

## СУРУНКАЛИ МИЯ ИШЕМИЯСИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА КЛИНИК-НЕВРОЛОГИК СИНДРОМЛАР ПОЛИМОРФИЗМИ ВА УЛАРНИНГ ДИФФЕРЕНЦИАЛЛАШГАН ДАВОЛАШ ЖАРАЁНИДАГИ ДИНАМИКАСИ

Амерова Н.А.

[amerovanilufar900@gmail.com](mailto:amerovanilufar900@gmail.com)

Ахророва Ш.Б.

[shakhloakhrorova81@gmail.com](mailto:shakhloakhrorova81@gmail.com)

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти

<https://doi.org/10.5281/zenodo.21884111>

Сурункали миё ишемияси (СМИ) марказий асаб тизимининг сурункали ва прогрессивланувчи томирли зарарланиши бўлиб, ранг-баранг клиник симптоматология билан кечади. Касалликнинг клиник манзарасида бош оғриғи ва бош айланишидан тортиб, ҳаракат, мувозанат, эмоционал-иродавий ҳамда когнитив соҳанинг оғир бузилишгача бўлган симптомлар мажмуи кузатилади. Клиник симптомлар ва синдромларнинг патогенетик тизимни тўғри баҳолаш ҳамда уларнинг динамикасини ўрганиш беморларни оқилона ва манзилли даволашнинг асоси ҳисобланади. Ушбу тадқиқотнинг мақсади — СМИ билан оғриган беморларда етакчи клиник симптомлар ва синдромларнинг тарқалиш даражасини аниқлаш ҳамда патогенетик даво фонида уларнинг регресс динамикасини таҳлил қилишдан иборат.

**Методлар.** Клиник-илмий тадқиқотда I, II ва III босқич СМИ ташхиси қўйилган 110 та бемор (ёши 50 дан 76 гача), ўртача ёши 61.8 ёш; 62 та аёл, 48 та эркак) комплекс клиник-неврологик текширувдан ўтказилди. Беморлар касаллик оғирлик босқичи бўйича:

- I босқич СМИ: 38 та бемор (34.5%).
- II босқич СМИ: 46 та бемор (41.8%).
- III босқич СМИ: 26 та бемор (23.7%).

Субъектив ва объектив клиник симптомлар динамикасини миқдорий баҳолаш учун қуйидаги стандартлаштирилган шкалалардан фойдаланилди. Визуал-аналог шкаласи (ВАШ): Бош оғриғи ва бош айланиши жадаллигини аниқлаш, MFI-20 (Multidimensional Fatigue Inventory): Астеник синдром оғирлигини баҳолаш ҳамда HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale): Хавотир ва депрессия симптомларини баҳолаш, Тинетти шкаласи: Вестибуло-атактик ва юриш бузилишларини объектив текшириш. Даволаш 30 кун давомида стандарт ва патогенетик йўналтирилган терапия асосида олиб борилди. Натижалар даволашдан олдин ва 30-куни қайта баҳоланиб, SPSS 26.0 дастурида t-Стъудент мезонлари орқали статистик таҳлил қилинди ( $p < 0.05$ ).

**Натижалар.** Текширув ўтказилган 110 та беморнинг барчасида бир нечта клиник синдромларнинг биргаликда келиши кузатилди. Энг кўп учрайдиган субъектив симптом астения (89.1 %) ва цефалгия (81.8 %) бўлиб чиқди. Бош оғриғи хусусияти бўйича асосан сиқувчи ва толиқтирувчи характерда бўлиб, оқшомга яқин кучайиши аниқланди. Бош айланиши ва мувозанатсизлик (76.4 %) тизимсиз характерда бўлиб, юриш пасида чайқалиш, статик ва динамик атаксия, шумланиш билан бирга кечди. Касаллик босқичи ортиб бориши билан субъектив симптомлар камайиб, объектив неврологик дефицит (псевдобульбар, пирамидал микросимптоматика, амиостатик бузилишлар) устунлик қилди. 30 кунлик даволаш фонида: цефалгик синдром: ВАШ

шкаласи бўйича бош оғриғи интенсивлиги 6.4 баллдан 2.8 баллгача камайди ( $p < 0.001$ ), вестибуло-атактик синдром: Бош айланиши ва чайқалиш даражаси 61.0% га камайди, Тинетти шкаласи бўйича юриш ва мувозанат кўрсаткичи 18.2 баллдан 24.1 баллгача ошди ( $p < 0.01$ ). Астено-невротик ва психоэмоционал статус: MFI-20 шкаласи бўйича умумий толиқиш ва руҳий астения сезиларли регрессга учради ( $p < 0.001$ ), HADS шкаласида хавотирлик 12.6 баллдан 7.1 баллгача пасайиб, нормал кўрсаткичларга яқинлашди.

Органик патология ҳисобланган пирамидал ва псевдобульбар симптомлар даволаш фонидида ижобий динамикага эга бўлса-да, уларнинг регресси статистик ишончли даражага етмади ( $p > 0.05$ ).

**Хулоса.** Сурункали мия ишемияси клиник манзарасида астено-невротик, цефалгик ва вестибуло-атактик синдромлар энг юқори учраш тезлигига эга. Мақсадли ва патогенетик даволаш ўтказилганда функцияларнинг энг тез тикланувчи ва регрессга учровчи қисми айнан функционал ва психоэмоционал характердаги клиник симптомлар ҳисобланади. Органик неврологик дефицитни камайтириш эса узоқ муддатли ва узлуксиз клиник бошқарувни талаб этади.

### Adabiyotlar, References, Литературы:

1. Ибадуллаев З.Р., Нормуродов Б.Х. Артериал гипертензия ва атеросклероз фонидида ривожланган сурункали мия ишемиясининг клиник-неврологик хусусиятлари // *Tibbiyotda yangi kun.* – 2023. – № 5 (43). – Б. 112–117.
2. Джурабекова А.Т., Шербекова Ш.У., Шайкулова У.Б. Сурункали мия ишемияси оғирлик даражасининг МРТ-биомаркерлар билан ўзаро алоқадорлиги // *Klinik va nazariy tibbiyot.* – 2024. – № 2. – Б. 34–39.
3. Хайруллаев Н.Т., Мажидова Ё.Н. Эндотелиал дисфункция ва нейродеструкция биомаркерларининг сурункали мия ишемияси патогенезидаги ўрни // *Неврология ва нейрореабилитация.* – 2025. – № 1. – Б. 22–27.
4. Гусев Е.И., Боголепова А.Н. Васкулярные когнитивные нарушения: современные подходы к диагностике и терапии // *Анналы клинической и экспериментальной неврологии.* – 2022. – Т. 16, № 4. – С. 5–14.
5. Левин О.С., Боголепова А.Н. Диагностика и лечение хронической ишемии мозга (дисциркуляторной энцефалопатии): методическое руководство. – М.: МЕДпресс-информ, 2023. – 96 с.
6. Камчатнов П.Р., Чугунов А.В., Умарова Х.Я. Изменения белого вещества мозга по шкале Fazekas и сывороточные биомаркеры нейродеструкции у больных с цереброваскулярной патологией // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* – 2024. – Т. 124, № 3. – С. 45–51.
7. Dichgans M., Leys D. Vascular cognitive impairment and chronic cerebral ischemia: classification, biomarkers, and clinical management // *Frontiers in Neurology.* – 2023. – Vol. 14. – Art. 1098221.
8. Markus H. S., de Leeuw F. E. Cerebral small vessel disease and white matter hyperintensities: recent advances and future clinical directions // *International Journal of Stroke.* – 2024. – Vol. 19, No. 2. – P. 142–151.