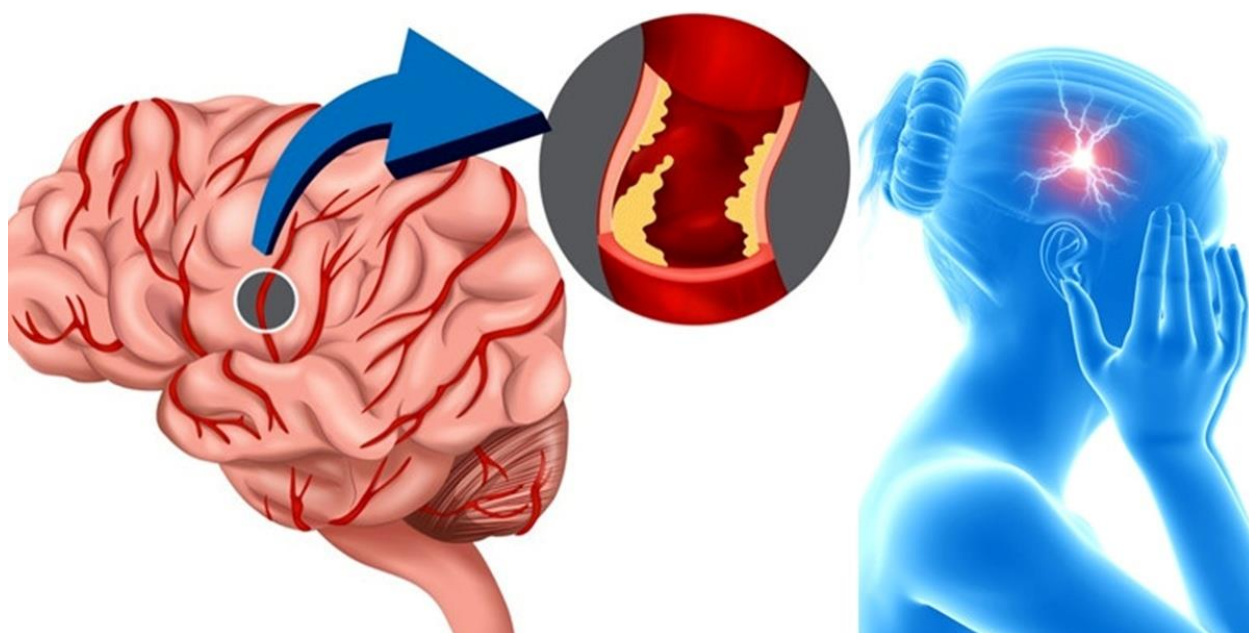


ТЎХТАЕВ ИЛХОМ ТЎРАҚУЛОВИЧ

**ИШЕМИК ИНСУЛТЛАРДА НЕВРОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАРНИ
КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

Монография



Бухоро – 2025

УЎК 616-093

52.54

Н 87

Тўхтаев Илхом Тўрақулович

Ишемик инсультларда неврологик ўзгаришларни комплекс даволаш усулларини такомиллаштириш (Матн): монография / И.Т.Тўхтаев – Бухоро “Sadriddin Salim Buxoriy” Durdona nashriyoti, 2024. – 120 б.

КБК 54.5

Муаллиф:

Тўхтаев Илхом	Бухоро давлат тиббиёт институти Неврология
Тўрақулович	кафедраси PhD, катта ўқитувчиси

Такризчилар:

Азимова Нодира	Тошкент Педиатрия институти неврология ,
Мирваситовна -	болалар неврологияси ва тиббий генетикаси
	кафедраси доценти т.ф.н

Рахматова	- Бухоро давлат тиббиёт институти
Дилбар	неврология кафедраси доценти, DSc.
Исматуллаевна	

Монография Абу Али ин Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Илмий кенгашида муҳокама қилинган ва тасдиқланган (.....)

КИРИШ

Бош мия қон томир касалликлари нафақат бизнинг минтақамизда, балки бутун жаҳон миқёсидаги муҳим тиббий-социал долзарб муаммо бўлиб ҳисобланади. Чунки касалликнинг кенг тарқалганлиги, леталлик ва ногиронлик кўрсаткичининг юқорилиги, ушбу касалликдан омон қолганларнинг кўп қисмининг ўз иш фаолиятини давом эттиролмаслиги ва жамият ҳаётида ўз ўрнини йўқотиши ушбу муаммони янада қийинлаштиради. Инсултнинг тарқалганлиги 100 минг аҳолига 164 тадан 261 гача киши тўғри келади. Шу сабабли цереброваскуляр касаллиги билан касалланган беморлар ҳаёт фаоляти фақатгина ангионеврологиянинг эмас, жумладан бутун жамиятнинг муаммоси бўлиб келмоқда. Ушбу паатология жаҳоннинг юксалган давлатларида, шу жумладан бизнинг мамлакатимизда ҳам ошиб бориши кузатишмоқда, ушбу тоифадаги беморда унинг оғир ва асоратли кечишини изоҳлайди, шу сабабли касалликнинг профилактика ва даволаш усуллари тақомиллаштириш ҳам амалий, ҳам назарий жиҳатдан долзарб ва замон талабига мосдир.

Жаҳонда ишемик инсулт асоратининг 3-17% гача, Европа ва Осиё давлатларида контрактура ва синкинезиянинг 15-73% гача, идиопатик невропатия 75 % гача кузатилиши, улар орасида 30%ининг асоратланиши ва мушакларнинг тўлиқ тикланмаслиги муаммонинг долзарблигидан далолат беради. Хусусан, инсултдан кейинги асоратларнинг клиник кечишининг неврологик, нейрофизиологик, нейровизуал хусусиятларини таҳлил қилиш асосида шаклланадиган оғир асоратни олдиндан башоратлаш, мушаклар контрактураси ҳамда когнитив нуқсонини қиёсий ташхислаш, ҳаёт сифатининг асосий кўрсаткичлари орқали юзнинг ногиронлик индексини баҳолаш, ташхислаш ва даволаш алгоритми, дифференцирланган ёндашув чораларини белгилаш алоҳида аҳамият касб этади.

I БОБ. ИШЕМИК ИНСУЛЬТЛАР ТАСНИФИ ВА УЛАРНИ ДАВОЛАШ.

Ишемик инсульт — тиббий-ижтимоий муаммо. Цереброваскуляр касалликлар ичида ишемик инсультнинг ўрни ва аҳамияти.

Игнарефлексотерапияси Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти тлмонидан инсультни даволашнинг алтернатив усули сифатида тан олинган. Игна рефлексотерапиясини реабилитацион усуллар билан комбинацион қўллаш реабилитация самарадорлигини оширади

Церебрал қон томир касалликлари, марказий невр тизимининг касалликлари орасида энг кўп тарқалган патология бўлиб, тиббиётнинг биринчи даражали муаммоларидан ҳисобланади. Ушбу патологияга эътибор билан қараш бу касалликда леталлик ва меҳнатга лаёқатсизлик белгилари жуда юқорилиги ва унинг кенг тарқалганлиги билан ифодаланади. Шу сабабли цереброваскуляр касаллиги билан хасталанган беморлар ҳаёт сифати ангионеврологиянинг эмас, балки бутун жамиятнинг муаммосига айланди. Церебрал қон томир касалликлари дунёнинг барча мамлакатлари бундан ташқари ривожланган давлатларда ҳам ортиб бормоқда.

Эпидемиологик изланишлар натижасига кўра, цереброваскуляр касаллигидан нобудлик юрак қон томир касаллиги ва онкологик касалликлардан сўнг учинчи ўринни эгалайди. Энг юқори леталлик асорати Япония давлатида кузатилган бўлиб, цереброваскуляр хасталиги умумий ўлим кўрсаткичи 25%, юрак қон томир хасталигини 50% ни ташкил қилади. Англияда цереброваскуляр хасталигидан ҳар йили 60.000, АҚШ да эса 170.000 бемор нобуд бўлади.

Юқорида келтирилган ҳолатлар ичида айниқса мия инсулти учраши бўйича юқори ўринни эгаллайди. Ҳар йили дунё бўйича 15 млн.дан ортиқ инсонда инсульт кузатилади. Инсултнинг тарқалганлиги тарқалганлиги 100 минг аҳолига 164 тадан 261гача киши тўғри келади. Ўзбекистонда йилига 48000дан, ойига 40000, кунига 133 тадан ортиқ инсонлар ушбу касалликка дучор бўлишмоқда. Биргина Тошкент шаҳрида кунига 25-30 та инсульт

рўйхатга олинади. Бу натижа соатига 1-1,25 кишини ташкил этади. Мия инсулти билан хасталанган беморларда леталлик кўрсаткичи 44,6%, ногиронлик 42,2%, меҳнат қобилятининг яхшиланиши эса 10,2% ташкил қилади. Хасталикнинг ўта ўткир кечишида беморларнинг 42%, бир йил давомида яна 13% ҳалок бўлади. Демак бир йилдан сўнг фақатгина 45% бемор қолади. Бу 45% беморлардан 50% I-гурух, 30% II-гурух мажруҳ бўлиб қолади (Tao J, Zheng Y, Liu W, Yang S, Huang J, Xue X, Shang G, Wang X, Lin R, Chen L.20167).

Ўлим асорати геморрагик инсултларда 80%, ишемик инсултларда эса 29-30% ташкил қилади. Америка юрак ассоциациясининг маълумотларига кўра бош мия инсултидан юзага келадиган йиллик зарар 1 миллиард доллардан ортади. Ушбу касаллик кузатилиб, омон қолган беморларнинг атиги 20%и ўз иш фаолиятига қайта тикланадилар.

Шу сабабли бош мия инсултининг олдини олиш нафақат тиббиёт ходимларини муаммоси, балки бутун жамият муаммоси ҳамдир. Бош мия инсулти беморларда кўпинча жуда тез тиббий ёрдам талаб қилувчи ўткир ҳолатни келтириб чиқаради. Бу ҳолатда кўрсатиладиган биринчи тез ёрдам беморнинг ҳаётини сақлаб қолишда жуда катта аҳамиятга эга бўлади. Шу сабабли барча тиббиёт ходимлари қандай соҳа вакили бўлишларидан қатъий назар бу ёрдамни кўрсата олишлари зарур. Бунинг учун шифокорлар бош мия тўқималарини қон билан таъминланиши, унинг зарарланишига олиб келиши мумкин бўлган хавф омилларини ва унинг сабабларининг ва қон билан таъминланишининг бузилишини, илк белгиларини яхши билишлари керак (Lentz S., Erger R., Dayal S., Maeda N., Malinow R., Heistad D., Faraci F.200).

Ишемик инсулт транзитор ишемик атакалардан фарқланиб, сифат жиҳатидан янги кўринишдан иборат бўлади. Бунда гемодинамик ва метаболик бузилишлар интеграцияси юз беради, булар қон айланиши етишмовчилигининг маълум даражаларида юзага келади, бу эса мия моддасини некрозга тайёрлайди. Мия тўқимасининг барча қисимларида

(хусусан зарарланган сохаларда) юзага келадиган патобиохимик каскад реакциялар нейронал йўлнинг ўзгаришига, астроцитозга ва глияднинг кучайишига, миянинг трофиксини бузилишига (дисфункция) сабаб бўлади. Каскад реакцияларнинг ибтидоси мия инфарктининг пайдо бўлиши ҳисобланади, у иккита механизм орқали хужайранинг нейротик ўлиши ва апоптоз - хужайранинг генетик дастурланган ўлиши сифатида бориши мумкин. Ишемик инсультнинг оғирлигини, дастлаб, мия тўқимасига қон келиши камайишининг юқорилиги, перфузиягача даврнинг давомлилигига ва ишемиянинг довомийлигига қараб аниқланади. Миянинг қон оқими камайдиган қисимларида (кўпи билан 10 мл/100 г/мин) биринчи клиник белгилар юзада келган вақтдан бошлаб, 6-8 дақиқа ичида қайтмас жараён бўлиб қолади. Бир неча соат ичидаёқ марказий лакунар инфаркт пайдо бўлади (мияга қон келишининг 20-40 мл/ 100г/мингача камайиши билан), аммо ишемияланган тирик тўқима билан қопланган бўлади. У ишемик пенумбралар сохага аталади, уларда ҳали умумий энергетик метаболизм сақланиб қолган бўлади ва структур бузилишга учрамайди. Пенумбраларнинг борлиги ҳар бир касалда ўзига хос бўлиб, вақтинчалик давр чегарасини белгилайди, бу давр «терапевтик ойна» деб аталади ва бу давр ичда даволаш муолажаларини жуда самарали ўтказиш мумкин бўлади. Бош мия инфарктининг кўп қисми ривожланиши инсультнинг бирламчи белгилари юзага келгандан сўнг, 3-6 соатда тугайди. Ўчоқнинг шаклланиб бўлиши 48-56 соатча, балки бундан ҳам ошиқроқ чўзилади, (сақланиб турган бош миянинг шишини ҳисобга олган ҳолда). Кейинги пайтларда ишемик инсультнинг ўткир даврида аутоиммун жараён мавжуд эканлиги алоҳида аҳамият касб этмоқда, бунда анти-ДНК ва ОБМга ҳам зардоб, ҳам орқа мия суюқлиги кўрсаткичи ортиши аниқланмоқда (LuS.R., LiaoY.C., Fuh J.L.).

Томирнинг эндотелисида пайдо бўлган тромб ёки эмбол яқка ҳолда ўзи церебрал томирларда қон келишини бутунлай тўхтата олмайди. Томирнинг деворларини тромб ёки эмбол билан таъсирлаши натижасида қон томирнинг спазмига олиб келади ва томирнинг бўшлиғини бутунлай беркитади. Бундай

юзага келган органик ангиоспазмлар тез фурсатларда ўтиб кетмаслиги сабабли бош мия моддасини ишемиясига ҳамда юмшаб-илвираб қолишига олиб келади.

Томир спазми кузатилгандан сўнг қон томир деворида паралитик кенгайиш ҳолатлари юзага келади. Коллатерал қон томирлар кенгайиши натижасида қон димланиши рўй берган томирга қон кела бошлаб, уни бузилган қон томирнинг деворларидан эритроцитлар бўшашиб-ирвираб турган мия моддасига боради. Диапедезнинг миқдорига қараб бош мия тўқимасида оқ ёки қизил ишемия юзага келади. Шу сабабли баъзан ишемик инсултлар геморрагик билан қўшилиб келади. Ишемик инсултларни патогенезида юрак фаолиятини бузилиши, магистраль қон томирларини стенози торайиб қолганлиги, бош мия томирларини склероз ва қон босимини тушиб кетиши натижасида вужудга келадиган қон томир мия етишмаслиги муҳим роль ўйнайди.

Мия қон томир деворларининг ўзгариши, қон босимнинг тушиб кетиши ва қон ивиш қобилятининг ошиб кетиши мия томирларини тромбозининг патогенезидаги муҳим омиллари бўлиб ҳисобланади.

Мия қон томири эмболияси кўп ҳолатларда юрак ишемик касалликлари ва ҳилпилловчи аритмия билан боғлиқ ҳолда учрайди. Шу боис ревматик эндокардит, юрак олди деворида тромб учрайдиган митрал стеноз жуда хавфли саналади. Юрак қоринчаларида эмболлар туғма дефектарда, миокард инфарктида бўлиши мумкин. Турли аъзоларда олиб борилган жаррохлик муолажалари, қовурға бутунлигини бузилиши аортада ва бўйин магистрал қон томирларидаги атеромалар ҳам цереброваскуляр томирларини эмболиясига сабаб бўлиши мумкин.

Ишемик инсультни даволашда замонавий ёндашувлар.

Бош миёда қон айланишининг ўткир бузилиш ҳолатларида нодифференциал ва дифференциал даволаш тактикаси тубдан тафовут қилади. Нодифференциал (базис) терапия бош миёда қон айланишининг ўткир бузилишининг ҳамма турларида, энг аввало КТ ёки МРТ натижалари таъхисни ҳали тўлиқ тасдиқламаганда қўлланилади.

Базавий даволаш ҳаётий муҳим аъзолар фаолияти коррекция қилинади. Базавий даволаш инсультнинг барча шаклларида бажарилаётган чоратадбирларни ўз таркибига олади. Уларнинг асосий тамойили миёнинг иккиламчи зарарланишига олиб келадиган асоратлар ривожланишини олдини олишдир. Интенсив терапия ёки махсус бўлимларда юритиладиган адекват базавий, инсультнинг кечишига ва даволаш натижасига ҳолатига таъсир кўрсатади.

Нодифференциал (базавий) даволаш қуйида келтириб ўтилган асосий тамойиллар бўйича ўтказилади:

1. Нафас олишни таъминлаш аспирациянинг олдини олиш ва етарли даражада оксигенацияни тиклашдир. Респиратор ёрдам нафас олишни енгиллаштириш, нафас йўллари шиллиқ моддалар, қусуқ қолдиқларидан тозалаш чора тадбирларга қаратилган бўлиб, бунга гавда ҳолатини ўзгартириш, оғиз ва бурундан ҳаво юборилади, агар зарурат туғилганда интубация ўтказилади. Бунда учун нафас найини ўрнатилади, тилнинг орқага кетиб қолишини олдини олади, тиш протезлари оғиз бўшлиғидан олинади, оғиз бўшлиғи ва юқориги нафас йўллари шиллиқ ва балғамдан тозаланади, бурун катетери ёки ниқоб орқали намланган кислород мунтазам бериб турилади. Кўрсатмага асосан интубация, бронх-трахея қисимларининг санацияси, сунъий нафас бериш аппаратига ўтказилиши мумкин.

2. Гемодинамиканинг барқарорлигини таъминлаш қон босим ва юрак фаолияти назорат қилинади. Ишемик инсультларда қон босими, агар 200/120 мм.сим.уст.дан, тромболитиклар ишлатилганда 185/110 мм.сим.уст.дан,

геморрагик инсультга тахмин қилинган вақтларида 170/100 мм.сим.уст.дан ошмаган ҳолатларда, қон босимни тушириш таклиф қилинмайди.

Қон босимни пасайтиришга кўрсатма нафақат унинг мутлоқ даражаси, балки қон босимининг ошишига тенденцияси, мия шиши кўпайишининг белгилари, ўпка шиши, инфаркт миокард, нефропатия, ёмон сифатли артериаль гипертензия (ретинопатия), томир аневризмаси деворларининг бутунлигининг бузилиши кабилар киради.

Доим миокард инфаркт ёки бошқа бир кардиологик патологиянинг намоён бўлиши мумкинлигини назарда тутиш керак, чунки улар инсултнинг ўткир даврида ҳалокатнинг асосий сабабларидан бўлиб ҳисобланади, кўпинча махсус муолажанини талаб қилади. Қон босим пасайиб борганда (80/60 дан паст) доимо миокард инфаркти эҳтимолини назарда тутиш керак. Юрак гликозидлари, антиаритмик дори припаратларини қўллаш орқали, баъзида кардиостимуляторни ўрнатиш орқали кардиологик патологияни эрта бартараф этишга эришилади (юрак етишмовчилиги, юрак ритмининг бузилиши), қайсики цереброваскуля қон айланишини камайтириб, ишемия ҳолатини кучайтиради (Marder C.P., Donohue M.M., Weinstein J.R.,).

3. *Мия шиши ва мия ичи босими* инсулт ҳолатида миянинг зараланишини оширади.

4. Инсултни сифатли даволашнинг муҳим таркибий қисмларидин бири, бу *сув-электролит балансини меёрлашдир*. Инсултда инфузион давонинг асосий қонунларидан бири - бу нормоволемияни таъминлашдир, шу сабабли қуйилган ва ажратилган суюқликлар миқдорининг аниқ ҳисоботини, териининг намлиги ва тургорлигини, тилнинг намлигини, гемотакрит кўрсаткичининг назорати талаб этилади.

5. *Гипогликемия ва гипергликемия* мия учун иккала ҳолатда ҳам ҳафлидир, шунинг учун нормогликемияни таъминлаш лозим. Агарда қондаги қанднинг миқдори 6 соат давомида 200 мг% дан ошиқ бўлса, вақтинчалик кичик миқдорда инсулинни қўллаш мақсадга мувофиқдир (4-8 ЕД тери

остиға, қондағи қанд миқдорининг назорати остида кунига 2-3 маҳал, 2-4 кун давомида).

6. *Тана хароратининг* 38 С⁰ дан ошиши мианинг жароҳатланишини кучайтиради, шунинг учун бундай ҳолатларда тана хароратини ташқи совутиш йўллари орқали (спирт-сувли эритма билан баданни артиш, магистрал томирларга (қўлтиқ ости ва чов соҳасига) музли халта қўйиш ва анальгетиклар ёки ЯҚДВ(диклофенак, аспизол)ларни қўллаш керак, антигистамин дори воситалари билан биргаликда, баъзида вазодиятаторлар ёки дроперидолни ишлатиш мумкин.

7. *Психомотор қўзғалишларда* реланиум ишлатилади 10-20 мг, оксibuтират натрий, 30-50 мг/кг вена томирига, магний сульфат 2-4 мг/соат вена томирига, галоперидол, 5-10 мг вена ичига ёки мушак ичига.

9. Ишемик инсулт билан шикастланган беморларнинг фалаж бўлган оёқларида, чуқур веналарнинг тромбозини олдини олиш мақсадида, кичик дозада нефракцион гепарин (2,5-5 минг ЕД тери остига, суткасига 2 марта), кичик молекуляр гепарин (фраксипарин, 0,3 мл тери остига, суткасига 2 маҳал) ишлатилади.

10. Кўнгил беҳузур бўлиши ва қусиш бўлганида метоклопромид (церукал), домперидон (мотилиум), торекан, этаперазин, витамин В6 қилинади.

Дифференциал даволаш бош миёда қон айланишининг ўткир бузилиш шаклига боғлиқ бўлади. ЖССТ ташкилотининг тавсиясига биноан, агар ташхис КТ ва МРТ маълумотлари билан тасдиқланмаган бўлса, уни ўтказмаслик керак.

Муолажа натижаси ва олдинга қўйилган мақсадлар касалликнинг кечиш даврига боғлиқ. Биринчи 3-6 соатда ишемияга ва функционал бузилишга сабаб бўлган, лекин яшовчанлигини сақлаб қолган нейронларнинг, ҳаётини сақлаш имконияти бор, агар улар некроз ўчоғининг атрофида ишемик «пнембра» пайдо қилади (терапевтик «ойна»).

Назарий жихатидан даволашнинг асосий тамойиллари қуйидаги мақсадларга асосланган бўлади:

1) ишемик соҳада имкон қадар тезкорлик билан қон айланишни етарли миқдорда таъминлаш (рециркуляция ҳамда реперфузия);

2) ишемияга кузатилган бош мия тўқимасини метаболизмини етарли миқдорда таъминлаш ва нейропротекцион чора тадбирлар олиб бориш.

Ишемик соҳада имкон қадар қон айланишни таъминлаш барча гемодинамикани барқарорлашга ва окклюзияган қон томирларнинг ўтказувчанлигини яхшилаш учун тромболитикларни қўллаш учун имкон яратади.

Махсус марказларда инсултларда кузатилган беморларда агар йирик бош мия қон томирларининг тромбози ёки эмболияси натижасида юзага келган бўлса, дастлабки соатларда, касалликнинг биринчи симптомлар юзага чиқиши билан тромболитиклар юборилади. Энг самарали ва хавфсиз усул бу тўқима плазминогени рекомбинант активатори – альтеплазани (0,9 мг/кг вена ичига, мак. 90 мг гача; миқдорнинг 10 % больюс методида юборилиб, дозанинг қолган қисми - 1 соат давомида юборилади). Янги маълумотлар натижаларига кўра альтеплаза, инсултнинг якуний кечувини яхшилайдиган дори воситаси сифатида, далилларга асосланган тиббий текширувларда тасдиқланган ягона дори воситадир.

Альтеплаза дори воситасини қуйидаги асосий кўрсатмаларда қўллаш мумкин:

инсултнинг биринчи симптомлари пайдо бўлганига -3 соатдан ва ундан кўп бўлмаган бўлса, у ҳолда геморрагик асоратлар хавфини оширади(агарда биринчи белгилар пайдо бўлган вақт оралиғи ноъмалум бўлса препарат қўлланмайди),

геморрагик инсулт КТ орқали исътесно қилинганда,

артериал қон босими 185/100 мм.сим.уст. дан юқори бўлмаганда,

қарши кўрсатмалар мавжуд бўлмаганда: коагулопатия, янги юзага келган ошқозон ва 12 бармоқли ичак яраси, атрофида ўтказилган жаррохлик амалиёти, оғир соматик касалликларда.

Инсултларни даволашда антикоагулянтлар қўллашнинг аҳамияти ҳозирги кунга қадар ҳал қилинмаган. Тиббий кўрувлар бевосита антикоагулянтларнинг (гепарин) биринчи белгилар юзага келгандан кейин 12 соатда ва кечроқ қўлланилишининг самарадорлигини исботламаган. Шунга қарамасдан, амалиётда гепарин воситаси қуйидаги ҳолатларда ишлатилиб келинмоқда: ТИА ва ривожланиб боровчи инсультларда (айниқса йирик ички ёки ташқи краниал артерияларнинг окклюзион ёки стенотик торайишида).

Антиагрегантлар хусусан аспирин, 100-325 мг/сут антикоагулянтлар ва тромболитикларга кўрсатма берилганда ишлатилади. Бир вақтнинг ўзида аспирин билан бир вақтда Н₂-рецепторининг блокаторлари, омепразол, сукральфат ва бошқа гастропротекторлар берилади.

Са⁺ каналлари антагонистлари хусусан нимодипин, 30-60 мг кунига 3-4 марта ичишга ёки 10 мг вена ичига томчилаш орқали 2 мг/соат тезлигида суткасига 2 марта ёки никардипин, 20 мг суткасига 2 марта эрта давларда ишемиянинг биринчи 6-12 соатларда қўлланилганда нейропротекцион таъсир самарасига эгадир.

Қоннинг гемореологик ҳолатини яхшилаш учун: реополиглюкин, реомакродекс 400,0 мл вена томирига томчилаб кунига 1-2 марта 5 кун давомида), альбумин, янги совутилган плазма ёки кристаллоид эритмалари ёрдамида гемодилюция.

Бош миянинг озиқланишини ҳимоялаш мақсадида, бош мия метоболизмига айнан танлаб қўзғатувчи таъсирга эга дорилар берилади.

Гипоксик протекторлар (антигипоксантилар) - гипоксиянинг мия структурасига жароҳатловчи таъсирини камайтирадиган воситалар. Антигипоксанти сифатида *актовегинни* ишлатиш мақсадга мувофиқдир. Бу восита тирик ҳужайраларнинг гипоксия ва ишемия шароитларида кислород

ва глюкозаларга бўлган талабини оширади, бу билан нерв тўқималарида микроциркуляцияни ва метаболизмни оширади

L-карнитин дори воситалари,

мексидол, 200-400 мг вена томирига томчилаб суткасига 2 марта №10.

глицин аминокислотаси - 2 таблеткадан кунига 3 марта тил остига инсултнинг ўткир кечишида берилади, глицин умумий мия ва ўчоқли белгиларни анча камайтиради, онг бузилишининг регрессини тезлаштиради.

Кортексинни қўллаш қон-томир деворининг эндотелиал таъсирланишини ва нейронларга аутоиммун жараёни камайтириши ҳисобига самарали натижа беради, бу уларни ишемияга учраган пенумбр соҳаларида сақланишига имкон беради. Шу сабабли кортексиннинг антиапоптоз таъсир сифатида баҳоланади.

Инстенон қон реологияси ва бош мия трофикасини юқори комбинацияланган активатори ҳисобланади. Уни ишемик инсултнинг ўткир даврида венага томчилаб глюкозанинг 5% ли эритмасида мушак орасига 2.0 кунига 2 марта 5-7 кун давомида клиник яхшилангунга қадар берилади.

Ишемик инсултда игнарефлексотераиянинг патогенетик таъсир механизми ва даволашда қўлланилиши

Рефлексли таъсир миянинг қўплаб қисмлари иштирокида, қабул қилинган маълумотларнинг интегратив таҳлилига асосланган асаб ва гуморал механизмлар иштирокида амалга оширилади. Ҳозирда акупунктурага ва акупунктура нуқталарига жавобан таъсир қилишнинг нейрогуморал механизмларни ўз ичига олган ҳолда асаб тизими орқали амалга оширилиши ҳақида маълумотлар мавжуд. Акупунктура нуқталарини стимуляция қилиш стимуляцияланган нуқта билан чамбарчас боғлиқ бўлган ички органларда метамер ёки орқа мия сегментида энг аниқ рефлексли таъсирга сабаб бўлади. Бу тамойил аниқ белгиланган нейроанатомик асосга эга, чунки индивидуал умуртқа сегментларга нафақат терининг тегишли жойлари (дерматомлар), балки мушаклар (миотомалар), суяклар ва лигаментлар (склеротомлар),

томирлар ва ички органлар (энтеротомлар) киради (Mawet J., Boukobza M., Franc J 2011).

Улар турли хил модал афферент импульсларнинг бир хил нерв элементларига конвергенция механизмига асосланган. Бунда акупунктуранинг висцеросоматик ва соматовисцерал таъсири тушунилади. Акупунктурага жавобнинг периферик ва марказий даражасини шартли равишда ажратиш мумкин. Марказий реакциянинг келиб чиқишида орқа мия, мия сопи, гипоталамик ва кортикал даражалар ҳам ажралиб туради. Периферик даражада дермал нуқталарнинг қўзғалиш хусусияти ва унга мос келадиган рецептор шаклланади. Маълум бўлишича, рефлексотерапия мия нейронларининг қўзғалувчанлигини ўзгариради, турли хил биологик фаол бирикмалар синтезини рағбатлантиради, бунинг натижасида нафақат оғриқ сезгиларини тўсиб қўйилади, балки миянинг турли марказларида қон босими, мушакларнинг тонуси, гормонал секреция ва бошқаларни бошқарувчи узоқ муддатли кучланиш ёки қўзғалиш ҳолатларини ҳам камайтиради. Акупунктура нуқталарини гистологик тадқиқ қилиш рефлекс ва нейрогуморал назарияларни бирлаштиришга имкон беради. Ваидан Я.А. ва Залцман В.К. (2007) акупунктура нуқталари соҳасида маст хужайралари тўпланишига эътиборни қаратадилар. Кудрявцев В.А. (2008) гепарин ва гистамин маст хужайраларида боғланганлигини кўрсатди ва улар бартараф этилганда хужайралардаги гистамин миқдори камаяди. Биологик фаол нуқталарда фибробластлар, гистиоцитлар, лейкоцитлар, ёғ хужайралари ва 26 энг муҳими, маст хужайраларининг кўпайиши аниқланди. Улар, шунингдек, гистаминергик нерв тўпламларини ўз ичига олади. Биологик фаол моддалар таркибининг ўзгариши акупунктура нуқталарининг қўзғалишига ва юқори вегетатив марказларнинг жавобига асосланади (Matlyuba Sanoeva, Farukh Saidvaliyev, Gulnara Rakhimbayeva, Munisakhon Gulova, Mekhriniso Avezova. 2020).

Гипоталамус - гипофиз бези - буйрак усти қобиғининг реакцияси натижасида АКТГ ва эндорфинлар ишлаб чиқариш кўпаяди. АКТГ, ўз

навбатида, десенсибилизация қилувчи ва яллиғланишга қарши таъсир кўрсатадиган стероидларнинг чиқарилишини фаоллаштиради. Шундай қилиб, гипоталамус - гипофиз - буйрак усти тизимига таъсир қилиш орқали рефлексотерапияда тананинг химоя ва мослашувчан имкониятлари ошади. Василенко А.М. ва бошқалар оғриқ сезувчанлигини тартибга солишда суяк илиги пептидларининг ролини исботлади, рефлексотерапиянинг нейро-эндокрин-иммун назариясини ишлаб чиқди (2018). Классик акупунктура ва Европа тиббиёти нуқтаи назарининг бир бирига яқинлашиши, краниопунктур таъсир механизмининг ўрганилиши билан осонлашади, бу ерда зараланган ҳудудга таъсирнинг боғлиқлиги аниқланади. Краниопунктур (мия акупунктураси, скальпотерапия) - бу бош териси соҳасидаги муайян соҳаларга таъсирга асосланган микроакупунктура тизим. Таъсир бир нуқтага эмас, балки локализацияси маълум даражада мия тузилмаларининг (асосан қобиғ) анатомик проекциясига тўғри келадиган зонага таъсир қилади. Ҳозирги вақтда 20 га яқин чизиқли жойлашган краниопунктур зоналари маълум: восита, сезги, оптик, эшитиш, нутқ, вазомотор ва бошқалар. Зонанинг стимуляцияси мия ярим қобиғининг тегишли соҳасида функционал ўзгаришларга олиб келади, деб ишонилади, яъни. "ухлаб ётган мия" асаб тизимининг бундай патологияларида уйғонади: мия қон томирлари ва шикастланишлари, мия фалажлиги, паркинсонизм, эпилепсия, нутқ ва кўриш қобилиятининг бузилиши, Мениере касаллиги, хореа, эшитиш қобилиятини пасайиши, қулоқда шовқин пайдо бўлиши, энурез ва бошқалар. Краниопунктуранинг таъсири мия ва бош терисининг айрим жойларининг умумий иннервацияси тўғрисидаги замонавий нейроанатомик ва 27 нейрофизиологик маълумотлар билан назарий жиҳатдан тасдиқланган (масалан, V жуфт краниал нервларнинг бош терисини иннервациясида иштироки; бош ва мия вегетатив қон томир плексуслари, умумий "она" манбасига эга ва бошқалар) кабилар киради. Табиийки, бундай ҳолларда бошнинг маълум бир соҳасини стимуляция қилиш мия ярим қобиғининг тегишли соҳасида функционал ўзгаришларга олиб келади ва бу жараён

тананинг турли функциялари билан боғлиқ бўлади. Бош мия қобиғида ички органларнинг рецепторлари майдонлари ҳам ифодаланади: хусусан, миёга маълумотни қорин нервлари бўйлаб ахборот юборадиган ички органлар миёярим шарларининг постцентрал қисмида ўз ўрнига эга. Интерорецепторлар билан бирга висцерал афферентация қобиғининг тегишли қисмларига кириб, соматик сезги тизимлари билан ўзаро таъсир қилади, бу эса турғун соматовисцерал бирикмалар ҳосил бўлишига олиб келади. Шундай қилиб, скальпотерапиясини қўллаш нафақат марказий асаб тизимига, балки ички органларнинг ишига ҳам таъсир кўрсатиб, рефлексли жавобнинг тизимли хусусиятини аниқлайди. Бу ёндашув нафақат неврологик касалликларни даволаш ва олдини олиш учун, балки миёянинг тегишли проекцион ҳудудларини стимуляциялаш орқали миёя қон айланиш тизимига таъсир қилиш учун ҳам асос бўлиб хизмат қилади (Mitchell L.A., Santarelli J.G., Singh I.P., 2014).

Миёярим шарларининг асосий эгатлари ва бурмалари проексияларини аниқлаш умумий қабул қилинган Кренлейн схемасига мувофиқ амалга оширилиши мумкин. Краниопунктурда бош терисига таъсир қилиш томонини танлаш "соф неврологик", яъни. тананинг чап ярмида оғриқ билан, ўнгдаги бошидаги зоналарни ва аксинча. Мамлакатимизда, сўнгги 40 йил ичида, акупунктура миёя инфарктининг ўткир даврида беморларни қўшимча даволашнинг муҳим самарали усули сифатида баҳоланадиган қўплаб асарлар нашр этилди, бу эса ушбу неврологик нуқсонларни камайитиришда сезиларли натижаларга эришиш имконини беради. Замонавий адабиётда миёя қон айланишининг ўткир бузилишларини ҳам, кечиктирилган реабилитация чораларини даволашда ҳам 28 рефлексотерапиянинг турли хил кўринишларининг самарадорлигини тасдиқловчи маълумотлар келтирилган. Кўриниб турибдики, рефлексотерапия, ҳаракатлантирувчи ва ҳиссий бузилишларни тузатишни самарали рағбатлантирувчи, марказий ва маҳаллий стресс кучини чекловчи тизимлари ва организмдаги адаптив реакциялар

ошиши билан тананинг ўзига хос функционал захиралари сафарбар қилинади (Mitchell L.A., Santarelli J.G., Singh I.P., 2014).

Мия инфарктининг ўткир даврида акупунктурадан фойдаланиш орқали фалажланган оёқ -қўлларнинг кучини тиклаш, кортикал ва мия сопи дизартриясида нутқ кўрсаткичларини яхшилаш (кучланиш, нутқ фаоллиги, артикуляция бузилиши) учун тасвирланган. Мушаклар кучининг ошиши, оёқ-қўлларнинг ҳаракатланиш диапазонида ташқари, психоэмоционал ҳолатнинг яхшиланиши ҳам кузатилди, бу Спилбергер тести бўйича фаол ва шахсий ҳавотирларда САН тест кўрсаткичларининг ошиши (фаровонлик, фаоллик, кайфият) ва пасайиш билан намоён бўлди. Бундан ташқари, Допплерографиянинг ривожланиши билан рефлексотерапия фонида интракраниал томирлардаги периферик қаршилик индексининг ўзгариши, қон айланиши тезлигининг ошиши ва унга қарши ассиметрия коэффициентининг пасайиши асосида акупунктураанинг мия қон оқимида ижобий таъсири тўғрисида тадқиқотлар ўтказилди. Қайта тикланиш даврида комбинацияланган дори ва акупунктурадан фойдаланганда ўткир қон томирли беморларда систолик қон оқимининг тезлиги ва вазомотор реактивлик коэффициентларининг ўзгариши ҳақидаги маълумотлар ҳам мавжуд (Moskowitz S.I., Calabrese L.H., Weil R.J.2007).

Ишемик инсульт билан оғриган беморларда рефлексотерапия гемостатик тизимда ижобий ўзгаришларнинг ривожланишига, хусусан, тромбоцитлар агрегацияси ва қоннинг ёпишқоқлигининг пасайишига олиб келади, бу эса қоннинг функционал ҳолати бузилишларини тузатишга ёрдам беради, деган далиллар ҳам келтирилган (89;129 б). Рефлексли даволаниш жараёнида миянинг биоэлектрик фаоллиги кўрсаткичларининг тикланиши ва ярим шарлар ассиметриясининг пасайиши 29 кузатилади (91;128 б). Бир қатор тадқиқотлар, Иглорефлексотерапия (ИРТ) нинг қон томир тонусининг нормаллашуви ва венозни яхшилаши, юрак уриш тезлигининг симпатик турининг камайиши ҳисобига вегетатив кўрсаткичларнинг нормаллашуви ҳисобига вертебробазилар тизимидаги қон айланишига ижобий таъсир

кўрсатди. автоном асаб тизимининг сақланиб қолган мувозанатини ошириш ва автоном реактивликни нормаллаштириш кузатилади. Метаболик синдроми бўлган сурункали веноз етишмовчилиги бўлган беморларда рефлексотерапия базал инсулин секрециясини пасайишига (нисбий инсулин этишмаслигининг билвосита белгиларидан бири атероген жараёнларнинг фаоллиги ва қон босимининг пасайиши) олиб келади. Аниқланишича, акупунктура нуқталарига инвазив таъсир кўрсатадиган рефлексотерапиянинг анъанавий усуллари углеводлар ва липидлар алмашинувининг гормонал таъминланишига аниқ рағбатлантирувчи таъсир кўрсатади, бу атероген салоҳият ва инсулин индексининг пасайиши билан кечади. Шунингдек, акупунктура ва акупрессура юрак-қон томир тизимининг функционал ҳолатига тахминан бир хил даражада рағбатлантирувчи таъсир кўрсатиши аниқланди, бу унинг фаолияти самарадорлигининг ошиши ва қон босимининг пасайишида намоён бўлади. Аниқланишича, акупунктура пунктлари рефлексотерапия усуллариининг стрессни келтириб чиқарувчи таъсирига дуч келганда, бу антиоксидант мудофаа ферментларидан бири бўлган каталаза фаоллигининг ошиши билан инсулин-кортизол индексининг пасайиши билан намоён бўлади. Акупунктура таъсирининг рефлектор ва нейро-эндокрин назариялари синтетик ва Европа тиббиётининг концепциясини тўлиқ акс эттирилишини ҳисобга олган ҳолда, ўзига хос рецептлар танлаш, анъанавий хитой тиббиётининг асосий тамойилларига асосланади. Анъанавий хитой тиббиёти назарияси. Анъанавий хитой тиббиёти нуқтаи назаридан касаллик - бу бир ёки бир нечта функционал тизимларнинг номутаносиблигидир. Касалликларнинг сабаби ташқи ва ички патоген омиллар (совуқ, иссиқлик, 30 қуруқлик, намлик, шамол ва олов), оилавий тушқунлик, овқатланиш ва турмуш тарзининг бузилиши ҳисобланади. Улар танадаги энергия, қон ва тана суюқликларининг ҳаракати ва тарқалишини бузади. Хитой тиббиёти ва фалсафасида тана ва онг механизм сифатида эмас, балки танани ташкил этувчи турли ўзаро таъсирли кўринишларда Ци энергиясининг айланиши сифатида қаралади. Ҳамма

нарсанинг асоси - Ци: бошқа барча муҳим моддалар - бу моддий (қон, тана суюқликлари) дан то мутлақо аҳамиятсиз (Шэнь онгни) гача бўлган ҳар хил даражадаги Ци нинг намоён бўлишидир. Хитой тиббиётидаги мия "мия қисмлари денгизи" деб номланади. Хитой қарашларига кўра, буйраклар фаолияти бош ва орқа мияни тўлдирадиган мия суюқлиги ишлаб чиқаради. Шундай қилиб, мия функционал равишда Инь органларига тегишли. Бундан ташқари, мия ҳам юракка, хусусан, уни тўлдирадиган юракдаги қон билан ҳам боғланган. Агар буйрак ва қоннинг фаолияти яхши бўлса, миянинг ҳолати яхши ҳисобланади, буйрак ва юрак фаолиятида шикастланиш бўлса, мия сустлашади, хотира пасаяди, фаоллик пасаяди ва сезги органлари фаолияти бузилиши юзага келади. Қон томирлари Ян нинг ғайриоддий органларидан бири ҳисобланади ва қон учун "махсус идиш" ҳисобланади. Томирлар буйраклар моҳияти орқали билвосита боғланади, бу қон ишлаб чиқаришни рағбатлантиради, шунингдек, буйракларнинг Ци орқали озиқ - овқат энергиясини қонга айлантиради. Бироқ, биринчи навбатда, қон ва қон томирлари барча каналлар ва қонни, ўпкани бошқарадиган юрак таъсирида бўлади. Қон томирлари перикардиял меридиан томонидан бошқарилади ва талоқ томирларда қонни ушлаб туриш учун жавобгардир. "Оддийлари ҳақидаги саволлар" нинг "Қон томирлари - қон саройи", деб номланган 17 - бобида берилган "Рух ўқи" рисоласида айтилишича, бу махсус идишлар тўқималарнинг озиқланиши учун бутун танада озиқ, Ци ва ўрта иситгичда ишлаб чиқарилган қоннинг тозалаш фаолиятини амалга оширади. Қон қон томирлари орқали оқсада, унинг ҳаракати Ци энергиясига боғлиқ. Ци ёки қоннинг турғунлиги, шунингдек совуқ, қон томирларига зарар етказади ва турғунликни келтириб 31 чиқаради. Намлик ва балғам тўпланиши қон томирларини ҳам тўсиб қўяди, уларга зарар етказади. Бу атеросклерознинг европа концепцияси билан боғлиқ бўлиб, атероматоз беляшқаларнинг пайдо бўлиши қон томирлари йўлини торайтиради. Гипертония касаллиги, хитой тиббиёти нуқтаи назаридан, биринчи навбатда жигар ҳарорати кўтарилиши ёки жигар Ян идир. Иссиқлик танадаги оддий суюқликларни қуритиб, Инь

синдромини ҳосил қилади. Жигар Инь нининг "бўшлиғи" синдромида жигар Янининг устунлиги пайдо бўлади ва ўзгаришларнинг ошиши билан жигар Иньининг тобора камайиб бориши кузатилади. Жигар Инь нининг "бўшлиғи", шунингдек, буйрак Инь нинг "бўшлиғи", Инь -Ян мувозанатини бузилиши ҳам сабаб бўлиши мумкин. Қон босимининг кўтарилишининг сабаби - "балғам-намлик", "балғам-олов", "ички шамол" синдромлар ҳам бўлиши мумкин, шунингдек, қоннинг турғунлиги, бу касалликни янада мураккаблаштиради. Жигар фаолиятининг турғунлиги ва жигар қони ва Инь нининг бўшлиғи ички шамолни ҳосил қилади, у тана бўйлаб "юра" бошлайди, бош айланиши, кўзнинг хиралашиши, уйқусизлик ва бошқа неврологик аломатларга олиб келади. Хитой тиббиёти нуқтаи назаридан инсульт "шамолнинг зарбаси" деб талқин қилинади. Агар касаллик жигар шамолининг юқорига кўтарилиши, лойқа суюқлик билан тўсиқ (намлик, балғам) ва меридиан ва коллатералларда қоннинг турғунлиги билан боғлиқ бўлса ва касаллик жойи саёз бўлса касаллик нисбатан енгил ҳисобланади. Бундай ҳолда, меридиан ва коллатералларда бу аломатларнинг намоён бўлиши оёқ ва қўлларининг сезувчанлигини йўқолиши ва фалажига ўхшайди. Шунинг учун касалликнинг бу тури "меридианларга ва коллатералларга хужум" деб аталади. Даволаш Ци ва қонни уйғунлаштириш учун меридиан ва коллатералларни очиш ва тартибга солишдан иборат. Аньанавий манбаларда, бу ҳолатда GI-15 цзянь-юй, GI-11 цюй-чи, TR-5 вай-гуань, GI-4 хэ-гу, VB-30 хуань-тяо, VB-34 ян-линцюань, E-36 цзу-сань-ли, R-3 тай-си, E-42 чун-ян ва F-3 тай-чун нуқталарини ишлатиш тавсия этилади. Агар касаллик жигарда Ян нинг 71 32 тўсатдан кўтарилиши билан боғлиқ бўлса, у намлик ва олов билан бирлашиб, Ци ва қоннинг кўтарилишига олиб келади; агар Инь-Ян мувозанати бузилса ва ҳарорат юракнинг акс этишини хиралаштиради, касалликнинг локализацияси чуқур жойлашади. Бундай ҳолда, тана аъзоларида цзан-фу аломатлари, масалан, оёқ-қўлларнинг фалажланиши, онг ва нутқнинг йўқолиши кузатилади. Касалликнинг бу тури " цзан-фу органларига хужум" деб аталади. Цанг-фу органларига қилинган хужумни

икки турга бўлиш мумкин. Стресс турини даволаш жигарни тинчлантириш ва шамолни йўқ қилиш, оловни тозалаш ва намликни йўқ қилиш ва юрак йўлини очишдан иборат. Анъанавий равишда шуй-гоу (VG-26), акупунктур нуқталари, цзин 12 нуқтаси, F-3 (тай-чун), ЕЛО (фэн-лун) нуқталари ва МС-8 (лао-гун) ишлатилади. Ўткир қон томир етишмовчилиги учун Янгни тиклашдан иборат, Гуань-юань (VC-4) ва шэнь-цюэ (VC-8) нуқталарни қўллаш лозим.

Игнарефлексотерапияси 1828 йилда профессор П. Чаруковскийнинг "Ҳарбий тиббий журнал" да "Игнарефлекс" (1828) мақоласи эълон қилинганидан кейин кенг ўрганила бошланди. Бу усулни амалиётга босқичма -босқич жорий этиш билан янада мақсадли танишиш 1956 йилда мутахассислар Хитойда ўрганганиб келгандан сўнг бошланган. Ҳозирги вақтда бу усулнинг имкониятлари, унинг таъсирини амалга оширишнинг биофизиологик механизмлари ўрганилмоқда, у расман беморларни даволаш усулларида бири сифатида тан олинган.

Т.И Серганова ва ҳаммуаллифлари мия фалажи бўлган турли ёшдаги 20 болани комплекс даволаш пунктурли рефлексотерапиясининг юқори самарадорлигини кўрсатди, бу болаларда мушакларнинг тонусини пасайиши ва мушаклар кучининг ошиши, орқа мушак тонусининг нормаллашуви, психоэмоционал қўзғалишнинг пасайиши билан намоён бўлди. А. Е. Штернгерца ва К. А. Семёнова электропунктура усулини спастик гемипарез-бир томонлама фалажлик кузатилган беморларда қўллаб ижобий натижаларга эришди (Moussavi M., Korya D., Panezai S., 2012). Ф.Б. Қандаров қўл ва оёқ рефлексоген зоналари ёрдамида Игнарефлекс ёрдамида 75% ҳолларда ижобий динамикага эришган 1126 касал болаларни кузатишлари ҳақида хабар беради. Нуқталарни уқалаш усулидан фойдаланганда, мия ярим парез ва плегиясини комплекс даволашда ҳам ижобий натижаларга эришилди ва бу натижалар гиперкинетик шакл кузатилган беморларда натижалар анча аҳамиятли бўлди. Асаб-мушак касалликлари марказий генездаги болаларни рефлексотерапия усуллари Кукелберг-Веландер

умуртка амиотрофияси ёрдамида даволашда самарали натижаларга эришилди (Noda K., Fukae J., Fujishima K. 2011).

Pshuk Y. I ва ҳаммуаллифлари игнарефлексотерапияси ёрдамида комплекс даволаш натижасида мия ҳаракатининг бузилиши бўлган 57 ўрта ёшли беморлардан 47 нафарининг аҳволи яхшиланиши украиналик тадқиқотчиларнинг асарларида келтирилган. Бош миёда қон айланиши етишмовчилигининг дастлабки намоён бўлган 93 беморни рефлексотерапия, балнеотерапия ва психотерапия усуллари билан текшириш ва даволаш маълумотлари келтирилган. Даволаш жараёнида муаллифлар мия ярим гемодинамикасини ўрганишда қон томир тонусининг барқарорлиги ошганини, қон тўлиши ошганини ва веноз чиқиши яхшиланганлигини қайд этишган.

ЭЭГ текширувлари мия ярим қобиғининг функционал фаоллиги яхшиланганлигини кўрсатди. Яхшиланишнинг юқоридаги белгилари вегетатив-қон томир дистонияси билан оғриган беморларда, камроқ даражада атеросклеротик томирлар шикастланишида намоён бўлган. Юқори зичликдаги липопротеинлар даражасининг пасайиши билан паст зичликдаги липопротеинлар камайиш тенденцияси ҳам аниқланди.

Бош миёнининг сурункали ишемияси билан оғриган 67 беморни текшириш ва даволаш вақтида шунга ўхшаш маълумотлар олинган. Клиник симптоматологиянинг регрессияси билан бир қаторда, қон реологик ва қон гомеостазининг кўрсаткичларининг яхшиланиши кузатилганлигини тасдиқладилар, бу назорат гуруҳига нисбатан рефлексотерапия усуллари билан даволанган беморларда яққол намоён бўлади. Бош миёда қон айланиши бузилишининг бирламчи белгилари намоён бўлган беморларга рефлексотерапия нейропсихологик параметрларга ижобий таъсир кўрсатади. Буни рефлексотерапия курсини ўтаган ишемик инсулт билан касалланган 327 беморни текшируви тасдиқлади. Текширув клиник, лаборатория ва инструментал тадқиқотлар (ЭЭГ, РЭГ, ретинофотография, ултратовушли Допплер, ЭКГ, Игнарефлекс нуқталарининг электротермометрияси) асосида

ўтказилди Цервикал умуртқа остеохондрозининг клиник кўриниши бўлган, умуртқали-базиларли томирлар етишмовчилиги бўлган 60 беморни даволашда Игнарефлексдан фойдаланишнинг рағбатлантирувчи натижалари кўлга киритилди (Nouh A., Ruland S., Schneck M.J., 2014).

Бу фикрни реоэнцефалограмма кўрсаткичларининг яхшиланиши ва 3 йил давомида кузатувлар кузатилган клиник кўринишларнинг ижобий динамикаси тасдиқлайди.

Николаев Н. А фикрига кўра, рефлексотерапиянинг ижобий терапевтик таъсири мия томирларининг периферик резистентлик ҳолатини аниқлайдиган механизмларга таъсири билан боғлиқ (2001) ва мослашув қобилятининг тикланиши туфайли. нейроваскуляр аппаратлар, шунингдек, қўшимча, кафолатланган мия қон айланишининг киритилиши ва қоннинг реологик хусусиятларининг ўзгариши туфайли мия қон оқимини тезлигининг ўзгариши кўринишида номоён бўлади. Ёпиқ краниоцеребрал ёпиқ бош мия жароҳати оқибатлари бўлган беморларда мия гемодинамикасини яхшилаш учун рефлексотерапиядан фойдаланиш имкониятлари Я.В. Пишел ва ҳаммуаллифлар томонидан келтирилган. Улар 168 беморни текширдилар (45 бемор қўшимча равишда Игнарефлексга, 40 - назорат гуруҳига), улар клиник белгиларидан ташқари, РЭГ ёрдамида мия қон айланишининг бузилиши ўрганилди. Даволаш самарадорлигининг қиёсий натижалари ушбу профилга эга беморларни комплекс даволашда рефлексотерапия усулларини қўллашнинг тўғрилигини кўрсатди. Бу ўткир клиник симптомларнинг тезроқ пасайиши, РЭГ маълумотларининг тезроқ ва барқарор ижобий динамикаси билан кўрсатилди(Nouh A., Ruland S., Schneck M.J., 2014).

Мия қон айланиши ўткир бузилишларини даволашда рефлексотерапия усуллари

Цереброваскуляр касалликлар билан хасталанган беморларда игнарефлекс муваффақиятли қўлланилиши ва игнарефлексотерапиясидан энг самарали фойдаланиш инсулт ривожланганидан кейинги дастлабки 5 кун ичида намоён бўлади. Кўплаб қўлланмалар ва монографияларда бош миёда қон айланишининг ўткир ва сурункали бузилишини даволаш учун Игнарефлексдан фойдаланиш бўйича тавсиялар мавжуд аммо фойдаланиш тажрибасини акс эттирувчи асарлар. инсултни даволаш, айниқса ўткир давр, бизда мавжуд бўлган манбаларда, фақат бир нечтасини топиш мумкин эди. Биринчи нашрлар игнарефлексотерапиясининг ҳаракат бузилишларини тиклаш, бош миёда қон айланишини нормаллаштириш, қоннинг коагуляцион ва антикоагуляцион тизим хоссалари ва қон томиридан кейинги гипофиз-адренал тизимининг фаоллигига терапевтик таъсирини ўрганишга бағишланган (Nowak D.A., Rodiek S.O., Henneken S., Zinner J., Fuchs H.H., Торка Н. 2003).

Игнарефлекс таъсирида ҳаракатланиш диапазони бироз ошади, мускулларнинг кучи ошади, мушакларнинг тонуси пасаяди ва игнарефлексотерапияси бош миё ва периферик томирлардаги қон айланишини, босим ва тонусни тартибга солувчи таъсир кўрсатади, игнарефлексотерапиясин қоннинг ивиш ва коагуляцияга қарши тизимига энгил таъсир кўрсатади, игнарефлексотерапияси таъсирида беморларнинг психологик ҳолати яхшиланади; Игнарефлексотерапияси нуқталари ва уларнинг бирикмаларининг асаб тизимининг турли қисмларига таъсирининг ўзига хослигини очиқ беради. Кейинчалик, тадқиқотлар инсултга чалинган беморларга рефлексотерапия қўлланилишининг дастлабки яъни инсулт бошланган пайтдан бошлаб 24 соатдан 2 ойгача натижалари асосида пайдо бўлди. Касаллик давомийлиги 2 ойдан бир йилгача бўлган 115 нафар беморнинг кузатув маълумотлари келтирилган. Рефлексотерапия

қўлланилишидан олдин барча беморлар реабилитация давоси курсидан ўтдилар (Paliwal P.R., Teoh H.L., Sharma V.K. 2012).

Вертебрал-базиляр ҳавзада инсулт билан кузатилган беморларга шошилиш тиббий ёрдам кўрсатиш шароитида рефлексотерапия усуллари билан фойдаланиш имконияти 36 беморнинг кузатув маълумотлари билан тасдиқланган, улардан 16 таси фақат дори терапиясини олган, қолган 20 та беморга игнарефлекс терапияси ўтказилган. Кузатувлар назорат гуруҳига нисбатан дориларнинг сезиларли камайиши ва рефлексотерапия курсини олган гуруҳда асоратларнинг ривожланмаслиги билан қисқа тикланиш даврини кўрсатди.

Улар Игнарефлекснинг турли усуллари самарадорлигини, неврологик белгиларга қараб, юқоридаги усуллардан фойдаланишнинг мақсадга мувофиқлигини таҳлил қилишди. Улар мия игнарефлексотерапиясининг ички уйқу артерияси ҳавзасида, унинг шохларида ва парезлар зарарланган оёқ ва қўлларда юқори мушак тонусидан устун келганда, шунингдек, афазияни даволашда энг самарали эканлигини аниқладилар(55;58-71 б). Корпорал рефлексотерапия вертебро-базиляр ҳавзасидаги қон томирлари учун, зарарланган оёқларда ҳам парез, ҳам юқори мушак тонуси кузатилган, нейродистрофик, вегетатив-қон томир, вегетатив-қўзғатувчи хусусияти комбинацияси билан нисбатан самаралидир. Аурикуляр рефлексотерапия таъсирланган экстремиталарда юқори асосан пластик тонус устунлик қилганда, марказий ва периферик келиб чиқиш оғриқ синдроми мавжуд бўлганда самаралироқ бўлади.

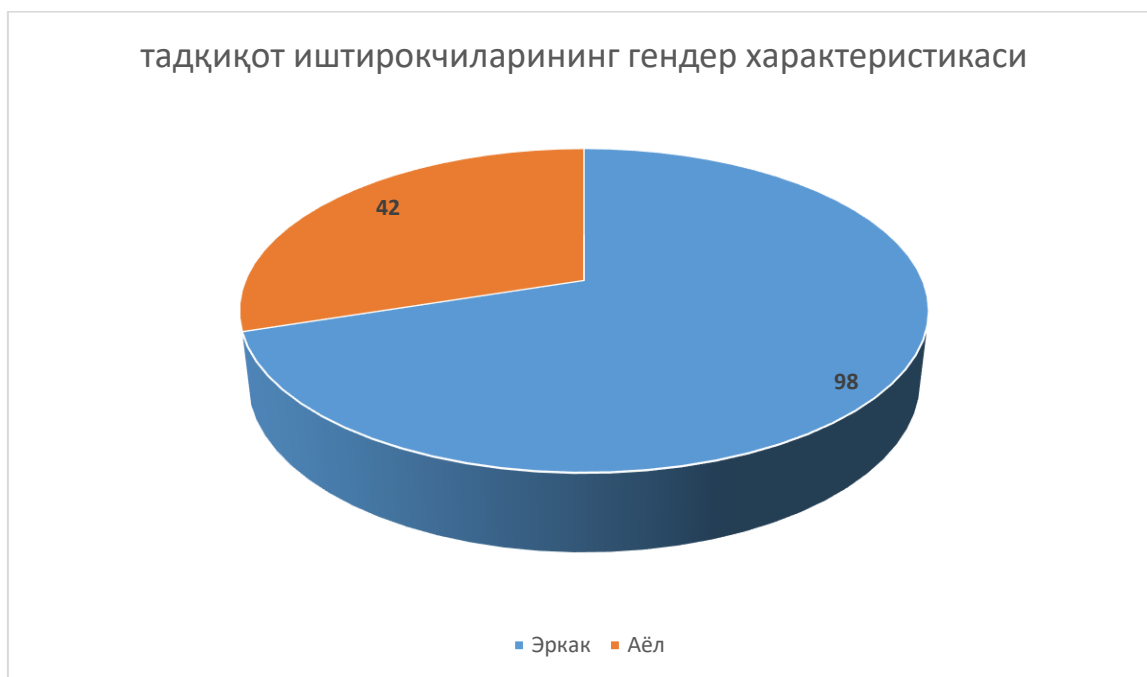
Яқинда чоп этилган нашрлар мия қон айланиши касалликлари бўлган беморларда рефлексотерапия қўлланилишининг айрим масалаларига ҳам ўткир даврда, ҳам реабилитациянинг эрта ва кеч давларига бағишланган. Хусусан, Scilia Salsorini тадқиқот ишида(2018) ишемик инсултнинг ўткир даврида беморларни комплекс даволашнинг ажралмас қисми сифатида рефлексотерапиядан фойдаланиш мақсадга мувофиқлиги 87 беморнинг кузатувлари билан кўрсатилади. Игнарефлексотерапиясининг онг,

гемодинамик бузилишларни нормаллаштиришда ва биринчи навбатда ҳаракат бузилишларини тиклашдаги самараси қайд этилди. Бундан ташқари, Tughul Omer ва ҳамуаллифлари оғир нутқ бузилиши бўлган беморларда ҳам яхши натижаларни қайд этишди (2019). Мия қон айланиши бузилган беморларни ўткир даврда интенсив терапия бўлимида ва эрта тикланиш даврида игнарефлексотерапиясининг барча асосий усуллари қўллаган ҳолда дифференциал даволаш имкониятларини ўрганиш натижалари L.Chen (2016, 2017, 2018). асарларида келтирилган. Муаллиф, инсултнинг ўткир даврида умумий қабул қилинган реанимация чоралари мажмуасида, юрак - қон томир тизимининг регуляция нуқталари билан биргаликда кенг таъсир доирасига эга Игнарефлекс нуқталари жигар, перикард ва ошқозон ости беги талоқининг "каналлари" ёрдамида тизимли ва жисмоний Игнарефлекс нуқталарига таъсир этувчи аурикуляр игнарефлексдан фойдаланиш мақсадга мувофиқлигини таъкидлади. Эрта тикланиш даврида бош мия Игнарефлексотерапиясининг битта процедурасида "қўл ва оёқ" жисмоний ёки микросистемали Игнарефлекс билан комбинацияни қўллаш орқали муваффақиятга эришилди.

II БОБ. ИШЕМИК ИНСУЛЬТ БИЛАН ОЎРИГАН БЕМОРЛАРНИ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

Ишемик инсульт билан касалланган беморларнинг умумий характеристикаси.

Тадқиқот бош мияда қон айланишининг ўткир бузилишини бошдан кечирган беморлар орасида олиб борилди, касаллар 6 ой давомида клиник, лаборатор ва инструментал текширувларда қатнашди. Ишемик инсультнинг эрта тикланиш босқичида бўлган касаллар орасида игнарефлексотерапиянинг самарадорлиги баҳоланди. Текширувимизда жами 140 нафар бемор қатнашди этди, беморларнинг ўртача ёши 57.91 ± 9.63 ни ташкил қилди. Беморларнинг ёш чегараси 35 ёшдан 81 ёшгача кузатилди. Тадқиқотда иштирок этган беморларнинг гендер характеристикаси қуйидагича: 98 эркак ва 42 аёл.



1 Расм. Тадқиқот гуруҳи беморларининг гендер характеристикаси.

Аёллар орасида ўртача ёш 59.5 ± 1.0 ни ташкил этди, эркак беморлар ўртача ёши 57.2 ± 0.9 ни ташкил қилди. Эркакларда ўртача ёшнинг арифметик

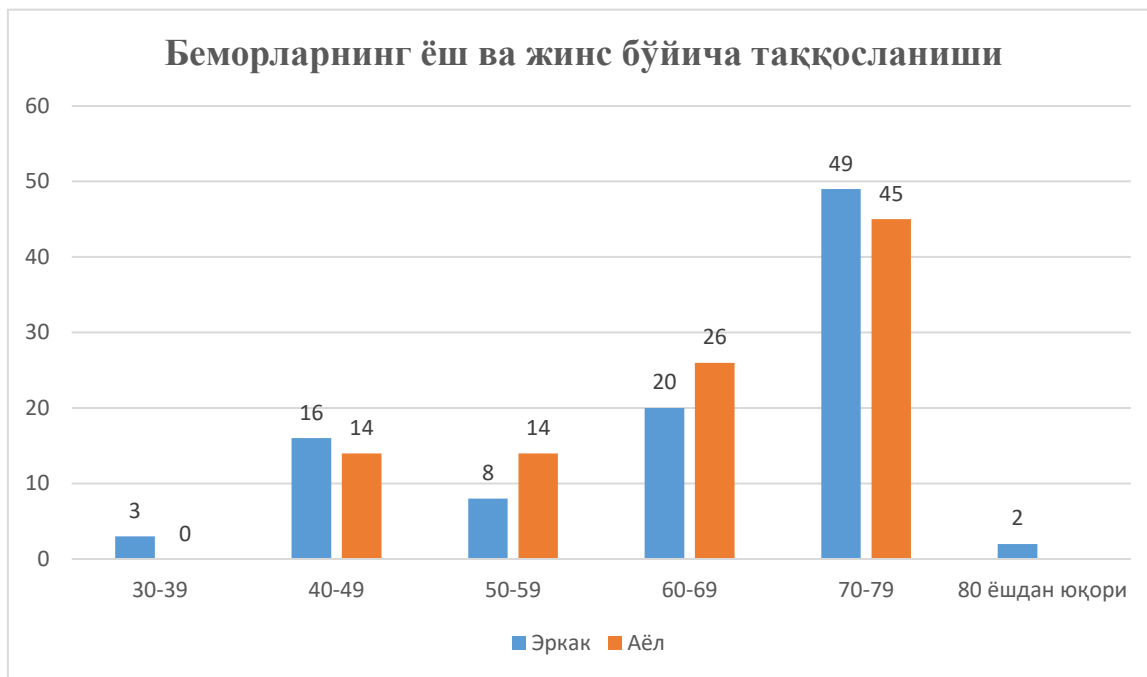
киймати аёл беморлар ўртача ёшидан фарқланиши ва ўртача стандарт оғишнинг кичиклиги бир қанча омиллар, хусусан, эркаклар орасида зарарли омилларнинг юқори фоизларда учраши билан боғлиқлиги тахмин қилинди.

Гуруҳларни ёш бўйича таҳлил қилганимизда эркак беморлар орасида бош миянинг қон томир касалликлари асосан 70 ёшдан юқори беморлар орасида кузатилишини, ушбу ёшга доир ҳолат аёл беморларда ҳам шу ёш атрофида юқори кўрсаткичларда кўп учради. Тадқиқот гуруҳи беморларининг ёш ва жинс бўйича таҳлили 1 жадвалда ва 2 расм маълумотларида келтирилган.

Ёш бўйича гуруҳлар	Эркак n=98		Аёл n=42	
	Мут	%	Мут	%
30-39	3	3,06		
40-49	16	16,3	6	14,2
50-59	8	8,2	6	14,2
60-69	20	20,4	11	26,2
70 -79	49	50	19	45,2
80 ёшдан юқори	2	2,04		

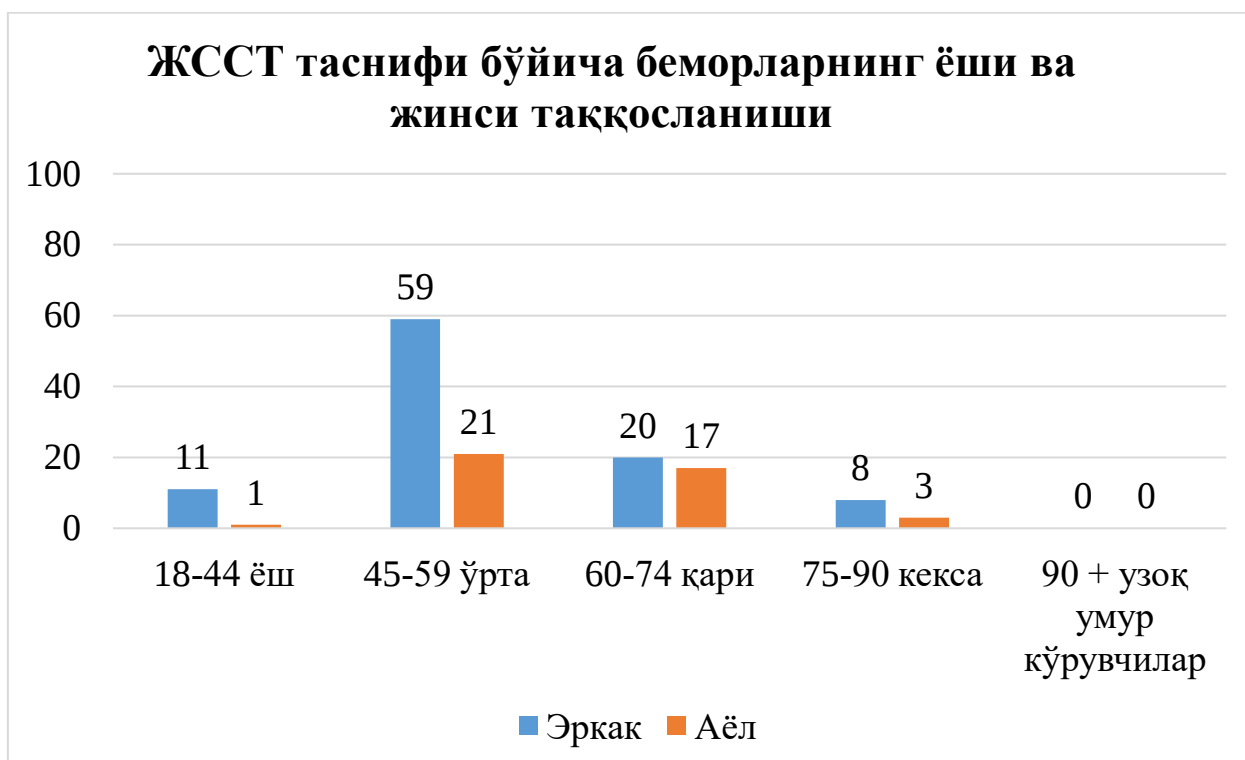
Эркак беморлар орасида касаллик кузатилиши аёл беморларга нисбатан биров эртароқ бошланиб, энг юқори ёш кўрсаткичи яъни 82 ёш ҳам эркак беморлар гуруҳида учради. Эркак беморлар гуруҳида касаллик учраган энг эрта ёш 40 ёшни ташкил қилди ва энг юқори ёш кўрсаткичи 82 ёшни ташкил қилди, касаллик энг кўп учраган ёш гуруҳи 70-79 ёш оралиғида яъни 50 % ҳолатида эркак беморларда, аёл беморларда ушбу ёш гуруҳида 45% ҳолатда кузатилди Олиган натижалар диаграмма кўринишида 2.2 расмда

келтирилган.



2 Расм. Беморларнинг ёш гуруҳларида жинс бўйича тақсимооти.

Аёл беморларимиз орасида 80 ёшдан юқори ёшдаги беморлар ва 40 ёшда паст ёшдаги беморлар учрамади.



3 Расм. Текширув ўтказилган гуруҳларда ёш ва жинслараро таққосланиш.

Беморларда ИРТ терапиянинг самарадорлигини назорат қилиш учун беморлар 2 гуруҳга ажратилиб ўрганилди биринчи гуруҳда асосий даволаниш ва ИРТ терапия қўлланилган бўлса, иккинчи гуруҳда фақатгина асосий даволаш муолажалари олиб борилди.

1 гуруҳни 100 нафар бемор ташкил этган бўлса

2 гуруҳни 40 нафар бемор ташкил этди.

Асосий гуруҳни 70 эркак ва 30 аёл бемор ташкил этган бўлса, назорат гуруҳини 28 нафар эркак ва 12 нафар аёл ташкил этди. Беморларнинг ўратча ёши гуруҳлар бўйича кескин фарқ қилмади.

ИРТ терапия беморларда 10 кун давомида асосий давога қўшимча равишда ўтказилди. ИРТ терапия тугагандан сўнг беморлар қайта кўриқдан ўтказилди. Беморларнинг барчаси умумий ҳолсизликка шикоят қилган бўлса, субъектив жиҳатдан ўзини ёмон ҳис қилиш, ваҳима ва кўрқув ҳисси, ўзига нисбатан ишончсизлик, кайфиятнинг мунтазам пастлиги деярли барча беморларда кузатилди 90 %. Худди шундай кўрсаткич, қўл ва оёқларда ҳолсизликнинг кузатилиши деярли барча беморларда учради. Бош айланиши эса 30 % беморларда кузатилди.

Асосий гуруҳда ҳам назорат гуруҳидаги беморларда ҳам бир қатор ёндош касалликларнинг қўшилиб келиши аниқланди. Ушбу ёндош касалликлар асосий касалликнинг даволаш жараёнига ва тикланиш жараёнига салбий таъсири тахмин қилинди, шунингдек, реабилитация жараёнларига ҳам ўз таъсирини кўрсатди. Деярли барча ҳолатларда 100 %, ишемик инсультнинг келиб чиқишига асосий сабаб коронар, церебрал ва периферик артерияларнинг атеросклеротик зарарланиши кузатилди. Кузатувимизда бўлгант беморларнинг барчасида гипертония касаллиги кузатилди. Хилпилловчи аритмия 50 % беморларда кузатилган бўлса, анамнезида юрак ишемик касаллиги 100% беморларда кузатилди. Сурункали касалликлар қаторида сурункали пиелонефрит 50 % беморларимизда кузатилган бўлса, сурункали бронхит 50 % беморда кузатилди. Келтирилган касалликлардан ташқари асосий ва назорат гуруҳи беморларида дефармацияланган

остеартроз ҳам аниқланди унинг учраш частотаси асосий гуруҳду 12 беморда, назорат гуруҳида 4 беморда кузатилди. Бундан ташқари турли босқичлардаги уйқу бузилишлари асосий гуруҳдаги 60 беморда($p<0,01$), назорат гуруҳидаги 28 беморда ($p<0,01$)аниқланди.

Асосий ва назорат гуруҳида парезлар учраши таққосланди. Учраш динамикаси таҳлил қилинди.

Мушак кучининг 0 балл да учраши асосий гуруҳда 1 та беморда кузатилган бўлса, плегия кузатилган беморлар назорат гуруҳида кузатилмади. Мушак кучининг 2 баллгача камайган парези асосий гуруҳда 15% ҳолатда кузатилган бўлса назорат гуруҳида 12.5 % ҳолатда кузатилди, ҳар икки гуруҳда ишончли фарқ $p<0,01$ ни ташкил қилди. 3-4 баллдаги парез асосий гуруҳда 32% ҳолатда, назорат гуруҳида 30 % ҳолатда кузатилди $p<0,01$. Рефлектор типдаги мушак кучи назорат гуруҳида асосий гуруҳга кўра кўпроқ фоизларда учради.

Худди шу тартибда ҳар икки гуруҳда парезга учраган қўл ва оёқда ўрганилди. Асосий гуруҳ беморларида асосан мушак тонуси ортганлиги қайд этилган бўлса 53 % $p<0,01$, назорат гуруҳи беморларида эса мушак тонусининг ортиши асосий гуруҳ беморларига кўра устуворлик қилди 47,5 % $p<0,05$. Ҳар икки гуруҳда ҳам мушак тонуси ўзгармаган беморлар мавжудлиги кузатилди. Олинган натижаларнинг фоизларда диаграммаси 3.4 расмда келтирилган.

Мушак тонуси ўзгармаган беморлар асосий гуруҳда 6 % ни ташкил этди, назорат гуруҳида 7,5 % ни ташкил этди.

Таdqиқотимиз давомида беморларда ҳар икки гуруҳда нутқ бузилишларини таҳлил қилдик, бизнинг кузатувимизда энг кўп учраган нутқ бузилишлари сенсомотор афазия, дизартрия ва аралаш типдаги нутқ зараланишлари кузатилди.

Асосий гуруҳда ҳам, назорат гуруҳида ҳам энг кўп учраган нутқ бузилишлари дизартрия юқори фоизларда аниқланди 46 % ва 62,5 %. Энг кам

учраган нутқ бузилиши ҳар икки гуруҳда ҳам аралаш типдаги нутқ бузилишлари аниқланди.

Барча беморларда қуйидаги текширувлар ўтказилди:

- Анамнез йиғиш
- клинико-неврологик текширувлар
- параклиник текширувлар (УКТ, УСТ, Коагулограмма, Дуплекс сканирлаш БЦА)
- MMSE тести
- Соат кўрсаткичини чизиш
- Шульте жадвали

Клинико-неврологик, параклиник текширув усуллари

Анамнез йиғиш

Шуни айнан айтиш керакки, беморнинг шикоятини аниқлаштиришда ва унинг кейинги невростатусини хулосалари олинаётган кўрсаткичларни миянинг анатомо-функционал тузилишига кўра қатъий системалаштириш зарур. Анамнез маълумотларини йиғиш мобайнида бемордан эс-хуш бузилиш ҳолатлари бўлган ёки бўлмаганлиги сўралади. Хасталанганлар ўз шикоятларини сўзлаганидан сўнг шифокор улар ривожланиш даражасини тўлиқ тадқиқ қилади. Олган давоси ва унинг таъсири аниқлаштирилади. Анамнез йиғиш вақтида беморларнинг ҳаёт анамнези ҳам суриштириб йиғилади.

Анамнезда хасталиги гипертония, ЮИК, қандли диабет ва бошқа каморбит касалликлар билан неча йилдан мобайнида оғриганлиги сўралади. Бу беморлардан доимий бирорта дори воситаси истемол қилишини аниқлаштирилади. Аввал ИМ ёки ЎМИга учраганми ёки йўқми сўралади. ЎМИ кечирган бўлса қачонлиги, қайси ҳавзадалиги, мушак кучсизлиги кўрсаткичи, мушак тонуси ёки контрактуралар қай вақт пайдо бўлганлиги, фалажланган томонда оғриқларнинг бўлиш вақти, даражаси, КТ ёки МРТ таҳлилидан ўтканлиги, даволанганлиги, муолажадан кейинги ахволи каби

кўрсаткичлар тўлиқ аниқланади, чунки тўлиқ йиғилган анамнестик натижалари шифокорга аниқ ташхис қўйишда юқори аниқлик беради.

Клиник-неврологик ташхисот.

Невростатусда БМН, фаоллик, сезги даражаси, ҳаракат координацияси, рефлексор сфера ва ОНФ зарарланишини аниқлаймиз. Бу зарарланишлар бошқа клиник текширувларига, масалан бош мия КТ сига тўғри келишини аниқлаймиз. Мушак кучи 5 баллик шкала бўйича аниқланади.

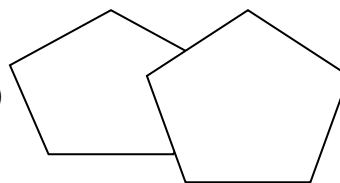
Сўнгра касалларда субъектив неврологик белгилар ва клиник-неврологик таҳлиллар ўтқазилади. Эс-хушнинг ёмонлашиши бор йўқлиги ва унинг кўрсаткичи, ҳаракат сфераси, бош мия иннервация камчилиги, мушак тонуси характери, пай рефлекслари бузилиш даражаси, патологик белгиларнинг мавжуд ёки мавжудмаслиги, координация ва сезги бузилиши, менингеаль белгилар, олий ОНФ бузилишлари, мия шишлари белгиларига эътиборга олинади. Шунингдек, соматик статус – нафас олиш, юрак қон-томир доиралари (АҚБ, пульс, ЮҚС, ЭКГ), ҳазм қилиш ва сийдик-таносил йўллари кўрилади.

Ташхис қўйиш, инсульт шакли ва частотасини аниқлаш МКБ-10 ва Шмидт Е.В. (1985)нинг классификацияси талаблариги асосан тадбиқ қилинди. АГнинг даражаси ва оғирлиги тиббий варақалар, анамнез маълумотлари ва тез ёрдам гуруҳининг белгиланган натижаларига асосан АГ ни даволаш, ташхислаш ва профилактика қилиш миллий кўрсатмалари (2007) мос ҳолда аниқланди.

Когнитив фаолиятни текшириш.

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION(M. Folstein et al., 1975)

Когнитив сфера	Баҳо(балл)
Ориентация: Вақт: Санани айтинг (кун, ой, йил, ҳафта куни, йил фасли) Жой: Биз ҳозир қаердамиз(мамлакат, вилоят, шаҳар, клиника, бўлим)?	0-5 0-5
Қабул қилиш: 3 та сўзни такрорланг: қалам, уй, олма	0-3
Диққатни жамлаш ва ҳисоб-китоб қилиш: 100 сонидан 7ни айиринг, кейинг яна 7ни, умуман 5 марта (100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7) (муқобил вазифа – 5 та харфдан иборат сўзни айтиш – масалан ҚАЛАМ – тескари тартибда айтиш: МАЛАҚ)	0-5
Хотира: Юқоридаги 2-вазифада айтилган 3 та сўзни ёдга олиш	0-3
Нутқ: Ручка ва соат кўрсатилиб, “бу нима деб аталади?” деб сўраш	0-2
Гапни такрорлаш: “Ҳеч қанақа агар, лекин ёки йўқ”	0-1
Уч этапли буйруқни бажариш: “Ўнг қўлингиз билан қоғозни олинг, уни иккига букланг ва столга қўйинг”	0-3
Ўқиш: Вароқда ёзилган вазифани ўқиш ва бажариш:“Кўзингизни юминг” Гап ёзиш.Агар унда гапнинг эгаси ва кесими қатнашса ҳамда у маънога эга бўлса, 1 балл қўйилади. Расм чизиш(2 та кесишаётган бешбурчак)	0-3
Умумий балл	0-30



Тест кўрсаткичлари ҳар бир пунктдаги вазифаларни бажаришда тўпланган балларни йиғиш орқали аниқланади. Тестда энг юқори 30 балл йиғиш мумкин бўлиб, бу энг юқори когнитив имкониятларга мос келади. Тест натижалари қанчалик паст бўлса, когнитив бузилиш шунчалик яққолроқ кўриниш беради. Ҳар хил тадқиқотларга кўра, тест натижалари қуйидаги маъноларни англатиши мумкин.

1. Вақтга нисбатан ориентация . Бемордан бугунги сана, ой, йил ва ҳафта кунини тўлиқ айтиш буюрилади. Агар бемор сана, ой, йилни тўлиқ мустақил айта олса, унда максимал балл(5 балл) берилади. Агар яна қўшимча саволлар беришга мос келса, 4 балл берилади. Қўшимча саволлар қуйидагилар бўлиши мумкин: агар бемор фақат санани айтса, қайси ой, йил, ҳафта кунини эканлиги сўралади. Ҳар бир хато ёки жавобнинг йўқлиги баҳони 1 баллга камайтиради.

2. Жойга нисбатан ориентация . “Биз қаердамиз?” деб сўралади. Агар бемор аниқ жавоб бермаса, қўшимча саволлар берилади. Бунда бемор давлат, вилоят, шаҳарни, кўрик ўтказилаётган ташкилотни, хона номери еки бўлимни айта билиши керак. Ҳар бир хато ёки жавобнинг бўлмаслиги баҳони 1 баллга камайтиради.

3. Қабул қилиш. Касалга қуйидаги вазифа берилади: “3 та сўзни такрорланг ва эслаб қолишга ҳаракат қилинг: қалам, уй, олма”. Ҳар бир сўз дақиқасига 1 та сўз тезлигида максимал даражада аниқ сўзлаши лозим. Ҳар бир тўғри такрорланган сўз учун бир балл қўшилади. Сўзларни бемор тўғри қайтара олгунча такрорланади. Лекин балларда фақат биринчиси ҳисобланади.

4. Дикқатни жамлаш. 100 сонидан 7 сонини кетма-кет ажратиб бориш сўралади. Бунда 5 марта айириш етарли (натижа 65 бўлгунга қадар) . Ҳар бир хато баҳони 1 баллга камайтиради. Ёки 5 ҳарфдан иборат бирор сўз айтилиб, уни тескари айтиш сўралади. Ҳар бир хато баҳони 1 баллга

пасайтиради. Масалан, “метро” сўзи айтилса, “ортем” дейиш ўрнига “отрем” дейилса, 4 балл; “отрме” дейилса 3 балл ва хоказо.

5. Хотира. Бемордан 3 босқичда айтилган сўзларни қайтариш сўралади. Хар бир тўғри айтилган сўз бир баллга баҳоланади.

6. Нутқ. Ручка кўрсатилади ва “Бу нима?” деб сўралади. Хар бир тўғри жавоб 1 баллга баҳоланади.

28-30 балл – когнитив фаолятларда бузилиш йўқ

24-27 балл –когнитив бузилишлардеменция олди кўрсаткичида

20-23 балл– енгил даражадаги деменция

11-19 балл –ўрта даражадаги деменция

0-10 балл–оғир деменция

Соат кўрсаткичини чизиш тести

Тест қуйидагича ўтказилади

Касалга оқ варақ ва қалам берилади. Шифокор беморга рақамли циферблатли айлана шаклидаги соат чизишни ва ундаги соат кўрсаткичи 15 та кам 2 ни кўрсатаётган бўлиши кераклигини айтади.

Бемор эркин равишда айлана чизиши, 12 та рақамнинг ҳаммасини ҳамда ундаги соат кўрсаткичларини аниқ жойга жойлаштириши керак. Нормада бу вазифа ҳеч қандай қийинчиликсиз бажаради. Агар вазифани бажаришда хатоликлар бўлса, улар миқдорига кўра 10 баллик шкалага бўйича баҳоланади.

10 балл – норма. Айлана чизилган, рақамлар тўғри жойлаштирилган, соат кўрсаткичлари айтилган вақтни кўрсатмоқда.

9 балл. Соат кўрсаткичларининг жойлашувида сезиларли камчиликлар йўқ.

8 балл. Соат кўрсаткичларининг жойлашувида енгил камчиликлар мавжуд.

7 балл. Соат кўрсаткичларининг жойлашувида нисбатан яққолроқ хатоликлар бор.

6 балл. Соат кўрсаткичлари абсалют нотўғри вақтни кўрсатади

5 балл.Соат кўрсаткичлари ўз вазифасини бажармаяпти (масалан, керакли вақт айланага олиб қўйилган).

3- 4 балл. Циферблатда рақамлар хато ўрнатилган: улар нотўғри йўналишда жойлаштирилган (соат кўрсаткичи йўналишига қарама-қарши) ёки рақамлар ўртасидаги оралиқ ҳар хил.

2 балл. Касалларнинг ҳаракатлари у вазифани бажаришга уринаётганини кўрсатмоқда, аммо беҳуда.

1 балл. Бемор вазифани бажаришга ҳаракат қилмайди.

Шульте жадвали

Бу методика сенсомотор реакциялар кўрсаткичи ва диққат характеристикаси, ақлий иш фаолияти кўрсаткичини текшириш учун фойдаланилади. Стимул материали сифатида 1 дан 25 гача бўлган рақамлар тартибсиз жойлаштирилган квадрат шаклидаги 5 та оқ-қора таблицадан фойдаланилади. Шифокор бемор томонидан сонларни топишга кетган вақтни секундомер ёрдамида қайд қилади.

Текширилувчи жадвални борица кўра олиши мумкин бўлган масофада бўлиши лозим. Рақамларни кетма-кетлигда топиш, уларни кўрсатиш ва уларнинг номини овоз чиқариб сўзлаш топшириғи берилади. Секундомер ёрдамида ҳар бир жадвалга сарфланган вақт ва қилинган хатолар қайд этилиб борилади.

Соғлом инсонларда твазифани бажариш темпи бир текис бўлади, шу сабабли тест бажаришда тезликни текшириш аҳамиятлидир. Текширув охирида темпнинг пасайиши бемор ақлий иш қобилияти даражасининг камайишидан далолат беради. Сонларни қолдириб ўтиши, бирининг ўрнига бошқасини айтиши диққат концентрациясининг етишмовчилигини, охириги 3 та жадвалда хатоларнинг кўпайиши эса ақлий иш фаолияти даражасининг сустлигини билдиради. Бундан ташқари, пасайишини графикда акс эттириш астеник ҳолат характеристикасини аниқлаш имконини яради. Гиперстеник астения вариантыда график дастлаб ошиб, кейин кескин пастлаб кетади, гипотеник астения вариантыда эса график дастлаб юқори бўлмайди ва секин камайиб боради.

Меёрида Шульте синамасини бажариш учун 25-30 секунд вақт керак бўлади.

Игна рефлексотерапиясининг қўлланилиши

Ишемик инсультдаги Дизартрия ва нутқ бузилишлари учун ишлатиладиган акупунктур нуқталар: V-2; TBM-3; TBM-9; TBM-21; TBM-22; J-23; E-6; GI-4; T-20. Ишемик инсультдаги тутқанок, дудуқланиш, астиноневротик синдромларда қўлланиладиган акупунктур нуқталар: GI-4; E-36,2,6,7; Rp-6; VB-20; V-11,15,4,5; R-1, 4; F-2; J-4,20; T-20

Асосий фойдаланилган нуқталар:

Е-36 (цзу—сань- ли). Т.: нуқта чуқурчада, тизза қопкоғининг асосидан 3 ц. пастроқ ва болдир суягининг қиррасидан 1 ц. латерал жойлашган. К.: тизза бўғимидаги ва болдирдаги оғриқлар, оёқлар фалаж бўлиши, меъданинг яра касаллиги, гастрит, ич суриш, қабзият, қусиш, қорин дам булиши, иштаҳа пасайиши, овқат хазм килиш бузилиши, дармонсизланиш, кўз касалликлари, мастит, сийдик тутолмаслик, хиқичок, атеросклероз, босим ошиши, меъдадаги, ичак лардаги, бошдаги, кузлардаги, бугиздаги оғриқлар, бош айланиши, уйқусизлик, неврастения, иситма, астения. Нуқта касаллик олдини олиш мақсадида жуда кенг ишлатилади.

Е - 41 (цзэ—си). Т.: нуқта болдир — панжа бўғимининг олдинги томонидан ўтадиган букилмасининг марказида, чуқурчада, оёқнинг бошбармоғини ёзувчи узун мушак пайи билан бармоқларни ёзувчи узун мушак пайи орасида жойлашган. К.: болдир — панжа бўғими касалликлари, оёқлар фалаж булиши, қабзият, юз шиши, тиш оғриғи, сут беги яллиғланиш ва бошдаги оғриқлар ва бош айланиши.

Е -5 (да-ин). Т.: нуқта оғиз бурчагидан диагонал пастда, пастки жағнинг устки четида, чуқурчада жойлашган. К.: юз шиши, юз нервининг неврити, тиш оғриғи, лунж сохадаги яллиғланиш жараёнлари, сўзлаш функцияси бузилиши, тепки, уч шохли нервнинг невралгияси.

Е -6 (цзя~чэ). Т.: нуқта пастки жағ бурчагидан 1 ц. диагональ олдинда жойлашган, Оғиз очилганда, шу ерда аниқ чуқурча пайдо булады.

К.: ковокнинг салқиб қолиши, юз нервнинг фалаж бўлиши, уч шохли. нервнинг невралгияси, тепки,тиш оғриги, стоматит, сўзлаш функцияси бузилиши,буйин — энса мушакларининг кучайиши.

G I—10 (шоу—сань—ли). Т.: нуқта билакнинг орқа томонида. тирсак букилмасидан 2 ц. пастроқ, панжани ёзувчи узун ва калта билак мушаклар орасида жойлашган. К.: инсульт, гемиплегия, билак нервнинг неврити, грипп туфайли бош оғриши, билак ва елка бўғими атрофидаги оғриқлар

G I—12 (чжоу—ляо). Т.: нуқта елканинг орқа томонида, GI — 11 нуқтадан 1 ц. юқори ва озгина орқароқ жойлашган. К.: елка ва тирсак оғриқлари

G I-14 (би-нао). Т.: нуқта елканинг орқа билак томонида, GI — 11 нуқтадан 7 ц. юқорироқ, елканинг уч бошли мушагининг ташқи четида жойлашган.

К.: елкадаги, бошдаги оғриқлар, қўл фалаж бўлиши, қўз касалликлари, буйин лимфа тугунлари сили.

G I-15 (цзянь-юй). Т.: нуқта чуқурликда елка усти четида, кўракнинг елка ўсимтаси билан елка суягининг катта бўртиғи орасида жойлашган.

Қўлни юқорига кўтарганда шу жойда аниқ чуқурча пайдо булады. К.: елкадаги ва елка бўғимидаги оғриқлар, қўл фалаж булиши, гипертензия, плексит.

С —9 (шао—чун). Т.: нуқта V қўл бармогининг тирноқ ўрни бурчагидан 0,3 см. билак томонидан жойлашган. К.: юрак соҳасидаги, ёндаги, билакдаги оғриқлар, юрак санчиғи, церебрал қон айланиши бузилиши, безовталиқ, юрак уриши, иситма; ҳушдан кетиш. кома.

IG —1 (шао—цзэ). Т.: нуқта V бармоқнинг тирноқ ўрни бурчагининг ташқи томонидан 0,3 см. четда жойлашган. К.: бўғиздаги. бошдаги оғриқлар, қўз касалликлари, тил қотиб қолиши. энса мушакларининг таранглаши. бурундан қон кетиш, терсиз иситма, сут беги яллиғланиши, камсутлик, ҳушдан кетиш, кома.

IG -7 (чжи-чжэн). Т.: нукта билак-кафт бўғимидан 5 ц. юқориқ, тирсак суягининг медиал четида жойлашган. К.: қўл ва бармоқлар мушакларининг контрактураси, энса ва буйин соҳаларидаги оғриқ ва шиш, пастки жағдаги оғриқ, кўздаги живирлаш, невроз, кўркүв.

V -15 (синь—шу). Т.: нукта Th —5 ва Th- 6 умуртқаларининг ўткир ўсимталар орасидан 1,5 ц. латерал жойлашган. К.: юрак соҳасидаги оғриқ, юрак уриши. кўркүв, невроз, уйқусизлик, сил касаллиги, қон тупуриш. хотира пасайиши. кўнгил айланиши, нутқ ривожланиши тўхталиши, тутканоқ

V-54 (чжи-бянь). Т.: нукта S - 4 умуртқанинги ўткир ўсимтасидан 3 ц. латерал жойлашган. К.: бел ва думғаза соҳасидаги оғриқлар, бавосил, цистит, оёқлар фалажи ва ишиас.

V —56 (чэн—цинью). Т.: нукта тақим марказидан 5 ц. пастроқ, болдир мушагининг бошчалари орасида жойлашган. К.: болдирдаги, белдаги оғриқлар, болдир мушакларининг тортишиб қолиши, оёқлар фалаж бўлиши, қабзият, бавосил.

(чэн—цинью). Т.: нукта тақим марказидан 5 ц. пастроқ, болдир мушагининг бошчалари орасида жойлашган. К.: болдирдаги, белдаги оғриқлар, болдир мушакларининг тортишиб қолиши, оёқлар фалаж бўлиши, қабзият

V —56 (чэн—цинью). Т.: нукта тақим марказидан 5 ц. пастроқ, болдир мушагининг бошчалари орасида жойлашган. Кўрсатма.: болдирдаги, белдаги оғриқлар, болдир мушакларининг тортишиб қолиши, оёқлар фалаж бўлиши, қабзият, бавосил.

Игнарефлексотерапияси қўлланилган беморларда брахицефал фон томирлар Ультратовуш текширув усулининг натижаларини тахлил қилиш.

Игнарефлексотерапияси қўлланилган беморларда брахицефал фон томирлар ультратовуш текширув усули қон томир касалликларини ташхислашда самарали ноинвазив текширув усулидир. Беморларда брахицефал фон томирлар ультратовуш текширув усули – универсалъ текширув усулидир. бош миядаги қон оқимини ауторегуляцион усулда бошқарилиши, захира цереброваскуляр реактивлигини баҳолашга ёрдам беради. Вазоспазмни ультратовуш баҳолаш асосида қон томир бўшлиғининг диаметридан ўтаётган ва қон оқимининг хажмининг ламинар қон оқимининг тезлигига бевосита боғлиқ.

Брахицефал фон томирлар ультратовуш текширув усули барча беморларда бухоро вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказида SonoScape SSI 8000 аппаратида ўтказилди. Мия ва бошқа органларнинг томирларининг доплерографияси жиддий муаммолар эҳтимоли паст бўлса, мунтазам профилактик текширувлар учун диагностика воситаси сифатида мос келади. Бош мия ишимик insultлари билан оғриган беморларда бош ва бўйин томирларининг доплерографияси касалликнинг қон айланиш тизимига таъсирини аниқлаш имконини беради. Қуйидаги ташхисларни қўйишда экстрокраниал томирларини ўз вақтида доплерография қилиш муҳимдир: облитерация қилувчи атеросклероз ва эндартерит; чуқур томир тромбози.

Икки томонлама сканерлаш кўпроқ маълумотга эга бўлгани учун ташхисни аниқлаштириш учун самарали бўлади. Мия томирларини дуплекс сканерлаш анъанавий доплерография билан бир хил ҳолатларда, шунингдек, муаммоли ҳудудни локализация қилиш зарурати туғилганда белгиланади. Ушбу тадқиқот 40 ёшдан ошган ҳар бир киши учун тавсия этилади ва бизнинг тиббиёт марказимизга ташриф буюрувчилар бу имкониятдан тобора кўпроқ фойдаланмоқда.

Нейровизуализацион текшириш усули.

Магнит Резонанс томография бош миянинг оқ ва кулранг моддаси таркибини ўрганиш, чуқур структур ўзгаришларни тасвирлар орқали таҳлил қилиш имконини беради. МРТ таҳлили ишемик инсультдан сўнг қон томир компонентини тасдиқлаш учун муҳим нейровизуализацион текширувлардан бири бўлиб қолмоқда. Магнит Резонанс томография «Philips Ingenia» фирмаси томографида T1, T2, FLAIR стандарт режимлар режимида ўтказилди. Аксиал, коронал ва сагитал яссиликларда таҳлил қилинди. Стандарт МРТ учун T1- (TR=7,9 мс, TE =3,7 мс, кесув қалинлиги 1,5 мм, матрица 240×240) ва T2- (TR =6700 мс, TE =110 мс, кесув қалинлиги 4 мм, матрица 512×512) деб олинди.

III БОБ. ИШЕМИК ИНСУЛЬТ КУЗАТИЛГАН БЕМОРЛАРДА ИГНАРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ САМАРАДОРЛИГИНИ НАЗОРАТ ҚИЛИШ.

Бугунги кунга қадар неврологлар периферик асаб тизимининг шикастланишларини даволаш учун рефлексотерапиядан фойдаланиш мумкинлигига шубҳа қилмайди. Буни кўплаб ҳисоботлар, қўлланмалар, ўқув қўлланмалари, индивидуал монографиялар ва диссертацияларнинг эълон қилиниши ҳам тасдиқлайди. Шунга қарамай, ушбу вазият арказий асаб тизими касалликларини даволашда акупунктурадан фойдаланишга бўлган ишонч билан боғлиқ. Бироқ, марказий асаб тизимининг баъзи зарарланишлари учун рефлексотерапиядан фойдаланишнинг ижобий натижалари ҳақида нашрлар мавжуд.

Ҳозирги вақтда бу усулнинг имкониятлари, унинг таъсирини амалга оширишнинг биофизиологик механизмлари ўрганилмоқда, у расман беморларни даволаш усулларида бири сифатида тан олинган. Бу усулни ўзлаштириш натижасида, уни ишлатиш учун кўрсатмалар ва контрендикациялар вақти -вақти билан, кўрсатмаларни кенгайтириш йўналиши кўриб чиқилди. Акупунктура таъсирининг рефлектор ва нейро-эндокрин назариялари синтетик ва Европа тиббиётининг концепциясини тўлиқ акс эттирилишини ҳисобга олган ҳолда, ўзига хос рецептлар танлаш, анъанавий хитой тиббиётининг асосий тамойилларига асосланади.

Беморларда ИРТ терапиянинг самарадорлигини назорат қилиш учун беморлар 2 гуруҳга ажратилиб ўрганилди биринчи гуруҳда асосий даволаниш ва ИРТ терапия қўлланилган бўлса, иккинчи гуруҳда фақатгина асосий даволаш муолажалари олиб борилди.

1 гуруҳни 100 нафар бемор ташкил этган бўлса

2 гуруҳни 40 нафар бемор ташкил этди.

Асосий гуруҳни 70 эркак ва 30 аёл бемор ташкил этган бўлса, назорат гуруҳини 28 нафар эркак ва 12 нафар аёл ташкил этди. Беморларнинг ўратча ёши гуруҳлар бўйича кескин фарқ қилмади. акупунктура пунктлари

рефлексотерапия усуллариининг стрессни келтириб чиқарувчи таъсирига дуч келганда, бу антиоксидант мудофаа ферментларидан бири бўлган каталаза фаоллигининг ошиши билан инсулин-кортизол индексининг пасайиши билан намоён бўлади.

ИРТ қўлланилган беморларда 10 кун давомида асосий давога қўшимча равишда ўтказилди. ИРТ муолажаси тугагандан сўнг беморлар қайта кўриқдан ўтказилди. Беморларнинг барчаси умумий ҳолсизликка шикоят қилган бўлса, субъектив жиҳатдан ўзини ёмон ҳис қилиш, ваҳима ва қўрқув ҳисси, ўзига нисбатан ишончсизлик, кайфиятнинг мунтазам пастлиги деярли барча беморларда кузатилди 90 %. Худди шундай кўрсаткич, қўл ва оёқларда ҳолсизликнинг кузатилиши деярли барча беморларда учради. Бош айланиши эса 30 % беморларда кузатилди. Мия инфарктининг ўткир даврида акупунктурадан фойдаланиш орқали фалажланган оёқ -қўлларнинг кучини тиклаш, кортикал ва мия сопи дизартриясида нутқ кўрсаткичларини яхшилаш (кучланиш, нутқ фаоллиги, артикуляция бузилиши) учун тасвирланган. Мушаклар кучининг ошиши, оёқ-қўлларнинг ҳаракатланиш диапозонидан ташқари, психо-эмоционал ҳолатнинг яхшиланиши ҳам кузатилди.

Асосий гуруҳда ҳам назорат гуруҳидаги беморларда ҳам бир қатор ёндош касалликларнинг қўшилиб келиши аниқланди. Ушбу ёндош касалликлар асосий касалликнинг даволаш жараёнига ва тикланиш жараёнига салбий таъсири тахмин қилинди, шунингдек, реабилитация жараёнларига ҳам ўз таъсирини кўрсатди. Деярли барча ҳолатларда 100 %, ишемик инсультнинг келиб чиқишига асосий сабаб коронар, церебрал ва периферик артерияларнинг атеросклеротик зарарланиши кузатилди. Кузатувимизда бўлган беморларнинг барчасида гипертония касаллиги кузатилди. Хилпилловчи аритмия 50 % беморларда кузатилган бўлса, анамнезида юрак ишемик касаллиги 100% беморларда кузатилди. Сурункали касалликлар қаторида сурункали пиелонефрит 50 % беморларимизда кузатилган бўлса,

сурункали бронхит 50 % беморда кузатилди.сурункали ёндош касалликларнинг учраш динамикаси 2 жадвалда келтирилган.

2- жадвал

Асосий ва назорат гуруҳ беморларида ёндош касаллигининг учраши

Гуруҳлар	Асосий n=100		Назорат n=40	
	Мутлоқ	%	Мутлоқ	%
Юрак ишемик касаллиги	100	100*	40	100*
Анамнезида миокард инфаркти	50	50	20	50
Хилпилловчи аритмия	50	50	20	50
Гипертония касаллиги	100	100*	40	100*
Қандли диабет	60	60	24	54
Сурункали пиелонефрит	50	50	19	48*
Сурункали бронхит	50	50*	21	52
Сурункали холецистит	80	80	30	75
Меъда ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги	10	10*	6	15*
Сурункали гастрит	7	7	2	5

Изох.* ишончли фарқ (* – $p<0,05$; – $p<0,01$; * – $p<0,001$).

Жадвалда келтирилган касалликлардан ташқари асосий ва назорат гуруҳи беморларида деформацияланган остеоартроз ҳам аниқланди унинг учраш частотаси асосий гуруҳду 12 беморда, назорат гуруҳида 4 беморда кузатилди. Бундан ташқари турли босқичлардаги уйқу бузилишлари асосий гуруҳдаги 60 беморда($p<0,01$), назорат гуруҳидаги 28 беморда ($p<0,01$)аниқланди.

Магнит резонанс томографияда асосий ва назорат гуруҳида энг кўп учраган МРТ бузилишларининг игнарефлексотерапиясидан олдин ва кейин

кузатилишини таққослаш учун аввало энг кўп учраган МРТ текширувидаги клиник белгилар ажратиб олинди. Даволашдан олдин ушбу натижалар қайд этилди ва ушбу гуруҳларда учраш фоизи аниқланди. Даво муолажалари курси якунлангандан сўнг қайта МРТ ва УДГ текширувлари ўтказилди ва ушбу ўзгаришлар қайд қилинди. Дастлабки ва якуний натижалар бир бири билан таққосланди.

3- жадвал

Асосий ва назорат гуруҳида энг кўп учраган МРТ бузилишларининг игнарефлексотерапиясидан олдин ва кейин кузатилиши

Гуруҳлар		Перивентрикуляр шиш		лейкоареоз		Пўстлоқ ости ядроларнинг ишемик ўзгариши		Оқ модданинг лакунар ўзгаришлари	
		Мут	%	Мут	%	Мут	%	Мут	%
Асосий гуруҳ n=100	олдин	45	45*	46	46*	9	9	48	48
Назорат гуруҳи n=40	Олдин	13	32,5	25	62,5	2	5	13	32.5*

Изох.* ишончли фарқ (* – $p < 0,05$; – $p < 0,01$; * – $p < 0,001$).

Перивентрикуляр шиш асосий гуруҳда 45% ҳолатда даволашдан олдин кузатилган бўлди. Лейкоареоз асосий гуруҳда 46% ҳолатда даволашдан олдин кузатилди. Пўстлоқ ости ядроларнинг ишемик ўзгаришлари асосий гуруҳда 9% ҳолатда даволашдан олдин кузатилди. Оқ модданинг лакунар ўзгаришлари асосий гуруҳда 48% ҳолатда даволашдан олдин кузатилган. МРТ ўзгаришларининг динамикада пасайиши анъанавий даво усулига қўшимча

равишда игнарефлексотерапиясининг самарадорлиги кўшилиши билан бахоланди.

4- жадвал

Беморларнинг даволашдан олдинги умумий уйқу артерияси бўйлаб ўтказувчанлиқнинг ўзгариши

Кўрсаткичлар		Асосий гуруҳ даволашдан олдин	Назорат – гуруҳ даволашдан олдин
Ўнг	Диаметр мм	7,5±2,2	7,1±1,0
	КИМ мм	1.09±0,3	1.1±0,2
	М макс см*сек	45,2±2,2	48,4±2,3
Чап	Диаметр мм	7,2±2,4	7,0±1,1
	КИМ	1.5±0,3	1.1±0,2
	М макс	46,2±2,2	48,4±2,3

Изох.* ишончли фарқ (*– $p<0,05$; – $p<0,01$; $p<0,001$).

Текширув ўтказилган беморларда одатда қон оқимининг катталиги ва йўналишини ўзгаришининг боғлиқлиги билан УДГ усули қўлланилди.

Умумий, ички ва ташқи уйқу артерияларнинг қон оқими кўрсаткичлари ўрганилди. Кейинги услуб бу қон босими ўлчаш ва артерияларда қон оқимининг ҳолати ўрганилди. Тадқиқот доирасида УУА сиқилиши (қон оқимининг камайиши ёки ички уйқу артериясини тизимдан димланишни кўрсатади, худди шу номдаги умумий уйқу артериясидан одатда, экстракраниал сегментда ича гемодинамик жиҳатдан (75% гача) аҳамиятли стеноз ёки ИУА окклюзиясини фақат доплерография бўйича фарқлаш мумкин. Шунинг учун бундай вазиятда аниқ ташхис, умумий уйқу артерияси доплерография натижалари 3.4 жадвалда келтирилган.

**Беморларда даволашдан олдин ва кейин гемодинамик
кўрсаткичларнинг ўзгариш динамикаси**

Кўрсаткичлар		Асосий гуруҳ даволашдан олдин	Назорат – гуруҳ даволашдан олдин
Ўнг	Ички уйқу артерияси диаметр мм	6,48±2,2	6,1±1,0
	Ташқи уйқу артерияси диаметр мм	4,91±0,3	5.2±0,2
	Умurtқа артерияси диаметр мм	3,54±2,2	3,4±2,3
Чап	Ички уйқу артерияси диаметр мм	6,41±2,2	6,1±1,0
	Ташқи уйқу артерияси диаметр мм	5,02±2,2	4,9±0,2
	Умurtқа артерияси диаметр мм	3,53±2,2	3,2±2,3

Изох. * ишончли фарқ (*– $p<0,05$; – $p<0,01$; $p<0,001$).

**Ишемик инсультнинг эрта тикланиш даврида ҳаракат тикланиши
динамикаси ва унинг нейрофизиологик хусусиятлари**

Асосий ва назорат гуруҳларида ҳаракат бузилишларини тиклаш касаллик давосида асосий диққат марказида турадиган долзарб масаладир. Мушак кучи ва тонусининг ўзгаришлари инсульт ўтказган беморлар учун долзарб муаммодир, шу сабали игнарефлексотерапияси самарадорлигини назорат қилиш учун ҳар икки гуруҳнинг мушак кучларидаги ўзгаришлар даволашдан олдин таққосланган, ҳаракат бузилишларининг тикланиш динамикасини назорат қилиш мақсадида беморлар олти ой давомида назоратдан ўтказилди. Асосий ва назорат гуруҳида парезлар учраши таққосланди. Учраш

динамикаси таҳлил қилинди. Парезларнинг таққосланиши жадвал кўринишида 6 - жадвал маълумотларида келтирилган.

6- жадвал

Асосий ва назорат гуруҳи беморларида парезларнинг кузатилиш динамикаси

Гуруҳлар	Плегия		2 балл		3 балл		4 балл		Рефлектор	
	Мут	%	Мут	%	Мут	%	Мут	%	Мут	%
Асосий гуруҳ n=100	1	1	15	15*	32	32*	32	32	20	20
Нazorат гуруҳи n=40	0	0	5	12.5	12	30	12	30*	11	27.5*

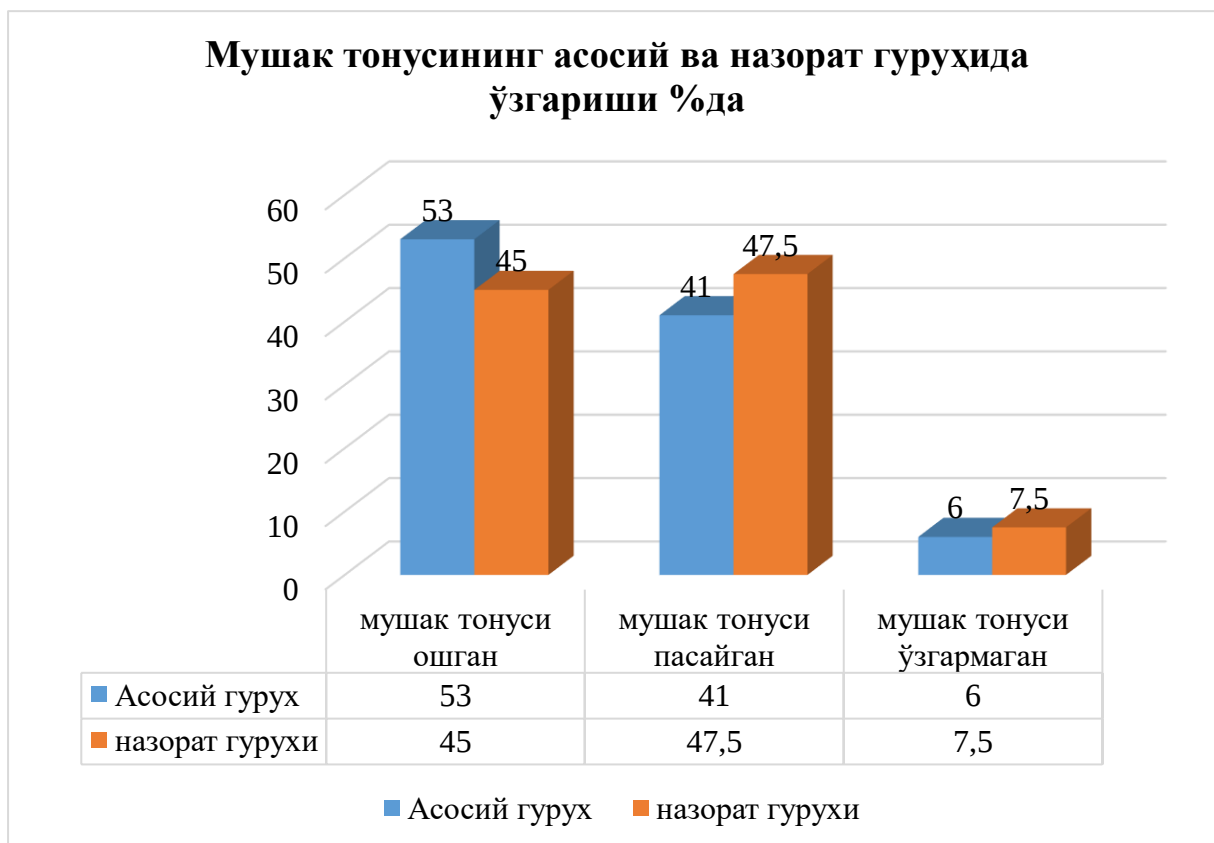
Изох.* ишончли фарқ (*– $p<0,05$; – $p<0,01$).

Асосий гуруҳда назорат гуруҳидан фарқли равишда беморларда 2 балллик парез кузатилган беморлар 15 % ($P<0,05$), 3 балллик парез кузатилган беморлар 32 % ($P<0,05$), 4 балллик парез кузатилган беморлар 32% ($P<0,01$) ва назорат гуруҳида мушак кучи рефлектор бўлган беморлар 27,5 %ни ($P<0,05$) ташкил қилган.

Мушак кучининг 0 балл да учраши асосий гуруҳда 1 та беморда кузатилган бўлса, плегия кузатилган беморлар назорат гуруҳида кузатилмади. Мушак кучининг 2 баллгача камайган парези асосий гуруҳда 15% ҳолатда кузатилган бўлса назорат гуруҳида 12.5 % ҳолатда кузатилди, ҳар икки гуруҳда ишончли фарқ $p<0,01$ ни ташкил қилди. 3-4 баллдаги парез асосий гуруҳда 32% ҳолатда, назорат гуруҳида 30 % ҳолатда кузатилди $p<0,01$. Рефлектор типдаги мушак кучи назорат гуруҳида асосий гуруҳга кўра кўпроқ фоизларда учради.

Асосий гуруҳ беморларида асосан мушак тонуси ортганлиги қайд этилган бўлса 53 % $p<0,01$, назорат гуруҳи беморларида эса мушак тонусининг ортиши асосий гуруҳ беморларига кўра устуворлик қилди 47,5 % $p<0,05$. Ҳар

икки гуруҳда ҳам мушак тонуси ўзгармаган беморлар мавжудлиги кузатилди. Олинган натижаларнинг фоизларда диаграммаси 3.1.1 расмда келтирилган. Мушак тонуси ўзгармаган беморлар асосий гуруҳда 6 % ни ташкил этди, назорат гуруҳида 7,5 % ни ташкил этди.



Расм. 4. Асосий ва назорат гуруҳи беморларида мушак тонуси бузилишларининг кузатилиши.

Худди шу тартибда ҳар икки гуруҳда парезга учраган қўл ва оёқда ўрганилди. Олинган натижалар 7 жадвал маълумотларида акс этган.

7 - жадвал

Асосий ва назорат гуруҳи беморларида мушак тонусининг ўзгариши

Гуруҳлар	Мушак тонуси ошган	Мушак тонуси пасайган	Мушак тонуси ўзгармаган
Асосий гуруҳ n=100	53	41*	6
Назорат гуруҳи n=40	18	19*	3

Изох.* ишончли фарқ ($p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$).

Текширув ўтказилган беморларда гуруҳлараро мушаклар тонусининг ўзгаришини асосий ва қиёсий таққосланиши келтирилган.

Асосий ва назорат гуруҳи беморларида парезларнинг даволашдан олдин ва кейин кузатилиш динамикасининг даволашдан олдинги ва даволашдан кейинги натижалар 8-жадвалда келтирилган.

8 -жадвал

Асосий ва назорат гуруҳи беморларида парезларнинг даволашдан олдин ва кейин кузатилиш динамикаси

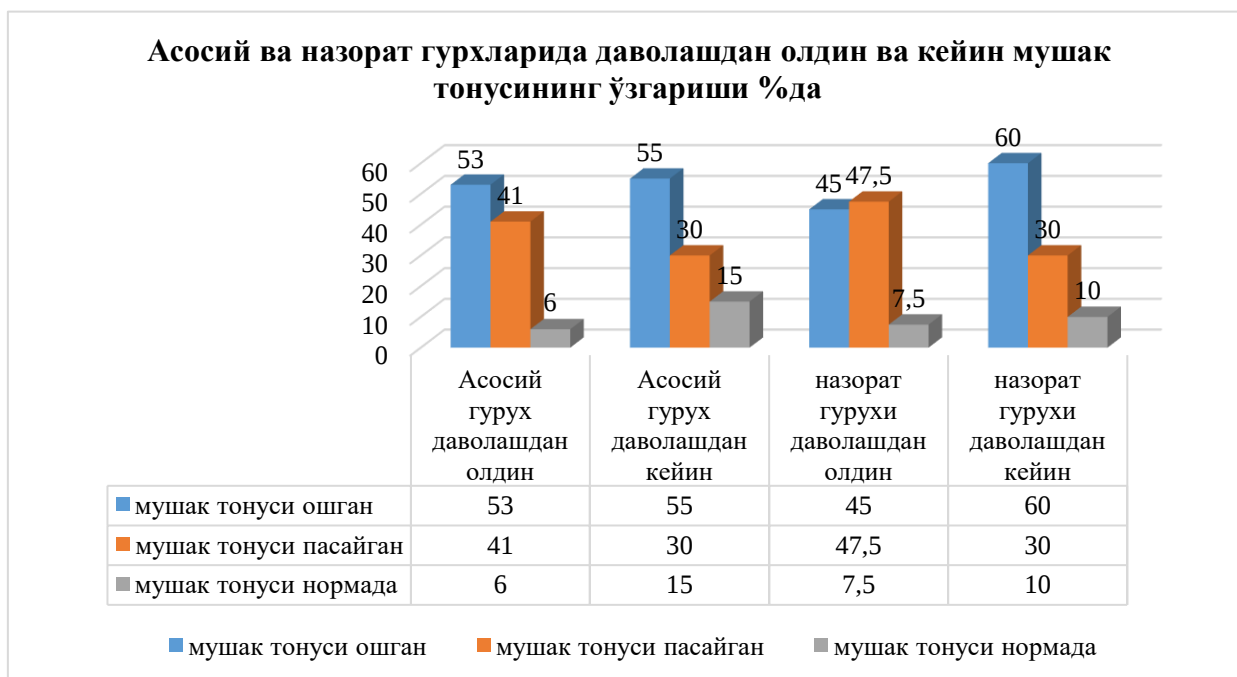
Мушак кучи Гуруҳлар		Плеги я		2 балл		3 балл		4 балл		Рефлекто р	
		Му т	%	Му т	%	Му т	%	Му т	%	Мут	%
Асосий гуруҳ n=100	Даволашдан олдин	1	1	15	15	32	32*	32	32	20	20
	Даволашдан кейин	0	0	10	10	25	25	38	38	27	27*
Назора т гуруҳи n=40	Даволашдан олдин	0	0	5	12.5	12	30	12	30	11	27.5
	Даволашдан кейин	0	0	4	10	15	37.5*	10	25*	11	27.5

Изох.* ишончли фарқ (асосий ва назорат гуруҳларида ишончли фарқ– $p<0,05$; – $p<0,01$, даводан олдинги ва кейинги кўрсаткичларда ишончли фарқ– $p<0,05$; – $p<0,01$).

Хар икки гуруҳда мушак кучининг ўзгариш динамикаси таҳлил қилинди, асосий гуруҳда даволашдан олдин бир беморда плегия мавжуд эди, даволашдан сўнг ушбу беморда мушак кучи ортди, 2 баллик мушак кучи даволашдан олдин 15 % беморда кузатилган бўлса, даволашдан сўнг 10% беморда аниқланди, 3 баллдаги мушак кучи асосий гуруҳда даволашдан олдин 32 % беморда кузатилган бўлса даволашдан сўнг 25 % беморда кузатилди. Назорат гуруҳида эса даволашдан олдин 30 беморда кузатилган эди, даволашдан сўнг ушбу гуруҳдаги беморларда кўрсаткичлар ортди ва 37.5 % ни ташкил қилди. 4 баллдаги мушак кучи кузатилган беморлар асосий гуруҳда даволашдан олдин 32 % ни ташкил қилган бўлса, даволашдан сўнг бу гуруҳдаги беморларнинг 38 % ида 4 баллик мушак кучи аниқланди,

назорат гуруҳида эса даволашдан олдин 30 % ни ташкил этган бўлса даволашдан кейин 25 % беморларда 4 баллик мушак кучи аниқланди. Рефлектор мушак кучи асосий гуруҳ беморларимизда даволашдан олдин 20 % беморда кузатилган бўлса даволашдан кейин 27 % беморларимизда рефлектор типдаги мушак кучи аниқланди, назорат гуруҳида эса рефлектор мушак кучи кузатилган беморлар сони ўзгаришсиз қолди.

Беморларда даволашдан олдин ва кейин мушак тонуси текширилди ва олинган натижалар ҳар икки гуруҳларда таққосланди.



Расм 5. Асосий ва назорат гуруҳи беморларида даволашдан олдин ва кейин мушак тонусининг ўзгариши.

Мушак тонуси ошган беморлар асосий гуруҳда даволашдан олдин 53 % ни ташкил қилди, даволашдан кейин эса 55 %ни ташкил қилди, назорат гуруҳида эса ушбу кўрсаткич дастлаб 45 % бўлган бўлса, даволашдан кейин 60 %ни ташкил этди. Мушак тонусининг пасайиши асосий гуруҳда даволашдан олдин 41 %кузатилган эди, даволашдан сўнг бу кўрсаткич 30 %ни ташкил қилди, назорат гуруҳида 47,5 % даволашдан олдин кузатилди, даволашдан кейин 30 ни ташкил қилди. Мушак тонуси ўзгармаган беморлар асосий гуруҳда даволашдан олдин 6 % ни ташкил қилди, даволашдан кейин 15 % ни ташкил қилди, назорат гуруҳида мушак тонуси ўзгармаган беморлар даволашдан олдин 7,5%да эди, даволашдан сўнг 10 % ни ташкил қилди.

Мушак тонусининг ўзгаришлари баҳоланганда асосий гуруҳда ижобий ўзгаришлар назорат гуруҳига кўра кўпроқ аниқланди.

Кундалик ҳаёт фаоллигини бартел индекси бўйича баҳоланиши

Бартел индекси ўзига ўзи хизмат қилиш ва ҳаракат функцияларини баҳолаш имконини беради. Кундалик фаоллик баллларда баҳоланади.

Асосий гуруҳда даволашдан олдин Бартел индекси бўйича $59,8 \pm 20,1$ ни ташкил қилди, даволашдан сўнг эса $71,6 \pm 14,1$, назорат гуруҳида эса даволашдан олдин $57,8 \pm 9,1$ ни даволашдан кейин $68,8 \pm 6,2$ ни ташкил қилди.

Кундалик ҳаёт фаоллигини бартел индекси орқали баҳолаш индексининг асосий ва назорат гуруҳларида даволашдан олдин ва кейин баллардаги қиймати 9 - жадвал маълумотларида келтирилган.

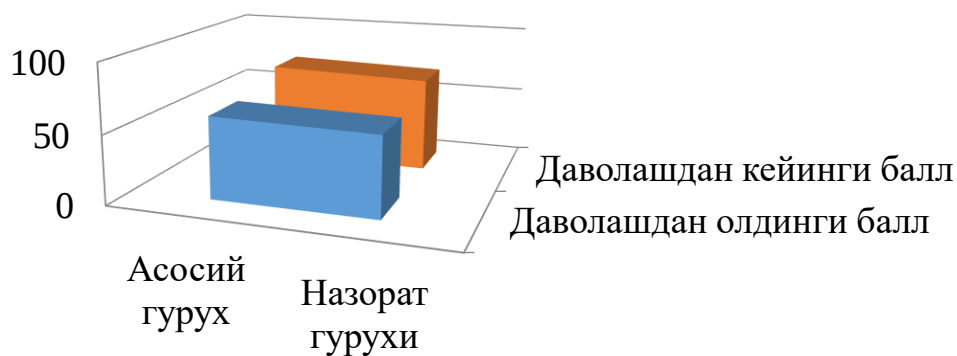
9 - жадвал

Кундалик ҳаёт фаоллигини бартел индекси орқали баҳолаш индексининг асосий ва назорат гуруҳларида даволашдан олдин ва кейин баллардаги қиймати

Гуруҳлар	Даволашдан олдинги балл	Даволашдан кейинги балл
Асосий гуруҳ	$59,8 \pm 20,1$	$71,6 \pm 14,1^*$
Назорат гуруҳи	$57,8 \pm 9,1$	$68,8 \pm 6,2$

Изоҳ: * - Асосий гуруҳ ва назорат гуруҳи беморлари кўрсаткичлари ўртасидаги фарқлар ($p < 0.05$).

Асосий ва назорат гуруҳларининг даволашдан олдинги ва кейинги Бартел шкаласи бўйича кўрсаткичлари



	Асосий гуруҳ	Назорат гуруҳи
■ Даволашдан олдинги балл	60	58
■ Даволашдан кейинги балл	72	69

Расм. 6 Асосий ва назорат гуруҳларининг даволашдан олдинги ва кейинги Бартел шкаласи

Кундалик ҳаёт фаоллигини бартел индекси бўйича баҳоланишнинг бошқа пунктлари бўйича сўровнома ўтказилганда асосий гуруҳда 45 % беморда, назорат гуруҳида эса 40 % беморда овқат қабул қилиш бўйича муаммолар бартараф этилганлиги, 33 % асосий гуруҳ беморларида ва 27 % назорат гуруҳларида персонал хожатхона бўйича муаммолар бартараф этилганлиги, 78 % асосий гуруҳ беморларида ва 67 % назорат гуруҳи беморларида кийиниш ва чўмилиш яхшиланганлигини билдиришди. Бу эса ўз навбатида игна рефлексотерапиясининг беморнинг ҳаёт сифатига ижобий таъсир қилиши, бемор ва унинг яқинларига бўлган юкламанинг камайишига олиб

келди ва беморлар ҳаёт сифатини етарли даражада яхшилади



Расм.7 Бартел шкаласи бўйича баҳоланиши

Динамикада асосий гуруҳ беморларини даволашда қуйидаги натижалар олинди: 3 ойдан сўнг 15 % беморларда аҳволини сезиларли яхшиланиши, 17 % аҳволини яхшиланиши, 18 % сезиларсиз яхшиланиши, 50% ҳеч қандай ўзгаришларсиз ҳолат қайд этилди; 6 ойдан сўнг – 16% беморда аҳволининг сезиларли яхшиланиши, –28 % – аҳволини яхшиланиши, – 20,0% сезиларсиз яхшиланиши, 20,0 % ҳеч қандай ўзгаришларни бўлмаслиги аниқланди.

Динамикада назорат гуруҳи қуйидаги натижаларни олди: 3 ойдан кейин сезиларли яхшиланиш қайд этилмади – 10,0% беморда, 12 % – сезиларсиз яхшиланиш, 88% ўзгаришларсиз ҳолат қайд этилди; 6 ойдан сўнг– 12 % сезиларли яхшиланиш, 16% беморда яхшиланиш, 40,0% беморда сезиларсиз яхшиланиш, 32 % ўзгаришларсиз ҳолат кузатилди.

Барча беморларда суткалик қон босими мониторинги (СҚБМ) маълумотларининг таҳлили АҚБ (САҚБ, ДАҚБ, АҚБ ср) кунлик кўрсаткичлари асосий ва назорат гуруҳи беморларида даволашдан олдин ва

кейин ўрганилди. Асосий ва назорат гуруҳидаги артериал қон босими кўрсаткичлари 10 - жадвал маълумотларида келтирилган

10 - жадвал

Даволашдан олдин кун даври мобойнида асосий ва назорат гуруҳи беморларида АҚБ ҳамда ЮҚС кун давомидаги кўрсаткичлари

Кўрсаткичлар М(о)	Асосий гуруҳ (n=100)	Назорат гуруҳи (n=40)
САҚБ, мм симоб устуни	133±4,3*	129±2,8*
ДАҚБ, мм симоб устуни	88±3,4*	85±2,1*
АҚБўртача мм симоб устуни	97,4±5,3*	87±2,8*
ПАҚБ, мм симоб устуни	44,3±4,1	41,3±3,8
ЮҚС зарба/дқиқа	89,5±2,5	86,8±2,1*

Изоҳ: * - назорат ва асосий беморлари кўрсаткичлари ўртасидаги фарқлар ($p<0.05$).

Ҳар иккала гуруҳ беморларида ПАҚБ унча катта бўлмаган кўрсаткичи ДАҚБ га нисбатан САҚБ ўта ифодаланган пасайишининг оқибати ҳисобланади. Асосий гуруҳда ва назорат гуруҳларига нисбатан ЮҚС нинг ошиши қайд қилинди, бунга организм қон айланишини яхшилашга қаратилган симпатикотония оқибати сингари қараш мумкин. “Тунги” даврда артериал босим кўрсаткичи ҳам назорат гуруҳида асосий гуруҳ беморлари кўрсаткичларига нисбатан паст бўлди ($p<0,05$).

Асосий гуруҳ беморларида ЮҚС назорат гуруҳи беморлари кўрсаткичларига нисбатан юқори ($p<0,05$) бўлиб, бу ўз навбатида ортиқча тунги симпатик таъсир белгиси бўлиши мумкинлиги билан изоҳланди (5-жадвал). Асосий гуруҳ беморларида артериал қон босимининг нисбий кўрсаткичларидаги тафовутга қарамай, артериал босим вариабеллиги нормадан юқори бўлди. Назорат гуруҳ шаслари ва АГ беморларида “тун” даври мобайнида АҚБ ва ЮҚС кўрсаткичлари асосий ва назорат гуруҳи беморларида 3.1.6 жадвал маълумотларида келтирилган.

**Асосий ва назорат гуруҳ беморларида “тун” даври мобайнида АҚБ ва
ЮҚС кўрсаткичлари**

Кўрсаткичлари М (а)	Асосий гуруҳ (n=100)	Назорат гуруҳи (n=40)
САҚБ, мм симоб устуни.	117,1±1,7 *	113,2±1,5 *
ДАҚБ АБ, мм симоб устуни.	72,3±2,5 *	71,7±2,5 *
АҚБўртача мм симоб устуни.	89,9±1,3 *	88,1±2,3*
ПАҚБ, мм симоб устуни.	44,6±1,6 *	41,3±1,4*
ЮҚС, зарба/дақиқасига	69,1±1,8	71,2±1,5*

Изоҳ: * - Асосий гуруҳ ва назорат гуруҳи беморлари кўрсаткичлари ўртасидаги фарқлар ($p<0.05$).

Шундай қилиб, Асосий гуруҳда 55,0% ва назорат гуруҳида 50% беморда артериал босим кўрсаткичининг пастлигига қарамай, САҚБ умум қабул қилинган норма даражасида қамайгани, ДАҚБ асосий гуруҳда 45% беморда СИ нормадан ташқарида отриши ва назорат гуруҳида фоизли муносабатнинг ўзгармаганлиги аниқланди. Икки гуруҳ беморларида “кундузги” даврда гипотензия вақти индекси кутилганидек, назорат кўрсаткичларидан ортиб кетди. Бунда гуруҳлар ўртасида статистик сезиларли фарқ аниқланмади. Игна рефлексотерапияси ўтказилгандан сўнг барча беморларнинг кундузги ва тунга артериал қон босим кўрсаткичлари айта текширилди ва олинган натижалар таҳлил қилинди. Даволашдан кейин кун даври мобойнида асосий ва назорат гуруҳи беморларида АҚБ ҳамда ЮҚС кун давомидаги кўрсаткичлари 12 жадвал маълумотларида келтирилган.

**Даволашдан кейин кун даври мобойнида асосий ва назорат гуруҳи
беморларида АҚБ ҳамда ЮҚС кун давомидаги кўрсаткичлари**

Кўрсаткичлари, М(о)	Асосий гуруҳ (n=100)	Назорат гуруҳи (n=40)
САҚБ, мм симоб устуни	113±2,3*	121±2,2*
ДАҚБ, мм симоб устуни	80±3,4*	82±2,1
АҚБўртача мм симоб устуни	87,4±2,3*	85±2,1*
ПАҚБ, мм симоб устуни	38,3±2,1	39,1±1,8
ЮҚС зарба/дқиқа	79,5±2,5	76,8±2,1*

Изоҳ: * - назорат ва асосий беморлари кўрсаткичлари ўртасидаги фарқлар ($p < 0.05$).

Кундалик артериал босими кўрсаткичлари ҳар икки гуруҳда ҳам ижобий ўзгарганлигини, артериал қон босимининг меъёрлашганлигини динамикада кузатдик, олинган натижалар ҳар икки гуруҳда ҳам ўхшашликни касб этди, аммо САҚБ нинг мўътадиллашганлиги асосий гуруҳда кўпроқ кузатилди. Тунги артериал босим кўрсаткичларида сезиларли фарқ асосий ва назорат гуруҳлари орасида кузатилдмади. Бу тунги симпатикотониянинг ортиши билан боғлиқ деб изоҳланди.

Хулоса: Игнарефлексотерапиясини ишемик инсультдан тикланиш даврида қўлланилиши характ бузилишларининг тикланиш жараёнини яхшилайти, реабилитация муддатини қисқартиради, беморлар ҳаёт сифатини яхшилайти, беморларни ўзига хизмат қилиш қобилиятини оширади ва артериал қон босимини нормаллашувига олиб келиши билан бирга даволаш жараёнини қисқартиради.

Ишемик инсультнинг эрта тикланиш даврида сезги бузилишларининг тикланиш динамикаси

Мамлакатимизда, сўнгги 40 йил ичида, акупунктура мия инфарктининг ўткир даврида беморларни қўшимча даволашнинг муҳим самарали усули сифатида баҳоланадиган қўплаб асарлар нашр этилди, бу эса ушбу неврологик нуқсонларни камайтиришда сезиларли натижаларга эришиш имконини беради.

Рефлексли таъсир миянинг қўплаб қисмлари иштирокида, қабул қилинган маълумотларнинг интегратив таҳлиliga асосланган асаб ва гуморал механизмлар иштирокида амалга оширилади. Ҳозирда акупунктурага ва акупунктура нуқталарига жавобан таъсир қилишнинг нейрогуморал механизмларни ўз ичига олган ҳолда асаб тизими орқали амалга оширилиши ҳақида маълумотлар мавжуд. Акупунктура нуқталарини стимуляция қилиш стимуляцияланган нуқта билан чамбарчас боғлиқ бўлган ички органларда метамер ёки орқа мия сегментида энг аниқ рефлексли таъсирга сабаб бўлади. Бу тамойил аниқ белгиланган нейроанатомик асосга эга, чунки индивидуал умуртқа сегментларга нафақат терининг тегишли жойлари (дерматомлар), балки мушаклар (миотомалар), суяклар ва лигаментлар (склеротомлар), томирлар ва ички органлар (энтеротомлар) киради.

Ишемик инсультнинг эрта тикланиш даврида сезги тикланиши динамикасига игна рефлес терапиясининг самарадорлигини асосий ва назорат гуруҳ беморларида 6 ой давомида назорат қилдик. Натижалар субъектив симптоматиканинг кузатилиши ва чуқур неврологик кўрик натижаларига асосланиб таҳлил қилинди. Қуйида келтирилган 13 жадвалда асосий ва назорат гуруҳида кузатилган сезги бузилишлари келтирилган.

Сезги бузилишлари асосий гуруҳда ҳам назорат гуруҳида ҳам текширилганда таъм ва хид билишининг йўқолиши кузатилмади. Кўрув ўткирлигининг пасайиши асосий гуруҳда 47% беморда кузатилган бўлсада бу ўзгаришлар ёшга боғлиқ ўзгаришлар сифатида баҳоланди.

Фазода тана ҳолатининг билишнинг бузилилари: вестибуляр функциянинг бузилиши ва чуқур сезгининг бузилиши асосий гуруҳдан битта беморда кузатилди.

13 - жадвал

Асосий ва назорат гуруҳида кузатилган сезги бузилишлари ва учраш динамикаси

Сезги бузилишлари	Асосий гуруҳ		Назорат гуруҳи	
	Мут	%	Мут	%
Анестезия	3	3	1	2.5
Анальгезия	2	2	1	2.5
Термоанестезия	1	1		
Гипестезия	11	11	6	15*
Гиперэстезия	28	28	12	30*
Гиперальгезия	25	25	7	17.5
Полиэстезия	1	1		
Аллохейрия	3	3	1	2.5
Дизестезия	4	4	2	5
Парастезия	6	6	1	2.5
Гиперпатия	3	3		

Изох.* ишончли фарқ (* – $p < 0,05$; – $p < 0,01$; * – $p < 0,001$).

Сезги бузилишларининг асосий ва назорат гуруҳида кузатилишининг таҳлилига тўхталадиган бўлсак, асосий гуруҳда Анестезия — тактил сезувчанликнинг йўқолиши фақат 3 тагини беморда кузатилди ва бу ватинчалик кузатилди. Назорат гуруҳда ҳам ушбу сезги бузилининг кузатилиши қайд этилди. Анальгезия оғриқ сезгисининг йўқолиши ҳар икки гуруҳда ҳам кузатилди. Термоанестезия ҳарорат сезгисининг йўқолиши асосий гуруҳда битта беморда кузатилди. Гипестезия тактил сезувчанликнинг камайиши ҳар икки гуруҳда ҳам кузатилди. Гиперэстезия тактил сезувчанликнинг ортиши асосий гуруҳда ҳам назорат

гуруҳида ҳам кузатилди. Гиперальгезия оғриқ сезгисининг кучайиб кетиши асосий гуруҳда назорат гуруҳидан кўпроқ кузатилди. Полиэстезия битта сезгининг кўп бўлиб туюлиши асосий гуруҳ юеморларидан битта ҳолатда кузатилди. Аллохейрия симметрик қарама қарши томонда таъсир нуқтасини кўрсатиш асосий гуруҳда ҳам назорат гуруҳида ҳам кузатилди. Дизестезия рецептор сезувчанликнинг бузилиши, яъни иссиқни совуқ деб, оғриқни иссиқ деб сезиш ҳар икки гуруҳ беморларида ҳам кузатилди, Парестезиялар асосий гуруҳда назорат гуруҳидан бирорз кўпроқ кузатилди. Гиперпатия назорат гуруҳидан фарқли равишда асосий гуруҳда кузатилди.

Беморларда игна рефлекс муолажаси ўтказилиб ўзгаришлар динамикаси олти ой давомида ўзгаришлар динамикаси назорат олдин ва игна рефлекс муолажасидан олдин ва кейинги натижалар асосий ва назорат гуруҳларда ўзгариш динамикаси таққосланди. Олинган натижалар жадвал кўринишида куйидаги 14 жадвал ва 8 - расмда келтирилган.

14 - жадвал

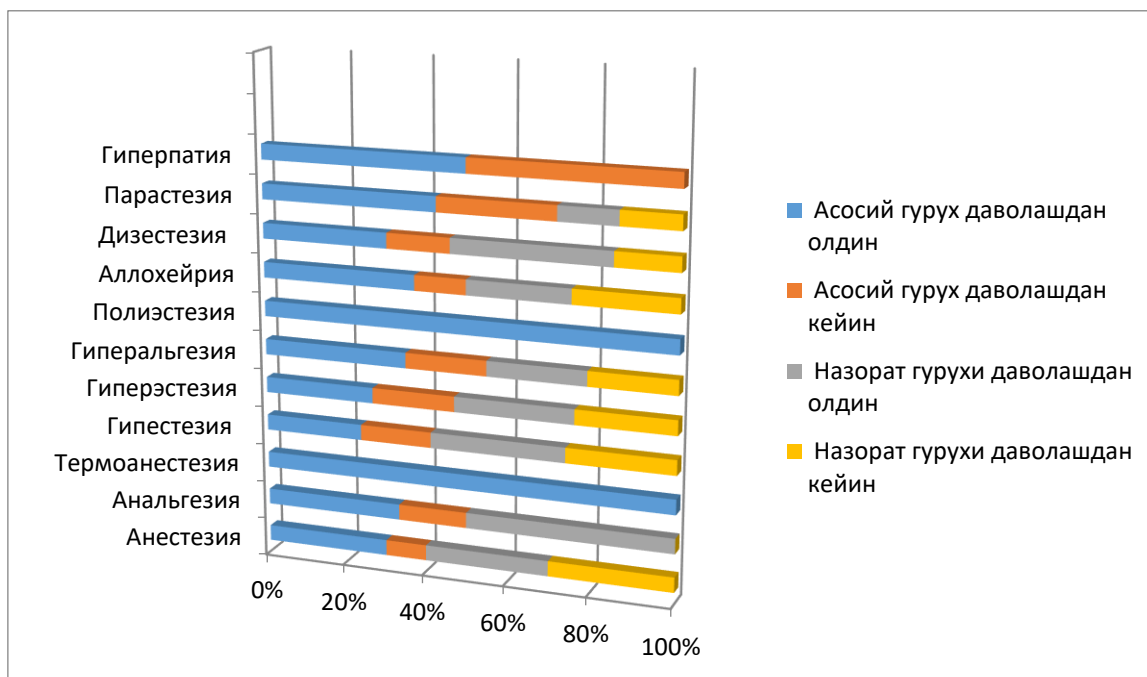
Асосий ва назорат гуруҳида кузатилган сезги бузилишларининг даволашдан олдин ва кейин кузатилиш динамикаси %

Сезги бузилишлари	Асосий гуруҳ		Назорат гуруҳи	
	Даволашдан олдин	Даволашдан кейин	Даволашдан олдин	Даволашдан кейин
Анестезия	3	1*	2.5	2.5
Анальгезия	2	1	2.5	0*
Термоанестезия	1			
Гипестезия	11	8*	15	12.5
Гиперэстезия	28	21*	30	25
Гиперальгезия	25	14	17.5	15
Полиэстезия	1			
Аллохейрия	3	1	2.5	2.5
Дизестезия	4	2	5	2.5
Парастезия	6	4	2.5	2.5
Гиперпатия	3	3		

Изох.* ишончли фарқ (* – $p < 0,05$; – $p < 0,01$; * – $p < 0,001$).

Сезги бузилишларининг асосий ва назорат гуруҳида игна рефлекс муолажасидан сўнг сезиларли даражада ўзгаришлар кузатилди. Бу

Ўзгаришлар касалликнинг ўз вақтида ўтказилган реабилитацияси ва организмнинг ўзини тиклаш нейрофизиологик реакциялари таъсирига игна рефлексотерапиясининг самарали таъсири билан изоҳланди. асосий гуруҳда Анестезия — тактил сезувчанликнинг йўқолиши фақат 3 тагини беморда кузатилди ва игна рефлексотерапиясидан сўнг ушбу ўзгаришлар динамикада ҳар икки гуруҳда камайиши қайд этилди.



Расм. 8 Асосий ва назорат гуруҳи беморларида даволашдан олдин ва кейин сезги бузилишларининг учрай динамикаси

Анальгезия оғриқ сезгисининг йўқолиши ҳар икки гуруҳда ҳам кузатилди даво муолажаларидан сўнг назорат гуруҳида ушбу турдаги сезги бузилиши қайд этилмади. Термоанестезия ҳарорат сезгисининг йўқолиши асосий гуруҳда битта беморда кузатилди ва даво муолажаларидан сўнг ушбу патологик сезги бузилиши қайд этилмади. Гипестезия тактил сезувчанликнинг камайиши ҳар икки гуруҳда ҳам кузатилди аммо тузалиш динамикаси бўйича асосий гуруҳда юқори кўрсаткич қайд этилди. Гиперэстезия тактил сезувчанликнинг ортиши асосий гуруҳда ҳам назорат гуруҳида ҳам кузатилган бўлсада, яхшиланиш динамикаси асосий гуруҳда назорат гуруҳига нисбатан юқори фоизларда кузатилди. Гиперальгезия оғриқ сезгисининг кучайиб кетиши даволашдан олдин асосий гуруҳда назорат

гуруҳидан кўпроқ кузатилди, даволашдан кейин асосий гуруҳда яхшиланиш динамикаси 5 %ни, назорат гуруҳида эса 2.5% ни ташкил қилди.

Полиэстезия битта сезгининг кўп бўлиб туюлиши асосий гуруҳ юеморларидан битта ҳолатда кузатилди ва даволашдан сўнг ушбу патологик ҳолат қайд этилмади. Аллохейрия симметрик қарама қарши томонда таъсир нуқтасини кўрсатиш даволашдан олдин асосий гуруҳда ҳам назорат гуруҳида ҳам кузатилди, даволашдан кейин эса асосий гуруҳда тузалиш динамикаси кузатилган бўлсада, назорат гуруҳида ўзгаришлар кузатилмади. Дизестезия рецептор сезувчанликнинг бузилиши, яъни иссиқни совуқ деб, оғриқни иссиқ деб сезиш даволашдан олдин ҳар икки гуруҳ беморларида ҳам кузатилди ва даволашдан кейин бир хил динамикада ҳар икки гуруҳда тузалиш фоизлари кузатилди, даволашдан олдин Парестезиялар асосий гуруҳда назорат гуруҳидан биров кўпроқ кузатилди аммо даволашдан сўнг асосий гуруҳда ҳам назорат гуруҳида ҳам бир хилда тузалиш динамикаси қайд қилинди.

Гиперпатия назорат гуруҳидан фарқли равишда асосий гуруҳда кузатилди ва даволашдан сўнг ушбу патологик ҳолатнинг ўзгариш динамикаси қайд этилмади.

Бўлим бўйича хулоса қилиб айта оламизки, игна рефлексотерапиясини асосий даволашга қўшимча равишда қабул қилиш ишемик инсульт ўтказган беморларда эрта тикланиш биосқичида етарлича самарадорлик кўрсатади ва полипрагмазия юзага келишини олдини олиб тузалиш жараёнларини тезлаштиради, госпитализация муддатини қисқартиради ҳамда, етарли миқдорда иқтисодий тежамкорликка олиб келади.

Хулоса: Сезги бузилишларининг асосий ва назорат гуруҳида игна рефлекс муолажасидан сўнг сезиларли даражада ўзгаришлар кузатилди. Бу ўзгаришлар касалликнинг ўз вақтида ўтказилган реабилитацияси ва организмнинг ўзини тиклаш нейробиологик реакциялари таъсирига игна рефлексотерапиясининг самарали таъсири билан изоҳланди.

Ишемик инсультнинг эрта тикланиш даврида нутқ тикланиш динамикаси

Тадқиқотимиз давомида беморларда ҳар икки гуруҳда нутқ бузилишларини таҳлил қилдик, бизнинг кузатувимизда энг кўп учраган нутқ бузилишлари сенсомотор афазия, дизартрия ва аралаш типдаги нутқ зараланишлари кузатилди. Ишемик инсультдаги Дизартрия ва нутқ бузилишлари учун ишлатиладиган акупунктур нуқталар: V-2; TBM-3; TBM-9; TBM-21; TBM-22; J-23; E-6; GI-4; T-20

Ишемик инсультдаги тутқаноқ, дудуқланиш, астиноневротик синдромларда қўлланиладиган акупунктур нуқталар: GI-4; E-36,2,6,7; Rp-6; VB-20; V-11,15,4,5; R-1, 4; F-2; J-4,20; T-20

Беморларда кузатилган нутқ бузилишларининг таҳлили 15-жадвалда келтирилган. Нерв тизимининг лаабиллиги оқибатида ҳам нутқ бузилишлари кузатилди.

15 - жадвал

Асосий ва назорат гуруҳида энг кўп учраган нутқ бузилишларининг кузатилиши

Нутқ бузилишлар Гуруҳлар	сенсомотор афазия		Дизартрия		аралаш типдаги нутқ зараланишлари	
	Мут	%	Мут	%	Мут	%
Асосий гуруҳ n=100	45	45	46	46*	9	9
Нazorат гуруҳи n=40	13	32,5*	25	62,5	2	5

Изох.* ишончли фарқ (* – $p < 0,05$; – $p < 0,01$; * – $p < 0,001$).

Асосий гуруҳда ҳам, назорат гуруҳида ҳам энг кўп учраган нутқ бузилишлари дизартрия юқори фоизларда аниқланди 46 % ва 62,5 %. Энг кам учраган нутқ бузилиши ҳар икки гуруҳда ҳам аралаш типдаги нутқ бузилишлари аниқланди. Ҳар икки гуруҳда ҳам нутқ бузилишларининг

кузатилиши даво муолажалри тугатилганидан сўнг ҳам қайта бахоланди. Олинган натижалар даводан олдинги ва кейинги ҳолатларда солиштирилди. Икки гуруҳ натижалари бир бири билан таққосланди. Даволашдан олдинги ва кейинги нутқ бузилишларининг кузатилиши 16 - жадвалда келтирилган.

16 - жадвал

Асосий ва назорат гуруҳида энг кўп учраган нутқ бузилишларининг кузатилиши

Нутқ бузилишлар Гуруҳлар		сенсомотор афазия		Дизартрия		аралаш типдаги нутқ зараланишлари		Нутқ бузилишлар йўқ	
		Мут	%	Мут	%	Мут	%	Мут	%
Асосий гуруҳ n=100	олдин	45	45	46	46	9	9		
	Кейин	38	38*	39	30*	3	3	20	20
Назорат гуруҳи n=40	Олдин	13	32,5	25	62,5	2	5		
	Кейин	12	30	23	57,5	1	2,5	4	10

Изох.* ишончли фарқ (асосий ва назорат гуруҳига нисбатан*– $p<0,05$; – $p<0,01$), даволашдан олдин ва кейинги натижаларга нисбатан – $p<0,05$; – $p<0,01$

Асосий гуруҳда сенсомотор афазиянинг кузатилиши 7 % га камайган бўлса, назорат гуруҳида сенсомотор афазиянинг кузатилиши 2,5 % га камайиши кузатилди, дизартрия эса асосий гуруҳда 16 % га камайган бўлса ($p<0,01$), назорат гуруҳида даволанишдан сўнг 5 % га камайди($p<0,01$), аралаш типдаги нутқ зараланишлари даволанишдан сўнг асосий гуруҳда 6 % га камайди, назорат гуруҳида 2,5 % га камайди. Нутқ бузилишлари кузатилмаган беморлар даволанишдан сўнг асосий гуруҳда 20 % кузатилди($p<0,01$), назорат гуруҳида эса 10 % беморларда нутқ бузилишлари кузатилмади($p<0,05$).

Хулоса: Игнорефлексотерапиясини ишемик инсульт ўтказган беморларда асосий даволашга қўшимча равишда қўлланилиши, нутқ бузилишлари:

дизартриялар, сенсор ва мотор афазиялар, ҳамда аралаш турдаги нутқ бузилишларининг тикланиш жараёнига ижобий таъсир кўрсатади ва тикланиш вақтини қисқартиради.

IV БОБ. ИШЕМИК ИНСУЛЬТНИНГ ЭРТА ТИКЛАНИШ ДАВРИДА ИГНА РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯНИНГ НЕВРОЛОГИК ТАЪСИРИНИ БАҲОЛАШ

Ишемик инсультнинг эрта тикланиш даврида неврологик симптоматиканинг тикланиш динамикаси

Беморларда игнарефлексотерапия асосий давога қўшимча равишда 10 кун давомида 10 та муолажа ўтказилди. Барча беморларида ўзгаришлар динамикада олти ой давомида баҳоланди. Муолажалар тугагандан сўнг беморлар ҳар икки гуруҳда қайта баҳоланди ва олинган натижалар таққосланди. Беморларда парез ва плегиянинг учраши, мушак кучининг ўзгариши асосий ва назорат гуруҳида даволашдан олдин ва кейинги натижалар таққосланди. Асосий ва назорат гуруҳлари беморларида даволашдан олдин ва кейин кузатилган умумий мия клиник белгилари кузатилиши тавсифи 16 - жадвал маълумотларида келтирилган.

16 - жадвал

Беморларда умумий мия клиник белгилари кузатилиши тавсифи.

Касаллик симптомлари	Асосий гуруҳ		Назорат гуруҳи	
	Олдин %	Кейин %	Олдин %	Кейин %
<i>Умумий белгилари:</i>				
Бош оғриғи	75	55*	77	72.5
Носистем бош айланиши	60	45	67.5	57.5
Бошда оғирлик ҳисси	66	50*	57.5	55
Бошдаги шовқинлар	50	40	62.5	55
Қулоқда шовқин	40	36	52,5	50
Ҳолсизликнинг кучайиши	90	40	100	67,5

Изох.* ишончли фарқ (асосий ва назорат гуруҳига нисбатан*– $p < 0,05$; – $p < 0,01$), даволашдан олдин ва кейинги натижаларга нисбатан – $p < 0,05$; – $p < 0,01$

Асосий ва назорат гуруҳида умумий мия белгиларининг динамикаси даволанишдан олдин ва кейин назорат қилинганда асосий гуруҳда энг кўп

учраган клиник белги ҳолсизликнинг кучайиши 90% ҳолатда кузатилган бўлса ($p<0,01$), назорат гуруҳида эса барча беморларда кузатилди. Энг кам учраган клиник белги эса кулоқдаги шовқин асосий гуруҳда 50 % беморда даволашдан олдин кузатилган бўлса, ИРТ терапиядан сўнг эса 36% га динамикада камайди. Назорат гуруҳида эса 52,5 фоиздан 50% га камайди.

Худди шундай цереброваскуляр томир ҳавзасида ишемик инсулт кузатилган беморлар неврологик ҳолати текширилганида касалликнинг ўткир даврида VII ва XII бош мия жуфт нервларининг марказий парези аксария ҳолат беморларда ҳар хил даражада кўриниши аниқланди. Харакат маркази ўрганилганда ҳамма касалларда бир томонлама парез ва параличлар борлиги аниқланди. Баъзи касалларда монопарез ва енгил гемипарез, кўп ҳолларда ўртача ва чуқур гемипарез ёки гемиплегия учрайди. Касалларни кўпгина қисмида мушак тонусининг спастик типда ошиши кузатилди. Гемипарез томонида беморда пай рефлекслари ошганлиги кузатилди.

Тери рефлексларини пасайиши ва йўқолиши дастлаб ҳамма текширилган касалларда учрайди. Патологик рефлекслар ҳамма касалларда учраган, булардан Бабинский ва Оппенгейм симптоми энг кўп кузатилади. Бундан ташқари паретик қўл ва оёқда химоя рефлекслари ҳам кузатилди. Аниқланган касалларнинг кўпчилигида патологик рефлексларни кузатилганлиги ва яққол кўриниши бир томондан ихтиёрий ҳаракат йўли марказий нейрони шикастланганлигини яққол кўзга ташланади. Орал автоматизм белгилари, бу Маринеско-Радович симптоми ва хартум рефлексни нисбатан беморда пастроқ кузатилди, шу билан бирга товон ва тизза қопқоқчаси клонуси кузатилмади.

Айнан цереброваскуляр томир бассейни соҳасида ишемик инсулт кузатилган беморларнинг эрта тикланиш даврида неврологик ҳолати аниқланганида кўпчилик касалларда юқоридаги симптомлар регресланганлиги кузатилди: мушак кучи ортганлиги қайд этилди, спастик мушак тонусининг камайди, гемигипестезия тикланиши, қорин рефлекслари ҳам кузатилди. Лекин беморларда орал автоматизм белгилари, жумладан Маринеско-

Радович симптоми ва хартум рефлекси яққол чақирилмади. Бу эса беморларда ишемик инсултдан кейин игна рефлекс терапиясининг қўлланиши муддат ўтиши билан кўп ҳолларда икки ёқлама кортико-нуклеар йўллارнинг патологик ҳодисага жалб қилиниши юқорилиги эканлигидан далолат беради.

Даволашдан олдин ва даволашдан кейин учоқли неврологик симптоматиканинг учраш динамикаси асосий ва назорат гуруҳида таҳлил қилинди(17-жадвал)

17- жадвал

Муолажадан олдин ва кейинги асосий ва назорат гуруҳ беморларида невростатус курсатгичлар ўзгариши

Ўчоқли неврологик дефицитлар:	Асосий гуруҳда		Назорат гуруҳда	
	Олдин %	Кейин %	Олдин %	Кейин %
VII- XII жуфт БМН марк фалажи	30	21*	37.5	32.5
Гемипарез	30	23	32.5	30
Монопарез	10	7	12	8
Анизорефлексия	8	7	12	12
Патологик рефлекслар	40	31*	50	45
Орал автоматизм рефлекслар	15	8	45	42.5
Эмоционал лабиллик	100	50	100	63.5*
Экстрапирамидал бузилишлар	2	1	2	1
ОНФнинг бузилиши	65	48*	50	45

Изох.*ишончли фарқ даволашдан олдин ва кейинги натижаларга нисбатан (– $p<0,05$; – $p<0,01$)

Асосий гуруҳда энг кўп учраган неврологик белги бу эмоционал лабиллик бўлиб, даволашдан олдин ҳар икки гуруҳнинг барча беморларида кузатилган бўлса, даволашдан сўнг асосий гуруҳнинг 50 % $p<0,01$ беморларида кузатилган бўлса назорат гуруҳида эса 64% $p<0,05$ ҳолатда кузатилди. Бош мия жуфт неврларининг марказий парези асосий гуруҳда 9%га камайган

$p < 0,05$, Патологик рефлексларнинг кузатилиши асосий гуруҳда 9 %га камайган $p < 0,05$, олий нерв фаолиятининг бузилишида аҳамияга молик ўзгаришлар аниқланди $p < 0,05$.

Хулоса: Игнарефлексотерапиясини ишемик инсульт ўтказган беморларда асосий даволашга қўшимча равишда қўлланилиши чуқур неврологик бузилишларининг тикланиш жараёнига ижобий таъсир кўрсатади ва эрта тикланиш босқичида невростатуси даводан сўнг текширилган кўпгина беморларда куйидаги симптомлар регресланганлиги аниқланди: мушак кучи ошганлиги қайд этилди, спастик мушак тонуси камайди, гемигипестезия тикланиш вақтини қисқартиради ва даволаниш самарадорлигини оширади.

Ишемик инсультнинг эрта тикланиш даврида когнитив бузилишларнинг тикланиш динамикаси

Ишемик инсульт натижасида юзага келувчи когнитив бузилишлар жуда юқори даражада тарқалган ҳолатлардан бири бўлиб, улар асосий тиббий-ижтимоий аҳамиятга эга. 60-90 ёш ўртасидаги инсонларнинг 16% да қон-томир натижасида паст даражадаги когнитив ўзгаришлар учрайди. Ишемик инсультдаги когнитив бузилишлар муҳим нейродинамик ва регуляторлик хусусиятларига эга, А.Р.Лурия ва ҳаммуалифлари фикри бўйича структур-функционал блокларнинг дисфункциясига мос келувчи пешона соҳасининг бўлинмалари ва бир қатор чуқур тузилмаларнинг фаолияти бузилиши билан боғлиқ. Бош миyanинг қон томир зараланишига мос ҳолатда ўзининг сифат ва кўрсаткичлар ҳолатини ўзгартирган ҳолда когнитив нуқсонлар кўрсаткичлари ошиши кузатилди.

Бош миyanинг гипоксияси кейинчалик бош миyада қон айланишнинг ауторегуляция механизмларининг зарарланиши таъсирида юзага келади.

Барча беморларда когнитив бузилишлар даражасини баҳолашда MMSE нейropsихологик баҳолаш тести, соат кўрсаткичини чизиш усули ,10 та сўзни эслаб қолиш методикасидан ва Шульте жадвалидан фойдаланилди. Келтириб ўтилган нейropsихиологик текширувлар асосида ишемик инсультнинг эрта тикланиш даврида когнитив бузилишлар даражасига игна рефлексотерапиясининг таъсири ўрганилди. Беморларни тахлил натижалари шуни кўрсатдики барча беморларнинг турли хил даражадаги когнитив бузилишлар борлиги аниқланди. Текширув натижалари 17- жадвал маълумотларида келтирилган.

Асосий ва назорат гуруҳида игнарефлексотерапиясидан олдин ва кейин когнитив статус ўзгаришлари натижаси.

Беморлар		MMSE	Соат кўрсат- кичини чизиш	Шульте жадвали
Асосий гуруҳ	Олдин	18±0,45	79±2,2	44 ± 3,1
	Кейин	24±0,58	60±1, 2	27 ± 1,8
Назорат гуруҳи	Олдин	19 ±0,36	71±1, 8	43 ± 1,3
	Кейин	22±0,58	62±1, 8	28 ± 1,6

Когнитив статусни ўрганиш тестлари натижалар тахлили орқали ишемик инсультда даволашдан кейинги давридаги когнитив етишмовчилик беморларда касалликнинг даврдан олдинги когнитив етишмовчиликга нисбатан ижобий динамика кузатилганлиги аниқланди ҳар икки гуруҳда ҳам кузатилди, MMSE шкласи бўйича баҳоланганда асосий гуруҳда дастлабки балл 18±0,45ни ташкил этган бўлса, ИРТ муолажаларидан сўнг MMSE шкласи бўйича баҳоланганда асосий гуруҳда 24±0,58баллни ташкил этди, ушбу кўрсаткичлар назорат гуруҳида 19 ±0,36да ни ташкил қилди, даво муолажалари тугагандан сўнг 22±0,58баллни ташкил қилди. Соат кўрсаткичини чизиш бўйича асосий гуруҳда дастлабки балл 79±2,2 ни ташкил қилган бўлса, игнарефлексотерапиясидан сўнг 60±1,2 ни ташкил қилди, назорат гуруҳида эса ўзгаришлар асосий гуруҳдан бироз фарқ қилди 71±1, 8 даволашдан олдинги ўртача балл бўлса, даволашдан сўнг 62±1, 8, Шульте жадвали бўйича баҳоланганда асосий гуруҳда 44 ± 3,1баллни ташкил этди, ушбу кўрсаткичлар назорат гуруҳида 43 ± 1,3 да ни ташкил қилди, даво муолажалари тугагандан сўнг асосий гуруҳда 27 ± 1,8 баллни, назорат гуруҳида эса 28 ± 1,6 баллни ташкил қилди.

Хулоса: Игнарефлексотерапиясини ишемик инсульт ўтказган беморларда асосий даволашга қўшимча равишда қўлланилиши чуқур неврологик бузилишларининг тикланиш жараёнига ижобий таъсир кўрсатади ва тикланиш вақтини қисқартиради ва даволаниш самарадорлигини оширади.

Игнарефлексотерапияси қўлланилган беморларда қон томир ўтказувчанлигини текшириш натижаларини таҳлил қилиш.

Экстракраниал қон томирларни ультратовуш таҳлили юрак қон томир касалликларини ташхис қўйишда ягона ноинвазив текширув усулидир. Бу усул универсаль текширув усули бўлиб, кўпчилик тиббиёт марказларида ҳамда бемор ётган жойида бу текширувни амалга ошириш мумкин. Бу усул асосида қоннинг ҳаракатланаётган шакли элементларидан қайтаётган ультратовуш тўлқин частоталари ўзгариш феномени ётади.

18 - жадвал

Игнарефлексотерапияси қабул қилган беморларда даволашдан олдин ва кейин умумий уйқу артерияси бўйлаб ўтказувчанликнинг ўзгариши

		Асосий гуруҳ даволашда н олдин	Назорат – гуруҳ даволашда н олдин	Асосий гуруҳ даволашда н кейин	Назорат – гуруҳ даволашда н кейин
Ўнг	Диаметр мм	7,5±2,2	7,1±1,0	8,4±1,2*	7,0±1,1
	КИМ мм	1.1±0,3	1.1±0,2	1.2±0,4	1.1±0,3
	М макс см*сек	45,2±2,2	48,4±2,3	55,2±2,6	51,4±2,0
Чап	Диаметр мм	7,2±2,4	7,0±1,1	8,3±1,4	7,0±1,1
	КИМ	1.5±0,3	1.1±0,2	1.6±0,4	1.1±0,3
	М макс	46,2±2,2	48,4±2,3	55,2±2,6*	51,4±2,0

Изох.* ишончли фарқ (*– $p<0,05$; – $p<0,01$; * – $p<0,001$).

18 - жадвал натижасини таҳлил қилинганда қон оқими тезлигини аҳамияти, шунингдек текширилаётган барча беморларда гемодинамика кўрсаткичи даволашдан сўнг асосий гуруҳда назорат гуруҳига нисбатан статистик етарли фарқга эгадир ($p<0,01$ мос келади).

Игнарефлексотерапияси қабул қилган беморларда даволашдан олдин ва кейин гемодинамик кўрсаткичларнинг ўзгариш динамикаси

		Асосий гуруҳ даволашда н олдин	Назорат – гуруҳ даволашдан олдин	Асосий гуруҳ даволашдан кейин	Назорат – гуруҳ даволашдан кейин
Ўнг	Ички уйқу артерияси диаметр мм	6,5±2,2	6,1±1,0	7,4±1,2	6,3±1,1
	Ташки уйқу артерияси диаметр мм	5.1±0,3	5.2±0,2	5.8±0,4*	5.1±0,3
	Умуртқа артерияси диаметр мм	3,2±2,2	3,4±2,3	3,7±2,6*	3,4±2,0
Чап	Ички уйқу артерияси диаметр мм	6,3±2,2	6,1±1,0	7,1±1,2	6,1±1,1
	Ташки уйқу артерияси диаметр мм	1.5±0,3	1.1±0,2	1.6±0,4	1.1±0,3
	Умуртқа артерияси диаметр мм	3,1±2,2	3,2±2,3	3,2±2,6	3,2±2,0

Изох.* ишончли фарқ (*– $p<0,05$; – $p<0,01$; * – $p<0,001$).

Игна рефлекс муолажаси ўтказилгандан сўнг асосий ўзгаришлар ички уйқу артериясида гемодинамиканинг яхшиланганлиги кузатилди. Церебрал артериялар вазоспазмнинг мавжуд билвосита белгилари беморларда гемодинамика кўрсаткичлари билан тасдиқлади. Бу кўрсаткичлар даволашдан кейинги кўрсаткичлари билан солиштирганимизда статистик аҳамиятли фарқга эга.

Хулоса: Игнарефлексотерапиясини ишемик инсульт ўтказган беморларда асосий даволашга қўшимча равишда қўлланилиш инта ва экстракраниал қон томирларда гемодинамик бузилишларни тиклайди, чуқур

неврологик бузилишларининг тикланиш жараёнига ижобий таъсир кўрсатади ва тикланиш вақтини қисқартиради ва даволаниш самарадорлигини оширади.

ИШЕМИК ИНСУЛЬТ ОЎРИГАН БЕМОРЛАРДА ИГНАРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ

Бош мия қон айланишининг ўткир бузилиши-инсультлар асаб тизимининг энг кўп тарқалган касаллиги бўлиб, барча ўлим сабаблари орасида юрак-қон томир ва ўсма касалликларидан сўнг учинчи ўринни эгаллайди. Бу касаллик кўпинча ногиронлик ва ўлимга олиб келадиган миянинг қон томир касалликларининг энг кенг тарқалган шакли

Ўзбекистонда ҳар йили 400 мингдан ортиқ инсульт содир бўлади ва шулардан ўлим даражаси 35% ни ташкил қилади. Мамлакатимизда ва МДХ мамлакатларида игнарефлексотерапияни қўллаш неврологик профилга ега беморларни даволаш ва реабилитация қилишда ўз имкониятларини ишончли кўрсатди. Ушбу даврда игнарефлексотерапия (ИРТ) нинг кўплаб тасирлари ва механизмлари аниқланди (Вогралик В.Г, Вогралик М.В, 1988; Игнатов Ю.Д. ва бошқ., 1990; Богданов Н.Н., 2000; Качан А.Т., 2002). Бу нозологик ва ёшга хос хусусиятлари бўйича ИРТ усулларини қўллаш бўйича кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар муаммосига етарлича текшириш ишларини олиб боришган.

Юқоридагиларни инобатга олган ҳолда, игнарефлексотерапия усулларини қўллаш, ўткир сереброваскуляр касалликларни даволашнинг бошқа усуллари катори амалий ва иқтисодий нуқтаи назардан долзарб бўлиб қолади. Интенсив терапия, эрта реабилитация ва асоратларнинг олдини олиш, даволашнинг янги ёндашувларини излаш ушбу турдаги патологияга эга беморларнинг ўлимини ва ногиронлигини камайтиради.

Тадқиқотнинг барча қатнашчилари Бухоро вилоят кўп тармоқли Тиббиёт маркази неврология бўлимида даволанишда бўлди ва маслаҳат поликлиникасида ҳисобда турди. Тадқиқотимизда жами 140 нафар бемор иштирок этди, беморларнинг ўртача ёши 57.91 ± 9.63 ни ташкил қилди.

Беморларнинг ёш чегараси 35 ёшдан 81 ёшгача кузатилди. Тадқиқотда иштирок этган беморларнинг гендер характеристикаси қуйидагича: 98 та аёл ва 42 та эркеклар ташкил этади .

Аёллар орасида ўртача ёш 59.5 ± 1.05 ни ташкил этди, эркек беморлар ўртача ёши 57.2 ± 0.9 ни ташкил қилди. Эркекларда ўртача ёшнинг арифметик қиймати аёл беморлар ўртача ёшидан фаркланиши ва ўртача стандарт оғишнинг кичиклиги бир қанча омиллар, хусусан, эркеклар орасида зарарли омилларнинг юқори фоизларда учраши билан боғлиқлиги тахмин қилинди.

Гурухларни ёш бўйича таҳлил қилганимизда эркек беморлар орасида бош миянинг қон томир касалликлари асосан 70 ёшдан юқори беморлар орасида кузатилишини, ушбу ёшга доир ҳолат аёл беморларда ҳам шу ёш атрофида юқори кўрсаткичларда кўп учради. Эркек беморлар орасида касаллик кузатилиши аёл беморларга нисбатан бироз эртароқ бошланиб, энг юқори ёш кўрсаткичи яъни 82 ёш ҳам эркек беморлар гуруҳида учради. Аёл беморлар гуруҳида касаллик учраган энг эрта ёш 40 ёшни ташкил қилди ва энг юқори ёш кўрсаткичи 82 ёшни ташкил қилди, касаллик энг кўп учраган ёш гуруҳи 70-79 ёш оралиғида яъни 50 % ҳолатида эркек беморларда, аёл беморларда ушбу ёш гуруҳида 45% ҳолатда кузатилди.

Аёл беморларимиз орасида 80 ёшдан юқори ёшдаги беморлар ва 40 ёшдан паст ёшдаги беморлар учрамади. Беморларда игнарефлексотерапиянинг самарадорлигини назорат қилиш учун беморлар 2 гуруҳга ажратилиб ўрганилди биринчи гуруҳда асосий даволаниш ва игнарефлексотерапия қўлланилган бўлса, иккинчи гуруҳда фақатгина асосий даволаш муолажалари олиб борилди.

1 гуруҳни 100 нафар бемор ташкил этган бўлса

2 гуруҳни 40 нафар бемор ташкил этди.

Асосий гуруҳни 70 эркек ва 30 аёл бемор ташкил этган бўлса, назорат гуруҳини 28 нафар эркек ва 12 нафар аёл ташкил этди. Беморларнинг ўратча ёши гуруҳлар бўйича кескин фарқ қилмади.

игнарефлексотерапия беморларда 10 кун давомида асосий давога қўшимча равишда ўтказилди. Игнарефлексотерапия тугагандан сўнг беморлар қайта кўриқдан ўтказилди. Беморларнинг барчаси умумий ҳолсизликка шикоят қилган бўлса, субъектив жиҳатдан ўзини ёмон ҳис қилиш, ваҳима ва қўрқув ҳисси, ўзига нисбатан ишончсизлик, кайфиятнинг мунтазам пастлиги деярли барча беморларда кузатилди 90 %. Худди шундай кўрсаткич, қўл ва оёқларда ҳолсизликнинг кузатилиши деярли барча беморларда учради. Бош айланиши эса 30 % беморларда кузатилди.

Асосий гуруҳда ҳам назорат гуруҳидаги беморларда ҳам бир қатор ёндош касалликларнинг қўшилиб келиши аниқланди. Ушбу ёндош касалликлар асосий касалликнинг даволаш жараёнига ва тикланиш жараёнига салбий таъсири тахмин қилинди, шунингдек, реабилитация жараёнларига ҳам ўз таъсирини кўрсатди.

Ишемик инсульт билан оғриган беморларни даволаш ва реабилитация қилиш учун ишлатиладиган воситаларининг етарлича аниқ клиник таъсирни таъминламайди, катта моддий ҳаражатларни талаб қилади ва ножўя таъсири, токсик ва аллергия реакциялар, воситаларга нисбатан толерантлигни ривожлантириш, дориларга нисбатан қарамлик келтириб чиқаради. Мия инфарктидан келиб чиқадиган нутқ бузилиши бўлган беморларда ИРТдан фойдаланиш имкониятларини аниқлаш. Ишемик инсульт билан оғриган беморларда мотор ва сезги бузилишларини тиклашда ИРТ имкониятлари белгиланди. Ишемик инсульт билан оғриган беморларда ИРТ нинг мия қон оқимига таъсирини Допплер текшириш усуллари ўтказилди. Стандартлаштирилган дори-дармонлар билан даволаш фониди ишемик инсульт бўлган, ИРТ олган беморлар учун акупунктур нуқталарини бирлаштириш бўйича тавсиялар ва қоидаларга эътибор қаратилди. Деярли барча ҳолатларда 100 %, ишемик инсультнинг келиб чиқишига асосий сабаб коронар, церебрал ва периферик артерияларнинг атеросклеротик зарарланиши кузатилди. Кузатувимизда бўлгант беморларнинг барчасида гипертония касаллиги кузатилди. Хилпилловчи аритмия 50 % беморларда

кузатилган бўлса, анамнезида юрак ишемик касаллиги 100% беморларда кузатилди. Сурункали касалликлар қаторида сурункали пиелонефрит 50 % беморларимизда кузатилган бўлса, сурункали бронхит 50 % беморда кузатилди. Сурункали ёндош касалликларнинг учраш динамикаси 3.2 жадвалда келтирилган.

Жадвалда келтирилган касалликлардан ташқари асосий ва назорат гуруҳ беморларида деформацияланган остеоартроз ҳам аниқланди унинг учраш частотаси асосий гуруҳда 12 беморда, назорат гуруҳида 4 беморда кузатилди. Бундан ташқари турли босқичлардаги уйқу бузилишлари асосий гуруҳдаги 60 беморда($p<0,01$), назорат гуруҳидаги 28 беморда ($p<0,01$) аниқланди.

Мушак кучининг 0 балл да учраши асосий гуруҳда 1 та беморда кузатилган бўлса, плегия кузатилган беморлар назорат гуруҳида кузатилмади. Мушак кучининг 2 баллгача камайган парези асосий гуруҳда 15% ҳолатда кузатилган бўлса назорат гуруҳида 12.5 % ҳолатда кузатилди, ҳар икки гуруҳда ишончли фарқ $p<0,01$ ни ташкил қилди. 3-4 баллдаги парез асосий гуруҳда 32% ҳолатда, назорат гуруҳида 30 % ҳолатда кузатилди $p<0,01$. Рефлектор типдаги мушак кучи назорат гуруҳида асосий гуруҳга кўра кўпроқ фоизларда учради. Худди шу тартибда ҳар икки гуруҳда парезга учраган қўл ва оёқда ўрганилди.

Беморларда игнарефлексотерапия асосий давога қўшимча равишда 10 кун давомида 10 та муолажа ўтказилди. Муолажалар тугагандан сўнг беморлар ҳар икки гуруҳда қайта баҳоланди ва олинган натижалар таққосланди. Беморларда парез ва плегиянинг учраши, мушак кучининг ўзгариши асосий ва назорат гуруҳида даволашдан олдин ва кейинги натижалар таққосланди. Ҳар икки гуруҳда мушак кучининг ўзгариш динамикаси таҳлил қилинди, асосий гуруҳда даволашдан олдин бир беморда плегия мавжуд эди, даволашдан сўнг ушбу беморда мушак кучи ортди, 2 баллик мушак кучи даволашдан олдин 15 % беморда кузатилган бўлса, даволашдан сўнг 10% беморда аниқланди, 3 баллдаги мушак кучи асосий гуруҳда даволашдан

олдин 32 % беморда кузатилган бўлса даволашдан сўнг 25 % беморда кузатилди.

Олинган натижалар 6 жадвалда ҳар икки гуруҳ мисолида келтирилган.

Назорат гуруҳида эса даволашдан олдин 30 беморда кузатилган эди, даволашдан сўнг ушбу гуруҳдаги беморларда кўрсаткичлар ортди ва 37.5 % ни ташкил қилди. 4 баллдаги мушак кучи кузатилган беморлар асосий гуруҳда даволашдан олдин 32 % ни ташкил қилган бўлса, даволашдан сўнг бу гуруҳдаги беморларнинг 38 % да 4 баллик мушак кучи аниқланди, назорат гуруҳида эса даволашдан олдин 30 % ни ташкил этган бўлса даволашдан кейин 25 % беморларда 4 баллик мушак кучи аниқланди. Рефлектор мушак кучи асосий гуруҳ беморларимизда даволашдан олдин 20 % беморда кузатилган бўлса даволашдан кейин 27 % беморларимизда рефлектор типдаги мушак кучи аниқланди, назорат гуруҳида эса рефлектор мушак кучи кузатилган беморлар сони ўзгаришсиз қолди.

Мушак тонуси ошган беморлар асосий гуруҳда даволашдан олдин 53 % ни ташкил қилди, даволашдан кейин эса 55 %ни ташкил қилди, назорат гуруҳида эса ушбу кўрсаткич дастлаб 45 % бўлган бўлса, даволашдан кейин 60 %ни ташкил этди. Мушак тонусининг пасайиши асосий гуруҳда даволашдан олдин 41 % кузатилган эди, даволашдан сўнг бу кўрсаткич 30 % ни ташкил қилди, назорат гуруҳида 47,5 % даволашдан олдин кузатилди, даволашдан кейин 30 % ни ташкил қилди. Мушак тонуси ўзгармаган беморлар асосий гуруҳда даволашдан олдин 6 % ни ташкил қилди, даволашдан кейин 15 % ни ташкил қилди, назорат гуруҳида мушак тонуси ўзгармаган беморлар даволашдан олдин 7,5%да эди, даволашдан сўнг 10 % ни ташкил қилди. Мушак тонусининг ўзгаришлари баҳоланганда асосий гуруҳда ижобий ўзгаришлар назорат гуруҳига кўра кўпроқ аниқланди.

Ҳар икки гуруҳда ҳам нутқ бузилишларининг кузатилиши даво муолажалари тугатилганидан сўнг ҳам қайта баҳоланди. Олинган натижалар даврдан олдинги ва кейинги ҳолатларда солиштирилди. Икки гуруҳ натижалари бир бири билан таққосланди.

Асосий гуруҳда сенсомотор афазиянинг кузатилиши 7 % га камайган бўлса, назорат гуруҳда сенсомотор афазиянинг кузатилиши 2,5 % га камайиши кузатилди, дизартрия эса асосий гуруҳда 7 % га камайган бўлса, назорат гуруҳида даволанишдан сўнг 5 % га камайди, аралаш типдаги нутқ зараланишлари даволанишдан сўнг асосий гуруҳда 6 % га камайди, назорат гуруҳида 2,5 % га камайди. Нутқ бузилишлари кузатилмаган беморлар даволанишдан сўнг асосий гуруҳда 20 % кузатилди, назорат гуруҳида эса 10 % беморларда нутқ бузилишлари кузатилмади. Игнорефлексотерапия усули медикаментоз даво билан биргаликда қўлланилганлиги сабабли ишемик инсультда дори воситалари билан даволаш кунларини камайтиради, шифокор кўриги ва госпитализация кунларини камайтиради. Тадбиқ этилаётган янги даволаш усулининг иқтисодий самарадорлигини ҳисоблаш учун қуйидаги икки босқичли алгоритм қўлланилди.

Шундай қилиб, ўтказилган тадқиқотларда биз томонидан таклиф этилаётган асосий даволашга қўшимча равишда игнорефлексотерапия усулининг қўлланилиши комплекс даволаш чора тадбирлари юқори самарадорлиги аниқланди.

ИГНАРЕФЛЕКС ТЕРАПИЯСИНИНГ ҚОН ИВИШ ТИЗИМИГА ТАЪСИРИНИ БАҲОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

Анъанавий хитой тиббиёти нуқтаи назарига асосан касаллик - бу бир ёки бир нечта функционал тизимларнинг номутаносиблигидир. Касалликларнинг сабаби ташқи ва ички патоген омиллардир (совук, иссиқлик, қуруқлик, намлик, шамол ва олов), оилавий нотинчлик, овқатланиш ва соғлом турмуш тарзининг бузилиши ҳисобланади. Улар танадаги энергия, бутун тана қон оқими ва тана суюқликларининг ҳаракати ва тарқалишини бузади. Хитой тиббиёти ва фалсафасида тана ва онг механизм сифатида эмас, балки танани ташкил этувчи турли ўзаро таъсирли кўринишларда Ци энергиясининг айланиши сифатида қаралади. Ҳамма нарсанинг асоси - Ци: бошқа барча муҳим моддалар - бу моддий (қон, тана суюқликлари) дан то мутлақо аҳамиятсиз (Шэнь онгни) гача бўлган ҳар хил даражадаги Ци нинг намоён бўлишидир. Хитой тиббиётидаги бош мия "мия қисмлари денгизи" деб номланади. Хитой тиббиётига кўра, буйраклар фаолияти давомида бош ва орқа мияни тўлдирадиган мия суюқлиги ишлаб чиқаради. Бош мия функционал равишда Инь органларига тегишли, бош мия ҳам юракка, хусусан, уни тўлдирадиган юракдаги қон оқими билан ҳам боғланган. Агар буйрак ва қон оқими фаолияти яхши бўлса, миянинг ҳолати яхши саналади, буйрак ва юрак фаолиятида бузилиш бўлса, марказий бош мия фаолияти сустлашади, эслаш қобилияти пасайиши, фаоллик пасаяди ва сезги органлари фаолияти бузилиши намоён бўлади.

Беморларда игна рефлекс терапияси натижасида қон ивиш омилларининг ўзгаришларини баҳолаш учун қуйидагилар баҳоланди: ПТВ(сек), ПТИ%, МНО, АЧТВ(сек), Фибриноген(г/л). Беморларда қон овиш омиллари даволашдан олдин ва даво муолажасидан сўнг қайта таҳлил қилинди.

**Асосий ва назорат гуруҳ беморларда қон ивиш тизимидаги ўзгаришлар
таҳлили**

	ПТВ(сек)	ПТИ%	МНО	АЧТВ (сек)	Фибрино ген(г/л)
Асосий гуруҳ даволашдан олдин	14.9	81.6	1.0	28.3	3.9
Назорат гуруҳи даволашдан олдин	12.8	81.9	1.0	27.6	2.5
Асосий гуруҳ даволашдан кейин	15.3	82.8	1.6	26.9	3.7
Назорат гуруҳ даволашдан кейин	14.3	82.8	1.6	26.9	3.2

Изох.* ишончли фарқ (*– $p<0,05$; – $p<0,01$; * – $p<0,001$).

Даволашдан кейин асосий гуруҳда фибриноген концентрациясининг сезиларли даражада камайиши қайд этилди аммо бу статистик таҳлилларда аҳамият касб этмади.хулоса ўрнида айта оламизки игнарефлекс муолажаси биологик фаол моддаларга энгил таъсири натижасида қон ивиш тизимига ҳам энгил ўз таъсирини кўрсатади ва қон қовушқоқлигини нормал кўрсаткичларга қадар ижобий ўзгартиради.

Хулоса: Игнарефлекс муолажаси асосий давога қўшимча равишда қўлланилганда қон ивиш тизимининг омиллиллариға энгил таъсир кўрсатади ва касаллик тузалиш жараёнини нисбатан қисқартиради.

ИШЕМИК ИНСУЛЬТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ТАШҲИСЛАШНИ МУКАММАЛАШТИРИШ

Бош мия қон томир касалликлари нафақат бизнинг минтақамизда, балки бутун жаҳон миқёсидаги муҳим тиббий-социал муаммолардан бири бўлиб келмоқда. Чунки касалликнинг кенг тарқалганлиги, леталлик ва ногиронлик кўрсаткичининг юқорилиги, ушбу касалликдан омон қолганларнинг кўп қисмининг ўз иш фаолиятини давом эттиролмаслиги ва жамият ҳаётида ўз ўрнини йўқотиши ушбу муаммони янада қийинлаштиради. (Скворцов В.И, Яхно Н.Н. 2009). Шу сабабли бош миянинг ўткир қон томир касаллиги билан касалланган беморлар тақдири фақатгина ангионеврологиянинг эмас, балки бутун жамиятнинг муаммосига айланди. Ушбу паатология дунёнинг ривожланган давлатларида, шу жумладан бизнинг давлатимизда ҳам кўпайиб бормоқда.

Церебрал қон томир касалликлари, неврологик касалликлар орасида энг кўп тарқалган патология бўлиб, тиббиётнинг биринчи даражали муаммоларидан ҳисобланади. Ушбу патологияга эътибор билан қараш бу касалликда леталлик ва меҳнатга лаёқатсизлик кўрсаткичи жуда юқорилиги ва унинг кенг тарқалганлиги билан тушунтирилади. Шу сабабли бош мия қон томир касаллиги билан хасталанган беморлар тақдири фақатгина ангионеврологиянинг эмас, балки бутун жамиятнинг муаммосига айланди. Церебрал қон томир касалликлари дунё мамлакатлари ва шу жумладан ривожланган давлатларда ҳам ортиб бормоқда.

Эпидемиологик тадқиқотлар натижасига кўра, бош мия қон томир касаллигидан нобудлик юрак қон томир касаллиги ва онкологик касалликлардан сўнг учинчи ўринда туради. Энг юқори леталлик асорати Япония давлатида кузатилган бўлиб, бош мия қон томир хасталиги умумий леталликини 25%, юрак қон томир хасталигини 50% ни ташкил қилади. Англияда бош мия қон томир хасталигидан ҳар йили 60.000, АҚШ да эса 170.000 бемор нобуд бўлади.

Хозирги кунда инсонларнинг соғлом турмуш тарзига риоя қилмаслиги, касаллик тлк аломатлари кузатилган тақдирда шифокорга ўз вақтида мурожаат этмаслиги, деярли кўпчилик беморларнинг юқори қон босимида кундалик иш фаолиятини давом эттириши, тавсия этилан гипотензив дори воситасини ўз вақтида ва ёки тўғри қабул қилмаслиги ёки нотўғри қабул қилиши бош мия қон томир касалликларини кўпайиб кетишига сабабчи бўлмоқда. Бундан ташқари, замонавий техниканинг жуда тез ривожланиши, атроф муҳитнинг турли зарарли моддалар билан ифлосланиши, юқумли касалликлар ва заҳарланишлар сонинг ортиб кетиши ҳам цереброваскуляр касалликларнинг кўпайишига таъсир қилмоқда. Шунинг учун бош мия қон айланишининг бузилиши барча муттахасисларни ва амалиёт шифокорларни диққат марказида бўлиб, бир неча кўп йиллар давомида бу муаммо халқаро анжуманлар кун тартибида асосий долзарб мавзулардан бири бўлиб кўрилиб келмоқда.

Цереброваскуляр касалликлар ичида мия инсулти учраш частотаси ва кечуви бўйича алоҳида ўринга эга. Инсулт бу аҳолининг меҳнатга қобилиятини пасайтирувчи, узоқ муддат госпитализациясига олиб келувчи беморларнинг стабил ногиронланишига, бемор ва унинг оила аъзолари ҳаёт сифатининг пасайишига ва давлатнга сезиларли даражада иқтисодий харажатларига сабаб бўлувчи касалликдир. Бош мия инсулти атамаси деб, миёдаги қон айланишининг тўсатдан бузилиши ҳамда, мия ва ўчоқли неврологик синдромларнинг 24 соатдан кам бўлмаган муддат давомида сақланиб туриши, ёки ушбу пайтда ёки аввалроқ муддатда беморнинг ўлими билан якунланувчи мия қон томирининг ўткир шикастланишининг клиник синдроми билан кечиши касаллик бўлиб, ангионеврологиянинг бир бўлими сифатида қаралади. Инсулт оқибатда мия тўқималарида деструктив ўзгаришлар юзага келади ва унинг органик шикастланишининг стабил белгилари юзага келади.

Барча беморларда қуйидаги текширувлар ўтказилди:

- Анамнез йиғиш
- клинико-неврологик текширувлар
- параклиник текширувлар (УКТ, УСТ, Коагулограмма, Дуплекс сканирлаш БЦА)
- MMSE тести
- Соат кўрсаткичини чизиш
- 10 та сўзни эслаб қолиш тести
- Шульте таблицаси

Цереброваскуляр касалликларда қўшимча текшириш усуллари

Цереброваскуляр касалликларнинг клиник аломатлари билан бир қаторда текширишнинг қўшимча натижаларини ҳам ҳисобга олиш керак. Мияда қон айланиши етарли бўлмаган секин зўраювчи турларга ташхис қўйишда ва мияда қон айланишининг ўткир бузилишларига қиёсий ташхис қўйишда, улар айниқса аҳамиятли бўлади.

Амбулатория шароитида артериал босимни динамикада ўлчанади ва ЭКГ ўтказилади, буйрак ишига баҳо берилади (сийдик умумий анализи ва қоннинг креатинини бўйича).

Офтальмоскопия кўз туби томирлари ҳолати ҳақида муҳим ахборот беради. Бу усул спазмни, дилатацияни, склерозни, ретинал томирлар васкулитини аниқлашга ёрдам беради. Бундан ташқари, кўз нерви диски патологиясини топиш мумкин.

Реоэнцефалография (РЭГ) мияда қон айланишининг етарли эмаслиги аломатларини топишга имкон беради. Бу қон-томир тонусининг унинг ошиши ёки пасайиши томонга ўзгариши, веноз оқимининг қийинлашгани ва веналар гипотонияси, шунингдек қон-томир девори эластиклиги ўзгариши билан намоён бўлиши мумкин. РЭГ - тўлқин гипертония касаллиги ва атеросклероз учун ўзига хос хусусиятларга эга. РЭГда функционал синама, жумладан нитроглицерин билан синама муҳим аҳамиятга эга бўлади, улар церебрал томирларда структур ўзгаришларни топишга имкон беради.

Меъёрда нитроглицеринни қабул қилгандан кейин биринчи дақиқада РЭГ - тўлқин амплитудаси деярли 50% дан ошади.

Бошнинг томирларини ультратовуш билан текшириш ультратовуш доплерография (УТДГ), ультратовуш эхотомография (УТЭГ), дуплекс сканерлаш (ДС), транскраниал доплерография (ТДГ), церебрал кон томирларнинг ангиографияси, компьютер томографияси (КТ), спирал КТ ангиографияси (СКТА), магнит-резонанс томографияси (МРТ), магнит-резонанс ангиографияси (МРА), позитрон-эмиссион томография (ПЭТ)дан иборат (расмлар 6-10). Текширишнинг бу усуллари умумий уйқу артерияси, умуртқа артерияси ва мия ичи артериялари ҳолати ҳақида ахборот беради, бунда окклюзияни, стенозларни топиш, томир девори ҳолати ва қон оқими тезлиги ҳолатига баҳо бериш мумкин бўлади.

Шуни алоҳида такидлаш керакки, беморнинг шикоятини аниқлаштиришда ва унинг кейинги неврологик статусини тадқиқ қилишда олинаётган маълумотларни миянининг анатомо-функционал тизимида кўра қатъий системалаштириш лозим. Неврологнинг вазифаси шундаки, ҳар бир симптом ва белгиларни нерв сиситемасининг аниқ структуралари билан боғлай олиши керак.

Анамнез йиғиш жараёнида бемордан ҳуш бузилиш ҳолатлари кузатилганми ёки кузатилмаганлиги сўралади. Бу билан тутқаноқ хуружи ва ҳушсизлик ҳолатлари билан қиёсий ташхисланади. Беморларнинг асосий шикоятлари асаб касалликларининг кўпчилигида учровчи бош оғриғи бўлиб, унинг жойлашуви ва характери (доимий, хуружсимон, кечаси, эрталаб, куннингсохирида кучаювчи), кучайтирувчи омиллар(хаяжонланиш, физик зўриқиш, йўтал), бош оғриғида кўнгил айланиши, қусиш, артериал гипотония, кўрув бузилишлари кўринишининг ҳамроҳ бўлишини аниқлаш лозим. Беморлар ўз шикоятларини баён қилганидан сўнг шифокор улар ривожланиш кетма-кетлигини тўлиқ аниқлаштиради. Олган давоси ва унинг эффективлиги аниқлаштирилади. Анамнез йиғиш жараёнида беморларнинг ҳаёт анамнези ҳам йиғилади.

Анамнезда бемордан гипертония касаллиги, ЮИК, қандли диабет ва бошқа ёндош касалликлар билан неча йилдан бери касалланганлиги сўралади. Бу касалликларда беморлардан доимий бирор бир дори воситаси қабул қилишини аниқлаштирилади. Олдин ИМ ёки ЎМИ ўтказганми ёки йўқми сўралади. ЎМИ ўтказган бўлса қачонлиги, қайси ҳавзадалиги, мушак кучсизлиги даражаси, мушак тонуси ёки контрактуралар қачондан пайдо бўлганлиги, фалажланган томонда оғриқларнинг бошланиш вақти, характери, КТ ёки МРТ текширувидан ўтканлиги, даволанганлиги, даводан кейинги ахволи қаби маълумотлар батафсил сўралади, чунки тўлиқ йиғилган анамнестик маълумотлари шифокорга аниқ ташхис қўйишда катта ёрдам беради.

Клиник - невролог нафақат рефлексларни текширади, балки аниқланган рефлексга кўра уни амалга оширишда иштирок этувчи аниқ нейронлар гуруҳининг ҳолатини баҳолайди. Шунинг учун асаб тизимининг клиник тадқиқотини баён этишда нафақат методиканинг ўзини анализ қилиш, балки нейронларнинг функцияларини ва уни амалга оширувчи нейронлар тизимини ҳам ўрганиш мақсадга мувофиқ. Мия функцияларининг клиникасидаги нейрон тизимларининг тўлиқ анатомияси асаб тизими касалликларини топик диагностика қилиш бўйича машҳур фундаментал қўлланмаларда ёритилган.

Неврологик статусда БМН, ҳаракат, сезги сфераси, ҳаракат координацияси, рефлектор сфера ва ОНФ шикастланишини аниқлаймиз. Бу шикастланишлар бошқа клиник текширувларига, масалан бош мия КТсига мос келиши аниқлаймиз.

Мушак кучи 5 баллик шкалага асосан аниқланади.

Кейин беморларда субъектив неврологик симптомлар ва объектив клиник-неврологик текширувлар баҳоланади. Эс-хушнинг бузилиши бор йўқлиги ва унинг даражаси, ҳаракат сфераси, бош мия иннервация етишмовчилиги, мушак тонуси характери, пай рефлекслари ўзгариши даражаси, патологик белгиларнинг бор йўқлиги, координация ва сезги бузилиши, менингеаль белгилар, олий нерв фаолияти бузилишлари, мия

шишлари белгиларига эътибор берилди. Шунингдек, соматик статус – нафас олиш, юрак қон-томир тизимлари(АҚБ, пульс, ЮҚС, ЭКГ), овқат хазм қилиш ва сийдик-таносил йўллари ўрганилди.

Диагноз қўйиш, инсульт типи ва тарқалишини аниқлаш МКБ-10 ва Шмидт Е.В. (1985)нинг классификацияси талаблариги мувофиқ амалга оширилди. АГнинг даражаси ва оғирлиги тиббий хужжатлар, анамнез маълумотлари ва тез ёрдам бригадасининг белгиланган кўрсаткичларига мувофиқ АГ ни даволаш, диагностика ва профилактика қилиш миллий тавсиялари (2007) мос ҳолда аниқланди.

Ультратовуш текширув усулларнинг замонавий ва аниқ маълумот берадиган турларидан бири бу - бош магистрал артериялари дуплекс сканирлаш текшируви ҳисобланади. Сканирлашда дуплекс режимни қўллаш орқали томирларга визуал характеристика бериш мумкин. В-режим ва импульс-тўлқинли доплерография ёрдамида қон томир девори ва йўналишини ўрганишимиз мумкин.

Қон томирни сканирлаганда унинг девори эхо-позитив кўринади, яъни рангли, бўшлиқ эса эхо-негатив. Бу эса қон томирларнинг окклюзиясини ташхислашда аниқ маълумот беради.

Демак, дуплекс сканирлашни қуйидаги асосий устунлик томонлари мавжуд:

Турли хил даражадаги гемодинамик аҳамиятга эга бўлган атеросклеротик стеноз ва патологик букилмаларни визуализация қилиш.

Қон оқими ҳажми тўғрисидаги маълумот берувчи спектограмма олиш.

Қон оқимини чизиқли ва ҳажмий тезлигини аниқлаш.

Бош миянинг интракраниал қон томирларини визуализация қилиш.

Бош мия қон томирларини гемодинамик шикастланишини аниқлаш.

Ўрганилган беморларда ишемик инсульт турларини фарқлаш ва даво самарадорлиги ошириш мезонлари. Биринчи 3-6 соатда ишемияга ва функциональ лаёқатсизлик ҳолатидаги, лекин ҳаётчанлигини сақлаб қолган нейронларнинг, ҳаётини сақлаб қолиш имконияти бордир, қайсики улар некроз ўчоғининг атрофида ишемик «сояни» ҳосил қилади (терапевтик «дераза»).

Ишемик инсульт билан касалланган беморларни ташхислаш ва даволашни асосий мақсадлари қуйидагилар:

1) ишемия соҳасида имконият қадар тезлик билан қон айланишни етарли миқдорда таъминлаш (рециркуляция, реперфузия);

2) ишемияга дучор бўлган мия тўқимасининг метаболизмини етарли миқдорда таъминлаш ва унинг ҳимояси (нейропротекция).

Биринчи мақсаднинг ҳал этилиши, умумий гемодинамикани таъминлашга ва окклюзияга учраган қон томирларнинг ўтказувчанлигини тиклаш учун тромболитикларни қўллашга имконият яратади.

(1). Махсус марказларда инсультларда, қайсики йирик мия томирининг тромбози ёки эмболияси натижасида юзага келган бўлса, биринчи соатларда, касалликнинг биринчи симптомлар рўёбга чиқиши билан тромболитиклар юборилади. Энг самарали ва бехатар бу тўқима плазминогенининг рекомбинант активатори – альтеплаза (0,9 мг/кг вена томирига, тах. 90 мг гача; дозанинг 10 % болжус усулида юборилиб, дозанинг қолган қисми - 1 соат давомида юборилади). Ҳозирги кунда альтеплаза, инсультнинг якуний кечувини яхшилайдиган дори воситаси сифатида, назорат текширувларида тасдиқланган ягона дори воситадир.

Дори воситасини қуйидаги асосий кўрсатмаларда қўллаш мумкин:

- инсультнинг биринчи симптомлари пайдо бўлганига -3 соатдан кўп бўлмаган бўлса, у ҳолда геморрагик асоратнинг хавфи ошади(агарда биринчи белгилар пайдо бўлган вақт ноъмалум бўлса,масалан,агар эрталаб бемор уйғонган вақтда инсультнинг белгилари аниқланган бўлса,у ҳолда препарат қўлланмайди),

- геморрагик инсульт КТ орқали исътесно қилинганда,
- артериаль қон босим 185/100 мм.сим.уст. дан катта бўлмаганда,
- қарши кўрсатмалар бўлмаганда: коагулопатия, янги ошқозон яраси, яқинда ўтказилган жаррохлик амалиёти, оғир соматик хасталикларда,

Стрептокиназанинг ножўя таъсирининг кўплиги учун қўлланмайди. Ҳозирги кунда интраартериаль тромболизиснинг самарадорлиги юзасидан тадқиқотлар олиб борилмоқда.

(2). Инсультни даволашда антикоагулянтларнинг аҳамияти ҳозирга қадар ҳал этилмаган. Назорат текширувлари, бевосита антикоагулянтларнинг (гепарин) биринчи симптомлар пайдо бўлгандан кейин 12 соатда ва кечроқ қўлланилишининг самарадорлигини исботламади. Шунга қарамасдан, амалиётда гепарин қуйидаги ҳолатларда қўлланиб келинмоқда: ТИА кучайганда ёки авж олиб боровчи инсультларда(айниқса йирик экстра ёки интра краниаль артерияларнинг окклюзияси ёки стенозида).

(3). Антиагрегантлар(аспирин,100-325 мг/сут) антикоагулянтлар ва тромболитикларга кўрсатма бўлмаганда буюрилади. Бир вақтнинг ўзида аспирин билан биргаликда Н₂-рецепторининг блокаторлари, омепразол, сукральфат ва бошқа гастропротекторлар буюрилади.

(4). Кальций антогонистлари (нимодипин, 30-60 мг кунига 3-4 маҳал ичишга ёки 10 мг вена томирига томчилаб инфузомат орқали 2 мг/соат тезлигида суткасига 2 марта, никардипин, 20 мг суткасига 2 маҳал) эрта қўлланилганда нейропротектор (ишемиянинг биринчи 6-12 соатларда) таъсир самарасига эгадир.

(5). Қоннинг гемореологик хусусиятларини яхшилаш учун:

- пентоксофиллин(трентал), 200 мг вена томирига 200,0 мл натрий хлорнинг изотоник эритмасида томчилаб юборилади, суткасига 2 маҳал (дори воситасини ўткир инфаркт миокард ҳолатида қўллаш мумкин эмас),
- реополиглюкин, реомакродекс (400,0 мл вена томирига томчилаб кунига 1-2 маҳал 5 кун давомида), альбумин, янги музлатилган плазма ёки кристаллоид эритмалари ёрдамида гемодилюция.

(6). «Мия метоболизмини ҳимоялаш» мақсадида, мия метоболизмига танлаб қўзгатувчи таъсирга эга дори воситалари буюрилади (лекин уларнинг қўлланиш вақти ва мақсадлими деган савол якуний ҳал этилмаган). Кўпинча буюрилади:

- пирацетам (ноотропил, церебрил), 8-12 г/сут вена томирига томчилаб, кейин ичишга 3,6-4,8 г/сут,
- церебролизин, 15-60 мл/сут,
- глиатилин (холин альфосцерат), 1-3 г/сут вена томирига томчилаб ёки мушак ичига 9-15 сутка давомида, кейин ичишга ,1200 мг/сут
- актовегин, 250 мл 10-20% эритма кунига 1-2 маҳал 2 хафта. Гипоксия протекторлари (антигипоксантилар) - гипоксиянинг мия структурасига зарарловчи таъсирини пасайтирадиган воситалар. Антигипоксанти сифатида *актовегинни* қўллаш мақсадга мувофиқдир. Бу восита тирик ҳужайраларнинг гипоксия ва ишемия шароитларида кислород ва глюкозаларга бўлган эҳтиёжини оширади, бу билан нерв тўқималарида микроциркуляцияни ва метаболизмни яхшилайдиган. Ишемик инсультнинг ўткир даврида *актовегин* венага 250-500 мл (1000-2000 мг) томчилаб, ҳар куни, 2-3 ҳафтага буюрилади. Комада - кунига 2 маҳал. Мияни гипоксиядан ҳимоя қилиш учун шунингдек, баротерапия кичикроқ босим остида (1,1-1,2 атм), 4-7 кун (қисқа курс) буюрилади.
- L-карнитин дори воситалари (аплегин, 5-10 мл 200-400 мл физиологик эритмада №5-10),
- мексидол, 200-400 мг вена томирига томчилаб суткасига 2 маҳал №10.
- *глицин* аминокислотаси - 2 таблеткадан кунига 3 маҳал тил остига инсультнинг ўткир даврида берилди, глицин умумий мия ва ўчоқли симптомларни анча пасайтиради, онг бузилишининг регрессини тезлаштиради.
- ***Кортексинни*** қўллаш (10 мг мушак орасига 1мл физиологик эритмада №10) қон-томир деворининг эндотелиал зарарланишини ва нейронларга аутоиммун агрессияни камайтириш ҳисобига яхши натижа беради, бу уларни

ишемияга учраган пенумбр соҳаларида сақланишига имкон беради. Шу муносабат билан кортексиннинг таъсири антиапоптоз сифатида баҳоланади.

- **Папаверин** 2%-2,0 мл ва **эуфиллин** 2.4%-10,0 мл қўллаш ҳақидаги масала ҳануз муҳокамада. Ҳозирги пайтда шу нарса исботланганки, бу препаратлар интакт томирларга таъсир қилиб, айнан уларни кенгайтиради, бу эса «мия ичи ўғирлаш синдромининг» ривожланишига олиб келади. Бироқ папаверин зарарланган томирларга фақат инсультдан кейин дастлабки уч кун ичида таъсир қилмайди, эуфиллин бўлса мия тўқимасига яна метаболик таъсир кўрсатади ҳамда фақат 30% беморда «қайта ўғирлаш» феноменини пайдо қилади, деган фикр бор.

- Ҳозирги вақтда бош мия қон айланишини яхшиловчи турли хил дори воситалари мавжуд шу қаторда *инстенон* дори воситасини айтиб ўтиш керак. **Инстенон** қон айланиши ва бош мия метабализмининг жуда кучли комбинацияланган активатори ҳисобланади. Уни ишемик инсультнинг ўткир даврида венага томчилаб глюкозанинг 5% ли эритмасида мушак орасига 2.0 кунига 2 маҳал 5-7 кун ёки клиник яхшилангунга қадар буюрилади.

Ишемик инсультда бемор узоғи билан 2 ҳафта ётиши керак.

Кўрсатиб ўтилган дори воситасининг ҳеч бирининг, инсультнинг якуний ҳолатига ижобий таъсири исботланмаган.

Парвариш: ЎМИ ўтказган беморларни парвариш қилиш алоҳида аҳамиятга эга ҳисобланади. Чунки нотўғри парвариш қилиш беморда иккиламчи соматик касалликлар қўшилишига олиб келади ва қанчалик адекват дори воситалари олмасин барибир аҳволи яхшиланмайди. Геморрагик инсультда ёток режими 21 кунни ташкил қилади. Ишемик инсультда беморнинг аҳволига боғлиқ ҳолда 10-20 кундан иборат. Биринчи кундан бошлаб беморда димланишли пневмония ва ёток яраларни олдини олиш керак. Бунинг учун беморни кун давомида ҳар 2-3 соатда ён томонларига буриш керак, кўкрак қафасига банка, горчичник қўйиш, антибиотик буюриш, палатани регуляр шамоллатиб туриш керак. Ёток яраларини олдини олиш учун думғаза, думба, бел соҳасига камфора спирти

суртилади. Анатомик бурмаларни текислаш думғаза остига шиширилган резинали ҳалқа қўйиш, товон остига пахтали ҳалқа қўйиш ёки беморни сингдирувчи тагликларга, ётоқ яраларига қарши кўрпачаларга ётқизиш керак. Ҳосил бўлган ётоқ яраларга бепентен, лифузол, Вишневский малҳамлари билан ишлов берилади. Сутка давомида икки марта беморни ювинтирилади, тишлари ва оғиз бўшлиғи ювилади. Фалажланган қўл-оёқларда мушак контрактурасини олдини олиш учун қўл -оёқларга физиологик ҳолат берилади. Агар беморни ҳуши ва ютиш сақланган бўлса, биринчи кундан бошлаб ширин чой, мева шарбатларидан бериш мумкин. Иккинчи кундан пархез кенгайтирилади, лекин овқат юмшоқ ва тез ҳазм бўладиган бўлиши керак. Агар ҳуши ва ютиши бузилган бўлса дастлабки икки-уч кун мобайнида парентрал озиклантирилади (глюкоза, албумин ёки гидролизин). Кейин назогастрал зонд қўйилади ва овқат аралашмалари берилади.

Сийдик тутилганда сийдик пуфагига катетер қўйилади ва ўз вақтида бўшаши назорат қилинади. Ич келмай қолганда ичак моторикасини стимулловчи препаратлар (бесакодил, гудталакс, изфенин) берилади, керак бўлса икки уч кунда бир марта тозаловчи клизма қилинади.

Бемор ҳолати стабиллашганда ва аҳволи яхшиланиш белгилари пайдо бўлганда, массаж, ётган ҳолатда ШЖТ буюрилади.

Кейинчалик бемор қисқа вақтга ўтқизилади ва кун сайин ўтириш давомийлиги ошириб борилади. Тикланиш даврида фалажланган қўл-оёқларга иссиқ муолажалар, электростимуляция буюрилади. Нутқ бузилганда бемор билан логопед шуғулланади.

Бемор касалхонадан чиқарилгандан сўнг диспансер назоратига олинади, ҳамда невропатолог ва терапевт кузатуви остида кейинги даволаш амалга оширилади.

ХОТИМА

Бош мия қон томир касалликлари нафақат бизнинг минтақамизда, балки бутун жаҳон миқёсидаги муҳим тиббӣй-социал муаммолардан бири бўлиб келмоқда. Чунки бу дарднинг кенг тарқалганлиги, леталлик ва ногиронлик кўрсаткичининг юқорилиги, ушбу касалликдан омон қолганларнинг кўп қисмининг ўз иш фаолиятини давом эттиролмаслиги ва жамият ҳаётида ўз ўрнини йўқотиши ушбу муаммони янада қийинлаштиради. Шу сабабли ўткир цереброваскуляр қон томир касаллиги билан касалланган инсонлар тақдири фақатгина ангионеврологиянинг эмас, шу билан бирга бутун жамиятнинг муаммосига айланди. Ушбу патология дунёнинг ривожланган юртларида, шу жумладан бизнинг мамлакатимизда ҳам ортиб бормоқда, ушбу тоифадаги беморда унинг оғир ва асоратли кечишини изоҳлайди, шу сабабли касалликнинг профилактика ва даволаш усулларини такомиллаштириш ҳам амалий, ҳам назарий жиҳатдан долзарб ва замон талабига мосдир.

Игнорефлекс терапияси Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти тлмонидан инсултни даволашнинг алтернатив усули сифатида тан олинган. Игна рефлекс терапиясини реабилитацион усуллар билан комбинацион қўллаш реабилитация самарадорлигини оширади

Церебрал қон томир касалликлари, марказий невр тизимининг касалликлари орасида энг кўп тарқалган патология бўлиб, тиббиётнинг биринчи даражали муаммоларидан ҳисобланади. Ушбу патологияга эътибор билан қараш бу касалликда леталлик ва меҳнатга лаёқатсизлик кўрсаткичи юқорилиги ва унинг кенг тарқалганлиги билан кўрсатилади. Шу сабабли бош мия цереброваскуляр касаллиги билан оғриган беморлар тақдири фақатгина ангионеврологиянинг эмас, балки бутун жамиятнинг муаммосига айланди. Церебрал қон томир касалликлари дунёда ва шу жумладан ривожланган давлатларда ҳам ортиб бормоқда.

Игнорефлексга жавобнинг периферик ва марказий даражасини шартли равишда ажратиш мумкин. Марказий реакциянинг келиб чиқишида орқа мия,

гипоталамик ва кортикал даражалар ҳам ажралиб туради. Периферик даражада реакция ривожланишида дермал нукталарнинг қўзғалиш хусусияти ва унга мос келадиган рецептор шаклланади. Маълум бўлишича, игнарефлексотерапия мия нейронларининг қўзғалувчанлигини ўзгартиради, турли хил биологик фаол бирикмалар синтезини рағбатлантиради, бунинг натижасида эса нафақат оғриқ сезгиларини тўсиб қўйилади, балки миянинг турли марказларида қон босими, мушакларнинг тонуси, гормонал секреция ва бошқаларни бошқарувчи узок муддатли кучланиш ёки қўзғалиш ҳолатларини ҳам камайтиради.

Игнарефлекс нукталарини гистологик тадқиқ қилиш рефлекс ва нейро-гуморал назарияларни бирлаштиришга имкон беради. Биологик фаол нукталарда фибробластлар, гистиоцитлар, лейкоцитлар, ёғ ҳужайралари ва энг муҳими, пролифератив ҳужайраларининг кўпайиши аниқланди. Улар гистаминергик нерв тўпламларини ўз ичига олади. Биологик фаол моддалар таркибининг ўзгариши рефлекс нукталарининг қўзғалувчанлиги ва юқори вегетатив марказларнинг жавобига асосланади. Гипоталамус - гипофиз беzi - буйрак усти беzi реакцияси натижасида АКТГ ва эндорфинларни ишлаб чиқариши кўпаяди. АКТГ гормон эса ўз навбатида, десенсибиловчи ва яллиғланишга қарши таъсир кўрсатувчи стероидларнинг чиқарилишини фаоллашувига олиб келади. Шундай қилиб, гипоталамус - гипофиз - буйрак усти беzi тизимига таъсир қилиш орқали рефлексотерапияда тананинг ҳимоя ва мослашувчан имкониятлари ошади.

Мамлакатимизда игнарефлекс терапиясини мия инфарктининг ўткир даврида беморларни кўшимча даволашнинг муҳим самарали усули сифатида баҳоланадиган кўплаб асарлар нашр этилган, бу эса ушбу неврологик нуқсонларни камайтиришда сезиларли натижаларга эришиш имконини беради.

Замонавий адабиётда мия қон айланишининг ўткир бузилишларини ҳам, кечиктирилган реабилитацион даво чораларини даволашда ҳам рефлексотерапиянинг турли хил кўринишларининг самарадорлигини

тасдиқловчи маълумотлар келтирилган. Кўриниб турибдики, рефлексотерапия, ҳаракатлантирувчи ва ҳиссий бузилишларни тузатишни самарали рағбатлантирувчи, марказий ва маҳаллий стресс кучини чекловчи тизимлари ва организмдаги адаптив реакциялар ошиши билан тананинг ўзига хос функционал захиралари сафарбар қилинади. Ишемик инсултнинг ўткир даврида игнарефлексотерапидан фойдаланиш орқали фалажланган оёқ ва қўлларнинг кучини тиклаш, кортикал ва мия асоси дизартриясида нутқ кўрсаткичларини яхшилаш (ҳаракат, нутқ фаоллиги, артикуляцион бузилиш) учун тасвирланган. Бундан ташқари, Допплерографиянинг ривожланиши билан рефлексотерапия фонида интракраниал томирлардаги периферик қаршилик индексининг ўзгариши, қон айланиши тезлигининг ошиши ва унга қарши ассиметрия коэффициентининг пасайиши асосида игнарефлексотерапиянинг бош мия қон оқимида тизимида ижобий таъсири тўғрисида тадқиқотлар ўтказилди. Ишемик инсултнинг тикланиш даврида комбинацияланган даво муолажаси ва игнарефлексотерапиядан фойдаланганда инсулт кузатилган беморларда систолик қон оқимининг тезлиги ва вазомотор реактивлик коэффициентларининг ўзгариши ҳақидаги далилларга асосланган маълумотлар ҳам мавжуд. Ишемик инсулт билан оғриган беморларда игнарефлексотерапия гемостатик тизимда ижобий ўзгаришларнинг ривожланишига, асосан, тромбоцитларнинг агрегацияси ва қоннинг ёпишқоқлигининг пасайишига олиб келади, бу эса қоннинг функционал фаолияти ҳолатининг бузилишларини тузатишга ёрдам беради, деган далиллар ҳам келтирилган.

Тадқиқотимизда жами 140 нафар бемор иштирок этди, беморларнинг ўртача ёши 57.91 ± 9.63 ни ташкил қилди. Беморларнинг ёш чегараси 35 ёшдан 81 ёшгача кузатилди. Тадқиқотда иштирок этган беморларнинг гендер характеристикаси қуйидагича: 98 аёл ва 42 эркак.

Ишемик инсултларнинг ташхисоти ва давосига замонавий ёндашув тўрт бўлимдан иборат бўлиб, ишемик инсултда игнарефлексотерапиясининг этиопатогенетик жиҳати, замонавий ташхислаш ва даволашга бағишланган

тадқиқотлар таҳлили чуқур ёритилган. Адабиётлар шарҳи орқали сўнгги 10 йилда мавжуд усулларнинг афзаллиги ва камчилиги назарий таҳлил қилинган, шунингдек муаммонинг ҳал қилинмаган ёки аниқлик талаб қиладиган томонлари кўрсатилган.

Тадқиқот материаллари ва текширув усуллари клиник материал ва тадқиқот усулларининг умумий тавсифига бағишланган асосий масала, шунингдек, олинган натижанинг статистик қайта ишлаш усуллари келтирилган. Илмий тадқиқот иши 2015-2020 йилларда Бухоро вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказида стационар ва амбулатор шароитида даволанган ишемик инсулт ўтказган 140 нафар беморнинг клиник-неврологик, инструментал текшириш усулларининг таҳлиliga асосланган. Уларнинг 98 нафари (70 %) эркаклар, 42 нафари (30 %) аёллар бўлиб, ўртача ёши $57,91 \pm 9,63$ йилни ташкил қилган.

Ишемик инсулт ўтказган беморларда игнарефлекс терапияси самарадорлигини баҳолаш учун барча беморлар 2 гуруҳга ажратилган: 1-гуруҳ – асосий гуруҳ беморлар –100 нафар (71,5%) даволовчи шифокор томонидан буюрилган медикаментоз даво ва игнарефлекс терапиясини қабул қилган, 2-гуруҳ фақатгина медикаментоз даво қабул қилган– 40 нафар (28,5%).

Ишемик инсултдан кейин когнитив бузилишларнинг тикланиш даражасини баҳолаш учун: Mini-Mental State Examination(M. Folstein Et Al., 1975) шкаласидан ва Соат кўрсаткичини чизиш тести (Clock drawing test 2005), Шульте жадвалидан (Schulte Table, 2003) шкаласидан фойдаланилди. Беморларда ҳаракат бузилишларининг тикланиш динамикасини назорат қилиш учун Бартел кундалик фаолликни баҳолаш шкаласи (Barthel Activities of daily living Index, 1998).

Натижалар анъанавий вариацион статистика усули билан тиббий-биологик тадқиқотлар учун қўлланиладиган дастурдан фойдаланилган ҳолда персонал компьютерда ишланган. Тадқиқотни ташкил этиш ва ўтказишда далилларга асосланган тиббиёт тамойилига асосланган.

Ишемик инсульт кузатилган беморларда игнарефлекс терапия самарадорлигини назорат қилиш ишемик инсульт турли даври билан азият чеккан беморда игнарефлекс терапиямининг сабаб-оқибат омили, клиник-неврологик, психоэмоционал ҳолат, нейрофизиологик ва нейровизуал текшириш усулларининг натижаси ёритилган.

Беморларнинг барчаси умумий ҳолсизликка шикоят қилган бўлса, субъектив жиҳатдан ўзини ёмон хис қилиш, ваҳима ва кўрқув ҳисси, ўзига нисбатан ишончсизлик, кайфиятнинг мунтазам пастлиги деярли барча беморларда кузатилган 90 % ($P<0,01$). Худди шундай кўрсаткич, қўл ва оёқларда ҳолсизликнинг кузатилиши икки гуруҳ беморларда учради ($P<0,05$). Бош айланиши 30 % беморларда кузатилди ($P<0,05$). Мия инфарктининг ўткир даврида акупунктурадан фойдаланиш орқали фалажланган оёқ - қўлларнинг кучини тиклаш, кортикал ва мия сопи дизартриясида нутқ кўрсаткичларини яхшилаш (нутқ фаоллиги, артикуляция бузилиши) учун тасвирланган.

Асосий гуруҳда назорат гуруҳидан фарқли равишда беморларда 2 балллик парез кузатилган беморлар 15 % ($P<0,05$), 3 балллик парез кузатилган беморлар 32 % ($P<0,05$), 4 балллик парез кузатилган беморлар 32% ($P<0,01$) ва назорат гуруҳида мушак кучи рефлексор бўлган беморлар 27,5 %ни ($P<0,05$) ташкил қилган.

Парез ва плегияларнинг асосий ва назорат гуруҳида даволашдан олдин ва кейинги динамикаси олти ой давомида назорат қилинган ва таққосланган даволашдан олдин асосий гуруҳда бир беморда плегия кузатилди ва даводан кейин мушак кучининг ортганлиги кузатилди аммо бу статистик аҳамиятли ўзгаришларни қайд этмади.

Мушак кучининг тикланиш динамикаси ҳар икки гуруҳда ҳам ўхшаш натижаларни қайд этди мушак кучи рефлексор бўлган беморларнинг сони ортиши асосий гуруҳда назорат гуруҳидан кўра кўпроқ кузатилди ($P<0,05$) назорат гуруҳида мушак кучи рефлексор бўлган беморлар сонига ўзгариш кузатилмади.

Кундалик ҳаёт фаоллигини бартел индекси бўйича баҳоланишнинг бошқа пунктлари бўйича сўровнома ўтказилганда асосий гуруҳда 45 % беморда, назорат гуруҳида эса 40 % беморда овқат қабул қилиш бўйича муаммолар бартараф этилганлиги, 33 % асосий гуруҳ беморларида ва 27 % назорат гуруҳларида персонал хожатхона бўйича муаммолар бартараф этилганлиги, 78 % ($P<0,01$) асосий гуруҳ беморларида ва 67 % ($P<0,05$) назорат гуруҳи беморларида кийиниш ва чўмилиш яхшиланганлигини билдиришди. Бу эса ўз навбатида игна рефлекс терапиясининг беморнинг ҳаёт сифатига ижобий таъсир қилиши, бемор ва унинг яқинларига бўлган юкламанинг камайишига олиб келди ва беморлар ҳаёт сифатини етарли даражада яхшилади.

Беморларда игна рефлекс муолажаси ўтказилиб ўзгаришлар динамикаси олти ой давомида ўзгаришлар динамикаси назорат олдин ва игна рефлекс муолажасидан олдин ва кейинги натижалар асосий ва назорат гуруҳларда ўзгариш динамикаси таққосланган. Сизги бузилишларининг асосий ва назорат гуруҳида игна рефлекс муолажасидан сўнг сезиларли даражада ўзгаришлар кузатилди. Бу ўзгаришлар касалликнинг ўз вақтида ўтказилган реабилитацияси ва организмнинг ўзини тиклаш нейрофизиологик реакциялари таъсирига игна рефлекс терапиясининг самарали таъсири билан изоҳланди, асосий гуруҳда анестезия - тактил сезувчанликнинг йўқолиши фақат 3 тагини беморда кузатилди ва игна рефлекс терапиясидан сўнг ушбу ўзгаришлар динамикада ҳар икки гуруҳда камайиши қайд этилди.

Анальгезия оғриқ сезгисининг йўқолиши ҳар икки гуруҳда ҳам кузатилди даво муолажаларидан сўнг назорат гуруҳида ушбу турдаги сезги бузилиши қайд этилмади. Термоанестезия ҳарорат сезгисининг йўқолиши асосий гуруҳда битта беморда кузатилди ва даво муолажаларидан сўнг ушбу патологик сезги бузилиши қайд этилмади. Гипестезия тактил сезувчанликнинг камайиши ҳар икки гуруҳда ҳам кузатилди аммо тузалиш динамикаси бўйича асосий гуруҳда юқори кўрсаткич қайд этилди($P<0,01$). Гиперэстезия тактил сезувчанликнинг ортиши асосий гуруҳда ҳам назорат

гуруҳида ҳам кузатилган бўлсада, яхшиланиш динамикаси асосий гуруҳда назорат гуруҳига нисбатан юқори фоизларда кузатилди($P<0,05$). Гиперальгезия оғриқ сезгисининг кучайиб кетиши даволашдан олдин асосий гуруҳда назорат гуруҳидан кўпроқ кузатилди, даволашдан кейин асосий гуруҳда яхшиланиш динамикаси 5 %ни, назорат гуруҳида эса 2.5% ни ташкил қилди. Полиэстезия битта сезгининг кўп бўлиб туюлиши асосий гуруҳ беморларидан битта ҳолатда кузатилди ва даволашдан сўнг ушбу патологик ҳолат қайд этилмади. Аллохейрия симметрик қарама қарши томонда таъсир нуқтасини кўрсатиш даволашдан олдин асосий гуруҳда ҳам назорат гуруҳида ҳам кузатилди, даволашдан кейин эса асосий гуруҳда тузалиш динамикаси кузатилган бўлсада($P<0,05$), назорат гуруҳида ўзгаришлар кузатилмади. Дизестезия рецептор сезувчанликнинг бузилиши, яъни иссиқни совуқ деб, оғриқни иссиқ деб сезиш даволашдан олдин ҳар икки гуруҳ беморларида ҳам кузатилди ва даволашдан кейин бир ҳил динамикада ҳар икки гуруҳда тузалиш фоизлари кузатилди, даволашдан олдин Парестезиялар асосий гуруҳда назорат гуруҳидан биров кўпроқ кузатилди аммо даволашдан сўнг асосий гуруҳда ҳам назорат гуруҳида ҳам бир хилда тузалиш динамикаси қайд қилинди. Гиперпатия назорат гуруҳидан фарқли равишда асосий гуруҳда кузатилди ва даволашдан сўнг ушбу патологик ҳолатнинг ўзгариш динамикаси қайд этилмади.

Тадқиқот давомида беморларда ҳар икки гуруҳда нутқ бузилишларини таҳлил қилдик, бизнинг кузатувимизда энг кўп учраган нутқ бузилишлари сенсомотор афазия, дизартрия ва аралаш типдаги нутқ зараланишлари кузатилди. Ҳар икки гуруҳда ҳам нутқ бузилишларининг кузатилиши даво муолажалри тугатилганидан сўнг ҳам қайта баҳоланди. Олинган натижалар даводан олдинги ва кенйинги ҳолатларда солиштирилди. Икки гуруҳ натижалари бир бири билан таққосланди.

Асосий гуруҳда сенсомотор афазиянинг кузатилиши 7 % га камайган бўлса, назорат гуруҳда сенсомотор афазиянинг кузатилиши 2,5 % га камайиши кузатилди, дизартрия эса асосий гуруҳда 16 % га камайган бўлса ($p<0,01$),

назорат гуруҳида даволанишдан сўнг 5 % га камайди($p<0,01$), аралаш типдаги нутқ зараланишлари даволанишдан сўнг асосий гуруҳда 6 % га камайди, назорат гуруҳида 2,5 % га камайди. Нутқ бузилишлари кузатилмаган беморлар даволанишдан сўнг асосий гуруҳда 20 % кузатилди($p<0,01$), назорат гуруҳида эса 10 % беморларда нутқ бузилишлари кузатилмади($p<0,05$).

Когнитив статусни ўрганиш тестлари натижалар таҳлили орқали ишемик инсультда даволашдан кейинги давридаги когнитив етишмовчилик беморларда касалликнинг даводан олдинги когнитив етишмовчиликга нисбатан ижобий динамика кузатилганлиги аниқланди ҳар икки гуруҳда ҳам кузатилди, MMSE шкласи бўйича баҳоланганда асосий гуруҳда дастлабки балл $18\pm0,45$ ни ташкил этган бўлса, ИРТ муолажаларидан сўнг MMSE шкласи бўйича баҳоланганда асосий гуруҳда $24\pm2,58$ баллни ташкил этди, ушбу кўрсаткичлар назорат гуруҳида $19\pm3,36$ да ни ташкил қилди, даво муолажалари тугагандан сўнг $22\pm2,58$ баллни ташкил қилди. Соат кўрсаткичини чизиш бўйича асосий гуруҳда дастлабки балл $79\pm4,2$ ни ташкил қилган бўлса, игнарефлекс терапиясидан сўнг $60\pm3,2$ ни ташкил қилди, назорат гуруҳида эса ўзгаришлар асосий гуруҳдан биров фарқ қилди $71\pm3,8$ даволашдан олдинги ўртача балл бўлса, даволашдан сўнг $62\pm4,8$, Шульте жадвали бўйича баҳоланганда асосий гуруҳда $44\pm3,1$ баллни ташкил этди, ушбу кўрсаткичлар назорат гуруҳида $43\pm2,3$ да ни ташкил қилди, даво муолажалари тугагандан сўнг асосий гуруҳда $27\pm1,8$ баллни, назорат гуруҳида эса $28\pm1,6$ баллни ташкил қилди.

Асосий ва назорат гуруҳида умумий мия белгиларининг динамикаси даволанишдан олдин ва кейин назорат қилинганда асосий гуруҳда энг кўп учраган клиник белги ҳолсизликнинг кучайиши 90% ҳолатда кузатилган бўлса ($p<0,01$), назорат гуруҳида эса барча беморларда кузатилди. Энг кам учраган клиник белги эса қулоқдаги шовқин асосий гуруҳда 50 % беморда даволашдан олдин кузатилган бўлса, ИРТ терапиядан сўнг эса 36% га динамикада камайди. Назорат гуруҳида эса 52,5 фоиздан 50% га камайди.

Асосий гуруҳда энг кўп учраган неврологик белги бу эмоционал лабиллик бўлиб, даволашдан олдин ҳар икки гуруҳнинг барча беморларида кузатилган бўлса, даволашдан сўнг асосий гуруҳнинг 50 % $p<0,01$ беморларида кузатилган бўлса назорат гуруҳида эса 64% $p<0,05$ ҳолатда кузатилди. Бош мия жуфт нервларининг марказий парези асосий гуруҳда 9%га камайган $p<0,05$, Патологик рефлексларнинг кузатилиши асосий гуруҳда 9 %га камайган $p<0,05$, олий нерв фаолиятининг бузилишида аҳамияга молик ўзгаришлар аниқланди $p<0,05$.

Экстракраниал қон томирларни ультратовуш таҳлили юрак қон томир касалликларини ташхис қўйишда ягона ноинвазив текширув усулидир. Бу усул универсал текширув усули бўлиб, кўпчилик тиббиёт марказларида ҳамда бемор ётган жойида бу текширувни амалга ошириш мумкин. Бу усул асосида қоннинг ҳаракатланаётган шакли элементларидан қайтаётган ультратовуш тўлқин частоталари ўзгариш феномени ётади.

Қон оқими тезлигини аҳамияти, шунингдек текширилаётган барча беморларда гемодинамика кўрсаткичи даволашдан сўнг асосий гуруҳда назорат гуруҳига нисбатан статистик ётарли фарқга эгадир ($p<0,01$ мос келади).

Игна рефлекс муолажаси ўтказилгандан сўнг асосий ўзгаришлар ички уйқу артериясида гемодинамиканинг яхшиланганлиги кузатилди. Церебрал артериялар вазоспазмнинг мавжуд билвосита белгилари беморларда гемодинамика кўрсаткичлари билан тасдиқлади. Бу кўрсаткичлар даволашдан кейинги кўрсаткичлари билан солиштирганимизда статистик аҳамиятли фарқга эга.

ХУЛОСАЛАР

1. Игнарефлексотерапияси ишемик инсультларнинг эрта тикланиш даврида даволашда асосий давога қўшимча равишда қўлланиши нутқ бузилишларининг тикланиш жараёнига ижобий таъсир кўрсатади, сеносомотор афазиянинг кузатилиши 7 % га камайтиради, дизартрия кузтилишини 6.3 % га камайтиради, аралаш типдаги нутқ зараланишлари даволанишдан 6 % га камайтиради ва беморлар ҳаёт сифатининг тикланишига сабабчи бўлади ($p < 0,05$).

2. Игнарефлексотерапияси ишемик инсультларни эрта тиклаш даврида даволашда асосий давога қўшимча равишда қўлланиши ҳаракат ва сезги бузилишларининг тикланиш жараёнига ижобий таъсир кўрсатади ва тикланиш жараёни муддатини анъанавий усул билан даволаганга кўра қисқароқ муддатга камайтиради, Беморларда инсультдан сўнг неврологик етишмовчиликлар юзага келишини олдини олади, мушак тонусини нормаллаштиради ($p < 0,01$) ва реабилитация ҳамда, госпитализация муддатини қисқартиради.

3. Игнарефлексотерапиясини ишемик инсульт ўтказган беморларда асосий даволашга қўшимча равишда қўлланилиш инта ва экстракраниал қон томирларда гемодинамик бузилишларни тиклайди, чуқур неврологик бузилишларининг тикланиш жараёнига ижобий таъсир кўрсатади ва тикланиш вақтини қисқартиради ва даволаниш самарадорлиғни оширади ($p < 0,05$);

4. Игнарефлексотерапиясини ишемик инсульт ўтказган беморларда асосий даволашга қўшимча равишда қўлланилиши чуқур когнитив ва неврологик бузилишларининг тикланиш жараёнига ижобий таъсир кўрсатади ва тикланиш вақтини қисқартиради ва даволаниш самарадорлиғни оширади ($p < 0,05$);

Амалий тавсия

Игнарефлексотерапияси ишемик инсультларнинг ҳар қандай босқичида анъанавий даво усулига қўшимча тарзда қўлланиши касаллик тикланиш жараёнларига ижобий таъсир кўрсатади, тикланиш даврини оддий даволашга кўра қисқартирганлиги сабабли, ишемик инсультларни комплекс реабилитацион даволаш муддатларида тавсия этилади.

ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

- 1.Tao J, Zheng Y, Liu W, Yang S, Huang J, Xue X, Shang G, Wang X, Lin R, Chen L. Electro-acupuncture at LI11 and ST36 acupoints exerts neuroprotective effects via reactive astrocyte proliferation after ischemia and reperfusion injury in rats // Brain Res Bull. 2016; 120: 14-24.
- 2.Lentz S., Erger R., Dayal S., Maeda N., Malinow R., Heistad D., Faraci F. Folate dependence of hyperhomocysteinemia and vascular dysfunction in cystathionine β -synthase-deficient mice // American Journal of Physiology Heart and Circulatory Physiology Published, 2000, vol. 279, no. 3, pp. 970–975.
- 3.LuS.R., LiaoY.C., FuhJ.L.etal. Nimodipine for treatment of primary thunderclap headache // Neurology. – 2004. – Vol. 62, N 8. – P. 1414–1416.
- 4.Marder C.P., Donohue M.M., Weinstein J.R., et al. Multimodal imaging of reversible cerebral vasoconstriction syndrome: a series of 6 cases // AJNR Am J Neuroradiol 2012;33:1403–10
- 5.Mawet J., Boukobza M., Franc J., et al. Reversible cerebral vasoconstriction syndrome and cervical artery dissection in 20 patients // Neurology 2013;81:821–24
- 6.Matlyuba Sanoeva, Farukh Saidvaliyev, Gulnara Rakhimbayeva, Munisakhon Gulova, Mekhriniso Avezova. Peculiarities of Clinical and Hemodynamic Manifestations of Migraine Strokes // International Journal of Psychosocial Rehabilitation, Vol. 24, Issue 02, 2020.
- 7.Mitchell L.A., Santarelli J.G., Singh I.P., et al. Reversible cerebral vasoconstriction syndrome and bilateral vertebral artery dissection presenting in a patient after cesarean section // J Neurointerv Surg 2014;6:e5
- 8.Moskowitz S.I., Calabrese L.H., Weil R.J. Benign angiopathy of the central nervous system presenting with intracerebral hemorrhage // SurgNeurol 2007;67:522–27;
- 9.Moussavi M., Korya D., Panezai S., et al. Reversible cerebral vasoconstriction

syndrome in a 35-year-old woman following hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy // J Neurointerv Surg 2012;4:e35

10.Noda K., Fukae J., Fujishima K. et al. Reversible cerebral vasoconstriction syndrome presenting as subarachnoid hemorrhage, reversible posterior leukoencephalopathy, and cerebral infarction // Intern Med 2011;50:1227–33

11.Nouh A., Ruland S., Schneck M.J., et al. Reversible cerebral vasoconstriction syndrome with multivessel cervical artery dissections and a double aortic arch // JStrokeCerebrovascDis 2014;23:e141– 43

12.Nowak D.A., Rodiek S.O., Henneken S., Zinner J., Fuchs H.H., Topka H. Reversible segmental cerebral vasoconstriction (Call - Fleming syndrome): are calcium channel inhibitors a potential treatment option Cephalalgia // 2003; 23:218–22.

13.Paliwal P.R., Teoh H.L., Sharma V.K. Association between reversible cerebral vasoconstriction syndrome and thrombotic thrombocytopenic purpura // J Neurol Sci 2014;338:223–25

14.Pickard JD, Murray GD, Illingworth R, et al. Effect of oral nimodipine on cerebral infarction and outcome after subarachnoid haemorrhage // British aneurysm nimodipine trial. British Medical Journal. 2003;298(6674):636–642.

15.Probert R., Saunders D.E., Ganesan V. Reversible cerebral vasoconstriction syndrome: rare or underrecognized in children // Dev Med Child Neurol 2013;55:385– 89

16.Осипова:В:В; Современная-классификация головных.болей в практике невролога. головная боль - актуальная междисциплинарная проблема // Смоленск, 2009.-13-25. .

17.Chavez LM, Huang S-S, MacDonald I, Lin J-G, Lee Y-C, Chen Y-H. Mechanisms of Acupuncture Therapy in Ischemic Stroke Rehabilitation: A Literature Review of Basic Studies // Int J Mol Sci. 2017;18(11):2270-2283

18.Chen B, Tao J, Lin Y, Lin R, Liu W, Chen L. Electro-acupuncture exerts beneficial effects against cerebral ischemia and promotes the proliferation of

neural progenitor cells in the cortical peri-infarct area through the Wnt/ β catenin signaling pathway // *Int J Mol Med*. 2015;36:1215-1222.

19.Chen D, Guo H. Therapeutic effects of acupuncture combined with rehabilitation training on dysphagia in post-stroke pseudobulbar palsy // *Zhongguo Zhen Jiu*. 2018;38(4):364-368.

20.Chen L, Fang J, Ma R, Gu X, Chen L, Li J, Xu S. Additional effects of acupuncture on early comprehensive rehabilitation in patients with mild to moderate acute ischemic stroke: a multicenter randomized controlled trial // *BMC Complement Altern Med*. 2016;16:226.

21.Chen M, Sun HY, Hu P, et al. Activation of BK_{Ca} channels mediates hippocampal neuronal death after reoxygenation and reperfusion // *Mol Neurobiol*. 2013;48:794-807.

22.Cheng CY, Lin JG, Su SY, Tang NY, Kao ST, Hsieh CL. Electroacupuncture-like stimulation at Baihui and Dazhui acupoints exerts neuroprotective effects through activation of the brain-derived neurotrophic factor-mediated MEK1/2/ERK1/2/p90RSK/bad signaling pathway in mild transient focal cerebral ischemia in rats // *BMC Complement Altern Med*. 2014;14:92.

23.Cheng CY, Lin JG, Tang NY, Kao ST, Hsieh CL. Electroacupuncture at different frequencies (5 and 25 Hz) ameliorates cerebral ischemia-reperfusion injury in rats: Possible involvement of p38 MAPK-mediated anti-apoptotic signaling pathways // *BMC Complement Altern Med*. 2015;15:241.

24.Cheng CY, Lin JG, Tang NY, Kao ST, Hsieh CL. Electroacupuncture-like stimulation at the Baihui (GV20) and Dazhui (GV14) acupoints protects rats against subacute-phase cerebral ischemia-reperfusion injuries by reducing S100B-mediated neurotoxicity // *PLoS ONE*. 2014;9(3):e91426.

25.Cho N.H., Lee J.D., Cheong B.S. Acupuncture suppresses intrastriatal hemorrhage-induced apoptotic neuronal cell death in rats // *J. Neurosci Lett*. 2004.

May. 20. 362 (2). P. 141–145.

26.Chuang S-F, Shih C-C, Yeh C-C, Lane H-L, Tsai C-C, Chen T-L, Lin J-G, Tainsong C, Liao C-C. Decreased risk of acute myocardial infarction in stroke patients receiving acupuncture treatment: a nationwide matched retrospective cohort study // BMC Complement Altern Med. 2015;15:318.

27.Du XZ, Bao CL, Dong GR, Yang XM. Immediate effects of scalp acupuncture with twirling reinforcing manipulation on hemiplegia following acute ischemic stroke: a hidden association study // Neural Regen Res. 2016;11(5):758-764.

28.Feng X, Yang S, Liu J, Huang J, Peng J, Lin J, Tao J, Chen L. Electroacupuncture ameliorates cognitive impairment through inhibition of NF- κ mediated neuronal cell apoptosis in cerebral ischemia-reperfusion injured rats //Mol Med Rep. 2013;7:1516-1522.

29.Ferre A, Ribó M, Rodríguez-Luna D, Romero O, Sampol G, Molina CA, Álvarez-Sabin J. Strokes and their relationship with sleep and sleep disorders // Neurologia. 2013;28(2):103-118.

30.Fink M., Rollnik J.D., Bijak M. Needle acupuncture in chronic poststroke leg spasticity // J.Arch.Phys.Med.Rehabil. 2004. Apr. 85 (4). P. 667-672.

31.Fu CH, Li KS, Ning YZ, Tan ZJ, Zhang Y, Liu HW, Han X, Zou YH. Altered effective connectivity of resting state networks by acupuncture stimulation in stroke patients with left hemiplegia // A multivariate granger analysis Medicine (Baltimore). 2017;96(47):e8897.

32.Fu S, Gu Y, Jiang JQ, Chen X, Xu M, Chen X, Shen J. Calycosin-7-O- β D-glucoside regulates nitric oxide /caveolin-1/matrix metalloproteinases pathway and protects blood-brain barrier integrity in experimental cerebral ischemia-reperfusion injury // Journal of Ethnopharmacology. 2014;155(1):692-701. 37.

33.Li HQ, Li Y, Chen ZX, Zhang XG, Zheng XW, Yang WT, Chen S, Zheng GQ. Electroacupuncture Exerts Neuroprotection through Caveolin-1 Mediated // Molecular Pathway in Intracerebral Hemorrhage of Rats. Neural Plast. 2016;7308261.

34.Glozier N, Moullaali TJ, Sivertsen B, Kim D, Mead G, Jan S, Li Q, Hackett

- ML. The Course and Impact of Poststroke Insomnia in Stroke Survivors Aged 18 to 65 Years: Results from the Psychosocial Outcomes In Stroke (POISE) Study // *Cerebrovasc Dis Extra*. 2017;7(1):9-20.
35. Hong J, Wu G, Zou Y, Tao J, Chen L. Electroacupuncture promotes neurological functional recovery via the retinoic acid signaling pathway in rats following cerebral ischemia-reperfusion injury // *Int J Mol Med*. 2013;31:225-231.
36. Huang J, Ye X, You Y, Liu W, Gao Y, Yang S, Peng J, Hong Z, Tao J, Chen L. Electroacupuncture promotes neural cell proliferation in vivo through activation of the ERK1/2 signaling pathway // *Int J Mol Med*. 2014;33:1547-1553.
37. Feidin VL, Lawes CM, Bennett DA, Anderson CS. Stroke epidemiology: a review of population-based studies of incidence, prevalence, and case-fatality in the late 20th century // *Lancet Neurol* 2003; 2: 43–53. 3.
38. Guidelines for Management of Ischemic Stroke and Transient Ischaemic Attack // European Stroke organisation. 2008: 104.
39. Суслина З.А., Верещагин Н.В. клинико-эпидемиологические исследования – перспективное направление изучения церебральной патологии (сообщение первое). *анналы неврологии*. 2009; 3: 4–11. / Suslina Z.A., Varakin Iu.Ia., Vereshchagin N.V. Kliniko-epidemiologicheskie issledovaniia – perspektivnoe napravlenie izucheniia tserebral'noi patologii (soobshchenie pervoe). *Annaly nevrologii*. 2009; 3: 4–11.
40. Черемхин К.Ю., Губернаторова Е.В., Умникова М.В. возможности применения динамической электростимуляции в восстановительной медицине (обзор). *вестн. восстановительной медицины*. 2008; 2 (24): 17–9. / Cheremkhin K.Iu., Vlasov A.A., Gubernatorova E.V., Umnikova M.V. Vozmozhnosti primeneniia dinamicheskoi elektroneirostimuliatsii v vosstanovitel'noi meditsine (obzor) // *Vestn. vosstanovitel'noi meditsiny*. 2008; 2 (24): 17–9.
41. Зубаренко А.В применение динамической электростимуляции в терапии обострений бронхиальной астмы у детей. Е.Е. Molchanova //

Consilium Medicum. 2017; 19 (2.1):

42.Qijun Le, Jiabao Hu, Xiaohuan Cao, Siwen Kuang, Man Zhan Transcriptomic and cortisol analysis reveals differences in stress alleviation by different methods of anesthesia in Crucian carp (*Carassius auratus*) // *Fish & Shellfish Immunology* January 2019, Pages 1170-1179

43.R. Sathiyaa, T. Campbell, M.M. VijayanCortisol modulates HSP90 mRNA expression in primary cultures of trout hepatocytes. *Comp. Biochem // Physiol. B Biochem. Mol. Biol.*, 129 (2001), pp. 679-685

44.Robert H. Pietrzak, Simon M. Laws, Yen Ying Lim, Sophie J. Bender Plasma Cortisol, Brain Amyloid- β , and Cognitive Decline in Preclinical Alzheimer's Disease: A 6-Year Prospective Cohort Study, *Biological Psychiatry // Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, January 2017, Pages 45-52

45.Yoshinao Katsu, Cortisol is one of the major glucocorticoids synthesized in the zona fasciculate of the Taisen Iguchi // in *Handbook of Hormones*, 2016

46.Xie G, Yang S, Chen A, Lan L, Lin Z, Gao Y, Huang J, Lin J, Peng J, Tao J, Chen L. Electroacupuncture at Quchi and Zusanli treats cerebral ischemiareperfusion injury through activation of ERK signaling // *Exp Ther Med*. 2013;5:1593-1597.

47.Bolitho, S.J., Naismith, S.L., Rajaratnam, S.M., et al., 2014. Disturbances in melatonin secretion and circadian sleep-wake regulation in Parkinson disease // *Sleep Med*. 15 (3), 342– 347

48.D.P. Breen, R. Vuono, U. Nawarathna, .Sleep and circadian rhythm regulation in early Parkinson disease // 71 (5) (2014), pp. 589-595

49.N.A. Aziz, H. Pijl, M. Frolich, Diurnal secretion profiles of growth hormone, thyrotrophin and prolactin in Parkinson's disease // *Neuroendocrinol.*, 23 (6) (2011), pp. 519-524

50.Ducros A., Bousser M.G. Reversible cerebral vasoconstriction syndrome // *Pract Neurol* 2009;9:256– 67

51. Dyck P.J., Boes C.J., Mulder (D.et al.) History of standart scoring, notation and summation of neuromuscular signs. A current survey and recommendation //

- J. Peripher. Nerv. Syst. — 2005. — Vol. 10, N.2. — P. 158—173.
- 52.Edlow B.L., Kasner S.E., Hurst R.W., et al. Reversible cerebral vasoconstriction syndrome associated with subarachnoid hemorrhage // *Neurocrit Care*2007;7:203–10
- 53.Elstner M, Linn J, Müller-Schunk S, Straube A. Reversible cerebral vasoconstriction syndrome: a complicated clinical course treated with intra-arterial application of nimodipine // *Cephalalgia* 2009; **29**: 677– 682.
- 54.Eversa S., Goadsby P., Jensenc R. et al. Treatment of miscellaneous idiopathic headache disorders (group 4 of the IHS classification) — Report of an EFNS task force // *European Journal of Neurology* 2011; 18: 803-812
- 55.Farid H., Tatum J.K., Wong C. et al. Reversible cerebral vasoconstriction syndrome: treatment with combined intra-arterial verapamil infusion and intracranial angioplasty // *AJNR. Am. J. Neuroradiol* 2011; DOI: 10.3174.
- 56.Fletcher J. J., Kramer A. H., Bleck T. P., Solenski N. J. Overlapping features of eclampsia and postpartum angiopathy // *Neurocrit. Care.* – 2009. – Vol. 11, N 2. – P. 199–209.
- 57.Fugate J.E., Ameriso S.F., Ortiz G., et al. Variable presentations of postpartum angiopathy // *Stroke*2012;43:670–76
- 58.Fugate J.E., Wijdicks E.F., Parisi J.E. et al. Fulminant postpartum cerebral vasoconstriction syndrome // *Arch Neurol*2012;69:111–17
- 59.Garza I, Black DF. Persistent primary thunderclap headache responsive to gabapentin // *J Headache Pain* 2006; **7**: 419– 421.
- 60.Geocadin R.G., Razumovsky A.Y., Wityk R.J. et al. Intracerebral hemorrhage and postpartum cerebral vasculopathy // *J Neurol Sci*2002;205:29–34
- 61.Jin Y, Jin X, Chen Y, Zhu J. Acupuncture and constraint-induced movement therapy for a patient with chronic stroke. One-year follow-up case report // *Medicine (Baltimore)*. 2017;96(46):e8737.
- 62.Jittiwat J. Laser Acupuncture at GV20 Improves Brain Damage and Oxidative Stress in Animal Model of Focal Ischemic Stroke // *J Acupunct Meridian Stud.* 2017;10(5):324-330.

63. Kim JH, Choi KH, Jang YJ, Bae SS, Shin BC, Choi BT, Shin HK. Electroacupuncture acutely improves cerebral blood flow and attenuates moderate ischemic injury via an endothelial mechanism in mice // PLoS ONE. 2013;8:e56736.
64. Kim YR, Kim HN, Ahn SM, Choi YH, Shin HK, Choi BT. Electroacupuncture promotes post-stroke functional recovery via enhancing endogenous neurogenesis in mouse focal cerebral ischemia // PLoS ONE. 2014;9(2):e90000.
65. Kim YR, Kim HN, Jang JY, Park C, Lee JH, Shin HK, Choi YH, Choi BT. Effects of electroacupuncture on apoptotic pathways in a rat model of focal cerebral ischemia // Int J Mol Med. 2013;32:1303-1310.
66. Lan L, Tao J, Chen A, Xie G, Huang J, Lin J, Peng J, Chen L. Electroacupuncture exerts anti-inflammatory effects in cerebral ischemia-reperfusion injured rats via suppression of the TLR4/NF- κ B pathway // Int J Mol Med. 2013;31:75-80.
67. Li J, He J, Du Y1, Cui J, Ma Y, Zhang X. Electroacupuncture improves cerebral blood flow and attenuates moderate ischemic injury via Angiotensin II its receptors-mediated mechanism in rats // BMC Complement Altern Med. 2014;14:441.
68. Li J.Y., Peng Y.Z., Yang F.J. Clinical observation on effect of tongnao huoluo acupuncture therapy in treating acute cerebral infarction at ultra-early or acute stage Altern // Complement. Med. 2003. Oct. 23 (10). P. 736–739.
69. Li LX, Deng K, Qu Y. Acupuncture Treatment for Post-Stroke Dysphagia: An Update Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials // Chin J Integr Med. 2018. (Epub ahead of print).
70. Li QQ, Shi GX, Yang JW, Li ZX, Zhang ZH, He T, Wang J, Liu LY, Liu CZ. Hippocampal cAMP/PKA/CREB is required for neuroprotective effect of acupuncture // Physiol Behav. 2015;139:482-490.

- 71.Li Y, Wang D, Zhang H, Wang Y, Wu P, Zhang H, Yang Y, Huang W. Changes of brain connectivity in the primary motor cortex after subcortical stroke: a multimodal magnetic resonance imaging study // *Medicine (Baltimore)*. 2016;95:e2579.
- 72.Li Y, Wang Y, Liao C, Huang W, Wu P. Longitudinal Brain Functional Connectivity Changes of the Cortical Motor-Related Network in Subcortical Stroke Patients with Acupuncture Treatment // *Neural Plast*. 2017;5816263.
- 73.Li Y, Wang Y, Zhang H, Wu P, Huang W. The effect of acupuncture on the motor function and white matter microstructure in ischemic stroke patients // *Evid Based Complement Alternat Med*. 2015;10.
- 74.Lim SM, Yoo J, Lee E, Kim HJ, Shin S, Han G, Ahn HS. Acupuncture for Spasticity after Stroke // A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2015;870398.
- 75.Liu F, Li ZM, Jiang YJ, Chen LD. A meta-analysis of acupuncture use in the treatment of cognitive impairment after stroke // *J Altern Complement Med*. 2014;20(7):535-544.
- 76.Liu W, Wu J, Huang J, Zhuo P, Lin Y, Wang L, Lin R, Chen L, Tao J. Electroacupuncture Regulates Hippocampal Synaptic Plasticity via miR134-Mediated LIMK1 Function in Rats with Ischemic Stroke // *Neural Plast*. 2017;9545646.
- 77.Lu T, Luo Y, Sun H, Qin W, Li Y. Electroacupuncture improves behavioral recovery and increases SCF/c-kit expression in a rat model of focal cerebral ischemia/reperfusion // *Neurol Sci*. 2013;34:487-495.
- 78.McDermott M, Brown DL, Chervin RD. Sleep disorders and the risk of stroke // *Expert Rev Neurother* 2018;18(7):523-531. 57.
79. Lee SH, Lim SM. Acupuncture for insomnia after stroke: a systematic review and meta-analysis // *BMC Complement Altern Med*. 2016;16:228. 58.

- 80.Zhao KC. Acupuncture for the Treatment of Insomnia // *Int Rev Neurobiol.* 2013;111:217-234.
- 81.Mehan S, Parveen S, Kaur G, Kukkar U, Dudi R, Rajput M, Kalra S. Targeting Phytochemical Driver in AC/cAMP/PKA/CREB Activation // *The Next Frontier for Alleviating Huntington's Type Neurodegenerative Disorders in 3-NP Animal Model: A Complete Review.* *EC Neurology.* 2017;6(3):77-131.
- 82.Namni Goel, David F. Dinges, in *Principles and Practice of Sleep // Medicine (Fifth Edition)*, 2011
- 83.Napadow V., Kaptchuk T.J. Patient characteristics for outpatient acupuncture in Beijing // China. *J. Altern. Complement. Med.* 2004. Jun. 10 (3). P. 565-572.
- 84.Ng GY-Q, Lim Y-A, Sobey CG, Dheen T, Fann DY-W, Arumugam TV. Epigenetic regulation of inflammation in stroke // *Ther Adv Neurol Disord.* 2018;11:1756286418771815.
- 85.Shi GX, Wang XR, Yan CQ, He T, Yang JW, Zeng XH, Xu Q, Zhu W, Du SQ, Liu CZ. Acupuncture elicits neuroprotective effect by inhibiting NADPH oxidase-mediated reactive oxygen species production in cerebral ischaemia // *Sci Rep.* 2015;5:17981.
- 86.Shi P, Sun LL, Lee YS, Tu Y. Electroacupuncture regulates the stress-injuryrepair chain of events after cerebral ischemia/reperfusion injury // *Neural Regen Res.* 2017;12(6):925-930.
- 87.Shih CC, Liao CC, Sun MF, Su YC, Wen CP, Morisky DE, Sung FC, Hsu C-Y, Lin JG. A Retrospective Cohort Study Comparing Stroke Recurrence Rate in Ischemic Stroke Patients With and Without Acupuncture Treatment // *Medicine (Baltimore).* 2015;94(39):e1572.
- 88.Tseng SP, Hsu YC, Chiu CJ, Wu ST. A Population-Based Cohort Study on the Ability of Acupuncture to Reduce Post-Stroke Depression // *Medicines (Basel).* 2017;4(1):16.

- 89.Wang S, Yang H, Zhang J, Zhang B, Liu T, Gan L, Zheng J. Efficacy and safety assessment of acupuncture and nimodipine to treat mild cognitive impairment after cerebral infarction: a randomized controlled trial // BMC Complement Altern Med. 2016;16:361.
- 90.Wang Y, Shen Y, Lin HP, Li Z, Chen YY, Wang S. Large-conductance Ca^{2+} -activated K^{+} channel involvement in suppression of cerebral ischemia/reperfusion injury after electroacupuncture at Shuigou(GV26) acupoint in rats // Neural Regen Res. 2016;11(6):957-962.
- 91.Weng S-W, Chen T-L, Yeh C-C, Liao C-C, Lane H-L, Lin J-G, Shih C-C. An investigation of the use of acupuncture in stroke patients in Taiwan: a national cohort study // BMC Complement Altern Med. 2016;16(1):321-328.
- 92.Weng SW, Liao CC, Yeh CC, Chen TL, Lane HL, Lin JG, Shih CC. Risk of epilepsy in stroke patients receiving acupuncture treatment: a nationwide retrospective matched-cohort study // BMJ Open. 2016;6(7):e010539.
- 93.World Health Organization. Acupuncture: Review and analysis reports on controlled clinical trials // Geneva: WHO; 2002.
- 94.Wu C, Wang J, Li C, Zhou G, Xu X, Zhang X, Lan X. Effect of electroacupuncture on cell apoptosis and ERK signal pathway in the hippocampus of adult rats with cerebral ischemia-reperfusion // Evid Based Complement Altern Med. 2015;414965.
- 95.Xu H, Sun H, Chen SH, Zhang YM, Piao YL, Gao Y. Effects of acupuncture at Baihui (DU20) and Zusanli (ST36) on the expression of heat shock protein 70 and tumor necrosis factor α in the peripheral serum of cerebral ischemia-reperfusion-injured rats // Chin J Integr Med. 2014;20:369-374.
- 96.Xu M, Li D, Zhang S. Acupuncture for acute stroke // Cochrane Database Syst Rev. 2018.

- 97.Xu Q, Yang JW, Cao Y, Zhang LW, Zeng XH, Li F, Du SQ, Wang LP, Liu CZ. Acupuncture improves locomotor function by enhancing GABA receptor expression in transient focal cerebral ischemia rats // *Neurosci Lett*. 2015;588:88-94.
- 98.Xue X, You Y, Tao J, Ye X, Huang J, Yang S, Lin Z, Hong Z, Peng J, Chen L. Electro-acupuncture at points of Zusanli and Quchi exerts anti-apoptotic effect through the modulation of PI3K/Akt signaling pathway // *Neurosci Lett*. 2014;558:14-19.
- 99.Ye Q, Xie Y, Shi J, Xu Z, Ou A, Xu N. Systematic Review on Acupuncture for Treatment of Dysphagia after Stroke // *Evid Based Complement Alternat Med*. 2017;6421852.
- 100.You YN, Cho MR, Kim JH, Park JH, Park GC, Song MY, Choi JB, Han JY. Assessing the quality of reports about randomized controlled trials of scalp acupuncture combined with another treatment for stroke // *BMC Complement Altern Med*. 2017;17(1):452.
- 101.Zhang Y, Li K-S, Ning Y-Z, Fu C-H, Liu H-W, Han X, Cui F-Y, Ren Y, Zou Y-H. Altered structural and functional connectivity between the bilateral primary motor cortex in unilateral subcortical stroke: a multimodal magnetic resonance imaging study // *Medicine (Baltimore)*. 2016;95:e4534.
- 102.Zhang Y, Lin R, Tao J, Wu Y, Chen B, Yu K, Chen J, Li X, Chen L-D. Electroacupuncture improves cognitive ability following cerebral ischemia reperfusion injury via CaM-CaMKIV-CREB signaling in the rat hippocampus // *Exp Ther Med*. 2016;12(2):777-782.
- 103.Zhang Y.J. Observation of curative effects of huatojiajii in the treatment of 300 cases of apoplexy // *Trad Chin Med*. 1996. Jun. 16 (2). P. 117-120.
- 104.Бокерия Л.А., Гудкова р.Г. успехи и проблемы российской кардиохирургии. *Здравоохранение* // 2012; 3: 24–33

- 105.Васичкин В.И. Методы Китайской акупунктуры. М.: Полигон. 2005. 375 с. 5. Кадыков А.С. Реабилитация после инсульта // М.: «Миклош». 2003. 176 с.
- 106.Гусев Е.И., Скворцова В.И. Нейропротективная терапия ишемического инсульта // I. Первичная нейропротекция. Журнал неврологии и психиатрии. 2002. № 5. С. 3–7.
- 107.Гусев Е.И., Скворцова В.И., Чекиева Н.С. Лечение острого мозгового инсульта (диагностические и терапевтические алгоритмы) // М. 2003. 26 с.
108. Под ред. Н.В. Верещагина, М.А. Пирадова, З.А. Суслиной. М.: Инсульт. Принципы диагностики, лечения и профилактики // Интермедика. 2002. 208 с.
- 109.Орлова О.Р., Яхно НН. Применение Ботокса (токсина ботулизма типа А) в клинической практике // -М.: Каталог, 2001..-201с. "
- 110.Осипова В.В., Абузарова Г.Р., Петрова В.В. Принципы клинического применения наркотических и ненаркотических анальгетических средств при острой и хронической боли // - М.: МНМОИ им. П.А. Герцена, 2004. - 64с.
111. Разумов А.Н., Бобровницкий И.П. Восстановительная медицина: научные основы и пути интеграции первичной и вторичной профилактики // Современные технологии восстановительной медицины. Труды У11 международной конференции. Сочи 11-16 мая 2004. М. Асвомед, 2004. С. 10-18.
- 112.Разумов А.Н., Бобровницкий И.П., Шакула А.В. Служба восстановительной медицины и ее роль в охране здоровья населения // Вестник восстановительной медицины, №4 , 2003, С. 3-5.
- 113.Усупбекова Б.Ш., Мохов Д.Е., Василенко А.М. Возможности, использования электропунктурной диагностики для- оценки эффективности остеопатического лечения пациентов с хроническими посттравматическими

головными болями в затылочной области и шее // Традиционная медицина.- 2008.-№4(15).-С. 19-22.

114.Хадарцев А.А., Гонтарев С.Н., Крюкова СВ. Восстановительная медицина // Том 2. Тула-Белгород: ТулГУ, 2010. 5-115с. 78.

115.Хохлов Ю.К., Селицкий Г.В. и др. Первичная головная боль // -М.:2002. - 28с.

116.Юсипова В;В. Головная боль напряжения // Практическое руководство для врачей. М.:ООО «Иринталлогги». 2009. - 42с. 185'

МУНДАРИЖА:	
ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ.....	4
КИРИШ.....	5
I БОБ. «ИШЕМИК ИНСУЛЬТЛАРНИНГ ТАШХИСОТИ ВА ДАВОСИГА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВ	
Ишемик инсульт — тиббий-ижтимоий муаммо. Цереброваскуляр касалликлар ичида ишемик инсультнинг ўрни ва аҳамияти.....	13
Ишемик инсультни даволашда замонавий ёндашувлар.....	16
Ишемик инсультда игнарефлексотерапиянинг патогенетик таъсир механизми ва даволашда қўлланилиши	22
Мия қон айланиши ўткир бузилишларини даволашда рефлексотерапиядан фойдаланиш тажрибаси.....	32
II БОБ. ИШЕМИК ИНСУЛЬТ БИЛАН ОЎРИГАН БЕМОРЛАРНИ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ	
Ишемик инсульт билан касалланган беморларнинг умумий характеристикаси.....	35
Клинико-неврологик, параклиник текширув усуллари	40
Когнитив фаолиятни текшириш.....	42
Игна рефлексотерапиясининг қўлланилиши.....	46
Игнарефлексотерапияси қўлланилган беморларда брахицефал фон томирлар Ультратовуш текширув усулининг натижаларини таҳлил қилиш..	48
Нейровизуализацион текшириш усули.....	49
III БОБ. ИШЕМИК ИНСУЛЬТ КУЗАТИЛГАН БЕМОРЛАРДА ИГНАРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ САМАРАДОРЛИГИНИ НАЗОРАТ ҚИЛИШ.....	51
Ишемик инсультнинг эрта тикланиш даврида ҳаракат тикланиши динамикаси ва унинг нейрофизиологик хусусиятлари.....	56

Ишемик инсультнинг эрта тикланиш даврида сезги бузилишларининг тикланиш динамикаси.....	67
Ишемик инсультнинг эрта тикланиш даврида нутқ тикланиш динамикаси.....	72
IV БОБ. ИШЕМИК ИНСУЛЬТНИНГ ЭРТА ТИКЛАНИШ ДАВРИДА ИГНА РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯНИНГ НЕВРОЛОГИК ТАЪСИРИНИ БАҲОЛАШ	
Ишемик инсультнинг эрта тикланиш даврида неврологик симптоматиканинг тикланиш динамикаси.....	75
Ишемик инсультнинг эрта тикланиш даврида когнитив бузилишларнинг тикланиш динамикаси.....	78
Игнарефлексотерапияси қўлланилган беморларда қон томир ўтказувчанлигини текшириш натижаларини тахлил қилиш.....	80
Игнарефлекс терапиясининг қон ивиш тизимига таъсирини баҳолаш натижалари.....	82
ХОТИМА.....	84
ХУЛОСА.....	93
АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР.....	94
ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ.....	95

Қисқартма атамалар рўйхати

АТИ - атеротромботик инсульт

АҚБ – артериал қон босим

БМҚТК-бош мия қон томир касаллиги

БМН-бош мия нервлари

ГДИ-гемодинамик инсульт

ИИ–ишемик инсульт

ИМ-инфаркт миокард

КБД-когнитив бузилишлар даражаси

КТ- компьютер томографияси

КФ- когнитив функция

ЛИ - лакунар инсульт

MMSE – Mini Mental State Examination

МРТ – магнит-резонанс томография

МҚАЎБ-мияда қон айланишнинг ўткир бузилишини

ОНФ-олий нерв фаолияти

РИ-реологик инсульт

ТЭИ-тромбоэмболик инсульт

ШЖТ- шифобахш жисмоний тарбия

ЮИК –юррак ишемик касаллиги

ЮУХ-юррак уриш ҳажми

ЮҚС-юррак қисқариш сони

ЎМИ-ўткир мия инсулти

ҚД – қандли диабет

ЦВК – цереброваскуляр касаллик

ЯҚДВ- яллиғланишга қарши дори воситалари

ТЎХТАЕВ ИЛХОМ ТЎРАҚУЛОВИЧ

**ИШЕМИК ИНСУЛТЛАРДА НЕВРОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАРНИ
КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**
монография