



Охунжанова Мадина Зафаровна

Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОГО, ВЕГЕТАТИВНОГО, ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ НЕВРОПАТИЧЕСКОЙ БОЛИ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

Охунжанова Мадина Зафаровна

Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

ASSESSMENT OF CLINICAL, VEGETATIVE, PSYCHOEMOTIONAL STATE DURING THE TREATMENT OF NEUROPATHIC PAIN AFTER A STROKE

Okhunjanova Madina Zafarovna

Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara

e-mail: madinka599@gmail.com

Резюме. Тадқиқотнинг мақсади. баҳолаш, шунингдек ишемик инсультдан кейинги оғриқ синдромида комплекс тадбирлардан олдин ва кейин беморнинг нейropsихологик ҳолатини клиник, функционал, ҳаракат бузилишлари ва ҳаёт сифатини (SF-36 сўровномаси асосида) баҳолаш. Инсультдан кейинги оғриқ синдроми мавжуд беморларда касалликнинг тикланиши ва резидуал босқичларида ўрганиши. Материал ва усуллар: Геморрагик ва ишемик инсультдан кейинги оғриқлардан азият чекаётган стационар шароитда даволанаётган тикланиши ва резидуал босқичдаги 143 нафар бемор танлаб олинди. Инсультдан кейинги оғриқ синдроми кечishi хусусиятларини ўрганиши, реабилитацион- тикловчи тадбирларни ишлаб чиқиши. Тадқиқотдан қутилган мақсадга эришиши учун умумклиник- объектив, нейropsихологик, нейровизуал, нейрофизиологик текширув усулларидан фойдаланилади. **Натижалар:** Инсультдан кейинги оғриқ синдроми кузатилган беморлар ҳаёт сифати тахлил қилинганда беморларда хавотир ва депрессияни аниқлаш мақсадида HADS сўровномаси субклиник ва яққол хавотир ва депрессия мавжудлигини кўрсатди. Оғриқ хусусиятини баҳолаш мақсадида ўтказилган DN-4 сўровнома натижаси барча беморларда невропатик хусусиятли оғриқ мавжудлигини кўрсатди ва бу невропатик оғриқларни даволаш лозимлигини кўрсатади. Олинган натижалар барча субшкалалар бўйича ҳаёт сифати сезиларли пасайганлигини кўрсатади. Хулоса: Мак-Гигл сўровномаси бўйича оғриқлар комплекс даво фонидида 41.67% га, ВАШ шкаласи бўйича оғриқнинг 1.31 баллга пасайганлиги, Бартел шкаласи бўйича ўзгаларга қарамлик 11.5% га камайганлиги, хавотир даражаси 19.5% га, депрессия даражаси 14.65% га камайганлиги аниқланди. DN-4 сўровномаси бўйича невропатик оғриқлар 19.24% камайганлиги аниқланди. Беморларга кучли оғриқларда елка чигали бувиакан билан блокадаси, физиотерапевтик муолажа- ТМС, ЭНМГ-электрстимуляция, массааж, даволловчи физкультура, нейropsихологик реабилитация қўлланилиши оғриқ синдроми яққоллиги пасайишига, мушлар фаолияти яхшиланишига, кундалик ҳаётда ўзгаларга қарам бўлмаслик ошишига олиб келади.

Калим сўзлар: Инсульт, ВАШ, Мак-Гигл, Бартел, Кердо индекси, ТМС.

Abstract. The purpose of the study. assessment, as well as clinical, functional, motor disorders and quality of life (based on the SF-36 survey) of the neuropsychological condition of the patient before and after complex events in pain syndrome after ischemic stroke. The study was conducted at the recovery and inpatient stages of the disease in patients with post-stroke pain syndrome. Materials and methods: 143 patients at the rehabilitation and inpatient stages, undergoing inpatient treatment, suffering from hemorrhagic and ischemic pain syndrome after stroke, were selected. The study of the features of post-stroke pain syndrome relief, the development of rehabilitation and rehabilitation measures. To achieve the expected goal of the study, methods of general clinical objective, neuropsychological, neurophysiological examination, and neurophysiological diagnostics were used. Results: a HADS examination to identify anxiety and depression in patients when predicting the quality of life of patients with post-stroke pain syndrome showed the presence of subclinical disorders. and obvious anxiety and depression. The DN-4 study, conducted to assess the nature of pain, showed that all patients had neuropathic pain, and indicated the need for treatment of neuropathic pain.. The results obtained indicate a significant decrease in the quality of life in all subgroups. Conclusion: the Mcguigle study showed that against the background of complex treatment, pain decreased by 41.67%, on the vash scale - by 1.31 points, other types of dependence decreased by 11.5% on the Bartel scale, anxiety decreased by 19.5%, depression decreased by 14.65%. The

DN-4 study showed a 19.24% reduction in neuropathic pain. The use of brachial plexus blockade with buvicain in severe pain in patients, physiotherapy treatment - TMS, ENMG-electrical stimulation, massage, physical therapy, neuropsychological rehabilitation leads to a decrease in the latency of pain syndrome, improved functioning of flies, increased independence from others in everyday life.

Keywords: stroke, VAS, Mac -Guigle, Bartel, TMS.

Инсульдан кейинги оғриқ синдроми беморларнинг 12-55% ида учраб, уларнинг 70% и ҳар кунги оғриқларни ҳис қилади. Инсульдан кейинги марказий оғриқлар 1-12% ни ташкил қилади, ишемик инсулт ўтказган беморларда геморрагик инсултларга нисбатан оғриқ синдроми кўпроқ кузатилади. Оғриқ синдроми бўлган беморлар 2 марта секин тикланади, ҳаёт сифати паст бўлиб, кўпинча когнитив бузилишлар, апатия, депрессия ва ҳавотир билан бирга кечади. Оғриқ синдроминанинг яққоллиги бевосита когнитив бузилишлар, депрессия ва ҳавотир даражаси кучига боғлиқ. Оғриқ синдромина даволаш эрта бошланиши реабилитация натижавийлиги ошишига олиб келади. Ишемик инсулт ўчоғи локализациясининг ҳаёт сифатига таъсири ҳақида маълумотлар озлиги ягона хулоса чиқаришга тўсқинлик қилади. Dhamoon M.C et al. (2010) маълумотларига кўра инсулт оғирлик даражасидан катъий назар ҳар йили ҳаёт сифати 0.1 баллга пасаяди. Dhamoon M.C. et al. (2010) аниқлашича давлат тиббий хизматларидан фойдаланувчиларда хусусий тиббий хизматдан кўра кўпроқ ҳаёт сифати пасайган, бу бевосита реабилитацион тадбирларнинг зарурлигини кўрсатади.

Материал ва усуллар. Геморрагик ва ишемик инсульдан кейинги оғриқлардан азият чекаётган стационар шароитда даволанаётган тикланиш ва резидуал босқичдаги 143 нафар бемор танлаб олинди. Инсульдан кейинги оғриқ синдроми кечиш хусусиятларини ўрганиш, реабилитацион- тикловчи тадбирларни ишлаб чиқиш ва тадқиқотдан қутилган мақсадга эришиш учун умумклиник- объектив, лаборатор, нейропсихологик, невровизуал, нейрофизиологик текширув усулларидан фойдаланилади. Шу мақсадда асосий гуруҳ беморлари даволаш тактикасига кўра 2 гуруҳга бўлинди, АГ-1 гуруҳи ва АГ-2 гуруҳ беморлари. Барча беморларга инсульдан кейинги оғриқни даволаш стандарт схемаси (габапентин 300 мг 1 таблеткадан 2 маҳал, ҳамда амитриптилин 10 мг ½ таблеткадан) қўлланилди.

АГ-1 беморларига оғриқсизлантирувчи дори воситалари билан бирга елка чигали соҳаси бупивакаин билан блокадаси, физиотерапевтик муолажа- массаж, даволовчи физкультура, транскраниал магнит стимуляция, нейропсихологик реабилитация қабул қилишди.

Транскраниал магнит стимуляция (ТМС) - бу ўзгарувчан магнит майдон томонидан бош миядаги нейронларнинг қўзғалишига асосланган усул. ТМС муолажаси 3 босқичда амалга оширилди.

АГ-2 гуруҳи беморлари эса факатгина анъанавий дори восита қабул қилишди. Текширув 3 марта ўтказилди. Даволангунга қадар 1- мурожаатда, даводан сўнг 1 ва 3 ойда текширувлардан ўтишди. Сўнгра АГ-1 ва АГ-2 гуруҳи беморлари натижалари ўртасида қиёсий таҳлил ўтказилди.

АГ-1 беморларида бувикаин блокадасиз ва ТМС усулисиз даволанишгача Эшворт шкаласи бўйича

натижалар 3,1±2,1 баллни, ТМС ва бувикаин блокадаси билан даводан сўнг динамикадаги ўзгаришлар 1,1±0,6 баллни кўрсатди. Оғриқнинг яққоллик даражаси ВАШ шкаласи бўйича АГ-1 беморларида давогача 7,0±2,5 баллни, даводан сўнг 3±1,5 баллни, АГ-2 беморларида давогача 6,0±1,9 баллни, даводан сўнг 8±2,1 балл натижани кўрсатди. Тадқиқот гуруҳидаги беморларнинг кундалик ҳаётга эҳтиёжмандлик даражаси натижаларига кўра АГ-1 беморларида давогача эҳтиёжмандлик кўрсаткича 75,5±2,9 баллни ташкил қилган бўлса, даводан сўнг 88±2,4 баллни. АГ-2 беморларида давогача эҳтиёжмандлик даражаси 73,5±3 баллни, даводан сўнг 72±3 балл кўрсаткичларни кўрсатди.

Шундай қилиб, АГ-1 беморларида олиб борилган стандарт давога қўшимча бувикаин билан елка чигалига блокада ва ТМС ёрдамида олиб борилган реабилитацияда мускулларнинг спастиклиги камайиши, оғриқнинг пасайиши ва беморларнинг кундалик ҳаётга эҳтиёжмандлик даражаси ижобий томонга ўзгарганлигини кўрсатди. Реабилитация тадбирлари бошланишидан олдин иккала гуруҳ беморлари бир хил кўрсаткичларга эга бўлган ҳолда, ташқи ритмик стимуляция усулидан фойдаланган ҳолда асосий гуруҳ беморларида реабилитациянинг энг яхши натижалари аниқланди.

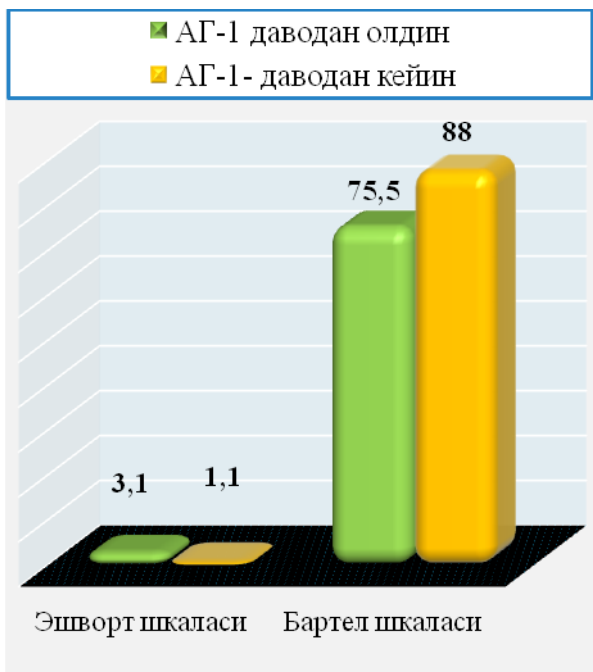
Тадқиқот натижалари. Оғриқ синдромида ТМС дан фойдаланиш самарали бўлиб чиқди ва визуал analog шкаласи (ВАШ) оғриқнинг яққоллик даражаси 87,5% га камайганлигини кўрсатди. Беморда ишлатиладиган юқори частотали стимуляция режими пўстлоқ қўзғалувчанлигини оширишга ва шунга мос равишда восита чегарасининг пасайишига олиб келди.

Реабилитация олиб бориш даврида ҳар бир сеансдан кейин ЭНМГ текшируви ўтказилди. Текширув 3 марта ўтказилди. Даволангунга қадар 1- мурожаатда, даводан сўнг 1 ва 3 ойда текширувлардан ўтишди. Сўнгра АГ-1 ва АГ-2 гуруҳи беморлари натижалари ўртасида қиёсий таҳлил ўтказилди.

Беморлар асосий хусусиятларининг динамикада ўзгариши куйидаги кўрсаткичларни намоён қилди (1-жадвал).

АГ-1-гуруҳ беморларида бир ойдаги оғриқ эпизодлари куни 2.4 кунга камайган бўлса, АГ-2- гуруҳ беморларида 2.37 кунга камайган. Габапентин суткалик қабул қилиш миқдори ҳар иккала гуруҳда ўзгармаган. Оғриқ эпизодлари давомийлиги АГ-1- гуруҳ беморларида 7.23 минутга камайган, АГ-2- гуруҳда 5.74 минутга камайганлиги аниқланди (2-жадвал).

ВАШ шкаласи бўйича баллар АГ-1- гуруҳда даводан сўнг оғриқнинг 1.31 баллга пасайганлиги, АГ-2- гуруҳда 1.08 баллга пасайганлиги кузатилди. Бартел шкаласи бўйича АГ-1- гуруҳда 6.87 баллга яхшиланиш, АГ-2- гуруҳ беморларда 6.34 баллга яхшиланиш кузатилди. Ҳавотир даражаси АГ-1- гуруҳда 2.63 баллга, АГ-2- гуруҳ беморларида 2.23 баллга камайганлиги аниқланди.



Расм 1. Тадқиқот гуруҳларида даволаш фонида Эшворт, Бартел шкаласи кўрсаткичлари ($p < 0,001^{**}$)

Жадвал 1. Асосий хусусиятларнинг динамикада ўзгариши

	AG-1 гуруҳи						AG-2 гуруҳ					
	Даводан олдин		Даводан кейин		Критерий знаковых рангов Вилкоксона		Даводан олдин		Даводан кейин		Критерий знаковых рангов Вилкоксона	
	М	m	М	m	Z	P	М	m	М	m	Z	P
Бир ойдаги оғрик эпизодлари (кун)	3,23	0,23	0,83	0,12	-7,402	0,000	3,23	0,23	0,86	0,12	-7,472	0,000
Габапентин (300 мг) суткалик	414,08	17,41	391,67	16,40	0,000	1,000	414,08	17,41	414,08	17,41	0,000	1,000
Оғрик эпизодлари давомийлиги (минут)	9,62	0,45	2,39	0,34	-7,237	0,000	9,62	0,45	3,88	0,52	-7,157	0,000

Депрессия даражаси AG-1- гуруҳда 2.04 баллга камайди, AG-2- гуруҳда 1.7 баллга камайганлиги аниқланди. DN-4 сўровномаси бўйича AG-1- гуруҳ беморларида 1 баллга, AG-2- гуруҳ беморларида 0.92 баллга камайганлиги аниқланди (2- жадвал).

Олинган натижалар асосий гуруҳ беморларида барча шкалалар бўйича оғрик самарали пасайганлигини кўрсатади.

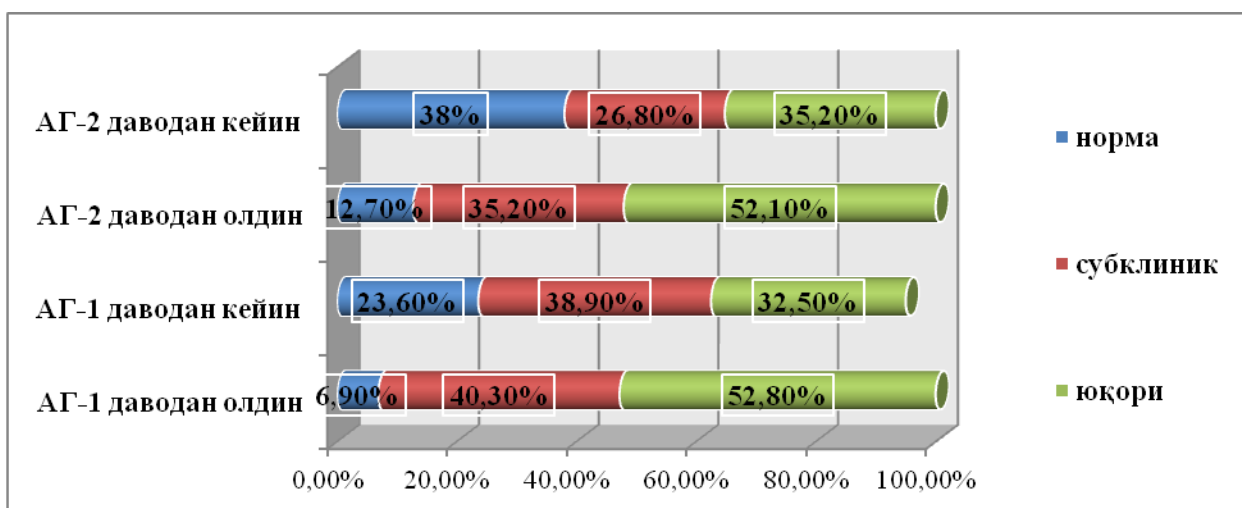
Даволаш фонида HADS шкаласи натижалари таҳлил этилганда AG-1 гуруҳ беморларида хавотир қўлланилган комплекс реабилитация тадбирлари оқибатида меъерий ҳолатлар 32% ошганлиги, субклиник хавотир 13.9% га, юқори хавотир 18.1% га камайганлиги аниқланди. Депрессия кўрсаткичи AG-1 гуруҳда даволаш фонида меъерий кўрсаткичлар 16.7% ошганлиги, субклиник депрессия 1.4% га, юқори депрессия 20.3% га камайганлиги аниқланди. AG-2 гуруҳ беморларида хавотир қўлланилган анъанавий даво оқибатида меъерий ҳолатлар 19.7% ошганлиги, субклиник хавотир 4.3% га ошганлиги, юқори хавотир 24% га камайганлиги аниқланди. Депрессия

кўрсаткичи AG-1 гуруҳда даволаш фонида меъерий кўрсаткичлар 25.3% ошганлиги, субклиник депрессия 8.4% га, юқори депрессия 18.9% га камайганлиги аниқланди. Шундай қилиб, ҳар иккала гуруҳда хавотир ва депрессия кўрсаткичлари бўйича ижобий натижалар олинган бўлсада, бу айниқса AG-1 гуруҳ беморларида яққол намоён бўлди.

Оғрикни субъектив баҳолаш мақсадида қўлланилган Мак-Гигл сўровномаси натижалари AG-1- гуруҳ беморларида даволашдан сўнг сенсор шкала бўйича пульсланувчи оғриқлар 46,48%, босувчи оғриқлар 39,44% га, қисувчи оғриқлар 39,44% га камайганлигини кўрсатган бўлса, аффектив шкала бўйича безовта килувчи оғриқлар 25,45% ошганлигини, холдан тойдирувчи оғриқлар даводан кейин кузатилмаганлигини, ваҳима чакирувчи оғриқлар 54,93% га камайганлигини, эволютив шкала бўйича кучсиз 61,98% га ошганлигини, ўртача оғриқлар 22,54% га камайганлигини, кучли оғриқлар даводан кейин кузатилмаганлигини кўрсатди.

Жадвал 2. Тадқиқот гуруҳларида шкалалар динамикасини даволаш фониди баҳолаш

	АГ-1-гуруҳ						АГ-2-гуруҳ					
	Даводан олдин		Даводан кейин		Критерий знаковых рангов Вилкоксона		Даводан олдин		Даводан кейин		Критерий знаковых рангов Вилкоксона	
	М	m	М	m	Z	P	М	m	М	m	Z	P
Ваш (балл)	7,34	0,17	6,03	0,16	-	0,00	7,50	0,15	6,42	0,16	-	0,00
Баргел шкаласи (балл)	43,59	2,28	53,19	2,37	-	0,00	46,32	2,25	49,93	2,30	-	0,00
Хавотир даражаси аниқлаш	11,97	0,52	9,11	0,36	-	0,00	11,44	0,43	9,21	0,37	-	0,00
Депрессия даражасини аниқлаш	11,38	0,47	9,34	0,36	-	0,00	11,60	0,39	9,90	0,37	-	0,00
DN-4 сурвномаси (балл)	4,81	0,11	3,85	0,10	-	0,00	4,81	0,08	3,86	0,09	-	0,00



Расм 2. HADS шкаласи бўйича даволаш фониди гуруҳларда депрессия кўрсаткичи (P<0.05)

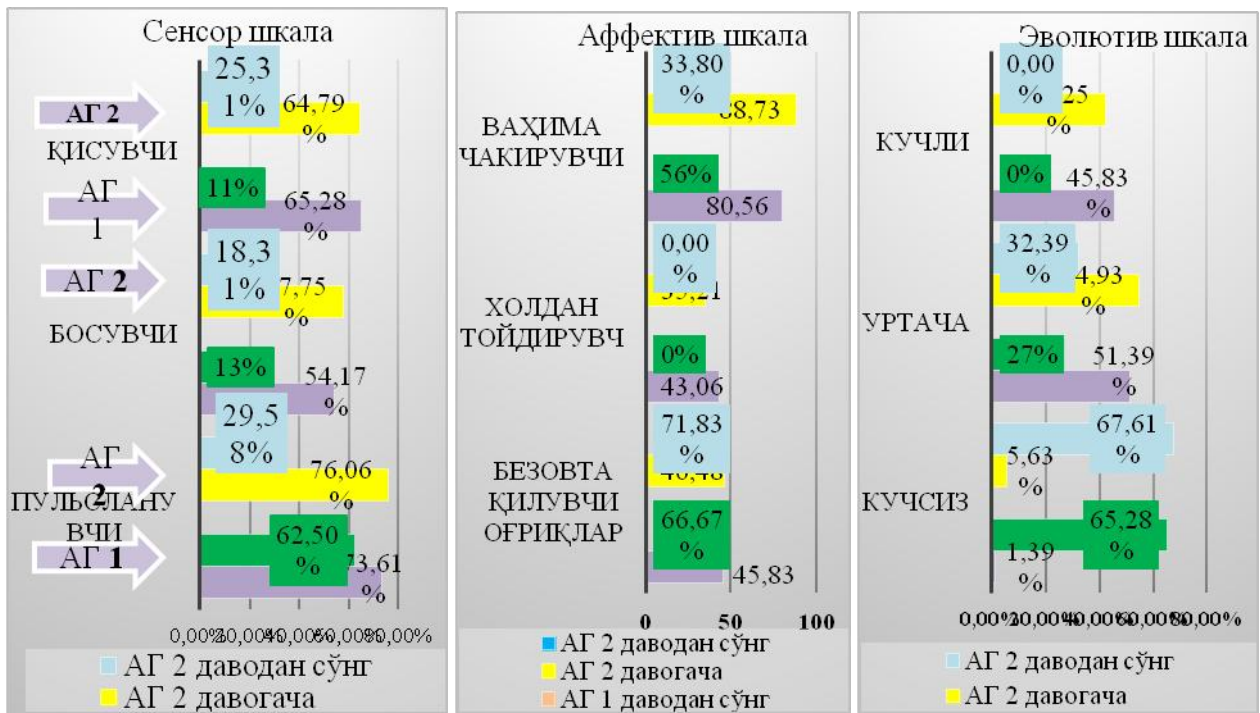
АГ-2- гуруҳ беморларида сенсор шкала бўйича пульсланувчи оғриқлар 11.11%, босувчи оғриқлар 41.67%, қисувчи оғриқлар 54.17% га камайганлигини кўрсатган бўлса, аффектив шкала бўйича безовта қилувчи оғриқлар 20.84% га ошганлигини, холдан тойдирувчи оғриқлар даводан сўнг кузатилмаганлигини, ваҳима чакирувчи оғриқлар 25% га камайганлигини, эволютив шкала бўйича кучсиз 63.89% га ошганлигини, ўртача оғриқлар 23.6% га ошганлигини, кучли оғриқлар даводан сўнг кузатилмаганлигини кўрсатди (3- расм).

Шундай қилиб Мак-Гигл сўрвномаси натижалари ҳар иккала гуруҳ беморларида сенсор ва аффектив шкала бўйича оғриқлар камайганлигини, безовта қилувчи оғриқлар фоизи ошганлигини кўрсатди, бу беморнинг инсултдан кейинги рухий холати, оғриқни субъектив баҳолаганлиги сабабли бўлиши мумкин. Тадқиқот сенсор, аффектив, эволютив шкалалар бўйича ишончли АГ-1 гуруҳ беморларида пасайиш тенденциясини намоён қилди (P<0.05). Ҳар иккала гуруҳ беморларида даводан сўнг кучсиз оғриқлар фоиз кўрсаткичи ошган АГ-1- гуруҳ

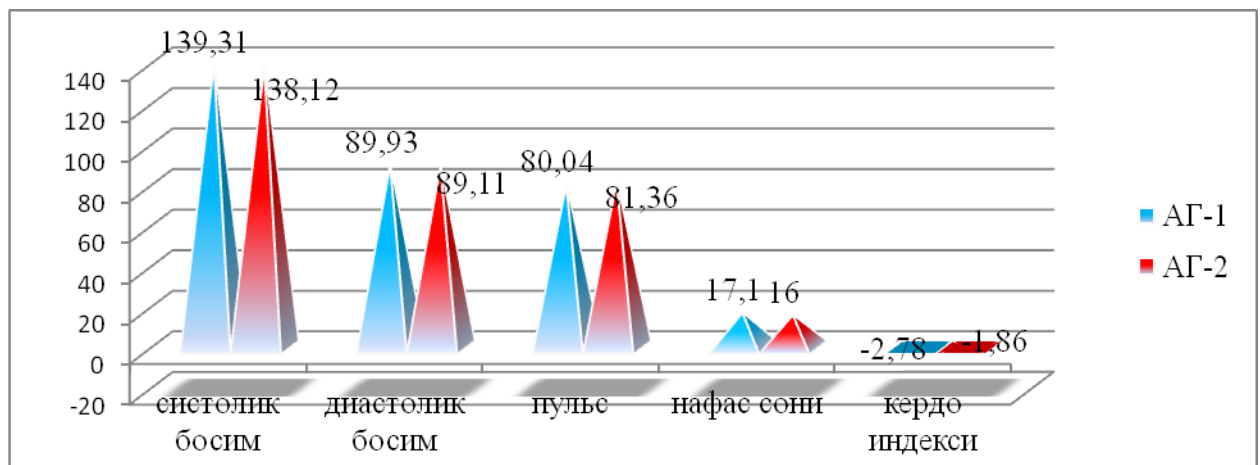
беморларида АГ-2- гуруҳ беморларига нисбатан 1.91% га юқори кўрсаткичи кўрсатди. Ўртача оғриқлар АГ-2- гуруҳ беморларида 1.06% га ошди. Ҳар иккала гуруҳ беморларида кучли оғриқлар даводан сўнг кузатилмади.

Вегетатив тизимни баҳолашда Кердо индексидан фойдаландик. Кердо индекси кўрсаткичлари даводан сўнг ҳам беморларда симпатик тизим тонуси юқорилигини кўрсатди. Даволаш фониди систолик босим АГ-1- гуруҳ беморларида ўртача кўрсаткич 9.00 ± 1.85 , АГ-2- гуруҳ беморларида 11.05 ± 2.19 мм.с.у га пасайганлигини кўрсатди. Диастолик босим ўртача кўрсаткичи АГ-1- гуруҳ беморларида 1.06 ± 0.90 , 2- гуруҳ беморларида 0.2 ± 1.39 мм.с.у.га пасайганлигини кўрсатди. Пульс ўртача кўрсаткичи динамикада ўзгармади. Нафас сони ҳар иккала гуруҳда меъерий кўрсаткичларни кўрсатди.

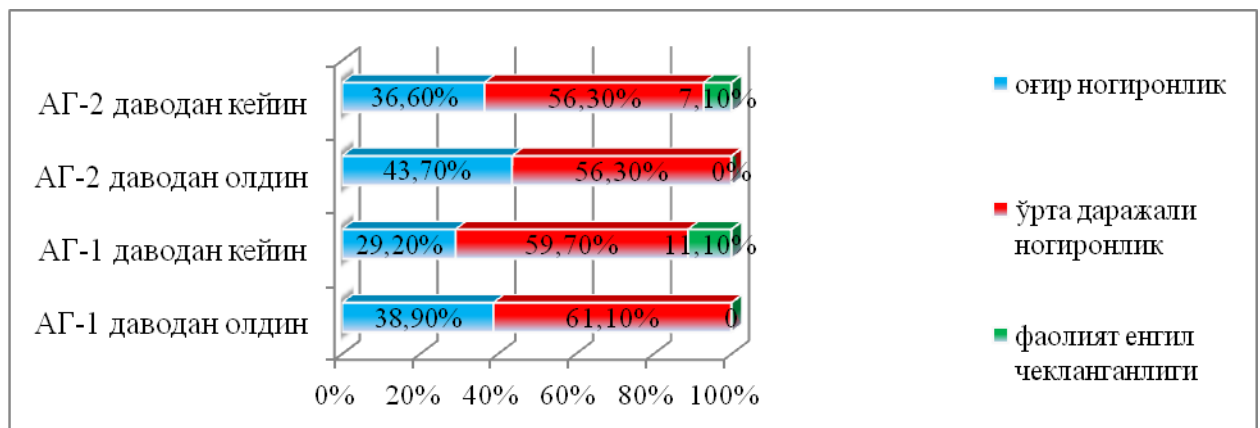
Кердо индекси натижалари даводан олдин симпатик тизим яққол устунлигини кўрсатган бўлса, даводан сўнг сезиларли пасайиш кўрсаткичини намоён этди.



Расм 3. Мак-Гигл сўровномаси натижалари



Расм 4. Кердо индекси натижаларининг даволаш фонида ўзгариши



Расм 5. Тадқиқот гуруҳларида даволаш фонида Бартел шкаласи бўйича кундалик фаолликни баҳолаш

Бартел шкаласи бўйича АГ-1 гуруҳ беморларида комплекс даводан кейин оғир ногиронлик 9.7% га, ўрта ногиронлик 2.6% га камайганлиги аниқланди. 11.1% бемор фаолият енгил чекланган ҳолатга ўтди. АГ-2 гуруҳ беморларида анъанавий даводан кейин оғир

ногиронлик 6.1% га камайганлиги аниқланди. 7.1% бемор фаолият енгил чекланган ҳолатга ўтди.

Хулоса: Шундай қилиб Бартел шкаласи кўрсаткичлари комплекс даво самарали эканлигини кўрсатди. Мак-Гигл сўровномаси бўйича оғриқлар комплекс даво фонида 41.67% га пасайганлиги, ВАШ

шкаласи бўйича оғрикнинг 1.31 баллга пасайганлиги, Бартел шкаласи бўйича ўзгаларга қарамлик 11.5% га камайганлиги, хавотир даражаси 19.5% га, депрессия даражаси 14.65% га камайганлиги аниқланди. DN-4 сўровномаси бўйича нейрпатик оғриклар 19.24% камайганлиги аниқланди. Беморларга кучли оғрикларда елка чигали бувикаин билан блокадаси, физиотерапевтик муолажа- ТМС, ЭМГ-электрстимуляция, массаж, даволовчи физкультура, нейрпсихологик реабилитация қўлланилиши оғрик синдроми яққоллиги пасайишига, мучалар фаолияти яхшиланишига, кундалик ҳаётда ўзгаларга қарам бўлмаслик ошишига олиб келади.

Адабиётлар:

1. Асроров А. А., Аминжонова Ч. А. оценка состояния когнитивных нарушений у пациентов перенесших инсульт в практике семейного врача // Central asian journal of medical and natural sciences. – 2021. – с. 397-401.
2. Александров С. Г. Функциональная асимметрия и межполушарные взаимодействия головного мозга: учебное пособие для студентов//С. Г. Александров; ГБОУ ВПО «ИГМУ» Минздрава России, Кафедра нормальной физиологии.- Иркутск: ИГМУ.2014.-С.62.
3. Блеклов С.В., Ярченкова Л.Л., Козлова М.В. и др. Особенности вегетативной регуляции у больных с различными формами ишемического поражения мозга // Bulletin of Medical Internet Conferences. 2014. –Т.4. № 2. -С. 96.
4. Метод внешней свето-звуковой стимуляции в реабилитации больных с ишемическим инсультом / Ю. Н. Быков, Е. Р. Н. Н. Бобряков Н РЛСМИРБИ. - 2007. - специальный выпуск. - С. 61.
5. Рахматова, С. Н., & Саломова, Н. К. (2021). Қайта Такрорланувчи Ишемик Ва Геморрагик Инсультли Беморларни Эрта Реабилитация Қилишни Оптималлаштириш. Журнал Неврологии И Нейрохирургических Исследований, 2(4).
6. Саломова, Н. К. (2023). Қайта ишемик инсультларнинг клиник потогенитик хусусиятларини аниқлаш. Innovations in Technology and Science Education, 2(8), 1255-1264.
7. Salomova, N. (2023). CURRENT STATE OF THE PROBLEM OF ACUTE DISORDERS OF CEREBRAL CIRCULATION. International Bulletin of Applied Science and Technology, 3(10), 350-354.
8. Salomova, N. K. (2022). Risk factors for recurrent stroke. Polish journal of science N, 52, 33-35.
9. Kakhorovna, S. N. (2022). Features of neurorehabilitation itself depending on the pathogenetic course of repeated strokes, localization of the stroke focus and the structure of neurological deficit.
10. Саломова, Н. К. (2021). Особенности течения и клиничко-патогенетическая характеристика первичных и повторных инсультов. Central Asian Journal of Medical and Natural Science, 249-253.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОГО, ВЕГЕТАТИВНОГО, ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ НЕВРОПАТИЧЕСКОЙ БОЛИ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

Охунжанова М.З.

Резюме. Цель исследования. оценка, а также клинических, функциональных, двигательных нарушений и качества жизни (на основе опроса SF-36) нейрпсихологического состояния пациента до и после сложных событий при болевом синдроме после ишемического инсульта. Исследование проводилось на восстановительной и стационарной стадиях заболевания у пациентов с постинсультным болевым синдромом. **Материал и методы:** Были отобраны 143 пациента на восстановительной и стационарной стадиях, проходящих лечение в стационарных условиях, страдающих от геморрагического и ишемического болевого синдрома после инсульта. Изучение особенностей снятия постинсультного болевого синдрома, разработка реабилитационно-восстановительных мероприятий. Для достижения ожидаемой цели исследования использовались методы общеклинического объективного, нейрпсихологического, нейрофизиологического обследования, нейрофизиологической диагностики. **Результаты:** обследование HADS с целью выявления тревоги и депрессии у пациентов при прогнозировании качества жизни пациентов с постинсультным болевым синдромом показало наличие субклинических нарушений. и явная тревога и депрессия. Исследование DN-4, проведенное с целью оценки характера боли, показало, что у всех пациентов были характерные для нейрпатии боли, и указало на необходимость лечения нейрпатической боли.. Полученные результаты свидетельствуют о значительном снижении качества жизни во всех подгруппах. **Заключение:** исследование Мак - Гигл показало, что на фоне комплексного лечения боль уменьшилась на 41,67%, по шкале vash - на 1,31 балла, другие виды зависимости уменьшились на 11,5% по шкале Бартела, тревожность снизилась на 19,5%, депрессия уменьшилась на 14,65%. Исследование DN-4 показало снижение невропатической боли на 19,24%. Применение блокады плечевым сплетением бувикаином при сильных болях у пациентов, физиотерапевтического лечения - ТМС, ЭНМГ-электрстимуляции, массажа, лечебной физкультуры, нейрпсихологической реабилитации приводит к уменьшению латентности болевого синдрома, улучшению функционирования мышц, повышению независимости от окружающих в повседневной жизни. жизнь.

Ключевые слова: инсульт, ВАШ, Мак-Гигл, Бартел, Кердо индекс, ТМС.