

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
ABU ALI IBN SINO NOMIDAGI
BUXORO DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

BOBADJANOVA ZAMIRA HIKMATOVNA

Birlamchi tibbiy bo'g'inda asab kasalliklari bo'y'icha
diagnostik yordam ko'rsatishni takomillashtirish

Monografiya

Buxoro-2025

Tuzuvchi:

Babajanova Zamira Hikmatovna-tibbiyot fanlari doktori, Buxoro davlat tibbiyot instituti ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrası dotsenti

Taqrizchilar:

Raimova Malika Muxamedjanovna-tibbiyot fanlari doktori, Toshkent davlat stomatologiya instituti Asab kasalliklari, Xalq tabobati kafedrası professori

Raxmatova Sanobar Nizomovna- tibbiyot fanlari doktori, Buxoro davlat tibbiyot instituti Nevrologiya kafedrası kafedra dotsenti

Birlamchi tibbiy bo'g'inda asab kasalliklari bo'y'icha diagnostik yordam ko'rsatishni takomillashtirish nevrologik bemorlarni rehabilitatsiya qilish muammosi hali ham dolzarb bo'lib qolmoqda. Samarali kompleks diagnostika metodologiyasi va davolashning oqilona taktikasidan foydalanish, rehabilitatsiya takomillashtirish nevrologik dispanser bemorlarini davolash natijalarini sezilarli darajada yaxshilashga imkon berdi. Miyada qon aylanishining buzilishi asoratlari bemorlarda ikki martadan ko'proq kamaydi. Davolash va rehabilitatsiya natijalarini yaxshilash, yuqori va pastki muchallar faol va passiv rehabilitatsiya qilish uchun simulyatorlardan foydalaniladi, tibbiyot fanining yangi yutuqlaridan foydalangan holda ixtisoslashgan klinikalarda, shuningdek rehabilitatsiya tanloviga individual yondoshishda yuqori va pastki muchallar qo'llab-quvvatlash tizimini tiklash mumkin. Yuqoridagilarga asoslanib, ushbu muammoni echimini topish uchun muallif ilmiy tomondan yondashuvi ishlab chiqilgan.

Monografiya tibbiyot oliy o'quv yurtlari professor-o'qituvchilari, ilmiy xodimlari va davolash-profilaktika rehabilitatsiya muassasalarida shifokorlar, ordinatorlar, magistrlar yo'nalishdagi amaliyotchilar uchun mo'ljallangan.

Qisqartmalar

JSST	-Jahon Sog'liqni saqlash tashkiloti
VOP	-umumiy amaliyot shifokori
Tibbiy	yordam-terapevtik va profilaktik yordam
OVP	- umumiy tibbiy amaliyot
Pzz	-sog'liqni saqlashning asosiy bo'g'ini
PMSP	-birlamchi tibbiy yordam
MS	-ko'p skleroz
O'zbekiston	Respublikasi
QVP	qishloq vrachlik punkti
Kimyoviy	- surunkali miya ishemiyasi
CNS	- Markaziy asab tizimi
CRP	- Markaziy tuman kasalxonasi

АННОТАЦИЯ

Keksa va keksa yoshdagi nevrologik bemorlarni reabilitatsiya qilish muammosi hali ham dolzarb bo'lib qolmoqda. Samarali kompleks diagnostika metodologiyasi va davolashning oqilona taktikasidan foydalanish, reabilitatsiya takomillashtirish nevrologik dispanser bemorlarini davolash natijalarini sezilarli darajada yaxshilashga imkon berdi. Miqdori qon tomirlarining asoratlari bemorlarda ikki martadan ko'proq kamaydi. Davolash va reabilitatsiya natijalarini yaxshilash, yuqori va pastki ekstremitalarni faol va passiv reabilitatsiya qilish uchun simulyatorlardan foydalaniladi, tibbiyot fanining yangi yutuqlaridan foydalangan holda ixtisoslashgan klinikalarda, shuningdek reabilitatsiya tanloviga individual yondoshishda yuqori va pastki ekstremitalarni qo'llab-quvvatlash tizimini tiklash mumkin. Yuqoridagilarga asosanib, ushbu muammoni ilmiy hal qilish uchun muallifning yondashuvi ishlab chiqilgan.

АННОТАЦИЯ

Проблема реабилитации неврологических больных пожилого и старческого возраста до сих пор сохраняет своё актуальность. Использование эффективной комплексной методики диагностики и рациональной тактики лечения, реабилитации усовершенствование позволили значительно улучшить результаты лечения неврологических диспансерных больных. Количество осложнение инсульта у больных снизилось более чем два раза. Улучшения результатов лечения и реабилитации, для активной и пассивной реабилитации верхних и нижних конечностей применяются тренажеры, может быть достигнута в специализированных клиниках при применении новых достижений медицинской науки, а также при индивидуально подходе к выбору реабилитации восстановить систему поддержки верхних и нижних конечностей. На основании выше перечисленного, разработан авторский подход по научному решению данной проблемы.

ANNOTATION

The problem of rehabilitation of elderly and senile neurological patients still remains relevant. The use of effective complex diagnostic methods and rational tactics of treatment, rehabilitation and improvement have significantly improved the results of treatment of neurological dispensary patients. The number of stroke complications in patients decreased more than twice. To improve the results of treatment and rehabilitation, simulators are used for active and passive rehabilitation of the upper and lower extremities, can be achieved in specialized clinics with the application of new achievements of medical science, as well as with an individual approach to the choice of rehabilitation to restore the support system of the upper and lower extremities. Based on the above, the author's approach to the scientific solution of this problem has been developed.

Kirish

Aholi salomatligi uning farovonligi, ijtimoiy, iqtisodiy va madaniy ifodasida jamiyat rivojlanishining asosidir. Mamlakat suverenitetga ega bo'lganidan beri O'zbekiston aholisining salomatligi davlatning ijtimoiy siyosatining ustuvor yo'nalishi bo'lib kelgan va doimiy ravishda mamlakat rahbariyati nazarida. Buni sog'liqni saqlash sohasidagi bir qator qonun hujjatlari tasdiqlaydi, ular orasida O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 1998 yil 10 noyabrdagi "O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash tizimini isloh qilish davlat dasturi to'g'risida" gi PF-2107 va 2007 yil 19 sentabrdagi "islohotlarni yanada chuqurlashtirish va davlat dasturini amalga oshirishning asosiy yo'nalishlari to'g'risida" gi PF-3923-son farmonlarini alohida ta'kidlash lozim sog'liqni saqlashni rivojlantirish" [24].

So'nggi yillarda mamlakat rahbariyati va sog'liqni saqlash vazirligining qishloq vrachlik punktlari faoliyatiga e'tibori sezilarli darajada oshdi. Mamlakat Prezidentining 2011-yil 24-noyabrdagi Farmoni va Vazirlar Mahkamasining 2012-yil 2-yanvardagi qarori qabul qilindi. unda asosiy e'tibor sog'lom, uyg'un rivojlangan avlodni shakllantirish, oilani rejalashtirish, shuningdek, tibbiyot xodimlarining kasbiy tayyorgarligi darajasida SVPNING roliga qaratilgan. O'zbekiston prezidenti tomonidan "sog'lom ona - sog'lom bola" milliy sog'liqni saqlash dasturi e'lon qilindi.

Dunyoning aksariyat mamlakatlarida oilaning eng keng tarqalgan kasalliklari orasida asab tizimining kasalliklari nogironlik, nogironlik va erta o'limning etakchi sabablaridan biridir va bu kasalliklar oila va davlatning sog'lig'ini saqlash xarajatlarining oshishiga olib keladi. O'zbekiston ham bundan mustasno emas. Rasmiy statistik ma'lumotlarga ko'ra, "asab tizimi va sezgi organlari kasalliklari" mamlakat aholisining kasallanish darajasi bo'yicha uchinchi o'rinni egallaydi, ammo ko'plab somatik kasalliklarning nevrologik asoratlarni hisobga olish va nevrologik bemorlarning tibbiy yordamga murojaat qilish tahlili shuni

ko'rsatadiki, bemorlarning ushbu kontingenti soni ancha yuqori [42;32].

"Salomatlik-1,2" ustuvor milliy loyihalarini amalga oshirish birlamchi tibbiy-sanitariya yordamiga e'tiborni oshirish, sog'liqni saqlashning profilaktik yo'nalishini kuchaytirish, aholining qimmat tibbiy yordam turlariga bo'lgan ehtiyojini qondirishni nazarda tutadi [46].

To'plangan tajribaga qaramay, birlamchi tibbiy yordam darajasida tibbiy yordamni takomillashtirishning ko'plab masalalari etarli darajada ishlab chiqilmagan ular orasida asosiy masalalar aholiga nevrologik yordam ko'rsatishda SVP shifokorining rolidir [15].

O 'zbekiston Respublikasi sog' liqni saqlash vazirligi tomonidan qishloq vrachlik punkti faoliyati bo 'yicha ishlab chiqilgan normativ hujjatlar, unda SVP vrachlari tomonidan aholiga ixtisoslashtirilgan yordam ko' rsatish darajasini, shuningdek ularning kompetentsiyasini oshirishga ko'proq e'tibor qaratilmoqda (2009-yil 23-martdagi 80-son buyruq).

80-sonli buyruq asosida asab tizimi kasalliklari ro'yxati va umumiy amaliyot shifokori tomonidan SVP sharoitida ko'rsatiladigan tibbiy yordam miqdori tasdiqlandi, unga quyidagilar kiradi: bolalardagi konvulsiv sindrom, febril konvulsiyalar, migren, kuchlanish bosh og'rig'i, disirkulyatsion ensefalopatiya, nevrit va nevralgiya, siyatik, polinevropatiya, PNMC, ONMC, keyingi holat ONMC, ensefalopatiyalar, Parkinson kasalligi. Ushbu kasalliklarning barchasi ko'rsatiladigan tibbiy yordam hajmiga bo'lingan.

Biroq, amaliyot shuni ko'rsatadiki, hamma joyda birlamchi tibbiy yordam shifokori yuqoridagi nevrologik kasalliklar bo'yicha malakali yordam ko'rsatishi mumkin emas, shuning uchun nevrologik patologiyasi bo'lgan bemorlarning SVPNI chetlab o'tib, tuman va respublika tibbiyot birlashmalariga oqimi ko'paymoqda. SVP sharoitida nevrologik patologiyasi bo'lgan bemorlarni o'z vaqtida aniqlash uchun tahlil talab qilinadi, unda aholining tibbiy yordamga murojaat qilish darajasi bilan batafsilroq tanishish kerak [24].

Shunday qilib, SVPDAGI bemorlarning ushbu kontingentiga malakaviy

yordamning etarli emasligi sabablarini o'rganish, shuningdek, aholining nevrologik kasalliklar bo'yicha aylanishining haqiqiy tuzilishini aniqlash davlatimiz uchun ustuvor vazifadir.

Bemorlarning individual xaritalariga ko'ra, nevrologik bemorlarda tashxis qo'yishning to'g'riligi, belgilangan davolanishning tashxisga etarliligi va tibbiy yordamning ushbu bosqichining imkoniyatlari darajasi baholandi. Buxoro davlat tibbiyot institutining VOP tayyorlash markazida "Salomatlik-1,2" dasturi bo'yicha 10 oylik VOP tayyorlash dasturi bo'yicha tahsil olayotgan umumiy amaliyot shifokorlarida nevrologiya sohasidagi bilim va ko'nikmalar miqdori baholandi.

1. Nevrologik bemorlarni umumiy amaliyot shifokorlariga reabilitatsiya qilish va ularga ixtisoslashtirilgan yordam ko'rsatishni tashkil etish masalasining hozirgi holati

O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 1998-yil 10-noyabrdagi "O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash tizimini isloh qilish davlat dasturi to'g'risida" gi PF-2107-son Farmoni bilan tasdiqlangan sog'liqni isloh qilish Davlat dasturini shakllantirish milliy sog'liqni saqlash modelini ishlab chiqishga bosqichma-bosqich yondashuvni belgilab berdi. Tibbiy yordam sifatini oshirish sog'liqni saqlashni isloh qilishning ustuvor vazifasi sifatida belgilangan. Sog'liqni saqlash tizimini isloh qilish bo'yicha Davlat dasturining muhim xususiyati tibbiy yordam sifatini oshirishga ko'p bosqichli (ko'p komponentli) yondashuvdir. Milliy modelning o'ziga xos xususiyati profilaktika tibbiyotining ustuvorligi va sog'lom turmush tarzini joriy etish, jismoniy va axloqiy jihatdan sog'lom, barkamol avlodni tarbiyalash, aholining sog'lig'i uchun javobgarlik ongini shakllantirishdir.

JSST ma'lumotlariga ko'ra, Yerning 1 milliard aholisi turli xil nevrologik kasalliklardan aziyat chekmoqda – migrendan epilepsiya va demansgacha. JSSTning "Nevrologik kasalliklar: sog'liqni saqlash muammolari" hisobotida hozirda Altsgeymer kasalligi va demansning boshqa turlari dunyoda 24,3 million kishiga ta'sir qiladi va har 20 yilda bu raqam ikki baravar ko'payadi. Mutaxassislarning fikriga ko'ra, buzilishlarning eng katta o'sishi rivojlanayotgan mamlakatlarda kuzatiladi. JSST ma'lumotlariga ko'ra, dunyoning 50 millionga yaqin aholisi epilepsiya bilan og'riydilar, ularning aksariyati rivojlanayotgan mamlakatlarda yashaydi. Aytish joizki, ular etarli darajada davolanmaydilar.[76;78;80;81;141].

Nevrologik kasalliklar-skleroz, qon tomirlari, Parkinson kasalligi, miya kasalliklari-har yili taxminan 6,8 million kishi vafot etadi, bu o'limning 12 foizini tashkil qiladi[87;88;92;131].

Nevrologik kasalliklar bemorlarga, ularning oilalariga va jamiyatga katta

yuk keltiradi. Tarixning hamma joylarida milliy va xalqaro rahbarlarning patologik nevrologik kasalliklari dunyo tinchligi va shuning uchun sog'liqni saqlash tizimiga eng katta tahdidlardan biri bo'lgan.

Hozirgi vaqtda biz xulq-atvorning miya asoslarini tushuna boshlaganimiz va ruhiy kasalliklarni aqliy emas, balki miya kasalliklari deb tan olishimiz juda muhimdir. Menenjit, Kreynzfeldt-Jakob kasalligi, ko'p skleroz OITS yoki saraton kabi jiddiy miya ruhiy kasalliklari bo'lgan kasalliklar sifatida tan olingan[13;62;63;143].

Umumiy amaliyot shifokorlari (oilaviy shifokorlar) xizmatini rivojlantirish birlamchi tibbiy yordamni takomillashtirishning ustuvor yo'nalishlaridan biridir. Tadqiqotda umumlashtirilgan bir qator mamlakatlarda umumiy amaliyot shifokorlari xizmatini yaratish va uning faoliyati bo'yicha to'plangan tajriba ushbu xizmatni rivojlantirish zarurligini ko'rsatadigan ijobiy omillarni aniqlashga imkon beradi. Ular orasida: mavjud bo'lgan texnologiya, faoliyatning profilaktik yo'nalishi, bemorning shaxsiy javobgarligi, faoliyatning katta mustaqilligi, kasal va sog'lom bemorlarni dinamik kuzatish, bemorlarni sog'lig'i va tibbiy aralashuvi bilan bog'liq muammolarni hal qilishda faolroq jalb qilish [49;55].

Umumiy amaliyot shifokorlari (oilaviy shifokorlar) xizmatini joriy etishda respublika PMSPNING bir qator muassasalarida ushbu muassasalar faoliyati ko'rsatkichlarining muttasil o'sishi kuzatilmoqda. O'lim darajasi (ona, chaqaloq), umumiy kasallanish, birlamchi kasallanish darajasi pasaygan [15;142].

Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST) mutaxassislarining fikriga ko'ra, nogironlik darajasi bo'yicha og'ir migren tetraplegiya bilan bir xil bo'lishi mumkin. Ushbu kasallik Shimoliy Amerika va G'arbiy Evropaning kattalar aholisining 15 foizigacha ta'sir qiladi va, ehtimol, tibbiy yordamga murojaat qilishning eng keng tarqalgan sabablaridan biridir [140].

Londondagi asab kasalliklari institutining nevrologiya professori Piter Godsbi ta'kidlaganidek, tibbiy ta'limda bosh og'rig'iga etarlicha e'tibor berilmaydi. Ammo farmakologiya va neyrofiziologiya yutuqlari tufayli ushbu patologiyani

o'rganish tez rivojlanmoqda va hatto bu sohada nevrologiyada juda kam uchraydigan hayajon ruhi mavjud. So'nggi yillardagi ko'plab yutuqlar diagnostika va terapevtik klinik amaliyot uchun alohida ahamiyatga ega[144;145].

So'nggi tajribalarni sarhisob qilar ekan, professor Godsbi migren va kuchlanish bosh og'rig'i o'rtasida farqlashning ikkita asosiy usuli borligiga ishonadi. Birinchidan, migren-bu o'ziga xos klinik xususiyatlarga ega bo'lgan asosiy bosh og'rig'i va kuchlanish tipidagi og'riq sindromi odatda o'ziga xos simptomatik xususiyatlarga ega emas. Xalqaro bosh og'rig'i jamiyatining mezonlaridan olingan bu kichik xulosa tashxis qo'yish uchun pragmatik munosabatlarga olib keladi, lekin ayni paytda etarli klinik tushuncha beradi. Ikkinchidan, migrenlarda biologik avtograf deb ataladigan narsa bor, masalan, ba'zi qo'zg'atuvchilarga duch kelganda bosh og'rig'i paydo bo'lishining irsiy tendentsiyasi. Bu ko'pincha oila tarixi va og'riqni keltirib chiqaradigan omillar bo'yicha aytib o'tilgan ikkala patologiyani farqlashga yordam beradi[36;38;39;64;65].

O'chokli AQSh kattalarining 12 foiziga yoki 28 milliondan ortiq odamga ta'sir qiladi. Xuddi shunday yuqori raqamli ko'rsatkichlar Evropada va dunyoning aksariyat mamlakatlarida uchraydi, Xitoydan tashqari, ular ancha past. O'chokli tarqalishining eng yuqori ko'rsatkichlari hayotning eng samarali yillarida (25 yoshdan 55 yoshgacha) kuzatiladi, migren bilan og'rikan odamlarning 90 foizi 40 yoshga to'lgunga qadar birinchi hujumini boshdan kechiradi. AQShda migren tufayli mehnat unumdorligining pasayishidan yillik zarar 1,2 milliard dollardan 17,2 milliard dollargacha. Angliyada migrenning zarari yiliga qariyb 950 million funt sterlingga baholanmoqda. AQSh milliy ambulatoriya tibbiy xizmati, bosh og'rig'i uchun yil davomida 10 milliondan ortiq shifokor tashrifi amalga oshirildi [168;169;170;171].

Epidemiologik tadqiqotlar ma'lumotlariga ko'ra, AQSh, G'arbiy Evropa va Rossiyada surunkali og'riq sindromlarining paydo bo'lish darajasi 40 dan 80% gacha o'zgarib turadi va jarohatlar ko'payishi sababli bu ko'rsatkichlar o'sishda

davom etmoqda. [146;147;174]. Surunkali og'riq sindromlari orasida bosh og'rig'i, bel og'rig'i, artrit va neyropatik og'riqlar eng keng tarqalgan. Shunday qilib, G..J.. Bennett (1998) ma'lumotlariga ko'ra, 270 million aholidan olingan og'riqli diabetik polinevropatiya 600 ming bemorda kuzatiladi, postherpetik nevrалgiya 500 ming holatda tashxis qilinadi, orqa miya shikastlanganda og'riq – 120 ming bemorda, murakkab mintaqaviy og'riq sindromi – 100 ming bemorda, bemorlarda og'riq. ko'p skleroz bilan-50 ming holatda, fantom-og'riq sindromi-50 mingda, qon tomiridan keyingi og'riq-30 ming holatda, trigeminal nevrалgiya-15 ming bemorda. Og'riqli polinevropatiyalar, shuningdek, periarterint nodulyar bemorlarning 25 foizida, Romatoid artrit bilan og'rigan bemorlarning 10 foizida, tizimli qizil yuguruk bilan og'rigan bemorlarning 5 foizida kuzatiladi[6;7;71;163;165].

Tibbiy yordam ko'rsatishning kasalxonadan oldingi bosqichida kunduzgi shifoxonalardan faol foydalanish OAVni klinik va ilmiy intizom sifatida rivojlantirishga yordam beradi va mamlakat aholisi orasida OAV haqida aniqroq tasavvurni shakllantirishga yordam beradi [9;75].

O 'zbekiston Respublikasida umumiy amaliyot shifokorlari sog' liqni saqlash tizimida nevrologik xizmatni tashkil etishga faol jalb qilindi. Nevrologik xizmat respublikamizning sog'liqni saqlash sohasida etakchi o'rinlardan birini egallaydi. Avvalo, kasallikning yuqori ko'rsatkichlari. So'nggi yillarda asab tizimi va sezgi organlari kasalliklari Respublika aholisining umumiy kasallanishining 8,5 foizini tashkil etadi va nafas olish va ovqat hazm qilish tizimi kasalliklaridan keyin 3-o'rinni egallaydi [27;29;74].

Shuni ta'kidlash kerakki, bir qator nevrologik kasalliklar, xususan, serebrovaskulyar patologiyaning ayrim shakllari, vertebrogen sindromlar, ikkilamchi avtonom kasalliklar va boshqalar to'g'ridan-to'g'ri nevrologik hisobotga kiritilmagan, chunki ular asosiy kasallikning asoratlari sifatida qaraladi, bu asab tizimining kasalliklari haqiqatan ham ko'proq narsani egallashini ko'rsatadi. kasallanish tarkibida o'ziga xos tortishish kuchi Respublika aholisi [77;92].

Muallifning ta'kidlashicha, hozirgi vaqtda Respublikada 70 ga yaqin

mustaqil nevrologik bo'limlar va poliklinika tarmog'ida 350 dan ortiq nevrolog kabinetlari faoliyat ko'rsatmoqda. 1300 dan ortiq nevrolog shifokorlar O'zbekiston Respublikasi aholisiga nevrologik yordam ko'rsatmoqdalar. Mavjud tibbiy nevrologik yordam tizimi aholi salomatligini muhofaza qilish va tiklashda nevrologik xizmatning yuqori ahamiyatini ko'rsatadi [72;118].

Respublikada nevrologik kasalliklarning statistik tahlili ICD x rubrikalari bo'yicha amalga oshiriladi, shu sababli bir qator nozologik shakllar (insultdan oldingi serebrovaskulyar kasalliklar, qon tomirlarining ayrim shakllari, umurtqa pog'onasi osteoxondrozining nevrologik ko'rinishlari, avtonom distoni sindromi) nevrologik statistikaga kiritilmagan. Shunga qaramay, asab tizimining kasalliklari nafas olish tizimi kasalliklaridan keyin ikkinchi o'rinda turadi. Aholining nevrologik yordamga bo'lgan ehtiyoji yuqori va bir qator tadqiqot mualliflari ta'kidlaganidek, so'nggi 10 yil ichida nevrolog mutaxassislar soni ko'paygan. Развитие Ixtisoslashgan nevrologik yordamni rivojlantirish va takomillashtirish основе faqat ambulatoriya sharoitida shifokorlarning haddan, недостаточность tashqari yuklanishini, profilaktika ishlarining etishmasligini bartaraf etishga yordam beradigan, balki kasallikni muntazam davolashni ta'minlaydigan bunday standartlar asosida amalga oshirilishi mumkin лечение заболевания [27].

Jahon amaliyotida to'plangan nodavlat tibbiyot tajribasi shuni ko'rsatadiki, muqobil mulkchilik shaklidagi tibbiyot muassasalari yangi sharoitlarga tezroq moslashadi, ishlarni tashkil etishning ilg'or shakllaridan, yangi tibbiy texnologiyalardan faol foydalanadi [6;10;79;148;149].

Qozon aholisining pullik tibbiyotni rivojlantirishga bo'lgan munosabati haqidagi fikrini sotsiologik o'rganish shuni ko'rsatdiki, respondentlarning 35,27 foizi pullik tibbiyotga salbiy munosabatda, ijobiy – 41,0 foizi, javob berish qiyin – 23,73 foiz. Nodavlat sog'liqni saqlash sektori muassasalarida tibbiy yordam ko'rsatish sifatini boshqarishga taqdim etilgan yondashuv universaldir va kelajakda aholiga tibbiy yordamning mavjudligi va sifatini oshirishning haqiqiy modeli

bo'lishi mumkin [10;13;99].

Shunday qilib, aholiga nevrologik yordamni tashkil etish tizimi takomillashishda davom etmoqda va ushbu muammoni o'rganuvchilar ta'kidlaganidek, ko'plab dolzarb masalalar hal qilinishi kerak. Важной является постановка вопроса Nevrologik xizmatni oqilona rejalashtirish metodologiyasi эффективности, uning turli shakllarining samaradorligini hisobga, при углубленном анализе olgan holda, kasallik va уровня nevrologik yordamning mavjud darajasini chuqur tahlil qilish bilan bir vaqtda uning istiqbolli rivojlanish imkoniyatlarini baholash bilan bir vaqtda [102;153;154].

Nevrologik xizmatni rejalashtirish masalalari adabiyotda to'liq aks etmaydi. Nevropatologlarning terapevtik, maslahat va profilaktika faoliyati hajmi невропатологов, уровень госпитализации при заболеваниях , asab tizimi kasalliklari uchun kasalxonaga yotqizish darajasi системы, качество , tekshiruv sifati va kasalliklarni davolash juda kam o'rganilgan. Uzoq muddatli davolanishni kuzatish materiallari asosida nevrologik kasalliklar bo'yicha batafsil statistik tadqiqotlar длительного наблюдения o'tkazilmagan, natijada структур a'ang tarqalgan surunkali asab kasalliklarining tuzilishi to'liq o'rganilmagan болезней, aholi orasida bemorlarning kontingentlari aniqlanmagan, ushbu bemorlarning dispanserga bo'lgan ehtiyoji uchun hech qanday standartlar mavjud emas [100;101;155;159].

JSST ma'lumotlariga ko'ra, dunyoda har yili 6 millionga yaqin odam insultga duchor bo'ladi. Zamonaviy yirik xalqaro tadqiqotlarga ko'ra, yurak-qon tomir patologiyasi tarkibida qon tomirlari miyokard infarktidan ustun kela boshladi 30 % [139;187;188].

Yil davomida insultning yangi holatlari turli mamlakatlarda har 1000 aholiga 1,27 dan 7,4 gacha o'zgarib turadi va so'nggi o'n yilliklarda doimiy o'sish tendentsiyasi kuzatilmoqda (yiliga 0,5 -1%). O'tgan asrning 80-yillarida Evropaning aksariyat mamlakatlarida insult darajasi 2,0 ga yaqin edi. Biroq, 90-yillarning oxirida uning o'sishi, shu jumladan "gullab-yashnagan" mamlakatlarda

ham aniq tendentsiya kuzatildi[35;37;82;105;106;108].

Qon tomirlari aholining umumiy o'limida ikkinchi o'rinni egallaydi, faqat yurak patologiyasidan keyin. Birinchi oyda o'lim darajasi 35 % ni tashkil qiladi va bir yil ichida bemorlarning taxminan 50% vafot etadi, ya'ni insultni boshdan kechirgan har ikkinchi kishi. Ishlarning deyarli yarmida u mehnatga layoqatli yoshda paydo bo'ladi, tirik qolganlarning 75-80 foizi doimiy ravishda ish qobiliyatini yo'qotadi. Iqtisodiy rivojlangan mamlakatlarda insultdan o'lim umumiy o'limning taxminan 12-14% ni tashkil qiladi. Shu bilan birga, insultdan keyingi nogironlik doimiy nogironlik sabablari orasida birinchi o'rinda turadi. JSST ma'lumotlariga ko'ra, insult bilan og'rikan har bir bemor uchun to'g'ridan-to'g'ri va bilvosita xarajatlarning umumiy qiymati 55 000-73 000 dollarni tashkil qiladi [84;90;114;115].

1996-2005 yillarda insultdan birlamchi nogironlikni rehabilitatsiya qilish ko'rsatkichlarini retrospektiv tahlil qilishda Toshkent shahar TMEK ma'lumotlariga ko'ra, tadqiqotchilar 1996 yilda 100 000 aholiga 21,5 ta insultdan birlamchi nogironlik holati qayd etilganini, 2006 yilda esa shu hududda 15,3 ta holat qayd etilganini aniqladilar. Ko'pincha insult 45-60 yosh guruhida, ya'ni odam o'z ishining eng yuqori cho'qqisiga chiqqan va oila va davlatga maksimal foyda keltirishi mumkin bo'lgan yoshda rivojlanishi aniqlandi. Tadqiqot, shuningdek, stress miya qon tomirining rivojlanishi uchun muhim xavf omili ekanligini tasdiqladi. [86;111;112;130].

Vegetativ yoki neyrosirkulyatsion distoniya an'anaviy ravishda tibbiyotda "terra nullius" (lat.: yer tengligi). *ничья земля* Terapevtlar kasallikning yurak-qon tomir patogeneziga ishonishgan, nevrologlar uning sababi asab tizimining turli bo'limlari ishining buzilishi deb hisoblashgan, psixoterapevtlar bunday bemorlarga psixologik tuzatish kiritishga harakat qilishgan. A. M. Vayn va uning hamkasblari asarlarida nafaqat avtonom asab tizimining buzilishi klinikasi, balki terminologiya ham batafsil tavsiflangan, ammo o'ziga xos diagnostika usullari juda mashaqqatli va umumiy tibbiy amaliyotda keng foydalanish uchun mavjud emas edi

[25;26;164].

ICD-10-da ushbu buzilishlar bloki turli xil bo'yin ostidagi ko'plab bo'limlarda tasvirlangan. Kasallikning eng maqbul tavsifi f 45.3 – somatoform vegetativ disfunktsiya ostidagi "nevrotik va somatoform kasalliklar" bo'limida keltirilgan. Ilgari bunday kasalliklar "tizimli nevrozlar" yoki "organ nevrozlari" deb nomlangan, keyinchalik nevroz faqat bitta alohida organga taalluqli emas degan xulosaga kelishdi. "Somatoform vegetativ disfunktsiyalar" atamasi ikki xil shikoyatlarni o'z ichiga oladi: umumiy tabiat (yurak urishi, terlash, qizarish, titroq, subfebril holat, ortostatik gipotenziya) va ba'zi bir tizim yoki organga bevosita ta'sir qiladi (og'riq, cho'zish, shishiradi, og'irlik, yonish, kuchlanish). Ba'zida bemorlar to'liq bo'lmagan nafas olish hissi, tez-tez yoki shoshilinch siyish, meteorizm haqida shikoyat qilishlari mumkin, ammo bu alomatlar morfologik o'zgarishlarga bog'liq emas va psixogen omillar bilan bog'liq bo'lmasligi mumkin [113;116;122;166].

Vegetativ disfunktsiya doimiy (doimiy kasallik belgilari bilan), paroksizmal (vegetativ inqirozlar yoki vahima hujumlari bilan) yoki yashirin bo'lishi mumkin [119].

Olimlar doimiy avtonom disfunktsiyaning uch turi.

1. Birinchi tur-somatoform vegetativ distoni, stress yoki nevrotik kasalliklar tufayli kelib chiqadi va davolash eng oson. Distoniyaning asosiy ko'rinishlari-bu yurak urishi, titroq, qo'rquv hissi bilan kechadigan va inqirozni tugatgan poliuriyadan keyin izsiz o'tadigan simpatoadrenal xarakterdagi kam simptomli inqirozlar. Ushbu turdagi avtonom disfunktsiya faqat inqiroz paytida (vahima hujumi bilan klinik jihatdan bir xil) kuch talab qiladi. Bemor o'z – o'zidan tezda yordam berishi mumkin bo'lgan eng oddiy yordam–til ostiga 0,5-1 mg fenazepam va 50 tomchi korvalolni og'iz orqali yuborish [20;27;118].

2. Avtonom disfunktsiyaning ikkinchi turi subkortikal tuzilmalarning shikastlanishi natijasida hosil bo'ladi-tug'ilish travmasi bilan, miya chayqalishidan keyin, Markaziy asab tizimining (CNS) qoldiq patologiyasi bilan. Distoniyaning

bu turi bemorlarning ahvoliga salbiy ta'sir ko'rsatadi va davolanmasa *на* , u butun umri davomida saqlanib qoladi. Rivojlanayotgan inqirozlar aralash xarakterga ega. Agar simpatoadrenal inqirozlarning mavjudligi buzilishning funktsional xususiyatini ko'rsatsa, unda ushbu turdagi vegetativ-qon tomir distoni bilan vagoinsular belgilar bilan organik buzilishlar mavjud: bemorlarda yarim hushidan ketish holatlari mavjud (ongni yo'qotish bilan birga emas, bu vegetativ mavsumning o'ziga xos belgisi bo'lib, uni organik patologiyadan ajratib turadi), bosh aylanishi, terlash, rangparlik, qon bosimining 90/60 mm HG gacha pasayishi.. nafas olish tizimi (nafas olishdan "norozilik") va oshqozon-ichak trakti (ko'ngil aynishi, regürjitatsiya yoki o'rtacha qusish, qorin bo'shlig'ida burg'ulash hissi, qorin bo'shlig'idagi noqulaylik) belgilari paydo bo'ladi. Bunday inqiroz nafaqat poliuriya, balki diareyaning bir, ikki martalik epizodi bilan ham yakunlanadi. Organik shikastlanish fonida inqiroz har doim inqirozdan keyingi asteniya bilan birga keladi. Bunday inqirozga yordam miya yarim korteksida ham, limbik tuzilmalarda ham benzodiazepin retseptorlariga ta'sir qiluvchi fenazepamni mushak ichiga yoki til ostiga yuborishdan iborat. Inqiroz tuzilishidagi vagoinsular belgilar va ayniqsa inqirozdan keyingi asteniya Markaziy asab tizimining organik shikastlanishining belgilaridir, bu esa bemorni davolashda nevrologning ishtirokini talab qiladi [30;33;52].

3. Avtonom disfunktsiyaning uchinchi varianti periferik avtonom tuzilmalarning doimiy tirnash xususiyati bilan bog'liq. Bu premenstrüel sindromda ham, urolitiyozda ham (haddan tashqari tirnash xususiyati beruvchi vagus nervi) yoki servikal dorsopatiyada (simpatik servikal pleksusning shikastlanishi bilan birga) kuzatilishi mumkin. Ushbu turdagi disfunktsiyaning namoyon bo'lishi asosiy kasallik bilan bog'liq va vegetativ inqiroz ko'pincha ushbu kasallik klinikasida to'qiladi. Ushbu turdagi disfunktsiyani davolash, birinchi navbatda, qo'y kasalligining asosiy holatini davolashga qaratilgan bo'lishi kerak *на лечение основного заболевания* [17;19;40].

Shunday qilib, doimiy vegetativ disfunktsiya ko'pincha sindromli tashxis

bo'lib, terapiyaning sabablari va patogenetik yo'nalishini sinchkovlik bilan o'rganishni talab qiladi. Ko'pgina hollarda avtonom disfunktsiyani davolash turli xil farmakologik guruhlarining dori-darmonlarini tayinlashni o'z ichiga oladi, bu nafaqat noxush hodisalarning yuqori ehtimoli (ayniqsa, ushbu toifadagi bemorlarda ko'paygan), balki giyohvand moddalarni iste'mol qilish rejimining buzilishi bilan ham bog'liq [17;19;40].

Epilepsiya nevrologik kasalliklar tarkibida uchinchi o'rinni egallab, 19,9% ni tashkil qiladi. Kamida bitta epileptik hujum odamlarning 7 dan 11 foizigacha o'z hayotlarida toqat qiladi, ammo ularning hammasi ham kasallikni rivojlantirmaydi. Shunday qilib, O. L. Badalyan (2004) ma'lumotlariga ko'ra, hayotida epileptik tutqanoqli odamlarning atigi 20 foizi epilepsiya bilan kasallanadi. Ko'rinib turibdiki, ushbu bemorlarning asosiy qismi moyil odamlarda u yoki bu holat tufayli yuzaga keladigan yagona konvulsiv hujumga ega. bu, asosan, aholining qolgan qismiga nisbatan ko'pincha organik miya shikastlanishiga ega bo'lgan katta yoshdagi bemorlarga, shu jumladan yoshga bog'liq kasalliklarning bir qismi sifatida, masalan, surunkali miya ishemiyasi (cim), Parkinson kasalligi, Altsgeymer kasalligi. Aynan shu yosh guruhida simptomatik yoki ehtimol simptomatik (kriptogenik) fokal epilepsiya (cfe) shakllanishiga olib keladigan yoki ma'lum sharoitlarda qo'zg'atilgan epileptik tutilishning paydo bo'lishiga olib keladigan turli xil kasalliklarning eng yuqori komorbidligi kuzatiladi. [1;12;13;85;167].

Bunday kasalliklar faqat qariyalarning huquqi emas, ammo yoshi bilan ularning paydo bo'lish chastotasi sezilarli darajada oshadi. Biz birinchi navbatda SAPR, kimyoviy moddalar, II turdagi diabet haqida gapiramiz. Keksa odamlar ko'pincha turli guruhlarining ko'plab dori-darmonlarini qabul qilishadi, ular neyronal faoliyatga ogohlantiruvchi ta'sir ko'rsatib, bitta konvulsiv epizodga va epilepsiya dekompensatsiyasiga olib kelishi mumkin. Neyrometabolik va vazoaktiv dorilar, antipsikotiklar va antidepressantlar kabi dorilar proepileptogen faollikka ega bo'lishi mumkin [120;192].

Shunday qilib, epilepsiya bilan kasallanishning ikkinchi cho'qqisi (16 yoshgacha bo'lgan birinchisidan keyin) qarilikda qayd etilishi bejiz emas. Epilepsiya kasalligi va tarqalishi bolalar va o'spirinlarda eng yuqori, etuk populyatsiyada kamayadi va keksa bemorlarda yana ko'payadi. Shu bilan birga, epilepsiyaning idiopatik umumlashtirilgan shakllari (ige) eng maqbul prognozga ega bo'lib, ular yoshi ulg'aygan sari reabilitatsiya qilinadi va hayotning ikkinchi o'n yilligining oxiriga kelib deyarli tugaydi[21;22;97;146;172].

Shu bilan birga, epilepsiyaning eng yuqori terapiya qarshilik ko'rsatkichlariga ega bo'lgan qisman shakllarining paydo bo'lishi aholi qarishi bilan doimiy ravishda o'sib bormoqda. Monikada o'tkazilgan 60 yoshdan oshgan 74 bemorning kuzatuv natijalari tahlili shuni ko'rsatdiki, ige bilan og'rigan ikkita bemordan tashqari, boshqa barcha bemorlarda sfe bor [94;134;135].

AEPNI tayinlashda keksa bemor komorbidiyalari tarixi va somatik holatini sinchkovlik bilan tahlil qilishi kerak, bu shubhasiz istalmagan yon ta'sirlarning minimal potentsialiga ega bo'lgan optimal AEPNI tanlashga imkon beradi. EKG, batafsil klinik qon tekshiruvi, jigar testlari [123] yordamida ba'zi "xavf parametrlari" ni dastlabki tekshirishga alohida e'tibor qaratish lozim.

Keksa bemorlarda epilepsiyaning davolashda ustuvor vazifa tutilishning barcha mumkin bo'lgan turlariga nisbatan eng keng spektrli faollik, monoterapiya rejimida qo'llanilganda yuqori samaradorlik va nojo'ya ta'sirlarning minimal individual potentsialiga ega bo'lgan AEPLARDAN foydalanish kerakligi shubhasizdir [151;156].

O'chokli insoniyatga xos bo'lgan va muhim genetik tarkibiy qismga ega bo'lgan eng qadimiy kasalliklardan biridir. O'chokli ayollarning 18% va aholining 6% erkaklariga ta'sir qiladi. Bosh og'rig'idan tashqari, migren bilan bemorning funksional faolligi sezilarli darajada o'zgaradi, ish qobiliyati pasayadi va hayot sifati yomonlashadi[55;59;72;73;157].

G'arbiy Evropa, AQSh va Kanada mamlakatlari misolida olingan statistik ma'lumotlarga ko'ra, bemorlarning 19 foizi migren haqida hech qachon

shifokorlardan maslahat olmagan va atigi 36 foizi malakali tibbiy yordam olgan. Shvetsiya kabi tibbiy yordamni rivojlantirish darajasi yuqori bo'lgan mamlakatlarda ham migrenli bemorlarning 44 foizi ushbu kasallikni davolash bo'yicha hech qachon maslahatlashmagan; AQShda bemorlarning 31 foizi migren uchun shifokor bilan maslahatlashmagan[68;69;70;171;178].

Mavjud sindromlarni hisobga olgan holda nevrologik va psixo-emotsional kasalliklarni tuzatishga qaratilgan chora-tadbirlarni kiritish, ularning klinik ko'rinishlarini kamaytirishga yordam berish, alevlenmeler soni va davomiyligini pasayishiga olib keladi va ushbu bemorlarning hayot sifatini ushbu somatik kasallikni standart asosda davolash jarayoniga qaraganda ko'proq yaxshilaydi.[4;5;8;54;91;173].

1.1.Nevrologik bemorlarning umumiy amaliyot shifokoriga tashrifi va reabilitatsiyasining nozologik tuzilishi

Faol turmush tarzini olib boradigan bemorlar uchun terapevtik tuzatishni talab qiladigan o'rtacha darajadagi nevrologik kasalliklar ham muhimdir, bu terapevtik ta'sirning yangi maqsadlarini aniqlash uchun nevrologik simptomlarning paydo bo'lish xususiyatini o'rganishni dolzarb qiladi. Markaziy asab tizimining shikastlanishida demiyelinatsiya o'choqlarining aniq roliga qaramay, nevrologik ko'rinishlarning zo'ravonligining o'choqlarning hajmi va soni bilan bog'liqligi doimiy ravishda aniqlanmaydi. Demiyelinatsiya o'choqlarida kontrast moddaning to'planishi (jarayon faoliyatining mezonlaridan biri) har doim ham nevrologik simptomlarning kuchayishi bilan birga kelmasligi ko'rsatilgan [11;98;175;190;191].

Fokal lezyonlar bilan bir qatorda Markaziy asab tizimida diffuz-atrofik o'zgarishlar ham mavjudligi ko'rsatilgan, ularning og'irligi kasallikning og'irligi va prognozi bilan bog'liq. Demiyelinatsiya miya parenximasi hajmini yo'qotishning patologik mexanizmlaridan biri ekanligi odatda qabul qilinadi. Shu bilan birga, o'choqlarning hajmi va diffuz atrofiyaning zo'ravonligi o'rtasida aniq bog'liqlik

aniqlanmagan [56;57;103;104;186].

Motor funktsiyalarining buzilishi bilan bir qatorda, bemorlarning 50-80 foizida kognitiv buzilish (kn) shikoyatlari mavjud. Kognitiv funktsiyalarning pasayishi mehnat faoliyatini cheklaydi va MS bemorlarining ijtimoiy moslashuvini qiyinlashtiradi [180;181]. Kn kasallikning dastlabki bosqichlarida allaqachon paydo bo'lganligi va kasallikning boshlanishining birinchi va ba'zi hollarda yagona alomatlari bo'lishi mumkinligi ko'rsatilgan. O'choqlar soni, umumiy miya atrofiyasi darajasi va kn zo'ravonligi o'rtasidagi korrelyatsion tahlil natijalari noaniq. Kn shakllanishi boshqa nevrologik alomatlarga qaraganda boshqa qonunlarga muvofiq amalga oshiriladi degan taassurot paydo bo'ladi. Fokal lezyonlari maxsus klinik, diagnostik va prognostik ahamiyatga ega bo'lgan Markaziy asab tizimining zonalarini mavjudligi haqida taxminlar mavjud – periventrikulyar zona, okolokortikal zona, subtintoral tuzilmalar. Fokal xarakter va miyaning diffuz atrofik o'zgarishlarining zo'ravonligi tufayli nevrologik, kognitiv buzilishlarni har tomonlama o'rganish MS haqidagi g'oyalarni sezilarli darajada to'ldiradi[18;23;132;136;138].

Epilepsiya nevrologik kasalliklar tarkibida uchinchi o'rinni egallab, 19,9% ni tashkil qiladi. Kamida bitta epileptik hujum odamlarning 7 dan 11 foizigacha o'z hayotlarida toqat qiladi, ammo ularning hammasi ham kasallikni rivojlantirmaydi. Shunday qilib, L. O. Badalyan [2004] ma'lumotlariga ko'ra, hayotida epileptik tutqanoqli odamlarning atigi 20 foizi epilepsiya bilan kasallanadi. Ko'rinib turibdiki, ushbu bemorlarning asosiy qismida bitta konvulsiv hujum mavjud bo'lib, u ma'lum bir vaziyat tomonidan joylashtirilgan odamlarda qo'zg'atilgan [125;137;176].

Epilepsiya kasalligi va tarqalishi bolalar va o'spirinlarda eng yuqori, etuk populyatsiyada kamayadi va keksa bemorlarda yana ko'payadi. Shu bilan birga, epilepsiyaning idiopatik umumlashtirilgan shakllari (ige) eng maqbul prognozga ega bo'lib, ular o'sib ulg'aygan sayin kamayadi va hayotning ikkinchi o'n yilligining oxiriga kelib deyarli tugaydi. Shu bilan birga, epilepsiyaning eng yuqori

terapiya qarshilik ko'rsatkichlariga ega bo'lgan qisman shakllarining paydo bo'lishi aholi qarishi bilan doimiy ravishda o'sib bormoqda. Monikada o'tkazilgan 60 yoshdan oshgan 74 bemorning kuzatuv natijalari tahlili shuni ko'rsatdiki, ige bilan og'rigan ikkita bemordan tashqari, boshqa barcha bemorlarda sfe bo'lgan [31;42;44;47;123].

Mavjud sindromlarni hisobga olgan holda nevrologik va psixo-emotsional kasalliklarni tuzatishga qaratilgan chora-tadbirlarni kiritish, ularning klinik ko'rinishini kamaytirishga yordam berish, alevlenmeler soni va davomiyligini pasayishiga olib keladi va ushbu bemorlarning hayot sifatini standart asosiy terapiya bo'yicha ushbu somatik kasallikni davolash jarayoniga qaraganda ko'proq yaxshilaydi[45;46;48;182].

Shunday qilib, nevrologik kasalliklar spektri qanchalik keng bo'lsa, shuncha yaxshi tushuniladi. Bundan tashqari, mutaxassisning tuzatilishini talab qiladigan muhim nevrologik rangga ega bo'lgan somatik kasalliklar ro'yxati juda keng. Shunga ko'ra, klinikalar shtatida bunday lavozim mavjud bo'lgan yillarda birlamchi tibbiy yordam nevropatologiga yuk juda katta edi. Ammo adabiyotda nevrologik patologiyaning VOPGA murojaat qilish tarkibidagi ulushi, uning nozologik tuzilishi va rehabilitatsiyasi qanday, umumiy amaliyot shifokorlarining bilim va ko'nikmalarining aholi ehtiyojlariga muvofiqligi darajasi qanday ekanligi masalasi umuman yoritilmagan. Bu savollar o'rganilishini kutmoqda.

2. QVPDA TIBBIY YORDAM UCHUN BEMORLARNI DAVOLASH VA REABILITATSIYA QILISHNING NOZOLOGIK TUZILISHINI TAHLIL QILISH

2.1. Bemorlarning SVPDA VOPGA tibbiy yordamga murojaat qilishlarini tahlil qilish

Bemorlarning QVPDAGI umumiy amaliyot shifokorlariga tibbiy yordam so'rashini tahlil qilish maqsadida biz Buxoro viloyatining 6 QVP ro'yxatga olish jurnallari ma'lumotlarini tahlil qildik. (Tab. 2.1)

Jadval 2.1

O'rganilayotgan QVP bo'yicha aholining umumiy aylanmasi CBП

Miqdori Aholining	umumiy aylanmasi					
25615	2017 yil		2018 yil		2019 yil	
	ABS.	%	ABS.	%	ABS.	%
	6024	23,5±0,29	7560	29,5±0,31*	7680	30,0±0,31*
	jami: 21264 (83,0±0,23%)					

Eslatma: * - 2017 g ($p < 0,001$) bilan solishtirganda ishonchli

Taqdim etilgan ma'lumotlardan ko'rinib turibdiki, QVPDA umumiy aylanish darajasi 83,0% ni tashkil etdi. So'nggi 3 yil ichida QVPDA umumiy aylanmaning o'sishi tendentsiyasi kuzatilmoqda, shuning uchun agar 2017 yilda umumiy tashrifning 23,5±0,29% kuzatilgan bo'lsa, 2019 yilga kelib bu ko'rsatkich 1,3 baravar oshdi va 30,0±0,31% ni tashkil etdi ($p < 0,05$).

VOPGA tashrif buyurishning eng keng tarqalgan sababi bu kasallik (65,1%), ikkinchi o'rinda tibbiy ko'rikdan o'tish (20,0%) va profilaktik tekshiruvdan o'tish (14,9%).

Ma'lumki, bemorning ambulatoriya-poliklinika muassasasiga tashrifi в зависимости от, ularning ko'payishiga qarab, birlamchi va takroriy bo'linadi,

ya'ni.bitta bemor bir xil sababga ko'ra davolovchi shifokor bilan bir necha bor aloqa qiladi. ПоказательTashriflarning ko'pligini ko'rsatuvchi sizga shifokor va bemorning harakatlarini baholashga imkon beradi, chunki davolovchi достаточном числе повторнshifokor bilan takroriy tashriflar soni etarliотслежbo'lsa,ть, проводить мониторинг действия тех или иных назначенныхshifokor мероприятия tomonidan kasallikning borishi yoki ularning samaradorligi uchun belgilangan ba'zi tadbirlarning ta'sirini kuzatish mumkin (jadval. 2.2).

Jadval 2.2.2

Kasalliklar guruhlari bo'yicha QVPGA birlamchi va takroriy murojaat qilish

Sinf nomi	hammasi		birlamchi		takroriy	
	ABS.	%	ABS	%	AB S.	%
1	2	3	4	5	6	7
yuqumli va parazitar kasalliklar	195	0,76±0,05	153	1,7±0,09	60	2,1±0,15
Neoplazmalar	39	0,15±0,02	26	0,12±0,02	15	0,34±0,09
endokrin tizim kasalliklari oziqlanish	buzil ishi 1574	6,14±0,15	1318	6,10±0,17	270	6,2±0,37
qon va gematopoetik organlarning kasalliklari	1890	7,38±0,16	1408	6,62±0,17	465	10,68±0,47
ruhiy kasalliklar	648	2,53±0,10	544	2,56±0,11	120	2,76±0,25
asab tizimi va sezgi organlari kasalliklari	5738	22,40±0,26	4895	23,02±0,29	781	17,93±0,58

1	2	3	4	5	6	7
qon aylanish tizimining kasalliklari	5116	19,97±0,25	4397	20,68±0,28	691	15,87±0,55
nafas olish kasalliklari	3440	13,43±0,21	2752	12,94±0,23	691	15,87±0,55
ovqat hazm qilish kasalliklari	2500	9,76±0,19	1952	9,18±0,20	541	12,42±0,50
akusherlik va ginekologik holat	2971	11,6±0,20	2524	11,39±0,48	496	13,87±0,22
pm 0,22 tug'ruq va tug'ruqdan keyingi homiladorlikning asoratlari	216	0,84±0,06	140	0,66±0,06	90	2,07±0,22
teri va teri osti to'qimalarining kasalliklari	26	0,10±0,02	26	0,12±0,02	0	0
mushak-skelet tizimining kasalliklari va osed.matolar	800	3,12±0,11	710	3,34±0,12	105	2,41±0,23
tug'ma anomaliyalar	39	0,15±0,02	38	0,18±0,03	0	0
perinatal davrda yuzaga keladigan individual holatlar	39	0,15±0,02	38	0,18±0,03	0	0
alomatlar, belgilar va aniq belgilanmagan holatlar	14	0,05±0,01	13	0,06±0,02	0	0
jarohatlar va zaharlanish	370	1,44±0,07	330	1,55±0,08	30	0,69±0,13
sinflar bo'yicha jami	25615	100	21264	83,0±0,23	4355	17,0±0,23

Jadvaldan ko'rinib turibdiki, dastlabki tashriflar 83% ni tashkil etdi, takroriy tashriflar esa atigi 17% ni tashkil etdi.

VOP uchun QVP-ga tashriflarning eng ko'p soni asab tizimining kasalliklari sinfiga ko'ra qayd etilgan ($22,40 \pm 0,26$). Ikkinchi o'rinda qon aylanish tizimi kasalliklari ($19,97 \pm 0,25$), uchinchi o'rinda nafas olish tizimi kasalliklari ($13,43 \pm 0,21$). Keyinchalik akusherlik va ginekologik kasalliklar ($11,6 \pm 0,20$), endokrin tizim kasalliklari ($6,14 \pm 0,15$) va boshqalar.

Shuni ta'kidlash kerakki, birlamchi va takroriy tashriflarning ulushi oxir-oqibat shunga o'xshash tarzda taqsimlandi.

Birlamchi tashriflarning takroriy tashriflarga bo'lgan munosabatini yanada chuqurroq tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, umuman olganda, barcha tashriflar uchun bu ko'rsatkich birlamchi tashrifdan ko'proq edi посещения, takroriy tashriflar soni kamroq.

Eng past ko'rsatkich teri va teri osti to'qimalarining kasalliklari ($0,10 \pm 0,02$) va travma ($1,44 \pm 0,07$) sinfiga kuzatiladi. Buning sababi shundaki, bemorlar ko'p hollarda shifokorga 1 marta murojaat qilishadi va shu bilan birga davolanish zarur terapevtik va profilaktik tavsiyalarni olishadi.

Shunday qilib, olingan ma'lumotlarga asoslanib, biz aholining 83 foizi SVPGA murojaat qilishini, ulardan 65,1 foizi kasallik va 20 foizi tibbiy ko'rikdan o'tganligini aniqladik. Kasalliklar orasida eng ko'p nevrologik kasalliklarga to'g'ri keladi, bu $22,40 \pm 0,26\%$ ni tashkil qiladi.

2.2. QVPDAGI nevrologik bemorlarni hisobga olishning holati va tuzilishi

Hozirgi vaqtda qishloq joylaridagi nevrologik bemorlar Markaziy tuman poliklinikalarida nevropatolog va QVPDAGI umumiy amaliyot shifokori tomonidan ro'yxatga olingan. Qishloq joylarda, xizmat ko'rsatiladigan hududning kengligi tufayli, odatda, tuman poliklinikalari qishloq aholisi yashaydigan joylardan katta masofada joylashgan. Bemorlar yashash joyidagi QVP - da VOPNI kuzatishlariga va davolashlariga qaramay, sertifikatlar, statsionar davolanish uchun ko'rsatmalar va qisman davolanish uchun amaldagi tartibda bemorlar uzoq

masofani bosib o'tishga majbur bo'lishadi. Markaziy tuman klinikalarida nevrolog shifokorlariga murojaat qilish. Bu bemorlarning ushbu kontingentiga xizmat ko'rsatish sifatini yomonlashtiradi. Biz o'rgangan Buxoro va qo'g'on tumanlarida bemorlar ushbu oddiy masalalarni hal qilish uchun Markaziy tuman poliklinikalarining nevropatolog shifokorlariga murojaat qilish uchun 40 km dan ortiq masofani bosib o'tishlari kerak.

Shu munosabat bilan, biz ushbu toifadagi bemorlarga xizmat ko'rsatish sifatini yaxshilash uchun qishloq joylarda nevrologik bemorlarni hisobga olish tarkibiga o'zgartirishlar kiritishimiz kerak deb o'ylaymiz. Ushbu muammoni kompyuter axborot-kommunikatsiya texnologiyalaridan foydalangan holda buxgalteriya hisobini tashkil etish va Markaziy tuman poliklinikalarida barcha QVPLAR uchun mavjud bo'lgan ma'lumotlar bazasini yaratish orqali hal qilish mumkin.

Asab kasalliklari bo'yicha QVPGA murojaat qilgan 5738 bemorning 29,3 foizi "D" hisobida. Dispanser hisobida nevrologik kasalliklarning asosiy guruhi diskirkulyatsion ensefalopatiya, o'tkir va vaqtinchalik miya qon aylanishining buzilishi, migren bilan og'rigan bemorlardir (jadval.2.3).

2.3-jadvaldan ko'rinib turibdiki, so'nggi 3 yil ichida konvulsiv sindrom, diskirkulyatsion ensefalopatiya (engil daraja), ensefalopatiya, nevrit, nevralgiya, radikulit, polinevropatiya, ONMKDAN keyin va undan keyingi holatlar kabi kasalliklarning o'ziga xos og'irligini kamaytirish tendentsiyasi kuzatilmoqda.

Nevrologik kasalliklar bo'yicha QVPGA murojaat qilgan 5738 bemorning 4055 nafari "D" hisobida bo'lmagan. Ushbu bemorlarni keyingi kuzatishda biz ushbu bemorlarning 27,7 foizi umumiy amaliyot shifokorining doimiy kuzatuviga muhtojligini aniqladik (1123).

Jadval 2.3

**Nevrologik kasalliklarga chalingan bemorlar soni, Buxoro viloyati SVP
tomonidan o'rganilgan "D" hisobida bo'lgan bemorlarni reabilitatsiya
qilish**

O'zR MZ 80-son buyrug'i bilan

№	Kasalliklar guruhi	2017 (n=487)	2018 (n=576)	2019 (n=620)
		%	%	%
1	tutqanoq sindromlar	7,9	8,5	9,24
2	migren, kuchlanish bosh og'rig'i	7,6	7,8	8,9
3	Disirkulyatsion ensefalopatiya	13,7	14,6	16,5
4	nevrit va nevralgiya (engil kurs)	4,3	6,2	6,1
5	Dorsopatiya	8,8	10,1	11,8
6	nevrit va nevralgiya (og'ir kurs)	1,4	3,1	3,0
7	polinevropatiya	4,7	5,5	5,5
8	vaqtinchalik miya qon aylanishining buzilishi	9,7	10,3	11,0
9	o'tkir miya qon aylanishining buzilishi (qon tomirlari)	8,1	9,2	10,8
10	ONMKDAN keyingi holatlar	4,7	6,1	6,0
11	ensefalopatiya	6,9	7,2	7,8
12	Parkinson	3,7	4,3	4,7

Nevrologik bemorlarni tekshirish natijalariga ko'ra, dispanser kuzatuv ro'yxatiga kiritilmagan nevrologik kasalliklarning boshqa guruhlari aniqlandi

(jadval.2.4).

Jadval 2.4

Nevrologik kasalliklarga chalingan keksa bemorlar guruhi,

"D" hisobida bo'lmagan

Kasalliklar guruhi	Dispanser hisobida emas					
	2017 yil (n\ u003d 301)		2018 yil (n\ u003d 378)		2019 yil (n\ u003d 444)ABS dispanserida ro'yxatga	
	olin mag an.	%	ABS .	%	ABS .	%
1.Serebrovaskulyar kasalliklarda qon tomir miya sindromlari	97	32,2±2,7	126	33,3±2,4	164	36,9±2,3
2.Umumiy epilepsiya va epileptik sindromlar	30	10,0±1,7	32	8,5±1,4	45	10,1±1,4
3.Intervertebral disklar patologiyasida asab ildizlari va pleksuslarning siqilishi	89	29,6±2,6	113	29,9±2,4	123	27,7±2,1
4.Asab tizimining perinatal shikastlanishi (travmatik, gipoksik va asfiksiya, yuqumli).	65	21,6±2,4	54	14,3±1,8*	67	15,1±1,7*
5.Revmatik asab tizimining	shik astla nishi 9	3,0±0,98	11	2,9±0,86	18	4,1±0,94
6.Orqa miya shikastlanishi	11	3,6±1,1	42	11,1±1,6**	27	6,1±1,1 ^{va}

Izoh: * - 2017 g ga nisbatan ishonchli (*-P<0,05; ** -p<0,01); a-2019 g ga nisbatan ishonchli (p<0,05):

3.4 – jadvalda keltirilgan ma'lumotlardan ko'rinib turibdiki, dispanser

nazorati bilan qamrab olinmagan bemorlarning eng katta qismi 2017 yilda "intervertebral disklar patologiyasida asab ildizlari va pleksuslarining siqilishi" tashxisi qo'yilgan bemorlardir. – 89 bemor, 2018 yilda – 113 bemor, 2019 yilda- 123 bemor.

Shunday qilib, olingan ma'lumotlarni tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, nevrologik kasalliklarga murojaat qilgan bemorlar orasida hamma ham nevrologik kasalliklar haqida etarli ma'lumotga ega emasligi sababli ularga etarlicha e'tibor berilmaydi., bunday shifokorlar Sog'liqni saqlash -1 va Sog'liqni saqlash-2 loyihasi bo'yicha 10 oylik kursni o'tashlari kerak, bu erda ular zamonaviy talablarga muvofiq o'z malakalarini oshirishlari mumkin.

2.3. Nevrologik ishlov berishning nozologik va sindromologik tuzilishi va QVPDAGI bemorlarni reabilitatsiya qilish

Nevrologik kasalliklarda aholining katta qismi mahalliy shifokorga murojaat qiladi. Umuman olganda, yillik hisobotlar bo'yicha QVPDA bemorlarning murojaatlarini tahlil qilish shuni ko'rsatadiki, nevrologik kasalliklarga chalingan bemorlarning umumiy murojaatlar tarkibidagi VOP tashriflarining ulushi yildan-yilga statistik jihatdan sezilarli darajada oshib bormoqda.

2.5-jadvaldan ko'rinib turibdiki, agar 2017 yilda u $27,6 \pm 0,66\%$ bo'lsa, 2007 yilda $32,9 \pm 0,70\%$, 2008 yilda esa $39,5 \pm 0,74\%$ dan ancha yuqori.

Jadval 2.5.5

Неврологическая обращаемость в О'rganilayotgan QVPLARDA nevrologik aylanish

Miqdori Aholi soni	Nevrologik aylanish 25615					
25615	2017 yil		2018 yil		2019 yil	
	ABS.	%	ABS.	%	ABS.	%
	1581	$27,6 \pm 0,66$	1893	$32,9 \pm 0,70^*$	2264	$39,5 \pm 0,74^{*\wedge}$
	jami: 5738 ($22,4 \pm 0,24\%$)					

Eslatma: * - 2017 g ($p < 0,001$) bilan solishtirganda ishonchli; ^ - 2019 g ($p < 0,001$) bilan

solishtirganda ishonchli

Bemorlarning yosh guruhlari bo'yicha taqsimlanishi tahlil qilingan SVPLARDA unchalik farq qilmadi va davolangan kontingentning asosiy qismi 51 yoshdan 90 yoshgacha bo'lgan odamlar edi. Shunga o'xshash yosh tarkibi PMSP muassasalari bemorlari kontingenti boshqa tadqiqotchilarda ham qayd etilgan [Fokin I. V., 2015].

Tibbiy yordamga murojaat qilganlarning yoshi - jinsiy tuzilishini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, QVPGA ayollar tez-tez tashrif buyurishadi, bu nafaqat psixologik xususiyatlar bilan, balki ularning sog'lig'iga nisbatan ko'proq mas'uliyat bilan munosabatda bo'lishlari bilan ham bog'liq, bundan tashqari, ular ko'pincha kasal bolalarining qichqirig'iga olib keladi va bu yerda tibbiyot xodimlarining tashabbusi bilan qandaydir imtihon o'tkaziladi (jadval.2.7). Shunga o'xshash xususiyatlar boshqa tadqiqotchilar tomonidan ham qayd etilgan [Volkova L. I. Kuznetsova E. A., Yakupov E. Z., 2016].

Jadval 2.7

QVP ishtirokining yosh-jinsiy tuzilishi
(jami o'rganilgan bemorlar;n=540)

№	SVP	jinsi			
		erkak		ayol	
		ABS.	%	ABS.	%
1	Honabod	38	20,8	35	14,0
2	Zarmanak	37	20,3	30	12,0
3	tor-tor	26	14,2	41	16,4
4	kasri - Orifon	32	17,5	48	19,2
5	parrandachilik	29	15,9	45	18,0
6	Geofizika	20	10,9	51	20,4
7	jami	182	100	250	100

So'rov natijalariga ko'ra biz quyidagi nevrologik sindromlarni aniqladik. 2.8-jadvaldan ko'rinib turibdiki ko'pincha QVP shifokorlariga bosh og'rig'i, shuningdek, bosh og'rig'i, xotira buzilishi, bosh aylanishi bilan birga murojaat qilishadi.

Jadval 2.8

QVPn (n -540)da aylanish va bemorlarning sindromologik tuzilishi

Sindromlar	vaqti		-vaqti bilan tez-tez		uchraydi hech qachon		vaqti -vaqti		bilan to'satdan	
	ABS	%	ABS	%	AB S	%	AB S	%	AB S	%
bosh og'rig'i	202	37,4	120	22,2	175	32,4	34	6,3	9	1,7
Bosh	aylanishi 95	17,6	155	28,7	166	30,7	100	18,5	24	4,45
xotira buzilishi bilan Bosh og'rig'i	136	25,2	80	14,8	280	51,8	34	6,3	10	1,86
Xotira buzilishi bilan Bosh	aylanishi 120	22,2	110	20,3	206	38,1	73	13,5	31	5,7
orqa va bo'yin og'rig'i	100	18,5	184	34,0	186	34,4	27	5,0	44	8,15
konvulsiv sindromlar	52	9,6	48	8,9	320	59,2	48	8,9	72	13,34
13,34 xotira buzilishi	104	19,2	110	20,3	178	32,3	120	22,2	28	5,2
uyqu buzilishi	48	8,9	87	16,1	263	48,7	107	19,8	35	6,49
nutqning buzilishi	14	2,6	0	0	511	94,6	0	0	15	2,9

chalkashlik	2	0,3	3	0,5 6	521	96, 5	0	0	14	2,6
Bosh og'rig'i va ongning buzilishi	52	9,6	0	0	457	84, 6	5	0,8	26	4,8
titroq	11	2,0	0	0	496	91, 8	29	5,4	4	0,74
ongni yo'qotish	26	4.82	6	1.2	439	81. 3	13	2.41	56	10.4
sezuvchanlik buzilishi	8	1,5	2	0,3	450	83, 3	4	0,74	76	14,1

Shuningdek, bel og'rig'i bilan tez-tez muomalaqilinadi, ya'ni tashrif buyuruvchilar orasida имеется большое количество больных qon tomir kasalliklari va o'murtqa muammolari bo'lgan ko'plab bemorlar mavjud.

Xotira buzilishi bo'lgan bemorlar ham tez-tez murojaat, qilishadi, jiddiy muammolari bo'lgan bemorlar ongning buzilishi sifatida kamroq uchraydi. Shunday qilib, o'tkazilgan so'rovnoma ko'ra, biz asosan bemorlar miyaning qon tomir patologiyasi belgilari bilan shug'ullanganligini aniqladik.

Bob bo'yicha xulosa

Shunday qilib, olingan ma'lumotlarga asoslanib, aholining 83 foizi QVPGA, shundan 65,1 foizi kasallik va 20 foizi tibbiy ko'rikdan o'tganligi aniqlandi. Kasalliklar orasida eng ko'p nevrologik kasalliklarga to'g'ri keladi, bu $22,4 \pm 0,26\%$ ni tashkil qiladi.

540 bemor o'rtasida o'tkazilgan so'rov tahlili shuni ko'rsatdiki, davolangan kontingentning asosiy qismi 30 yoshdan 50 yoshgacha bo'lgan odamlar edi. Tibbiy yordamga murojaat qilganlarning gender tarkibini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, SVPGA ayollar tez-tez tashrif buyurishadi, bu nafaqat psixologik xususiyatlar bilan, balki ular, qoida tariqasida, o'z sog'lig'iga ko'proq mas'uliyat bilan munosabatda bo'lishlari bilan bog'liq, bundan tashqari, ular ko'pincha kasal bolalarining qichqirig'iga olib keladi va bu erda tibbiyot xodimlarining tashabbusi

bilan tekshiruvdan o'tkaziladi. Nevrologik kasalliklar sindromlari orasida bosh og'rig'i, shuningdek, bosh og'rig'i, xotira buzilishi, bosh aylanishi bilan birgalikda, bu miyaning qon tomir patologiyasi mavjudligini ko'rsatadi. Shuningdek, bel og'rig'i tez-tez uchraydi, ya'ni tashrif buyuruvchilar orasida qon tomir kasalliklari va o'murtqa muammolari bo'lgan ko'plab bemorlar mavjud.

3. QVPDA NEVROLOGIK BEMORLARGA TIBBIY-DIAGNOSTIK YORDAM KO'RSATISH VA REABILITATSIYA QILISH SIFATI

Tibbiy yordam sifati-bu ko'rsatilgan tibbiy yordamning bemorning (aholining) mavjud ehtiyojlariga, uning talablariga, tibbiyot fanlari va texnologiyalarining zamonaviy darajasiga muvofiqligini tasdiqlovchi xususiyatlar to'plami. Ko'pgina xorijiy mamlakatlarda JSST ta'rifidan foydalaniladi, u ushbu kontseptsiyaga quyidagilarni kiritadi: "har bir bemor tibbiy fan darajasiga, bemorning yoshiga, kasallik tashxisiga, davolanishga javobiga qarab sog'lig'i uchun maqbul natijalarga olib keladigan tibbiy yordamni olishi kerak; bunda minimal mablag' jalb qilinishi kerak, xavf qo'shimcha shikastlanish yoki mehnatga layoqatsizlik minimal bo'lishi kerak va ko'rsatiladigan tibbiy yordam jarayonining natijasi va qoniqishi maksimal bo'lishi kerak" [46]. Tibbiy yordam sifati JSST (1997) standartiga muvofiq baholanadi, shu jumladan:

- bemor haqida ma'lumot to'plash sifati (shikoyatlar, anamnez, ob'ektiv holat);
- zarur diagnostika tadbirlarini o'tkazish;
- tashxisni to'g'ri belgilash va asoslash;
- terapevtik tadbirlarning sifati;
- tibbiy hujjatlarni sifatli yuritish;

bemorning ahvoli va kasallikning kuzatilgan dinamikasi to'g'risida muntazam tibbiy yozuvlarni taqdim etish, olingan laboratoriya va instrumental

tadqiqot usullarini talqin qilish, jarrohlik va boshqa tibbiy aralashuvlar zarurligini asoslash, konsultatsiyalar va konsultatsiyalar va ularning echimlari, bosqichma-bosqich, tarjima va bo'shatish epikrizlari to'g'risidagi yozuvlarning mavjudligi.

Tibbiy yordam sifatini tekshirish paytida quyidagilar baholanadi:

- diagnostika tadbirlarini tayinlash va o'tkazishning etarliligi va o'z vaqtida bajarilishi;
- tashxisning to'g'ri va o'z vaqtida bajarilishi;
- terapevtik tadbirlarning tashxisga yoki bemorda mavjud bo'lgan alomatlarga muvofiqligi;
- tibbiy hujjatlarni rasmiylashtirishning tasdiqlangan me'yor va qoidalarga muvofiqligi;
- mehnat qobiliyatini vaqtincha yo'qotgan hollarda mehnatga layoqatsizlik guvohnomasini berish tartibi to'g'risidagi Yo'riqnomaning to'g'ri bajarilishi.

3.1 nevrologik bemor tomonidan o'tkazilgan terapevtik va diagnostik tadbirlarni baholash va rehabilitatsiya qilish

Umumiy amaliyot shifokorlari tomonidan nevrologik bemorlarga ko'rsatiladigan davolash-diagnostika yordamining hajmi va sifati QVPDA kuzatilgan bemorlarning umumiy soni 5738 kishi bo'lgan guruhda baholandi.

Xususan, VOP tomonidan mustaqil ravishda ko'rsatiladigan yordam miqdori baholandi, bundan tashqari, VOP qaysi hollarda Markaziy RRP nevropatologining maslahat yordamiga, viloyat markazi mutaxassislariga murojaat qilganligi o'rganildi. Bundan tashqari, nevrologik kasalliklarga chalingan bemorlarga tibbiy yordam ko'rsatish darajasi, bunday bemorlarni boshqarishning rasmiy standartlariga muvofiqligi baholandi. Ko'pincha, ma'lum bo'lishicha, VOP migren va turli lokalizatsiyadagi radikulit kabi kasalliklar uchun mustaqil diagnostika yordamini ko'rsatadi. Shoshilinch tibbiy yordamni talab qiladigan yanada murakkab holatlarda, gemorragik insult, epileptik holat, subaraknoid qon ketish va boshqalar kabi topikal diagnostika, odatda mutaxassislarning yordamiga murojaat

qildi.

4.1-jadvaldan kelib chiqadiki, migren, diskirkulyatsion ensefalopatiya, radikulit, serebrovaskulyar kasalliklarda qon tomir miya sindromlari kabi tashxis qo'yilgan bemorlarning asosiy qismida kasallik SVP shifokorlari tomonidan mustaqil ravishda tashxis qo'yilgan. Umumiy amaliyot shifokorlari ushbu patologiyalarga ega bemorlarni to'liq hajmli davolashni juda to'g'ri amalga oshirdilar (jadval. 3.2).

Ushbu masalaning holatini chuqurroq tahlil qilish (5-bobga qarang) ushbu kasalliklarni boshqarish bo'yicha VOPDA etarli bilim yo'qligini aniqladi. Xuddi shu rasm nevrologik patologiya uchun ko'rsatiladigan tibbiy yordamning hajmi va sifatini baholashda kuzatilgan. Ko'pincha VOP yuz nervlarining nevriti, lumber mintaqada va pastki ekstremitalarda turli xil og'riq sindromlari, migren uchun mustaqil tibbiy yordam ko'rsatdi. Ular ushbu kasalliklarni davolashda etarli davolanishni buyurdilar. Xuddi shu rasm belgilangan davolanishning tasdiqlangan standartlarga muvofiqligini tahlil qilishda ham kuzatilgan. Bu shuni ko'rsatadiki, VOP ushbu kasalliklarni davolash uchun etarli bilimga ega.

3.2. Bemorlarning mutaxassislarga qayta murojaat qilishlari va murojaat qilishlari

Vopami nevrologik bemorlarni boshqa mutaxassislarga yuborish holatlarini tahlil qilish alohida ahamiyatga ega. VOP qimmat samarali mutaxassisliklar toifasiga kiradi va uning asosiy xususiyati aholi o'rtasida profilaktika faoliyatini ta'minlash va kasalliklarga dastlabki murojaat qilishda bemorlarning ehtiyojlarini maksimal darajada qondirishdir. Shunday qilib, har bir bemorning qichqirig'ini boshqa tor mutaxassislarga yuborish chastotasi va sabablarini tahlil qilishning ahamiyati aniq bo'ladi.

Jadval 3.1

QVPDA nevrologik bemorlarga ko'rsatiladigan diagnostika yordami hajmi (n\ u003d 540)

Kasalliklar guruhi	hammasi	o'z-o'zidan tashxisiy yordam		RMO		yo'nalish nevrologga mintaq		-ga murojaat qilish mintaqadagi nevrologga murojaat qilish viloyat kasalxona	
		ABS kasalxonasi gamurojaat qilish.	%	ABS.	%	ABS.	%	ABS.	%
1.Bolalarda konvulsiv sindrom	53	14	26,4±6,1,1	23	43,4±6,8	5	9,4±4,0*	11	20,8±5,6
2.O'chokli, kuchlanish bosh og'rig'i	50	29	58,0±7,0	17	34,0±6,7*	2	4,0±2,8***	2	4,0±2,8***
3.Disirkulyatsion ensefalopatiya	46	27	58,7±7,3	9	19,6±5,9***	3	6,5±3,6***	7	15,2±5,3***
4.Nevrit va nevrologiya	38	9	23,7±6,9	5	13,2±5,5	8	21,1±6,6	16	42,0±8,0
5.Siyatik	51	32	62,8±6,8	9	17,6±5,3***	6	11,8±4,5***	4	7,8±3,8***
6.Vaqtinchalik miya qon aylanishining buzilishi	34	8	23,5±7,3	14	41,2±8,4	4	11,8±5,5	8	23,5±7,3
7.O'tkir miya qon aylanishining buzilishi (qon tomirlari)	45	11	24,4±6,4	7	15,6±5,4	23	51,1±7,5*	4	8,9±4,2*
8.ONMK dan keyingi holatlar	37	12	32,4±7,7	18	48,7±8,2	5	13,5±5,6*	2	5,4±3,7**
9.Parkinson	Kasalligi 29	9	31,0±8,6	12	41,4±9,1	4	13,8±6,4	4	13,8±6,4
10.Serebrovaskulyar kasalliklarda qon tomir miya sindromlari	38	23	60,5±7,9	6	15,8±5,9***	6	15,8±5,9***	3	7,9±4,4***
11.Umumiy epilepsiya va epileptik sindromlar	29	8	27,6±8,3	3	10,3±5,6	7	24,2±8,0	11	37,9±9,0
12.Intervertebral disklar patologiyasida asab ildizlari va pleksuslarning siqilishi	35	9	25,7±7,4	7	20,0±6,8	9	25,7±7,4	10	28,6±7,6
13.Asab tizimining perinatal shikastlanishi (travmatik, gipoksik va asfiksiya, yuqumli)	37	9	24,3±7,1	4	10,8±5,1	5	13,5±5,6	19	51,4±8,2*

14.Orqa miya shikastlanishi erbnig falaji	18	5	27,8±10,6	3	16,7±8,8	3	16,7±8,8	7	38,8±11,5
---	----	---	-----------	---	----------	---	----------	---	-----------

Izoh: o'z-o'zidan ko'rsatiladigan yordam bilan taqqoslaganda ishonchli (*-P<0,05; **-P<0,01; *** -p<0,001).

Jadval 3.2

QVPDA nevrologik bemorlarga yordam ko'rsatish sifatining etarlilikini baholash

Kasalliklar guruhi	hammasi	o'z-o'zidan ko'rsatiladigan yordam				To'g'rilik retseptlarning to'g'riligi va				asosiligi davolash standartlarga muvofiq			
		etarli		darajada etarli		Etarli		Etarli emas		emas etarli		darajada mos	
		kel may di AB Sga mos kel may di.	%	ABS.	%	ABS .	%	AB S.	%	AB S	%	AB S.	%
1. Bolalarda konvulsiv sindromlar	53	8	15,1±4,9	6	11,3±4,3	13	24,5±5,9	5	9,4±4,0*	10	18,9±5,4	11	20,8±5,6
2..O'chokli, kuchlanish bosh og'rig'i	50	20	40,0±6,9	9	18,0±5,4*	17	34,0±6,7	2	4,0±2,8***	2	4,0±2,8	0	0
3.Disirkulyatsion ensefalopatiya	46	17	37,0±7,1	10	21,7±6,1	9	19,6±5,9	3	6,5±3,6*	5	10,9±4,6	2	4,3±3,0

4.Nevrit va nevralkiya	38	6	15,7±5,9	3	7,9±4,4	5	13,2±5,5	8	21,1±6,6	10	26,3±7,1	6	15,8±5,9
5.Siyatik	51	21	41,2±6,9	11	21,6±5,8*	9	17,6±5,3	6	11,8±4,5	3	5,9±3,3	1	1,9±1,9
6.Vaqtinchalik miya qon aylanishining buzilishi	34	8	23,5±7,3	6	17,7±6,5	8	23,5±7,3	4	11,8±5,5	5	14,7±6,1	3	8,8±4,9
7.ONMK (qon tomirlari)	45	8	17,8±5,7	3	6,7±3,7	7	15,6±5,4	23	51,1±7,5* *	1	2,2±2,2	3	6,6±3,7
8.ONMK dan keyingi holatlar	37	4	10,8±5,1	8	21,6±6,8	18	48,7±8,2	3	8,1±4,5**	2	5,4±3,7	2	5,4±3,7
9.Parkinson	Kasalligi 29	9	31,0±8,6	4	13,8±6,4	8	27,6±8,3	4	13,8±6,4	1	3,5±3,4	3	10,3±5,6
10.Qon tomir miya C-biz serebrovaskda. bol.	38	11	28,9±7,4	12	31,6±7,5	6	15,8±5,9	6	15,8±5,9	1	2,6±2,6	2	5,3±3,6
11.Umumiy epilepsiyaning boshqa turlari. va epileptik. sindromlar	29	5	17,3±7,0	3	10,3±5,6	3	10,3±5,6	7	24,28,0	8	27,6±8,3	3	10,3±5,6
12.Interer patologiyasida asab ildizlari va pleksuslarning siqilishi. disklar	35	5	14,3±5,9	4	11,4±5,4	7	20,0±6,8	9	25,7±7,4	5	14,3±5,9	5	14,3±5,9
13.Asab tizimining perinatal shikastlanishi	37	6	16,2±6,1	3	8,1±4,5	4	10,8±5,1	5	13,6±5,6	9	24,3±7,1	10	27,0±7,3
14.Orqa miya shikastlanishi erbning falaji	18	4	22,2±9,8	1	5,6±5,4	3	16,7±8,8	3	16,7±8,8	2	11,0±7,4	5	27,8±10,6

Eslatma: etarli darajada bilan solishtirganda ishonchlith yordamyu (*-p<0,05; **-P<0,01; * * * -p<0,001).

Shu bilan birga, birlamchi tibbiy yordam muassasalarida ishlaydigan VOP va Markaziy tuman poliklinikalari va shifoxonalarining tor mutaxassislari shifokorlari, shuningdek viloyat darajasidagi sog'liqni saqlash muassasalari faoliyatining xususiyatlarini aniqlash mumkin.

Boshqa mutaxassislarga yo'nalishlarni ro'yxatdan o'tkazish varaqasi yo'nalish to'g'risidagi barcha asosiy ma'lumotlarni aks ettiradi: sana, sabab, mutaxassis, yo'nalish raqami. Ushbu varaqda tashxis ko'rsatilmagan. U tibbiy yozuvlar kundaligida ham, yo'nalishning qon tomir shaklida ham ko'rsatilgan.

Ushbu varaqning tibbiy yozuvning ishlab chiqilgan shakliga kiritilishi VOPGA bemorning boshqa mutaxassislarga yo'nalishini nazorat qilish imkonini beradi va shunga mos ravishda VOP tomonidan ushbu yo'nalishlar natijalarini kuzatishni osonlashtiradi (jadval.3.1).

Aylanish ma'lumotlariga ko'ra kasallanish quyidagilarni o'z ichiga oladi:

1. Quyidagi hujjatlar bo'yicha o'rganiladigan umumiy va birlamchi kasallanish: "ambulatoriya bemorining individual kartasi", unda "aniqlangan tashxislar ro'yxati" mavjud bo'lib, bu tibbiy muassasaga murojaat qilish ma'lumotlariga ko'ra kasalliklarni hisobga olishga imkon beradi, alohida e'tibor talab qiladigan tez-tez va uzoq muddatli kasal bemorlarning guruhlarini ajratib ko'rsatish. Yakuniy tashxisni "aniqlangan tashxislarni ro'yxatdan o'tkazish uchun statistik kuponni" to'ldirish orqali ro'yxatdan o'tkazish (F.№ 025-2u), shifokor ro'yxatdan o'tgan kasallikni ambulatoriya bemorining individual kartasining "aniqlangan tashxislar ro'yxatiga" kiritishi kerak (F.№025u), bu kasalliklarni hisobga olishning to'liqligini ta'minlaydi.

2."Yakuniy tashxislarni qayd etish uchun statistik Kupon" (F.№025-2u) shifokor tomonidan aniqlangan *o'tkir* kasallikning har bir holati uchun (+) belgisi bilan, shifokor tomonidan birinchi marta aniqlangan *surunkali* kasallikning har bir holati uchun (+) belgisi bilan to'ldiriladi., shuningdek joriy kalendar yilida ilgari aniqlangan surunkali kasallik belgisi bilan birinchi marta murojaat qilganda (-). Umumiy kasallanishni o'rganish paytida, yil davomida to'ldirilgan barcha statistik

kuponlar yakuniy tashxislarni qayd etish uchun hisobga olinadi (va "+" belgisi va "-" belgisi bilan). Aholining birlamchi kasallanishini o'rganish paytida, aylanma ma'lumotlariga ko'ra, faqat yil davomida birinchi marta aniqlangan kasalliklar uchun yakuniy tashxislarni qayd etish uchun to'ldirilgan statistik kuponlar hisobga olinadi ("+"belgisi bilan). Murojaat ma'lumotlariga ko'ra kasallikni tahlil qilishda bu haqda to'liq ma'lumot olishga imkon beradigan omillarni hisobga olish kerak: tibbiy yordamning mavjudligi, shifokorlar bilan ta'minlanganligi, aholining yashash joyida va ixtisoslashtirilgan muassasalarda tibbiy yordam olish imkoniyati va istagi, aholining tibbiy faolligi va uning sanitariya madaniyati darajasi va boshqalar.

Hozirda VOP asosan ambulatoriya tipidagi davlat tibbiyot muassasalarida (oilaviy va tuman poliklinikalari, shahar va qishloq vrachlik punktlari) ishlaydi; ularning nisbatan kichik bir qismi nodavlat muassasalarda va xususiy amaliyotchi sifatida ishlaydi. Umumlashtirilgan shaklda biz VOP ishining quyidagi shakllari haqida gapirishimiz mumkin: bemorlarni individual qabul qilish va guruh amaliyoti (bo'limlar yoki guruhlar). Odatda jamoaga (Vopadan tashqari) tish shifokori, jarroh, akusher-ginekolog, kamdan-kam hollarda pediatri kiradi.

VOP sifatida asosan mahalliy terapevtlar yoki pediatrlar ishlaydi, ular shifokorlarni takomillashtirish fakultetlarida maxsus tayyorgarlikdan o'tgan yoki VOP diplomiga ega tibbiyot universitetlarining bitiruvchilari. Dastlabki tayyorgarlik hozirda O'zbekistonning barcha tibbiyot oliy o'quv yurtlarida amalga oshirilmoqda. Mamlakat sog'liqni saqlash vazirligi tomonidan VOP va umumiy amaliyot hamshiralari tayyorlash dasturi ishlab chiqildi va tasdiqlandi. VOP nafaqat mahalliy terapevtlar va pediatrlarning funktsiyalarini bajaradi, balki nevrologik, oftalmologik, jarrohlik va KBB kasalliklari bo'lgan bemorlarni ham qabul qiladi. Tadqiqot natijalariga ko'ra, mutaxassis shifokorlarga murojaat qilgan bemorlarning tarkibi tahlil qilindi.

Bunday uchrashuvlarning eng past ko'rsatkichi jarroh va travmatologga kuzatiladi. Ushbu ko'rsatkichlar juda past, chunki aksariyat hollarda bemorlar

shifokorga 1 marta murojaat qilishadi va ushbu tashrif davomida barcha kerakli tibbiy yordam va tavsiyalar olishadi.

Akushere-ginekologga murojaat qilish, qoida tariqasida, kontratsepsiya yoki homiladorlikning boshlanishi masalalariga qaratilgan. Kontratsepsiya aholining reproduktiv salomatligini saqlash bo'yicha profilaktika ishlarining shakllaridan biri bo'lib, mamlakatimizda sog'liqni saqlashning ustuvor yo'nalishi sifatida tan olingan va shu munosabat bilan davlat hisobotining tegishli shakllari ta'sis etilgan.

Bemorlarning QVP mutaxassislari (terapevt, pediatr, akusher – ginekolog) birlamchi va takroriy tashrifi 3.3-jadvalda aks ettirilgan.

Jadval 3.3

Bemorlarning qishloq vrachlik punkti VOPGA murojaat qilishi

№	SVP mutaxassislari	birlamchi Qaytish		Takroriy qayta ishlash ABS qayta	
		ishlash.	%	ABS.	%
1	terapevt	7434	35,0±0,3 3	4898	31,5±0,37 *
2	pediatr	8053	37,9±0,3 3	5987	38,4±0,39
3	Akusher-ginekolog	ob / Gyn 3390	15,9±0,2 5	3001	19,3±0,32 *
	jami	18877	100	13886	100

Eslatma: * - birlamchi ishlov berish bilan solishtirganda ishonchli ($p<0,001$).

Olingan ma'lumotlardan ko'rinib turibdiki, terapevtlar va pediatrlarga eng ko'p murojaat qilish kuzatiladi.

Homiladorlik paytida ayolning sog'lig'i holati homiladorlikning o'zi, uning natijasi, tug'ruq va tug'ruqdan keyingi davrga sezilarli ta'sir ko'rsatadi, asosan

tug'ilgan bolaning sog'lig'ini belgilaydi. Hozirgi vaqtda tug'ish yoshidagi va ayniqsa homiladorlik paytida ayollarning sog'lig'i bilan bog'liq vaziyatni muvaffaqiyatli deb hisoblash mumkin emas.

Shunday qilib, homilador ayollarning sog'lig'i muhim tibbiy va ijtimoiy muammodir. Uni hal qilish uchun reproduktiv salomatlikni shakllantirishga qaratilgan, bolalikdan boshlab va birinchi navbatda reproduktiv funktsiyani hisobga olgan holda ayollar salomatligi sifatini yaxshilashga yordam beradigan keng qamrovli tibbiy va ijtimoiy dasturlarni ishlab chiqish kerak (jadval.3.4).

Jadval 3.4

Nevrologik bilan birlamchi va takroriy ishlov berishni taqqoslash

патология билан Пато

SPESSIIY A-SVP varaqlari	birlamchi ishlov berish umuman		birlamchi nevrologik ishlov		berish takroriy ishlov		berish takroriy nevrologik ishlov	
	berish ABS	%	ABS.	%	ABS.	%	ABS.	%
Terapevt	7434	48,0±0,40	2077	27,7±0,52 ^{*,v} a	4898	45,0±0,48	702	14,0±0,50 ^{*,v} A
pediatr	8053	52,0±0,40	2105	26,0±0,49 ^{*,v} a	5987	55,0±0,48	855	14,0±0,45 ^{*,v} a

Eslatma: * - c umumiy birlamchi va birlamchi nevrologik ishlov berish bilan solishtirganda ishonchli ($p<0,001$); a - barchabirlamchiishlov berish bilan solishtirganda ishonchli u vabemorlarning takroriy muomalasi bilan ($p<0,001$).

Bemorlarning nevrologik muammolar bo'yicha pediatrga murojaat qilishlari terapevtga qaraganda ko'proq. Bu pediatrlar tomonidan olib boriladigan katta miqdordagi profilaktika ishlari bilan bog'liq.

Xususan, pediatrning profilaktik ishi 1 yoshgacha bo'lgan bolalarni uyda homiylik qilish, emlash, 12 yoshgacha bo'lgan o'quvchilar bilan ishlash va boshqalarni o'z ichiga oladi.

3.5-jadvaldan ko'rinib turibdiki, eng katta ulush tibbiy yoki maslahat maqsadida, shuningdek dispanserni kuzatish maqsadida SVPGA tashriflarga to'g'ri keladi. 2017 yilda nevrologik kasalliklar bo'yicha murojaatlarning umumiy soni 27,6% (1581); 2018 yilda 32,9% (1893), 2019 yilda esa 39,5% (2264) (jadval.3.6). Diagnostika maqsadida tashriflar va hujjatlarni rasmiylashtirish eng kam ulushga ega edi.

Jadval 3.5

Xizmat ko'rsatish maqsadiga qarab, asab tizimi kasalliklari bo'yicha SVP tuman shifokorlariga tashrif buyurish tarkibi

Tashrif maqsadi	ABS tashrifining maqsadi. %	2017 (n=1581)	2018 (n=1893)	2019 (n=2264)
tibbiy	ABS .	617	679	885
	%	39±1,5	35,7±1,3*	39,1±1,2
maslahat	ABS .	374	506	678
	%	23,7±1,3	26,7±1,2	29,9±1,1*,^
Dispanser kuzatuvlari	ABS dispanser kuzatuvlari.	169	218	257
	%	10,7±0,82	11,5±0,78	11,4±0,70
Prof. tekshirish	ABS	158	164	180

	teksh iruvi .			
	%	10,0±0,78	8,7±0,63	8,0±0,55
diagnostik	ABS .	123	140	171
	%	5,4±0,39	8,9±0,69	9,0±0,66 ^{*,^^}
Hujjatlarni rasmiylashtirish	ABS hujja tlarin i rasm iylas htiris h.	123	141	158
	%	7,8±0,60	6,2±0,45	8,3± 0,62 [^]

Izoh: * -17 yami 20 ko'rsatkichiga nisbatan ishonchli 2017 (*-p<0,01); ^ -19 yami 20 ko'rsatkichiga nisbatan ishonchli 2019(^-P<0,05; ^^p<0,001).

Nevrologik bemorlar bo'lgan hollarda umumiy amaliyot shifokorlari ko'p hollarda o'zlari yordam berishga harakat qilishadi. Mutaxassisarga asosan dispanser bemorlar yoki kasallikning murakkab kechishi holatlarida yuboriladi.

Bob bo'yicha xulosa

Shunday qilib, migren, diskirkulyatsion ensefalopatiya, radikulit, serebrovaskulyar kasalliklarda qon tomir miya sindromlari kabi tashxis qo'yilgan nevrologik kasalliklarga chalingan bemorlarning asosiy qismida kasallik SVP shifokorlari tomonidan mustaqil ravishda tashxis qo'yilgan. Umumiy amaliyot shifokorlari ushbu patologiyalar bilan og'rigan bemorlarni to'liq hajmli davolashni juda to'g'ri amalga oshirdilar. Ushbu masalaning holatini chuqurroq tahlil qilish,

nevrologik patologiyada ko'rsatiladigan tibbiy yordamning hajmi va sifatini baholash bo'yicha VOPDA etarli bilim yo'qligini aniqladi. Ko'pincha VOP yuz nervlarining nevriti, lomber mintaqada va pastki ekstremitalarda turli xil og'riq sindromlari, migren uchun mustaqil tibbiy yordam ko'rsatdi. Ular ushbu kasalliklarni davolashda etarli davolanishni buyurdilar. Xuddi shu rasm belgilangan davolanishning tasdiqlangan standartlarga muvofiqligini tahlil qilishda ham kuzatilgan. Bemorlarning QVP mutaxassislariga (terapevt, pediatri, akusher – ginekolog) birlamchi va takroriy tashriflarini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, terapevtlar va pediatrlarga eng ko'p murojaat qilish kuzatiladi, eng katta ulush esa tibbiy yoki maslahat maqsadida, shuningdek dispanser kuzatuv uchun QVPGA tashriflarga to'g'ri keladi. Diagnostika maqsadida tashriflar va hujjatlarni rasmiylashtirish eng kam ulushga ega edi. Olingan ma'lumotlarga ko'ra, biz quyidagi xulosaga kelishimiz mumkin: nevrologik bemorlar bo'lgan hollarda, aksariyat hollarda ular mustaqil ravishda yordam berishga harakat qilishadi. Mutaxassislariga asosan dispanser bemorlar yoki kasallikning murakkab kechishi holatlarida yuboriladi.

4. KEKSA VA KEKSA YOSHDAGI NEVROLOGIK BEMORLARNI REABILITATSIYA QILISH

Tibbiy rehabilitatsiya deganda davlat, ijtimoiy-iqtisodiy, kasbiy, pedagogik, psixologik va boshqa chora-tadbirlar tizimi tushuniladi, ular mehnat qobiliyatini vaqtincha yoki doimiy ravishda yo'qotishiga olib keladigan patologik jarayonlarning rivojlanishini oldini olishga, kasal va nogironlarni jamiyatga va ijtimoiy foydali ishlarga samarali va erta qaytarishga qaratilgan. JSST ekspertlar qo'mitasining ta'rifiga ko'ra, tibbiy rehabilitatsiya bu faol jarayon bo'lib, uning maqsadi kasallik yoki shikastlanish tufayli buzilgan funktsiyalarni to'liq tiklashga

erishish yoki agar bu haqiqiy bo'lmasa - nogironning jismoniy, aqliy va ijtimoiy salohiyatini maqbul ravishda amalga oshirish, uning jamiyatdagi eng munosib integratsiyasi (McLellan dl., 2014; Wade D.B 2015).

4.1 nevrologik profilli bemorlarning Neyroreabilitatsiyasi

Neyroreabilitatsiya yoki nevrologik profildagi bemorlarni reabilitatsiya qilish tibbiy reabilitatsiyaning tegishli bo'limi bo'lib, u fan sohasi sifatida nisbatan yaqinda shakllangan. Faqat 2006 yilda Nyukaslda (Angliya) nevrologik reabilitatsiya bo'yicha birinchi jahon Kongressi bo'lib o'tdi. Hozirgi kunda ushbu kongresslar har uch yilda bir marta muntazam ravishda o'tkaziladi. 2009 yil aprel oyida Torontoda (Kanada) ikkinchi va uchinchi 2002 yil aprel oyida Venetsiyada, to'rtinchi 2014 yil fevral oyida Gonkongda bo'lib o'tdi. Ushbu kongresslar Amerika neyroreabilitatsiya jamiyati, Butunjahon nevrologik reabilitatsiya forumi va Germaniya nevrologik reabilitatsiya jamiyati homiyligida o'tkaziladi.

Bemorlar va nogironlarning qaysi kontingentlari adabiyotda jismoniy neyroreabilitatsiyaga muhtojligi to'g'risida aniq javob yo'q (Chernikova L. A., 2015). Ba'zi mualliflar tibbiy reabilitatsiya uzoq muddatli nogironlik xavfi ostida bo'lgan barcha bemorlar uchun davolash jarayonining bir qismi bo'lishi kerak, deb hisoblashadi, boshqalari reabilitatsiya faqat nogironlar uchun qo'llanilishi kerak deb hisoblashadi.

An'anaga ko'ra, reabilitatsiyaga muhtoj bo'lgan asab tizimining asosiy kasalliklariga quyidagilar kiradi:

- qon tomir;
- miya va orqa miyaning travmatik shikastlanishi;
- periferik neyropatiyalar;

- vertebrogen nevrologik sindromlar;
- miya yarim palsi.

Demiyeleinatsiya qiluvchi va degenerativ kasalliklarni reabilitatsiya qilish bo'yicha ko'rsatmalar munozarali deb topildi. Hozirgi vaqtda jismoniy reabilitatsiyadan foydalanish kerak bo'lgan nozologik shakllarning asosiy ro'yxati aniqlandi. Bularga quyidagilar kiradi: insult, miya va orqa miya shikastlanishi, periferik nervlarning shikastlanishi, miya yarim palsi, ko'p skleroz, Parkinson kasalligi, Xantington kasalligi, motor neyron kasalliklari (amyotrofik lateral skleroz, progressiv bulbar falaji, progressiv mushak atrofiyasi), asab tizimining irsiy kasalliklari (torsion distoni, serebellar ataksiya), polinevropatiyalar, mushak kasalliklari, vertebrogen nevrologik sindromlar.

Albatta, nevrologik nuqson (masalan, insult, miya va orqa miya shikastlanishi) va progressiv degenerativ va irsiy kasalliklar (Parkinson kasalligi, motor neyron kasalliklari va boshqalar) mavjud bo'lgan kasalliklar uchun jismoniy neyroreabilitatsiyaning maqsad va vazifalari har xil.

Shunday qilib, qon tomirlari, miya va orqa miya shikastlanishi, periferik neyropatiyalar va pleksopatiyalar, vertebrogen radikulyar va o'murtqa sindromlar, miya yarim falajini o'z ichiga olgan kasalliklarning birinchi guruhi uchun reabilitatsiyaning asosiy maqsadi kasallik yoki shikastlanish tufayli buzilgan funktsiyalarni to'liq tiklashga erishishdir. Yoki, agar bu haqiqiy bo'lmasa, nogironning jismoniy, aqliy va ijtimoiy salohiyatini maqbul ravishda amalga oshirish, uni jamiyatga eng munosib integratsiya qilish, o'tkir va tiklanish davrlarining asoratlarini oldini olish, takroriy kasallikning oldini olish (bu asosan takroriy insultlarning oldini olish bilan bog'liq).

Asab tizimining progressiv degenerativ va irsiy kasalliklarini o'z ichiga olgan kasalliklarning ikkinchi guruhidagi bemorlar uchun reabilitatsiyaning

maqsadi kasallikning asosiy alomatlarini kamaytirish, vosita faolligining pasayishi bilan bog'liq asoratlarning oldini olish va davolash, funktsional buzilishlarni tuzatish, mavjud nevrologik nuqsonlarga moslashish, jismoniy faoliyatga bag'rikenglikni oshirish, hayot sifatini yaxshilash, ijtimoiy faollikni oshirish, patologik jarayonning rivojlanishini sekinlashtirish (kamdan-kam hollarda to'xtatib turish).

Zamonaviy adabiyotda keng muhokama qilinadigan muhim masalalardan biri bu neyroeabilitatsiyani qo'llash samaradorligini baholash masalasidir.

Ushbu savolga javob berish uchun, birinchi navbatda, etarli reabilitatsiya dasturini ishlab chiqish uchun kasallik yoki shikastlanishning oqibatlari darajasini to'g'ri baholash kerak.

JSSTning 2012 yildagi tavsiyalariga muvofiq (World Health Organisation, 2012; McLellan dl., 2014; Wade D. b 2014) barcha bemorlarda, shu jumladan nevrologik bemorlarda kasallik yoki shikastlanish oqibatlarining uch darajasi mavjud: asab kasalligi davolash reabilitatsiya.

Birinchisi, bemorning kasalligining klinik ko'rinishida aniqlanadigan vosita, sezgir, tonik, psixologik kasalliklar kabi nevrologik shikastlanish darajasi (defect).

Ikkinchi daraja-bu nevrologik shikastlanishlar, masalan, yurish, o'z-o'zini parvarish qilish buzilishlariga olib kelishi mumkin bo'lgan funktsiyalarning buzilishi.

Oqibatlarning uchinchi darajasi (handicap) nevrologik shikastlanish va funktsiyalarning buzilishi natijasida yuzaga keladigan maishiy va ijtimoiy faoliyat buzilishlarini o'z ichiga oladi.

So'nggi yillarda rehabilitologiyaga "sog'liq bilan bog'liq hayot sifati" tushunchasi ham kiritildi. Ba'zi mualliflar bemorlarni reabilitatsiya qilish samaradorligini baholashda ushbu ko'rsatkichga e'tibor qaratish kerak deb hisoblashadi. Hozirgacha

eng maqbul narsa nevrologik zararni tiklashdir, ammo, afsuski, asab kasalliklari klinikasida bu juda tez-tez kuzatilmaydi. Agar allaqachon tugagan patologik jarayon (qon tomir, travma, infektsiya) bo'lgan bemorlarni reabilitatsiya qilish ko'p hollarda juda samarali bo'lsa, unda Markaziy asab tizimining progressiv kasalliklari bilan uning samaradorligi nafaqat reabilitatsiya tadbirlarining tabiati va intensivligiga, balki ko'p jihatdan kasallikning rivojlanish darajasi va tezligiga va patogenetik dorilar terapiyasining imkoniyatlariga bog'liq. Shuning uchun asosiy tiklash choralari buzilgan funktsiyalarni tiklashga va bemorni yangi sharoitlarda hayotga moslashtirishga qaratilgan bo'lishi kerak. Nevrologik bemorlar uchun yurish va o'z-o'ziga xizmat ko'rsatish ko'nikmalarini o'rganish ayniqsa muhimdir.

Biroq, kasallikning nozologik shaklidan qat'i nazar, neyroreabilitatsiya reabilitatsiyaga muhtoj bo'lgan barcha bemorlar uchun umumiy bo'lgan printsiplarga asoslanadi. Ushbu printsiplarga quyidagilar kiradi (Stolyarova L. G., Tkacheva G. R., 1978; Kadikov A. S., 2016):

- erta davrdagi bir qator asoratlarni kamaytirish yoki oldini olishga imkon beradigan va buzilgan funktsiyalarni to'liq va tezroq tiklashga yordam beradigan reabilitatsiya tadbirlarining erta boshlanishi;
- tizimlilik va davomiylik, bu faqat yaxshi tashkil etilgan bosqichma-bosqich reabilitatsiya qurilishi bilan mumkin;
- murakkablik(barcha mavjud va zarur reabilitatsiya tadbirlaridan foydalanish);
- multidisiplinarlik (reabilitatsiya jarayoniga turli Profil mutaxassislarini kiritish);
- adekvatlik (reabilitatsiya dasturini individuallashtirish);
- ijtimoiy yo'nalish;

- bemorning o'zi, uning qarindoshlari va do'stlarining reabilitatsiya jarayonida faol ishtirok etish;
- yuklarning etarliligi va reabilitatsiya samaradorligini nazorat qilish usullaridan foydalanish.

1. Birinchi guruh bemorlarida reabilitatsiyani erta boshlash zarurati o'tkir davrda asosan gipokineziya (pastki ekstremitalarning tromboflebiti, so'ngra o'pka emboliyasi, o'pkada tiqilib qolish, bosim yaralari va boshqalar) tufayli yuzaga keladigan bir qator asoratlarning paydo bo'lishi bilan belgilanadi. Shuningdek, ikkilamchi patologik holatlarning rivojlanishi va rivojlanishi xavfi mavjud (masalan, paretik ekstremitalarning spastik kontrakturalari, patologik motor stereotiplari, motorli afaziyada "telegraf uslubi"). Reabilitatsiyaning erta boshlanishi buzilgan funktsiyalarni to'liq va tezroq tiklashga yordam beradi. Erta reabilitatsiya ijtimoiy va aqliy nuqsonlarning rivojlanishiga, asteno-depressiv va nevroitik holatlarning paydo bo'lishi va rivojlanishiga to'sqinlik qiladi. Ko'pgina tadqiqotlar erta reabilitatsiyaning ahamiyatini ko'rsatadi (Stolyarova L. G., Tkacheva G. R., 2017; Beyn E. S. va boshqalar Kadykov A. S. va boshqalar 2017; Kadykov A. S., Feigenson J. S., 2018; Anderson T. R.). Funktsional magnit-rezonans tomografiya usulidan foydalanish reabilitatsiya choralari qanchalik erta boshlangan bo'lsa, Markaziy asab tizimining funktsional qayta qurish jarayonlari shunchalik faol davom etishini, miyaning ilgari faol bo'lmagan mintaqalari buzilgan funktsiyalarni bajarishga kiritilganligini aniqlashga imkon berdi.

4.2 o'tkir miya kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni reabilitatsiya qilishning "ideal" modeli

Bemorlarning ikkinchi guruhiga nisbatan (surunkali progressiv va degenerativ kasalliklarga chalingan) miyani erta reabilitatsiya qilish printsipi faol

reabilitatsiyani talab qiladigan birinchi alomatlar paydo bo'lganda reabilitatsiya tadbirlarini boshlashni anglatadi: vosita, muvofiqlashtirish, kognitiv buzilishlar.

2. Birinchi guruh bemorlarida faol reabilitatsiyaning tizimli va davomiyligi asosan funktsiyalarni tiklash davri bilan belgilanadi. Paretik ekstremitalarda harakat va kuchning tiklanishi asosan qon tomiridan 1-3 oy o'tgach sodir bo'ladi (Kadikov A. S., 2013, Kelly-Haues M. e.a, 2015). O'z-o'zidan tiklanish dastlabki 30 kun ichida eng faol ravishda amalga oshiriladi, keyinchalik tiklanish asosan reabilitatsiya tadbirlari bilan bog'liq (Duncan P. W. e.a., 2016). Yurish, o'z-o'ziga xizmat ko'rsatish, murakkab maishiy ko'nikmalarni tiklash yil davomida davom etishi mumkin (Duncan P. W. e.a., 2016), nutq, mehnat qobiliyati, statika (insultdan keyingi ataksiya bilan) bir yildan keyin ham kuzatiladi (Kadikov A. S. va boshq., 2017). Reabilitatsiyaning sistematikligini faqat reabilitatsiya jarayonining yaxshi tashkil etilgan bosqichma-bosqich qurilishi bilan ta'minlash mumkin. O'tkir miya kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni reabilitatsiya qilishning "ideal" modeliga quyidagilar kiradi:

1 - bosqich-reabilitatsiya nevrologik (angioedema) yoki neyroxirurgiya bo'limida boshlanadi, u erda bemor tez yordam mashinasi tomonidan etkazib beriladi (qon tomir yoki shikastlanadigan miya shikastlanishi holatida) yoki muntazam ravishda qabul qilinadi (yaxshi xulqli miya shishi holatida).

2-bosqich-ixtisoslashgan reabilitatsiya shifoxonalarida reabilitatsiya, bu erda bemor qon tomiridan, travmatik miya shikastlanishidan, gematomani olib tashlash operatsiyasidan, yaxshi xulqli o'smadan, xo'ppozdan, anevrizmadan 3-4 hafta o'tgach o'tkaziladi; 2-bosqich bemorning ahvolidan og'irligiga qarab turli xil variantlarga ega bo'lishi mumkin:

Birinchi variant - funktsiyani to'liq tiklagan bemor ambulatoriya yoki reabilitatsiya sanatoriysiga yuboriladi.

Ikkinchi variant-o'tkir davrning oxiriga kelib mustaqil ravishda harakatlana olmaydigan va o'zlariga oddiy xizmat qila olmaydigan aniq motor nuqsoni bo'lgan bemorlar bemor vafot etgan kasalxonaning neyroreabilitatsiya bo'limiga (erta reabilitatsiya bo'limiga) yoki yirik shahar yoki viloyat kasalxonasining neyroreabilitatsiya bo'limiga o'tkaziladi.

Uchinchi variant-bu mustaqil ravishda harakatlanishi va o'ziga xizmat qilishi mumkin bo'lgan motor nuqsonlari bo'lgan bemorlar nevrologik yoki neyroxirurgiya bo'limidan reabilitatsiya markaziga o'tkaziladi. Bemorlar bu erga kasalxonaning neyroreabilitatsiya bo'limidan (erta reabilitatsiya bo'limi) mustaqil harakatlanish imkoniyati tiklanganligi sababli ko'chiriladi. Asosan nutq patologiyasi bo'lgan bemorlarni nutq patologiyasi va neyroreabilitatsiya markazlariga o'tkazish mumkin.

3 bosqich-tuman yoki tumanlararo poliklinika reabilitatsiya markazi yoki poliklinikaning reabilitatsiya bo'limlari yoki poliklinikaning tiklash xonalari sharoitida ambulatoriya reabilitatsiyasi. Ambulatoriya reabilitatsiyasining "kunduzgi kasalxona" kabi shakllari, og'ir, yomon yuradigan bemorlar uchun esa uyda reabilitatsiya qilish mumkin.

Asab tizimining surunkali progressiv kasalliklari bo'lgan bemorlar uchun reabilitatsiyaning tizimli va davomiyligi deyarli bosqichma-bosqich reabilitatsiya tadbirlarini o'tkazish uchun sharoit yaratishni anglatadi, bu kasallikning progressiv xususiyatini hisobga olgan holda ayniqsa muhimdir. Shubhasiz, o'tkir miya kasalliklari bo'lgan bemorlar uchun zarur bo'lgan reabilitatsiyaning aniq bosqichi qabul qilinishi mumkin emas. Statsionar reabilitatsiya faqat ahvol yomonlashganda talab qilinadi, asosiy e'tibor ambulatoriya reabilitatsiyasining har xil turlariga qaratiladi (tiklash bo'limlarida yoki poliklinikalarda, "kunduzgi shifoxonalar" shaklida, uyda reabilitatsiya). Chet ellik hamkasblarning tajribasiga ko'ra, ixtisoslashtirilgan sanatoriylarda reabilitatsiya muayyan o'rinni egallashi kerak.

3. Reabilitatsiyaning murakkabligi. Reabilitatsiyaning murakkabligi miyaning o'tkir shikastlanishining turli xil oqibatlari bilan belgilanadi, bunda, qoida tariqasida, bir emas, balki bir nechta funktsiyalar azoblanadi. Harakat buzilishlarini reabilitatsiya qilish quyidagi usullarni o'z ichiga olishi mumkin:

- kinesoterapiya (fizioterapiya mashqlari);
- teskari aloqa bilan Biofeedback;
- terapevtik massaj;
- pozitsiyani davolash;
- asabiy mushaklarning elektr stimulyatsiyasi;
- spastisit, artropatiya, og'riq sindromlari uchun fizioterapevtik usullar (shu jumladan akupunktur);
- kasbiy terapiya elementlari bilan maishiy reabilitatsiya (chet elda - kasbiy terapiya, kasbiy terapiya);
- agar kerak bo'lsa, ortopedik choralar.

Nutqida nuqsoni bo'lgan bemorlarni reabilitatsiya qilish nutqni, o'qishni, yozishni va hisoblashni tiklash bo'yicha mutaxassis tomonidan olib boriladigan psixologik va pedagogik mashg'ulotlarni o'z ichiga oladi, bu bizning mamlakatimizda odatda nutq terapevtlari-afaziologlar, kamdan-kam hollarda - neyropsixologlar. Hissiy, kognitiv nuqsonlari bo'lgan bemorlarni, insultdan keyingi va travmadan keyingi neyropsikopatik sindromli bemorlarni reabilitatsiya qilishda psixologlarning yordami talab qilinadi. Reabilitatsiya etarli dori terapiyasi fonida amalga oshirilishi kerak, agar kerak bo'lsa, terapevt, kardiolog, psixiatr, urolog ishtirok etadi.

4. Bularning barchasi multidisiplinerlikni keltirib chiqaradi-reabilitatsiya jarayonida nevrolog bilan bir qatorda turli Profil mutaxassislarining ishtiroki, shu jumladan:

- kinesiterapevt (terapevtik gimnastika bo'yicha mutaxassis);
- Biofeedback bo'yicha mutaxassis;
- massaj terapevti;
- akupunkturist;
- maishiy reabilitatsiya bo'yicha instruktor (kasbiy terapevt);
- nutq terapevti-afaziolog;
- psixolog;
- psixoterapevt (psixiatr);
- neyrourolog;
- sotsiolog;
- reabilitatsiya hamshirasi.

Reabilitatsiya muassasalari (statsionar va ambulatoriya) quyidagi funktsional bo'linmalarga ega bo'lishi kerak:

- terapevtik massaj, elektr stimulyatsiyasi va akupunktur uchun xonalari bo'lgan fizioterapiya bo'limi;
- nutq terapevtlari va psixologlar xonalari;
- funktsional diagnostika xonalari.

5. Reabilitatsiyaning etarliliigi quyidagilarni hisobga olgan holda individual reabilitatsiya dasturlarini tuzishni o'z ichiga oladi:

- reabilitatsiya dasturlari yo'naltirilgan sindromlar, ularning zo'ravonligi va individual xususiyatlari;
- reabilitatsiya bosqichlari;
- funktsiyalarni tiklash istiqbollari;
- somatik sohaning va birinchi navbatda yurak-qon tomir tizimining holati;
- yoshi;
- hissiy va kognitiv sohaning holati, bemorning psixologik xususiyatlari, uning oilaviy va ijtimoiy holati.

Reabilitatsiya guruhlarini tashkil etish tavsiya etiladi, ular orasida nevrolog-reabilitolog, kinesoterapiya va fizioterapiya bo'yicha mutaxassislar, reabilitatsiya hamshirasi va kerak bo'lganda boshqa kasb mutaxassislari (afaziolog, psixolog, psixiatr, kasbiy terapevt, terapevt, urolog va boshqalar) mavjud. individual reabilitatsiya dasturini ishlab chiqadi va uning bajarilishini nazorat qiladi.

Surunkali kasalliklarga chalingan bemorlarni reabilitatsiya qilishda o'tkir miya patologiyasi bo'lgan bemorlarni reabilitatsiya qilishda bo'lgani kabi, murakkablik, ko'p tarmoqli va adekvatlik (reabilitatsiya dasturlarini individuallashtirish) tamoyiliga rioya qilish kerak.

Reabilitatsiya jarayonida bemorning, uning qarindoshlari va do'stlarining faol ishtiroki. Klinik tajriba shuni ko'rsatadiki, bemorning o'zi faol bo'lgan hollarda, uning qarindoshlari va do'stlari reabilitatsiya jarayonida faol ishtirok etadilar, buzilgan funktsiyalarni tiklash tezroq va to'liqroq bo'ladi. Bu asosan kinesoterapiya va maishiy reabilitatsiya mashg'ulotlari, nutqni tiklash darslari juda cheklangan vaqt oralig'ida sodir bo'lishi bilan izohlanadi: kuniga 1 marta 40-60 daqiqa va odatda faqat ish kunlarida (ya'ni haftada 5 marta). Jismoniy mashqlar terapiyasi

metodistlari, nutq terapevtlari, kasbiy terapevtlar "uyga" topshiriqlar berishadi va bemorning, uning qarindoshlarining (yoki tarbiyachilarining) faoliyati ko'p jihatdan ularning bajarilish sifatiga bog'liq.

Kinesoterapiya, maishiy rehabilitatsiya, nutqni tiklash bo'yicha mutaxassislar kasallarga g'amxo'rlik qilayotgan odamlarga darslarning maqsadi va texnikasini tushuntirishlari, ish kunining ikkinchi yarmida va dam olish kunlarida bunday qo'shimcha mashg'ulotlar zarurligini tushuntirishlari kerak.

Miyaning o'tkir shikastlanishlarini boshdan kechirgan bemorlarda tez-tez uchraydigan faollikning pasayishi turli patologik sindromlarning rivojlanishi bilan bog'liq bo'lib, ularga quyidagilar kiradi:

- bemorlarning 20% dan ko'prog'ida uchraydigan befarqlik (Starkstein e.a, 2005) va hissiy-ixtiyoriy va kognitiv buzilishlar bilan bog'liq;
- og'ir miya shikastlanishi fonida rivojlangan og'ir klinik kasalliklar (demansgacha);
- neyropsikopatik sindromlar - " frontal "va" o'ng yarim shar " sindromi, anosognoziya bilan aspotanlikka qadar faollikning pasayishi (nuqsonni kam baholash yoki rad etish);

Psixoterapevtik va tibbiy choralar bilan bir qatorda, bemorning qarindoshlari va do'stlari gipoaktivlikni engishda katta rol o'ynaydi. Kinesoterapiya va nutqni tiklash bo'yicha qo'shimcha mashg'ulotlardan tashqari, dastlabki bosqichlarda oilaning o'z-o'ziga xizmat ko'rsatish ko'nikmalarini (agar ular yo'qolsa) o'rgatishdagi roli katta: ovqatlanish, shaxsiy gigiena, hojatxonadan foydalanish, kiyinish. Shu bilan birga, qarindoshlar va do'stlar tomonidan bemorga nisbatan noo'rin reaksiya tez-tez uchraydi: ba'zi hollarda giper-himoya kuzatiladi, bemorning har bir qadamining oldini olish, uni tiklash jarayonining faol

ishtirokchisi emas, balki passiv qiladi, o'z qadr-qimmatini pasaytiradi, boshqa hollarda siz qarindoshlarning reabilitatsiya imkoniyatlariga salbiy pessimistik munosabatini topishingiz mumkin.. bu bemorning o'zi tomonidan osongina "so'riladi".

Shuning uchun oila bilan ishlash bemorlarni reabilitatsiya qilishda muhim bo'g'in hisoblanadi. U kerak:

- bemor bilan qarindoshlarning munosabatlarini tuzatish;
- o'zgargan vaziyatda bemor oilada munosib o'rin egallashiga hissa qo'shish;
- oila a'zolarini reabilitatsiya jarayonida ishtirok etishga qiziqtirish.

Reabilitologlar bemorning qarindoshlari va do'stlariga ehtiyojni tushuntirishlari kerak:

- bemorni u uchun mumkin bo'lgan uy ishlariga jalb qilish;
- turli xil mashg'ulotlar uchun sharoit yaratishda (bandlik terapiyasi), eskilarini tiklash va yangi sevimli mashg'ulotlarini (sevimli mashg'ulotlarini) rivojlantirish, chunki majburiy bekorchilik bemorni og'irlashtiradi, depressiya, befarqlik va negativizmni kuchaytiradi.

Reabilitologlarning vazifasi oila a'zolarini tiklanish istiqbollari va bemorni reabilitatsiya qilishdagi roli to'g'risida to'liq va batafsil ma'lumot berishdir.

Bemor va uning oila a'zolarining reabilitatsiya jarayonida va ikkinchi guruh bemorlarida faol ishtirok etish printsiplari asteniya, aqliy va motorli gipoaktivlik surunkali miya patologiyasi bo'lgan bemorlarning ko'pchiligiga xos ekanligini hisobga olsak, ayniqsa ular o'sib borishi bilan bir xil darajada muhimdir.

7. Yuklarning etariligi va rehabilitatsiya samaradorligini nazorat qilish usullaridan foydalanish.

Turli xil nevrologik shakllarga ega bemorlarda kasallikning oqibatlari (funktsiyaning buzilishi, funktsional cheklovlar, maishiy va ijtimoiy faoliyatning buzilishi) har bir darajasini baholash uchun juda ko'p turli xil tarozilar va anketalar qo'llaniladi. Va muammolardan biri bu baholash shkalalarini standartlashtirish, ularning ishonchliligi, haqiqiyliги va sezgirligini aniqlashdir, chunki faqat tegishli baholash choralarini qo'llash orqali qo'llaniladigan rehabilitatsiya tadbirlarining samaradorligini baholash mumkin.

Asab tizimining patologiyasida sanogenetik mexanizmlar

Asab tizimining patologiyasida sanogenetik mexanizmlarni chuqur tushunish rehabilitatsiya tadbirlarining muvaffaqiyatining kalitidir, chunki sanogenetik mexanizmlarning mohiyati ularning tanadagi mavjud yoki mavjud bo'lgan patologik jarayon tufayli atrof-muhitga sifat jihatidan yangi darajada moslashishga (moslashishga) yo'naltirilganligi bilan namoyon bo'ladi.

Bunday sanogenetik mexanizmlar, bir - biri bilan chambarchas bog'liq va o'zaro bog'liq holda, adaptiv ta'sirni ta'minlaydi va patologiya bilan-buzilgan funktsiyalarni tiklash, bemorlarning shaxsiy va ijtimoiy holati, tiklash, tiklash va kompensatsiya. Qaytariladigan shikastlangan tuzilmalar faoliyatini tiklash jarayoni. Asab tizimining patologiyasida asab hujayralarida, asab tolalarida va neyrodistrofik o'zgargan organlar va to'qimalarning tarkibiy elementlarida restitutiv o'zgarishlar yuz beradi. Qayta tiklash mexanizmlari asosan membranalarning o'tkazuvchanligi va qo'zg'aluvchanligi, hujayra ichidagi oksidlanish-qaytarilish jarayonlarining normallasishi va ferment tizimlarining faollashishi tufayli amalga oshiriladi, buning natijasida hujayra tuzilmalarining bioenergetik va oqsil sintez qiluvchi faoliyati normallasadi va asab tolalari va

sinapslar bo'ylab o'tkazuvchanlikni tiklaydi. Neyron va tolali tuzilmalarda qayta tiklash bilan bioenergetik ta'minot yaxshilanadi, hujayra membranalarida o'tkazuvchanlik jarayonlari normallasadi, biosintetik, plastik va funktsional qobiliyat oshadi.

Chuqur depressiya holatida morfologik jihatdan saqlanib qolgan, ammo funktsional jihatdan harakatsiz tuzilmalarni faollashtirish,

jismoniy omillar va jismoniy mashqlar terapiyasi vositalari katta darajada yordam berishi mumkin. Jismoniy usullar quyidagi ta'sirga ega:

- vayron qiluvchi to'qimalar, infiltratlar, gematomalar, chandiqlar va bitishmalarning rezorbsiyasini kuchaytirish;
- denervatsiyalangan mushaklarda metabolizmni rag'batlantirish, mushaklarning ohangini normallashtirish, tos a'zolarining funktsiyalarini tiklash;
- tananing mudofaasini oshiring.

Ma'lumki, jismoniy mashqlar mushaklarda terapevtik omil sifatida ishlatilganda glikogen va oqsillarning resintezi, azotdan foydalanish va kislorod iste'moli kuchayadi. Passiv va faol harakatlardan foydalangan holda mashg'ulotlar kuchli afferent va efferent stimullar bo'lib, funktsional asinapsiya zonasida neyronlarning disinhbitsiyasini va yangi impuls uzatish yo'llarini rivojlantirishni rag'batlantiradi.

Reabilitatsiyadagi muhim yutuq learned non-use (foydalanishni unutgan) fenomenining rolini anglash bo'ldi. Bu atama anatomik jihatdan saqlanib qolgan asab zanjirlari bilan bog'liq bo'lib, uzoq vaqt harakatsizlikdan keyin o'chadi. Agar ular harakatlarda ishtirok etishni to'xtatsalar, to'yib ovqatlanmaydigan mushaklar singari, asab zanjirlari ham o'z funktsiyalarini yo'qotishi mumkin. Tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, bu hodisa o'nlab yillar davomida falajdan keyin ham intensiv mashg'ulotlar (jismoniy mashqlar) tufayli qaytarilishi mumkin.

So'nggi paytlarda mushaklarni ko'p kanalli funktsional elektr stimulyatsiyasi orqali harakatlarni tuzatish usullari ularning qo'zg'alish va motor harakatidagi qisqarishning tabiiy dasturiga aniq muvofiq ravishda faol rivojlanmoqda. Bunday holda, Biofeedback (bos) manbai sifatida oyoq-qo'llarning bo'g'imlaridan birida fleksiya burchagi ishlatiladi, bu normal mushaklarning bioelektrik faolligi parametrlari bilan chambarchas bog'liqdir. Elektr stimulyatsiyasi uchun ko'plab qurilmalar restorativ davolanishni amalga oshirish uchun qurilmalar bilan bog'langan (masalan, statsionar velosiped).

Regeneratsiya-bu to'qimalarning o'ziga xos elementlarining o'sishi va ko'payishi tufayli shikastlangan to'qimalar va organlarning yaxlitligini tarkibiy va funktsional tiklash.

Sanogenetik mexanizmlardan biri sifatida regeneratsiya asab tizimining patologiyasida tiklanish jarayonlarida alohida ahamiyatga ega, chunki u ularda quyidagi yo'llar bilan ishtirok etadi:

- asab to'qimalarining elementlarini tiklash;
- neyrodistrofik o'zgargan organlarda to'qimalarning yangilanishi (epiteliya, biriktiruvchi, mushak, teri, suyak va boshqalar).

Ushbu jarayonlar turli patogenetik omillar ta'siri ostida ma'lum bir modifikatsiyaga ega bo'lgan fiziologik regeneratsiyaning kuchayishi natijasida ko'rib chiqiladigan reparativ regeneratsiyani anglatadi. Asab tizimining patologiyasi bilan reparativ regeneratsiya turli xil to'qimalarga ta'sir qiladi, ularda 3 turdagi regeneratsiya sodir bo'ladi: a) hujayra - unda epitheliya, biriktiruvchi, suyak to'qimalari va boshqalar ishtirok etadi; b) hujayra va hujayra ichidagi - mushak, avtonom asab tizimi, glial to'qimalar ishtirokida; v) faqat hujayra ichidagi - Markaziy asab tizimining ganglion hujayralarida.

Markaziy asab tizimining patologiyasida funktsiyalarni tiklashda ganglion hujayralarining hujayra ichidagi regenerativ o'zgarishlari saqlanib qolgan neyronlarning uchlari va dendritlarining dallanishini kuchaytirish imkoniyatini aniqlaydi, bu esa tuzilmalarni qayta tiklash va funktsional tiklanish bilan birga keladi.

Ba'zi jismoniy omillar o'murtqa tuzilmalarning shikastlanish zonasida (masalan, o'murtqa shikastlanish paytida) o'tkazgichlarning o'sishini tezlashtirishi, shuningdek aksonlarning o'sish yo'nalishiga ta'sir qilishi mumkin.

Impuls o'tkazuvchanligi antikolinesteraza vositalari, bio - va neyrostimulyatorlar (proserin, galantamin va boshqalar) elektroforezi ta'siri ostida yaxshilanadi. Nerv tolalarining yangilanishiga doimiy oqimning faol ta'siri aniqlandi. Ehtimol, bu umurtqa pog'onasining galvanizatsiyasi asab impulsining tarqalish jarayoniga o'xshash ionli qo'zg'alishni keltirib chiqarishi bilan bog'liq. Ta'sir zonasida biologik faol moddalar kontsentratsiyasining oshishi biosintezni kuchaytiradi.

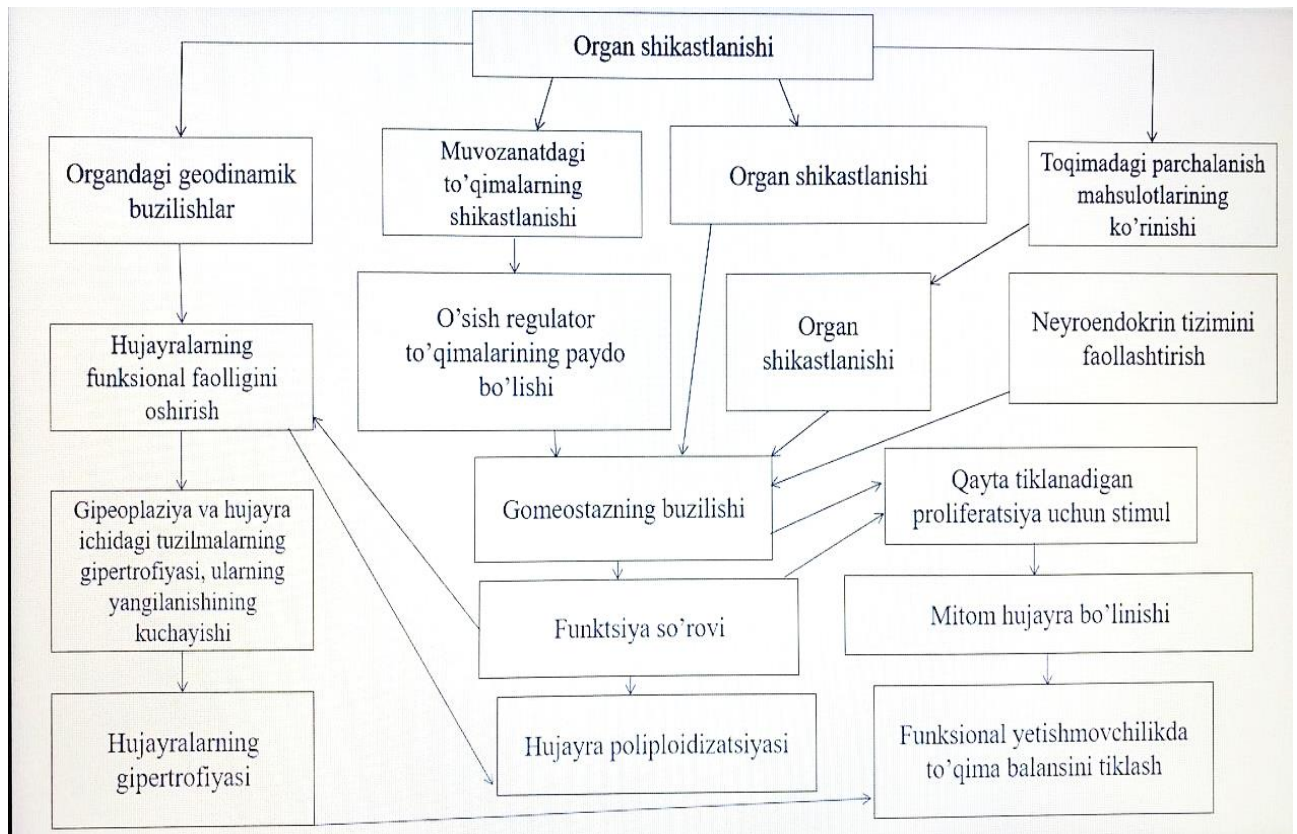
Ma'lumki, interferentsiya oqimlari ta'siri ostida asab va suyak to'qimasini tiklash jarayonlari faollashadi. Shu bilan birga, to'qima fermentlarining faolligi oshadi, oqsillar va nuklein kislotalarning metabolizmi normallasadi.

Nervning ritmik qo'zg'alishi va elektr toki urishi usuli bilan sinapsning muntazam ishlashi mushakning ish ohangini qo'llab-quvvatlaydi va bu mushakni innervatsiya qiladigan asab tolasining tiklanishiga yordam beradi.

Jismoniy mashqlar terapiyasi ta'siri ostida gormonlar, fermentlar, kaltsiy va kaliy ionlarining faollashishi bilan aniq gumoral siljishlar sodir bo'ladi. Passiv va faol harakatlar afferent va efferent impulsar bilan birga keladi va lezyondagi to'qimalarning tiklanishiga yordam beradi. Shu bilan birga, intensiv charchash qo'zg'alishi asab to'qimalarida ammiakning cho'kishiga olib keladi, oqsillar

almashinuvini katabolizmga o'zgartiradi, oqsil molekulalarining tarkibiy tuzilishini keltirib chiqaradi, miya tuzilmalarida glikogen va ATP darajasini pasaytiradi.

Shakl 3.1.Organdagi gemodinamikaning buzilishi



Shikastlangan organda regenerativ jarayonlarning borishi qo'zg'alish asab to'qimalarida ammiakning cho'kishiga olib keladi, oqsillar almashinuvini katabolizmga o'zgartiradi, oqsil molekulalarining tarkibiy tuzilishini keltirib chiqaradi, miya tuzilmalarida glikogen va ATP darajasini pasaytiradi.

Kompensatsiya-bu yo'qolgan yoki etarli bo'lmagan funktsiyalarni almashtirish yoki qoplash uchun turli xil murakkab va xilma-xil reaksiyalarni birlashtiradigan jarayon.

Tananing kompensatsion reaksiyalari haqidagi umumiy nazariy pozitsiya P. K. Anoxin (2016) tomonidan shakllantirilgan va quyidagi printsiplarni o'z ichiga oladi: a) nuqson haqida signal berish; b) mexanizmlarni progressiv safarbar qilish;

v) kompensatsion qurilmalarning doimiy teskari afferentsiyasi; D) sanksion afferentatsiya; e) kompensatsion qurilmalarning nisbiy barqarorligi.

Ushbu printsiplar turli organlarning shikastlanishi, xususan qon tomirlari bilan rivojlanadigan kompensatsion jarayonlarga nisbatan qo'llanilishi mumkin. Shunday qilib, pastki oyoqning parezi yoki falaji muvozanat va yurishning buzilishiga olib keladi. Bu vestibulyar apparatlar retseptorlari, mushak proprioceptorlari, oyoq-qo'llar va magistral teri retseptorlari, shuningdek ko'rish retseptorlari (nuqson signalizatsiyasi printsipti) signalizatsiyasining o'zgarishiga olib keladi. Ushbu ma'lumotni Markaziy asab tizimiga qayta ishlash natijasida ma'lum motor markazlari va mushak guruhlarining funksiyasi ma'lum darajada muvozanatni tiklash va o'zgartirilgan shaklda bo'lsa ham harakatlanish imkoniyatini saqlab qolish uchun o'zgaradi. Zarar darajasi oshgani sayin, nuqson signalizatsiyasi kuchayishi mumkin, shundan so'ng Markaziy asab tizimining yangi hududlari va ularga mos keladigan mushak guruhlari kompensatsion jarayonlarga jalb qilinadi (zaxira kompensatsion mexanizmlarning progressiv safarbarligi printsipti).

Kelajakda, zararni samarali qoplash yoki yo'q qilish bilan, asab tizimining yuqori qismlariga kiradigan afferent impuls oqimining tarkibi o'zgaradi, shunga mos ravishda ushbu funktsional tizimning kompensatsion faoliyatni amalga oshirishda ilgari ishtirok etgan ayrim bo'limlari o'chiriladi yoki yangi komponentlar yoqiladi (buzilgan funktsiyalarni tiklash bosqichlarining teskari afferentsiyasi printsipti). Sog'ayishdan keyin etarlicha barqaror anatomik nuqsonni saqlab qolish asab tizimining yuqori qismlariga kiradigan afferentsiyalarning ma'lum bir kombinatsiyasi bilan o'zini his qiladi, bu shu asosda vaqtinchalik aloqalarning barqaror kombinatsiyasini va optimal kompensatsiyani, ya'ni ma'lum bir mag'lubiyat bilan minimal klaudikatsiyani (avtorizatsiya qiluvchi afferentatsiya printsipti) ta'minlaydi.

Kompensatsiya, boshqa har qanday uzoq muddatli moslashuv reaksiyasi singari, 4 asosiy bosqichdan o'tishi mumkin.

Shoshilinch kompensatsiya bosqichi o'ziga xos kompensatsion funktsional tizimning kompensatsion giperfunktsiyasi va aniq stress sindromi bilan tavsiflanadi. Bunday holda, ta'sirlangan organizmning boshqa adaptiv reaksiyalari funktsional nuqsonni tezda bartaraf etganda, kompensatsion jarayonlar ushbu bosqich bilan cheklanadi.

Shoshilinch kompensatsiyadan uzoq muddatli kompensatsiyaga o'tish bosqichi kompensatsion giperfunktsiya va stress sindromining o'ziga xos kompensatsion funktsional tizim hujayralarida nuklein kislotalar va oqsillar sintezining faollashishi va tizimli tuzilish izining rivojlanishi bilan tavsiflanadi. Ushbu bosqich rivojlanib borar ekan, shikastlanish natijasida kelib chiqadigan funktsional nuqson, stress sindromi, kompensatsion tizim hujayralarida energiya etishmovchiligi asta-sekin yo'q qilinadi.

Barqaror uzoq muddatli kompensatsiya bosqichi funktsional nuqsonning yo'q qilinishi yoki sezilarli darajada pasayishi, kompensatsion funktsional tizimda hosil bo'lgan tarkibiy izning mavjudligi va ushbu tizim hujayralarida oqsil sintezining minimal faollashishi bilan tavsiflanadi, bu esa ortib borayotgan tuzilmalar massasini yangilash uchun zarurdir.

Funktsional etishmovchilik bosqichi katta boshlang'ich funktsional nuqson bilan, shuningdek tananing qo'shimcha shikastlanishi natijasida rivojlanishi mumkin.

Ushbu bosqich kompensatsion jarayonning dekompensatsiyaga o'tishini anglatadi va ikkita asosiy mexanizm orqali rivojlanishi mumkin:

- 1-mexanizm shundan iboratki, katta gipertrofiya bilan hujayralar o'sishi muvozanatsiz bo'lib chiqadi va fiziologik funktsiyani amalga oshirish uchun ion transporti, energiya ta'minoti va energiyadan foydalanish uchun mas'ul bo'lgan tuzilmalar massasining tanlab kechikishi bilan birga keladi;
- 2-mexanizm shundan iboratki, asab tizimida, ichki sekretsia bezlarida va ijro etuvchi organlarda uzoq vaqt davomida giperfunktsiya va gipertrofiyadan so'ng nuklein kislotalar va oqsillar sintezining pasayishi, tuzilmalarning yangilanishining buzilishi, hujayralarning bir qismi nobud bo'lishi va organ sklerozining rivojlanishi bilan ifodalangan o'ziga xos mahalliy eskirish kompleksi rivojlanishi mumkin.

Tananing har qanday shikastlanishida kompensatsion jarayonlarning shakllanishi ko'p jihatdan uning oldingi holatiga bog'liq va uni turli omillar rag'batlantirishi mumkin. Biror kishining turli xil motorli ko'nikmalariga ega bo'lishi va o'quv mashg'ulotlari jarayonida ularning rivojlanishi asab tizimining shikastlanishi uchun kompensatsiyaga yordam beradi. Jismoniy mashqlar bilan shug'ullanadigan shaxslar uchun kompensatsiya yanada to'liqroq bo'ladi.

Asab tizimiga zarar etkazadigan bemorlarda funktsiyalarni qoplashni ta'minlaydigan 3 ta mumkin bo'lgan tuzilmalar mavjud:

- shikastlangan strukturaning saqlanib qolgan elementlari;
- funktsional jihatdan yaqin tuzilmalar;
- qo'shimcha tuzilmalar va mexanizmlar.

Diqqat! Ushbu 3 ta tuzilmani o'z ichiga olgan almashtirish mexanizmlari ko'pincha kompensatsion aktda birgalikda ishlaydi, ammo ularni ketma-ket kiritish ehtimoli ko'proq.

Asab tizimining turli xil shikastlanishlarida funktsiyalarni qoplash restitutsiya va regeneratsiya bilan bog'liq bo'lgan tiklash mexanizmlarini mustahkamlovchi omil yoki yo'qolgan funktsiyalarni qoplash yoki almashtirishning asosiy omili bo'lishi mumkin. Buzilgan funktsiyalarni tiklashda kompensatsiya jarayonining klinik ahamiyati katta, chunki tiklash jarayonidan farqli o'laroq, kompensatsiya mexanizmlari ancha uzoq vaqt davom etishi va jismoniy mashqlar ta'siri ostida yaxshilanishi mumkin. Buzilgan funktsiyalarni qoplash jarayoni faoldir, chunki inson tanasi tashqi muhit bilan munosabatlarda maqbul strategiya va taktika uchun tananing segmentlari tomonidan eng yuqori darajada boshqarilishini ta'minlash uchun ushbu vaziyatda eng mos keladigan turli xil reaksiyalarning murakkab kompleksidan foydalanadi.

Buzilgan funktsiyalarni qoplashga qaratilgan funktsional qayta qurishda asab tizimi turli darajadagi turli xil murakkablikdagi refleks mexanizmlari tufayli o'zini bir butun sifatida namoyon qiladi:

a) vegetativ ganglionlar;

b) orqa miyaning integral-koordinador apparati;

v) turli analizatorlarning analizator-koordinador apparati;

D) analizatorlar tizimi.

Asab tizimining patologiyasi bo'lgan bemorlarda kompensatsion mexanizmlar, ba'zi ma'lumotlarga ko'ra, quyidagi bosqichlardan o'tadi: a) qo'shilish; b) shakllantirish; v) takomillashtirish; D) barqarorlashtirish.

Inklyuziya davri miya shikastlanishidan keyin boshlanadi. Uning boshlang'ich nuqtasi, ehtimol, Markaziy asab tizimining yuqorida joylashgan bo'limlariga o'ziga xos va o'ziga xos bo'lmagan o'tkazgich yo'llari bo'yicha tegishli afferentsiyaning yo'qligi bo'lishi mumkin.

Kompensatsiyaning shakllanishi fiziologik jihatdan buzilgan funktsiyani almashtirish uchun zarur bo'lgan kompensatsion mexanizm modelini izlash bilan bog'liq. Inson tanasi (robotdan farqli o'laroq) bunday muammoni faol ravishda hal qilish "sinov va xato" usuli bilan emas, balki ehtimoliy va zarur kelajakni bashorat qilish orqali amalga oshiriladi, shuning uchun kompensatsion mexanizm darhol ushbu tizimli va funktsional nuqsonni qoplash ehtimoli va maqsadga muvofiqligi bo'lgan tizimlarni o'z ichiga oladi.

Kompensatsion mexanizmlarni takomillashtirish davri eng uzoq davom etadi va butun tiklanish davrida, shuningdek qoldiq davrlarda davom etadi. Kompensatsion mexanizmlarni uzoq muddatli o'qitish (qo'ltiq tayoqchalari yordamida harakatlanish, manipulyativ faoliyat, siyishni boshqarish va boshqalar) yo'qolgan funktsiyalar uchun etarli kompensatsiyani ta'minlashi mumkin, ammo ma'lum bir bosqichda murakkab refleks mexanizmlarini yanada takomillashtirish sezilarli o'zgarishlarga olib kelmaydi, ya'ni kompensatsiyani barqarorlashtirish sodir bo'ladi.

Kompensatsiyani barqarorlashtirish davrida inson tanasining tashqi muhitda ma'lum bir tarkibiy va funktsional nuqson bilan dinamik ravishda barqaror muvozanati o'rnatiladi. Asab tizimining patologiyasida yuzaga keladigan kompensatsiyalarning barqarorligi uchun zaruriy shart-bu tizimli mashg'ulotlar va tananing faoliyatida kompensatsion mexanizmlardan foydalanish (qo'ltiq tayoqchalari yoki tayoq yordamida harakatlanish, mustaqil ravishda, o'z-o'ziga xizmat ko'rsatish, ishlab chiqarish faoliyati va boshqalar).

Asosiy sanogenetik mexanizmlarning (restitutsiya, regeneratsiya va kompensatsiya) yaqin o'zaro bog'liqligi va o'zaro bog'liqligi tananing fiziologik funktsiyalarini ma'lum darajada tiklashni va tegishli ijtimoiy funktsiyalarni (mehnat faoliyati, o'qitish, aloqa, o'z - o'zini va o'zaro xizmat va boshqalar) bajarish bilan insonning atrof-muhitga moslashishini ta'minlaydi. Asab tizimining

shikastlanishi bo'lgan bemorlarda tuzilish va funktsiyani tiklashning restitutsion, regenerativ va kompensatsion mexanizmlarini rag'batlantirishga yordam beradigan reabilitatsiya choralari aynan shu asosiy sanogenetik jarayonlarga yo'naltirilishi kerak.

Asab tizimining kasalliklari va shikastlanishi bo'lgan bemorlarni kompleks davolashda reabilitatsiya vositalari. Asab tizimi kasalliklarida klinik ko'rinish vosita, sezgir, vegetativ, nutq va boshqa kasalliklarning kombinatsiyasidan iborat. Kuzatilgan kasalliklarning tabiati va ularning zo'ravonlik darajasi turli kasalliklarda sezilarli darajada farq qiladi.

Asab tizimi kasalliklarining klinik ko'rinishida harakatlarning buzilishi etakchi ahamiyatga ega bo'lganligi sababli, jismoniy mashqlar terapiyasining asosiy vazifasi bemorning motor faoliyatini normallashtirishga to'g'ri keladi. Ushbu muammoni bemorning motor faoliyatining barcha jihatlarini normallashtirishga yordam beradigan murakkab ta'sirlarni qo'llash orqali quyidagi mashqlarni o'z ichiga olgan holda hal qilish mumkin:

- individual mushak guruhlarining spastik kuchlanishining zaiflashuvidan murakkab sinergiyalarning rivojlanishi (shakllanishi) gacha bo'lgan pozno-tonik reaksiyalarni normallashtirish;
- patologik vosita stereotiplariga qarshi kurash (sinkineziya, almashtirish harakatlari);
- bemorning butun mushak tizimini mustahkamlash va bo'g'imlarning harakatchanligini oshirish;
- oyoq-qo'llarning ixtiyoriy harakatlarini rag'batlantirish;
- tik turish va mustaqil yurishni o'rganish.

Asab tizimi kasalliklarida vosita buzilishlarining murakkab tabiati restorativ davolanishni qurishga individual yondashuvni belgilaydi.

Bemorlarni kompleks davolashda ishlatiladigan bir nechta mashqlar terapiyasi tizimlari taklif qilingan. Ushbu tizimlarning har birida boshqa tizimlarda uchraydigan elementlar va uslubiy usullarni topish mumkinligiga qaramay, ularni quyidagicha tasniflash mumkin: a) analitik gimnastika tizimi; b) murakkab harakatlardan foydalanish tizimi; v) buzilgan funktsiyalarni tiklashning funktsional usuli.

Uslubiy usullarning farqiga qaramay, ushbu mashqlar terapiyasi tizimlari harakatlarni tiklash uchun quyidagi printsiplardan foydalanadilar.

*Almashtirish va sinkineziyani istisno qilganda ma'lum bir mushakning tanlab qisqarishi bilan mashq qilishning analitik printsiipi.

*Boshlang'ich pozitsiyalar, og'irliklar, qarshilik, takrorlashlar soni tufayli mushaklarning yukini asta-sekin oshirish.

- * Paretik mushaklarni saqlash (charchoq va cho'zilishning oldini olish bilan).

*Postural va boshqa reflekslardan foydalanish.

A. analitik gimnastika tizimi-bu artikulyar gimnastika, uning maqsadi oyoq-qo'llarning alohida segmentlarida passiv harakatlarni rivojlantirish, faol gevşeme va antagonist mushaklarning o'zaro qisqarishini rivojlantirishdir.

Alohida mushak guruhlarini bo'shashtirishga qaratilgan usullar massaj va individual mushak guruhlarini ixtiyoriy ravishda bo'shashtirishga o'rgatishdir.

Qo'shimchalardagi harakatchanlikni yaxshilash uchun termal protseduralar bilan birlashtirilgan passiv mashqlar qo'llaniladi; har bir passiv harakatdan keyin bir xil mushaklarning faol kuchlanishi kuzatilishi kerak. Passiv harakatlarning

ta'siri bemorning oyoq-qo'llarini keyinchalik ma'lum bir holatda yotqizishda (pozitsiyani davolash) o'rnatilishi kerak.

Harakatlarni muvofiqlashtirishni rivojlantirish elementlari ma'lum mushak guruhlarining faol gevşemesi va kuchlanishini o'rgatish usullarida mavjud. Qo'shimchada to'g'ri ritmik muvofiqlashtirilgan harakatni shakllantirishga qaratilgan texnikaning asosi qo'shimcha afferentatsiyadan foydalanishdir. Masalan, bemor bo'g'imdagi yoki teridagi fleksor-ekstansor, adduktor va abduktor harakatlarining to'g'riligini kuzatadi shifokor harakatning ma'lum bir nuqtasida chiziqli tirnash xususiyati keltirib chiqaradi, bu esa ta'sirlangan mushak-agonist yoki antagonist funksiyasini rag'batlantiradi.

Alohida bo'g'implarda izolyatsiya qilingan o'zaro harakatlarning rivojlanishi bemorni o'z-o'ziga xizmat qilish va yurish ko'nikmalarini rivojlantirishga tayyorlaydigan murakkab vosita harakatlarini shakllantirish uchun asos bo'lib xizmat qilishi mumkin.

Analitik yondashuv individual mushak guruhlarini alohida-alohida kiritish va almashtirish va murakkab birikmalardan qochish imkonini beradi. Biroq, ushbu tizimlar bemorlarda (ayniqsa bolalik davrida) motor funksiyalarining rivojlanishining umumiy qonuniyatlarini hisobga olmaydi.

Proprioseptiv mushaklarning yengilligi sharoitida kompleks harakatlardan foydalanish tizimi (N. Kabat tizimi). Ushbu tizim tomonidan taqdim etilgan ko'plab texnikalar quyidagi printsiplarga asoslanadi:

- mushaklarning qisqarishini etakchi va muvofiqlashtiruvchi stimullar proprioseptiv stimullardir;
- harakatning boshqa o'ziga xos turlariga moyil bo'lgan qo'shni harakat turlari mavjud;

- motor harakati ixtiyoriy (ixtiyoriy) harakatlar bilan belgilanadi.

H. Kabat tizimi quyidagi fikrlarni o'z ichiga oladi: a) yuklarning asta-sekin o'sishini rad etish; b) maksimal qarshilik - terapiya boshidanoq; v) ta'sirlangan mushak bilan analitik ish butunlay chiqarib tashlandi; D) ta'sirlangan mushakning izolyatsiya qilingan harakati o'rniga bir vaqtning o'zida va ketma-ket ko'plab mushak guruhlarini qamrab oladigan murakkab harakat taklif etiladi; e) paretik mushakning qisqarishini engillashtirish uning dastlabki cho'zilishidir. Muallifning fikriga ko'ra, kuchning pasayishi sababi paretik mushaklarning charchashi emas, balki odatiy harakatsizlikdir. Qo'shni va ketma - ket harakat turlariga katta o'rin beriladi (masalan, qo'l barmoqlarini mushtga siqish odatda tirsak fleksiyasi va elkaning kengayishi bilan birlashtiriladi-o'ziga jalb qilish harakati deb ataladi).

"Proprioseptiv mushaklarning yengilligi" quyidagi usullar yordamida amalga oshiriladi: a) harakatga maksimal qarshilik; b) antagonist mushaklarning teskari aylanishi; v) ta'sirlangan mushaklarning oldindan cho'zilishi; D) murakkab vosita harakatlari; e) reflekslar (oddiy cho'zish refleksi, postural rektifikatsiya reflekslari, bo'yin-tonik va vestibulyar reflekslar, o'tirish va turishni tartibga solish).

B. nerv-mushak tizimining eng to'liq stimulyatorlari sifatida faol harakatlardan foydalanishni ta'minlaydigan funktsional usul. Passiv harakatlar qo'llaniladi

qisqartirilgan antagonist mushaklarni cho'zish, bo'g'imlarning faoliyatini yaxshilash va refleks aloqalarini rivojlantirish uchun. Faol harakatlar birinchi imkoniyatdan foydalanishni boshlaydi.

Klinik amaliyotda turli xil massaj va jismoniy omillarning kombinatsiyalangan yoki kombinatsiyalangan qo'llanilishi keng qo'llaniladi. Refleks massajini boshqa jismoniy va tibbiy muolajalar bilan birlashtirish va birlashtirishning ma'nosi massaj qilish va uning samaradorligini oshirish uchun maqbul sharoitlarni yaratishdir.

Refleks massajining turli xil mashqlar terapiyasi bilan kombinatsiyasi asab tizimining ko'pgina kasalliklarida ko'rsatiladi: Markaziy spastik va sust periferik falaj, nevrologik sindromlar, umurtqa pog'onasining osteoxondrozi va boshqalar. miya va orqa miya shikastlanishining natijasi bo'lgan Markaziy spastik falaj bilan akupressuraning massaj terapevti va mashqlar terapiyasi metodisti tomonidan bitta protsedura doirasida bajariladigan jismoniy mashqlar bilan kombinatsiyasi zarur. Asab tizimining boshqa kasalliklari bo'lgan bemorlarni davolashda ushbu 2 turdagi terapiyaning kombinatsiyasi qo'llaniladi va yuz nervlarining neyritida yuz mushaklarini mashq qilishga qaratilgan maxsus jismoniy mashqlar terapevtik yoki akupressure bilan birlashtiriladi.

Spot va terapevtik massajni (yoki ushbu turlardan birini) boshqa massaj turlari bilan (masalan, segmentar-refleks) birlashtirish nevrologik o'murtqa osteoxondroz sindromlari va periferik falajli bemorlarni davolash uchun, Markaziy asab tizimi kasalliklarida esa asosan normal yoki mushaklarning ohangini pasayishi bilan ko'rsatiladi.

Birlashtirilgan massajning optimal ketma-ketligi:

- protsedura terapevtik massajning yumshoq usullaridan boshlanadi (silash va ishqalash usullari);
- keyin segmental-refleks massaj usullari o'tkaziladi;
- jarayon terapevtik massajning yumshoq usullarini takrorlash bilan tugaydi.

Turli xil massaj turlari jismoniy omillar bilan muvaffaqiyatli birlashtirilgan. Issiqlik protseduralari subakut va surunkali og'riq sindromlarida mushak gevşetici, antispazmodik, rezorbsiya va og'riq qoldiruvchi ta'sirga ega, chiziqli mushaklarning konvulsiv faolligini pasaytiradi, to'qima almashinuvi va regeneratsiya jarayonlarini kuchaytiradi.

Issiqlik terapiyasining nuqta va (yoki) terapevtik massaj bilan kombinatsiyasi spondilogen kelib chiqadigan Markaziy spastik falaj, yuz nevrining murakkab shakllari, polinevrit, spastik tortikollis uchun ko'rsatiladi.

Spastik falajlarda-periferik (ayniqsa, radial va peroneal nervlarning mononeuritida) va Markaziy, mushak tonusining keskin oshishi hollari bundan mustasno, shuningdek, miya qon aylanishining o'tkir buzilishidan keyin nutq buzilishlarining ayrim turlari (masalan, motor afazi) bilan bir kunda mushaklarning elektr stimulyatsiyasi bilan refleks massajini o'tkazish tavsiya etiladi. Ushbu kombinatsiya faqat yuz nervining nevriti uchun kontrendikedir (har qanday eski!), chunki elektr protseduralari kasallikning murakkab shakllarini rivojlanishiga hissa qo'shishi mumkin. Kombinatsiya ketma-ketligi: elektr stimulyatsiyasi, keyin massaj.

Markaziy va periferik falajli bemorlarni davolashda longetkalar, tutorlar, qum qoplari yordamida pozitsiyani tuzatish (davolash) boshqa massaj turlari va jismoniy mashqlar bilan birgalikda refleksli massaj protsedurasiga bevosita rioya qilishi kerak.

Paravertebral mushaklarni bo'shashtirish uchun amalga oshiriladigan akupressure (masalan, umurtqa pog'onasining osteoxondrozida) qo'lda terapiya doirasida manipulyatsiyadan oldin amalga oshiriladi.

Kasbiy terapiya (kasbiy terapiya - TT). Asab tizimi kasalliklari bo'lgan bemorlarni kasbiy terapevtik davolashning asosiy maqsadi ularni ongli ravishda faol harakatlarga undash va mustaqil yashash qobiliyatini maksimal darajada tiklashdir: o'z-o'ziga xizmat qilish, samarali faoliyat va dam olish. Ushbu maqsadlarga erishish uchun uchta asosiy terapevtik yondashuv mavjud:

- kompetentsiyaga yo'naltirilgan yondashuvlar-hunarmandchilik texnikasidan tanlab foydalanish, kundalik va amaliy tajriba mashqlari, yo'qolgan qobiliyatlarni egallash, ko'nikmalarni o'rgatish;
- ijodkorlikka yo'naltirilgan yondashuvlar-terapevtik vositalarni ijodiy va vizual shaklda tasvirda ifoda etish vositasi, odamlarning hissiy yaqinlashishini ta'minlaydigan usullardan foydalangan holda aloqa vositasi sifatida qo'llash;
- interaktivlikka yo'naltirilgan yondashuvlar-guruh dinamikasi jarayonlari (guruhdagi o'zaro ta'sir, guruhdagi munozara).

Restorativ davolashda ishlatiladigan kasbiy terapiyaning 4 asosiy turi mavjud, masalan, insultdan keyingi bemorlar:

- vosita qobiliyatini, bemorning chidamliligini oshirish uchun mo'ljallangan motor-funksional TT;
- sensorimotor-pertseptiv TT-hissiy idrokni yaxshilash, ohangni tartibga solish, harakatlarni muvofiqlashtirish uchun mo'ljallangan;
- neyropsikologik usullar-kognitiv imkoniyatlarni, kontsentratsiyani, e'tiborni, reaksiyani yaxshilaydi;
- psixofunksional usullar-vaziyatli xatti-harakatlarni yaxshilaydi, motivatsiya va aloqani mustahkamlashga, ijtimoiy-emotsional kompetentsiyani va bemorning o'zaro ta'sir qilish qobiliyatini rivojlantirishga yordam beradi.

Tegishli tiklash dasturini tuzishning asosiy shartlaridan biri bu shikastlanish darajasini, funktsiyaning buzilishini to'g'ri baholash va bemor uchun ushbu zararning (kasallikning) mumkin bo'lgan ijtimoiy va ijtimoiy oqibatlarini tahlil qilishdir. Bu etarli reabilitatsiya dasturini ishlab chiqish va uning samaradorligini aniqlash uchun zarurdir.

Kasallik (shikastlanish) oqibatlarining har bir darajasini baholash uchun - shikastlanishlar (masalan, harakatning buzilishi, sezgirlik), funktsiyalarning buzilishi (masalan, normal harakatlana olmaslik), ijtimoiy va maishiy faoliyatning buzilishi (masalan, o'z - o'ziga xizmat ko'rsatish ko'nikmalari) - turli xil nevrologik nosologik shakllarga ega bemorlar uchun turli xil tarozilar, anketalar mavjud.

Periferik parezning og'irligini baholash uchun tarozilar 3.1-jadvallarda keltirilgan

Jadval 3.1. Шкала *Medical Research Council Paralysis (MRC-scale)*

Ball	Mushak qisqarishining xususiyatlari(kuch)
0	Kamaytirish yo'q
1	Qisqartirishga ishora(sezilarli)
2	Gravitatsiya bo'lmaganda faol harakat qilish imkoniyati
3	Gravitatsiyaga qarshi faol harakat qilish qobiliyati
4	Gravitatsiyaga qarshi va tashqi qarshilikka qarshi faol harakat qilish qobiliyati

Ushbu o'lchov yordamida faqat mushaklarning kuchi baholanadi: normal kuch 5 ball bilan tasdiqlanadi. O'lchov asab tizimining periferik shikastlanishlarida parez darajasini baholash uchun tavsiya etiladi.

Bemorning mushaklarining kuchi, shuningdek, asosiy harakatga qarshi turish kuchi, shuningdek, ma'lum bir massa yukini ko'tarish va qo'l bilan harakatlantirish qobiliyati bilan baholanadi (jadvalga qarang. 3.2).

Jadval 3.2. Mushaklar kuchini baholashning olti balli shkalasi

Ball	Xarakat xususiyatlari	Normal xolatdagi harakat hajmi	Parezlar darajasi
5	Gravitatsiya va maksimal tashqi qarshilik tasiridagi to'liq harakat	100	Yo'q
4	Gravitatsiya va kichik tashqi qarshi ta'sir ostida to'liq harakatlanish diapozoni	75	Oson

3	Gravitatsiya ta'sirida to'liq harakat	50	O'rtacha
2	Yuk tushishidagi to'liq hajm	25	Ifodalangan
1	Ixtiyoriy harakatga urinishda keskinlik hissi	10	Qo'pol
0	Ixtiyoriy harakatga urinishda keskinlik belgilari yo'q	0	Falaj

Spastik parezning og'irligini baholash uchun tarozilar (asosan insultdan keyingi spastik parezli bemorlarda parezni baholash uchun ishlatiladi) jadvalda keltirilgan.

3.3.

Qo'lning funktsional qobiliyatini baholash, qo'lning ish qobiliyatini aniqlash uchun barmoq ushlash shakli aniqlanadi. Odatda, barmoq tutqichi quyidagi shaklda bo'lishi mumkin: a) silindrsimon (hajmi bo'yicha har xil narsalarni, asboblarni ushlab turish); b) forseps (yozish, igna bilan tikish, kichik narsalarni yig'ish); v) ilgak (ingichka tutqichli narsalarni olib yurish - sumka, portfel, chamadon); D) to'p (tutqichlarni ushlash va turli xil qurilmalarni, lampalarni kiritish); e) interdigital (naqshli ignalarni, ilgakni ushlab turish); e) tekis (tikuv mashinasida, kesishda materialni ushlab turish va yo'naltirish). Barmoq bilan ob'ektni ushlashning ketma - ket bosqichlari qo'lning holatini barqarorlashtirish - barmoqlarning kengayishi va tarqalishi - i barmoqning qarama-qarshiligi-barmoqlarning egilishi.

Jadval 3.3. Milliy sog'liqni saqlash institutining qon tomir shkalasi (Milliy Sog'liqni saqlash instituti [NIH] qon tomir shkalasi)

Ball	Kuzatilgan harakat
Qo'ldagi harakatlanishni baxolash	
0	Qo'l 10 soniya davomida tushmaydi
1	Qo'ni ma'lum bir holatda 10 soniyadan kamroq ushlab turadi, keyin qo'l pastga tusha boshlaydi
2	Qo'lni tortish kuchi qarshi ushlab turolmaydi, qo'l darxol tushmaydi, lekin bemorning qo'lini ushlab turishga urinishi seziladi.
3	Bemor tomonidan qo'lni sobit holatda ushlab turish uchun hech qanday harakat yo'q
Oyoqdagi harakatlanishni baxolash	
0	Oyoqni ma'lum bir holatda 5 soniya ushlab turadi
1	Chiziqni ushlab turolmaydi, u 5 soniya ichida emas, balki darhol pastga tusha boshlaydi.
2	Oyoqni tortish kuchiga qarshi ushlab turolmaydi, oyog'I darhol to'shakka tushadi, lekin baribir oyog'ini tortishish kuchiga qarshi ushlab turish uchun biroz harakat seziladi
3	Oyoqni kerakli holatda ushlab turish uchun hech qanday harakat yo'q.

Eslatma. Qo'ldagi parez darajasini baholash uchun bemor, agar bemor o'tirsa, tirsagidagi fleksiya holatida 10 soniya davomida, agar bemor yotsa, 45° burchak ostida fleksiya holatida ushlab turishi so'raladi. Orqa tomonida yotgan bemorning oyog'idagi parez darajasini baholash uchun ko'tarilgan oyoqni 5°burchak ostida 30 ° burchak ostida ushlab turish so'raladi.

Jadval 3.4. Bemorning tik turgan holatidagi muvozanat shkalasi

Ball	Test tavsifi
0	Oyoqda turolmaydi
1	Oyoqlari yelka kengligida 30 soniyadan kamroq vaqt davomida muvozanatni saqlashga qodir
2	Oyoqlari yelka kengligida 30 soniyadan ko'proq vaqt davomida muvozanatni saqlashga qodir. Oyoqlari birlashgan holatda turish mumkin emas
3	Birgalikda qoziqda turishi mumkin, 30dan ortiq aralashtiriladi
4	Oyoq holatida 30 soniya va undan ko'proq vaqt oyoqlari bilan birga turadi

Jadval 3.5. Bemorning o'tirgan holatidagi muvozanat shkalasi

Ball	Test tavsifi
1	O'tira olmaydi.
2	Qo'llab – quvvatlamasdan o'tirishga qodir, lekin har tomonlama surilganda muvozanatni saqlay olmaydi.
3	Qo'llab – quvvatlamasdan o'tirishga qodir, lekin paretic tomonga surilganda muvozanatni saqlay olmaydi.
4	Har tomonga surilganda muvozanatni saqlashga qodir.

Eslatma. Sinov paytida bemor to'shakda o'tiradi (qo'llab - quvvatlanmaydi), qo'llari tizzada, oyoqlari pastga, oyoqlari gilamchada. Agar bemor 15 soniya davomida qo'llab-quvvatlanmasdan o'tirishga qodir bo'lsa, u holda shifokor uni turli yo'nalishlarda (sug'urta bilan) ozgina harakat bilan itaradi.

Yurish buzilishlarini baholash jadvalda ko'rsatilgan. 9.6.

Jadval 3.6. Rossiya tibbiyot fanlari akademiyasining nevrologiya ilmiy-tadqiqot instituti shkalasi

Ball	Yurishning mahorat darajasi (xususiyati)
0	O'zgartirilmagan
1	Paretik oyoqda oqsoqlanib, tayanchsiz yuradi.
2	Qo'llab – quvvatlash bilan yuradi, ko'chaga chiqadi.
3	Ko'mak bilan faqat binolar Ichida yuradi
4	Yordam bilan yuradi
5	Yurmaydi

Harakatchanlikni baholash-harakatchanlik baholanadi: a) keksalar uchun harakatchanlikni baholash shkalasi bo'yicha (Tinetti M.); b) yurish paytida funktsional harakatchanlik shkalasi bo'yicha; v) bemorning tik holatida vosita nazorati testi bo'yicha.

Nevrologik klinikada kasbiy terapiyada qo'llaniladigan ko'plab terapevtik texnologiyalar neyrofiziologik asoslarga ega. Masalan, Sherrington bo'yicha o'zaro innervatsiya to'g'risidagi qonunni bilish, ayniqsa zarur bo'lganda mushaklarning spastikasiga qarshi turish alohida ahamiyatga ega. Ko'pincha quyidagi usullar qo'llaniladi: bobat usuli bilan davolash; propioseptiv neyromuskulyar fasilitatsiya; Jonston usuli bo'yicha murakkab harakatlarning fasilitatsiyasi; jins usuli; Voyt usuli; Brunnstrom usuli bo'yicha Markaziy fasilitatsiya; Perfetti usuli; Affolter usuli; Traub usuli; sensorli o'qitish usuli.

Shunday qilib, kasbiy terapiya asab tizimining kasalligi (shikastlanishi) bo'lgan bemorlarni tiklashning asosiy usullaridan biridir

4.2. 10 oylik tematik kursni o'qitish bo'yicha diplom tayyorgarligidan keyingi holat

Качество и объемUmumiy amaliyot shifokorlari tomonidan nevrologik bemorlarga ko'rsatiladigan xizmatlarning sifati va hajmiment birinchi navbatda от уровня ularning bilim darajasiga bog'liqman.

Ayni paytda O'zbekiston Respublikasi tibbiyot institutlarida в настоящее время umumiy amaliyot shifokorlari tayyorlanmoqda. Nevrologiya kursi talabalar на5-kursda в объеме 70 chaboyqush hajmida va на6-kursda в объеме 62 soatva amaliy mashg'ulotlarda qatnashadilar (приложение4-ilovaga qarang).

Umumiye нами анкетный опрос и предамaliyot shifokorlari - 10 oylik kursantlar nevrologiyasi bo'yicha so'rovnoma va Pre-D testini pokazalo'tkazdik (5-ilova).

Olingan javoblardan kelib chiqqan holda, kursantlarым объем при

обучении 10-месячных "Sog'liqni saqlash-1,2" dasturi bo'yicha 10 oylik o'quv kursida olingan bilimlarning etarliov по программе «Здоровье – 1,2» emasligini aniqladilar. nevrologiya soatlarning kamligi sababli nevrologik bemorlarni mustaqil boshqarish uchun из-за малого количества . Kursantlarning atigi 42,5foizitestdan oldin qoniqarli baho olgan.

Ehtimol, qoniqarli baholarning past foizi institutni tugatish muddati bilan bog'liq, shuningdek, FPKning nevrologiya bo'yicha (malaka oshirish fakulteti) o'tmasligi bilan bog'liq. Ushbu fakt onpocom kursantlarining so'rovi bilan tasdiqlangan. Shunday qilib, kursantlarning 70% dan ortig'i 7 yildan ortiq ish tajribasiga ega ekanligi aniqlandi, ular многое забыть nevrologiya bo'yicha bilimlaridan ko'p narsalarni unutishga muvaffaq знаний по неврологии, полученных bo'lishdi, tibbiyot institutida xni olishdi va ular nevrologiya bo'yicha FPKDAN o'tishmadi.

O 'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2017-yil 10-noyabrdagi PF -2107-son Farmoni bilan tasdiqlangan sog' liqni saqlashni isloh qilish davlat dasturini amalga oshirish doirasida davlat tomonidan aholiga pmspning kafolatlangan darajasi va sifatini ta ' minlashni nazarda tutadi. Jahon banki ishtirokida birinchi "Salomatlik -1" loyihasi amalga oshirildi va qishloq joylarda birlamchi tibbiy-sanitariya yordamining milliy modeli shakllantirildi.

O'zbekiston Respublikasi hukumati va xalqaro taraqqiyot assotsiatsiyasi (Mar) o'rtasida imzolangan kredit bitimiga muvofiq 2015 yildan boshlab "Salomatlik-2" loyihasi amalga oshirilmoqda. Sog'liqni saqlash-2 loyihasi 1998-2004 yillarda Jahon banki ishtirokida amalga oshirilgan Sog'liqni saqlash-1 loyihasining davomi bo'lib, uning tarqalishini ta'minlaydi. birinchi loyihaga erishish butun mamlakat bo'ylab.

"Salomatlik-2" loyihasining asosiy vazifalari quyidagilardan iborat:

- O 'zbekiston Respublikasining barcha hududlarida sog' liqni saqlashning birlamchi bo ' linmasini rivojlantirish va mustahkamlash dasturini amalga oshirish va umumiy vrachlik amaliyotini joriy etish;

- Tibbiy xizmatlar ko'rsatish samaradorligi va samaradorligini oshirish uchun QDQNI moliyalashtirish va boshqarishning yangi mexanizmlarini kengaytirish va joriy etish;

- Jamoat salomatligi tizimini takomillashtirish va takomillashtirish, yuqumli bo'lmagan kasalliklarning oldini olish va yuqumli kasalliklar tarqalishini nazorat qilish hamda jamoat salomatligi bo'yicha malakali mutaxassislarni tayyorlash tizimini tashkil etish;

Loyihaning belgilangan maqsadlariga erishish O'zbekiston hukumati va xalqaro taraqqiyot assotsiatsiyasi loyihasini amalga oshirishda ikki tomonlama ishtirok etishni nazarda tutadi.

Ko'zda tutilgan vazifalarni bajarish uchun loyiha tarkibiga to'rtta asosiy komponent kiritildi:

- Pzz muassasalarini rivojlantirish va umumiy amaliyot shifokorlarini o'qitish (67,8%);

- PMSPNI moliyalashtirish va boshqarish islohotlari (6%);

- Sog'liqni saqlash xizmatlarini takomillashtirish (11,7%);

- Loyihani boshqarish (4,1%).

Sog'liqni saqlash - 1 va Sog'liqni saqlash - 2 ustuvor milliy loyihalarini amalga oshirish sog'liqni saqlash tizimida birlamchi tibbiy-sanitariya yordamining rolini oshirish, sog'liqni saqlashning profilaktik yo'nalishini kuchaytirish, aholining qimmat yuqori texnologiyali tibbiy yordam turlariga bo'lgan ehtiyojini to'liq qondirishga qaratilgan.

O'rganilayotgan Profil bo'yicha bilim va ko'nikmalar darajasining aniqlangan kamchiliklarini bartaraf etish usuli sifatida qo'shimcha tematik (nevrologiya bo'yicha) aspiranturaning maqsadga muvofiqligi va samaradorligini aniqlash uchun *бизнес-исследование их динамики после прохождения 10 месячных курсов*xtisoslashtirilgan markazlarda "Salomatlik-2" dasturi bo'yicha 10 oylik x o'quv kursini tugatgandan so'ng ularning dinamikasini o'rganamiz.

Shuning uchun ular tsiklni umuman tahlil qilishni va *уровень усвоения*uning

tinglovchilari tomonidan o'qitiladigan ma'lumotni o'zlashtirish darajasini maqsadga muvofiq deb hisobladilar. Umumiy amaliyot shifokorlarini tayyorlash dasturi "Sog'liqni saqlash-2" loyihasi asosida ishlab chiqilgan va 1584 soatlik ma'ruzalar, amaliy mashg'ulotlar va o'z mustaqil ishlarni o'z ichiga oladi. Ulardan atigi 36 soat nevrologiya tsikliga bag'ishlangan.

Talabalarning ish stajiga va VOP mutaxassisligiga qarab tahlili 4.1-jadvalda keltirilgan.

120 respondentdan 5 yildan kam tajribaga ega bo'lgan shifokorlar 38 kishini (31,7%), 5 yildan ortiq tajribaga ega bo'lgan shifokorlar esa 82 kishini (68,3%) tashkil etdi.

Taqdim etilgan ma'lumotlardan ko'rinib turibdiki, nevrologlar atigi 5 foizni tashkil etdi, bu talabalar orasida eng kichik foizlardan biri edi.

Jadval 4.1

Tajribaga qarab o'qitilgan umumiy amaliyot shifokorlari soni

Mutaxassisligi	Mutaxassislik		staji ≤ 5 yillik		staji ≥ 5 yillik	
	ABS bo'lgan WLP soni.	%	ABS.	%	ABS.	%
Terapiya	43	35,8 $\pm$ 4,4	12	10,0 $\pm$ 2,7	31	25,8 $\pm$ 4,0*
Pediatrica	29	24,2 $\pm$ 3,9	8	6,7 $\pm$ 2,3	21	17,5 $\pm$ 3,5*
allergologiya	12	10,0 $\pm$ 2,7	4	3,3 $\pm$ 1,6	8	6,7 $\pm$ 2,3
nevrologiya	6	5,0 $\pm$ 2,0	2	1,7 $\pm$ 1,2	4	3,3 $\pm$ 1,6

akusherlik ginekologiya	8	6,7±2,3	3	2,5±1,4	5	4,2±1,8
Otorinolaringologiya	10	8,3±2,5	5	4,2±1,8	5	4,2±1,8
Oftalmologiya	8	6,7±2,3	3	2,5±1,4	5	4,2±1,8
Dermatologiya	4	3,3±1,6	1	0,8±0,8	3	2,5±1,4
Jami	120	100	38	31,7±4, 2	82	68,3±4,2 *

Eslatma: * - bilan solishtirganda ishonchli umumiy amaliyot shifokorlari 5 yilgacha bo'lgan tajriba (*-p<0,001).

120 kursantni so'roq qilishda 70% nevrologik diagnostika savollariga to'g'ri javob bergan, 30% esa javob bera olmagan.

Amaliy faoliyatida VOP kuniga o'rtacha 2 dan 5 gacha nevrologik bemorlarga xizmat qiladi. Nevrologik bemorlarni tekshirishda quyidagi diagnostika usullari qo'llaniladi (jadval. 4.2).

5.2-jadvaldan ko'rinib turibdiki, VOP tendon reflekslarini o'rganish, sezgirlik va fundusni o'rganish kabi muhim usullardan foydalanmaydi. Shifokorlar buni tibbiyot universitetida VOP tayyorlash kurslarida olingan bilimlarning etishmasligi bilan izohlashadi, shifokorlarning 35 foizi VOP tayyorlash kursining nevrologiya tsiklini to'ldirish kerak deb hisoblashadi.

Jadval 4.2

Umumiy amaliyot shifokorlari tomonidan qo'llaniladigan diagnostika usullari nevrologik bemorlarni tekshirishda (n=120)

№	Usullar	oldin tekshirish trening %	keyin trening %
1	muvofiglashtirishni baholash	5,0	2,0
2	tendon reflekslarini o'rganish	5,0	1,5

3	sezuvchanlik tadqiqoti	9,0	1,5
4	oftalmoskop yordamida fundusni	tekshirish 3,0	2,0
5	tadqiqot 12 juft CHMN	8,0	1,5
6	motor sifatini o'rganish	4,0	1,5
7	yuqorida aytilganlarning barchasi	66,0	90,0

4.3-jadvalda bemorlar ko'pincha birlamchi tibbiy yordam muassasalarida oilaviy shifokorlarga murojaat qiladigan bolalardagi nevrologik kasalliklar to'g'risidagi ma'lumotlar keltirilgan.

So'rov natijalariga ko'ra, bolalik davridagi eng keng tarqalgan kasalliklar: perinatal ensefalopatiya, astenik nevrozlar, bolalik qo'rquvi va bezovtalik kasalliklari.

Umumiy amaliyot shifokorlari, siz kutganingizdek, o'tkir miya qon aylanishi buzilishi (insult), umumiy epilepsiya, epileptik sindrom va boshqa bir qator shunga o'xshash kasalliklarga chalingan bemorlarni boshqarishda eng katta qiyinchiliklarga duch kelishadi.

Jadval 4.3

Bolalarda asab tizimining keng tarqalgan kasalliklari (kursantlarning so'roviga ko'ra) (n = 120)

№	Kasalliklar guruhi	ABS kasalli	%
---	--------------------	-------------	---

		klari guruhi	
1	perinatal ensefalopatiya	39	32,5
2	psixomotor rivojlanish tezligining kechikishi	18	15,0
3	astenik nevroz	9	7,5
4	tiklar va boshqa giperkinezlar	12	10,0
5	bolalar qo'rquvi va tashvish buzilishi	15	12,5
6	logonevroz	9	7,5
7	enurez	12	10,0
8	minimal miya disfunktsiyasi	6	5,0

Bunday vaziyatlarda ular, qoida tariqasida, bemorlarni Markaziy tuman kasalxonasidagi nevrologga yuborishadi (jadval. 4.3).

Jadval 4.4

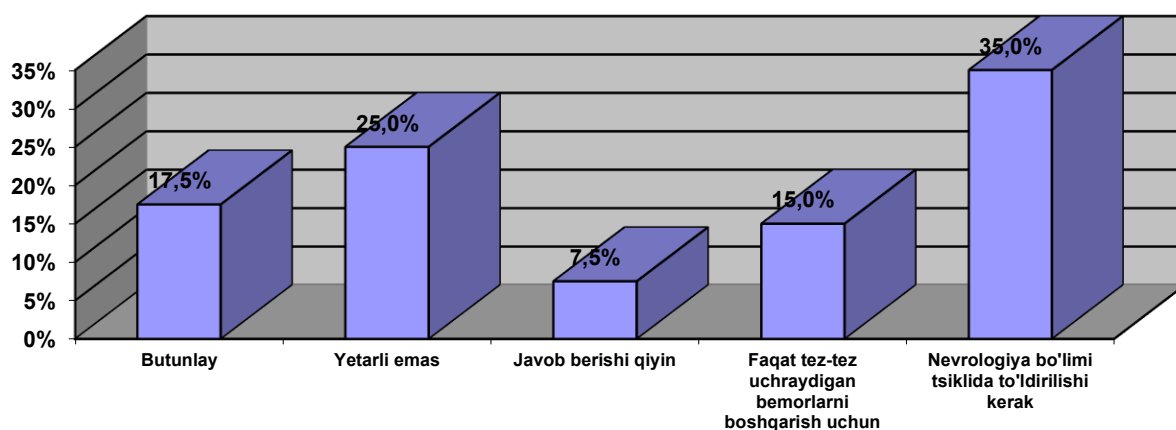
Kattalardagi eng ko'p uchraydigan nevrologik kasalliklar (kursant shifokorlar so'roviga ko'ra) (n =120)

№	Kasalliklar guruhi	ABS kasall iklari guruh i.	%
1	migren, kuchlanish bosh og'rig'i	9	7,5
2	Disirkulyatsion ensefalopatiya	15	12,5
3	nevrit va nevralgiya	9	7,5
4	siyatik	18	15
5	vaqtinchalik serebrovaskulyar buzilishlar	6	5,0

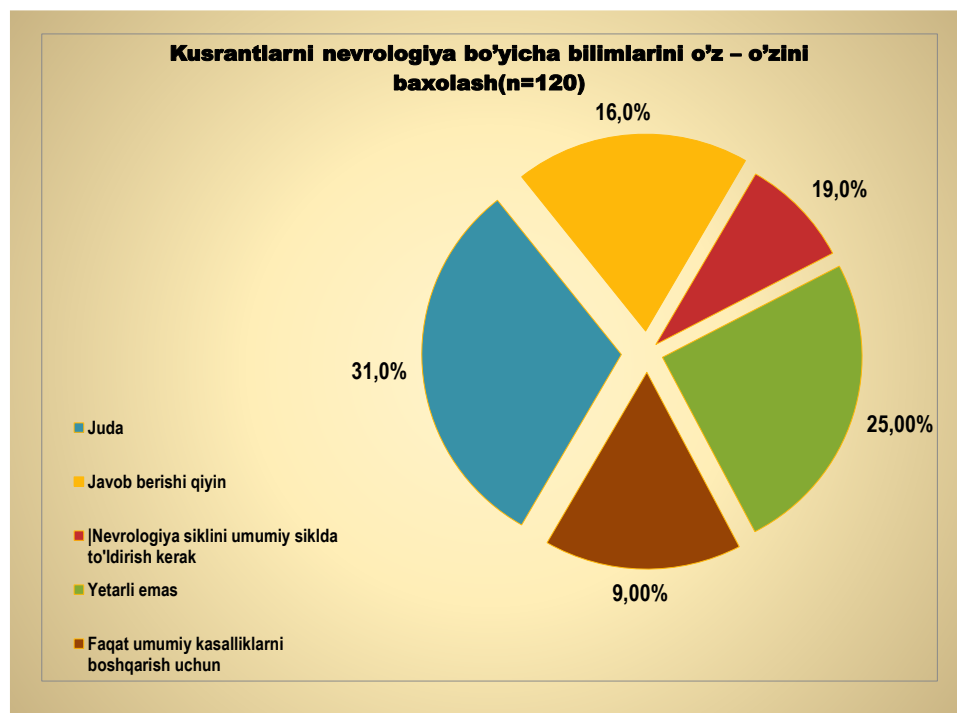
6	onma dan keyingi holatlar	6	10,0
7	vegetativ-qon tomir distoni	18	15,0
8	servikal va bel umurtqalarining osteoxondrozi	39	27,5

Yuqoridagi ma'lumotlardan ko'rinib turibdiki, kattalarda bachadon bo'yni umurtqalarining osteoxondrozi aniqlash chastotasi bo'yicha birinchi o'rinda turadi, ikkinchi o'rinda aqeto-cocudictuning qon tomir distonii, uchinchi o'rinda sirkulyatsion ensefalopatiya.

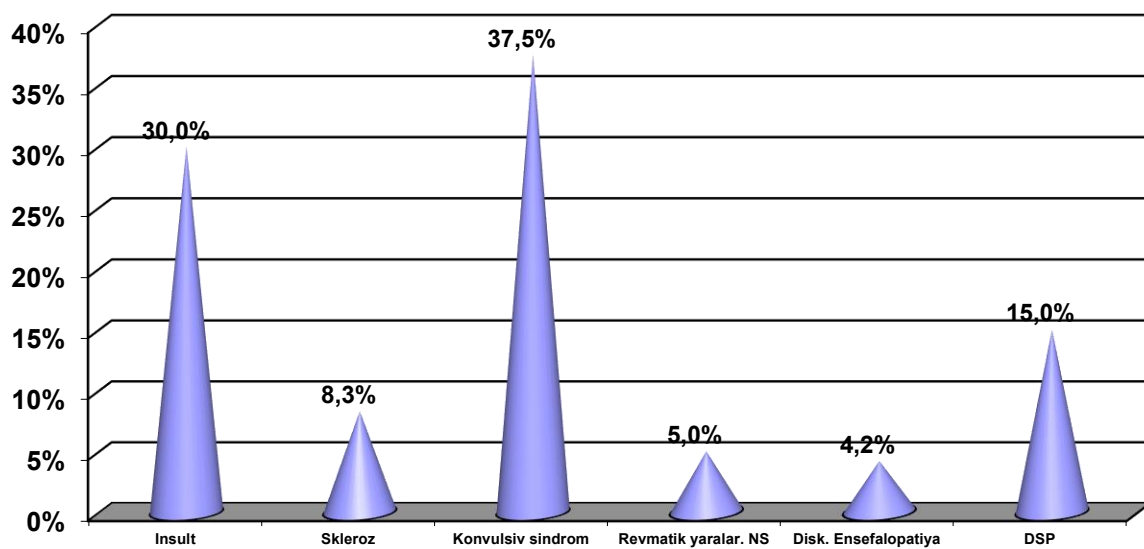
VOP o'quv kurslarida o'qiyotgan shifokorlar o'qish davrida nevrologiya kursidan olingan bilimlardan qoniqishmaydi. So'rovda qatnashganlarning atigi 31,0 foizi nevrologiya bo'yicha bilimlaridan qoniqishadi (rasm. 4.1).



Shakl: 4.1. Kursantlarning nevrologiya bo'yicha bilimlarini o'z-o'zini baholash (n=120)



Umumiy amaliyot shifokorlari o'tkir miya qon aylanishining buzilishi (30,0%), PNMC (8,3%), konvulsiv sindromlar (37,5%), og'ir nevrit (15%) kabi kasalliklarni boshqarish bo'yicha bilim va ko'nikmalarning etishmasligini his qilishadi (rasm). 4.2).

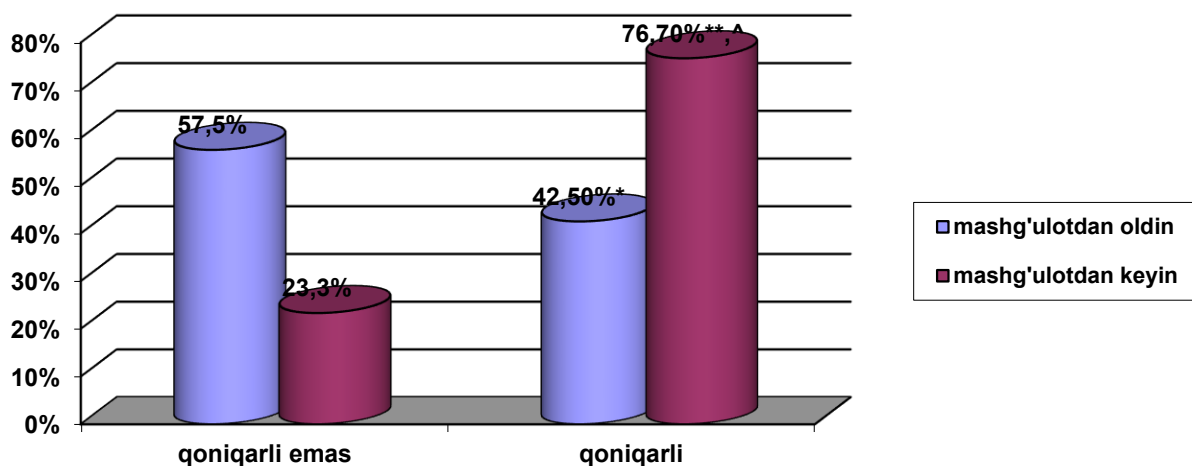


Shakl: 4.2. Ba'zi nevrologik kasalliklarni davolashda qiyinchilik (kursantlar so'roviga ko'ra) (n=120)

KURSANTLAR SO'ROVIGA KO'RA, UMUMIY AMALIYOT SHIFOKORLARINING AYRIM NEVROLOGIK KASALLIKLARNI DAVOLASHDAGI QIYINCHILIKLARI (N=120)



So'rov shuni ko'rsatdiki, agar o'qitishdan oldinmen не удовлетворительный результат получили 69 (57,5%) VOP, qoniqarliiy - 51 (42,5%), to ni qoniqtirmagan bo'lsam, o'qitishdan keyin so'rovnoma savollariga qoniqarli javob bermadim - 28 (23,3%), qoniqarli – 92 VOP (76,7%) (rasm).4.3).



Izoh: * - qoniqarli bo'lmagan javoblar bilan taqqoslaganda ishonchli (*- $P < 0.05$; ** - $p < 0.001$);
 ^ - o'qitishdan oldin umumiy amaliyot shifokorlari bilan taqqoslaganda ishonchli (^- $P < 0.001$).

10 oylik kurslarda o'qishdan oldin va keyin kursantlarni so'roq qilish natijalari (n=120)

Qo'llanilayotgan bilimlarning samaradorligi treningdan so'ng biz qishloq aholisini so'roq qilish orqali tahlil qildik va quyidagi natijalarga erishdik. Qishloq aholisining Voplarni tayyorlashdan qoniqishi ularning tayyorgarligidan so'ng oshdi, bemorlarning murojaatlari va ishonch darajasi o'qimagan shifokorlarga nisbatan oshdi (jadval.5.5).

Jadval 4.5.5

SVP umumiy amaliyot shifokorlari tomonidan bemorlarning qoniqishini baholash

VOP guruhi	bemorlar qoniqishadi		bemorlar	
	ABS tomonidan qoniqishm aydi.	%	ABS.	%
Gacha trening	232	43,0±1,8	342	63,3±2,1*
keyin trening	308	57,0±2,1^	198	36,7±2,1*,^

Izoh: * - bemorlarning shifokorlarga murojaat qilishiga nisbatan ishonchli (*- $p < 0.001$). ^ - bilan

taqqoslaganda ishonchli umumiy amaliyot shifokorlari o'qitishdan oldin ($\wedge$ - $P < 0.001$).

Amaliy ish tajribasiga ega bo'lgan wop saytlarida aholining "tez yordam" xizmatlariga bo'lgan ehtiyoji o'n baravar kamaydi, bu oilaviy shifokor faoliyatining iqtisodiy samaradorligini ko'rsatadi.

Взведен анализ оценки населением уровня качества umumiy tibbiy amaliyot doirasida yordam ko'rsatgan shifokorlar tomonidan aholining tibbiy yordam ko'rsatish sifati darajasini baholashni tahlilqildik.

Ko'pgina bemorlar VOP ishini ijobiy baholaydilar БОП. 10,0% hollarda bemorlar БОП терапеVOP terapiyasini vtom, 34,0% pediater deb hisoblashgan va bemorlarning 56,0% БОПVOPNI ko'plab kasalliklar bo'yicha mutaxassis sifatida baholagan, bu shuni ko'rsatadiki, aholi VOPNIko'p tarmoqli x mutaxassisi sifatida etarliov, разбирающихdarajada qabul qiladi.

Bob bo'yicha xulosa

Shunday qilib, faoliyati bizning tadqiqotimiz mavzusi bo'lgan umumiy amaliyot shifokorlarisоществляют эффективную помощь населению при неврологик kasalliklar, jarrohlik, ginekologik va oftalmik patologiyaning ayrim turlari, teri kasalliklari va teri osti yog ' to'qimalari uchun aholiga samarali yordam ko'rsatadilar.

"Salomatlik-1" va "Salomatlik-2" dasturlari bo'yicha 10 oylik kurslarda o'qish zarurligini maqsadga muvofiq deb hisoblaymiz. Buni bemorlarning kamroq sonitasdiqlaydi, menemtor mutaxassislarga maslahat berish uchun murojaatqildim. Nevrologik bemorlarning diagnostikasi yaxshilandi va olingan bilimlar dalillarga asoslangan tibbiyot va davolash standartlariga muvofiq gopni samarali davolashga imkon beradi.

Xulosalar

1. Aholining 83 foizi SVPGA borishi aniqlandi, shundan 2/3 qismi (65,1 foizi,) kasallik haqida, atigi 20 foizi esa dispanserizatsiya haqida. Profildagi barcha kasalliklar orasida eng ko'p nevrologik kasalliklar bo'lib, ular $22,40 \pm 0,26\%$ ni tashkil qiladi. Nevrologik alomatlar orasida SVPGA murojaat qilgan bemorlarda bel og'rig'i, uyqu buzilishi va bosh og'rig'i shikoyatlari eng ko'p uchraydi. Keyinchalik jiddiy nevrologik muammolar, masalan, konvulsiv holatlar, xotira buzilishi, dispanserda ro'yxatdan o'tgan bemorlarda aniqlanadi.

2.Olingan ma'lumotlarni tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, nevrologik kasalliklarga murojaat qilgan bemorlarning hammasi ham tegishli e'tiborga ega emas. Bemorlarning 29,3 foizi "D" hisobida bo'lgan, reabilitatsiyani chuqur tahlil qilishda esapeабилитации, doimiy kuzatuvga muhtoj bo'lganlarning 27,6 foizi "D" hisobida qayd etilmaganligi aniqlangan.

3.VOP nevrologik bemorlar bilan ishlashda 47,4% hollarda o'z-o'zidan terapevtik va diagnostik yordam ko'rsatiladi va 52,6% kasallikning murakkab kechishi holatlarida, shuningdek asab tizimining organik kasalliklari bo'lgan bemorlarga mutaxassisga yuboriladi.

4.SVPDA tibbiy yordam olgan nevrologik bemorlarni ham, SVP shifokorlarini ham so'roq qilish va so'roq qilish natijalari shuni ko'rsatadiki, 25,0% hollarda bu yordam etarli emas va samarali emas. Buning sabablaridan biri nevrologiya sohasida kasbiy ta'limning etarli emasligi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI

1. Agranovskiy M. L., Madixanov N. A. nevrologik amaliyotda depressiyani davolash // nevrologiya. -2018.№ 3. 209-sahifa.
2. Azimova yu. E., Tabeeva G. R. depressiya va uning somatik namoyon bo'lishi // davolash. shifokor.-2019.№9.22 26-sahifa.
3. Akarachkova E. S. surunkali stress va kasbiy moslashuvning buzilishi / / uning nomidagi nevrologiya va psixiatriya jurnali.S. S. Korsakov Tomonidan.- 2015.-№ 5.56 59-sahifa.
4. Akarachkova E. S., Drobijev M. yu., Vorobyeva O. V. nevrologiyada o'ziga xos bo'lmagan og'riq va depressiya // jurn. nevrol. - qaniydi? va psixiatriya.Korsakov tomonidan.- 2018. №12.24-29-betlar.
5. Birlamchi tibbiy-sanitariya va ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam / / sog'liqni saqlash iqtisodiyoti. 2017.№12 .5-12 betlar .
6. Alekseev V. V. o'tkir og'riq sindromlarini davolash / / Consilium medicum. 2014.-№ 2.27-30-sahifalar.
7. Anisimova A. V., Kolesnikova T. I., Anisimov K. V., Jukotskiy K. V. arterial serebrovaskulyar etishmovchilikning rivojlanish xususiyatlari // Ural tibbiyot jurnali, 2017.-№ 2.12-18 betlar.
8. Apanel E. N., Mastikin A. S. qon tomiridan keyin buzilgan funktsiyalarni tiklash asoslari // Minsk. Texnoprint. 2015. 166-sahifa.
9. Arabchikov K. N. xususiy sog'liqni saqlash tizimi korxonalarining raqobatbardoshligini shakllantirish / / Sog'liqni saqlash menejeri. 2011. № 4 . 464-467-betlar.
10. Ahmedov O. T., Xolmirzayev P. X., Anvarov A. A. o'tkir miya qon aylanishining buzilishi bilan kasallanishning tuzilishi / / nevrologiya. 2016. №4. 33-34-sahifalar.
11. Badalyan O. L., Fadeyeva O. A., Spirin N. N., Stepanov I. O., Shipova E. G. ko'p skleroz va surunkali borrelioz ensefalomiyelitning differensial-diagnostik jihatlar / / N.S. S. Korsakova, 2017 Yil.-№ 7.8 12-

sahifa.

12. Baturin V. A., Barabash S. V., Rudenko S. N. epilepsiya davolash standartlarini takomillashtirish / / sog'liqni saqlashda standartlashtirish muammolari. 2017.-№ 9.3 5-sahifa.

13. Batysheva T. T. ixtisoslashtirilgan reabilitatsiya davolash poliklinikasi sharoitida asab tizimi kasalliklari bo'lgan bemorlarni reabilitatsiya qilish // tibbiy yordam .-2018 .- №6 . 22-24 betlar .

14. Batisheva T. T., Kostenko E. V. Moskva ambulatoriya nevrologik xizmatining tuman nevrologik bo'limlarida klinik neyropsixologiya xonalari ishini tashkil etish tajribasi / / jurn. nevrol. - qaniydi? va psixiatriya.Korsakov tomonidan. 2018.-№2.55 59-sahifa.

15. Belova A. N., Sokolova I. A., Shaxov B. E., Zaxarova E. M. magnit-rezonans tomografiya ma'lumotlariga ko'ra ko'p sklerozning diagnostik mezonlari / / Nevrologik jurnal. 20119-№ 1.47 54-sahifa.

16. Belova L. A. surunkali miya ishemiyasida venoz miya diskirkulyatsiyasi: klinika, diagnostika, davolash// N. V. M. Bexterev Tomonidan Yaratilgan . 2018 . 42-jild, 2-son. 62-67-betlar

17. Boyko A. N., Odinak M. M., Bisaga G. N., Popova N. F., Melnik yu.B. kortikosteroidlardan foydalanmasdan ko'p sklerozning kuchayishini davolash imkoniyatlari: metabolik va antioksidant terapiyaning roli // N.S. S. Korsakova, 2016 Yil.-№ 2.44-48-sahifalar.

18. Bugrova S. G. i-II bosqich dissirkulyatsion ensefalopatiyada kognitiv buzilishlar (neyropsikologik tadqiqotlar natijalari) // klinik nevrologiya. 2018.-№2.23-26 betlar.

19. V. A. byvaltsev, E. A. Xoklova, E. V. Sereda O'chokli klinik jihatlar / / klinik nevrologiya.- 2017.-№1.10-12-sahifalar.

20. Vlasov P. N. epileptologiyaning zamonaviy jihatlar: 2001 yil uchun "Epilepsia" jurnali materiallari bo'yicha sharh // Nevrologik jurnal . — 2016 . 7-jild, 5-son .59-63 betlar..

21. Vlasov P. N. poliklinikada kattalardagi epilepsiya diagnostikasi va davolash algoritmlari //Pharmateka.2018.-№ 7.96-104-sahifalar.
22. Vlasova I. V., Vizilo T. L., Tsyurupa V. N., Odintseva O. V. bronxial astma bilan og'rigan bemorlarda neyrofiziologik va neyropsikologik xususiyatlar // ultratovush va funktsional diagnostika. 2015.-№ 6.118 124-sahifa.
23. JSST; UNICEF, bolalar va o'smirlarning salomatligi va rivojlanishi // MDH mamlakatlari ishtirokidagi ilmiy amaliy konferensiya "O'zbekistonda ona va bola salomatligini muhofaza qilishning Milliy modeli".Toshkent shahri.2018 yil 122-125-betlar.
24. Voznesenskaya T. G. hissiy stress va uning oqibatlarining oldini olish //Intern. Asal.jurn. - qaniydi?2017.№2.135-140-betlar.
25. Volnuxin A. V., Cherniyenko E. I., Gerasimova I. G. umumiy tibbiy amaliyot (oilaviy tibbiyot) markazi sharoitida statsionar o'rnini bosuvchi texnologiyalar / / sog'liqni saqlashni boshqarish muammolari. 2019 . № 1 . 37-40 betlar .
26. Voloshin P. V., Malaxov V. A. miya ishemik insulti bo'lgan bemorlarda endotelial disfunktsiya: jinsi, yoshi, kasallikning og'irligi, dori-darmonlarni tuzatishning yangi imkoniyatlari //Interdunar. jurnal nevrologiya. -2017.-№2.15-20-sahifalar.
27. Gafurov B. G. respublikada nevrologik xizmatni rivojlantirish muammolari va istiqbollari //nevrologiya.-2017.-№4.22 24-sahifa.
28. Gafurov B. G. aholi salomatligini muhofaza qilish tizimida klinik nevrologiya va nevrologik ta'limning roli //nevrologiya.-2018.-№3-4.7 9-sahifa.
29. Gafurov B. G. o'tkir miya qon tomirini davolashning zamonaviy tamoyillari / / nevrologiya.-2018.-№3-4.50-51-betlar.
30. Gafurov B. G. umumiy tibbiy amaliyotda epilepsiya va konvulsiv sindromlar//nevrologiya.-2022.-№2.33-34-sahifalar.

31. Gafurov B. G., Alikulova N. A. umumiy tibbiy amaliyotda vertigo sindromi // nevrologiya.-2021.-№1.47 51-sahifa.
32. Gafurov B. G., Gafurov Sh.B. nevrologik amaliyotda kognitiv buzilishlarni tashxislash va davolash masalalari //nevrologiya.-2021.-№3-4.-C.93-94.
33. Gafurov B. G. respublikada nevrologik xizmatni rivojlantirish istiqbollari va muammolari //nevrologiya.- Toshkent,2020 yil.-№2.25-28 betlar.
34. Gecht A. B., Melikian E. epilepsiya bilan og'rigan keksa bemorlarning hayot sifati // Nevrologik jurnal, 2022.-№ 2.54 57-sahifa.
35. Godspi P. T. klinikaning patogenezing zamonaviy xususiyatlari, serebrovaskulyar kasalliklarni davolash va oldini olish // poliklinika .2021 .№4 .119-123 betlar.
36. Gromov S. A. epilepsiya bilan og'rigan bemorlarni reabilitatsiya qilishning zamonaviy jihatlari / / N.S. S. Korsakova, 2016 Yil.-№8.14-18 betlar.
37. Guseva, N. K., Sokolov V. A., Dyutova M. V. Rossiya Federatsiyasi va Nijniy Novgorod viloyatida bemorlar va nogironlarni reabilitatsiya qilishni tashkil etishning hozirgi holati // tibbiy-ijtimoiy ekspertiza va reabilitatsiya.- 2018. № 1. 9-12 betlar .
38. Getmanchuk A. P., Pavlovskiy A. yu., Kudrina V. G. "Rossiya temir yo'llari" OAJ idoraviy nodavlat muassasalarida davolash-diaagnostika jarayonini optimallashtirish // sog'liqni saqlashni boshqarish muammolari. — 2017 . № 5 .33-36 betlar .
39. Danenkov A. S., Danenkova N. A. kunduzgi shifoxona samaradorligini oshirish to'g'risida / / sog'liqni saqlash. 2014.№ 5. 37-39 betlar
40. Danabedian A. A., JSST. Sog'liqni saqlash tizimini isloh qilish bo'yicha davlat dasturi // sog'liqni saqlashda standartlashtirish

muammolari. Sifat menejmenti. -2016. №6.52 57-sahifa.

41. Danilov A. B., Podymova I. G. noto'g'ri moslashuvlarning surunkali bosh og'rig'ining klinik ko'rinishi va prognoziga ta'siri // N.S. S. Korsakova, 2018 Yil.-№ 4.4 7-sahifa.

42. Danishevskiy K. D., Bobrik A. V., Oganov V. G. sog'liqni saqlash tizimini isloh qilish Davlat dasturi / / N.S. S. Korsakova, 2022 Yil.-№ 1.7 10-sahifa.

43. Demidenko T. D., Ermakova N. G. nevrologik amaliyotda reabilitatsiya asoslari. - Tome, 2020-197-Bet.

44. Denisov I. N., Cherniyenko E. I. sog'liqni saqlashning birlamchi bo'g'inini tashkil etishni takomillashtirish // umumiy amaliyot shifokori qo'llanmasi . 2018. № 11. 13-46 betlar .

45. Denisova E. V. miyaning surunkali qon tomir kasalliklarini tashxislash va davolashni standartlashtirish muammolari: ilmiy nashr // sog'liqni saqlashda standartlashtirish muammolari. Sifat menejmenti . — 2016. №7. 13-15 betlar .

46. Dzugayev A. K., Guseva S. L., Stukalov A. F., Kalininskaya A. L. kundalik kasalxonaning faoliyati va me'yoriy-huquqiy bazasi xususiyatlari// Rossiya tibbiyot jurnali.- 2014.-№ 4.7 11-sahifa.

47. Drapkina O. M. miya qon tomirlari: terapevtik derazadan qarash / / Consilium medicum. 2016.-№ 10.119 122-sahifa.

48. Yegorova I. A., Buchnov V. V. orqa miya kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni davolash samaradorligi mezoni sifatida hayot sifatining ko'rsatkichi / / restorativ tibbiyot Byulleteni. Moskva shahri.- 2019.- №3.- C.42–46.

49. Yelmanova T. V. umumiy amaliyot shifokori tomonidan birlamchi tibbiy yordam ko'rsatishning yangi yondashuvlari / / umumiy amaliyot shifokori qo'llanmasi. 2019.- № 8 . 7-9-betlar.

50. Efankina O. N. kunduzgi shifoxona asosida bemorlarga tibbiy-

profilaktika yordamini tashkil etish // ijtimoiy gigiena muammolari va tibbiyot tarixi.2016.-№1.43-44-sahifalar.

51. Jo'ravleva E. yu., Kostenko E. V., Nesterova O. V., Ismoilov A. M., Batisheva T. T., Ganjula P. A., Otechnaya T. V., rotor L. N. neyropatik og'riq sindromlarini kompleks davolashda Trileptaldan foydalanish tajribasi // Consilium medicum, 2018.-№ 2.63-67-betlar.

52. Jo'ravleva T. A., Shemetova G. N. oilaviy tibbiyot bo'yicha mutaxassislarni tayyorlash / / ijtimoiy gigiena muammolari va tibbiyot tarixi, 2014.-№ 3.26-28-sahifalar

53. Zavalishin I. A., Alekseeva N. S., Peresedova A. V., Gulevskaya T. S., Stoyda N. I., Arzumanyan N. Sh., Bryuxov V. V., Guryanova O. E., Eliseeva D. D. ko'p sklerozni tashxislash va davolash //nevrologiya va psixiatriya jurnali.S. S. Korsakova, 2016 Yil.№ 6.89-96 betlar.

55. Zaripov S. Z., Pulatova D. Sh. oilaviy shifokor ambulatoriyasida umumiy amaliyot shifokorlariga tibbiy-sanitariya yordamini ko'rsatishda sifat ko'rsatkichlarini yaratish tajribasi / / "oilaviy tibbiyot va inson salomatligi"xalqaro ishtirokida milliy ilmiy-amaliy konferentsiya materiallari. Dushanbe, 2015 yil. 56-58 betlar.

54. Zaxarov V. V., Lokshina A. B. diskirkulyatsion ensefalopatiyada kognitiv buzilishlar / / rus tibbiyot jurnali. 2019.-№ 20.-C.1325-1329.

55. Silber A. P., Spasova A. P. ko'p tarmoqli kasalxonada surunkali og'riq sindromlarini davolash: printsiplar, usullar, // intensiv terapiya Byulleteni.2018.-№ 3.61-64-betlar.

56. Zavilishin I. A., Alekseyeva N. S. Peresedova A. V. ko'p sklerozni tashxislash va davolash / / N.S. S. Korsakov Tomonidan.- 2016.-№6.86 89-sahifa.

57. Ivanova G. E., Shklovskiy V. M., Petrova E. A. qon tomirlari

bilan og'rigan bemorlarni erta reabilitatsiya qilishni tashkil etish tamoyillari // hayot sifati tibbiyoti .-2016.-№2.62-70-sahifalar.

58. Izzati-Zade K. F., Shutov A. A. O'chokli-periferik qon trombotsitlari kasalligi / / Interdunar.nevrolog.jurn. - qaniydi?-2017.-№2.63-68-betlar.

59. Izumova G. A., izumov L. P. miya qon tomir kasalliklari klinikasida vestibulyar kasalliklarning tizimli tahlili //nevrologiya.-2018.-№2.12-14-sahifalar.

60. Ilxamov F. A. O'zbekiston dinamikasida sog'liqni saqlash tizimi. Sog'liqni saqlash tizimi bo'yicha Evropa sharhi.// Ko'rsatmalar.2014.Toshkent shahri. 35s.

61. Kadikov A. S., Shahparonova N. V. miyaning surunkali qon tomir kasalliklarini davolash va oldini olish // Consilium medicum 2015 . 7-jild, 2-son . 147-152-sahifalar .

62. Kadikov A. S., Busheneva S. N. surunkali kundalik bosh og'rig'ini tashxislash va davolashning asosiy yondashuvlari // Rossiya tibbiyot jurnali, 2014.-№ 22.125-125-sahifalar.

63. Kamchatnov P. R., Salnikova G. S. serebrovaskulyar patologiyasi bo'lgan bemorlarda kompleks metabolik terapiya / / poliklinika shifokorining qo'llanmasi.2016 .№2 .17-21-betlar.

64. Kamchatnov P. R., Zaytsev K. A., Denisov D. B. surunkali serebrovaskulyar kasalliklar: neyrotrofik terapiya imkoniyatlari // Consilium medicum, 2015.-№ 9.11-14 betlar.

65. Karimov Sh. I. aholida tibbiy yordamning asosiy turlariga ehtiyoj / / O'zbekiston tibbiyot jurnali. Toshkent,2016 yil.-№2. 9-11 betlar.

66. Kuznetsova E. A., Yakupov E. Z., Volkova L. I. nevrologik kasalliklar epidemiologiyasi / / poliklinika shifokori qo'llanmasi, 2017.-№ 3.11-16 betlar.

67. Kashulina A. P. stress va zamonaviy tibbiyot haqidagi ta'limot /

/ tibbiyot va hayot sifati, 2017.-№ 2.6 8-sahifa.

68. Koreshkina I. M. baklosan baklofen bel og'rig'ini davolashda: bravo ko'p markazli tadqiqot natijalari // N. S. S. Korsakov Tomonidan.- 2017. 109-jild, 8-son. 68-69 betlar.

69. Kotova O. V. ko'krak qafasidagi og'riqning Nevrologik sabablari // yangi dorixona. 2018.-№ 10.74-76-sahifalar.

70. Kotova O. V. asab tizimining keng tarqalgan kasalliklari // yangi dorixona.- 2016.-№ 9(1).8 11-sahifa.

71. Kukushkin M. L. og'riq sindromlarining patofiziologik mexanizmlari // Mej.nevr. - qaniydi?jurnal 2016 yil.-№ 1.5 12-sahifa.

72. Kukushkin M. L. neyrogen neyropatik og'riq // Intern. nevrol. - qaniydi? jurn. - qaniydi?-2017.-№2.-C.141-145.

73. Lohmatkina N. V. umumiy tibbiyotda miya qon aylanishining o'tkir kasalliklari // Rossiya oilaviy shifokori, 2018.-№2.19-29 betlar.

74. Lucik A. A., Kolotov E. B. diskogen og'riqlar va spondiloartroz refleks sindromlarining kombinatsiyasi (diagnostika va davolash) // Nevrologik jurnal. 2019.-№ 3.26-28 betlar.

75. Majidov N. M., Troshin V. G. profilaktik Nevrologiyaning zamonaviy tushunchalari // nevrologiya.-2021.-№4.12-14-sahifalar.

76. Markin S. P. orqa miya og'rig'i muammosining zamonaviy ko'rinishi // Rossiya tibbiyot jurnali, 2022.-№ 11.794-797-sahifalar.

77. Markov D. V., Efendiyeva M. T. nevrologik bemorlarni davolash va rehabilitatsiya qilishda yangi tibbiy texnologiyalar //Sog'liqni saqlash, 2011.-№ 2.173-175-sahifalar.

78. Maxkamov Sh. J., Umarov A. K., Muradov J. M. lomber radikulopatiyaning nevrotik belgilarining diagnostik qiymati // nevrologiya. - 2018.-№2.S.-9-11.

79. Medvedeva L. A., Gnezdilov A. V., Zagorulko O. I., Avakyan G. N. bosh og'rig'ining har xil turlarini davolash samaradorligini oshirish

imkoniyatlari // N.S. S. Korsakova, 2019 Yil.-№ 5.87 89-sahifa.

80. Mezentsev E. V. birlamchi tibbiy yordamni isloh qilish yo'nalishlari va shakllari // umumiy amaliyot shifokori qo'llanmasi 2018.№ 11 . 65-80-betlar.

81. Merkulova D. M. surunkali og'riq mustaqil kasallik sifatida // yangi dorixona. 2019.-№ 10.76-77-sahifalar.

82. P. R. menlikulov O'zbekiston Respublikasi davlat sog'liqni saqlash tizimida birlamchi tibbiy - sanitariya yordamining roli va o'rni // Avtoreferat –Toshkent, 2018. 32S.

83. Milovanova O. A. umumiy konvulsiv bo'lmagan tutilishlar patofiziologiyasining ba'zi jihatlari // klinik nevrologiya, 2017.-№2.33-37-betlar.

84. Minkin G. V., Saprikin A. G. umumiy amaliyot shifokorlari ambulatoriyasi ishini optimallashtirish yo'llari // davolovchi shifokor. 2019.-№ 1.51-52-sahifalar.

85. Mirjurayev E. M., Klevleyeva L. A. miya qon tomirlari tufayli birlamchi nogironlik ko'rsatkichlari // nevrologiya.-2018.-№1.2 4-sahifa.

86. Mirzoyeva Z. A. oilaviy shifokorlarni tayyorlash-oilaviy tibbiyotning rivojlanish bosqichlaridan biri sifatida // "Qirg'izistonda uzluksiz tibbiy ta'limning dolzarb muammolari"xalqaro ilmiy-amaliy konferentsiyasi materiallari. Bishkek, 2017 yil. 328-331-betlar.

87. Mirzoyeva Z. A. tuman terapevti va umumiy amaliyot shifokori ishini qiyosiy baholash // Tojikiston Sog'liqni saqlash. Dushanbe.- 2015-№4. 11-13 betlar.

88. Morozova O. G. O'chokli va vestibulyar disfunktsiya // Interdunar. nevrol. - qaniydi? jurn. - qaniydi? - 2017. - №2. 146-150-sahifalar.

89. Murzaliyev A. M., Toqtomushev Ch. t. 2016-2017 yillarda Bishkekda miya qon tomirlari epidemiologiyasi registr ma'lumotlariga

ko'ra // nevrologiya.-2008.-№3-4. 70-sahifa.

90. Muhamedjanov N. Z. hozirgi bosqichda O'zbekistonda nogironlarni tibbiy-ijtimoiy reabilitatsiya qilishning asosiy masalalari // tibbiy-ijtimoiy ekspertiza va reabilitatsiya . 2014. №2 . 40-42 betlar .

91. Nazirov F. G., G'afurov B. G. O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash tizimida nevrologik xizmatning o'rni //nevrologiya.-2021.-№4.10-12-sahifalar.

92. Nikitin S. S., Artemenko A. R., Kurenkov A. L. surunkali migrenni davolash / / N.S. S. Korsakov Tomonidan. 2021.-№ 5.85 89-sahifa.

93. Nikitin yu. m. klinik amaliyotda miyaning qon tomir tizimining shikastlanishlarini tashxislashning zamonaviy usullari / / qon aylanishining klinik fiziologiyasi . 2022.№3.68-72 betlar.

94. Nurov X. E. umumiy amaliyot shifokori ishini tashkil etish va uning asosiy funktsiyalari //usul. nafaqa.Toshkent shahri.- 2021.-37 s.

95. Pavlenko S. S. umumiy tibbiy amaliyotda Bosh og'rig'i (ma'ruza) // nevrologiya jurnal.- 2017. -№ 8.- S56-59.

96. Panteleeva E. V., Rumyantseva I. V., Cheremniy T. V., Trubnikova K. E., Jitomirskaya M. L. epilepsiya va arterial gipertenziya bilan og'rig'an bemorlarda serebrovaskulyar kasalliklarni tahlil qilish //tibbiy diagnostika. Boshqaruv va sifat, 2019.-№ 1.34 34-sahifa.

97. Parfenov V. A. bel og'rig'i uchun tashxis va davolash / / Rossiya tibbiyot jurnali, 2016.-N 2.115-119-sahifalar

98. Podchufarova, E. V. surunkali bel og'rig'i bo'lgan bemorlarda nogironlikni shakllantirishda og'riq xatti-harakatlarining roli // Rossiya tibbiyot jurnali. 2021. № 3. 11-18-betlar.

99. Poluektov M. G., Rusakova I. M., Levin ya. i. nevrologik statsionar bemorlarda uyqu buzilishining tarqalishini baholash / / jurn. nevrol. - qaniydi? va psixiatriya. - 2022. - №4. 24-29 betlar.

100. Popov S. N., Nayef A. M., Shapiro D. M. orqa miya travmatik kasalligining kech davrida nogironlarni sanogenetik faolligini rag'batlantirish sharoitida jismoniy reabilitatsiya qilish // fizioterapiya mashqlari va massaj. 2020. №8. 30-34 betlar.

101. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining 2000 yil 28 oktyabrdagi 514-son "(shahar) vrachlik punkti faoliyatini tashkil etish to'g'risida" gi buyrug'i

102. Pronin I. N., Belyaeva I. A., Boyko A. N., Korniyenko V. N., Gusev E. I. Ko'p sklerozda magnit-rezonans tomografiyaning diagnostik va prognostik imkoniyatlari / / Journal of Neuroscience . — 2017 . №2 maxsus nashr. 18-24 betlar.

103. Puzin M. N., Buxarov ya.M., Golubev M. V., Gendugova A. M. surunkali serebrovaskulyar etishmovchilikning dastlabki shakllarida psixo-emotsional tuzatish samaradorligini bashorat qiluvchilar // restorativ tibbiyot Byulleteni. 2018.-№ 6. - C.36-38.

104. Putilina M. V. miya qon tomirlari bo'lgan keksa bemorlarda xavf omillari, klinik kurs xususiyatlari va terapiyaga yondashuvlar // nevrologiya va psixiatriya jurnali. S. S. Korsakova, 2016 Yil.-№ 5.90-95-sahifalar.

105. Rasulev T. B. Qashqadaryo viloyatining shahar va qishloq joylarida miya qon tomirlarining klinik tuzilishi //nevrologiya.-2018.-№3-4. 73-74-sahifalar.

106. Reshetova T. V. umumiy tibbiy amaliyotda avtonom asab tizimining buzilishi va ularni davolash //davolash.shifokor. -2018. -№4. 25-29 betlar.

107. Rudakova I. G., Morozova O. S., Kotov A. S. epilepsiya bilan og'rigan bemorlarda sog'liq bilan bog'liq hayot sifatini umumiy baholashni kamaytiradigan omillar / / Nevrologik jurnal, 2017.-№ 1.10-14-sahifalar.

108. Ryakova E. O. oilaviy tibbiyotning tashkiliy asoslari:

rejalashtirish va amalga oshirish tajribasi: Muallif. kand. - qaniydi? asal.fanlar. Dushanbe, 2016 yil. 25 s.

109. Sagatov A. R. qon tomirlari, tashvish va kognitiv nuqsonlari bo'lgan bemorlarda tibbiy va mehnat ekspertizasi //nevrologiya.-2018.-№3-4. 76-77-sahifalar.

110. Salimova N. R., Xodjaev A. I., Shakirov M. R. arterial gipertenziya bilan og'rigan bemorlarda serebrovaskulyar hodisalarning oldini olishga zamonaviy yondashuvlar // nevrologiya. -2018. -№3. -C.231-232.

111. Sitel A. B. diskalgiya va dorsopatiyadagi Nevrologik kasalliklar // qo'lda terapiya, 2019.-№ 2.88-94-sahifalar.

112. Skvortsova V. I., Koncheva V. A., Petrova E. A. miya qon tomiridagi depressiya va paradepressiv kasalliklar: klinik baholash, diagnostika va tuzatish masalalari// jurn. nevrol. - qaniydi? va psixiatr.-2019.-№9.26 31-sahifa.

113. Skvortsova V. I., Chazova I. E., Staxovskaya L. V. ishemik insultning ikkilamchi profilaktikasi bo'yicha tavsiyalar / / poliklinika shifokorining qo'llanmasi . 2017 .№4 . 49-51 betlar .

114. Skvortsova V. I., Chazova I. E. qon tomirlarining birlamchi profilaktikasi // hayot sifati tibbiyoti.- 2017.-№2.72-77-sahifalar.

115. Skoromets A. A., Skoromets A. P., Skoromets T. A. asab kasalliklari: // darslik.nafaqa.-2017. 552 s.

116. Sokolova L. P., Shmyrev V. I. engil va o'rtacha (predemental) kognitiv kasalliklarda umumiy amaliyot shifokorining terapevtik harakatlari algoritmi //Pharmateka. 2018.-№11.67-74-sahifalar.

117. Solovyova E.yu. umumiy tibbiy amaliyotda aralash tashvish va depressiv buzilish // Sonsilium-medicum. 2019. № 2. 61-67 betlar.

118. 2004-2007 yillarda O'zbekiston Respublikasida sog'liqni saqlash muassasalari faoliyati to'g'risidagi statistik to'plam: Inform. Stat.sat.

// tahririda F. G. Nazirov.- T. 2018 yil. 301 s.

119. Staxovskaya L. V., Skvortsova V. I., Bodyxov M. K., Shexovtsova K. V., Rojkova T. I., TSurikova V. E. o'tkir serebrovaskulyar kasalliklari bo'lgan bemorlarni davolash uchun nevrologik va ixtisoslashtirilgan bo'limlarda insult bilan og'rigan bemorlarga tibbiy yordam ko'rsatish samaradorligini qiyosiy tahlil qilish //nevrologiya va psixiatriya jurnali. Qon tomir, 2019 yil.-№ 10.52 56-sahifa.

120. Tabeeva G. R., Azimova yu. E. O'chokli: profilaktik davolanishga e'tibor // poliklinika shifokori qo'llanmasi, 2018.-№ 88.55 58-sahifa.

121. Troshin V. D., Troshin V. V. neyropsixoprofilaktikaning zamonaviy muammolari // N.S. S. Korsakova, 2018 Yil.-№ 2.82 84-sahifa.

122. Filatova E. G., Dobrovolskaya L. E. insultdan keyingi depressiya patogenezi masalasiga // jurn. nevrol. - qaniydi? va psixiatriya.Korsakov tomonidan.- 2019.-№7.22 26-sahifa.

123. Fokin I. V. miyaning qon tomir kasalliklari: qon tomir turlari // tibbiyot dunyosi . -2019.-№1 .7-9 betlar.

124. Fokin V. F., Ponomareva N. V., Krotenkova M. V., Konovalov R. N., Tanashyan M. M., lagoda O. V. diskirkulyatsion ensefalopatiya bilan og'rigan bemorlarda mahalliy miya qon oqimi va miyaning sekin elektr faolligi xususiyatlarining o'zgarishi // Rossiya tibbiyot fanlari akademiyasining xabarnomasi.2022. №7. 42-45-betlar.

125. Frolova E. G. ko'p skleroz: namoyon bo'lishi, diagnostikasi, davolash // feldsher va akusherning qo'llanmasi. 2021.-№ 5.21-27-betlar.

126. Shaydullina L. I. nodavlat sog'liqni saqlash sektorining kasalxonadan tashqari tibbiyot muassasalarida tibbiy yordam sifatini boshqarish (qozon shahri misolida): Muallif. 2022. 24s.

127. Sharabchiyev yu. T., dudina T. V. xorijda birlamchi tibbiy-sanitariya yordamini ko'rsatishning tashkiliy-huquqiy jihatlar. Xabar 3 //

tibbiy yangiliklar.2021№ 1 . 31-40 betlar

128. Shernazarov F. H. umumiy amaliyot shifokorlari tomonidan qishloq aholisiga tibbiy yordamni optimallashtirish / / Referat. Toshkent shahri.- 2022. 21s.

129. Yaxno N. I., Vilenskiy B. S. qon tomir tibbiy va ijtimoiy muammo sifatida / / rus. Asal.jurn. - qaniydi?- 2022.-№12.807 815-sahifa.

130. Abe K. Therapeutic time window for ischemic stroke. Rinsho Shinkeigaku. 2022 Nov;51(11):1182-4.

131. Adams RJ, Albers G, Alberts MJ et al. Update to the AHA/ASA Recommendations for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack. //Stroke.- 2019.-Vol. 39.-P. 1647–52.

132. Bartsch T., Goadsby P. J. Investigators. Clopidogrel and aspirin versus aspirin alone for the prevention of atherothrombotic events. //N Engl J Med.- 2021.-Vol. 354 (16).-P. 1706–17.

133. Blackham KA, Meyers PM, Abruzzo TA, Alberquerque FC, Fiorella D, Fraser J, Frei D, Gandhi CD, Heck DV, Hirsch JA, Hsu DP, Jayaraman M, Narayanan S, Prestigiacomo C, Sunshine JL Endovascular therapy of acute ischemic stroke: report of the Standards of Practice Committee of the Society of NeuroInterventional Surgery.J Neurointerv Surg. 2018 Jan 24.

134. Brown I., Sheeran P., Reuber M. Enhancing antiepileptic drug adherence: A randomized controlled trial.//Epilepsy Behav.- 2018.-Vol.26. [Epub ahead of print]

135. Charles J, Valenti L, Miller G. GPs in teaching practices. Aust Fam Physician. 2017 Jan-Feb;41(1-2):13.

136. Crespel A, Velizarova R. Juvenile myoclonic epilepsy with recurrent myoclonic status: efficacy of valproate //Therapie. -2019 .- Vol.64(5).- P.321-3.

137. Dugoua J.-J., Mills E., Perri D. Safety and efficacy of St. John's

wort (hypericum) during pregnancy and lactation // Can J Clin Pharmacol.- 2016. -V. 13. - P. 268–276.

138. Faivre A, La Folie T, Dagain A, Doche E, Curet C, Wybrecht D, Bounolleau P, Alla P. An extended migraine.Rev Med Brux. 2015 Nov-Dec;32(6):533-5. French.

139. Feigin V.L., Lawes C.M., Bennett D.A. et al. Worldwide stroke incidence and early case fatality reported in 56 population-based studies: a systematic review. Lancet Neurol. - 2015. - P. 15-18.

140. Freeman WD, Barrett KM, Freeman ML Predictors of awakening from postanoxic status epilepticus after therapeutic hypothermia. //Neurology.- 2019.- Vol.3;73(18).-P.1512;

141. Geeganage CM, Diener HC, Algra A, Chen C, Topol EJ, Dengler R, Markus HS, Bath MW, Bath PM; Dual or Mono Antiplatelet Therapy for Patients With Acute Ischemic Stroke or Transient Ischemic Attack: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Stroke. 2021 Jan 26.

142. Ghosh S, Ahlawat A,An unusual cause of status epilepticus.//Indian J Crit Care Med. -2019 -Apr-Jun;13(2).-P.106-7.

143. González H.M., Tarraf W., Whitfield K., Gallo J.J. Vascular depression prevalence and epidemiology in the United States. J Psychiatr Res. 2012 Jan 23

144. Grisold W, Elkind MS.Teaching the next generation of neurologists.//Neurology.- 2019 -Nov 3;73(18).-P.1513.

145. Hammerness P., Basch E., Ulbright C. St. John's wort: a systematic review of adverse effects and drug interactions for the consultation psychiatrist // Psychosomatics. -2018. -V. 44. -P. 271–282.

146. Hara H. Fundamental theory and practice in stroke rehabilitation from acute stage to chronic stage. Rinsho Shinkeigaku. 2016 Nov;51(11):1059-62.

147. Hartings J, Strong AJ, Fabricius M Spreading Depolarizations and Late Secondary Insults after Traumatic Brain Injury.//J Neurotrauma.- 2019 .-Jun 9. [Epub ahead of print]
148. He J. et al. Elevated blood pressure and risk of cardiovascular disease.// Am. Heart J.2019 38: 211-221
149. Heiss WD, Brainin M, Bornstein NM, Tuomilehto J, Hong Z; Cerebrolysin in Patients With Acute Ischemic Stroke in Asia: Results of a Double-Blind, Placebo-Controlled Randomized Trial. Stroke. 2018 Jan 26.
150. Henriques S. G., Fraguas R., Iosifescu D. V. et al. Recognition of depressive symptoms by physicians // Clinics. -2019. -V. 64. -P. 629–635.
151. House A. Depression after stroke //BMJ.- 2021.-Vol.294.- N.6564.- P. 76-78.
152. Ito A, Goto T, Maekawa K, Baba T, Mishima Y, Ushijima K. Postoperative neurological complications and risk factors for pre-existing silent brain infarction in elderly patients undergoing coronary artery bypass grafting. J Anesth. 2021 Jan 26.
153. Johnston S.C., Mendis S., Mathers C.D. Global variation in stroke burden and mortality: estimates from monitoring, surveillance, and modelling. Lancet Neurol. 2024. - P. 56-59.
154. Kasper S., Anghelescu I.-G., Szegedi A., Dienel A. et al. Superior efficacy of St John's wort extract WS® 5570 compared to placebo in patients with major depression: a randomized, double-blind, placebo-controlled, multi-center trial // BMC Medicine.- 2016. -V. 4.- P. 14–27.
155. Katon W. J. Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness // Biol Psychiatry.- 2017.- V. 54.- P. 216–226.
156. Kowa H., Nakashima K. Clinical course and natural history in migraine. Rinsho Shinkeigaku. 2017 Nov;51(11):1147-9.

157. Lipton RB, Bigal ME, Amatniek JC, Stewart WF. Tools for diagnosing migraine and measuring its severity. *Headache*. 2016 May;44(5):387-98.
158. Lepine J.P. The epidemiology of anxiety disorders: prevalence and societal costs //J.Clin Psychiat .-2018.-Vol.63.-N.14.-P.4-8
159. Lett H. S., Davidson J., Blumenthal J. A. Nonpharmacologic treatments for depression in patients with coronary heart disease //Psychosomatic Medicine. 2015.- V. 67.- S.58–S.62.
160. Lincoln N.B., Majid M.J., Weyman N. Cognitive rehabilitation for attention deficits following stroke (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2018. Oxford: Update Software
161. Liptak GS, Murphy NA Providing a primary care medical home for children and youth with cerebral palsy. Council on Children With Disabilities. *Pediatrics*. 2018 Nov;128(5):e1321-9. Epub 2011 Oct 31. Review.
162. Lopez-Meraz ML, Wasterlain CG Vulnerability of Postnatal Hippocampal Neurons to Seizures Varies Regionally with their Maturational Stage.//Neurobiol Dis.- 2019 .- Oct 28.
163. Louw A, Diener I, Butler DS, Puente E. The effect of neuroscience education on pain, disability, anxiety, and stress in chronic musculoskeletal pain. *Arch Phys Med Rehabil*. 2021 Dec;92(12):2041-56.
164. Lundqvist C, Grande RB, Aaseth K, Russell MB. Dependence scores predict prognosis of medication overuse headache: a prospective cohort from the Akershus study of chronic headache. *Pain*. 2021 Jan 24.
165. Maizels M, McCarberg B. Antidepressants and antiepileptic drugs for chronic non-cancer pain. *Am Fam Physician* 2022; 71 (3): 483–90.
166. Martínez-Fernández R, Gelabert Status epilepticus with visual seizures in ketotic hyperglycemia.//Epilepsy Behav.- 2021 .- Oct 31.

167. Mello GA, Viana AL. Health Centers: science and ideology in the re-organization of public health in the twentieth century. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2021 Dec;18(4):1131-49.

168. Meyer S, Mechanisms of disease/hypothesis: neurogenic left ventricular dysfunction and neurogenic pulmonary oedema.//Wien Med Wochenschr. 2020.-Vol.159(13-14).-P.342-5.

169. Michaud C. M., Murray C. J., Bloom B. R. Burden of disease-implications for future research // *JAMA*.- 2020. -V. 285.- P. 535–539

170. MineevK.Cognitive impairment, brain lesions volume and activity and cytokine profile in multiple sclerosis patients. / K.K.. Mineyev, A.G.. Ilves, G..V.. Katayevaidr. //Multiple sclerosis. – 2021. – Vol.13, Suppl. 2. P 757

171. Miniati R, Dori F, Iadanza E, Scatizzi L, Niccolini F, Sarti A.A methodology aimed to guarantee technology continuity in health structures. *Conf Proc IEEE Eng Med Biol Soc*. 2021 Aug;2011:1213-6.

172. Morales-Gonzalez H.A., Blanco-Aspiaz M.A., Morales-Morales E.J. Definition and control of risk factor management in stroke survivors. *Rev Neurol*. 2022 Feb 1;54(3):192

173. Muresanu D.F. Neuroprotection and neuroplasticity - A holistic approach and future perspectives // *J of the Neurological Sciences*. 2021. - P. 38-43.

174. Murikinati S, Jüttler E, Keinert T, Activation of cannabinoid 2 receptors protects against cerebral ischemia by inhibiting neutrophil recruitment.//FASEB J.- 2022.- Nov 2. [Epub ahead of print]

175. Nordli DR, Moshé SL, Shinnar S.The role of EEG in febrile status epilepticus (FSE).//Brain Dev.- 2019.- Oct 26. [Epub ahead of print]

176. Ohayon M. M., Schatzberg A. F. Using chronic pain to predict depressive morbidity in the general population // *Arch Gen Psychiatry*.- 2018.- V. 60. -P. 39–47.

177. Petrella RJ, Shlyakhto E, Konradi AO, Berrou JP, Sedefdjian A, Pathak A Blood Pressure Responses to Hypertension Treatment and Trends in Cognitive Function in Patients With Initially Difficult-to-Treat Hypertension: A Retrospective Subgroup Analysis of the Observational Study on Cognitive Function and SBP Reduction (OSCAR) Study. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2022 Feb;14(2):78-84.

178. Petrov A.M. Cognitive impairment and cytokine profile in relapsing-remitting multiple sclerosis patients. / A. M. Petrov, E..V.. Ivashkova, A.G.. Ilves, K. K. Mineevide. // *International journal of Psychophysiology*. – 2018. - Vol. 69, №3. - P. 146.

179. Pfeffer M.A., Jarcho J.A. The charisma of subgroups and the subgroups of CHARISMA.// *N Engl J Med* .-2016.-Vol. 354.-P. 1744–6.

180. Potts JM.Noninvasive positive pressure ventilation: effect on mortality in acute cardiogenic pulmonary edema: a pragmatic meta-analysis.//*Pol Arch Med Wewn*. -2019 .-Vol.119(6).-P.349-53.

181. Prikryl R., Cerkova E. Neurological soft signs and their relationship to 1-year outcome in first-episode schizophrenia //*Eur psychiat*.-2018.-Vol.22.-N8.-P.499-5043

182. Raziel A, Schachter M, Friedler S Outcome of IVF pregnancies following severe OHSS.//*Reprod Biomed Online*. -2019.-Vol.19(1).-P.61-5.

183. Robinson R.G. Poststroke depression: prevalence, diagnosis, treatment and disease progression //*Biol.Psychiat*.-2018.-Vol.54.-P.376-387.

184. Rudisch B., Nemeroff C. B. Epidemiology of comorbid coronary artery disease and depression // *Biol Psychiatry*.- 2018. -V. 54.- P. 227–240.

185. Ryttefors M, Howells T, Neurointensive care is justified in elderly patients with severe subarachnoid hemorrhage-an outcome and secondary insults study.//*Acta Neurochir (Wien)*. -2019 Aug 26. [Epub ahead of print]

186. Serrano S., Domingo J., Rodriguez-Garcia E. et al. Frequency of cognitive impairment without dementia in patients with stroke: a two-year follow-up study. *Stroke* 2017;38:105—10
187. Stein M, Misselwitz B, Hamann GF, Scharbrodt W, Schummer DI, Oertel MF. Intracerebral Hemorrhage in the Very Old: Future Demographic Trends of an Aging Population. *Stroke*. 2017 Jan 26.
188. Veldhuijzen DS, Lenz FA, LaGraize SC, Greenspan JD. What Can Neuroimaging Tell Us about Central Pain?. *Translational Pain Research: From Mouse to Man*. Boca Raton, FL: CRC Press; 2019. Chapter 14.
189. Talati R, White CM, Coleman CI. Status epilepticus: a review of current pharmacologic treatments.//*Conn Med.*- 2018.-Vol.73(9).-P.525-8.
190. Tanaka K. Secondary prevention of ischemic stroke-Update. *Rinsho Shinkeigaku*. 2021 Nov;51(11):862
191. Tauskela JS, Brunette E.Neuroprotection against staurosporine by metalloporphyrins independent of antioxidant capability.//*Neurosci Lett*. -2019 Nov 27.-466(1).-P.41-6.

Mundarija

QISQARTMALAR RO'YXATI.....	4
kirish	5
nevrologik bemorlarni umumiy amaliyot shifokorlariga reabilitatsiya qilish va ularga ixtisoslashtirilgan yordam ko'rsatishni tashkil etish masalasining hozirgi holati.....	18
1.1 nevrologik bemorlarning umumiy amaliyot shifokorlariga murojaat qilish va qayta tiklashning nozologik tuzilishi	26
1.2. Nevrologik kasalliklarning oldini olishning zamonaviy usullari.....	29
2. SVPDA TIBBIY YORDAM UCHUN BEMORLARNI DAVOLASH VA REABILITATSIYA QILISHNING NOZOLOGIK TUZILISHINI TAHLIL QILISH.....	39
2.1. Bemorlarning SVPDA VOPGA tibbiy yordamga murojaat qilishlarini	39
2.1 10 oylik o'quv kursi programmasi tahlil qilish.....	40
2.1 SVPDAGI nevrologik bemorlarning holati va buxgalteriya tarkibi.....	42
2.2 SVPDA nevrologik aylanishning nozologik va sindromologik tuzilishi va bemorlarni reabilitatsiya qilish.....	46
3.SVP 52 DA NEVROLOGIK BEMORLARGA TIBBIY-DIAGNOSTIK YORDAM KO'RSATISH VA REABILITATSIYA QILISH SIFATI	52
3.1. SVPDA nevrologik bemor tomonidan o'tkaziladigan davolash- diagnostika tadbirlarini baholash.....	52
3.2. Bemorlarning mutaxassislariga qayta murojaat qilishlari va murojaat qilishlari	53
4. Keksa va keksa yoshdagi nevrologik bemorlarni reabilitatsiya	49

qilish.....

4.1 nevrologik profilli bemorlarning

54

Neyroreabilitatsiyasi 4.2 o'tkir miya kasalliklari bo'lgan bemorlarni reabilitatsiya qilishning" ideal " modeli

4.1.Umumiy amaliyot shifokorlarining asosiy va maxsus bilimlari darajasini

tahlil qilish..... 63

4.2. 10 oylik tematik kursni o'qitish bo'yicha diplom tayyorgarligidan keyingi

holat 64

ADABIYOTLAR RO'YXATI.....

101