

Алиев М.А.,  
Мамадалиева С.А.,  
Мамадалиев А.М.

# ПОСТТРАВМАТИК ЦЕРЕБРАЛ АРАХНОИДИТЛАРНИ ДАВОЛАШДА ЭНДОЛЮМБАЛ ОЗОН ВА ПИРАЦЕТАМ ИНСУФЛЯЦИЯСИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

Самарқанд давлат медицина институти

Саноатнинг, транспортнинг замонавийлашиши, урбанизациянинг ўсиши йилдан йилга травматизмнинг, хусусан нейротравматизм салмоғининг сезиларли ошишига сабаб бўлмоқда. Краниоцеребрал травмалар (КЦТ) натижасида 45-60% беморларда турли ногиронлик гуруҳлари ривожланади ва меҳнат қobiliятининг вақтинча ва бутунлай чекланишига олиб келади [33, 34, 35, 36, 37, 45, 50, 53]. КЦТ соғлиқни сақлаш ва ижтимоий ҳимояланиш соҳаларининг долзарб муаммоларидан бўлиб ҳисобланади ва бу қуйидаги ҳолатлар билан ифодаланади: 1) КЦТ нинг кўпроқ меҳнатга лаёқатли ёшларда ва болаларда учраши; 2) юқори леталлик кўрсаткичлари, беморларда вақтинча ва доимий меҳнат қobiliятининг чекланиши; 3) демографияга бевосита салбий таъсири; 4) даволаш учун давлат томонидан ажратиладиган ва беморнинг оила аъзоларидан талаб қилинадиган катта иқтисодий маблағлар ва доимий ижтимоий ҳимоя [33, 34, 35, 36, 37, 45].

КЦТлар ўткир давридаёқ келиб чикувчи оғир оқибатлари билан характерланади, лекин асосан асоратлар ва оқибатлар бош мия травматик касаллигининг оралиқ ва кечки даврларида ривожланади. КЦТ нинг оқибатларидан нисбатан кўп ҳолларда посттравматик церебрал арахноидитлар (ПТЦА) учрайди [23, 24, 25, 26, 29, 30, 39, 40, 42, 46, 49].

ПТЦАларнинг клиникаси, диагностикаси ва даволаш усуллари доимий равишда нейрохирурглар, неврологлар ва психиатрлар ўртасида турли хил дискуссиялар қарашларни келтириб чиқаради. Ҳозирги вақтга келиб, замонавий медицина ва техниканинг ютуқларидан фойдаланиб, ПТЦАлар диагностикаси ва даволаш усулларини такомиллаштириш имкониятлари пайдо бўлди. Бу мақолада ПТЦАни озон ва пирацетамни эндолюмбал инсуфляция қилиш усули билан даволаш самарадорлигини ўргандик.

**Материаллар ва тадқиқот усуллари:** Илмий тадқиқотимизда 2008-2010 йиллар давомида Самарқанд Давлат медицина институти клиникаси нейрохирургия бўлимида ПТЦА диагнози билан даволанган 109 та беморларнинг клиник-неврологик, қўшимча текширишлар ва даволаш натижаларини таҳлил қилдик. Беморларнинг 82 таси (75,2%) эркеклар ва 27 таси (24,8%) аёллардан иборат бўлиб, 4 ёшдан 55 ёшгача бўлган беморлар ташкил қилди (1-жадвал).

КЦТ олингандан ПТЦАнинг клиник белгилари пайдо бўлгунча муддат 1 йилдан 3 йилгача давомийликда бўлганлиги аниқланди. Диагностик тасдиқлаш мақсадида 88 та беморда (80,7%) компьютер томография (КТ) ва 21 та беморда (19,3%) магнит-резонанс томография (МРТ) ўтказилди, ҳамма беморларга даврий равишда электроэнцефалография (ЭЭГ) қилиб борилди.

Барча беморларга нейропротектив препаратлар, ноотроплар, микроциркуляцияни яхшиловчи препаратлар, диуретиклар, десенсибилизацияловчилар, витамин В гуруҳи, эпилептик хуруж кузатилган беморларга тутқанокқа қарши препаратлар (конвулекс, бензонал, карбамазепин, ламитор) муолажаларидан иборат комплекс даволаш курслари ўтказилди. ПТЦАларда нисбатан ижобий натижага эришиш, даволаш самарадорлигини ошириш мақсадида клиникада ишлаб чиқилган, эндолюмбал озон (Мадьяров С.Ж., Болғаев А.Б. 1978) ва пирацетам (Мамадалиев А.М., Агзамов М.К., 1994) инсуфляцияси муолажаси ўтказилди. Бунинг учун беморларга асептик шароитда, одатдаги усулда люмбал пункция этилгач, люмбал босим ўлчаниб, люмбал босим кўрсаткичларига қараб порциялаб маълум миқдорда (индивидуал 20-50 мл) ликвор эвакуация қилинди. Шундан 1-жадвал. Посттравматик церебрал арахноидитлар билан даволанган беморларнинг ёш ва жинс кўрсаткичлари бўйича тақсимланиши

| Ёшлар бўйича гуруҳланиш | Барча беморлар |      |        |      | Жами |      |
|-------------------------|----------------|------|--------|------|------|------|
|                         | Эркеклар       |      | Аёллар |      |      |      |
|                         | абс.           | в %  | абс.   | в %  | абс. | в %  |
| 4-15                    | 10             | 9,2  | 9      | 8,3  | 19   | 17,4 |
| 16-19                   | 12             | 11   | 2      | 1,8  | 14   | 12,8 |
| 20-29                   | 26             | 23,9 | 7      | 6,4  | 33   | 30,3 |
| 30-39                   | 20             | 18,3 | 5      | 4,6  | 25   | 22,9 |
| 40-49                   | 9              | 8,3  | 3      | 2,8  | 12   | 11   |
| 50-55                   | 5              | 4,6  | 1      | 0,9  | 6    | 5,6  |
| Жами                    | 82             | 75.2 | 27     | 24.8 | 109  | 100  |

сўнг шприц ёрдамида медицина озонаторидан (Озонатор 1М) олинган озон 10-40 см<sup>3</sup> ҳажмда эндолюмбал юборилгандан сўнг, 20% - пирацетамни 0,9% натрий хлориднинг физиологик эритмасида 3-5 % ли концентрациягача эритилиб 200 мг дан 1,0 гр гача (беморнинг ёшига қараб) люмбал каналга юборилди. Муолажа бемор ва қариндошларининг розилиги, клиник муҳокамадан сўнг амалга оширилади. Умумий ҳисобда 109 та беморга 202 марта озон ва пирацетам инсуфляцияси бажарилди. 10 кунлик даволаш курси давомида 16 та (14,7%) беморда 1 марта ва 93 та (85,3%) беморда икки марталик тартибда озон ва пиарцетам инсуфляция қилинди. Озон ва пирацетам инсуфляцияси кейинги курс муолажаларида ҳам, орадан 3-4 ойдан сўнг бажарилди.

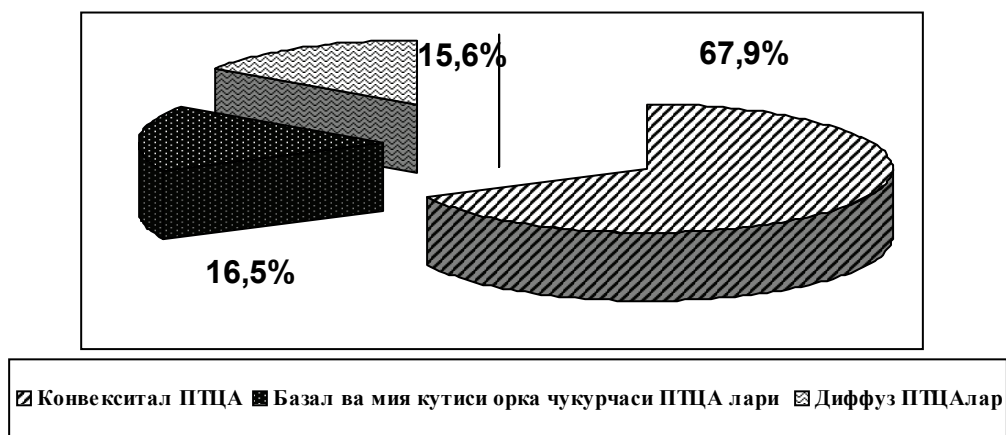
Олинган натижалар таҳлили: Беморлар қабул қилинган классификация бўйича 3 гуруҳга ажратилди: 1-гуруҳ – 74 та (67,9%) беморлар конвекситал ПТЦАлар билан; 2-гуруҳ – 18 та (16,5%) беморлар базал ПТЦАлар ва мия қутиси орқа чуқурчаси ПТЦАлари билан; 3-гуруҳ – 17 та (15,6%) беморлар диффуз ПТЦАлар билан қайд қилинди (1-диаграмма).

КТ ва МРТ текширишлар асосида 37,6% беморда – енгил даражали посттравматик КТ-ўзгаришлар, 48,6% беморларда – ўртача оғирликдаги посттравматик КТ-ўзгаришлар ва 15 та 13,8% беморларда – оғир даражали посттравматик КТ-ўзгаришлар аниқланди (2-диаграмма).

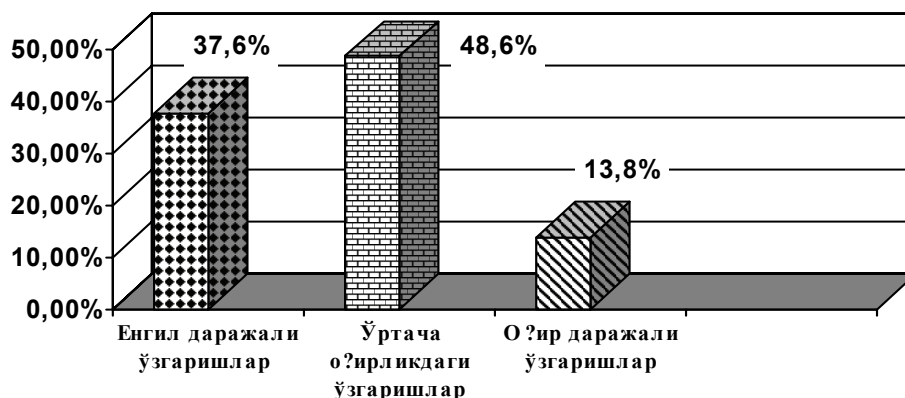
Клиник-неврологик текширишлар, анамнестик маълумотлар асосида ҳар хил даражада ривожланган умумий мия ва ўчоқли симптомлар ҳамда эпилептик хужулар борлиги аниқланди. Шулардан ривожланган умумий мия симптомлари характерига кўра беморлар куйидагича гуруҳланди: 1-гуруҳ – умумий мия симптомлари енгил ривожланган беморлар (14,7%), 2-гуруҳ – умумий мия симптомлари ўртача ифодаланган беморлар 64,2% ва 3-гуруҳ – умумий мия симптомлари кучли ривожланган беморлар (21,1%).

Ўчоқли смимптомлардан бош мия нервларининг (БМН) фаолиятининг бузилиши даражаларига кўра куйидаги беморлар гуруҳлари фарқланди: 1-гуруҳ (16,1%) беморлари – БМН фаолиятидаги енгил бузилишлар, 2-гуруҳ (9,2%) беморлари – БМН фаолиятидаги ўртача оғирликдаги бузилишлар ва 3-гуруҳ (9,2%) беморлари – БМН фаолиятидаги кўпол ўзгаришлар.

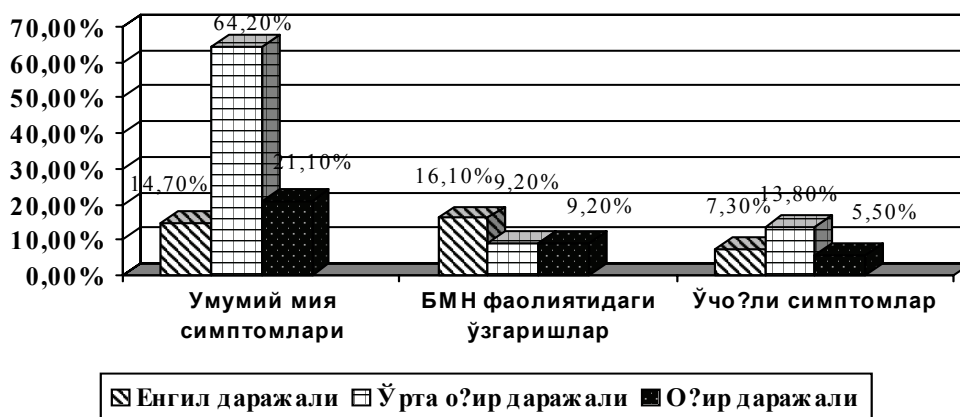
1-диаграмма. Посттравматик церебрал арахноидитларнинг классификация бўйича тақсимланиши



2-диаграмма. Посттравматик церебрал арахноидитларда КТ ва МРТ ўзгаришларнинг даражаларига кўра тақсимланиши



3-диаграмма. Посттравматик церебрал арахноидитларда кузатилган симптомларнинг ривожланиши даражаларига кўра қиёсий кўриниши



Беморларда кузатилган бошқа ўчоқли симптомлар куйидагича баҳоланди (харакат ва сезги тизимлари, координатор ўзгаришлар): 1-гурух – енгил даражали ўчоқли ўзгаришлар (7,3%), 2-гурух – ўртача оғирликдаги ўчоқли симптомлар (13,8%) ва 3-гурух – оғир даражали ўчоқли ўзгаришлар (5,5%).

Беморларнинг 54 тасида (49,5%) эпилептик хуружлар кузатилган бўлиб, характериға кўра куйидагича: 8 та беморларда (7,3%) – фокал хуружлар (хушини йўқотмасдан), 13 та беморларда (11,9%) – мураккаб парциал хуружлар, 26 та беморларда (23,9%) – иккиламчи генерализациялашган парциал хуружлар, 7 та беморларда (6,4%) – иккиламчи генерализациялашган тонико-клоник хуружлар қайд этилди (2-жадвал).

Эпилептик хуружлар учраши сони бўйича беморлар гуруҳлари куйида келтирилмоқда: 1 кунда 1-2 марта ва ундан кўп қайталанувчи хуружлар 5 та (4,6%) беморларда; 1 ойда 4-12 марта кузатиловчи хуружлар 23 та (21,1%) беморларда; 1 ойда 1-3 марта такрорланувчи хуружлар 26 та (23,9%) беморларда кузатилган.

Эпилептик хуружнинг давомийлигига кўра беморлар гуруҳлари куйидагича тартиб ҳосил қилди: 1-10 секунд давом этувчи хуружлар 5 та (4,6%) беморларда, 10-60 секунд давом этувчи хуружлар 42 та (38,5%) беморларда ва давомийлиги 1 минутдан кўп бўлган хуружлар 7 та (6,4%) беморларда учраганлиги аниқланди.

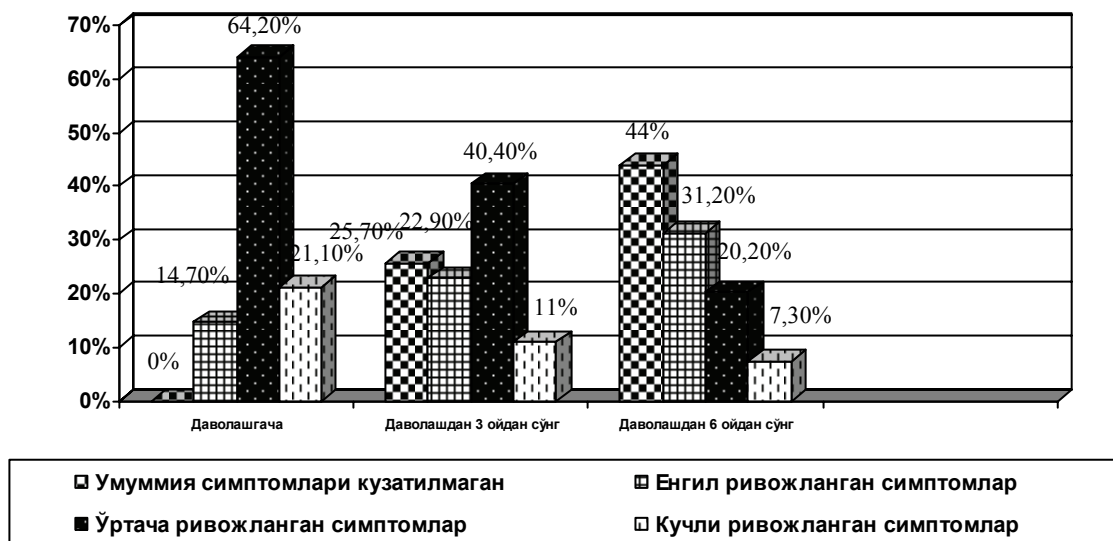
Текширилаётган беморларда даволаш курсидан 3 ва 6 ойдан кейинги катамнезлари ўрганилди. Текширишлар натижасига кўра 3 ойдан кейинги даврда 28 та (25,7%) беморда умумий миёна симптомлари кузатилмаган, енгил ривожланган умумий миёна симптомлари кузатилган 1-гурух беморлари – 22,9% ни, ўртача ривожланган умумий миёна симптомлари кузатилган 2-гурух беморлари – 40,4% ни ва 3-гурухдаги – кучли ривожланган умумий миёна симптомлари кузатилган беморлар 11% ни ташкил қилган бўлса, 6 ойдан кейинги маълумотларда умумий миёна симптомлари учрамаган беморларнинг 44% га кўпайганлиги, 1-гурухда 31,2%, 2-гурухда 20,2% ва 3-гурухдаги беморларнинг 7,3% камайганлиги аниқланди (4-диаграмма).

БМН фаолиятининг бузилиши динамикаси ўрганилганда, 3 ойдан сўнг 14,3% беморларда БМН лар фаолиятининг енгил даражада бузилиши, 9,7% беморларда БМН лар фаолиятининг ўрта оғир даражада бузилиши, 3,1% беморларда БМН фаолиятида кўпол ўзгаришларнинг кузатилиши қайд қилинган бўлса, 6 ойдан кейинги ҳолат маълумотларига асосан: 1-гурух беморлари – 15,6% ни, 2-гурух беморлари – 8,2% ни ҳамда 3-гурух беморлари – 2,4% ни ташкил қилган (5-диаграмма).

2-жадвал. Посттравматик церебрал арахноидитларда учрайдиган эпилептик хуружларнинг характериға кўра тақсимланиши

| Эпилептик хуружлар характери                         | Тақсимланиши |       |
|------------------------------------------------------|--------------|-------|
|                                                      | Абс.         | %     |
| Фокал хуружлар (хушини йўқотмасдан)                  | 8            | 7,3%  |
| Мураккаб парциал хуружлар                            | 13           | 11,9% |
| Иккиламчи генерализациялашган парциал хуружлар       | 26           | 23,9% |
| Иккиламчи генерализациялашган тонико-клоник хуружлар | 7            | 6,4%  |
| Жами                                                 | 54           | 49,5% |

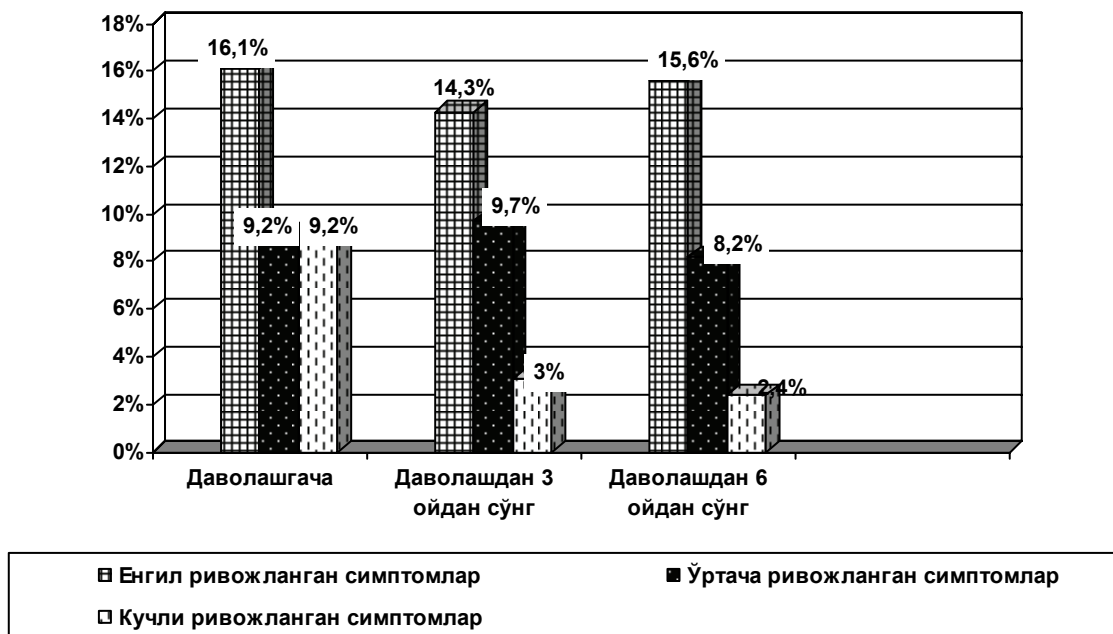
4-диаграмма. Умумия симптомларининг даволашгача ва даволашдан кейинги қийсий кўриниши



Ўчоқли симптомларни 3 ойдан сўнг текширилганда, 1-гурӯҳдаги енгил даражали ўчоқли ўзгаришлар кузатилган беморлар 11,9%ни, 2-гурӯҳдаги ўртача ривожланган ўчоқли ўзгаришлар бўлган беморлар 11%ни ва 3-гурӯҳдаги кўпол ўчоқли ўзгаришлар кузатилган беморлар 1,8%ни ташкил қилган ва 6 ойдан кейинги текширишларда эса 1-гурӯҳдаги беморлар - 11,9%, 2-гурӯҳдаги беморлар - 10,1%, 3-гурӯҳдаги беморлар - 1,8% тарзида қайд қилинган (3-жадвал).

Эпилептик хуружлар кузатилиши бўйича таҳлиллар ўтказилганда, даволаш муолажаларидан кейин 3 ойлик даврда хуружлар кузатилган беморлар 24 (22%) тани ташкил қилиб, характери бўйича 14 та (12,8%) беморларда ҳушини йўқотмаган ҳолатда фокал хуружлар, 4 та (3,7%) беморларда мураккаб парциал хуружлар, 6 та (5,5%) беморларда иккиламчи генерализациялашган эпилептик хуружлар кузатилган. 6 ойдан сўнг қайд қилинган маълумотларга асосан беморларнинг 10 тасида (9,2%) хуружлар кузатилган бўлиб, шулардан 6 та беморларда (5,5%) хуружлар фокал характерда, 1 та беморда (0,9%) мураккаб парциал хуружлар характерида, 3 та беморларда (2,8%) эса хуружлар характери иккиламчи генерализациялашган парциал типда бўлган. Клонико-тоник характердаги хуружлар эса 3 ва 6 ойдан сўнг беморларда қайд қилинмаган (6-диаграмма).

5-диаграмма. Бош мия нервлари фаолияти зарарланиши симптомларининг даволашгача ва даволашдан кейинги қийсий кўриниши



3-жадвал. Посттравматик церебрал арахноидитларда ўчоқли ўзгаришларнинг даволашгача ва даволашдан сўнгги қийсий кўрсаткичлари

| Симптомларнинг ривожланиш даражалари | Даволашгача | Даволашдан 3 ойдан сўнг | Даволашдан 6 ойдан сўнг |
|--------------------------------------|-------------|-------------------------|-------------------------|
| Енгил даражали симптомлар            | 7,3%        | 11,9%                   | 11,9%                   |
| Ўртача ривожланган симптомлар        | 13,8%       | 11%                     | 10,1%                   |
| Қўпол ўчоқли ўзгаришлар              | 5,5%        | 1,8%                    | 1,8%                    |

Хуружларнинг учраши сони бўйича беморлар гуруҳларидаги ўзгаришлар динамикаси 3 ойдан сўнг қуйидагича кўриниш олган: 1 кунда 1-2 марта ва ундан кўп қайталанувчи хуружлар учрамаган; 1 ойда 4-12 марта кузатиловчи хуружлар 1 та (0,9%) беморда ва 1 ойда 1-3 марта такрорланувчи хуружлар 23 та (21,1%) беморларда кузатилган бўлса, 6 ойдан сўнг эса 1 кунда 1-2 марта ва 1 ойда 4-12 марта қайталанувчи эпилептик хуружлар кузатилмаган, хуружлар 1 ойда 1-3 марта такрорланган беморлар 3 та (2,8%) ни ҳамда 6 ойда 1 марта кузатилган беморлар 8 та (7,3%) ни ташкил қилган (7-диаграмма).

Эпилептик хуружлар давомийлигига кўра таҳлиллар натижалари ҳам ижобий кўриниш олган бўлиб, даволаш муолажасидан 3 ойдан сўнг хуружлар қуйидаги давомийликда кузатилган: 1-10 секунд давом этувчи хуружлар 15 та (13,8%) беморларда, 10-60 секунд давом этувчи хуружлар 9 та (8,3%) беморларда қайд этилган бўлса, 6 ойдан сўнг хуружлар давомийлиги янада қисқарганлигини кўриш мумкин бўлди, яъни хуружлар 1-10 секунд давом этган беморлар сони 6 тани (5,5%) ва 10-60 секунд давом этувчи хуружлар 4 тани (3,7%) ташкил қилди. Давомийлиги 1 минутдан узоқ бўлган хуружлар 3 ва 6 ойдан сўнг умуман кузатилмади (8-диаграмма).

**Хулосалар.** Илмий изланишлар натижаларини таҳлил қилиш давомида қуйидаги хулосаларга келинди.

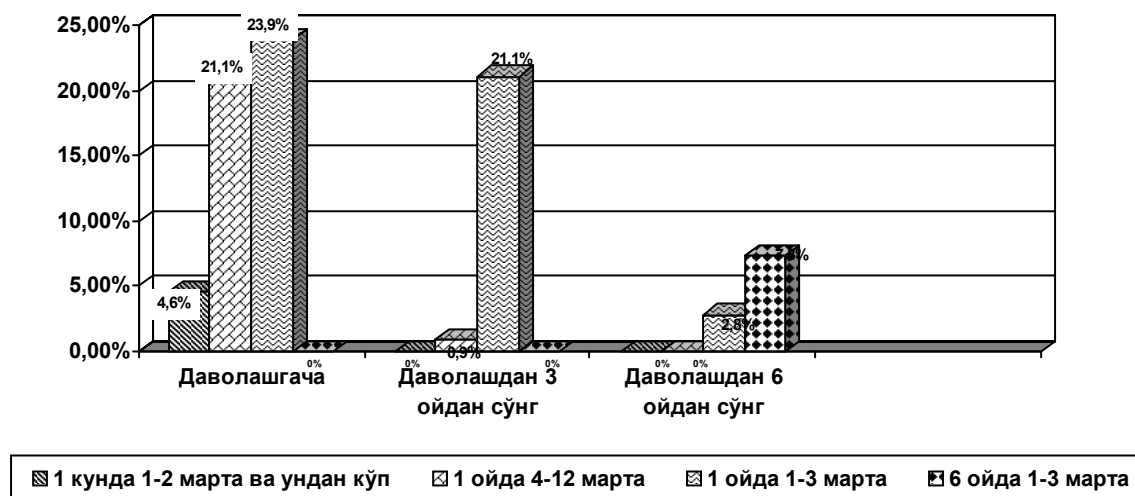
Посттравматик церебрал арахноидитларда комплекс даво муолажалари билан биргаликда эндолюмбал озон ва пирасетам инсуфляциясини қўлланилганда, ўртача ривожланган умумий мия симптомлари ўртача 3 марта камайди, беморларнинг деярли ярмида эса умуман кузатилмаслигига эришилди.

Эндолюмбал озон ва ноотроп инсуфляцияси муолажасининг қўлланилиши туфайли бош мия нервлари фаолиятидаги ўрта оғирликдаги ва қўпол ўзгаришлар деярли 2 марта камайди.

6-диаграмма. Посттравматик церебрал арахноидитларда кузатиловчи эпилептик хуружларнинг характери бўйича даволашгача ва даволашдан кейинги ҳолатларининг қийсий кўриниши



7-диаграмма. Посттравматик церебрал арахноидитлар билан оғриган беморларда кузатиловчи эпилептик хуружларнинг учраш сони кўрсаткичларининг даволашгача ва даволашдан кейинги қийёсий кўриниши



Эпилептик хуружлар учраган беморлар сони эндолюмбал озон ва пирацетам инфузияси муолажасидан кейин ўртача 5 мартага камайди;

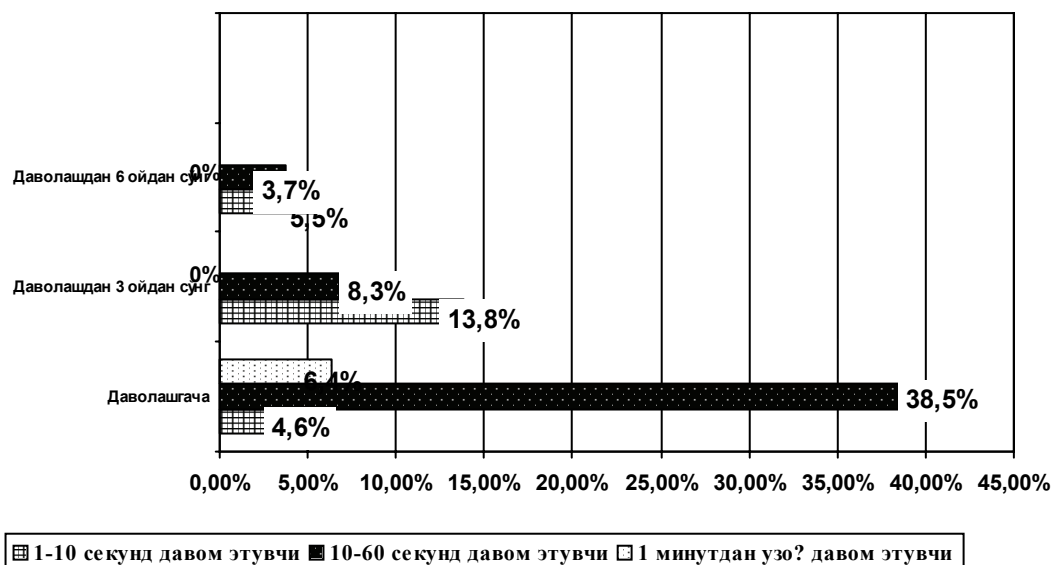
- хуружлар характери бўйича нисбатан енгил шаклларга ўтди, клонико-тоник иккиламчи генерализациялашган хуружлар эса кузатилмади;

- 1 кунда 1-2 марта ва 1 ойда 4-12 марта қайталанувчи эпилептик хуружлар кузатилмади, 1 ойда 1-3 марта такрорланган хуружлар 2,8% беморларда ва 6 ойда 1 марта кузатилган беморлар 7,3% ни ташкил қилди;

- хуружлар давомийлиги янада қисқариб, 1-10 секунд давом этган хуружлар 5,5% беморларда ва 10-60 секунд давом этувчи хуружлар 3,7% беморларда қайд этилди, давомийлиги 1 минутдан узок бўлган хуружлар умуман кузатилмади.

Шундай қилиб, посттравматик церебрал арахноидит билан оғриган беморларда комплекс даво муолажалари билан биргаликда эндолюмбал озон ва пирацетам инфузиясининг қўлланилиши беморлардаги неврологик дефицитларнинг тез регрессияланишига, эпилептик хуружлар тўхташига ва камайишига сабаб бўлади, ҳамда меҳнат қобилиятининг тикланишини, даволаш самарадорлигининг ошишини таъминлайди.

8-диаграмма. Посттравматик церебрал арахноидитларда кузатиловчи эпилептик хуружларнинг давомийлиги бўйича даволашгача ва даволашдан кейинги қийёсий кўриниши





Фойдаланилган адабиётлар:

1. Агзамов М.К. Комплексная оценка эффективности применения ноотропно-озоновой терапии при тяжелой черепно-мозговой травме. – дисс. канд. мед. наук: 14.00.28./ СамМИ. – Самарканд, 1994.
2. Агзамов М.К. К вопросу лечения тяжелой черепно-мозговой травмы и профилактики посттравматических арахноидитов //Сборник тезисов и докладов ученых г. Самарканда. – Самарканд. 1991 – С. 5-6.
3. Агзамов М.К. Применение озонотропной терапии при черепно-мозговых травмах //Проблемы морфологии и паразитологии. Научные труды Московской медицинской академии им И.М. Сеченова. – М., 1991. – С.114-115.
4. Агзамов М.К. Клиническая характеристика эндолумбального введения пирасетама у больных в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы // Научные труды Московской медицинской академии им И.М. Сеченова. – М. -1992. – С.74-75.
5. Агзамов М.К., Мамадалиев А.М. Новый способ применения ноотропных препаратов при лечении тяжелой черепно-мозговой травмы в эксперименте //Актуальные проблемы хирургии. – Самарканд. 1992. С.10-11.
6. Алиев М.А., Мамадалиев А.М. Посттравматик церебрал арахноидитлар диагностикасида компьютер томография ва магнит-резонанс томографиянинг ахамияти. Современные проблемы физики конденсированных сред. Самарканд, 2009., – С.93-95.
7. Алиев М.А., Мамадалиев А.М., Шодиев А.Ш. Болаларда кечувчи посттравматик церебрал арахноидитларда замонавий диагностика ва даволаш усулларининг ахамияти. Самарканд, 2009., - С.223-226.
8. Алиев М.А., Мамадалиев А.М. Значимость нейровизуализации при посттравматических церебральных арахноидитах. // «Радиология-2010», Международная конференция Российских радиологов и рентгенологов. 2010., Москва – С.103.
9. Алиев М.А., Мамадалиев А.М. Диагностическая значимость компьютерной и магнитно-резонансной томографии при посттравматических церебральных арахноидитах. Современные методы медицинской визуализации и интервенционной радиологии, VIII международная научно-практическая конференция радиологов Узбекистана. 2010., Ташкент., - С.26.
10. Алиев М.А., Мамадалиев А.М., Шодиев А.Ш. и др. Возрастно-клинические особенности больных посттравматическим церебральным арахноидитом. IX Всероссийская научно-практическая конференция «Поленовские чтения». 2010., Санкт-Петербург, - С.39.
11. Алиев М.А., Мамадалиев А.М., Шодиев А.Ш., Мамадалиева С.А., Набиев А.А. Диагностическая значимость компьютерной и магнитно-резонансной томографии при посттравматических церебральных арахноидитах. IX Всероссийская научно-практическая конференция «Поленовские чтения». 2010., Санкт-Петербург, - С.39.
12. Алиев М.А., Мамадалиев А.М. Age-clinical features of patients with posttraumatic cerebral arachnoiditis. 8<sup>th</sup> ASIAN Congress of Neurological Surgeons 2010 Incorporating the 1<sup>st</sup> Asian Neurosurgical Nursing Congress, 22<sup>nd</sup> November - 24<sup>th</sup> November, 2010, Kuala Lumpur, Malaysia, - P.267.
13. Алиев М.А., Мамадалиев А.М. The diagnostic importance of the computer and magnet-resonance tomography in posttraumatic cerebral arachnoiditis. 8<sup>th</sup> ASIAN Congress of Neurological Surgeons 2010 Incorporating the 1<sup>st</sup> Asian Neurosurgical Nursing Congress, 22<sup>nd</sup> November - 24<sup>th</sup> November, 2010, Kuala Lumpur, Malaysia, - P.194.
14. Алиев М.А., Мамадалиев А.М. Посттравматик церебрал арахноидитларда биомухитлар таркибидаги макроэлементларнинг диагностикаси ахамияти. IV научно-практическая конференция нейрохирургов Узбекистана с международным участием. 2010., Ташкент, - С.46.
15. Алиев М.А. The importance endolumbal ozone and nootropic insufflation during the postoperative period after evacuation of posttraumatic arachnoidal cysts. European Association of Neurosurgical Societies' Young Neurosurgeons Meeting, Innsbruck, Austria, 2011., - P.40.
16. Алиев М.А. Диагностическое значение современных методов нейровизуализации при посттравматических церебральных арахноидитах. VI Международная (XV Всероссийская) Пироговская Научная Медицинская Конференция Студентов и Молодых Ученых. 2011., Москва, - С.260.
17. Алиев М.А., Мамадалиев А.М., Шодиев А.Ш., Набиев А.А. Значение эндолумбальной озонотропной инфузии после операции опорожнения посттравматических арахноидальных кист. Юбилейная X Всероссийская научно-практическая конференция «Поленовские чтения». 2011., Санкт-Петербург, - С.135.
18. Алиев М.А., Мамадалиев А.М., Мамадалиева Ф.А. Роль компьютерной и магнитно-резонансной томографии в диагностике посттравматических церебральных арахноидитов. Материалы V Всероссийского Национального конгресса лучевых диагностов и терапевтов «Радиология – 2011», Диагностическая и интервенционная радиология. Междисциплинарный и научно-практический журнал. 2011., Москва, - С.25.
19. Алиев М.А., Мамадалиев А.М., Мамадалиева Ф.А. Значение КТ и МРТ изменений головного мозга при посттравматических церебральных арахноидитах. Материалы научно-практического семинара «Актуальные проблемы нейрохирургии». 2011., Андижан, - С.222-223.
20. Алиев М.А., Мамадалиев А.М., Мамадалиева С.А. К изучению эффективности эндолумбальной инфузии озона и ноотропа при лечении посттравматических церебральных арахноидитов. Материалы науч-

- но-практического семинара «Актуальные проблемы нейрохирургии». 2011., Андижан, - С.39-40.
21. Болгаев А.Б. Диагностика и комплексное лечение эпилепсии при последствиях церебральных лептоменингитов. – Автореф. дисс. канд.мед.наук. – Киев, 1983.
22. Болгаев А.Б., Мадьяров С.Д. Лечение хронических арахноидитов введением озона в подпаутинное пространство //Журнал невропатологии и психиатрии. – 1977. №2. – С.227-231.
23. Гаевая М.А. Особенности вегетативно-сосудистых пароксизмов посттравматических церебральных арахноидитах различной локализации. – Автореферат дисс. канд. мед. наук: 14.01.15./ Харьковская медицинская академия последипломного образования. – Харьков, 2000. – 33 с.
24. Компьютерная томография мозга / Верещагин Н.В., Брагина Л.К., Вавилов С.Б., Левина Г.Я. – М: Медицина, 1986. – 251 с.
25. Компьютерная томография в диагностике черепно-мозговой травмы. В.Н. Корниенко, Н.Я. Васин, В.А. Кузьменко, М., Медицина. 1987. С. 162-210.
26. Коновалов А.Н., А.А. Потапов А.А., Лихтерман Л.Б. и соавт.// Хирургия последствий черепно-мозговой травмы. – М. 2006. – С. – 15-23.
27. Коновалов А.Н., Лихтерман Л.Б., Потапов А.А. Нейротравматология: справочник. – М.: Медицина, 1994. – 415 с.
28. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. Под ред. А.Н. Коновалова, Л.Б. Лихтермана, А.А. Потапова. Т. III. Последствия осложнения черепно-мозговой травмы, М., «Антидор», 2002, 631 с.
29. Кравчук А.Д., Лихтерман Л.Б., Потапов А.А. Клиническая классификация осложнений черепно-мозговой травмы. В кн. «Классификация черепно-мозговой травмы» М., 1992, с. 135-139.
30. Лихтерман А.Б., Потапов А.А., Кравчук А.Д. Современные подходы к диагностике и лечению черепно-мозговой травмы и ее последствий. «Вопросы нейрохирургии», 1996, N 1, с. 35-37.
31. Лихтерман Л.Б., Потапов А.А., Сербиненко Ф.А. и соавт. Классификация и современные концепции хирургии последствий черепно-мозговой травмы. «Нейрохирургия», 2004, N 1, 34-39.
32. Маджидов Н.М. Об эффективности применения лидазы при экспериментальном асептическом лептоменингите // Ж. невропатологии и психиатр. – 1966. – Т.66. – С.194-198.
33. Маджидов Н.М. Современное состояние вопроса о церебральных лептоменингитах и хориоэпендимитах (арахноидитах) //Клин. Медицина. – 1974. - №9. – С.19-25.
34. Маджидов Н.М., Зинченко А.П., Деменко В.Д. и др. Посттравматический лептоменингит и хориоэпендиматит //Сотрясение головного мозга легкой степени. – Ташкент, 1980. – С.104-182.
35. Мадьяров С.Д. Патогенез, диагностика и хирургическое лечение церебральных арахноидитов. Дисс. докт. мед. наук. – Киев, 1988.
36. Мадьяров С.Д. Субарахноидальное введение озона в комплексе лечения церебральных лептоменингитов (арахноидитов) // Матер. Пленума Всесоюзного общества невропатологов и психиатров. – Ташкент, 1972. – С.189-191.
37. Мадьяров С.Д., Болгаев А.Б. Модификация метода введения озона в субарахноидальное пространство / Рац. Предложение №127 от 19.04.78 г., выдан СамМИ.
38. Мамадалиев А.М. Прогнозирование исходов черепно-мозговой травмы в остром периоде. – Дисс. докт. мед. наук. – М. 1988.
39. Мамадалиев А.М., Агзамов М.К. Профилактика посттравматических арахноидитов в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы//Проблемы морфологии и паразитологии. –М., 1992. – С.137-138.
40. Мамадалиев А.М., Агзамов М.К. Применение озono-ноотропной терапии в комплексе хронического апаллического синдрома//Клинические аспекты постгипоксических энцефалопатий. Реабилитация коматозных и посткоматозных больных. М., 1992. – С.90-91.
41. Мамадалиев А.М., Агзамов М.К. Значение применения озono-ноотропной терапии в комплексном лечении хронического апаллического синдрома // Актуальные проблемы хирургии . – Самарканд, 1992. – С.35-36.
42. Мачерет Е.Л., Самосюк И.З., Гаркуша Л.Г. Церебральные арахноидиты. – К.: Здоров'я, 1985.- 168 с.
43. Назаренко В.Г., Болгова И.И., Жуковская Г.В., Клинико-диагностическая оценка последствий черепно-мозговой травмы с применением метода компьютерной томографии // Врачебное дело. – 1992. - №8. – С. 52-54.
44. Correlation of nuclear magnetic resonance imaging, computerized tomography, and clinical profiles of multiple sclerosis / L. Jacobs, W.R. Kinkel, I. Polachini, R.Ph. Kinkel // Neurology. – 1986. – Vol. 36. № 1. – P. 27-34.
45. Firsching R. Early magnetic resonance imaging and CT of brain-stem lesions after severe injury // J. Neurosurg. – 1998/ - V. 89 (5). – P. 707-712.
46. Frowein R.A., and Firsching R. Classification of Head Injury in Handbook of clinical Neurology//Ed. R. Braakman, Chapter 5, Vol. 13 (57): Head Injury, pp. 101-122. Elsevier Science Publisher B. V., 1990.
47. Huk W., Gademann G., Friedmann G. Magnetic Resonance Imaging of Central Nervous System Diseases. – Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, 1990. – 450 p.
48. Zlader J., Boguslawaka-Staniaszezyk R. Comparability of CT-tomography and EEG in the evaluation of posttraumatic sequelae (polish) // Neurologia I neurochirurgia polska. – 1993. – Mar. – Apr. – 27 (2). – P. 175-180.