

Impact Factor: 5.723

ISSN: 2181-0982
DOI: 10.26739/2181-0982
www.tadqiqot.uz

JNNR

JOURNAL OF NEUROLOGY AND NEUROSURGERY RESEARCH



Volume 7, Issue 5

2026

ЖУРНАЛ НЕВРОЛОГИИ И НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 7 НОМЕР 5

JOURNAL OF NEUROLOGY AND NEUROSURGERY RESEARCH
VOLUME 7, ISSUE 5



МАҚОЛАДА КЕЛТИРИЛГАН
ДАЛИЛЛАРИНИҲ
ЎЎҒРИЛИГИ ҲҲҲН МҲАЛЛИФ
МАСЪҲЛДИР | АВТОР НЕСЕТ
ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА
ДОСТОВЕРНОСТЬ ФАКТОВ
ИЗЛОЖЕННЫХ В СТАТЬЕ



ЖУРНАЛ НЕВРОЛОГИИ И НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Бухарский государственный медицинский институт и tadqiqot.uz

Главный редактор:

Ходжиева Дилбар Таджиевна
доктор медицинских наук, профессор
Бухарского государственного медицинского
института. (Узбекистан).
ORCID ID: 0000-0002-5883-9533

Зам. главного редактора:

Хайдарова Дилдора Кадиловна
доктор медицинских наук, профессор
Ташкентский государственный медицинский
университет. (Узбекистан).
ORCID ID: 0000-0002-4980-6158

Рецензируемый
научно-практический журнал
"Журнал неврологии
и нейрохирургических исследований"
Публикуется 6 раз в год
№5 (07), 2026
ISSN 2181-0982

Адрес редакции:

ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.
web: <http://www.tadqiqot.uz/>;
Email: info@tadqiqot.uz
Тел: (+998-94) 404-0000

Макет и подготовка к печати
проводились в редакции журнала.

Дизайн - оформления:

Хуршид Мирзахмедов

Журнал зарегистрирован
в Управлении печати и информации г.
Ташкента Рег. №
от 01.07.2020 г.

Электронная версия журнала на сайтах:

<https://tadqiqot.uz>, www.bsmi.uz

Журнал включен в перечень научных
изданий, рекомендованных к публикации
основных научных результатов
диссертаций по медицинским наукам с 27
сентября 2024 года Высшей
аттестационной комиссией Республики
Узбекистан (письмо № 361/6 от 2024
года).

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Хайдаров Нодиржон Кадилович – доктор медицинских наук, профессор, ректор Ташкентский государственный медицинский университет. (Узбекистан).

Нуралиев Неккадам Абдуллаевич – доктор медицинских наук, профессор, иммунолог, микробиолог, проректор по научной работе и инновациям Бухарского государственного медицинского института. (Узбекистан).

Кариев Гайрат Маратович – доктор медицинских наук, профессор, директор Республиканского научного центра нейрохирургии Узбекистана. (Узбекистан).

Федин Анатолий Иванович – доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ. Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова. (Россия).

Маджидова Екутхон Набиевна – доктор медицинских наук, профессор, Ташкентский государственный медицинский университет. (Узбекистан).

Рахимбаева Гулнора Саттаровна – доктор медицинских наук, профессор, Ташкентский государственный медицинский университет. (Узбекистан).

Джурбекова Азиза Тахировна – доктор медицинских наук, профессор Самаркандского государственного медицинского института. (Узбекистан).

Мамадалиев Абдурахмон Маматкулович – доктор медицинских наук, профессор Самаркандского государственного медицинского института. (Узбекистан).

Чутко Леонид Семенович – доктор медицинских наук, профессор, руководитель Центра поведенческой неврологии Института мозга человека им. Н.П. Бехтерева. (Россия).

Муратов Фахмиддин Хайритдинович – доктор медицинских наук, профессор Ташкентский государственный медицинский университет. (Узбекистан).

Дьяконова Елена Николаевна – доктор медицинских наук, профессор, Ивановская государственная медицинская академия. (Россия).

Труфанов Евгений Александрович – доктор медицинских наук, профессор Национальный университет охраны здоровья Украины имени П.Л. Шупика и указать его расположение (Украина)

Норов Абдурахмон Убайдуллаевич – доктор медицинских наук, профессор, главный врач Бухарского областного многопрофильного медицинского центра. (Узбекистан)

Абдуллаева Наргиза Нурмаматовна – доктор медицинских наук, профессор Самаркандского государственного медицинского института. (Узбекистан).

Азизова Раъно Баходировна – доктор медицинских наук, доцент Ташкентский государственный медицинский университет. (Узбекистан).

Давлатов Салим Сулаймонович – Начальник отдела надзора качества образования, доцент Бухарского государственного медицинского института. (Узбекистан).

Артыкова Мавлюда Абдурахмановна – доктор медицинских наук, профессор Бухарского государственного медицинского института. (Узбекистан).

Уринов Мусо Болтаевич – доктор медицинских наук, доцент Бухарского государственного медицинского института. (Узбекистан).

Киличев Ибодулла Абдуллаевич – доктор медицинских наук, профессор Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии. (Узбекистан).

Рашидова Нилуфар Сафоевна – доктор медицинских наук, доцент Ташкентский государственный медицинский университет. (Узбекистан).

Ганиева Манижа Тимуровна – кандидат медицинских наук, доцент Таджикского государственного медицинского университета (Таджикистан).

Хазраткулов Рустам Бафоевич – доктор медицинских наук, руководитель научного отдела сосудистой патологии центральной нервной системы Республиканского специализированного научно – практического медицинского центра нейрохирургии, профессор кафедры нейрохирургии Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников (Узбекистан).

Нуралиева Хафиза Отаевна – кандидат медицинских наук, доцент Ташкентского фармацевтического института. (Узбекистан).

Исмаилова Раъно Олимджановна – DSc, руководитель научного отдела патологии позвоночника и спинного мозга Республиканского специализированного научно – практического медицинского центра нейрохирургии (Узбекистан).

Югай Игорь Александрович – старший научный сотрудник отделения нейрохирургии детского возраста Республиканского специализированного научно – практического медицинского центра нейрохирургии. Доцент кафедры нейрохирургии Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников (Узбекистан).

Иноятова Ситора Ойбековна – DSc, доцент кафедры Неврологии и народной медицины, Ташкентского государственного медицинского университета.

Абдукодилов Элдор Исроилович – DSc, доцент кафедры Неврологии и народной медицины, Ташкентского государственного медицинского университета.

Ахророва Шахло Ботировна – доцент кафедры неврологии Бухарского государственного медицинского института (DSc)

JOURNAL OF NEUROLOGY AND NEUROSURGICAL RESEARCH

Bukhara State Medical Institute and tadqiqot.uz

Chief Editor:

Khodjjeva Dilbar Tadjiyevna

Doctor of medical Sciences, Professor,
Bukhara state medical Institute. (Uzbekistan).
ORCID ID: 0000-0002-5883-9533

Deputy editor-in-chief:

Khaydarova Dildora Kadirovna

Doctor of Medical Sciences,
Professor of the Tashkent State Medical
University. (Uzbekistan).
ORCID ID: 0000-0002-4980-6158

**Peer-reviewed scientific and
practical journal "Journal of Neurology
and Neurosurgical Research"
Published 6 times a year
#5 (07), 2026
ISSN 2181-0982**

Editorial address:

Tadqiqot LLC the city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>;
Email: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000

Layout and preparation for printing held in
the editorial office of the journal.

Design – pagemaker:

Khurshid Mirzakhmedov

Journal is registered at the Office of Press
and Information Tashkent city, Reg. No. July
1, 2020

Electronic version of the Journal on sites:

www.tadqiqot.uz, www.bsmi.uz

- - -

The journal is included in the list of
scientific publications recommended for
publication of the main scientific results of
dissertations in medical sciences since
September 27, 2024 by the Higher
Attestation Commission of the Republic of
Uzbekistan (letter No. 361/6 dated 2024).

EDITORIAL TEAM:

Khaydarov Nodirjon Kadirovich - Doctor of Medicine, Professor, Rector of Tashkent State Medical University. (Uzbekistan).

Nuraliev Nekkadam Abdullaevich - Doctor of Medical Sciences, Professor, Immunologist, Microbiologist, Vice-Rector for Research and Innovation of the Bukhara State Medical Institute. (Uzbekistan).

Kariev Gayrat Maratovich - Doctor of Medicine, Professor, Director of the Republican Scientific Center for Neurosurgery of Uzbekistan. (Uzbekistan).

Anatoly Ivanovich Fedin - Doctor of Medical Sciences, professor, Honored Doctor of the Russian Federation. Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogova. (Russia).

Madjidova Yokutxon Nabieva - Doctor of Medicine, Professor, Tashkent State Medical University. (Uzbekistan).

Rakhimbaeva Gulnora Sattarovna - Doctor of Medical Sciences, Professor, the Tashkent State Medical University. (Uzbekistan).

Djurabekova Aziza Taxirovna - Doctor of Medicine, Professor, the Samarkand State Medical Institute. (Uzbekistan).

Mamadaliyev Abdurakhmon Mamatkulovich - Doctor of Medical Sciences, Professor of the Samarkand State Medical Institute. (Uzbekistan).

Chutko Leonid Semenovich - Doctor of Medicine, Head of the Center for Behavioral Neurology of the Institute of Human Brain named after N.P. Bekhtereva. (Russia).

Muratov Fakhmitdin Khayritdinovich - Doctor of Medical Sciences, Professor, the Tashkent State Medical University. (Uzbekistan).

Dyakonova Elena Nikolaevna - Doctor of Medicine, professor of the Ivanovo State Medical Academy. (Russia).

Trufanov Evgeniy Aleksandrovich - Doctor of Medical Sciences, Professor, P.L. Shupyk National University of Health Protection of Ukraine and indicate its location (Ukraine).

Norov Abdurakhmon Ubaydullaevich - Doctor of Medicine, professor, Chief Physician of the Bukhara Regional Multidisciplinary Medical Center. (Uzbekistan).

Abdullaeva Nargiza Nurmatovna - Doctor of Medicine, professor of the Samarkand State Medical Institute. (Uzbekistan).

Azizova Rano Baxodirovna - doctor of medical Sciences, associate Professor of the Tashkent State Medical University. (Uzbekistan).

Davlatov Salim Sulaimonovich - Head of the Department of education quality supervision, associate Professor of the Bukhara state medical Institute. (Uzbekistan).

Artykova Mavlyuda Abdurakhmanovna - Doctor of Medical Sciences, Professor of the Bukhara State Medical Institute. (Uzbekistan).

Urinov Muso Boltaevich - Doctor of Medicine, Associate Professor, Bukhara State Medical Institute. (Uzbekistan).

Kilichev Ibdulla Abdullaevich - Doctor of Medicine, professor of the Urgench branch of the Tashkent Medical Academy. (Uzbekistan).

Rashidova Nilufar Safoevna - doctor of medical Sciences, associate Professor of the Tashkent State Medical University. (Uzbekistan).

Ganieva Manizha Timurovna - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Tajik State Medical University. (Tajikistan).

Hazratkulov Rustam Bafievich - Doctor of Medicine, head of the scientific department of vascular pathology of the central nervous system of the Republican specialized scientific and practical medical center for neurosurgery, professor of the department of neurosurgery at the Center for the development of professional qualifications of medical workers (Uzbekistan).

Nuralieva Hafiza Otayevna - Candidate of medical Sciences, associate Professor, Toshkent pharmaceutical Institute. (Uzbekistan).

Ismailova Rano Olimdjanovna - Doctor of Medicine, head of the spine department of the Republican specialized scientific and practical medical center of neurosurgery (Uzbekistan).

Yugay Igor Aleksandrovich - senior research of the scientific department of pediatric of the Republican specialized scientific and practical medical center for neurosurgery. Associate professor of the department of neurosurgery at the Center for the development of professional qualifications of medical workers (Uzbekistan).

Inoyatova Sitara Oybekovna – DSc Associate Professor, Department of Neurology and Traditional Medicine, Tashkent State Medical University

Abdukodirov Eldor Isroilovich – DSc Associate Professor, Department of Neurology and Traditional Medicine, Tashkent State Medical University

Akhrorova Shakhlo Botirovna - Associate Professor of the Department of Neurology, Bukhara State Medical Institute, Doctor of Science (DSc).

1. Ўринов Мусо Болтаевич, Мустафоева Мухаммад Олим ўгли ТРАНЗИТОР ИШЕМИК АТАКА УТКАЗГАН БЕМОРЛАРДА ВЕГЕТАТИВ ДИСФУНКЦИЯ ҲАМДА СУТКАЛИК АРТЕРИАЛ БОСИМ ВАРИАБЕЛЛИГИНИНГ ҚИЁСИЙ ХУСУСИЯТЛАРИ.....	7
2. Раимова Малика Мухамеджановна, Сафаров Шахзоджон Шухратович СТРУКТУРНЫЕ И КЛИНИКО-ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАРКИНСОНИЗМА, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД И МЕРОПРИЯТИЯ (на примере Кашкадарьинской области).....	12
3. Сатторов Алишер Рахимович, Рахмонов Хуршиджон Мамадиевич ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОЯСНИЧНЫХ СПОНДИЛОЛИСТЕЗОВ С ТРАНСПЕДИКУЛЯРНОЙ ФИКСАЦИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С PLIF-КЕЙДЖАМИ.....	16
4. Ravshanov Davron Mavlonovich ORQA MIYANING KOMPRESSION-ISHEMIK MIELOPATIYASI BILAN KECHUVCHI BO‘YIN UMURTQA POG‘ONASI KANALINING IKKILAMCHI STENOZI: KLINIK HOLAT.....	22
5. Равшанов Даврон Мавлонович МНОГОУРОВНЕВЫЙ ДЕГЕНЕРАТИВНЫЙ СТЕНОЗ С3–С7 С ШЕЙНОЙ МИЕЛОПАТИЕЙ: ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ.....	28
6. Раимова Малика Мухамеджановна, Маматова Шахноза Абдужалиловна, Кобиров Жасур Соибович, Мухаммадсаидов Ирода Абдувахоб кизи СОВРЕМЕННЫЕ СТРАТЕГИИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕПЕРFUЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ (системный обзор доказательной базы).....	35
7. Олимов Жонибек Наимович, Болтаев Собиржон, Бакаев Илхом Курбанович, Абдурахманов Мамур Мустафоевич, Нарзуллаева Наргиза Сайфиллоевна ИММУННАЯ ДИСФУНКЦИЯ, У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА.....	40
8. Кадиров Азизбек Абдувохитович, Худайбердиев Кобил Турсунович СУБАКСИАЛ БЎЙИН УМУРТҚАЛАРИ ШИКАСТЛАНИШЛАРИДА ARGENSON ТАСНИФИГА АСОСЛАНГАН ДИФФЕРЕНЦИАЛЛАШГАН ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ.....	43
9. Адамбаев Зуфар Ибрагимович, Екубжонов Асилбек Абдувахоб ўгли РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ И КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ СОЧЕТАНИЯ МЕЖПОЗВОНОЧНОЙ ГРЫЖИ С ИЗМЕНЕНИЯМИ ПО МОДИК В ПОПУЛЯЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ В ПОЯСНИЦЕ.....	50
10. B.G‘.G‘ofurov, G.N.Mirjuraeva KARDIOEMBOLIK INSULT: ETIOPATOGENETIK TUZILISHI, XUSUSIYATLARI KLINIKASI, OLDINI OLISH VA DAVOLASH.....	59
11. Якубов Жахонгир Баходирович, Кариев Гайрат Маратович КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ПРОДОЛЖЕННЫМ РОСТОМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ГЛИОМЫ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ И АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛЕЧЕБНЫХ АСПЕКТОВ.....	64
12. Рахматова Санобар Низамовна, Бобоназаров Жахонгир Бобоназарович ИШЕМИК ИНСУЛЬТДА ЛАБОРАТОР БИОМАРКЕРЛАРНИНГ КЛИНИК ВА ПРОГНОСТИК АҲАМИЯТИ.....	69
13. Олимов Жонибек Наимович, Ходжаева Назира Ахмедовна, Нарзуллоева Наргиза Сайфиллоевна ОСОБЕННОСТИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА I И II СТАДИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ.....	75
14. Назарова Садокат Одилевна КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОДОСТРОГО СКЛЕРОЗИРУЮЩЕГО ПАНЭНЦЕФАЛИТА У ДЕТЕЙ.....	80
15. Абдувойтов Бобур Баходирович КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЙ ЭПИЛЕПСИИ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ.....	84
16. Абдувойтов Бобур Баходирович КОГНИТИВНЫЕ, ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ.....	93
17. Ёкубжонов Асилбек Абдувахоб ўгли РОЛЬ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ (ММП-1, ММП-3, ММП-9) И ИХ ТКАНЕВЫХ ИНГИБИТОРОВ (TIMP) В ПАТОГЕНЕЗЕ ДЕГЕНЕРАЦИИ МЕЖПОЗВОНКОВОГО ДИСКА.....	101
18. Раимова Малика Мухамеджановна, Турдиева Нигора Мурод кизи СТОЙКАЯ ГИПЕРФЕРРИТИНЕМИЯ КАК ПОТЕНЦИАЛЬНЫЙ БИОМАРКЕР И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ КОФАКТОР ПРОГРЕССИРОВАНИЯ УМЕРЕННЫХ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ (клинический случай с комплексным лабораторно-клиническим анализом и обзором литературы).....	110

19. Матмусаев Махсуд Махмудович, Ибрагимов Ақобир Исмоилович, Норов Абдурахмон Убайдуллоевич, Юлдашев Равшан Муслимович, Джуманов Камаллидин Нуриддинович ОСОБЕННОСТИ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СПОНДИЛОЛИСТЕЗА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА.....	115
20. Qaraxonova Sarvinoz Alisherovna INTEGRATIV PSIXODIAGNOSTIKA YONDASHUVI: VASKULYAR DEMENSIYADA NAZORAT LOKUSINI ANIQLASHDA SAMARADORLIK TAHLILI.....	124
21. Раҳимбаева Гулнора Саттаровна, Охунова Диёрахон Алишер кизи НЕБЛАГОПРИЯТНОЕ ТЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ПАРКИНСОНИЗМА: СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДИКТОРЫ И ВОЗМОЖНОСТИ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ.....	128
22. Ярашев Акмал Рустамович, Сабиров Джурабой Марифбаевич, Эшонов Олим Шойимкулович, Нариманова Хаидабону Анваровна ИШЕМИЧЕСКИ - РЕПЕРФУЗИОННОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОСЛЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ.....	133
23. Bokiyeva Fayziniso Adxam qizi, Alimov Doniyor Anvarovich, Nosirov Shuxrat To'lqin o'g'li, Berdiyev Nodirbek Fayziyevich, Maxmudov Mamurjon Mansur o'g'li IMPROVING THE MANAGEMENT STRATEGY FOR PATIENTS WITH ACUTE ISCHEMIC STROKE DURING THE THERAPEUTIC WINDOW: A REVIEW OF CURRENT REPERFUSION APPROACHES.....	142
24. Баҳадирханов Мухамедшокир Мухамедкабирович, Назарова Жанна Авзаровна, Гуломитдинов Санджар Нуриддин угли ВЛИЯНИЕ ПЕРИОПЕРАЦИОННЫХ ФАКТОРОВ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА РИСК РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА.....	150
25. Баҳадирова Муниса Анваровна, Артиков Нематжон Каримович, Назарова Жанна Авзаровна, Абдужамилова Рано Мирхалиловна ОСОБЕННОСТИ МИКРОНУТРИЕНТНОГО СТАТУСА И ИХ РОЛЬ В РАЗВИТИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РЕГИОНЕ ПРИАРАЛЬЯ.....	158
26. Xodjiyeva Dilbar Tadiyevna, Usmonova Sarvinoz Salohiddin qizi INSULTDAN KEYINGI KOGNITIV VA PSIXOEMOTSIONAL BUZILISHLARNI ERTA ANIQLASH VA REABILITATSIYADAGI ZAMONAVIY YONDASHUVLAR.....	164
27. Мусаева Юлдуз Алписовна, Ганиева Муаззамхон Жавлон кизи НЕЙРОФИЛАМЕНТ ЛЕГКОЙ ЦЕПИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ: ВРЕМЕННАЯ ДИНАМИКА, СВЯЗЬ С ТЯЖЕСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПРОГНОЗОМ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР).....	168
28. Алиев Мансур Абдухоликович, Саит Озтюрк ГЛУБОКАЯ СТИМУЛЯЦИЯ МОЗГА ПРИ ДЛИТЕЛЬНО ТЕКУЩЕЙ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ С МУЛЬТИМОДАЛЬНОЙ ОЦЕНКОЙ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ.....	175
29. Aliev Mansur Abdukholikovich, Sait Ozturk BILATERAL THALAMIC DEEP BRAIN STIMULATION IN ADVANCED TREMOR-RIGID PARKINSON DISEASE: A CASE REPORT WITH MULTIMODAL CLINICAL AND STEREOTACTIC ASSESSMENT.....	186
30. Нурматова Дилором Абдусаламовна, Охунбаев Жаҳонгир Музаффарович КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ТИКОВ У ДЕТЕЙ И ПОТЕНЦИАЛЬНАЯ РОЛЬ НЕЙРОНАЛЬНО-ГЛИАЛЬНЫХ И ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ МАРКЕРОВ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ PANS/PANDAS.....	195
31. Ким Ольга Владиславовна ВЛИЯНИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ВЕНОЗНОЙ ДИСЦИРКУЛЯЦИИ НА РАЗВИТИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА.....	203
32. Абдурасулов Фарход Хабибуллоевич, Ибрагимов Ақобир Исмоилович, Норов Абдурахмон Убайдуллаевич, Юлдашев Равшан Муслимович, Хазраткулов Рустам Бафоевич ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ СПОНДИЛОЛИСТЕЗОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА.....	209
33. Маджидова Ёқутхон Набиевна, Адамбаев Зуфар Ибрагимович, Камолдинова Дилдора Бахтияровна СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ АФФЕКТИВНЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ПРИСТУПОВ У ДЕТЕЙ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ И БЕЗ НЕЕ...214	214
34. Гулямова М.К., Норова Д.Б., Мирзаева Д.Ф. МИГРЕНЬ СО СТОЛОВОЙ АУРОЙ У ПОДРОСТКОВ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ И СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПАТОГЕНЕЗЕ.....	220

УДК 616.831-006.328-073.756.8:004.8

Равшанов Даврон Мавлонович

Специализированный научно-практический центр нейрохирургии и нейрореабилитации при СамГМУ

МНОГОУРОВНЕВЫЙ ДЕГЕНЕРАТИВНЫЙ СТЕНОЗ С3–С7 С ШЕЙНОЙ МИЕЛОПАТИЕЙ: ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.22378469>**АННОТАЦИЯ**

В статье представлено клиническое наблюдение пациентки с многоуровневым дегенеративным поражением шейного отдела позвоночника на уровнях С4–С5, С5–С6 и С6–С7, осложненным развитием шейной миелопатии. Заболевание характеризовалось постепенным нарастанием неврологического дефицита, цервикобрахиалгией, чувствительными нарушениями, снижением силы в верхних конечностях, нарушением мелкой моторики кистей и изменением походки. По данным нейровизуализации были выявлены выраженные дегенеративно-дистрофические изменения, грыжи межпозвонковых дисков, диско-остеофитические комплексы, стеноз позвоночного канала и признаки компрессии спинного мозга. С учетом прогрессирования миелопатической симптоматики и неэффективности консервативного лечения пациентке выполнено вентральное удаление грыж межпозвонковых дисков С4–С5, С5–С6, С6–С7 с межтеловой имплантацией ПEEK-кейджей. В послеоперационном периоде отмечена положительная клинико-неврологическая динамика в виде уменьшения болевого синдрома, регресса парестезий, улучшения силы в конечностях и восстановления функциональной активности. Представленный случай подчеркивает важность раннего выявления дегенеративной цервикальной миелопатии, комплексной клинικο-радиологической оценки и своевременного выбора хирургической тактики при многоуровневом стенозе шейного отдела позвоночника.

Ключевые слова: Цервикальная миелопатия; шейный стеноз; грыжа межпозвонкового диска; спондилез; вентральная декомпрессия; ACDF; ПEEK-кейдж; шейный отдел позвоночника; клиническое наблюдение.

Равшанов Даврон Мавлонович

SamDTU huzuridagi neyroxirurgiya va neyroreabilitatsiya ixtisoslashtirilgan ilmiy-amaliy markazi

C4–C7 DARAJASIDAGI KO'P BOSQICHLI DEGENERATIV BO'YIN UMURTQA KANALI STENOZI VA SERVİKAL MIYELOPATIYA: KLINİK HOLAT TAVSIFI**ANNOTATSIYA**

Maqolada C4–C5, C5–C6 va C6–C7 darajalarida bo'yin umurtqa pog'onasining ko'p bosqichli degenerativ zararlanishi hamda servikal miyelopatiya bilan kechgan klinik holat bayon etiladi. Kasallik nevrologik yetishmovchilikning bosqichma-bosqich kuchayishi, bo'yin-yelka og'rig'i, sezuvchanlik buzilishlari, yuqori qo'l mushaklari kuchining pasayishi, kaft va barmoqlarning mayda harakatlari qiyinlashuvi hamda yurish muvozanatining buzilishi bilan namoyon bo'lgan. Neyrovizual tekshiruvlarda degenerativ-distrofik o'zgarishlar, umurtqalararo disk churrallari, disk-osteofit komplekslari, umurtqa kanali stenozi va orqa miya kompressiyasi belgilari aniqlangan. Miyelopatik simptomlarning progressiv kuchayishi va konservativ davolashning yetarli samara bermagani inobatga olinib, bemorda C4–C5, C5–C6, C6–C7 darajalaridagi disk churrallarini ventral usulda olib tashlash va umurtqalararo PEEK-cage implantatsiyasi bajarilgan. Operatsiyadan keyingi davrda og'riq sindromining kamayishi, paresteziyalarning regressi, qo'l-oyoqlarda mushak kuchining yaxshilanishi va funksional faollikning tiklanishi kuzatilgan. Ushbu klinik holat ko'p bosqichli bo'yin umurtqa kanali stenozi bo'lgan bemorlarda degenerativ servikal miyelopatiyani erta aniqlash, klinik-radiologik baholash va o'z vaqtida jarrohlik taktikasini tanlash muhimligini ko'rsatadi.

Kalit so'zlar: Servikal miyelopatiya; bo'yin umurtqa kanali stenozi; umurtqalararo disk churrasi; spondilyoz; ventral dekompressiya; ACDF; PEEK-cage; bo'yin umurtqa pog'onasi; klinik kuzatuv.

Равшанов Даврон Мавлонович

The specialized scientific and practical center for neurosurgery and neurorehabilitation at SamSMU

MULTILEVEL DEGENERATIVE CERVICAL STENOSIS AT C4–C7 WITH CERVICAL MYELOPATHY: DESCRIPTION OF A CLINICAL CASE

ANNOTATION

This article presents a clinical case of multilevel degenerative cervical spine disease at the C4–C5, C5–C6, and C6–C7 levels complicated by cervical myelopathy. The disease was characterized by gradual progression of neurological deficit, cervicobrachial pain, sensory disturbances, decreased muscle strength in the upper limbs, impaired fine motor function of the hands, and gait disturbance. Neuroimaging revealed pronounced degenerative-dystrophic changes, intervertebral disc herniations, disc-osteophyte complexes, cervical spinal canal stenosis, and signs of spinal cord compression. Considering the progression of myelopathic symptoms and the insufficient effect of conservative treatment, the patient underwent anterior removal of intervertebral disc herniations at C4–C5, C5–C6, and C6–C7 with interbody PEEK cage implantation. The postoperative period was characterized by positive clinical and neurological dynamics, including reduction of pain, regression of paresthesia, improvement of limb strength, and restoration of functional activity. This clinical case emphasizes the importance of early detection of degenerative cervical myelopathy, comprehensive clinical and radiological assessment, and timely surgical decision-making in patients with multilevel cervical spinal stenosis.

Keywords: Cervical myelopathy; cervical spinal stenosis; intervertebral disc herniation; spondylosis; anterior decompression; ACDF; PEEK cage; cervical spine; clinical case.

Введение. Дегенеративная шейная миелопатия представляет собой хроническое прогрессирующее заболевание шейного отдела позвоночника, при котором возраст-ассоциированные, биомеханические и дискогенно-суставные изменения приводят к сужению позвоночного канала, компрессии спинного мозга и формированию стойкого неврологического дефицита. В современной нейрохирургической и вертебологической практике данное состояние рассматривается как наиболее частая причина нетравматической дисфункции спинного мозга у взрослых пациентов, что определяет его высокую клиническую и социальную значимость [1, 3, 10, 13]. Особую сложность представляют случаи многоуровневого поражения C3–C7, при которых дегенеративный процесс охватывает несколько двигательных сегментов одновременно, формируя сочетание статической компрессии, динамической микротравматизации, сегментарной нестабильности, деформации физиологического лордоза и вторичных ишемических изменений интрамедуллярных структур [5, 11, 16, 32].

Многоуровневый дегенеративный стеноз шейного отдела позвоночника, особенно на уровне C3–C7, является результатом комплексного патоморфологического каскада. Первичным звеном обычно выступает дегенерация межпозвонкового диска, сопровождающаяся дегидратацией пульпозного ядра, снижением высоты диска, фиброзированием замыкательных пластинок и перераспределением механической нагрузки на унковертебральные и фасеточные суставы [2, 6, 18, 27]. В дальнейшем формируются краевые остеофиты, гипертрофия унковертебральных сочленений, спондилоартроз, протрузии или грыжи межпозвонковых дисков, а также утолщение желтой связки, что в совокупности уменьшает сагиттальный резерв позвоночного канала и пространство, доступное для спинного мозга [23, 30, 31, 32]. При многоуровневом поражении эти изменения имеют не локальный, а каскадный характер, вследствие чего компрессия спинного мозга может быть как вентральной, так и дорзолатеральной, а клиническая картина часто отличается полисиндромностью [4, 7, 14, 19].

Клиническая значимость многоуровневого стеноза C3–C7 определяется тем, что даже умеренное морфологическое сужение канала при нескольких последовательных уровнях может сопровождаться выраженной функциональной декомпенсацией. При хронической компрессии спинного мозга формируются нарушения микроциркуляции, венозный застой, ишемия белого и серого вещества,

демиелинизация проводящих путей, аксональная дегенерация и глиоз [3, 6, 10]. Эти процессы лежат в основе прогрессирующей пирамидной симптоматики, нарушения глубокой чувствительности, спастичности, патологических стопных знаков, снижения тонкой моторики кистей, нарушения походки и тазовых расстройств [5, 11, 16]. Для шейной миелопатии характерно несоответствие между выраженностью болевого синдрома и тяжестью проводниковых нарушений: у части пациентов болевой компонент может быть умеренным, тогда как неврологический дефицит постепенно нарастает и становится ведущим фактором инвалидизации [4, 7, 14].

Представленное клиническое наблюдение посвящено случаю многоуровневого дегенеративного стеноза C3–C7 с шейной миелопатией, развившейся на фоне выраженного шейного спондилеза, множественных протрузий и грыж межпозвонковых дисков, а также прогрессирующего неврологического дефицита. Актуальность данного наблюдения обусловлена тем, что многоуровневые поражения шейного отдела нередко имеют длительное субклиническое течение, маскируются под радикулопатию, вертеброгенную цервикалгию или периферическую нейропатию, что может приводить к поздней диагностике компрессии спинного мозга [8, 9, 25]. При этом своевременное выявление миелопатического синдрома имеет принципиальное значение, поскольку при умеренной и тяжелой дегенеративной шейной миелопатии хирургическая декомпрессия рассматривается как метод, способный остановить дальнейшее ухудшение и улучшить функциональный статус пациента [10, 13, 23].

Диагностическая оценка пациентов с подозрением на дегенеративную шейную миелопатию должна включать комплексное сопоставление клинических симптомов, неврологического статуса и данных нейровизуализации. Магнитно-резонансная томография является ключевым методом визуализации, позволяющим определить уровень и степень компрессии спинного мозга, характер дискогенно-остеофитического комплекса, состояние дурального мешка, выраженность стеноза позвоночного канала и наличие интрамедуллярных изменений сигнала [2, 3, 18]. Особое прогностическое значение имеет гиперинтенсивный сигнал в веществе спинного мозга на T2-взвешенных изображениях, который может отражать отек, миеломалицию, демиелинизацию или глиоз и ассоциироваться с более тяжелым неврологическим дефицитом и менее благоприятным функциональным восстановлением [6, 13, 28]. При многоуровневом стенозе C3–C7 оценка МРТ должна быть не только анатомической,

но и клинико-функциональной, поскольку степень компрессии на каждом уровне необходимо интерпретировать с учетом симптоматики, динамики заболевания и признаков поражения длинных проводящих путей [11, 12, 20].

Оригинальность настоящего клинического наблюдения заключается в акценте на сочетании нескольких неблагоприятных факторов: многоуровневого стеноза С3–С7, выраженного спондилеза, наличия протрузий и грыж, постепенного нарастания миелопатической симптоматики

и вероятного формирования хронической компрессионно-ишемической миелопатии. В отличие от изолированных одноуровневых дискогенных компрессий, подобные случаи требуют более детального клинического анализа, поскольку выбор лечебной тактики зависит не только от максимального уровня стеноза, но и от протяженности компрессии, формы шейного отдела, выраженности вентрального и дорзального компонентов, наличия радикулопатии, функционального резерва пациента и степени неврологической декомпенсации [15, 17, 27].

Таблица 1. Клинико-патогенетические особенности многоуровневого дегенеративного стеноза С3–С7

Компонент патологического процесса	Морфологическое проявление	Клиническое значение
Дискогенная дегенерация	Снижение высоты дисков, протрузии, грыжи	Вентральная компрессия дурального мешка и спинного мозга
Спондилез	Краевые остеофиты тел позвонков	Хроническое сужение позвоночного канала
Унковертебральный артроз	Гипертрофия унковертебральных суставов	Фораминальный стеноз, радикулопатический компонент
Фасеточная артропатия	Дегенерация дугоотростчатых суставов	Усиление заднебоковой компрессии и нарушение биомеханики
Гипертрофия желтой связки	Дорзальное уменьшение просвета канала	Усиление компрессии при разгибании шеи
Интрамедуллярные изменения	T2-гиперинтенсивность, признаки миеломалиции	Неблагоприятный прогностический маркер

Отдельного внимания заслуживает клиническая динамика заболевания. Для дегенеративной шейной миелопатии типично постепенное, иногда волнообразное прогрессирование, при котором периоды относительной стабилизации сменяются эпизодами ухудшения моторной функции, координации, походки и чувствительности [7, 14, 19]. На ранних стадиях пациенты могут предъявлять жалобы на скованность в шее, парестезии в руках, снижение силы кистей, неловкость при письме или застегивании пуговиц, тогда как на более поздних этапах

появляются спастическая походка, гиперрефлексия, клonusy, патологические рефлексы и нарушение контроля тазовых функций [16, 23, 30]. Именно поэтому описание клинического наблюдения должно демонстрировать не только морфологическую картину стеноза, но и последовательность формирования неврологического дефицита, что повышает практическую ценность статьи для неврологов, нейрохирургов, реабилитологов и врачей первичного звена.

Таблица 2. Элементы научной оригинальности представляемого клинического наблюдения

Критерий оригинальности	Содержание
Анатомическая протяженность	Поражение нескольких уровней С3–С7 с формированием распространенного стеноза
Морфологическая сложность	Сочетание спондилеза, протрузий, грыж, фораминального и центрального стеноза
Неврологическая значимость	Постепенное нарастание признаков компрессионно-ишемической миелопатии
Диагностическая ценность	Необходимость сопоставления МРТ-картины с проводниковыми симптомами
Практическая значимость	Обоснование раннего выявления миелопатии и своевременного определения хирургической тактики
Реабилитационный аспект	Возможность оценки функционального восстановления после декомпрессии и нейрореабилитации

Клинический случай. Пациентка N., 56 лет, поступила в нейрохирургическое отделение с жалобами на прогрессирующую слабость в верхних и нижних конечностях, выраженную скованность в шейном отделе позвоночника, иррадиирующую боль в обе руки, онемение пальцев кистей, снижение точности мелких движений, неустойчивость при ходьбе и периодическое ощущение «ватности» в ногах. Со слов пациентки, первые симптомы заболевания появились около 3 лет назад в виде

хронической цервикалгии и умеренной парестезии в области I–III пальцев правой кисти. В течение последующих месяцев болевой синдром приобрел двусторонний характер, усиливался при разгибании шеи и длительном статическом положении, а также сопровождался эпизодами простреливающей боли по латеральной поверхности плеча и предплечья. За 8–10 месяцев до госпитализации отмечалось постепенное нарастание неврологического дефицита: пациентка стала

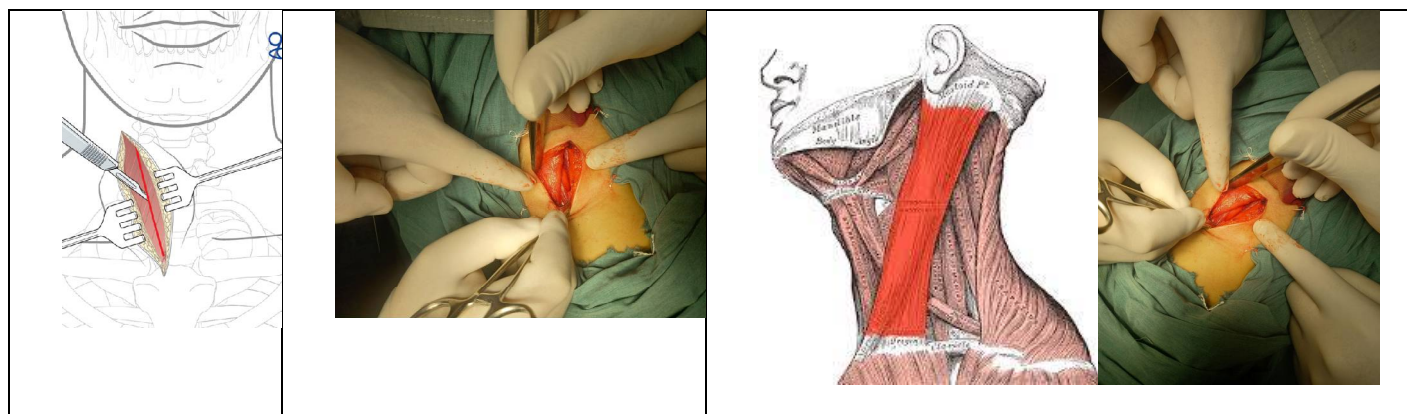
испытывать затруднения при письме, застегивании пуговиц, удержании мелких предметов, появились частые эпизоды спотыкания, чувство неустойчивости при ходьбе по лестнице и снижение толерантности к физической нагрузке. Консервативное лечение, включавшее нестероидные противовоспалительные препараты, миорелаксанты, витамины группы В, физиотерапевтические процедуры и кратковременную иммобилизацию шейного отдела мягким воротником, давало только временный анальгетический эффект и не сопровождалось регрессом миелопатической симптоматики. Подобная клиническая динамика была расценена как признак декомпенсированной дегенеративной шейной миелопатии на фоне многоуровневого стеноза позвоночного канала.

При поступлении общее состояние пациентки было относительно удовлетворительным. Сознание ясное, ориентировка в месте, времени и собственной личности сохранена. Соматический статус без признаков острой декомпенсации. Индекс массы тела составил 29,4 кг/м², что расценено как фактор дополнительной осевой нагрузки на позвоночный столб. В неврологическом статусе обращали на себя внимание ограничение объема активных движений в шейном отделе позвоночника, болезненность при пальпации паравerteбральных мышц, двусторонняя гипестезия в дерматомах C5–C7, снижение силы в проксимальных и дистальных отделах верхних конечностей до 4 баллов по шкале MRC, а также умеренное снижение силы в нижних конечностях до 4–4,5 балла. Сухожильные рефлексы с верхних и нижних конечностей были оживлены, определялась двусторонняя пирамидная симптоматика в виде положительных патологических стопных знаков. Тест Хоффмана был положительным с обеих сторон. Походка спастико-атактическая, с укорочением шага и нарушением координации при поворотах. Нарушений функции тазовых органов на момент госпитализации не выявлено.

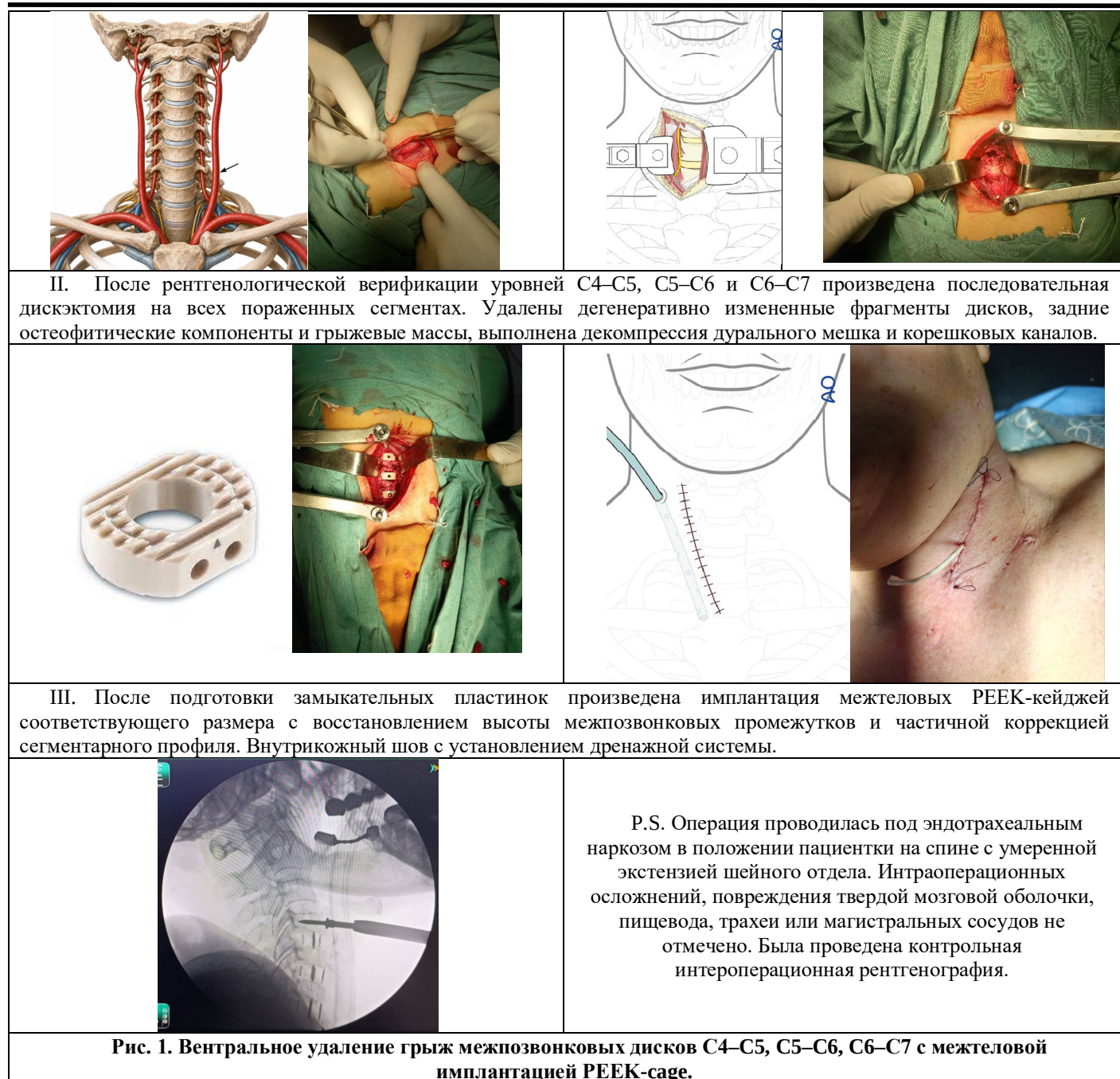
По данным магнитно-резонансной томографии шейного отдела позвоночника выявлены выраженные дегенеративно-дистрофические изменения на уровне C4–C7. Отмечались снижение высоты и дегидратация межпозвонковых дисков C4–C5, C5–C6 и C6–C7, задние диско-остеофитические комплексы, множественные протрузии и грыжевые выпячивания, деформация переднего контура дурального мешка, компрессия вентральной поверхности спинного мозга и сужение позвоночного канала. Наиболее выраженная компрессия определялась на уровнях C4–C5 и C5–C6, где имелось критическое уменьшение резервного ликворного пространства. На T2-взвешенных изображениях в проекции максимальной компрессии определялся участок умеренного интрамедуллярного гиперинтенсивного сигнала, что соответствовало признакам хронической компрессионно-ишемической миелопатии. Наличие T2-гиперинтенсивности спинного мозга рассматривалось как неблагоприятный нейровизуализационный признак, отражающий длительную компрессию, нарушение микроциркуляции и структурные изменения интрамедуллярной ткани.

Был установлен диагноз: многоуровневый дегенеративный стеноз позвоночного канала на уровне C4–C7. Грыжи межпозвонковых дисков C4–C5, C5–C6, C6–C7. Выраженный шейный спондилез. Компрессионно-ишемическая шейная миелопатия. Двусторонняя цервикобрахиалгия. Легкий спастический тетрапарез.

С учетом прогрессирования неврологического дефицита пациентке было рекомендовано оперативное вмешательство. После предоперационной подготовки 24.02.2026 выполнена операция: удаление грыж межпозвонковых дисков C4–C5, C5–C6 и C6–C7 через левосторонний вентральный парафарингеальный доступ с межтеловой стабилизацией PEEK-кейджами по типу ACDF (Рис. 1).



1. Левосторонний переднебоковой доступ к шейному отделу позвоночника с послойным рассечением мягких тканей, мобилизацией сосудисто-нервного пучка латерально и трахеопищеводного комплекса медиально.



В раннем послеоперационном периоде пациентка находилась под наблюдением в условиях палаты интенсивного мониторинга. Неврологический статус оценивался в динамике. Уже в первые сутки после операции отмечено уменьшение интенсивности корешкового болевого синдрома в верхних конечностях, снижение парестезий и субъективное улучшение контроля движений кистей. Боль в области послеоперационной раны была умеренной и купировалась стандартной анальгетической терапией. Временная дисфагия легкой степени сохранялась в течение первых 48 часов, что было расценено как ожидаемая реакция мягких тканей после переднего доступа к шейному отделу позвоночника. Признаков гематомы, инфекционных осложнений, ликвореи или нарастания неврологического дефицита не выявлено.

На контрольной рентгенографии шейного отдела позвоночника положение ПEEK-кейджей удовлетворительное, миграции имплантов и признаков грубого нарушения оси позвоночника не выявлено. Пациентке рекомендована ранняя дозированная активизация с использованием мягкого шейного ортеза, дыхательная гимнастика, профилактика тромбоэмболических осложнений, контроль глотания и постепенное расширение двигательного режима. На 3-и сутки пациентка начала самостоятельно передвигаться по палате с поддержкой, на 5-е сутки - ходить по коридору без посторонней помощи. К моменту выписки отмечено уменьшение выраженности цервикобрахиалгии, улучшение походки, снижение спастичности и повышение функциональной активности.

Таблица 3. Динамика клинико-функциональных показателей

Показатель	До операции	При выписке	Через 1 месяц
VAS боли в шее	7	3	2
VAS боли в руке	8	2	1
mJOA	11	13	15
NDI	46%	28%	18%
Сила в кистях по MRC	4 балла	4+ балла	5 баллов
Походка	Спастика-атактическая	Умеренно неустойчивая	Самостоятельная, стабильная
Парестезии	Выраженные	Умеренные	Минимальные

Через 1 месяц после операции пациентка отметила значительное уменьшение боли в шее и верхних конечностях, улучшение сна, восстановление способности выполнять бытовые действия, требующие точных движений кистей, а также повышение уверенности при ходьбе. При неврологическом осмотре сохранялась умеренная гиперрефлексия, однако патологические стопные знаки стали менее выраженными. Чувствительные нарушения регрессировали частично. Сила в верхних конечностях восстановилась до 5 баллов по шкале MRC, в нижних конечностях - до 5 баллов. Остаточные признаки миелопатии проявлялись легкой скованностью при быстрой ходьбе и умеренным снижением вибрационной чувствительности в стопах. Пациентке рекомендовано продолжение амбулаторной нейрореабилитации, включающей упражнения на баланс, координацию, тренировку мелкой моторики, изометрическое укрепление мышц шеи и плечевого пояса, а также контрольное нейровизуализационное обследование через 3–6 месяцев.

Вывод. Представленное клиническое наблюдение демонстрирует значимость своевременной диагностики

многоуровневого дегенеративного стеноза шейного отдела позвоночника C3–C7, осложненного развитием шейной миелопатии. Постепенное нарастание неврологического дефицита, сочетание цервикобрахиалгии, чувствительных нарушений, пирамидной симптоматики и расстройства походки указывали на хроническое компрессионно-ишемическое поражение спинного мозга. Наличие выраженного спондилеза, множественных протрузий и грыж межпозвонковых дисков подтверждало сложный многоуровневый характер дегенеративного процесса. Выполнение передней декомпрессии с удалением грыж дисков и межтеловой стабилизацией ПEEK-кейджами позволило устранить ведущий компрессионный фактор, уменьшить болевой синдром и добиться положительной динамики неврологического статуса. Данный случай подчеркивает, что при многоуровневом стенозе шейного отдела позвоночника клиническое решение должно основываться не только на данных МРТ, но и на тщательной оценке миелопатических признаков, темпа прогрессирования заболевания и функционального состояния пациента.

Использованные литературы:

1. Fehlings et al., Global Spine Journal, 2017: дегенеративная шейная миелопатия как прогрессирующее заболевание и частая причина дисфункции спинного мозга у взрослых.
2. Kim et al., Asian Spine Journal, 2023: патофизиология, естественное течение и многофакторность DCM.
3. Kumar et al., International Journal of Spine Surgery, 2019: дегенеративный каскад диска, фасеточных суставов, желтой связки и остеофитов.
4. Balmaceno-Criss et al., Journal of Clinical Medicine, 2024: вариабельность клинической картины и трудности диагностики DCM.
5. Fehlings et al., PubMed guideline, 2017: рекомендации по ведению легкой, умеренной и тяжелой миелопатии.
6. AO Spine Clinical Practice Recommendations, 2025: современные клинические рекомендации по диагностике и лечению DCM.
7. Ferreira et al., 2021, и Kong et al., 2025: значение T2-гиперинтенсивности спинного мозга при шейной спондилотической миелопатии.
8. Zhang et al., 2009: связь интрамедуллярных изменений сигнала и пирамидной симптоматики с прогнозом после операции.
9. Макашова, Е. С., Ласунин, Н. В., Галкин, М. В., Золотова, С. В., Карандашева, К. О., & Голанов, А. В. (2023). Молекулярно-генетические особенности менингиом. Вопросы нейрохирургии имени Н. Н. Бурденко, 87(4), 101–106. doi:10.17116/neiro202387041101.
10. DT Hodzhieva, SS Pulatov, DK Hajdarova Vse o gemorragicheskom insulte lic pozhilogo i starcheskogo vozrasta.[All about hemorrhagic stroke of elderly and elderly people] Nauka molodyh-Young Science. 2015. 87-96.
11. Туркин, А. М., Мельникова-Пицхелаури, Т. В., Фадеева, Л. М., Козлов, А. В., Ошоров, А. В., Кравчук, А. Д., и др. (2023). Перитуморозный отёк и дисфункция глимфатической системы головного мозга: количественная оценка на основе диффузионно-тензорной МРТ. Вопросы нейрохирургии имени Н. Н. Бурденко, 87(5), 45–54. doi:10.17116/neiro20238705145.
12. Бывальцев, В. А., Сороковиков, В. А., Степанов, И. А., & Антипина, С. Л. (2016). Гистологическая и иммуногистохимическая характеристика менингиом головного мозга. Acta Biomedica Scientifica, 1(4), 187–194.
13. Бекашев, А. Х., Коршунов, А. Г., & Черкаев, В. А. (2007). Патологическая анатомия и молекулярная биология менингиом. Архив патологии, 69(5), 48–51.

14. Коновалов, А. Н., Козлов, А. В., Черкаев, В. А., Шиманский, В. Н., Тяншин, С. В., Корниенко, В. Н., Пронин, И. Н., Шишкина, Л. В., Рыжова, М. В., Голанов, А. В., & Белов, А. И. (2013). Проблема менингиом: анализ 80-летнего материала Института нейрохирургии имени Н. Н. Бурденко и перспективы. Вопросы нейрохирургии имени Н. Н. Бурденко, 77(1), 12–23.
15. Кадашева, А. Б., Козлов, А. В., Шифрин, М. А., Рыжова, М. В., Черкаев, В. А., Якимчук, В. Н., Назаров, В. В., Исаков, Н. Н., Юлчиев, Ю. А., & Ефремов, К. В. (2020). Радиоиндуцированные менингиомы: анализ 33 наблюдений. Вопросы нейрохирургии имени Н. Н. Бурденко, 84(3), 53–60. doi:10.17116/neiro20208403153.
16. Заболотный, Р. В., Козлов, А. В., Галкин, М. В., Черкаев, В. А., Кадашева, А. Б., Голанов, А. В., & Струнина, Ю. В. (2023). Сравнительная оценка методов лечения менингиом, прорастающих верхний сагиттальный синус. Вопросы нейрохирургии имени Н. Н. Бурденко, 87(5), 69–77. doi:10.17116/neiro20238705169.
17. Шиманский, В. Н., Карнаухов, В. В., Галкин, М. В., Тяншин, С. В., Голанов, А. В., Пошатаев, В. К., & Шевченко, К. В. (2019). Лечение петроклиальных менингиом: современное состояние проблемы. Вопросы нейрохирургии имени Н. Н. Бурденко, 83(6), 78–89. doi:10.17116/neiro20198306178.
18. Данилин, В. Е., Рзаев, Д. А., Летягин, Г. В., Ким, С. А., & Щербаков, А. В. (2020). Внутречерепные менингиомы детского возраста. Вопросы нейрохирургии имени Н. Н. Бурденко, 84(3), 44–52.
19. Куканов, К. К., Ушанов, В. В., Забродская, Ю. М., Тастанбеков, М. М., Воробьева, О. М., Ситовская, Д. А., & Диконенко, М. В. (2023). Пути персонализации лечения пациентов с рецидивом и продолженным ростом интракраниальных менингиом. Российский журнал персонализированной медицины, 3(3), 48–63.
20. Копылов, И. С., Бузунов, А. В., & Ступак, В. В. (2024). Результаты хирургического лечения менингиом задней черепной ямки. Сибирский научный медицинский журнал, 44(4), 159–167.
21. Потапов, Ф. В., Древал, О. Н., & Голанов, А. В. (2019). Перспективы комбинированного лечения менингиом головного мозга II–III степени злокачественности. Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Естественные и технические науки, (10), 227–235.
22. Михайлов, Н. И., Зайцев, А. М., Кучерявых, М. А., Петрова, П. Ю., Кирсанова, О. Н., & Косумова, Х. С. (2025). Метастатические менингиомы: серия случаев и обзор литературы. Вопросы нейрохирургии имени Н. Н. Бурденко, 89(3), 83–91. doi:10.17116/neiro20258903183.
23. Эшкувватов, Г. Э., Асадуллаев, У. М., Якубов, Ж. Б., & Ходжиметов, Д. Н. (2023). Методика прогнозирования интраоперационной кровопотери при микрохирургическом удалении менингиом головного мозга. Проблемы биологии и медицины, 4(146), 185–190.
24. Равшанов, Д. М., Мавлянова, З. Ф., & Махмудов, С. М. (2025). Факторы, определяющие реабилитационный потенциал пациентов после удаления менингиом головного мозга. Проблемы биологии и медицины, 6(166), 175–179.
25. Бахритдинов, Б. Р., Алиев, М. А., & Мардиева, Г. М. (2023). Дифференциальная диагностика опухолей головного мозга различной этиологии, основанная на установлении особенностей их биохимического состава методом воксельной магнитно-резонансной спектроскопии. Лабораторная диагностика. Восточная Европа, 12(4), 585–594. doi:10.34883/PI.2023.12.4.010.
26. Бахритдинов, Б. Р., Алиев, М. А., & Мардиева, Г. М. (2022). Возможности магнитно-резонансной спектроскопии в диагностике опухолей головного мозга. Проблемы биологии и медицины, 4(137), 35–41.
27. Расулов, Ж. М., & Махаммов, Н. Ж. (2025). Морфологические особенности менингиом в зависимости от их локализации. Журнал современной медицины.
28. Расулов, Ж. М. (2022). Локализация и гистологические варианты менингиомы головного мозга. Экономика и социум, 9(100), 546–550.
29. Расулов, Ж. М. (2023). Результаты хирургического лечения гистологических вариантов менингиомы головного мозга. Экономика и социум, 10(113).
30. Равшанов, Д. М. (2022). Парасагитальные менингиомы больших полушарий головного мозга: обзор литературы. Достижения науки и образования, (6), 86.
31. Ravshanov, D. M. (2023). Diffusion-weighted MRI in the differential diagnostics of the degree of malignancy of parasagittal brain meningiomas. Journal the Coryphaeus of Science, 5(5), 51–56.
32. Ravshanov, D. M. (2023). Histological and immunohistochemical characteristics of parasagittal meningiomas of the brain. Science and Innovation, 2(D7), 37–42.

ЖУРНАЛ НЕВРОЛОГИИ И НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

JOURNAL OF NEUROLOGY AND NEUROSURGERY RESEARCH

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz
Tadqiqot LLC the city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz
ООО Тадqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Тел: (+998-94) 404-0000