

UNIQUE FEATURES OF THE DIAGNOSIS OF POST-TRAUMATIC EPILEPSY ON THE BACKGROUND OF COMORBID SOMATIC DISEASES

Kasimov Arslanbek Atabaevich

Assistant Department of Neurology, Samarkand State Institute of Medical Sciences

Abdullaeva Nargiza Nurmatovna

Ph.D. prof Department of Neurology, Samarkand State Institute of Medicine

Resume: Symptomatic post-traumatic epilepsy occurs in 11 to 20% of people with traumatic brain injury; its number and severity depend on the severity of the primary CMD, the location of the post-traumatic lesion, the premorbid background (recurrence of lesions and the presence of genetic predisposition) (Avakyan GN, pp. 2003). We examined 110 patients treated for symptomatic post-traumatic epilepsy in the neurology department of SamMI Clinic No. 1, and 48 patients with other types of epilepsy were selected as a control group. Their age ranged from 40 to 65 years. The duration of the disease ranged from 6 to 10 years. men accounted for 74% and women for 26%. Before treatment, the average seizure rate was 4.29 ± 1.09 (1 to 9) per month, of which focal seizures were 2.53 ± 1.1 (0 to 7), and secondary seizures were 1.76 ± 1.2 (0. from 6 to). The diagnosis of symptomatic epilepsy was made in accordance with the International Classification of Epilepsy (ILAE, 2001).

Keywords: Epilepsy, convulsions, epileptic status, trauma, EEG, paroxysmal index, MRI.

ЙЎЛДОШ СОМАТИК КАСАЛЛИКЛАР ФОНИДА ПОСТТРАВМАТИК ЭПИЛЕПСИЯНИ ТАШХИСЛАШНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Қасимов Арсланбек Атабаевич

Ассистент Самарканд Давлат тиббиёт Институтини Неврология кафедраси

Абдуллаева Наргиза Нурматовна

т.ф.д. проф

Самарканд Давлат тиббиёт Институтини Неврология кафедраси

Резюме. Симптоматик посттравматик эпилепсия бош-мия шикастини ўтказган 11 - 20% инсонларда учрайди; унинг сони ва оғир кечиши бирламчи ЧМТ оғирлигига, посттравматик ўчоқ жойлашишига, преморбид фон ҳолатига (шикастларнинг такрорланиши ва генетик мойиллик борлигига) боғлиқ (Авакян Г.Н, с соавт, 2003). Биз томондан СамМИ 1-сон клиникаси неврология бўлимида симптоматик посттравматик эпилепсия ташхиси бўлган даволанган 110 та беморда текшириш олиб борилди, шунингдек бошқа тур эпилепсияси бўлган 48 бемор назорат гуруҳ сифатида танлаб олинди. Уларнинг ёши 40 дан 65 ёшгачани ташкил қилди. Касалликнинг давомийли ги 6 дан 10 йилгачани ташкил этди. эркалар 74%, аёллар 26% ни ташкил этди. Даволанишгача беморларда хуружларнинг ўртача кўрсаткичи ойига $4,29 \pm 1,09$ ни (1 дан 9 гача), улардан фокал хуружлар $2,53 \pm 1,1$ (0 дан 7 гача), иккиламчи-тарқоқ $1,76 \pm 1,2$ (0 дан 6 гача) ни ташкил этди. Симптоматик эпилепсия ташхиси эпилепсиянинг халқаро таснифига (ILAE, 2001) мос равишда қўйилди.

Калит сўзлар: эпилепсия, судороги, эпилептический статус, травма, ЭЭГ, индекс пароксизмальности, МРТ.

Актуальность. Посттравматик эпилепсия (ПТЭ) барча симптоматик эпилепсиянинг 20% ни ташкил қилади (D'Ambrosio and Perucca, 2004) ва кўпинча 35 ёшдан 64 ёшгача бўлган беморларда учрайди. Посттравматик эпилепсия - бу доимий, шикастланишлар натижасида юзага келадиган такрорланувчи эпилептик ҳуружлар бўлиб, БМЖ оқибатлари клиникасида етакчи ўринни эгаллайди. Улар одатда талвасали хусусиятлага эга. Посттравматик эпилепсияга мо келадиган эрта ҳуружлар фаркланади.

ПТЭ нинг ривожланиш эҳтимоли 1,9 дан 37% гача ўзгариб туради ва шикастланиш оғирлиги ва хусусиятига эга (Зайцев О.С., 2000; Englander et al., 2003), бунда оғир БМЖ (бош мия жароҳати) умумпопуляцион билан солиштирилганда эпилепсия ривожланиш хавфини 29 марта оширади (Herman, 2002). Посттравматик эпилепсиянинг эпилептогенез механизмларининг хилма-хиллиги шу пайтгача ПТЕ ривожланишига тўсқинлик қиладиган терапия мавжуд эмаслигини белгилайди. Клиник маълумотлар БМЖ дан кейин эпилепсия гетерогенлигини кўрсатади, масалан, касалликнинг ривожланиш муддати бир ҳафтадан 20 йилгача ўзгариши мумкин (Annegers and Coan, 2000), баъзи тадқиқотларда шикастланишдан кейин 35 йилдан ортиқ вақт давомида ПТЭ бошланган беморлар келтирилган.

"Посттравматик эпилепсия" атамаси фақат жароҳатлардан кейин ривожланган ҳуружларда қўлланилмасдан, балки шикастланиш бевосита сабаб бўлган ҳолатларда ҳам қўлланилади. Бу ерда "воқеадан кейин - бунинг сабаби дегани эмас" тамойилини эсга олиш керак. Посттравматик эпилепсия эрта (жароҳатлардан кейин бир ҳафта ичида ривожланган) ва кеч (жароҳатлардан камида бир ҳафта ўтгач ривожланган) турларга бўлинади. Баъзи тадқиқотчилар эрта ҳуружлар тушунчасига бош мия жароҳати ўткир даврида ривожланган барча талвасаларни киритилган ҳолда, бир оз кенгроқ талқин қилишади [1, 5, 7]. Эрта талвасалар гуруҳини ҳам, шикастланиш вақтида ёки дарҳол ундан кейин ривожланган талвасаларга ажратилади. Эрта талвасалар ўткир симптоматикка кирса, кечкилари кеч симптоматикка киритилади, бунга улар бир марталик ёки кўп марталик бўлиши мумкин. Агар кечки талвасалар қайталанувчи хусусиятга эга бўлса, посттравматик эпилепсия ҳақида сўз боради.

Посттравматик эпилепсия диагностикаси учун ЭЭГ юқори маълумотлиликлка эга бўлиб, у характерли бўлган ўчоқли ва умуммия ирритатив ўзгаришларини аниқлайди. ЭЭГдаги субклиник эпилептик бузилишлар — ўчоқли пиклар, "ўткир" тўлқинлардир. Ушбу ўзгаришлар йўқолиб кетиши, турғунлашиши ёки эпилептик синдромга айланиши мумкин. ЭЭГдаги бундай ўзгаришлар катта прогностик аҳамиятга эга.

ПТЕ ривожланишининг бошланғич нуктаси, кўпинча миянинг пешона —чакка қисмларида пайдо бўлган бирламчи зарарланиш ўчоқлари ҳисобланади. Эпилептик ўчоқ соҳасидаги морфологик ўзгаришлар ултраструктурадан қўпол битишмалли —чандиқли зонагача ўзгариб туради. Бирок, бош миёда бундай шикастланиш ўчоғининг борлиги эпилептик синдром учун этарли деб ҳисобланмайди. Эпилептик ўчоқда бирламчи зарарланишларнинг сезиларли даражадаги трансформацияси ва унинг ўзига хос клиник кўринишлари билан БМЖ омиллари ҳосил қилувчи комплексни белгилайди, бу эса мия тизимини фаоллаштирувчи тизимларни сўнишига, мувозанатлаштирувчи тизимлар фаолиятини эса кучайишига олиб келади.

Шундай қилиб, посттравматик эпилепсиянинг унинг бошқа симптоматик шакллардан фарқи қуйидагилар: кам ифодаланган проградиянтлик, касаллик кечишининг БМЖ оғирлигига боғлиқлиги, доимий ўчоқли неврологик симптомларнинг эпилептик ҳуружлар билан комбинатсияси, ҳуруж таркибида ўчоқли белгиларнинг устунлик қилиши ва интеллектуал - мнестик бузилишлар.

Тадқиқот мақсади. Изучить динамику клинических и нейрофизиологических изменений на фоне комплексной медицинской терапии у больных ПТЭ с ССЗ.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Биз томондан СамМИ 1-сон клиникаси неврология бўлимида симптоматик посттравматик эпилепсия ташхиси бўлган даволанган 110 та беморда текшириш олиб

борилди, шунингдек бошқа тур эпилепсияси бўлган 48 бемор назорат гуруҳ сифатида танлаб олинди. Уларнинг ёши 40 дан 65 ёшгачани ташкил қилди. Касалликнинг давомийлиги 6 дан 10 йилгачани ташкил этди. эркаклар 74%, аёллар 26% ни ташкил этди. Даволанишгача беморларда хуружларнинг ўртача кўрсаткичи ойига $4,29 \pm 1,09$ ни (1 дан 9 гача), улардан фокал хуружлар $2,53 \pm 1,1$ (0 дан 7 гача), иккиламчи-тарқоқ $1,76 \pm 1,2$ (0 дан 6 гача) ни ташкил этди. Симптоматик эпилепсия ташхиси эпилепсиянинг халқаро таснифига (ILAE, 2001) мос равишда қўйилди.

Барча 110 та беморга симптоматик фокал посттравматик эпилепсия ташхиси қўйилган, улар анатомик субстратнинг жойлашиши асосидаги скрининг билан, касаллик анамнези билан, бош миёни электроэнцефалографик коррелят билан биргаликдаги нейровизуализацияси (КТ/МРТ) усуллари, ЭЭГ, ТКДГ усули, клиник кўриниши ва бош миёнанинг маълум зонасидаги зарарланишга хос эпилептик хуружларнинг кинетикаси билан тасдиқланди.

Олдимишга қўйилган мақсад ва вазифаларга кўра, мазкур текшириш маълумотларини чуқур ўрганиш мақсадида, беморларни 3 гуруҳга ажратилди: Биринчи гуруҳни 65/158 та посттравматик эпилепсияси ва йўлдош соматик касалликлари бўлган беморлар ташкил этди. Иккинчи гуруҳга посттравматик эпилепсияси бўлган, йўлдош соматик касаллиги бўлмаган 45 бемор киритилди, учинчи гуруҳга эпилепсиянинг бошқа барча гуруҳлари аниқланган 48 та бемор киритилди ва улар назорат гуруҳни ташкил этди.

Жадвал 1.

Текшириш гуруҳлари маълум мезонларга асосан 3 гуруҳга ажратилди, бу 1 жадвалда келтирилган.

Гуруҳлар	Киритиш мезонлари	Беморлар сони
I гуруҳ	ПТЭ +ЙСК	65
II гуруҳ	ПТЭ	45
Назорат гуруҳ	Эпилепсия	48

Текширилаётган беморларни ёши ва жинсига қараб тақсимланиши 2 жадвалда келтирилган.

Жадвал 2.

Асосий ва назорат гуруҳдаги беморларни ёши ва жинсига қараб ажратилиши

Асосий			Назорат		
Ёш	Жинси		Ёш	Жинси	
	эркак	аёл		эркак	аёл
45 ёшгача	5	3	45 ёшгача	9	1
50 ёшгача	15	2	50 ёшгача	7	1
55 ёшгача	17	9	55 ёшгача	8	5
60 ёшгача	24	8	60 ёшгача	4	4
65 ёшгача	20	7	65 ёшгача	7	2
жами:	81	29	жами:	35	13

Мазкур жадвалдан кўриниб турибдики, иккала гуруҳдаги беморларнинг кўпчилиги меҳнат қилиш қобилиятига эга бўлганлар 50-65 ёшлиларни ташкил этган, чунончи улар орасида эркалар кўпчилиги ташкил этган (ўртача учдан икки қисмини).

Тадқиқот натижалари ва уларнинг муҳокамаси. Биз томонимиздан текширилган беморларнинг кўпчилигида эпилептик ҳуружлар парциал иккиламчи тарқалганлик билан (60,0%) эканлиги аниқланди, бунда парциал компонент клиникаси асосан эпилептик ўчоқнинг чакка медиабазал локализациясига (чакка псевдоабсанслари, вегетатив-висцерал, автоматизмлар) мос келди. Бундан ташқари, беморларнинг катта қисмида фақат тарқоқ талваса ҳуружлари парциал компонентсиз (29,3%) ёки полиморф ҳуружлар (16,0%) кузатилди. Ҳуружлар частотаси борасида сўз кетганда, шуни айтиш мумкинки, кўпчилик ҳолатларда у юқори бўлган йилига 3 мартадан то ойига 1 мартагача дан кўп (мос равишда 30,7 ва 20,0 % случаев).

Анамнезлар ўрганилганда, БМЖ ўтказганлар кўпчилиги ташкил қилди, бу эса касалликка мойиллиги туғдирувчи етакчи омил бўлиб ҳисобланди. Жароҳатнинг оғирлиги бутун жаҳон нейрохирургларининг III съездида тавсия қилинган БМЖнинг ягона междисциплинар⁴ таснифига асосан баҳоланди (Коновалов А.Н. с соавт., 1982). Мазкур таснифга асосан асосий гуруҳдаги 35 (32,0%) та беморда энгил БМЖ (енгил даражали чайқалиш ёки лат ейиш), 33 (30,0%) тасида – ўрта оғир; 42 (38,0 %) тасида – оғир БМЖ бўлган; 7 ҳолатда БМЖ очиқ бўлган. Шунга параллел равишда БМЖ ва эпилепсия ривожланиши орасидаги давр аниқлаб борилди, бунда бизнинг текширувларга кўра, бу кўрсаткич кўпчилик беморларда (92,3%) 2 йилдан ошмаган.

Бундан ташқари, посттравматик эпилепсияси бор беморлар анамнезида, касаллиқнинг ривожланишига туртки бўлувчи, бошқа мойиллик туғдирувчи омилларнинг ўрни ҳам ўрганилди. Ортирилган мойиллик туғдирувчи омилларга анамнезида нейроинфекция, ўткир ва сурункали томир патологияси (гипертония касаллиги ва ЮИК) оқибати, такрорий БМЖ борлиги аниқланди. Ҳуружларнинг оғирлик даражаси анамнез асосида охириги 12 ой давомида кузатилган ҳуружлар сони асносида баҳоланди.

Ҳуружлар частотаси ва касаллиқнинг оғир кечиши таснифига мос равишда 38 та (24%) беморда энгил кечиши, 67 та беморда (42,4%) ўрта оғир даражада ва 53 та беморда (33,5%) касаллиқнинг оғир кечиши аниқланди.

Бош миёдаги посттравматик ўзгаришлар тавсифи нейроуализация маълумотларига кўра 3 – жадвалда келтирилган

Жадвал 3

Нейроуализация маълумотларига кўра бош миёдаги посттравматик ўзгаришлар тавсифи

Асосий гуруҳ	I	II	III
Кистоз ўзгаришлар	16	11	12
Кистоз-глиоз ўзгаришлар	28	18	20
Чандикли ўзгаришлар	13	11	10
Локал кортикал атрофия	8	5	6

Юқоридаги жадвалдан кўриниб турибдики, посттравматик эпилептоген трансформациянинг асосий вариантлари кистоз ва кистоз-глиоз ўзгаришлар бўлиб чиқди. Пешона ва чакка бўлақларининг травматик шикастланиши эпилептогенез имкониятларига нисбатан ҳаммасидан кўпроқ салбий таъсир кўрсатганлиги аниқланди. 50 та беморда шикастланиш 1 тадан кўп бўлакка тарқалганлиги аниқланди.

Посттравматик эпилепсия қайта такрорланувчи (2 тадан кам бўлмаган) кўзғатувчи омилсиз намоён бўлган, унинг ривожланишига, эпилепсия кўзишига бевосита боғлиқ бўлган, илгари ўтказган БМЖ олиб келган. Уларда касаллик эпилептик хуружларнинг турлича типлари билан тавсифланган, уларнинг клиник феноменологияси эса бевосита олдин ўтказган БМЖ билан боғлиқ.

БМЖ ва эпилепсия ривожланиши орасидаги муддат тахлил қилинганда мазкур давр билан ўтказилган шикастланиш оғирлигига нисбатан тегишлича бир қатор жиддий фарқлар аниқланди (жадвал 4).

Жадвал 4.

Турли оғирликдаги БМЖ ва посттравматик эпилепсия ривожланиши орасидаги муддатга қараб беморларнинг тақсимланиши

БМЖ ва ПТЭ ривожланиши орасидаги муддат	БМЖ оғирлик даражаси					
	Енгил		Ўрта оғир		Оғир	
	Беморлар сони		Беморлар сони		Беморлар сони	
	Абс	%	абс	%	абс	%
5 йилгача	8	22,9	7	21,2	10	23,8
5-10 йил	23	65,7	23	69,7	25	59,5
10 йилдан кўп	4	11,4	3	9,1	7	16,7
Жами	35	100	33	100	42	100

Олинган маълумотлар шундан далолат берадики, БМЖ ва касаллик ривожланиши орасидаги муддат кўпчилик беморларда 2 йилгачани ташкил қилди, анамнезида енгил, ўрта оғир ва оғир БМЖ олган беморларда сони ишонарли тарзда бир биридан унча фарқ қилмади.

Шундай қилиб, посттравматик эпилепсияда эпилептик хуружлар клиникаси, БМЖ ва касаллик ривожланиши орасидаги муддат шикастланиш оғирлигига ҳеч шубҳасиз боғлиқ экан. Анамнезида енгил БМЖ бўлган касаллик учун иккиламчи тарқалганлик билан ва у сиз чакка медиобазал хуружлари, шунингдек парциал компоненти бўлмаган тарқоқ талваса хуружлари хос. Ўрта оғир ва оғир БМЖ лари учун эса — бошқа тип хуружлар (парциал мотор ва сенсор, полиморф) хос бўлиб, 4 та беморда парциал хуружларда иккиламчи тарқалганлик кузатилмаган, шу билан бирга БМЖ ва эпилепсия ривожланиши муддати сезиларли тарзда камайиши хос экан.

Посттравматик эпилепсияси бўлган 110 та беморла ўтказилган структур МРТ-нейровизуализация, учраш частотаси каби, ўчоқли ва диффуз структур ўзгаришларни ўзаро нисбатиди ҳам маълум бир қонуниятларни ўргатишга имкон яратди (жадвал 5). Жадвалдан кўриниб турибдики, МРТ маълумотларига кўра, посттравматик эпилепсияси бўлган беморларнинг 79 (71,8%) тасида структур ўзгаришлар аниқланди, бунда мазкур кўрсаткич олдин ўтказилган БМЖ оғирлигига мос равишда юқори даражали фарқларга эгаллиги кузатилди. Анамнезида енгил БМЖ ўтказганларнинг фақат 11 тасида (31%), ўрта оғир БМЖ олганларнинг 25 (75,8%) тасида ва оғир БМЖ ўтказганларнинг барчасида 42 (100%) ўзгаришлар аниқланди. Ўчоқли ҳамда диффуз структур ўзгаришлар сезиларли равишда анамнезида енгил БМЖ ўтказганларга нисбатан ўрта оғир БМЖ кўпроқ кузатилди, бироқ олдиндан оғир БМЖ ўтказган беморлар гуруҳида аниқ маълумки устунлик кузатилди

Жадвал 5

МРТ текширувда изоляцияланган ўчоқли, кўшилган ва диффуз структур ўзгаришлар частотаси бўйича беморларнинг тақсимланиши

Структур ўзгаришлар	Асосий гуруҳ				Назорат гуруҳ	
	ПТЭ+ЙСК		ПТЭ		Эпилепсия	
	беморлар сони		беморлар сони		беморлар сони	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Изоляцияланган ўчоқли	12	18,5	8	17,8	13	27,1

Кўшилган ўчоқли ва диффуз	4	6,15	20	44,4	28	58,3
Изоляцияланган диффуз	4	6,15	7	15,6	7	14,6
Аниқланмади	45	69,2	10	22,2	—	—
Жами:	65	100	45	100	48	100

Шунга ўхшаша ҳолат, кўшилган структур ўзгаришларда ҳам кузатилди, бунда у беморда ҳам ўчоқли, ҳам диффуз церебрал зарарланишларнинг борлиги билан тавсифланди. Бунда сезиларли аралашган пўстлоқ–пўстлоқ ости атрофияси кўринишида яққол диффуз ўзгаришлар олдин енгил БМЖ олган, эпилепсиянинг фармакорезистент кечиши бўлган 2 тагина беморда аниқланди, бунда назорат гуруҳдаги хуружларда кузатилган диффуз ўзгаришлар сезиларсиз эканлиги аниқланди. Анамнезида ўрта оғир ва асосан оғир БМЖ бор беморлар гуруҳида, аксинча, яққол ёки кескин ифодаланган (асосан аралаш) пўстлоқ–пўстлоқ ости атрофияси изоляцияланган кўринишида ҳам, ўчоқли структур ўзгаришлар билан учраши устунлик қилди.

Ўчоқли структур зарарланишлар кенг доирали ўзгаришлар билан намоён бўлди. Олдин енгил БМЖ олганларда улар изоляцияланган ўчоқ кўриниши устунлик қилган бўлса, анамнезида ўрта оғир ва оғир БМЖ олганларда умуман барча ҳолатларда улар диффуз атрофик ўзгаришлар билан кўшилган ҳолда учради (жадвал 5).

Посттравматик эпилепсияси бўлган беморларни ЭЭГ даги ўзгаришлар тинч ва функционал зўриқиш ҳолатида текширилганда, унинг оддий ёзуви мия биоэлектрик фаоллигида кенг доирада бузилишларга мос келди. Қайта қайта ЭЭГ ўтказилиши ва уни функционал зўриқиш билан бажарилишига қарамасдан, беморларнинг анча кўп қисмида фақат сезиларсиз носпецифик ирритатив хусусиятли ўзгаришлар ва ҳатто уларнинг тўлиқ йўқликлари ҳам аниқланди.

Гуруҳлар бўйича мазкур ўзгариш ҳақидаги далиллар 6 жадвалда келтирилган.

Жадвал 6.
ПТЭ бўлган беморларда ЭЭГ даги ўзгаришлар

Ўзгаришлар характери	Асосий гуруҳ				Назорат гуруҳ	
	ПТЭ+ЙСК		ПТЭ		Эпилепсия	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Тарқоқ диффуз ўзгаришлар майда тўлқинлар билан турли даражада яққоллик билан	15	23,1	8	17,8	7	14,6
Тарқоқ диффузные ўзгаришлар ўткирлашган тўлқинлар билан	4	6,1	3	6,7	2	4,2
Тарқоқ диффуз майда тўлқинлар нормадан четга олмаган	7	10,8	14	31,1	17	35,4
Тарқоқ мультифактор ўзгаришлар кўп сонли битишмалар комплекси билан	5	7,7	5	11,1	6	12,5
Фокал иккитомонлама эпилепциясимон тебраниш бир томонлама устунлик билан битишма–тўлқин комплекси билан	11	16,9	5	11,1	7	14,6
Фокал чегараланган эпилепциясимон тебраниш ўткир тўлқинлар кўринишида	13	20	6	13,3	4	8,3
Фокал чегараланган эпилепциясимон тебраниш ўткир тўлқинлар битишма–тўлқин комплекси билан	10	15,4	4	8,9	5	10,4
Жами:	65	100	45	100	48	100

Жадвалдаги маълумотлардан кўрииб турибдики, ПТЭ клиник белгилари бўлган 22,7% беморда, ЭЭГ да эпилептик фаоллик аниқланмади, бу эса, табиийки, бошқа қўшимча текширишлар ўтказишни талаб этди ва биринчи навбатда нейровезуализация текшириши тайинланди. Шу мақсадда 25 (22,7%) беморда МРТ текшируви ўтказилган, у эса 14 (12,7%) беморда патологик жараён локализациясини аниқлаштиришга имкон яратди (бош миянинг чакка ва пешона соҳаларидаги глиознинг бошланғич белгилари ва чандикли ўзгаришлар). 65 (59,1%) беморда ЭЭГ қайтадан бажарилди, шундан 60 тасида (54,5%) зиёд ёки ўртача ифодаланган патологик тўқлинилар редукцияси аниқланди. 8 (7,3%) беморда ЭЭГ тадқиқот якунига қадар патологик фаоллик аниқланмаган.

Брахиоцефал артерияларни ТҚДГ текшируви хуружлар оралиғи даврида (хужумдан камида 3 кун ўтгач) барча беморларда ўтказилди. ПТЕ билан оғриган беморларни текширишда, прогностик жиҳатдан қимматли бўлган энг маълумот берувчи параметр цереброваскуляр реактивлик даражаси ва зарарланган томонда ИУА нинг интракраниал сегментларида қон оқими тезлигининг пасайиши эканлиги аниқланди. Бунга гуруҳлардаги таҳлил қилинган кўрсаткичларнинг сезиларли фарқиға гувоҳ бўлди.

Жадвал 4.4.

ПТЭ да цереброваскуляр реактивлик ва қон оқими тезлиги кўрсаткичлари

	беморлар сони	ЛСК	ПИ	R	ЛСК	ПИ	R
1 гуруҳ (ПТЭ билан ЙСК)	65	65,3± 3,2	0,77± 0,03	1,21± 0,025	40± 0,5	0,44± 0,03	1,04± 0,01
2 гуруҳ (ПТЭ)	45	56± 5,6	0,72± 0,08	1,27± 0,061	31± 1,4	0,54± 0,11	1,09± 0,02
3 гуруҳ (Назорат гуруҳ)	48	70± 4,9	0,76± 0,03	1,3± 0,03	38± 2,8	0,58± 0,03	1,15± 0,03

Тадқиқот натижасида шу нарса маълум бўлдики, брахиоцефалик артериялар ва уларнинг интракраниал тармоқларининг окклюзион шикастланишлари учун энг қимматли ва олдиндан айтиб берувчи маълумотли параметрлари қуйидагилар ҳисобланар экан: цереброваскуляр реактивлик даражаси, қон оқими тезлигининг пасайиши ва окклюзия томонидаги ИУА нинг асосий тармоқларида пульсация индекси.

Цереброваскуляр реактивлик мияда қон айланишини бошқарув тизимининг миқдорий характеристикасидир ва перфузия захиралари ҳолатини акс эттиради. ПТЕ ва ЙСК бор 1 гуруҳ беморларда цереброваскуляр реактивлик каротид хавзада 57 беморда, вертебро-базиляр хавзада - 52 беморда баҳоланди. 2-гуруҳда каротид тизимидаги перфузия захираларининг ҳолати 38 беморда, вертебро-базиляр хавзасида - 37 да ўрганилган. Текширилган беморларнинг барча гуруҳларида цереброваскуляр реактивлик кўрсаткичининг нормал ёки пасайган (25% дан кам) лиги қайд этилди. Цереброваскуляр реактивлиги ошган шахслар аниқланмади.

Гемодинамик кўрсаткичлар ҳолатини баҳолашда қуйидагиларга эътибор қаратилди: чап каротид хавзасида пульс индекслари ГК бўлган ва эпилептик хуружлар кузатилган 23 (48%) та беморда ошган, 3 (6,2%) та ҳолатда пасайган ва 21 (43,7%) та ҳолатда нормадалиги аниқланди. Шунингдек, асосий ва назорат гуруҳдаги беморларнинг иккала жинс вакиллари учун ҳам ўнг каротид хавзасидаги пульс индекслари кўрсаткичларида фарқлар топилмади ($\chi^2=3,2$; $p=0,20$): асосий гуруҳдаги 60 (54,5%) та беморда ва назорат гуруҳдаги 22 (45,8%) та беморда пулс кўрсаткичлари ошганлиги, пасайганлиги - асосий гуруҳдаги 8 (7,3%) та ва назорат гуруҳдаги 2 (4,2%) та беморда, нормал кўрсаткичлар эса - асосий гуруҳдаги 42 (38,2%) та ва назорат гуруҳдаги 23 (47,9%) та беморларда қайд қилинди.

Функционал тестларни ўтказгандан сўнг, ПТЭ ва ЙСК бор асосий гуруҳдаги 29 (44,6%) та беморда, назорат гуруҳдаги 8 (16,7%) та беморлагига нисбатан ауторегуляция ўнгда кўпроқ ўзгарганлиги аниқланди, $p < 0,01$. Чапдаги ауторегуляция ҳолатини баҳоланганда ҳам назорат гуруҳдагига (12 (25%), $p < 0,05$) нисбатан асосий гуруҳда (46 (41,8%)) ўзгаришлар устунлик қилганлиги кузатилди.

Бизнинг тадқиқотимизда асосий гуруҳ ва назорат гуруҳлар мианинг магистрал артерияларининг турли даражада ифодаланган стенозланиш жараёнининг учраш частотаси бўйича солиштирилганда сезиларли фарқ топилмади.

ХУЛОСА. Ўрганиш натижасида олинган маълумотлар шуни кўрсатдики, биз томонимиздан ўтказилган ЭЭГ, МРТ, ТКДГ текшириш усуллари, эпилептик хуружларнинг ривожланиши ва кечишини олдиндан айтиб бериш учун асос бўлиб хизмат қилар экан, бу эса даволаниш самарадорлигини оширишга имкон яратади.

Адабиётлар.

1. Авакян Г.Н., Генералов В.О., Олейникова О.М. и др. Симптоматическая посттравматическая эпилепсия. Клиника, диагностика, лечение: Методические рекомендации // Под ред. Е.И. Гусева. - М.: изд-во «Поматур», 2004. — 40 с.
2. Зайцев О.С. – Психопатология тяжелой черепно-мозговой травмы. Автореф. Дис. Д.м.н., Москва. 2004 г., с. 3-50.
3. Казаков А.Ю. Посттравматическая эпилепсия. - Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - Москва, 2003. - 36 с.
4. Миролюбов А.В., Чиков М.Ю. Электроэнцефалограмма // СПб., 1994. -48 с.
5. Касимов.А.А. Кудратова Н.Б. Хакимова С.З. Абдуллаева Н.Н. Джурабекова А.Т. Оценка эффективности лечения по данным электроэнцефалографии при симптоматической посттравматической эпилепсии. XVIII МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО- ПРАКТИЧЕСКОЙ ИНТЕРНЕТ-КОНФИРЕНЦИИ 2016
6. Одинак М.М., Дыскин Д.Е., Мансур А. А., Василенко А.В. Комплексная нейропротекция при фармакорезистентных формах посттравматической эпилепсии // Пароксизмальный мозг. Мультидисциплинарный подход к проблеме: материалы конгресса неврологов и психиатров Санкт-Петербурга и северо-западного федерального округа РФ с международным участием. - Санкт-Петербург, 2008. - С. 27-28.
7. Абдуллаева Н.Н. Касимов А.А. Особенности диагностики и клиники посттравматической эпилепсии на фоне сопутствующих соматических заболеваний Проблемы биологии и медицины №1.1 (117) 2020г 168-169 ст.
8. Садыков Е.А. Посттравматическая эпилепсия (клиника, диагностика, медико-социальная экспертиза). - Автореф. дис. ... канд. мед. наук. -СПб., 1999.-24 с.
9. Черепно-мозговая травма: Учебное пособие / М.Г.Дралюк., Н.С. Дралюк, Н.В. 212. Scherzer E., Wessely P. EEG in posttraumatic epilepsy // Eur. Neurol. -1978. - Vol. 17, N 1. - P. 38^12.
10. Yoshii N., Sakiyama R., Mizokami T. Posttraumatic epilepsy and CT Scan //Neuroradiology. -1978. - Vol. 16. - P. 311-313.