафар беморни текшириш маълумотлари аниқланган. Тадқиқотнинг мақсадига эришиш ва қўйилган вазифаларни ечиш учун умумий клиник, лаборатор ва ускунавий тадқиқот усулларида фойдаланилган. Ишемик (81

нафар бемор) ва геморрагик (66 нафар бемор) турдаги мияда қон айланишининг ўткир бузилиши (МҚАЎБ) билан хасталанган 147 нафар бемор кузатув остида бўлган.

Кириши мезонлари: беморнинг ёши 40 дан катта, ишемик ва геморрагик инсулт; ЦИнинг ўткир ва эрта қайта тикланиш даври; бемор ёки унинг қариндошлари томонидан тадқиқотда иштирок этиш учун келишувнинг имзоланиши.

Чиқариши мезонлари: беморларнинг ёши 40 дан кичик; тадқиқотда иштирок этишдан бош тортиш, тадқиқот даврида ЦИнинг летал ҳолатлари, метаболик, токсик, дори-дармон энцефалопатиялари, Паркинсон касаллиги, Альцгеймер хасталиги, эпилепсия, бош мия жароҳатлари, марказий асаб тизими (МАТ) нинг инфекцияли, демиелинизирловчи, ирсий-дегенератив касалликлари ҳамда соматик патологиянинг декомпенсация босқичидаги беморлар.

Такрорий инсултлар учраш даражаси бўйича бирламчи инсулт устунлик қилган – 80%, такрорий инсулт- 20% беморларда ривожланди. Ишемик тури бўйича бирламчи инсултга -52,79% ҳолатда, такрорий ишемик инсултга -17,57% ҳолатда ташхис қўйилган. Бирламчи геморрагик инсулт текширилган беморларнинг умумий сонидан -27,3% беморда, такрорий инсулт эса- 2,33% беморда ривожланган. Такрорий инсулт бирламчи эпизод бошланганидан 28 кундан кейин ривожланган ҳолатда қайд этилди. Дастлабки кунлар давомида 61,9% бемор шифохонага ётқизилди. ИИ билан оғриган беморларнинг ҳиссаси -55,6% ни, ГИ бўлган беморлар – 69,7% ни ташкил этди. Касалликнинг биринчи 3-6 соатида -17,7% бемор шифохонага ётқизилди, улардан ИИ – 23,5% ва ГИ-10,6% ни ташкил этди. 38,1% беморлар касаллик бошланганидан 24 соат ўтиб шифохонага ётқизилди, улар орасида ИИ – 30,3%, ГИ – 44,4%ни ташкил этган.

Ўтказилган терапиянинг турига боғлиқ равишда беморлар 2 та даволаш гуруҳларига ажратилган:

1-гуруҳни – ЦИни бошидан ўтказган, кортексиннинг интраназал қўлланиши ва БҚА-терапиянинг билан базис терапия (ЎзР ССВ инсулт ва диагностика стандартлари, 2008-йил) олган 74 нафар бемор ташкил қилди. кортексин аралашмасини интраназал юбориш учун аппарат “Поток1” электрофарезидан фойдаланилган. Дастлаб 10 мг кортексин 1мл- 0,9% NaCl аралашмаси билан эритилади. Бемор ётган ҳолда иккала бурун бўлиғига 5 томчидан томизилади, кейин тоза ва хўлланган пликчали электродлар иккала бурун бўшлиғига киритилади. Дастлаб биринчи уч кун муолажа 1 мА ток кучида 5-7 дақиқа, кейинги муолажалар 3 мА ток кучида 5-7 дақиқа давом этди, муолажа кунига бир марта бажарилади. Ўтказилган муолажалар миқдори 7-10 кунни ташкил этган.

1-гуруҳ иккита кичик гуруҳларга ажратилди: 1А кичик гуруҳни – ГИ ни бошидан ўтказган 33 нафар бемор; 1Б кичик гуруҳни – ИИ ни бошидан ўтказган 41 нафар бемор ташкил этган.

2-гурух– анъанавий даволаш усулида олиб борилган 73 нафар беморни ташкил этган.

Базис терапия асосий касалликни даволаш учун дори-воситалар ва у билан мос келувчи бошқа дори воситаларини ўз ичига олган, хусусан, кўрсатмалар бўйича гипотензив, антиагрегант ва гиполипидемик воситаларни ташкил этган. 2-гурух, шунингдек 2 та кичик гуруҳга бўлинган: 2А гуруҳни– ГИ ни бошидан ўтказган 33 нафар бемор; 2Б кичик гуруҳни – ИИ ни бошидан ўтказган 40 нафар бемор ташкил этган.

Статистик маълумотларни ишончилигини баҳолаш учун тўртта асосий асосий кўрсаткич қабул қилинган: юқори – $p < 0.001$, ўрта – $p < 0,010$, пастки – $p < 0,050$, ишончсиз – $p > 0,050$. Корреляцион алоқани аниқлаш учун Кэнделл усули қўлланилди, баҳолаш эса унинг (белгининг) абсолютга йўналганлигини ҳисобга олиб ўтказилди.

Диссертациянинг учинчи бобида «**Ишемик ва геморрагик инсултларни қиёсий ташхисотининг алгоритми**» ИИ билан касалланган беморлар орасида этиологик омилларни ҳисобга олган ҳолда, инсултни АБ фониди бошидан кечирган 71,6% бемор ажратилган, 32,1% беморда ҚД, 16% беморда варикоз касаллиги кузатилган. Мазкур контингентдан 28,4% беморда инсултнинг сабаби ЮИК бўлди. ГИ нинг асосий сабаби, АБ нинг ошиши кузатувдагиларнинг 100% ида аниқланган. АБ ва ЮИК уйғунлиги 39,4% беморларда қайд этилди. 2-турдаги ҚД -39,4% беморларда кузатилган.

Жойлашуви бўйича мия ичидаги гематомалар қуйидагича тақсимланди: пешана гематомалари 31,8% ни (66 нафар бемордан 21 нафарида); медиал 24,2% (66 нафар бемордан 16 нафари); латерал ва аралаш мия ичи гематомаси 28,8% (66 нафар бемордан 19 нафарида); кичик мияча ичи гематомалари 9,1% (66 нафар бемордан 6 нафарида), бош мия пояси гематомалари 6,1% (66 нафар бемордан 4 нафарида) ни ташкил қилган.

Ўрганилаётган беморларнинг 13,6% (66 нафар бемордан 9 нафарида) да 50 мл дан зиёд кўп миқдорда қон қуйилиши аниқланди, 31,8% беморда (66 нафардан 21 нафар беморда) – ўртача гематомалар (20-50 мл) ва 54,5% ҳолатда (66 нафардан 36 нафарида) – кичик ўлчамли гематомалар (20 мл гача) аниқланди.

ИИ нинг турлари бўйича тақсимланишга кўра, гемодинамик аҳамиятга эга (брахиоцефал артерияси) БЦА стенозининг аниқланган аломатлари билан атеротромботик тури 27,2% беморларда (81 нафар бемордан 22 тасида) аниқланди, кардиоэмболик тури 30,9% (81 нафар бемордан 25 таси) ҳолатда қайд этилди, бунинг сабаби аксарият ҳолатларда юрак бўлмасининг фибрилляцияси (ЮФ) бўлди. Кўпроқ симптомли стеноз ва ЮФ ни уйғунлаштирувчи аниқланмаган тури 23,5% (81 нафар бемордан 19 тасида) ҳолатда қайд этилди, 23,5% беморда (81 нафар бемордан 19 тасида) – бошқа этиологияли ишемик инсулт белгиланди, улар орасидан 9,9% беморда лакунар турга ташхис қўйилди (81 нафар бемордан 8 тасида), 1,2% ҳолатда – гемодинамик (81 нафар бемордан 1 тасида) ва 7,4% ҳолатда (81 нафар бемордан 6 тасида) инсултнинг сабаби аниқланмади.

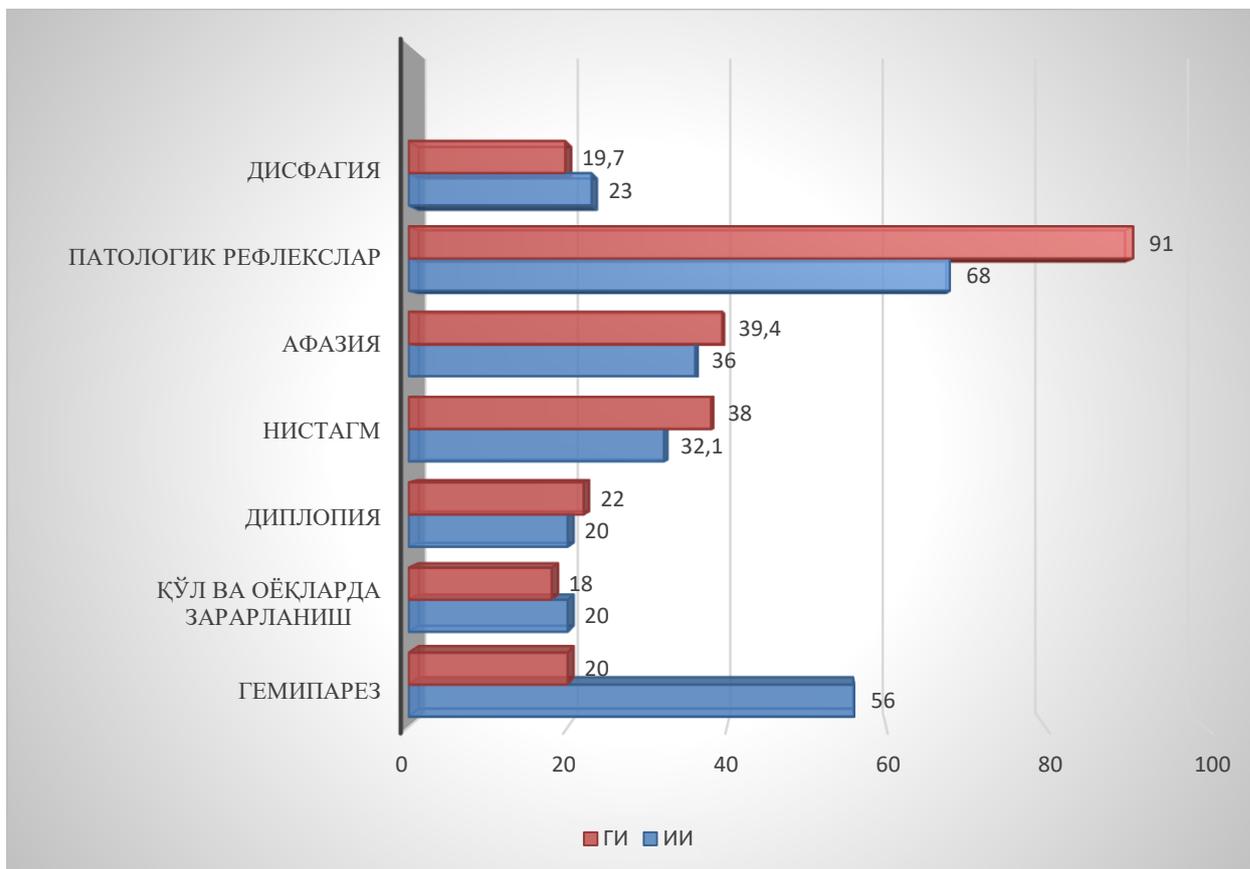
Церебрал гемодинамиканинг энг заиф бассейни уйку артериялар тизими бўлди. 37 нафар беморда (45,7%) ИИ чап каротид бассейнда ривожланди, 36 нафар (44,4%) беморда эса – ўнг каротид бассейнда, 8 нафар беморда (9,9%) эса – вертебробазилар бассейнда кузатилди. Шу билан бирга, чап каротид бассейнда ИИ ривожланиш тенденцияси ҳам эркаклар, ҳам аёлларда сезиларли равишда қайд этилган.

Ўлчамлари бўйича ўрта (81 нафар бемордан 23 нафариди) ва катта ўлчамлардаги (81 нафар бемордан 22 нафариди) ишемик ўчоқлар устунлик қилади. Кичик инсултлар 25,9% (81 нафар бемордан 21 тасида) беморларда қайд этилди. Кенг ишемик жароҳатланишлар 18,5% ҳолатда (81 нафар бемордан 15 тасида) учради. Ишемик зарарланиш ўчоғининг ўрта ўлчамлари $385 \pm 1,5$ мм ни ташкил қилган.

ГИ бўлган беморларда (80%) инсулт кундузги вақтда ўткир ривожланган, бу вақтда ИИ 85% ҳолатда (81 нафар бемордан 63 тасида) инсулт тунги вақтда ёки эрталаб ривожланган. Ўтказилган тадқиқотлар натижасига кўра 27 нафар (56,3%) эркак беморларда ГИ ўнг каротид бассейн тизимида ривожланди, 16 (33,3%) ҳолатда – ГИ нинг ўчоғи чап уйку артериясининг бассейнида кузатилди ва 5 (10,4%) ҳолатда – асосий артерия бассейнида қайд этилди. Бемор аёлларнинг аксариятида (55,6%) ГИ чап каротид бассейн тизимида ривожланди, 33,3% аёлда – ўнг каротид бассейнда ва 2 (11,1%) ҳолатда – умумий уйку артерияси тизимида ривожланган.

20 нафар беморда (30,3%) қон қуйилиши ликвор ўтказувчи тизимга ўтиши билан кузатилди ва бу 26 нафар (54,2%) эркакларда устунлик қилди.

Қуйидаги ўчоқли неврологик белгилар ишемик инсултда аниқланган: гемипарез 56%, диплопия 20%, қўл ва оёқда зарарланишлар 20%, афазия 36%, патологик рефлекслар 68%, дисфагия 23% ва нистагм 32,1%, ни ташкил этган бўлса, геморрагик инсултда эса: гемипарез 20%, диплопия 22%, қўл ва оёқда зарарланишлар 18%, афазия 39,4%, нистагм 38%, дисфагия 19,7% ва патологик рефлекслари 91% ҳолатда кузатилган (1-расм).



1-расм. ГИ ва ИИ билан касалланган беморлар орасида ўчоқли неврологик белгиларнинг аниқланиш даражаси

NIHSS ўлчовининг қийматларини ҳисобга олиб, неврологик етишмовчилик маълумотларига кўра, ИИ билан қабул қилинган беморлар орасида 29,6% да инсултнинг энгил шакли қайд этилган, бу вақтда ГИ бўлган беморларнинг 21,2% да касалликнинг энгил шакли кузатилди, ИИ бўлган беморларнинг 30,9% ва ГИ бўлган беморларнинг 19,7% ўрта даражали инсулт, ҳамда ИИ бўлган беморларнинг 39,5% ва ГИ бўлган беморларнинг 59,1% да касалликнинг оғир шакли аниқланди. ГИ да ярмидан кўп ҳолатларда оғир неврологик етишмовчилик кузатилганлиги белгиланди. Геморрагик инсултда ҳуш бузилишининг оғирлиги юқори (60,6%, 66 нафар бемордан 40 нафариди), ишемик инсултда эса 44,4% (81 нафар бемордан 36 тасида) ни ташкил этади. ГИ билан қабул қилинган 60,6% беморлар кома ҳолатида бўлди, бу вақтда ИИ билан қабул қилинган беморлар орасида бу миқдор 4,9 марта паст бўлиб, 12,3% ни (81 нафар бемордан 10 тасида) ташкил этди, бу ишончли характерга эга бўлди, қисқа муддатга беҳушлик, ИИ бўлган беморларнинг 32,1% (81 нафар бемордан 26 таси) да кузатилди, ГИ бўлган беморларнинг 39,4% (66 нафардан 26 таси) қарахт ҳолатда қабул қилинган. ИИ бўлган 55,6% беморларда (81 тадан 45 тасида) эс-ҳушининг бузилмаслиги ҳолати билан қабул қилинди. Ишемик инсултда тери қопламлари – оқ ёки табиий рангда, бу вақтда геморрагик инсултда улар – қизарган рангда кўринади. Кўз соққасининг сузувчи ҳаракатлари ГИ бўлган беморларда 21,2% (66 нафардан 14 тасида), эпилептик тутқаноқлар 6,1% (66

нафардан 4 тасида) беморларда кузатилди, менингиал белгилар эсаб,1% беморларда қайд этилган (66 нафардан 4 тасида).

Шундай қилиб, ташхис анамнезнинг яхшилаб ўрганилиши, хавфли омилларини аниқлаш ҳамда клиник маълумотлар, айнан нерологик аломатларнинг таҳлилига асосланади. Инсултларнинг клиник кўринишлари турли-туман ва кўп жиҳатдан мия зарарланиши қайси томир ҳавзасида содир бўлганлиги ва унинг характери билан аниқланган (ишемия ёки геморрагик).

ИИнинг ўткир босқичида (0 – 5 кунгача) 24 нафар беморлар орасида МРТ текширув усули, биринчи навбатда миянинг цитотоксик ва вазоген шишининг ривожланиши туфайли келиб чиққан, бош мия паренхимасидаги бузилишларни аниқлаш имконини берди. Шу билан бирга шикастланиш ўчоқлари Т2-ВИ да аниқ кўринди ва сигналнинг юқори интенсивлиги бўлган соҳалар кўринишига эга бўлди, бу вақтда Т1-ВИ да кам интенсивликдаги сигналларни аниқлади. Ишемик инсултнинг эрта даврларида шикастланиш ўчоқларини чегаралари ноаниқлиги ва “хиралиги” кўринишидаги ўзгаришларнинг ўзига хослиги диққатни ўзига тортган.

Варолий кўприги соҳасида чап томонда Т2-ВИ да диаметри 0,8 см юқори сигнал ўчоғи кўринади. Т2-ВИ да 0,6 см гача юқори сигнал ўчоқлари перивентрикуляр аниқланади. Миянинг қоринчалари, субарахноидал соҳанинг мўтадил кенгайганлиги кўринади.45 нафар беморда ишемик инсултдан эрта қайта тикланиш даврида Т2-ВИ да инфарктнинг аниқ чегараларга эга соҳалари кузатилади, уларда сигнал интенсивлиги юқори бўлади. Т1-ВИ да гипointенсивлик фонида баъзида протеиннинг юқори микдори билан боғлиқ, майда баланд сигнал соҳалари аниқланади. Варолий кўприги соҳасида чап томонда 2,1x1,2x1,2 см Т2-Ви да юқори сигнал соҳаси ва Т1-ВИ да паст сигнал соҳалари аниқланади. Иккала томондан перивентрикуляр ва субкортикал тарзда Т2-ВИ да 0,6 см гача юқори сигнал ўчоқлари, жойларда қўшилган характерда, ён қоринчаларнинг орқа шохларида шишлар мавжуд бўлади. Миянинг қоринчалари, субарахноидал соҳа мўтадил кенгайган бўлган.

Касаллик 21 кундан ортиқ давом этаётганда, ИИ бўлган 29 нафар беморда шиш абсорбцияси натижасида некротик соҳалар аниқ чегараланди. Бунда МР-томограммаларда шикастланиш соҳасининг ўлчамлари кичрайди ва аниқ чегаралар ҳосил қилди. Натижада некротик массалар резорбцияланади ва уларнинг ўрнини глиоз тўқималар эгаллайди ва киста шаклланади. Бунда Т1-ВИ да глиоз сигнал юқори интенсивликда бўлган соҳа сифатида аниқланади, бу вақтда киста сигналнинг паст интенсивлигига эга бўлади, у ликвор суюқлиги билан боғлиқ бўлиб, Т2-ВИ да глиоз ва киста бир хил интенсивликда кўринган.

ГИнинг МРТ кўриниши, гематома тасвирининг контрасти гемоглобиннинг оксидланиш маҳсулотлари (оксигемоглобин, деоксигемоглобин, метгемоглобин, гемосидерин) мавжудлиги, уларнинг парамагнит хоссалари ва Т1 ва Т2 релаксация вақтининг таъсири билан аниқланиши туфайли ўзига хос жиҳатларга эга. ГИнинг эрта даврига, оксигемоглобиннинг деоксигемоглобинга айланиши ҳисобига Т2-ВИ да

коннинг гипоинтенсив сурати хос бўлган. Бу даврда эритроцитлар парчаланмай қолади. Деоксигемоглобин T1-томограммаларда бош миёда оқ моддага изоинтенсив ёки кўтарилиш тенденциясига эга бўлади. Гемоглобиннинг ўзгариш жараёни перифериядан марказга қараб боради, шунинг учун T1- ва T2-ВИ да эрта босқичда қон қуйилиши ҳалқасимон шаклга эга бўлади, бунда гипоинтенсивлик соҳаси гиперинтенсивлик соҳаси билан ўралган бўлади. ГИнинг эрта қайта тикланиш даврида (> 14 сутка) гипоинтенсивлик соҳаси перифериядан марказга қараб катталашади, гипоинтенсивлик сигнали T1- ва T2-ВИга хос бўлган.

Кейинги босқичда биз, оқ модданинг микроузилмали ўзгаришларини батафсилроқ баҳолаш учун диффузион-тензор МРТ (ДТ МРТ) дан фойдаланиб, бош миёда МРТ кўрсаткичларини таҳлил қилдик. 25 нафар кўнгиллиларда ва 40 нафар церебрал инсулт бўлган беморларда текширувлар ўтказилди, улардан 20 нафариди ИИ ва 20 нафариди ГИ ташхис қўйилди. Назорат гуруҳидаги кўнгиллиларнинг миё қобиғи ва орқа миё йўллари соҳасида, ўнг ва чап яримшарларда rFA қийматлари аниқланганида 3.1-жадвалда келтирилган, қуйидаги кўрсаткичлар аниқланди(1-жадвал).

1-жадвал

Назорат гуруҳидаги кўнгиллиларда миё қобиғи ва орқа миё йўллари соҳасида FA кўрсаткичлари

Қизиқиш соҳалари	FA	
	Ўнг яримшар	Чап яримшар
Ички капсуланинг орқа сони	0,634±0,012 [0,618;0,655]	0,633±0,013 [0,606;0,645]
Миё оёқчаси	0,686±0,014 [0,673;0,714]	0,693±0,013 [0,659;0,703]
Миё кўприги	0,504±0,012 [0,460;0,541]	0,507±0,011 [0,467;0,554]

Олинган маълумотларнинг таҳлили, мос келувчи даражаларда, назорат гуруҳидаги кўнгиллиларнинг ўнг ва чап яримшарларида rFA кўрсаткичлари ўртасида статистик аҳамиятга эга фарқ аниқланмаганлигини кўрсатди. Шу билан бирга ИИ бўлган беморлар гуруҳида бош миё қобиғи ва орқа миё йўллари соҳасида rFA қийматлари таққосланганида контра- ва ипсилатерал томонлар ўртасида, 14-15 кунда контра- ва ипсилатерал бош миё қобиғи ва орқа миё йўллари ўртасида rFA кўрсаткичлари ўртасидаги фарқ ишончли бўлди. Шунини таъкидлаш жоизки, ГИ бўлган беморларда миё қобиғи ва орқа миё трактлари соҳасида rFA кўрсаткичлари ИИ бўлган беморлардан олинган маълумотларга нисбатан ишончли паст бўлди. Шу билан бирга, ИИ бўлган беморлар гуруҳида ўткир даврда, контра- ва ипсилатерал томонлар ўртасида, миё қобиғи ва орқа миё йўллари соҳасида FA қийматлари билан контра- ва ипсилатерал миё қобиғи ва орқа миё йўллари ўртасида rFA кўрсаткичлари орасида фарқ ишончли бўлган.

Шу даражаларда ва мос келувчи муддатларда церебрал инсулт бўлган беморлар учун rFA кўрсаткичларининг мутлақ кўрсаткичларидан ташқари, rFA нисбий катталикларида ўзгаришлар баҳоланди (инфаркт томонда pFA=rFA /инфаркт бўлмаган томонда ФА), rFA кўрсаткичлари церебрал инсултнинг турига боғлиқ равишда, ОСИК, мия оёқчаси ва мия кўприги даражасида, ипси- ва контралатерал томонда, мия қобиғи ва орқа мия йўллари учун rFA кўрсаткичларининг умумий ўзгариш қонуниятини очик кўрсатиб беради. Келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики, ГИ бўлган беморларда, ИИ бўлган беморлар билан таққослаганда rFA қийматларининг ишончли камайиши белгиланди. Шу билан бирга, ИИ бўлган беморлар учун rFA 0,7 дан юқори кўрсаткичга мос бўлди, бу вақтда ГИ бўлган беморларда бу кўрсаткич 0,7 дан камни ташкил этган.

ИИ бўлган беморларда ЭКГ ўзгаришларининг таҳлили шуни кўрсатдики, биринчи текширувда юрак фаолиятидаги ўзгаришлар фақат 7 нафар (8,6%) беморларда кузатилмади ва 17,3% беморларда (14/81) тахикардия ҳолати кузатилди, кам ҳолатларда брадикардия – 6,2% (5/81) беморда ва қоринчалар экстрасистолияси 8,6% (7/81) беморда кузатилди. Ўтказувчанлик функциясининг бузилиши беморларда атриовентрикуляр (АВ) ўтказувчанликнинг секинлашиши (6,2% беморларда (5/81)) ва Q – Т интервалнинг узайиши (12,3% (10/81) беморларда) кўринишида рўйхатга олинди. Энг кўп ҳолатда S – Т сегмент ва Т тишча ўзгаришлари қайд этилди, улар реполяризация жараёнларининг бузилиши деб аталади. S – Т сегментда ўзгаришлар 16 нафар (19,8%) беморларда депрессия кўринишида белгиланди. Энг кўп учраган феномен Т манфий тишча бўлди – 33 нафар (40,7%) беморларда кузатилган.

Тахикардия, экстрасистолия, Q – Т интервалнинг узайиши каби ўзгаришларни динамикада баҳолаганимизда, улар регрессланиш тенденциясига эга бўлганлигини аниқладик. S – Т сегмент ва Т тишча томонда ўзгаришлар даражаси камаймади, S – Т сегментда депрессия даражаси эса 25,9% га (21/81) ошган.

ГИ бўлган беморлар текширилганда, улар орасида 66 нафар беморда юрак фаолиятида ўзгаришларнинг баҳоланиши, тахикардия ва экстрасистолия, ИИ бўлган беморларга қараганда бирмунча кўп учраганлигини кўрсатди. АВ-ўтказувчанликнинг секинлашуви ва Q – Т интервалнинг узайиши кўринишидаги ўтказувчанликда бузилишлар ИИ бўлган беморлар билан таққослаганда 2 мартадан ортиқ эканлиги (12,3 ва 27,3% (18/66)) кузатилди. 1 ва 3-кунда рўйхатга олинган беморларда, S – Т сегментининг депрессияси Т манфий тишчаси ИИ билан таққосланганда бирмунча кам кузатилди, 9,1% (6/66) ва 31,8% (21/66) беморлар такрорий рўйхатга олинганда бу ўзгаришлар регрессланмади, аксинча, уларнинг мос равишда учраш даражаси 21,2% (14/66) ва 33,3% (22/66) гача ошган.

ИИ бўлган беморларда кам миқдорда лейкоцитоз ва лимпопения кузатилди, бу вақтда ГИ да нейтрофиллар нисбий миқдорининг ортиши ва лимфоцитларнинг камайиши белгиланган, яъни Кребсс индекси ортган (нейтрофиллар сонининг лимфоцитлар сонига нисбати), у ўртача 4,9 ни

ташқил этиб, баъзи ҳолатларда 7 гача чиққан. Олинган маълумотлар миёга қон қуйилишига хосдир.

Биокимёвий маълумотларни таҳлил қилганимизда, ГИ да карбамид ва креатинин даражаси ИИ билан оғриган беморларга нисбатан ишончли юқори бўлганлигини қайд этди(2-жадвал).

2-жадвал

Церебрал инсултнинг турига боғлиқ равишда, биокимёвий кўрсаткичларга хос қийматлар

	Геморрагик инсулт	Ишемик инсулт	P
Карбамид	7,7±0,3	9,3±0,6	<0,05
Креатинин	76,7±4,9	90,3±6,1	<0,05
Умумий холестерин	4,9±0,1	4,8±0,1	>0,05
Умумий билирубин	13,6±0,9	11,6±0,5	<0,05
Боғланган билирубин	8,0±0,9	2,6±0,1	<0,01
АЛТ	45,0±5,8	19,8±1,6	<0,01
АСТ	41,3±4,3	19,6±1,1	<0,01
Глюкоза	6,0±0,3	7,0±0,4	>0,05
Кальций	2,0±0,02	2,0±0,03	>0,05
Триглицерид	1,5±0,1	1,9±0,1	>0,05
Умумийоқсил	75,2±1,5	71,1±1,1	<0,05

ГИ билан касалланган беморлар, ИИ билан касалланган беморлар билан таққослаганда умумий ва боғлиқ билирубиннинг ишончли камайиши белгиланди. Шунингдек, ГИ бўлган беморларда АЛТ ва АСТ кўрсаткичларининг деярли 3 марта камайиши қайд этилган.

3-жадвалдан кўришиб турибдики, фибриноген концентрациясининг ошиши ишемик инсулт билан касалланган аксарият беморларда кузатилади.

Церебрал инсултнинг турига боғлиқ равишда гемостаз тизимининг кўрсаткичлари

	Геморрагик инсулт	Ишемик инсулт	P
ПТВ	15,3±0,1	15,5±0,1	>0,05
ПТИ	92,0±1,6	90,6±1,1	<0,05
МНО	1,4±0,02	1,5±0,01	>0,05
АЧТВ	38,6±0,4	28,9±0,3	<0,05
фибриноген	123,7±110,1	523,5±136,3	<0,05

Геморрагик инсултда мўтадил гиперкоагуляциянинг заифлашуви, кондаги фибринолитик фаолликнинг кескин тебранишлари билан боғлиқлиги аниқланган.

Диссертациянинг тўртинчи бобида **“Инсултнинг эрта тиклаш даврида томирда когнитив бузилишларни даволашни оптималлаштириш”** даволаш чора-тадбирларининг самарадорлигини баҳолаш берилган. Инсултдан кейин эрта қайта тикланиш даврида, даволанишдан сўнг беморларда когнитив функцияларнинг маълумотлари ўрганилганида, олиб бориладиган терапия усулларига боғлиқ бўлган когнитив функциялар бузилишида тузалиш динамикаси белгиланди. Бартел ўлчови бўйича максимал эҳтимоли бўлган баҳо 100 баллни ташкил этишини айтиб ўтамыз. Даволашнинг бошида бу ўлчов бўйича беморларни баҳолашда ўртача қийматлар (балларда) гуруҳлар бўйича мос равишда 22,60±1,5, 23,1±1,2, 22,8±1,4 ва 22,7±1,4 ни ташкил этган.

Ўтказилган даволаш чораларидан кейин 3 ой ўтиб, Бартел ўлчови бўйича кўрсаткичлар 1А ва 1Б гуруҳларида кескин ўзгарди, лекин ўтказилган реабилитация даволашидан кейин 2А ва 2Б гуруҳларда кўрсаткичлар ижобий динамика тенденциясига эга бўлди. Даволашнинг бошида ва ундан кейин баллардаги фарқ ўртача 32,6; 28,4;20,4 ва 12,9 баллни ташкил этган.

Шундай қилиб, ўтказилган реабилитацияли даволаш курсидан кейин такрорий тест натижалари шуни кўрсатдики, 1А ва 1Б кичик гуруҳларда даволаш динамикасида когнитив функцияларнинг статистик аҳамиятли яхшиланиши содир бўлди ($p < 0,05$), 2А ва 2Б кичик гуруҳларда когнитив соҳада яхшиланиш тенденцияси кузатилган.

1-чи ва 2-гуруҳ беморларида неврологик етишмовчиликнинг тузалиш тенденцияси кузатилади, айниқса бу 1-гуруҳда кўпроқ ифодаланган ($P < 0,05$). Бироқ 1А ва 1Б гуруҳларда у жуда ифодаланган. Даволашдан олдин ва кейин баллардаги фарқ 1А гуруҳда – 15,3 балл, 1Б гуруҳда – 21,2 балл, 2А гуруҳда – 9,3балл, 2Б гуруҳда – 7,9 баллни ташкил этган.

Шуни айтиб ўтиш лозимки, миёда пешана ва миёа қобиғи функцияларининг ҳолатини акс эттирувчи ФАБ ўлчови бўйича асосий гуруҳда статистик аҳамиятли устунликнинг йўқлигига қарамасдан, қайта тикловчи машғулотлар курсидан кейин вазифаларни бажаришда кўпроқ ифодаланган динамика қайд этилди, у ҳам кўриш майдони, ҳам медиобазал чакка бўлимларидаги функцияларни, шу билан бирга бош миёда миёа қобиғининг алоқадорлигини тавсифланган (4-жадвал).

4-жадвал

ФАБ ўлчови ва МоСа тести бўйича маълумотлар динамикаси

Гуруҳлар	ФАБ		МоСа	
	Даволашдан олдин	Даволашдан кейин	Даволашдан олдин	Даволашдан кейин
1А кичикгуруҳ	13,8±0,3	16,8±0,2*	19,9±0,2	23,5±0,1*
1Б кичикгуруҳ	13,9±0,2	18,0±0,3*	20,2±0,3	25,1±0,3*
2А кичикгуруҳ	14,2±0,2	15,9±0,1	19,3±0,1	20,2±0,2
2Б кичикгуруҳ	14,3±0,2	15,4±0,2	20,1±0,1	22,2±0,1

Эслатма: * - даволашдан олдин ва кейин маълумотларнинг ишончилиги ($R < 0,05$);

МоСа тести ўтказилганида 1А ва 1Б кичик гуруҳларда, 2А ва 2Б кичик гуруҳлар билан таққослаганда “диққат” ва “хотира” кичик ўлчовлари бўйича яхшироқ натижаларга эришилди, улар миёанинг қўзғатувчи соҳаси билан билвосита боғлиқлиги аниқланди. Ўтказилган даволаш чораларидан кейин 1А ва 1Б кичик гуруҳ беморларида демент олди ва демент бузилишларнинг учраш даражаси, даволашдан олдинги маълумотлар билан солиштирганда деярли 2 мартага қисқарган ($P < 0,05$).

Шундай қилиб, ўтказилган реабилитацияли даволаш курсидан кейин такрорий тест натижалари шуни кўрсатдики, 1А ва 1Б кичик гуруҳларда даволаш динамикасида когнитив функцияларнинг статистик аҳамиятли

яхшиланиши содир бўлди ($p < 0,05$), 2А ва 2Б кичик гуруҳларда когнитив соҳада яхшиланиш тенденцияси кузатилган.

Реабилитацияли даволанишнинг 30-кунда 1А ва 1Б кичик гуруҳларида энг аҳамиятли натижалар олинди, шундай қилиб уларда ифодали яхшиланиш мос равишда 81,8% ва 70,7% ҳолатда кузатилди, минимал яхшиланиш мос равишда 3,0% ва 12,2% ҳолатда қайд этилди. Яхшиланиш бўлмаган ҳолатлар кузатилмади. 2А ва 2Б гуруҳларда ифодали яхшиланиш 1А кичик гуруҳ билан таққослаганда 1,2 марта кам кузатилди, мўътадил яхшиланиш эса шу гуруҳ беморларига нисбатан 2 марта кўпроқ қайд этилди ($P < 0,05$). Минимал тузалиш 2А гуруҳида 2 марта кўпроқ кузатилди ва 6,3% ни ташкил этди, бу вақтда 1А гуруҳида – 3,0% белгиланди ($P < 0,05$). 2Б гуруҳида ифодали яхшиланиш бўлган беморлар миқдори 57,5% ни ташкил қилди, бу 1Б гуруҳга караганда 1,2 марта кам, мўътадил ва минимал тузалиш 1Б гуруҳга нисбатан деярли бир хил даражада кузатилди, бироқ 1Б кичик гуруҳ беморларида яхшиланиш кузатилмаган ҳолатлар ва минимал тузалишлар қайд этилмаган.

Демак, терапевтик жавобнинг дифференциацияси тўғрисида, когнитив етишмовчиликнинг клиник ўзига хослигига боғлиқ равишда олинган натижалар унинг жадаллашувини тўхтатиш ёки секинлаштириш, ҳамда ҳам инсултга учраган беморларнинг ўзини, ҳам оиласини ҳаёт сифатини қўллаб-қувватлаш мақсадида терапияни оптималлаштириш имконини беради. Комплекс даволашда интраназал Кортексин ва БҚА-терапиянинг тайинланиши неврологик клиник белгиларнинг ифодали камайишига олиб келади.

ХУЛОСА

«Геморрагик ва ишемик инсултларнинг дифференциал диагностикаси, реабилитация тадбирларини оптималлаштириш усуллари» мавзусидаги докторлик (PhD) диссертацияси бўйича ўтказилган изланишлар асосида кўйидаги хулосалар тақдим этилди:

1. Гипертония касаллиги бўлган беморлар инсулт ривожланиши учун катта хавфга эга, у ишемик инсултда – 72%, геморрагик инсултда – 100% беморларда кузатилади. Ишемик инсултда гемипарез – 56%, диплопия – 20%, қўлда парезлар – 20%, афазия – 36%, патологик рефлекслар – 68%, дисфагия – 23% ва нистагм – 32,1%, ни ташкил этган бўлса, геморрагик инсултда гемипарез – 20%, диплопия – 22%, қўлда парез – 18%, афазия – 39,4%, нистагм – 38%, дисфагия – 19,7% ва патологик рефлекслари – 91% ҳолатда кузатилди.

2. Геморрагик ва ишемик инсултларнинг ўткир ривожланиш даврида беморларда МРТ-трактография текширув усули шуни кўрсатдики, патологик жараёнга бош мия шикастланган томонда мия қобиғи ва орқа мия йўллариининг юқори даражада жалб қилинганлигидан дарак беради, яъни мия қобиғи ва орқа мия йўллариининг ифодали ўзгаришлари геморрагик инсултда кўп ҳолатларда кузатилди.

3. Геморрагик ва ишемик инсултларнинг қиёсий-ташхислаш мезони – бу фракцияли анизотропия коэффициенти (relative fractional anisotropy –

рФА) бўлиб, унинг нисбати $rFA < 0,7$ қийматида бўлса, церебрал инсултнинг геморрагик туридан, $rFA > 0,7$ қийматида бўлса – ишемик инсултдан дарак беради. Оқ модданинг микротузилмали ўзгаришларини батафсил баҳолаш учун диффуз-тензор МРТ (ДТ МРТ) дан фойдаланиш, ишемик ва геморрагик инсултнинг қийсий ташхисот мезонларидан эканлигидан далолат беради.

4. ЦИ билан касалланган беморларда неврологик , шунингдек когнитив бузилишлар кортексиннинг интраназал қўлланилиши, ҳамда БҚА-терапия қўлланилиши фонида ижобий натижаларга эришилди, яъни церебрал симптоматикада регресс 48% га, неврологик кўрсаткичларнинг регресси эса ўртача 32% га етди. Бунда айнан, Биологик қайта алоқа принциpidан фойдаланиш, эрта қайта тиклаш давридаги беморларда когнитив функцияларни анъанавий реабилитация усуллари билан таққослаганда юқори самарадорлиги 1,5 маротоба устунлигини кўрсатди.

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

БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

БОБОКУЛОВ ГУЛМУРОД ДИЛМУРОДОВИЧ

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО И
ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА, ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ
РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ**

14.00.13 – Неврология

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

БУХАРА – 2021

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за номером №B2021.3 PhD/Tib2112

Докторская диссертация выполнена в Бухарском государственном медицинском институте.

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

Научный руководитель

Ходжиева Дилбар Таджиевна
доктор медицинских наук

Официальные оппоненты

Новикова Лилия Бариевна
доктор медицинских наук, профессор
(Российская Федерация)

Джурабекова Азиза Тахировна
доктор медицинских наук, профессор

**Ведущая организация Ташкентская
медицинская академия**

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

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

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

Г.А.Ихтиярова
Заместитель председателя
научного совета по присуждению
ученых степеней, доктор
медицинских наук, профессор

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

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

ВВЕДЕНИЕ (Аннотация диссертации (PhD) доктора философии)

Актуальность и востребованность темы диссертации. Инсульт на протяжении многих лет остается важнейшей медико-социальной проблемой. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) «... в 2018 году смертность от инсульта в мире составила 6,2 млн. человек, в мире регистрируется 1,0 – 3,0 случаев инсультов на 1000 населения в год...»¹. В восстановительном периоде инсульта возможен как регресс, так и существенное нарастание когнитивного дефицита. Распространенность нарушений когнитивных функций в популяции, связанных с сосудистыми заболеваниями головного мозга, оказывает существенное влияние на состояние общества в целом и является одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем, вызывающих нарушение адаптации в профессиональной, общественной и бытовой сферах.

Проводится серия научных исследований по профилактике осложнений у пациентов с инсультами во всем мире. Оптимизация этапов диагностики и дифференциальной диагностики ЦИ, обоснование характера и полноты лечения пациентов с инсультом была изучена как зарубежными, так и отечественными авторами. Эти задачи особенно важны для населения с целью проведения передовых научных исследований в области диагностики и лечения последствий инсульта, для поднятия уровня современной медицинской помощи на новый уровень и использования современных технологий для качественной медицинской помощи. Распространенность нарушений когнитивных функций в популяции, связанных с сосудистыми заболеваниями головного мозга, оказывает существенное влияние на состояние общества в целом и является одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем, вызывающих нарушение адаптации в профессиональной, общественной и бытовой сферах.

В годы независимости в нашей стране сфера здравоохранения коренным образом обновилась. На сегодняшний день актуальной проблемой медицины в РУз является ранняя диагностика заболеваний, а также разработка лечебных мероприятий по снижению их осложнений. В настоящее время, согласно Стратегии действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан в «...2017-2021годах, намечается дальнейшее улучшение оказания медицинской помощи населению страны...»². Первостепенными задачами, ожидающими своего решения, в настоящее время являются – своевременная профилактика на всех этапах оказания медицинской помощи больным с инсультами, оказание высококвалифицированной, качественной медицинской помощи за счет расширения применения современных технологий, что позволит повысить

¹WHO. World health statistics, 2013; WHO.Hearts: technical package for cardiovascular disease management in primary health care, 2018

²Постановление президента Республики Узбекистан №ПП-3071 «О Стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан».

качество жизни в различных слоях населения.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит решению задач, предусмотренных в №УП-4947 от 7 февраля 2017 года «О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан на 2017-2021 годы», №ПП-3071 от 20 июня 2017 года «О мерах по дальнейшему развитию оказания специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы», № УП-5590 от 7 декабря 2018 года «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения республики Узбекистан», №УП-3925 от 30 августа 2018 года «О мерах по улучшению неврологической помощи населению», а также в других нормативно-правовых документах, принятых в данной сфере.

Соответствие исследования с приоритетными направлениями развития науки и технологий республики. Диссертационная работа выполнена в соответствии с приоритетными направлениями развития науки и технологий Республики Узбекистан V. «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. Церебральный инсульт (ЦИ) остается одной из наиболее важных проблем клинической неврологии, как в мире, так и в Узбекистане. Это объясняется значительной распространенностью, высокой смертностью и инвалидизацией населения, при этом отмечался рост данных показателей в течение последних лет [Сергеев Д. В., и соавт., 2016; Макаров А.Ю. и соавт., 2017]. Большая и растущая распространенность ЦИ в Узбекистане, высокий процент инвалидизации и смертности населения вследствие данной патологии, наметившаяся тенденция «омоложения» инсультов, урбанизация населения предопределяют актуальность данной темы [Икрамов А. И., 2017; Алиханова Н.М., 2018; Хайдарова Д.К. и соавт., 2019].

Предположительная диагностика ишемического или геморрагического характера инсульта возможна по совокупности определенных признаков. Клиническая картина развития церебрального инсульта характеризуется, как правило, внезапным (в течение минут, реже часов) возникновением очаговой (или общемозговой, а в случае субарахноидального кровоизлияния – менингеальной) симптоматики. Для правильной и своевременной диагностики инсульта врачу необходимо знать и уметь выявить при неврологическом осмотре основные клинико-неврологические синдромы (очаговые, общемозговые, менингеальный), характерные для данного заболевания [Икрамов А. И., 2017; Алиханова Н.М., 2018; Хайдарова Д.К. и соавт., 2019].

Компьютерная томография в первые часы в 100% случаев позволяет установить геморрагический характер инсульта, в 60% — ишемический. Магнитно-резонансная томография головного мозга позволяет неврологам получить изображение кровоизлияния и гематомы, выявить признаки отёка мозга, попадание крови в ликворопроводящие пути их смещение. При ишемическом инсульте магнитно-резонансная томография позволяет получить изображение зоны инфаркта, в том числе в области ствола, выявить признаки смещение ликвородинамических путей и перифокального отёка. В

ангиографическом режиме она представляет изображение сосудов неинвазивным путём [Логаткина А. В. И соавт., 2017; Егорова Ю.В. и соавт., 2017; Екушева Е.В., 2019]. Классическими признаками геморрагического инсульта являются внезапное, апоплектиформное развитие заболевания, потеря сознания и мгновенное наступление неврологических симптомов (обычно параличей). Для мозгового инфаркта характерен период предвестников, постепенное нарушение функций, сохранность сознания вначале заболевания. Однако заболевание далеко не всегда протекает по этому классическому образцу. В ряде случаев кровоизлияние вначале не сопровождается утратой сознания и неврологические симптомы нарастают в течение некоторого времени. Еще чаще бывает нетипичное течение ишемического инсульта, который может начинаться чрезвычайно остро, с мгновенной утраты и других мозговых функций. Поэтому для диагностики вида инсульта необходимо учитывать также и другие признаки [Туйчиева М.Г.и соавт., 2016; Сергеев Д.В., 2017; Шишкова В. И соавт., 2019].

Важной задачей является проведение первой дифференциальной диагностики геморрагического и ишемического инсульта. Отметим, что целенаправленное использование реабилитационных мероприятий на этапах оказания помощи данной когорте больных, позволяет добиваться улучшения показателей реабилитации, уменьшения ограничений жизнедеятельности, возвращения части больных к общественно-полезному труду [Сергеева Т.В. и соавт., 2019; Зайцева Е.В., Исакова Е.В., 2019]. Использование не самых сверхсовременных и дорогостоящих методов лечения и реабилитации, а тех, которые имеются во многих медицинских учреждениях при условии соблюдения принципов реабилитации после острого периода, позволит повысить эффективность реабилитационных мероприятий и вернуть большее число больных, перенесших ЦИ, к независимой жизни без инвалидности [Дамулин И., Дегтерев Д., Струценко А., 2017; Никитина В. Б. и соавт., 2017; Лопатина Т.Н., Терентьева О.В., 2019]. В то же время важно, чтобы большинство жителей нашей страны, независимо от места постоянного проживания, имели доступ к новым методам восстановления нарушенных функций после инсульта и реабилитации в целом.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация. Настоящая диссертационная работа выполнена по плану научно-исследовательских работ №03.2019.PhD.048 Бухарского государственного медицинского института имени Абу Али ибн Сино на тему : «Разработка новых подходов ранней диагностики, лечения и профилактики пред патологических и патологических состояний организма в условиях жаркого климата Бухарского региона» (2017–2021).

Целью исследования является разработка и совершенствование сравнительных диагностических критериев и реабилитационных мероприятий для больных ишемическим и геморрагическим инсультом.

Задачи исследования:

выявление клинико-функциональных особенностей в зависимости от типа церебрального инсульта;

выявление особенностей МРТ-трактографии для полной оценки микроструктурных изменений белого вещества при геморрагическом и ишемическом инсульте;

разработка сравнительно-диагностических критериев геморрагического и ишемического инсультов;

оценка их совместимости при использовании интраназального применения кортексина и БОС-терапии у пациентов с геморрагическим и ишемическим инсультом, а также оптимизация реабилитационных мероприятий среди пациентов.

Объект исследования: получены данные проспективного анализа клинического обследования и лечения 147 пациентов с геморрагическим и ишемическим инсультом.

Предметом исследования явились: результаты клинических, нейровизуализационных, ультразвуковых исследований проходимости церебральных сосудов, в частности экстракраниальных, методом ультразвуковой доплерографии.

Методы исследования: В работе использованы клинико-неврологические, нейровизуализационные, ультразвуковые, клинико-биохимические лабораторные методы, нейропсихологическое обследование и статистические методы исследования, на основании анализа историй болезни и других методов исследования.

Научная новизна исследования:

впервые проведено исследование течения острого периода церебрального инсульта с оценкой значений FA в корково-спинномозговых путях. На основании полученных результатов установлены предикторы для ишемического и геморрагического инсульта, так для геморрагического - rFA ниже 0,7, и для ишемического - rFA выше 0,7;

уточнены дифференциально-диагностические критерии церебральных инсультов, с включением диффузионно-тензорной МРТ (ДТ МРТ) для более детальной оценки микроструктурных изменений белого вещества;

на основании клинического материала в сопоставлении с результатами нейровизуализационных исследований изучены частота, характер, структура, причины и особенности развития патологических изменений мозга при церебральном инсульте в зависимости от типа;

выявлена взаимосвязь положительной динамики определенных структурных составляющих неврологических нарушений в виде дифференцированного результата в ответ на применение интраназального кортексина и БОС-терапии.

Практические результаты исследования.

определение FA при ДТ МРТ может быть предложено в качестве дополнительного критерия дифференциальной оценки ишемического геморрагического инсульта;

ДТ МРТ может применяться как один из методов объективизации состояния корково-спинномозгового пути и тяжести неврологических нарушений при церебральном инсульте;

предложена схема реабилитационного лечения с включением интраназального применения кортексина и БОС-терапии в раннем восстановительном периоде церебрального инсульта;

Достоверность полученных результатов подтверждается использованными в исследовании современными апробированными взаимодополняющими клиническими, инструментальными, лабораторными и статистическими методами; достаточным количеством больных в исследовании, адекватностью полученных результатов теоретическим и практическим выкладкам, сопоставлением полученных результатов с зарубежными и отечественными исследованиями, подтверждением полученных результатов полномочными структурами.

Научная и практическая значимость результатов исследования:

Научная значимость результатов исследования объясняется дифференциальной диагностикой геморрагического и ишемического инсультов, оптимизацией реабилитационных мероприятий и выбором соответствующего вида лечения, а также повышением психологической и физической работоспособности пациентов и восстановлением их трудовой деятельности.

Практическая значимость результатов исследования объясняется выявлением больных с геморрагическим и ишемическим инсультом, предупреждением развития осложнений и проведением реабилитационных мероприятий на его ранних стадиях, а также сокращением потерянных рабочих дней.

Внедрение результатов исследования в практику. На основании полученных научных результатов по изучению дифференциальная диагностика геморрагического и ишемического инсульта, пути оптимизации реабилитационных мероприятий:

методические рекомендации «Алгоритм дифференциальной диагностики ишемического и геморрагического инсультов» (утверждена Министерством здравоохранения от 12 октября 2021 года №8н-р/892). Кроме клинических проявлений острого нарушения мозгового кровоизлияния, для дифференциальной диагностики используются результаты клинических и инструментальных методов обследования;

методические рекомендации «Способ оптимизации лечения сосудистых когнитивных нарушений в раннем восстановительном периоде инсульта» (утверждена Министерством здравоохранения от от12 октября 2021 года № 8н-р/893). Назначение в комплексном лечении интраназально кортексин и БОС-терапию способствует более выраженному нивелированию неврологической клинической симптоматики.

Результаты работы внедрены в практику неврологического отделения областного многопрофильного центра Бухарской области, отделения неврологии городского многопрофильного центра г. Бухары, 1 клиники

СаМИ (заключение Министерства здравоохранения от 26 октября 2021 года № 8н-з/384). Назначение в комплексном лечении интраназально кортексин и БОС-терапию способствует более выраженному нивелированию неврологической клинической симптоматики. Неврологическая симптоматика, а также когнитивные нарушения у пациентов с ЦИ сопровождаются положительной динамикой на фоне интраназального применения кортексина и БОС-терапии, характерен регресс церебральной симптоматике в целом на 48%, а регресс неврологических показателей в среднем на 32%.

Апробация результатов исследования. Основные фрагменты работы доложены и обсуждены на 7 научно-практических конференциях: на 4 с международным участием и 3 республиканских.

Опубликованность результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 17 научных работ: из них 10 журнальных статей, в том числе 5 – в журналах РУз и 5 – в зарубежных журналах, рекомендованных ВАК РУз для публикации основных научных результатов диссертации.

Структура и объем диссертации. Диссертационная работа состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы. Объем диссертации составляет 112 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обоснованы актуальность и востребованность темы диссертации, сформулированы цель и задачи, объект и предмет исследования, приведено соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий Республики Узбекистан, а также международный обзор по научной работе, изложены научная новизна и практическая значимость исследований, раскрыты теоретическая, практическая необходимость полученных результатов, даны сведения по внедрению результатов исследований в практическое здравоохранение, опубликованным работам и структуре диссертации.

В первой главе диссертации «**Современное состояние вопроса патогенеза, диагностики и нейропротекции при церебральных инсультах (обзор литературы)**» проанализировано современное представление об патогенетических аспектах церебральных инсультом. Особое внимание уделено принципам реабилитационных мероприятий в раннем восстановительном периоде, с включением в комплекс БОС терапии. В данной главе обобщены литературные данные и обоснована актуальность проблемы. Библиографический список соответствует 10 летней выборке.

Во второй главе диссертации «**Клиническая характеристика пациентов и методы исследования по дифференциальной диагностике и реабилитации геморрагических и ишемических инсультов**» характеризуется материал и методы, применяемые в данном исследовании. В основу исследования положены данные обследования 147 пациентов с инсультом по

ишемическому (81 человек) и геморрагическому типу (66 человек), проходивших лечение в лечебных стационарах г. Бухары. Возраст пациентов варьировал от 40 до 80 лет. Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использованы общеклинические, лабораторные и инструментальные методы исследования.

Критерии включения: возраст больных старше 40 лет, ишемический и геморрагический инсульт; острый и ранний восстановительный период церебрального инсульта; подписание информированного согласия на участие в исследовании больным или его родственниками.

Критерии исключения: возраст больных меньше 40 лет; отказ от принятия участия в исследовании, летальные случаи церебрального инсульта в период исследования, метаболические, токсические, лекарственные энцефалопатии, болезнь Паркинсона, болезнь Альцгеймера, эпилепсию, травмы головного мозга, инфекционные, демиелинизирующие, наследственно-дегенеративные заболевания ЦНС, пациенты, имеющие соматическую патологию в стадии декомпенсации.

По частоте повторных инсультов преобладал первичный инсульт - 80%, повторный инсульт развился у 20% больных. По ишемическому типу первичный инсульт диагностирован у 52,79%, повторный ишемический развился у 17,57%. Первичный геморрагический инсульт развился у 27,3% пациентов от общего количества обследованных, повторный у 2,33%. Повторный инсульт диагностировали в случае развития через 28 дней от начала первого эпизода. В течение первых суток было госпитализировано 61,9% больных. Доля больных с ИИ составила 55,6%, с ГИ – 69,7%. В первые 3-6 часов заболевания госпитализировано 17,7%, из них с ИИ – 23,5% и 10,6% - с ГИ. 38,1% больных были госпитализированы спустя 24 часа от начала заболевания, из них с ИИ – 30,3%, с ГИ – 44,4%

В зависимости и от типа проведенной терапии пациенты были подразделены на 2 лечебные группы:

1 группа – 74 больных после перенесенных церебральных инсультов, получавших базисную терапию (стандарты диагностики и инсульта МЗ РУЗ, 2008 г.) с включением интраназальное применение кортексина и БОС-терапии. Для интраназального введения раствора кортексина использовался аппарат для гальванизации «Поток-1». Предварительно 10 мг кортексина разводили в 1 мл 0,9% раствора NaCl. Затем его вводят по 5 капель в оба носовых хода в положении больного лежа. Три первые процедуры сила тока 1 мА в течение 5-7 минут, последующие процедуры сила тока 3 мА в течение 5-7 минут. Количество проводимых процедур 7-10 дней.

1 группа была подразделена 2 подгруппы: 1А – 33 пациенты после перенесенного ГИ; 1Б – подгруппа – 41 пациент после перенесенного ИИ.

2 группа - 73 пациент базисным методом лечения. Базисная терапия включала для лечения основного заболевания и иные лекарственные средства, совместимые с препаратом, в частности, по показаниям, антигипертензивные, антиагрегантные и гиполипидемические средства. 2

группа также подразделена 2 подгруппы: 2А – 33 пациенты после перенесенного ГИ; 2Б – подгруппа – 40 пациентов после перенесенного ИИ.

Для оценки достоверности статистических показателей были приняты четыре основных уровня: высокий – $p < 0.001$, средний – $p < 0.010$, низкий (предельный) – $p < 0.050$, незначимый (недостоверный) – $p > 0.050$. Для определения корреляционной связи применялся метод Кэнделла, а оценка проводилась с учетом её направленности (знака), абсолютного.

В третьей главе диссертации «**Факторы риска у больных с ишемическим инсультом в сочетании с инфарктом миокарда**» описаны

С учетом этиологических факторов среди обследованных больных с ИИ выделено 71,6% больных, перенесших инсульт на фоне АГ, у 32,1% больных – СД, у 16,0% – варикозная болезнь. Из данного контингента у 28,4% больных причиной инсульта была ИБС. Основной причиной ГИ явилась АГ – у 100% обследованных. Сочетание АГ и ИБС наблюдалось у 39,4% больных. СД 2 типа отмечен у 39,4%.

По локализации внутримозговые гематомы распределились следующим образом: лобарные гематомы составили 31,8% (21 больной из 66); медиальные – 24,2% (16 больных из 66); латеральные и смешанные ВМГ – 28,8% (19 больных из 66); внутримозговые гематомы в мозжечке – 9,1% (6 пациентов из 66), внутримозговые гематомы в стволе головного мозга – 6,1% (4 пациента из 66). У 13,6% (9 больных из 66) исследуемых больных были выявлены большие кровоизлияния объемом более 50 мл, у 31,8% пациентов (21 больной из 66) – средние гематомы (20-50 мл) и в 54,5% случаев (36 больных из 66) – гематомы малых размеров (до 20 мл).

Согласно распределению по подтипам ИИ, атеротромботический подтип с верифицированными признаками гемодинамически значимого стеноза БЦА имел место у 27,2% пациентов (22 пациента из 81), кардиоэмболический подтип – у 30,9% (25 больных из 81), причиной которого в большинстве случаев явилась фибрилляция предсердий (ФП). Неуточненный подтип, сочетающий преимущественно симптомный стеноз и ФП, установлен у 23,5% (19 больных из 81), и у 23,5% пациентов (19 пациентов из 81) – ишемический инсульт иной этиологии, среди которых у 9,9% пациентов диагностирован лакунарный подтип (8 больных из 81), у 1,2% – гемодинамический (1 больной из 81) и у 7,4% (6 больных из 81 пациента) причина инсульта не установлена.

Наиболее уязвимым бассейном церебральной гемодинамики явилась система сонных артерий. У 37 больного (45,7%) ИИ развился в левом каротидном бассейне, у 36 больных (44,4%) – в правом каротидном, а у 8 больных (9,9%) – в вертебробазиллярном бассейне. Причем, тенденция к развитию ИИ в левом каротидном бассейне отмечалась как у мужчин, так и у женщин.

По размерам преобладали ишемические очаги средних (28,4%; 23 из 81 больного) и больших размеров (27,2%, 22 из 81 больного). Малые инсульты регистрировались у 25,9% (21 из 81 больного) больных. Обширные

ишемические поражения встречались в 18,5% случаях (15 больных из 81). Средние размеры очага ишемического поражения составлял $385 \pm 1,5$ мм.

У всех больных с ГИ (100%) инсульт развивался остро в дневное время, тогда как при ИИ в 84% случаев (68 больных из 81) инсульт развивался постепенно в ночное время или утром (100%).

По результатам проведенных исследований у 27 больных (56,3%) мужчин ГИ развился в системе правого каротидного бассейна, у 16 (33,3%) - очаг ГИ визуализировался в бассейне левой сонной артерии и у 5 (10,4%) – в бассейне основной артерии. У преобладающей группы больных женщин (55,6%) ГИ развился в системе левого каротидного бассейна, у 33,3% - правого каротидного бассейна и у 2 (11,1%) - в системе основной артерии.

У 20 больных (30,3%) кровоизлияния сопровождалось прорывом в ликворопроводящую систему и преобладали у 26 мужчин (54,2%).

Очаговые неврологические симптомы выявлены при ишемическом инсульте: гемипарез 56%, диплопия 20%, поражение конечностей 20%, афазия 36%, патологические рефлексы 68%, дисфагия 23% и нистагм 32,1%, а при геморрагическом: гемипарез 20%, диплопия 22%, поражение конечностей 18%, афазия 39,4%, патологические рефлексы 91%, дисфагия-19,7% и нистагм 38% (рис. 1).

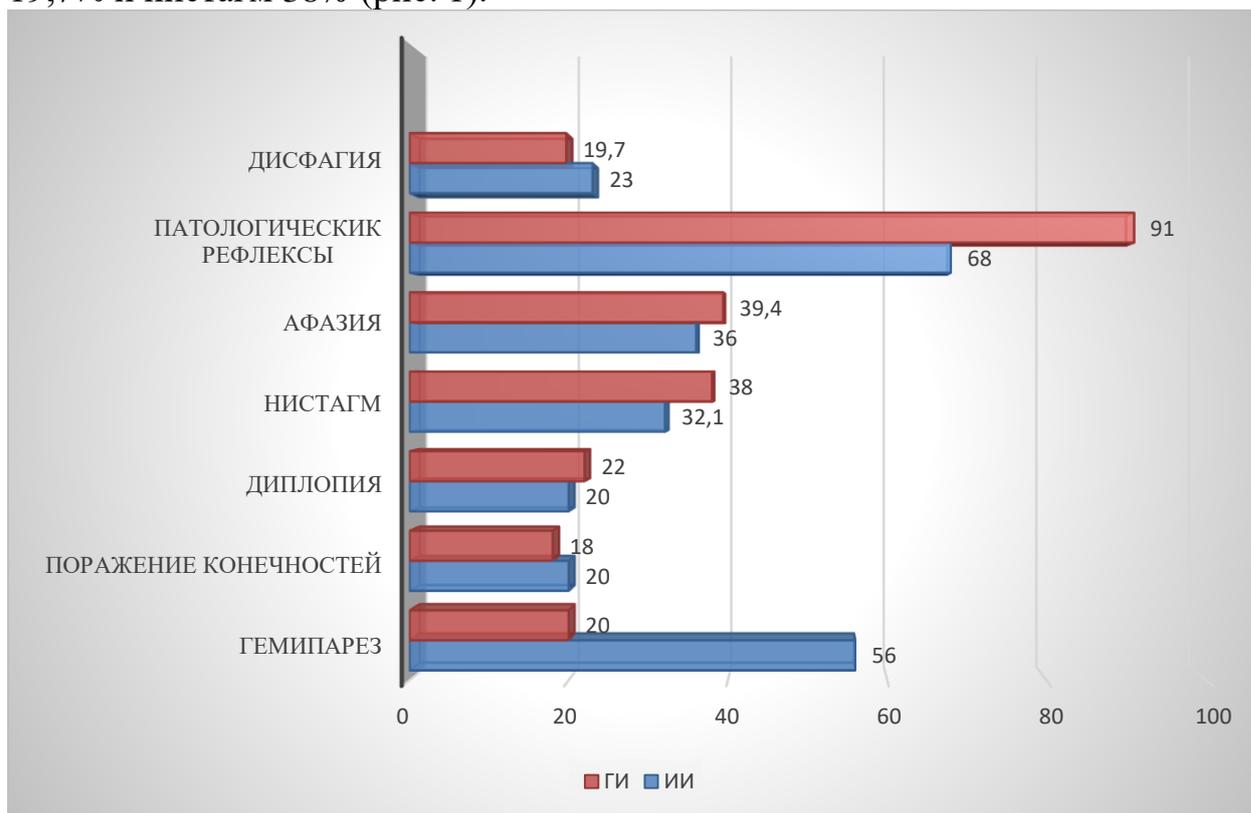


Рис. 1. Частота выявляемости очаговых неврологических симптомов среди обследованных больных с ГИ и ИИ

С учетом значения шкалы NIHSS, по данным неврологического дефицита, среди поступивших пациентов с ИИ у 29,6% был легкий инсульт, тогда как при ГИ – у 21,2%, у 30,9% пациентов с ИИ и у 19,7% с ГИ - инсульт средней тяжести и у 39,5% при ИИ и у 59,1% при ГИ - тяжелый

инсульт. Как установлено при ГИ в большей половине случаев отмечался тяжелый неврологический дефицит. Тяжесть нарушения сознания при геморрагическом инсульте выше (60,6%; 40 из 66), а при ишемическом - составляет 44,4% (36 из 81). При поступлении 60,6% больных с ГИ были в коме, тогда как при ИИ этот процент был снижен в 4,9 раза и составил – 12,3% (10 из 81), что имело достоверный характер, кратковременная потеря сознания отмечалась у 32,1% (26 из 81) больных с ИИ, оглушение отмечалось у 39,4% (26 из 66) больных с ГИ. Без нарушения сознания были 55,6% больных (45 из 81) с ИИ. Кожные покровы при ишемическом инсульте - бледные или обычного цвета, тогда как при геморрагическом инсульте - гиперемированные. Плавающие движения глазных яблок при ГИ наблюдались у 21,2% пациентов (14 из 66), эпилептики у 6,1% (4 из 66), менингеальные знаки зафиксированы у 6,1% пациентов (4 из 66).

Таким образом, диагноз основывается на тщательном изучении анамнеза, выявлении факторов риска и анализе клинических данных, а именно неврологической симптоматики. Клиническая картина инсультов разнообразна и во многом определяется тем, в каком сосудистом бассейне произошла мозговая катастрофа и ее характером (ишемия или геморрагия).

При ИИ в острой стадии (0 – 5 суток) среди 24 больных с ИИ МРТ позволила обнаружить нарушения в паренхиме головного мозга, обусловленные, в первую очередь развитием цитотоксического и вазогенного отека мозга. При этом очаги поражения более четко определялись на T2-ВИ и выглядели как области повышенной интенсивности сигнала, тогда как на T1-ВИ имел место сигнал низкой интенсивности. Обращает на себя внимание особенность изменений в ранний период ишемического инсульта в виде нечёткости и «размытости» контуров очага поражения.

В области варолиевого моста слева визуализируется очаг повышенного сигнала на T2-ВИ 0,8 см в диаметре. Перивентрикулярно определяются очаги высокого и повышенного сигнала на T2-ВИ размером до 0,6 см. Желудочки мозга, субарахноидальное пространство умеренно расширены. У 45 больных в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта на T2-ВИ определялись чётко отграниченные зоны инфаркта, интенсивность сигнала которых оставалась высокой. На T1-ВИ на фоне гипоинтенсивности иногда определялись мелкие участки высокого сигнала, обусловленные повышенным содержанием протеина. В области варолиева моста слева визуализируется зона повышенного сигнала на T2-ВИ и пониженного на T1-ВИ 2,1x1,2x1,2 см. Перивентрикулярно и субкортикально с обеих сторон очаги высокого и повышенного сигнала на T2-ВИ до 0,6 см, местами сливного характера, с наличием отека у задних рогов боковых желудочков. Желудочки мозга, субарахноидальное пространство умеренно расширены.

У 29 больных с ИИ с длительностью заболевания свыше 21 дня, в результате абсорбции отека некротические участки были чётко отграничены. При этом на МР-томограммах зона поражения уменьшалась в размерах и приобрела четкие контуры. Некротические массы окончательно резорбируются и замещаются глиозной тканью и формируется киста. При

этом на T1-ВИ глиоз определялся как область повышенной интенсивности сигнала, в то время как киста имела низкую интенсивность сигнала, обусловленную ликворной жидкостью; на T2-ВИ глиоз и киста выглядят одинаково ярко.

МРТ геморрагических инсультов имеет свои особенности в связи с тем, что контрастность изображения гематомы определяется наличием продуктов окисления гемоглобина (оксигемоглобина, деоксигемоглобина, метгемоглобина, гемосидерина), их парамагнитными свойствами и влиянием на время релаксации T1 и T2. Для раннего периода подострой стадии ГИ характерно гипоинтенсивное изображение крови на T2-ВИ за счет превращения оксигемоглобина в деоксигемоглобин. В этот период эритроциты остаются неразрушенными. Деоксигемоглобин на T1-взвешенных томограммах гипоинтенсивен белому веществу головного мозга или имеет тенденцию к повышению. Процесс изменения гемоглобина идет от периферии к центру, поэтому кровоизлияние в ранней подострой стадии на T1- и на T2-ВИ имело кольцевидную форму, при этом зона гипоинтенсивности окружена зоной гиперинтенсивности. В раннем восстановительном периоде ГИ (>14 суток) зона гипоинтенсивности увеличивается от периферии к центру, имеет гипоинтенсивный сигнал на T1- и T2-ВИ.

На дальнейшем этапе нами были проанализированы показатели МРТ головного мозга с включением диффузионно-тензорной МРТ (ДТ МРТ) для более детальной оценки микроструктурных изменений белого вещества. У 25 добровольцев и 40 больных с церебральным инсультом, из них у 20 с ИИ и 20 с ГИ. При определении значений FA в правом и левом полушариях в области корково-спинномозговых путей (на уровне ЗБВК, ножек мозга и моста мозга) у добровольцев группы контроля были получены следующие показатели, представленные в таблице 1.

Таблица 1

Показатели FA в области корково-спинномозговых путей у добровольцев группы контроля

Зоны интереса	rFA	
	Правое полушарие	Левое полушарие
(ЗБВК)	0,634±0,012 [0,618;0,655]	0,633±0,013 [0,606;0,645]
Ножка мозга	0,686±0,014 [0,673;0,714]	0,693±0,013 [0,659;0,703]
Мост мозга	0,504±0,012 [0,460;0,541]	0,507±0,011 [0,467;0,554]

Анализ полученных данных показал, что статистически значимых различий между показателями rFA в правом и левом полушариях у добровольцев группы контроля, на соответствующих уровнях, выявлено не было. При этом в группе пациентов с ИИ при сравнении значений rFA в области корково-спинномозговых трактов между контра- и

ипсилатеральными сторонами на 14-15-е сутки различия показателей rFA между контра- и ипсилатеральными корково-спинномозговыми путями были достоверны. При том хочется отметить, что у пациентов с ГИ показатели rFA в области корково-спинномозговых трактов были достоверно ниже по отношению к данным больных с ИИ. При этом в группе пациентов с ИИ при сравнении значений rFA в области корково-спинномозговых трактов между контра- и ипсилатеральными сторонами в остром периоде различия показателей rFA между контра- и ипсилатеральными корково-спинномозговыми путями были достоверны.

Помимо абсолютных значений показателя rFA для пациентов с церебральными инсультами на тех же уровнях и в соответствующие сроки оценивались изменения относительных величин rFA ($rFA = rFA$ стороны инфаркта rFA интактной стороны). Показатель rFA более наглядно отражает общую закономерность изменений показателя rFA корково-спинномозговых путей ипси- и контралатеральной сторон на уровне ЗБК, ножек мозга и моста в зависимости от типа церебрального инсульта. Установлено достоверное снижение rFA у больных с ГИ по отношению к пациентам с ИИ. При этом для больных с ИИ уровень rFA соответствовал показателям выше 0,7, тогда как у больных с ГИ ниже 0,7

Анализ изменений ЭКГ у больных с ИИ показал, что при первом обследовании изменения деятельности сердца отсутствовали только у 7 (8,6%) больных и заключались в развитии тахикардии у 17,3% больных (14/81), реже наблюдалась брадикардия - у 6,2% (5/81) и наджелудочковая экстрасистолия - у 8,6% (7/81). Нарушения функции проводимости регистрировались в виде замедления атриовентрикулярной (AV) проводимости (6,2% больных (5/81)) и удлинения интервала Q-T (12,3% (10/81) больных) больных. Наиболее часто регистрировались изменения сегмента S-T и зубца T, называемые нарушениями процессов реполяризации. Изменения сегмента S-T чаще регистрировались в виде депрессии - у 16 (19,8%) больных. Наиболее частым феноменом был отрицательный зубец T - у 33 (40,7%) больных.

При оценке в динамике нами отмечено, что такие изменения, как тахикардия, экстрасистолия, удлинение интервала Q-T, имели тенденцию к регрессированию. Частота изменений со стороны сегмента S-T и зубца T не снижалась, а частота депрессии сегмента S-T увеличилась до 25,9% (21/81).

Среди 66 обследованных больных с ГИ оценка изменений сердечной деятельности показала, что тахикардия и экстрасистолия наблюдались несколько чаще, чем у больных с ИИ. Нарушения проводимости в виде замедления AV-проводимости и удлинения интервала Q-T наблюдались более чем в 2 раза чаще, чем у больных с ИИ, — у 12,3 и 27,3% (18/66). Депрессия сегмента S-T и отрицательный зубец T при регистрации на 1-е - 3-и сутки наблюдались несколько реже, чем у больных с ИИ, - у 9,1 (6/66) и 31,8% (21/66) больных, однако при повторной регистрации эти изменения не регрессировали, напротив, частота их увеличилась до 21,2% (14/66) и 33,3% (22/66) соответственно.

В лабораторных показателях у пациентов с ИИ отмечается незначительный лейкоцитоз и лимпопения, тогда как при ГИ установлено увеличение относительного количества нейтрофилов и уменьшение лимфоцитов, т. е. повышение индекса Кребса (отношения числа нейтрофилов к числу лимфоцитов), который в среднем составил 4,9, а в некоторых случаях достигал 7. Полученные данные характерны для кровоизлияния в мозг.

При анализе биохимических данных нами было установлено, что уровень мочевины и креатинина при ГИ был достоверно выше по отношению к больным с ИИ (табл.2).

Таблица 2

Характерные особенности биохимических показателей в зависимости от типа церебрального инсульта

	Геморрагический инсульт	Ишемический инсульт	P
Мочевина	7,7±0,3	9,3±0,6	<0,05
Креатинин	76,7±4,9	90,3±6,1	<0,05
Общ холестерин	4,9±0,1	4,8±0,1	>0,05
Общ билирубин	13,6±0,9	11,6±0,5	<0,05
Связанный билирубин	8,0±0,9	2,6±0,1	<0,01
АЛТ	45,0±5,8	19,8±1,6	<0,01
АСТ	41,3±4,3	19,6±1,1	<0,01
Глюкоза	6,0±0,3	7,0±0,4	>0,05
Кальций	2,0±0,02	2,0±0,03	>0,05
Триглицерид	1,5±0,1	1,9±0,1	>0,05
Общий белок	75,2±1,5	71,1±1,1	<0,05

Установлено достоверное снижение общего и связанного билирубина у больных с ГИ по отношению к пациентам с ИИ. Так же у больных с ГИ выявлено почти 3-х кратное снижение показателей АЛТ и АСТ.

Как видно из таблицы 3 повышение концентрации фибриногена наблюдается у большинства больных с ишемическим инсультом. При геморрагическом инсульте выявлено сочетание умеренной гиперкоагуляции с резкими колебаниями угнетенной фибринолитической активности крови.

Таблица 3

Показатели системы гемостаза в зависимости от типа церебрального инсульта

	Геморрагический инсульт	Ишемический инсульт	P
ПТВ	15,3±0,1	15,5±0,1	>0,05
ПТИ	92,0±1,6	90,6±1,1	<0,05
МНО	1,4±0,02	1,5±0,01	>0,05
АЧТВ	38,6±0,4	28,9±0,3	<0,05

фибриноген	123,7±110,1	523,5±136,3	<0,05
------------	-------------	-------------	-------

На основании полученных данных нами были оптимизированы диагностические критерии и предложен алгоритм дифференциальной диагностики церебральных инсультов в зависимости от их типов.

Дифференциальная диагностика ишемического и геморрагического инсультов представлена в таблице 3.3. Любое течение острого нарушения мозгового кровообращения, не зависимо от варианта инсульта, всегда является невероятно опасным для жизни пациента состоянием, способным на отрицательный динамический прогресс с возможно частым летальным исходом. В этой связи на сегодняшний день быстрая дифференциальная диагностика рассматривается мировым сообществом медиков, как наиболее важной проблемой.

В четвертной главе **“Оптимизации лечения сосудистых когнитивных нарушений в раннем восстановительном периоде инсульта”** диссертации дается оценка эффективности лечебной тактики. При изучении данных когнитивной функции у больных в раннем восстановительном постинсультном периоде после лечения была установлена положительная динамика нивелирования нарушений когнитивной функции, зависящая от методов терапии. Среднее значение (в баллах) оценки пациентов по шкале Бартел в начале лечения составило 22,60±1,5, 23,1±1,2, 22,8±1,4 и 22,7±1,4 балла соответственно по группам.

Через 3 месяца после проведенных лечебных мероприятий показатели по шкале Бартел резко изменились в 1А и 1Б группах, однако в 2А и 2Б группах после проведенного реабилитационного лечения показатели имели тенденцию к положительной динамике. Разница в баллах в начале лечения и после в среднем составила 32,6, 28,4, 20,4 и 12,9 балла.

Однако в 1А и 1Б группах оно было более выражено. Разница в баллах до и после лечения составила в 1А группе – 15,3 балла, в 1Б- группе – 21,2, в 2А группе – 9,3, в 2Б группе – 7,9 баллов.

Следует отметить, что, несмотря на отсутствие статистически значимого преимущества в основной группе по шкале FAB, отражающей состояние функций лобно-подкорковых отделов мозга, после курса восстановительного обучения отмечалась более выраженная динамика в выполнении заданий, характеризующих как зрительно-пространственные процессы, так и функции медиобазальных височных отделов, а также заинтересованность подкорково-лобных связей головного мозга (табл. 4.).

Таблица 4

Динамика данных по шкале FAB и теста MoCA

Группы	FAB		MoCA	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
1А подгруппа	13,8±0,3	16,8±0,2*	19,9±0,2	23,5±0,1*
1Б подгруппа	13,9±0,2	18,0±0,3*	20,2±0,3	25,1±0,3*
2А подгруппа	14,2±0,2	15,9±0,1	19,3±0,1	20,2±0,2
2Б подгруппа	14,3±0,2	15,4±0,2	20,1±0,1	22,2±0,1

*Примечание: * - достоверность данных до и после лечения ($P < 0,05$);*

При проведении теста МоСА в 1А и 1Б подгруппах в сравнении со 2А и 2Б подгруппами были достигнуты лучшие результаты по субшкалам «внимание» и «память», напрямую не связанным со стимулировавшейся областью мозга. После проведенных лечебных мероприятий у пациентов 1А и 1Б подгруппах частота встречаемости преддементных и дементных расстройств сократились почти в 2 раза, по сравнению с данными до лечения ($P < 0,05$).

Таким образом, результаты повторного тестирования после проведенного курса реабилитационного лечения показали, что в 1А и 1Б подгруппах в динамике лечения произошло статистически значимое улучшение когнитивных функций ($p < 0,05$), в 2А и 2Б подгруппах отмечается тенденция к улучшению в когнитивной сфере.

К 30-му дню реабилитационного лечения наиболее значительные результаты получены в подгруппах 1А и 1Б, так выраженное улучшение у них наблюдалось в 81,8% и 70,7% случаях соответственно, минимальное улучшение зарегистрировано у 3,0% и 12,2% соответственно. Отсутствие улучшения не наблюдалось. В группе 2А и 2Б выраженное улучшение отмечалось в 1,2 раза реже, чем в 1А подгруппе, а умеренное улучшение регистрировалось в 2 раза чаще по отношению к пациентам этой же группы ($P < 0,05$). Минимальное улучшение наблюдалось в 2 раза чаще в группе 2А и составило 6,3%, тогда как в 1А группе – 3,0% ($P < 0,05$). В группе 2Б количество пациентов с выраженным улучшением встречалось у 57,5% что в 1,2 раза меньше, чем в 1Б группе, умеренное и минимальное улучшение отмечалось практически с одинаковой частотой по отношению к 1Б группе, однако у пациентов 1Б группы отсутствия улучшения и минимальное улучшение не регистрировалось.

Таким образом, можно заключить, что полученные данные о дифференциации терапевтического ответа в зависимости от клинических особенностей когнитивного дефицита способствуют оптимизации терапии с целью приостановления или замедления его прогрессирования и поддержания качества жизни как самих постинсультных больных, так и их семей. Назначение в комплексном лечении интраназально кортексин и БОС-терапию способствует более выраженному нивелированию неврологической клинической симптоматики.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. У больных с артериальной гипертензией отмечался высокий риск развития инсульта, который наблюдается при ишемическом инсульте – у 72%, геморрагическом инсульте 100% больных. Гемипарез при ишемическом инсульте 56%, диплопия 20%, парез пальцев верхних конечностей 20%, афазия 36%, патологические рефлексy 68%, дисфагия 23% и нистагм 32,1%, гемипарез при геморрагическом инсульте 20%, диплопия 22 %, парез

пальцев верхних конечностей 18%, афазия 39,4%, нистагм 38%, дисфагия 19,7% и патологические рефлекссы 91%.

2. У пациентов с острым развитием геморрагического и ишемического инсультов МРТ-трактография показала высокую степень поражения коры головного и спинного мозга на пораженной стороне. Выраженные изменения коры головного и спинного мозга наблюдались в большинстве случаев геморрагического инсульта.

3. Сравнительно-диагностическим критерием геморрагического и ишемического инсультов является коэффициент фракционной анизотропии (rFA), который указывает на геморрагический тип церебрального инсульта при соотношении $rFA < 0,7$ и $rFA > 0,7$ - ишемический инсульт. Использование диффузно-тензорной МРТ (ДТ-МРТ) для детальной оценки микроструктурных изменений белого вещества позволяет предположить, что ишемический и геморрагический инсульт являются одними из сравнительных диагностических критериев.

4. Неврологическая симптоматика, а также когнитивные нарушения у пациентов с ЦИ сопровождаются положительной динамикой на фоне интраназального применения кортексина. Характерен регресс церебральной симптоматики в целом на 48%, а регресс неврологических показателей в среднем на 32%. Метод коррекции неврологического дефицита с использованием принципа БОС-терапии имеет более высокую эффективность в восстановлении когнитивной функции у больных в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта в сравнении с традиционными методами реабилитации.

**SCIENTIFIC COUNCIL PhD.04/13.05.2020.Tib.93.02 ON AWARDING
SCIENTIFIC DEGREES AT THEBUKHARA
STATEMEDICALINSTITUTE**

BUKHARA STATE MEDICAL INSTITUTE

BOBOKULOV GULMUROD DILMURODOVICH

**DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF HEMORRHAGIC AND ISCHEMIC
STROKE, WAYS TO OPTIMIZE REHABILITATION MEASURES**

14.00.13– Neurology

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

BUKHARA – 2021

The topic of the dissertation of the Doctor of Philosophy (PhD) in Medical Sciences is registered in the Higher Attestation Commission under the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan under number №B2021.3 PhD/Tib2112.

The dissertation was completed at the Bukhara State Medical Institute.

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

Supervisor

Xodjieva Dilbar Tadjieva
doctor of Medical Sciences

Official opponents

Novikova Liliya Barievna
doctor of medical sciences,
professor
(Russian Federation)

Leading organization

Djurabekova Aziza Taxiurovna
doctor of medical sciences,
professor

Tashkent Medical Academy

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

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

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

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

G.A. Ikhtiyarova

Deputy Chairman of the Scientific Council for the Awarding of Academic degrees, Doctor of Medical Sciences, Professor

S.S. Pulatov

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

G.A. Ikhtiyarova

Deputy Chairman of the Scientific Council for the Awarding of Academic degrees, Doctor of Medical Sciences, Professor

INTRODUCTION (abstract of the PhDdissertation)

The aim of the research: development and improvement of differential diagnostic criteria and rehabilitation-restorative measures of patients with ischemic and hemorrhagic stroke.

The object of study: The data of a prospective analysis of clinical examination and treatment of 147 patients with hemorrhagic and ischemic stroke were obtained, of which 74 were in the main group, 73 were in the control group. Using a simple method of randomization, patients were divided into study and control groups, and they were assigned treatment measures in a different order.

Scientific novelty of the study is as follows:

the first study of the course of the acute period of cerebral stroke with the assessment of FA values in the cortical-spinal pathways was carried out. Based on the results obtained, predictors for ischemic and hemorrhagic stroke were established, so for hemorrhagic stroke the rFA is below 0,7, and for ischemic stroke the rFA is above 0,7

differential diagnostic criteria for cerebral strokes were refined, with the inclusion of diffusion-tensor MRI (DT MRI) for a more detailed assessment of microstructural changes in white matter;

based on the clinical material compared with the results of neuroimaging studies, the frequency, nature, structure, causes, and peculiarities of the development of pathological changes in the brain at cerebral stroke depending on the type were studied;

the correlation of positive dynamics of certain structural components of neurological disorders in the form of a differential outcome in response to the use of intranasal Cortekisn and BFB(biofeedback) therapy was revealed.

Implementation of the research results. On the basis of the obtained scientific results on the improvement of diagnosis and treatment of ischemic stroke the following was created

Methodical recommendations "Algorithm of differential diagnostics of ischemic and hemorrhagic strokes" (approved by the Ministry of Health from 12 octover 2021 № 8H-p/892). In addition to clinical manifestations of acute cerebral hemorrhage disorder, the results of clinical and instrumental methods of examination are used for differential diagnosis.

Methodological recommendations "Method of optimizing the treatment of vascular cognitive impairment in the early recovery period of stroke" (approved by the Ministry of Health of 12 octover 2021 № 8H-p/893). Appointment of intranasal Cortexin and biofeedback therapy in the complex treatment contributes to a more pronounced leveling of neurological clinical symptomatology.

The results of work are introduced in practice of the neurological department of the regional multidisciplinary center of Bukhara region, neurology department of the city multidisciplinary center of Bukhara, 1 clinics of Samarkand Medical

Institute (conclusion of the Ministry of Health from 26 October 2021 № 8Н-3/384). Administration of intranasal Cortexin and biofeedback therapy in the complex treatment contributes to a more pronounced leveling of neurological clinical symptomatology. Neurological symptomatology, as well as cognitive disorders in patients with CHI are accompanied by positive dynamics against the background of intranasal application of Cortexin and biofeedback therapy, the regression of cerebral symptomatology as a whole by 48%, and the regression of neurological indicators by an average of 32% is typical.

The structure and volume of the dissertation. The dissertation was presented on 112 pages consisting of an introduction, 4 chapters, conclusions, a list of used literature and appendixes.

**НАШР ҚИЛИНГАНИШЛАРРЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS**

I бўлим (Часть I; Part I)

1. Khodjiyeva D.T., Khaydarova D. K., Bobokulov G.D. Optimization Of Neuroprotective Therapy Of Ischemic Stroke In The Acute Period //European Journal of Molecular & Clinical Medicine. - 2020. 3720-3723.

- 2.Ходжиева Д.Т. BobokulovG.D.Differential diagnosis of hemorrhagic and ischemic stroke //European Journal of Research Development and Sustainability, 2021. 2(6). 87-89.
- 3.Ходжиева Д.Т., Бобокулов Г.Д. Влияние нейроиммунологических показателей больных с ишемическим инсультом на развитие постинсультной деменции //Тиббиётда янги кун. – Ташкент, 2019. - №4 – С. 40-47.(14.00.00, №22).
- 4.Ходжиева Д.Т., Хайдарова Д.К., Бобокулов Г.Д. Клиника – нейровизуализационная характеристика у больных с постинсультными когнитивными нарушениями и вопросы оптимизации терапии //Тиббиётда янги кун. – Ташкент, 2020. - №1 – С. 444-447.(14.00.00, №22).
- 5.Ходжиева Д.Т., BobokulovG.D.Ways to optimize rehabilitation activities in hemorrhagic and ischemic stroke //Web of Scientist: International Scientific Research Journal.2021. С.132-136.
- 6.Ходжиева Д.Т., Бобокулов Г.Д., Хайдарова Д.К. Инсульт турли шаклларидикиёсий ташхислаш мезонлари //Журнал неврологии и нейрохирургических исследований.2021. №1.31-34 бет.(14.00.00)
- 7.Ходжиева Д.Т., Бобокулов Г.Д., Хайдарова Д.К.Дифференциально-диагностические критерии различных форм инсульта //Журнал неврологии и нейрохирургических исследований.2021. №2 62-65 бет.(14.00.00)

II бўлим (ЧастьII; PartII)

8. Бобокулов Г.Д.,Ходжиева Д.Т.Дифференциальная диагностика геморрагического и ишемического инсульта, пути оптимизации реабилитационных мероприятий. //Неврология.Тошкент.2021. №3(87).-С.21-25.(14.00.00)
- 9.Khodjiev D.T., Khaydarov N. K. Bobokulov G.D. Differential diagnosis of hemorrhagic and ischemic stroke //Ways to optimize rehabilitation measures International Engineering Journal For Research & Development. - 2020. - С. 1-4.
- 10.Бобокулов Г.Д. Особенности и динамика когнитивных функций у больных с дисциркуляторной энцефалопатии Сборник материалов и международной конференции студентов-медиков и молодых ученых. Бухара- 2020. С-154
- 11.Бобокулов Г.Д. Постинсультные когнитивные нарушения: выбор оптимальной диагностики Сборник материалов II международной конференции студентов медиков и молодых учёных.27 мая 2020. 139-140
- 12.Бобокулов Г.Д. Особенности и динамика когнитивных функций у больных с дисциркуляторной энцефалопатией Сборник материалов Пмеждународной конференции студентов медиков и молодых учёных.27 мая 2020. 154-155
- 13.Бобокулов Г.Д. Ходжиева Д.Т. Способ оптимизации лечения сосудистых когнитивных нарушений в раннем восстановительном периоде инсульта: методическая рекомендация. 2021год. стр-23.
- 14.Бобокулов Г.Д. Ходжиева Д.Т. Алгоритм дифференциальной диагностики ишемического и геморрагического инсультов: методическая рекомендация. 2021год. стр-24.

15.Бобокулов Г.Д.,Ходжиева Д.Т. Ишемик ва геморрагик инсултни дифференциал таъхислашнинг ўзига хос алгоритми // Тиббиётда янги кун. – Ташкент, 2021. - №5 (37)– С. 115-120. (14.00.00).

16.Бобокулов Г.Д. Клинико-неврологическая характеристика ишемического и геморрагического инсульта//”Formation of psychology and pedagogy as interdisciplinary sciences” international scientific-online conference Italy- 29 November 2021.ст-5.

17.Бобокулов Г.Д. Геморогик ва ишемик инсултларни қиёсий таъхислаш, реабилитация тадбирларини оптималлаштириш усуллари ЭҲМ учун дастур. DGU 09651.