МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ОБЩЕСТВЕННОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ НЕВРОЛОГОВ УЗБЕКИСТАНА

NEVROLOGIYA

НЕВРОЛОГИЯ

Рецензируемый
научно-практический журнал
“НЕВРОЛОГИЯ”
Публикуется 4 раза в год

2 (98), 2024

АДРЕС РЕДАКЦИИ:
Республика Узбекистан
100007, г. Ташкент, ул. Паркентская, 51.
Тел.: 268-27-50.

Макет и подготовка к печати
проводились в редакции журнала.
Подписано в печать: 10.06. 2024 г.
Формат: 60 x 90 1/8.
Усл. печ. л. 11,16. Уч. изд. л. 7,6.
Тираж: 100 экз. Цена договорная

Оператор:
Мирзамухамедов О. Д.

Отпечатано в ООО "Label Print"
г. Ташкент, Мирзо Улугбекский р-н,
ул Олтин тепа, дом 365.
Тел.: (+99897)131 38 30

Журнал зарегистрирован
в Управлении печати и информации
г. Ташкента Рег. № 0129 от 06.11.2014 г.

© “Неврология” 2/2024

Электронная версия журнала
на сайтах: **www.med.uz www.tipme.uz**

Издается при поддержке компаний:

СП ООО “ NOBEL PHARMSANOAT”
(генеральный партнер),

ООО «ВЕКТОРФАРМ»,
«АРТЕРИУМ»,

Главный редактор – профессор
МАДЖИДОВА Ё. Н.

Редакционная коллегия:

Алимов У.Х.
Асадуллаев М.М.
Азимова Н.М
Гафуров Б.Г.
(зам. главного редактора)
Ибодуллаев З.Р.
Киличев И.А.
Мирджураев Э.М.
Матмуродов Р. Д.
Насирова И.Р.
(ответственный секретарь)
Рахимбаева Г.С.
Сабиров Д.М.
Садыкова Г.К.
Халимова З.Ю.
Халимова Х.М.
Нурмухамедова М.А.
Шамансуров Ш.Ш.
Эшбоев Э. Х.

Председатель редакционного совета
Гафуров Б.Г.

Редакционный совет:

Борнштейн Н. (Израиль)
Гехт А.Б.
Ганиева М.Т.(Таджикистан)
Гусев Е.И.
Дьяконова Е.Н.
Заваденко Н.Н.
Новикова Л.Б.
Нургужаев Е.С. (Казахстан)
Скоромец А.А.
Федин А.И.
Чутко Л. С. (все Россия)
Шералиева Рена Ханум(Азербайджан)

ние терапии препаратом Месидол на регресс неврологического дефицитаи функциональный исход у пациентов с ишемическим инсультом: систематизированный обзор и метаанализ. Журнал неврологиии психиатрии им. С.С. Корсакова. 2023;123(12 вып. 2):1–12. https://doi.org/10.17116/jnevro20231231221
71. Рубрикатор клинических рекомендаций/Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака у взрослых https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/171_2
72. Мельникова Е.В., Шмонин А.А., Мальцева М.Н., Иванова Г.Е. Модифицированная шкала Рэнкина – универсальный инструмент оценки независимости и инвалидизации пациентов в медицинской реабилитации. Consilium Medicum. 2017; 19 (2.1): 8–13.

УДК: [611.018+576+611.013] (06).

ПОСТТРАВМАТИК ЭНЦЕФАЛОПАТИЯНИНГ КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИК ПОЛИМОРФИЗМИ ВА КОМПЛЕКС ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Абдуллаева М.Б., Собирова С.К., Хикматова Ш.Ш.

Тошкент давлат стоматология институти

Калит сўзлар: посттравматик энцефалопатия, нерв тўқимасининг ўсиш омили (NGF), синтетик фосфолипидлар.

Посттравматик энцефалопатия (ПЭ) – бош мия жароҳатидан кейин келиб чиқувчи ва диффуз церебрал ўзгаришлар билан кечувчи касаллик. ПЭда умумий мия ва бош мия учоқли неврологик ва интеллектуал – мнестик ўзгаришлар хамда психо-неврологик бузилишлар кузатилади [1, 9]. Бош мия жароҳатидан кейин 1 йил давомида бош мия тўқимасида чандиқли, атрофик, дистрофик ўзгаришлар хосил бўлади, бу эса посттравматик энцефалопатия касаллигини келтириб чиқаради[12].

Статистик маълумотларга кўра, оғир ва ўрта даражадаги бош мия жарохатларидан кейин посттравматик энцефалопатия 70-80% инсонларда учрайди. Касалликнинг кечиши ва оғирлик даражаси ўз вақтида қилинган диагностика ва олинган даво муолажаларига хамда олиб борилган даволаш-профилактика ишларига боғлиқ бўлиб, бу эса асоратларни бартараф этишда, ногиронликни ва ўлимни олдини олишда катта аҳамиятга эга.

Кўп холатларда бош мия жарохатидан кейин бош мия шикасталаниши нисбатан енгил ва хаёт учун хавфли бўлмаган бош мия ўзгаришлари билан кечади, лекин беморларнинг эмоционал холатида, интизомида ўзгаришлар сезилади. Эмоционал ўзгаришлар яқинлар ва касбдошлари билан мулоқотни қийинлаштириб кўяди, уйқусизлик эса тез толиқишга ва умумий холсизликка олиб келади, енгил стресс ёки рухий зўриқиш психопатологик симптоматикани, неврозни, астения ёки депресияни келтириб чиқаради [8,20, 23], Баъзи холатларда эса, жароҳатдан кейин бош мияда ўзгаришлар сурункали авж олувчи хусусиятга эга бўлиб, беморни ногиронликка ёки ўлимига олиб келиши хам мумкин.

Эпидемиологик кўрсаткичларга қараганда, барча жароҳатлар орасида, 55-80% инсонларда бош мия жароҳатлари учрайди. Касаллик кўпинча 20 ёшдан 40 ёшгача бўлган инсонларда, айниқса эркакларда ва спорт билан шуғуланувчиларда кўп учрайди.

Этиологияси. Посттравматик энцефалопатия бош мияга физик таъсиротлар (бошни урилиши, туртилиши, кескин бошни чайқалиши ва х.к.) натижасида бош мия жароҳатлари келиб чиқади. Кейинчалик бу бош мия жарохатини посттравматик энцефалопатияга айланишига преморбид қон томир патологияси, интоксикациялар (алкоголь ёки бошқа турдаги токсик факторлар), оғир инфекцион жараёнлар сабабчи бўлади.

Посттравматик энцефалопатиянинг ривожланшига қуйидаги этиологик факторлар сабабчи бўлади:

- спорт билан шуғулланиш
- автохалокатлар ва бахтсиз ходисалар
- баландликдан йиқилиш
- бошни уриб олишлар
-хомиладорлик даврида ёки тўғруқ даврда бош мия жарохатлари[12,14,15].

Юқорида келтирилган этиологик факторларгни инобатга олган холда қуйидаги тоифадаги инсонлар хавф гуруҳига келтирилган:

Спорстсменлар. Бош мия жароҳатини олишга моил бўлган спорт турлари: бокс, кураш, хоккей, футбол, велосипед ва бошқалар билан шуғулланувчи спортсменларда кузатилади.

Харбий тизимда ишловчилар. Милиция, харбийлар, қўриқчиларда тез тез учровчи бош мия жароҳатлари посттравматик энцефалопатияни келтириб чиқаради.

Хайдовчилар, транспорт воситаларнинг йўловчилари. Бош мия жарохати йўл транспорт ходисаси, вайроналар натижасида содир бўлади.

Тутқаноқ хуружлари бўлган беморлар. Эпилептик, истерик тутқаноқлар бош мияни қаттиқ нарсага кескин урилишига олиб келади.

Беморлар хуружни кечишини назорат қилолмаганлари ва хуруждан олдин қулай, хавфсиз жойни танлашга имконият булмагани сабабли жароҳатлар келиб чиқади.

Янги туғилган чақалоқлар. Туғруқ бош мия жароҳатлари билан асоратланиши мумкин. Органик ўзгаришлар ва унинг асоратлари хаётининг биринчи йилида аниқланади.

Патогенез. ПЭ негизида диффуз характерга эга бош мия тўқималарнинг зарарланиши ва бош мия кон айланишинг бузилиши ётади. Натижада бош мия тўқимасида кислород етишмовчилиги (гипоксия), дегенератив-дистрофик ўзгаришлар ва нейрон гуруҳлари орасида алмашинув бузилиши келиб чиқади[7,3,22].

Морфологик жиҳатдан кўриб чиқилганда, бош мия тўқимасининг зичлигини пасайиши, атрофияси натижасида бош мияни ўрнини ликвор суюқлиги билан тўлиши содир бўлади, бу эса бош миянинг сиқилишига олиб келади. Бундан ташқари, бош мия тўқимасида микроинфарктлар, нейронларда дистрофик ўзгаришлар, нейрон ўсиқларида миелин қаватининг юқолиши ва қоринчалар тизимини.нг кенгайиши натижасида посттравтик энцефалопатия келиб чиқади[16].

Классификация. Халқаро касалликлар классификациясининг 10-қайта кўригида бу касалик “Бош миянинг жароха-

тидан кейинги холат” деб номланди. Бош мия жароҳатидан кейинги холат 2 хил шаклда: резидуал ва авж олувчи шакл.

Резидуал шаклда неврологик ва нейропсихологик ўзгаришлар, яъни конитив бузилишлар, вестибулоатактик ўзгаришлар, псевдобульбар синдром, фалажликлар, экстрапирамид синдромлар, эпилептик тутқаноқлар кузатилади ва бу холат “посттравматик энцефалопатия” деб номланади.

Авж олувчи шаклда эса нормотензив гидроцефалия, сурункали субдурал гематома кузатилади ва бу холат “посттравматик арахноидит” деб номланади[4]. Посттравматик энцефалопатия ташхисини қўяётганда бош мия жароҳатини оғирлик даражаси, санаси, асосий клиник-неврологик синдромлари ва компенсация даражаси, хамда жароҳат марказий ёки переферик нерв системасининг зарарланиши билан кечганини кўрсатилган бўлиши керак.

Клиника. Посттравтик энцефалопатия клиник белгилари 4 турда кечади:

регерессирланувчи
стабил
ремиттирланувчи
авж олувчи.

Травматик энцефалопатиянинг клиник кечишига қараб бир неча синдромлар фарқланади:

Вегето-дистоник. Кенг тарқалган синдромларда бири бўлиб, вегететатив бошқариш марказининг бузилиши, нейрогуморал ўзгаришлар натижасида келиб чиқади. Беморларда артериал қон босимининг ўткинчи кўтарилиши ёки пасайиши, юрак уриб кетиши, совуқ ва иссиққа сезувчанлигшини ошиши кузатилади. Эндокрин ўзгаришлар, кўп терлаш, гиперсаливация, терини ва шиллиқ қаватларини қуриши хам бўлиши мумкин.

Астеник синдром. Бош мия жарохатларининг хамма даврларида аниқланади. Беморларда тез толиқиш, қувватсизлик, эмоционал лабиллик, кундалик ишларни бажаришда қийинчиликлар, доимий уйқучанлик, бош оғриқ, шовқинни кўтара олмаслик, узоқ йулга юролмаслик кузатилади. Бу синдром икки хил турда учрайди: гипостеник, гиперстеник. Гипестеник турда юқори қўзғалувчанлик, ташқи таъсиротларга сезувчанликнинг ошиши, эмоционал турғун бўлмаслик каби белгилар бўлади. Гипостеник турида эса умумий холсизлик, бўшашиб кетиш ва апатия холатлари кузатилади.

Ликвородинамиканинг бузилиш синдроми. Кўпинча ликвор гипертензияси кузатилади ва посттравматик гидроцефалия кўринишида бўлади. Беморларда кучли бош оғриқ кўнгил айниши, қусиш, бош айланиши, юришнинг бузилиши, рухий жараёнларнинг секинлашуви кузатилади.

Церебрал-ўчоқли синдром. Оғир жароҳатлардан сўнг ривожланади. Пўстлоқ, пўстлоқ ости (паркинсонизм синдроми), бош мия устуни ва вестибуляр синдромлари фарқланади. Беморларда харакат тизимида бузилишлар (фалажликлар), сезги бузилиши (анестезия, гипостезия), юз, эшитув, куўрув нервларнинг зарарланиш белгилари, ва учоқли пўстлоқ ва пустлоқ ости белгилари (паркинсонизм синдроми) кузатилади.

Психопатологик синдром. Бу синдром кўпгина беморларда шаклланади ва депрессия, ипохондрия, вохима, қўрқув, ёпишқоқ фикрлар каби неврозсимон ўзгаришлар , психопатологик ва делириоз ўзгаришлар, когнитив ўзгаришлар ва деменция билан кечади.

Эпилептик синдром. Бош мия жарохатларининг 10-15% да эпилептик тутқаноқлар кузатилади ва симптоматик эпилепсия (травма сабабли эпилепсия) сифатида кўрилади. Кўп холатларда эпилептик хуруж бош мия жароҳатидан кейин бир йил давомида пайдо бўлади[5,10,19]. Посттравматик эпилепсия оддий ва мураккаб парциал тутқаноқлар, иккиламчи – генерализацияланувчи тутқаноқлар билан кечади. Тутқаноқ пароксизми дисфория белгилари – кучли асабийлашиш, жахлдорлик, аггрессивлик кўринишида бўлади.

Бош мия ўзгаришларнинг намоён бўлишига қараб посттравматик энцефалопатия 3 та даражага бўлинган:

I даража – энг енгил даража бўлиб, минимал ўзгаришлар билан кечади ва беморни ташқи томондан кузатганда, сухбатлашганда билинмайди. Лекин бемор ўзида тез –тез толиқиш, уйқу бузилиши ва апатия холатини сезади.

II даража – вақти – вақти билан беморда нотурғун эмоционал ҳолат, диққат ва хотира фаолиятини пасайиши, уйқусизлик, депрессив ўзгаришлар, астения кузатилади.

III даража – оғир кечади, даволанишни самараси кам бўлади ва тутқаноқ, паркинсонизм, координация бузилиши, фалажликлар, ақлий фаолиятнинг кескин пасайиши, психозлар каби органик неврологик органик белгилар билан кечади. Беморда иш қобилиятининг ва касбий фаолиятининг юқолиши кузатилади[11, 2].

Касаллик 3 та босқичдан иборат:

Ўткир босқич - 2 хафтадан 10 хафтагача давом этади. Бу босқичда касалликнинг асоратлари ва бош миянинг иккиламчи ўзгаришлар кузатилади.

Оралиқ босқич - 2 ойдан 6 ойгача бўлган вақтни ташкл қилади. Касалликнинг бу босқичида фаол тикланишни кўриш мумкин.

Сурункали босқич – 1 йил ва ундан ортиқ давр мобайнида касалликнинг қолдиқ белгилари ёки авж олувчи асоратлар шаклланади.

Бундан ташқари, касалликнинг чандиқ-атрофия, ликвородинамик, нейродинамик, гемодинамик босқичлари хам фарқланади.

Касалликнинг босқичлари қуйидаги критерияларга қараб бўлинади:

1. Клиник белгилари - умумий мия, органик, устун, бош мия ярим шарлари белгилари ва уларнинг динамикаси.

2. Патофизиологик ўзгаришлар - бош мия шиши, томир, нейрофизиологшик, нейромедиатор, гормонал, иммун реакциялари ва уларнинг динамикаси.

3. Морфологик кўрсаткичлар - травматик субстрат ва унинг санациясини динамикаси, шаклланиши[6,13,21].

Посттравматик энцефалопатиянинг клиник белгилари жароҳатнинг оғирлик даражасига боғлиқ. Ёши катталарда, юрак ва бош мия қон томирлари касалликларда (атеросклероз, гипертония), касаллик белгилари кўпроқ намоён бўлади.

Асоратлари. Посттравматик энцефалопатиянинг асоратлари касаллик кечишига ва устунлик қилаётган синдромга боғлиқ. Вегето-дистоник бузилишлар юрак ва бош мия қон томир тизими касалликларини, яъни вақтдан олдинги церебрал атеросклероз, гипертония касаллигини олиб келади.

Астеник, психопатологик, ликвородинамик синдромлар беморларнинг хаёт сифатини пасайтиради, яъни иш қобилияти пасаяди, касбий фаолиятини олиб боришга қийналишади ва шу сабабли иш жойини ўзгартиришга мажбур бўлишади.

Когнитив ўзгаришлар ва руҳий жараёнлар турғун сақланиб қолади ва шахсиятни органик бузилишлари кузатилади[17].

Диагностика. Посттравматик энцефалопатия ташхисини қўйиш учун бош мия жароҳатининг сабабини, унинг оғирлик даражасини ва локализациясини аниқлаш керак. Бунинг учун бош миянинг чуқур инструментал текширувлари олиб борилади ва дегенератив жараён қайси босқичдалиги аниқланади.

Бош мия жароҳатини олган бемор невролог томонидан кўрилади. Невролог анамнез йиғиш жараёнида жароҳатнинг қачон олинганлиги, унинг оғирлик даражаси, қандай даволаниш чоралари кўрилганлигини аниқлайди. Неврологик тек-

ширувлар орқали рефлекслар, харакат ва сезувчанлик тизимида ўзгаришлар аниқланади. Агар психопатологик симптоматика кузатилса, психиатрни кўриги ташкиллаштирилади. Психиатр диагностик консультация жараёнида психопатологик холатни текширади ва интизомий, эмоционал-эркинлик бузилишларни, хаёлий симптоматикани, когнитив фаолиятни пасайганлигини аниқлайди. Шунингдек, беморнинг адекват реакциялари, ўзига нисбатан танқидий холатлари баҳоланади.

Инструментал текширувлар нейрофизиологик ва нейровизуалогик текширувлардан, яъни Эхо-ЭГ, ЭЭГ, РЭГ, бўйин ва бош мия томирларини УЗДГ си, бўйин умуртқа поғонасини рентгенографияси, бош мия ва церебрал қон томирларининг МРТ текширувидан иборат[11]. Бу текширувларнинг натижалари марказий асаб тизимидаги морфологик ва функционал ўзгаришларни ва зарарланиш даражасигни аниқлаб беради.

Қўшимча текширув усули сифатида биохимиявий қон текширувлари хам олиб борилади. Биохимиявий қон текширувлари бош миядаги ўзгаришлар травматик бўлмаган жараёнлар ҳисобига келиб чиққанлигини аниқлаш учун қўлланилади[4,18,22].

Яна бир кон текширувларидан бири бу - нерв тўқималари ўсиш омили бўлган nerve growth factor (NGF) қиймати концентрациясини аниқлаш. Nerve growth factor (NGF) - бу нерв тўкималарини табиий бирлаштирувчи, ўсиш омилига таъсир килувчи оқсил хисобланиб, нейронларнинг ривожланишига, ва уларнинг активлигига таъсир кўрсатади. Италиялик нейробиолог Рита Леви-Монтальчини ва Стэнли Коэн 1950 йилда нерв тўқималарини ўсиш омилини аниклашган, шу йилнинг ўзида Вашингтоннинг Сент-Луисе олимлари ҳам бу нерв тўқималари ўсиш омилини кашф қилишган. Олимларининг кейинги изланишлар натижасида 1971 йил нерв тўкимасининг ўсиш омилининг биринчи структуралари аникланган ва якуний натижа сифатида NGF гени ихтиро қилинган. Аммо бу кашфиёт 1986 йилда физиология ва тиббиёт буйича премия мукофотида тасдиқланмагунича тан олинмаган[7, 19,23].

Nerve growth factor (NGF) - одам организмида миелин қобиғини тикланиши учун ёрдам беради. Қонда NGF нинг миқдори пасайиши когнитив фаолиятга, яъни унинг сустлашувига таъсир қилади. Посттравматик энцефалопатияда хам когнитив фаолиятга NGF нинг таъсирини ўрганиш муҳим текширувлардан бири сифатида кўриб чиқиш керак.

Даволаш. Посттравматик энцефалопатиянинг асосий даволаш чоралари нейропротекцияга, қон айланишни яхшилашга ва бош мияда метаболик жараёнларни тиклашга, когнитив ва эмоционал ўзгаришларга қаратилган. Симптоматик даво хар бир беморга индивидуал танланади. Гидроцефалияда бош мия шишини камайтирувчи препаратлар, эпилепсияда тутқаноққа қарши препаратлар, руҳий ўзгаришларда нейролептиклар қўлланилади.

Терапевтик режа қуйидаги услублардан иборат:

Фармакотерапия. Ноотроп дорилардан пирацетам қаторидаги дорилар ва нейропротектор дори воситаси сифатида холиномиметиклар, антигипоксантлар, антиоксидантлар тавсия этилади. Шунингдек, синтетик фосфолипидлардан липосом форте дори препаратини қўллаш самарали натижаларга олиб келади.

Психокоррекция. Когнитив фолият пасайганда коррекцион машғулотлар, яъни диққат, хотира, фикрлаш фаолиятини яхшиловчи машқлар олиб борилади. Беморддa депрессия кузатилганда ва эмоционал турғун бўлмаганда психотерапевтик ёрдам кўрсатилади.

Умумий қувватлантирувчи муолажалар. Астеник белгиларни, енгил неврологик симптоматикани бартараф қилиш учун ввитаминлар, аминокислоталар тавсия этилади ва массаж, даволовчи жисмоний тарбия, даволовчи ванна каби физиотерапевтик муолажалар олиб борилади[2,4,6,9,11].

Хулосалар.

Посттравматик энцефалопатияни даволаш самараси бош мияни зарарланиш даражасига ва бош мия тўқимасини тикланишига боғлиқ. Вақтида даволанишнинг хамма босқичларини тўғри қабул қилиш, соғлом хаёт тарзини олиб бориш, зарарли одатларни йўқотиш каби чоралар кўрилганда касалликнинг ижобий томонга силжишига олиб келади.

Адабиётлар:

1. Веинер Г., Левитт Л., Неврология М. Гэотар Медицина, 1999.
2. Вышлова И.А., Карпов С.М., Апагуни А.Э., Стародубцев /А.И.Последствия легкой черепно-мозговой травмы (обзорная статья)/ // Международный журнал экспериментального образования. – 2014 - №5.
3. Гусев Е.И., Сосудистые заболевания головного мозга, Москва Медицина1999.
4. Живолупов С.А. Патогенетические механизмы травматической болезни головного мозга и основные направления их коррекции / С.А. Живолупов, И. К Самарцев, С.В. Коломейцев. Журн. Неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2009. № 10. С. 42-46.
5. Ибодуллаев З.Р. Дарслик «Асаб касалликлари». Фан ва технология нашриёти, Тошкент-2013. XIV-боб, 809-813.
6. Карлов В.А., Лечение нервных болезней, Медицина1997.
7. Козлов В.И., Цехмистренко Т.А.. “Анатомия нервной системы” Москва “Мир” 2006.
8. Коновалова А.Н., Лихтермана Л.Б., Потапова А.А. Нейротравматология под редакцией, Москва 1994
9. Румянцева С.А., Кравчук А.А., Рыжова Д.Д. Терапия когнитивных расстройств у больных с хронической ишемией головного мозга // РМЖ. 2007. № 5. С.379–385
10. Самуэльса М. Неврология под редакцией, Практика, Москва1998.
11. Стародубцев А.А. Травматическая энцефалопатия у людей молодого возраста, перенесших сотрясение головного мозга, её клиника, диагностика и лечение: Автореферат диссертации/– 2010.
12. Фирсов А.А., Ховряков А.В., Шмырёв В.И.Травматическая энцефалопатия/ // Архивъ внутренней медицины – 2014 - № 5(19).
13. Alagiakrishnan K., McCracken P., Feldman H. Treating vascular risk factors and maintaining vascular health: Is this the way towards successful cognitive ageing and preventing cognitive decline? // Postgrad. Med. J. 2006. Vol. 82. P.101–105.
14. Chronic traumatic encephalopathy: neuroimaging biomarkers. Lin A, Charney M, Shenton ME, Koerte IK. Handb Clin Neurol. 2018;158:309-322. doi: 10.1016/B978-0-444-63954-7.00029-X. Review.
15. De Haan E.H., Nys G.M., Van Zandvoort M.J. Cognitive function following stroke and vascular cognitive impairment // Curr.Opin. Neurol. 2006. Vol. 19. P.559–564.
16. Dolman R., Roy E.A., Dimeck P.T., Hall C.R. Age, gesture span, and dissociations among component subsystems of working memory // Brain Cogn. 2000. Vol. 43. P.164–168.
17. Farfel J.M., Nitrini R., Suemoto C.K. et al. Very low levels of education and cognitive reserve: A clinicopathologic study // Neurology. 2013. Vol. 81. P.650–657.
18. Fjell A.M., Walhoyd K.B. Structural brain changes in aging: courses, causes and cognitive consequences // Rev. Neurosci. 2011. Vol. 21 (3). P.187–221.
19. Gelber R.P., Ross G.W., Petrovitch H. et al. Antihypertensive medication use and risk of cognitive

impairment // The Honolulu-Asia Aging Study. Neurology. 2013. Vol. 81. P.888–895.
20. Kale A., Joshi S., Pillai A., Naphade N., Raju M., Nasrallah H., Mahadik S. P. Reduced cerebrospinal fluid and plasma nerve growth factor in drug-naïve psychotic patients. (англ.) // Schizophrenia Research. — 2009. — December (vol. 115, no. 2-3). — P. 209—214. — doi:10.1016/j.schres.2009.07.022. — PMID 19713082.
21. Mueller S., Wang D., Fox M.D. et al. Individual variability in functional connectivity architecture of the human brain // Neuron. 2013. Vol. 77 (3). P.586–595
22. Post-traumaticneurodegeneration and chronic traumatic encephalopathy. Daneshvar DH, Goldstein LE, Kiernan PT, Stein TD, McKee AC. Mol Cell Neurosci. 2015 May;66(Pt B):81-90. doi: 10.1016/j.mcn.2015.03.007. Epub 2015 Mar 7
23. The neuropathology of traumaticbrain injury. Mckee AC, Daneshvar DH. Handb Clin Neurol. 2015;127:45-66. doi: 10.1016/B978-0-444-52892-6.00004-0.

УДК: 159.922

PSIXOMOTORIKA VA PSIXOMOTOR TERAPIYA: NAZARIYOT, AMALIYOT VA TA`LIM DASTURINI O`ZBEKISTONGA TADBIQ QILISH

Ibodullaev Z.R., Amirjanova D.Z., Karimova D.Y., Ibodullaev A.Z.

Toshkent tibbiyot akademiyasi, TTA Urganch filiali

Kalit so`zlar: neyropsixologiya, miyaning funksional bloklari, psixofiziologiya, psixomotorika, psixomotor terapiya, parameditsina, reabilitatsiya

Psixomotorika bosh miyaning assotsiativ markazlari nazoratida amalga oshiriladigan harakatlar bo‘lib, inson uchun xos bo‘lgan ixtiyoriy faoliyat turi hisoblanadi. Ongli tarzda boshqarilib so‘ngra avtomatizm darajasiga yetadigan ushbu motor faoliyat negizida dastlab psixologik omillar yotadi. Markaziy nerv sistemasining afferent va efferent mexanizmlari ishtirokida amalga oshiriladigan psixomotor faoliyat izdan chiqsa, turli xil nevrologik va neyropsixologik kasalliklar rivojlanadi.

Ontogenetik rivojlanish davrida takomillashib boruvchi psixomotor faoliyat vaqt o‘tishi bilan avtomatik tarzda bajariluvchi harakatlar majmuasiga aylanadi. Buning uchun kortikal analizatorlar bilan bir qatorda ongsiz harakatlar va psixoemotsional reaksiyalar uchun mas'ul bo‘lgan po‘stloq osti tuzilmalarining ishtiroki ta'minlanishi kerak [3,7,9].

So‘nggi davrlarda harakatlar neyrofiziologiyasi va psixofiziologiyasini ilmiy tadqiq qilishlar shuni ko‘rsatdiki, psixomotor ko‘nikmalarni erta bolalik davridan shakllantirib borish o‘ta muhim [7,10,13,16]. Agar ushbu jarayon ta'minlansa, bolalik davrida rivojlanishi mumkin bo‘lgan neyropsixologik nuqsonlarni erta aniqlash va muvaffaqiyatli bartaraf etish imkoni paydo bo‘ladi [15,19]. O‘zining individualligi bilan ajralib turuvchi psixomotor faoliyat jamoa shaklida amalga oshirilaversa, barcha ishtirokchilarda bir ritmga tushib oladi. Agar ushbu imkoniyat amalga oshirilsa, psixomotor terapiyani yakka holda emas, balki jamoa shaklida o`tkazilishi mumkin.

Psixomotorikaning uzluksiz ta'minlanishida yarimsharlararo munosabatlarning ahamiyati katta. Chap yarimshar psixomotorikani verbal boshqarishda ahamiyatli bo‘lsa, o‘ng yarimshar optik-fazoviy reaksiyalarni ta'minlab beradi. A.R. Luriya o‘z asarlarida bosh miyaning ikkala yarimshari rivojlanishi va faoliyatini uchta funksional bloklar modeliga asoslanib o`rgandi [8, 9].

A.R. Luriya birinchi funksional blokka “energetik blok” deb nom berdi va uni umumiy tonus va tetiklikni ta'minlovchi blok deb atadi [9]. Energetik blokka miya ustuni retikulyar formatsiyasi, o‘rta miyaning nospetsifik tuzilmalari, diensefal sohalar, limbik sistema, peshona va chakka po‘stlog‘ining mediobazal qismi kiradi. Ikkinchi funksional blok eksteroretseptiv signallarni qabul qiluvchi, qayta ishlovchi va xotirasida saqlovchi blok. Unga bosh miyaning ensa, chakka va tepa bo‘laklari kiradi. Uchinchi funksional blok barcha ruhiy faoliyatni nazorat qiluvchi, boshqaruvchi va dasturlar tuzuvchi blok bo‘lib, uning anatomik tuzilmasi bosh miyaning peshona bo‘lagi, yanada aniqrog‘i premotor va prefrontal sohalardir.

Ontogenezningdastlabkibosqichida,ayniqsa,10-12yoshgacha bo‘lgan davrda funksional bloklarning normal rivojlanishi katta ahamiyatga ega [7,10,19]. Ushbu davrda birorta funksional blok rivojlanishini izdan chiqaruvchi har qanday patologik jarayon, ayniqsa, travma, infeksiya yoki vaskulyar buzilishlar psixomotor rivojlanishning orqada qolishiga turtki bo‘ladi. Ushbu kasalliklar sababini erta aniqlab ularni neyropsixologik korreksiya qilish bolaning psixomotor rivojlanishini asl holiga qaytaradi [13,15].

Psixomotor rivojlanishdan kechikayotgan bola yangi ma'lumotlarni o‘zlashtirishdan orqada qoladi, uquvsiz va hissiyoti noturg‘un bo‘ladi. Psixomotor rivojlanishdan orqada qolish turli darajada ifodalangan bo‘ladi. Bunga bolalar serebral falajligini (BSF) misol qilib ko`rsatish mumkin. BSF ning klinik turlari ko‘p bo‘lib, klinik sindromning qay darajada namoyon bo‘lishi bosh miyaning qaysi anatomik tuzilmasi zararlanishiga ko‘p jihatdan bog‘liq [10,13,15,16,17].

Psixomotor terapiya (PMT) va reabilitatsiya bir necha oylab, ba'zida yillab davom etadigan psixoterapevtik jarayon. PMT, ayniqsa, ruhiy va jismoniy rivojlanishdan orqada qolgan bolalarda keng qo‘llaniladi. Ushbu metodni qo‘llashni boshlashdan oldin bemor chuqur neyropsixologik tekshiruvdan o‘tkaziladi, so‘ngra psixomotor terapevtga topshiriladi. G‘arb davlatlarida “Psixomotor terapevt” mutaxassisligi bo‘yicha o‘quv kurslari tashkil etilgan bo‘lib, ular bolalar va katta yoshdagilar davolanadigan neyropsixoreabilitatsiya markazlarida faoliyat olib borishadi. Shunday ilmiy markazlardan biri – bu Fransiyaning Oliy Psixomotor reabilitatsiya instituti (Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice, ISRP) hisoblanadi.

PMT nafaqat harakat buzilishlari bilan namoyon bo‘luvchi nevrologik va neyropsixologik kasalliklar, ya'ni bolalar serebral falajligi, serebral insult, balki xavotirli-fobik, xavotirli-depressiv va obsessiv-kompulsiv buzilishlarda ham keng qo‘llaniladi. Demak, tibbiy (klinik) psixologlar o‘z faoliyatida ushbu metodikadan keng foydalanishlari mumkin. Uzoq davom etuvchi depressiya va affektiv buzilishlarda PMT samaradorligi mutaxassislar tomonidan o‘rganib kelinmoqda. Bu borada O`zbekistonda ham ilmiy izlanishlar boshlash maqsadga muvofiq.

PMT jismoniy reabilitatsiya, psixoreabilitatsiya va art-terapiya, shu jumladan, musiqaterapiyani o‘z ichiga qamrab olgan kompleks metod hisoblanadi. PMT erkinlikka asoslangan bo‘lib, psixomotor

СОДЕРЖАНИЕ 2-2024

НАШ ГОСТЬ

Stoyanov O.M., Kalashnikov V.Y1., Mirzhuraev E.M.2,Vastyanov R.S., Son A.S.

PATHOGENETICALLY DETERMINED DIAGNOSIS AND METHODS OF CORRECTION OF CEREBROVASCULAR DISORDERS IN PATIENTS WITH THE CONSEQUENCES OF COVID-19.....2

ВОПРОСЫ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НЕРВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Maqsudova H.N., Magzumova R.A., Tilavova H.O.

VERTEBROBAZILYAR YETISHMOVCHILIKNING KLINIK-NEVROLOGIK, GEMODINAMIK XUSUSIYATLARINI HISOBGA OLGAN HOLDA REABILITATSIYASIDA TRANSKRANIAL MAGNIT STIMULYATSIYASININGO'RNI.....11

Мирджураев Э.М., Туракулова Д.О.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВОХРАНЕНИЯ.....13

Абдуллаева М.Б., Дадажонов З.А.

РОЛЬ МЕТОДОВ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ (МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ И РЕНТГЕН-КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ) В РАСПОЗНАВАНИИ НЕЙРОВАСКУЛЯРНОГО КОНФЛИКТА.....18

Saidvaliyev F.S., Rahimova Sh.M.

MIGREN VA ZO'RIQISH BOSH OG'RIG'IDAN RIVOJLANGAN ABUZUS BOSH OG'RIG'I KELIB CHIQISHIDA PRENATAL JINSIY GORMONLAR ROLI.....23

Sultanov Sh.X., Gopurova G.F., Kurbaniyazova Sh.E., Abdulkasimov F.B., Babaev J.S., Uralova D.A., Abdusattarov Sh.T.

DEMENSIYADAGI OVQATLANISH BILAN BOG'LIQ XULQ – ATVOR BUZILISHLARINING KLINIK VA DINAMIK TAHLILI.....28

Абдуллаева М.Б., Чориева Ф.Э. Ядгарова Л.Б.

ПАСТ ИНТЕНСИВЛИКДАГИ ЛАЗЕР ТЕРАПИЯСИНИНГ ТРИГЕМИНАЛ НЕВРАЛГИЯГА ТАЪСИРИ.....32

ВОПРОСЫ ДЕТСКОЙ НЕВРОЛОГИИ

Салихова С.М., Маджидова Ё.Н., Салихов Б.Р., Бердиева Х.У.

ДАУН СИНДРОМЛИ БОЛАЛАР РЕАБИЛИТАЦИЯСИДА ЭЭГ-NEUROFEEDBACK УСЛУБИНИНГ АҲАМИЯТИ.....38

Маджидова Я.Н., Хасанова Н.О.

ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С НАЛИЧИЕМ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА.....42

ВОПРОСЫ НЕЙРОХИРУРГИИ

Джуманов К.Н., Кариев Г.М., Исмаилова Р.О.

ОСЛОЖНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ СПИННОГО МОЗГА.....46

Махмудов Б.Ф., Алтыбаев У.У., Саидов Г.Н., Усманов Р.Х.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИНТРААРТЕРИАЛЬНОЙ ХИМИОИНФУЗИИ ПРИ РЕТИНОБЛАСТОМАХ – ОПЫТ РСНПМЦН.....48

ВОПРОСЫ ПСИХОНЕВРОЛОГИИ

Agranovskiy M. L., Raxmatov A. B., Maxmutov R. X.

PSORIAZ BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA PSIXOSOMATIK BUZILISHLARNI KLINIK XUSUSIYATLARI.....53

А.А. Ахроров, Б.Х.Каландаров. Ш.А. Имамов, А.Имамов,

К ОЦЕНКЕ КЛИНИКО- СОЦИАЛЬНЫХ И ГЕНДЕРНЫХ ФАКТОРОВ ДЛЯ ПРОГНОЗА ВЫЯВЛЯЕМОСТИ И ПРОФИЛАКТИКА ПРИСТУПООБРАЗНОЙ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ.....56

ОБЗОР

Маджидова Е. Н., Нурмухамедова М. А

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ.....59

Рахимбаева Г. С., Газиева Ш.Р.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ.....61

Абдуллаева М. Б., Собирова С.К., Хикматова Ш.Ш.

ПОСТРАВМАТИК ЭНЦЕФАЛОПАТИЯНИНГ КЛИНИКО- ПАТОГЕНЕТИК ПОЛИМОРФИЗМИ ВА КОМПЛЕКС ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ.....71

Ibodullaev Z.R., Amirjanova D.Z., Karimova D.Yu., Ibodullaev A.Z.,

PSIXOMOTORIKA VA PSIXOMOTOR TERAPIYA: NAZARIYOT, AMALIYOT VA TA`LIM DASTURINI O`ZBEKISTONGA TADBIQ QILISH.....74

Ядгаров И.С., Усманов Ш.У., Бустанов А.Я., Тошматов А.К., Касымова С.А.

СОЦИАЛЬНО – ЭКОНОМИЧЕСКОЕ БРЕМЯ ТЕРАПИИ МИГРЕНИ: ВЧЕРА И СЕГОДНЯ.....76

Муратова Ш.Т., Махмудова С.М.

БАРИАТРИК ЖАРРОХЛИК ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАРНИНГ ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ ФУНКЦИОНАЛ ХОЛАТИДАГИ ЎЗГАРИШЛАР.....80

Ikromov Sh.B., Gaybiyev A.A.

SPECIFIC CLINICAL AND NEUROLOGICAL FEATURES OF SPINAL CORD STROKE.....84

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Рузикулов М.М., Кариев Г.М., Хазраткулов Р.Б., Шоюнусов С.И.

ГИГАНТСКАЯ АНЕВРИЗМА М1-СЕГМЕНТА ЛЕВОЙ СРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ — СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ.....87

Адашвоев Х.А., Кариев Г.М., Бобоев Ж.И.

ЭПИДЕРМОИДНАЯ КИСТА КОСТЕЙ ЧЕРЕПА: ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ.....89