



Tadqiqot.uz

ЎЗБЕКИСТОН ОЛИМЛАРИ ВА ЁШЛАРИНИНГ ИННОВАЦИОН ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТАДҚИҚОТЛАРИ МАВЗУСИДАГИ КОНФЕРЕНЦИЯ МАТЕРИАЛЛАРИ

2021

- » Ҳуқуқий тадқиқотлар
- » Фалсафа ва ҳаёт соҳасидаги қарашлар
- » Тарих саҳифаларидаги изланишлар
- » Социология ва политологиянинг жамиятимизда тутган ўрни
- » Иқтисодиётда инновацияларнинг тутган ўрни
- » Филология фанларини ривожлантириш йўлидаги тадқиқотлар
- » Педагогика ва психология соҳаларидаги инновациялар
- » Маданият ва санъат соҳаларини ривожланиши
- » Архитектура ва дизайн йўналиши ривожланиши
- » Техника ва технология соҳасидаги инновациялар
- » Физика-математика фанлари ютуқлари
- » Биомедицина ва амалиёт соҳасидаги илмий изланишлар
- » Кимё фанлари ютуқлари
- » Биология ва экология соҳасидаги инновациялар
- » Агропроцессинг ривожланиш йўналишлари
- » Геология-минерология соҳасидаги инновациялар



30 Sentyabr
№32

CONFERENCES.UZ

**"ЎЗБЕКИСТОНДА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТАДҚИҚОТЛАР"
МАВЗУСИДАГИ РЕСПУБЛИКА 32-КЎП ТАРМОҚЛИ
ИЛМИЙ МАСОФАВИЙ ОНЛАЙН КОНФЕРЕНЦИЯ
МАТЕРИАЛЛАРИ
18-ҚИСМ**

**МАТЕРИАЛЫ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ
32-МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ ДИСТАНЦИОННОЙ
ОНЛАЙН КОНФЕРЕНЦИИ НА ТЕМУ "НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В УЗБЕКИСТАНЕ"
ЧАСТЬ-18**

**MATERIALS OF THE REPUBLICAN
32-MULTIDISCIPLINARY ONLINE DISTANCE
CONFERENCE ON "SCIENTIFIC AND PRACTICAL
RESEARCH IN UZBEKISTAN"
PART-18**

ТОШКЕНТ-2021



УУК 001 (062)

КБК 72я43

"Ўзбекистонда илмий-амалий тадқиқотлар" [Тошкент; 2021]

"Ўзбекистонда илмий-амалий тадқиқотлар" мавзусидаги республика 32-қўп тармоқли илмий масофавий онлайн конференция материаллари тўплами, 30 сентябрь 2021 йил. - Тошкент: «Tadqiqot», 2021. - 19 б.

Ушбу Республика-илмий онлайн конференция 2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналишлари бўйича Ҳаракатлар стратегиясида кўзда тутилган вазифа - илмий изланиш ютуқларини амалиётга жорий этиш йўли билан фан соҳаларини ривожлантиришга бағишланган.

Ушбу Республика илмий конференцияси таълим соҳасида меҳнат қилиб келаётган профессор - ўқитувчи ва талаба-ўқувчилар томонидан тайёрланган илмий тезислар киритилган бўлиб, унда таълим тизимида илғор замонавий ютуқлар, натижалар, муаммолар, ечимини кутаётган вазифалар ва илм-фан тараққиётининг истиқболдаги режалари таҳлил қилинган конференцияси.

Масъул муҳаррир: Файзиев Шохруд Фармонович, ю.ф.д., доцент.

1. Ҳуқуқий тадқиқотлар йўналиши

Профессор в.б., ю.ф.н. Юсувалиева Рахима (Жахон иқтисодиёти ва дипломатия университети)

2. Фалсафа ва ҳаёт соҳасидаги қарашлар

Доцент Норматова Дилдора Эсоналиевна (Фарғона давлат университети)

3. Тарих саҳифаларидаги изланишлар

Исмаилов Ҳусанбой Маҳаммадқосим ўғли (Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Таълим сифатини назорат қилиш давлат инспекцияси)

4. Социология ва политологиянинг жамиятимизда тутган ўрни

Доцент Уринбоев Хошимжон Бунатович (Наманган муҳандислик-қурилиш институти)

5. Давлат бошқаруви

Доцент Шакирова Шоҳида Юсуповна (Низомий номидаги Тошкент давлат педагогика университети)

6. Журналистика

Тошбоева Барнохон Одилжоновна (Андижон давлат университети)

7. Филология фанларини ривожлантириш йўлидаги тадқиқотлар

Самигова Умида Ҳамидуллаевна (Тошкент вилоят халқ таълими ходимларини қайта тайёрлаш ва уларнинг малакасини ошириш ҳудудий маркази)



8.Адабиёт

PhD Абдумажидова Дилдора Рахматуллаевна (Тошкент Молия институти)

9.Иқтисодиётда инновацияларнинг тутган ўрни

Phd Вохидова Мехри Хасанова (Тошкент давлат шарқшунослик институти)

10.Педагогика ва психология соҳаларидаги инновациялар

Турсунназарова Эльвира Тахировна (Навоий вилоят халқ таълими ходимларини қайта тайёрлаш ва уларнинг малакасини ошириш ҳудудий маркази)

11.Жисмоний тарбия ва спорт

Усмонова Дилфузахон Иброхимовна (Жисмоний тарбия ва спорт университети)

12.Маданият ва санъат соҳаларини ривожлантириш

Тоштемиров Отабек Абидович (Фарғона политехника институти)

13.Архитектура ва дизайн йўналиши ривожланиши

Бобохонов Олтибой Рахмонович (Сурхандарё вилояти техника филиали)

14.Тасвирий санъат ва дизайн

Доцент Чариев Турсун Хуваевич (Ўзбекистон давлат консерваторияси)

15.Муסיқа ва ҳаёт

Доцент Чариев Турсун Хуваевич (Ўзбекистон давлат консерваторияси)

16.Техника ва технология соҳасидаги инновациялар

Доцент Нормирзаев Абдуқайом Раҳимбердиевич (Наманган муҳандислик-қурилиш институти)

17.Физика-математика фанлари ютуқлари

Доцент Соҳадалиев Абдурашид Мамадалиевич (Наманган муҳандислик-технология институти)

18.Биомедицина ва амалиёт соҳасидаги илмий изланишлар

Т.ф.д., доцент Маматова Нодира Мухтаровна (Тошкент давлат стоматология институти)

19.Фармацевтика

Жалилов Фазлиддин Содиқович, фарм.ф.н., доцент, Тошкент фармацевтика институти, Дори воситаларини стандартлаштириш ва сифат менежменти кафедраси мудири

20.Ветеринария

Жалилов Фазлиддин Содиқович, фарм.ф.н., доцент, Тошкент фармацевтика институти, Дори воситаларини стандартлаштириш ва сифат менежменти кафедраси мудири

21.Кимё фанлари ютуқлари

Рахмонова Доно Қаххоровна (Навоий вилояти табиий фанлар методисти)



22.Биология ва экология соҳасидаги инновациялар

Йўлдошев Лазиз Толибович (Бухоро давлат университети)

23.Агропроцессинг ривожланиш йўналишлари

Доцент Сувонов Боймурод Ўралович (Тошкент ирригация ва қишлоқ хўжалигини механизациялаш мухандислари институти)

24.Геология-минерология соҳасидаги инновациялар

Phd доцент Қаҳҳоров Ўктам Абдурахимович (Тошкент ирригация ва қишлоқ хўжалигини механизациялаш мухандислари институти)

25.География

Йўлдошев Лазиз Толибович (Бухоро давлат университети)

Тўпламга киритилган тезислардаги маълумотларнинг ҳаққонийлиги ва иқтибосларнинг тўғрилигига муаллифлар масъулдир.

© Муаллифлар жамоаси

© Tadqiqot.uz

PageMaker\Верстка\Саҳифаловчи: Шахрам Файзиев

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

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

**БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ СОҲАСИДАГИ ИЛМИЙ
ИЗЛАНИШЛАР**

1. Маджидова Ё.Н., Азимова Н.М., Темирова М.К. НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ С КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ	7
2. Ахмедова Дилафрўз Баходировна СУРУНКАЛИ ЗЎРИҚИШДАГИ БОШ ОҒРИҒИ ВА МИГРЕНДА ГИРУДОТЕРАПИЯ УСУЛИНИНГ ҚЎЛЛАНИЛИШИДА ТЕРАПЕВТИК ЁНДАШУВИНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ.....	10
3. Ахмедова Дилафрўз Баходировна, Ходжиева Дилбар Таджиевна СУРУНКАЛИ ЗЎРИҚИШДАГИ БОШ ОҒРИҒИ ВА МИГРЕНДА ВЕГЕТАТИВ БУЗИЛИШЛАР АНИКЛАНИШИНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ.	12
4. Тухтаев Илхом Туракулович ИШЕМИК ИНСУЛЬТ ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАРДА РЕАБИЛИТАЦИЯ ДАВОМИДА АККАПУНКТУР ТЕРАПИЯСИ ҚЎЛЛАНИЛИШ САМАРАДОРЛИГИ	14
5. Тухтаев Илхом Туракулович ИШЕМИК ИНСУЛЬТ ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАРДА АККАПУНКТУР ТЕРАПИЯСИ ҚЎЛЛАНИЛГАНДА НУТҚ БУЗИЛИШЛАРИНИНГ ТИКЛАНИШ САМАРАДОРЛИГИ.....	17



БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ СОҲАСИДАГИ ИЛМИЙ ИЗЛАНИШЛАР

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ С КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Научный руководитель: Д.м.н. профессор Маджидова Ё.Н.,
к.м.н. доцент Азимова Н.М., Темирова М.К.
Ташкентский педиатрический медицинский институт. Ташкент.

Аннотация. В настоящее время существует не достаточно информации о неврологических проявлениях и их последствиях в детском возрасте. Имеющиеся данные, которые постоянно обновляются, демонстрируют наличие нарушений, таких как тревога, депрессия, проблемы со сном, ухудшение концентрации внимания, возникает усталость, снижаются когнитивные функции, часто они испытывают повышенную тревогу, страдают бессонницей. Не смотря на это, остается малоизученным вопрос о течении коронавирусной инфекции у детей с наличием патологий нервной системы в анамнезе.

Ключевые слова. Демиелизация, рецептор, энцефалит, полиневропатия, N-ацетиласпартата, ЦНС, аносмия, гипосмия, гипогевзия, дисгевзия.

В обзоре литературы представлена информация о неврологических проявлениях COVID-19. Одним из начальных неврологических проявлений новой коронавирусной инфекции служит головная боль. Она может быть обусловлена развивающимся менингитом или энцефалитом либо быть проявлением системной вирусной инфекции. Механизмы возникновения головной боли связаны с особенностями проникновения вируса в клетки организма человека посредством взаимодействия с рецептором ангиотензинпревращающего фермента 2 (ACE2). Функции ACE2 тесно взаимосвязаны с регуляцией ноцицепции. Помимо головной боли у пациентов с SARS-CoV-2 отмечаются выраженная слабость, миалгии, нарушения обоняния и вкуса, возможно развитие воспалительной демиелинизирующей полиневропатии. Учитывая особенности возникновения неврологических проявлений при SARS-CoV-2, интерес представляет роль N-ацетиласпартата в восстановлении функций нервной системы после перенесенной вирусной инфекции.

Коронавирусная инфекция 2019 г. (COVID-19) была объявлена Всемирной организацией здравоохранения пандемией 11 марта 2020 г. При всестороннем обзоре неврологических расстройств, сопровождающих это заболевание, было установлено, что инфекция SARS-CoV-2 поражает центральную нервную систему (ЦНС), периферическую нервную систему и мышцы [1]. Первые проявления COVID-19 со стороны ЦНС обычно включают головную боль и снижение общей активности (слабость), которые считаются начальными свидетельствами потенциального неврологического поражения; аносмия, гипосмия, гипогевзия и дисгевзия также являются частыми ранними симптомами новой коронавирусной инфекции. Цефалгия при коронавирусной инфекции служит наиболее частым общемозговым симптомом, и ее этиология вариабельна. Можно выделить следующие варианты цефалгий в условиях пандемии COVID-19: 1) цефалгии, обусловленные ношением средств противовирусной защиты, как за счет физического дискомфорта, так и на фоне гипоксии при длительном ношении масок и респираторов; 2) цефалгии, обусловленные приемом медикаментозных препаратов, и ятрогенные цефалгии; 3) цефалгии на фоне астенодепрессивного состояния в условиях вынужденных ограничений и самоизоляции, а также обусловленные тревожно-фобическими расстройствами; 4) цефалгии, обусловленные непосредственным воздействием вируса SARS-CoV-2. По данным метаанализа 60 публикаций, включающих более 3,5 тыс. пациентов, головная боль при COVID-19 отмечалась в 12%



случаев (95% доверительный интервал 4–23%) [2]. В отдельных публикациях китайских авторов распространенность головных болей у пациентов с COVID-19 достигала 34% [3]. Но в большинстве работ данные о характере и локализации головной боли отсутствуют. Интерес представляет исследование, в котором отмечено, что у больных COVID-19 с желудочно-кишечными проявлениями частота головных болей в дебюте заболевания была выше, чем у пациентов без желудочно-кишечных нарушений. Авторы объясняют выявленную особенность более высоким уровнем лихорадки и более выраженными электролитными нарушениями у больных с желудочно-кишечными проявлениями [4]. Головная боль при COVID-19 может быть проявлением вирусного менингита или энцефалита. Согласно Международной классификации головных болей 3-го пересмотра (МКГБ-3), головная боль, ассоциированная с вирусным менингитом или энцефалитом, как правило, сопровождается ригидностью мышц задней поверхности шеи, лихорадкой и может сочетаться, в зависимости от степени выраженности инфекции, с неврологическими симптомами и изменениями психического состояния [6]. Согласно указанной классификации, возникновение головной боли, связанной с вирусным менингитом или энцефалитом, может быть обусловлено различными вирусными агентами, что обычно подтверждается при исследовании cerebrospinalной жидкости (ЦСЖ) методом полимеразной цепной реакции (ПЦР): выявляются энтеровирусы (в большинстве случаев), арбовирус, полиовирус, эховирус, вирус Коксаки, вирус простого герпеса, вирус ветряной оспы, аденовирус, вирус паротита и др. Однако в ряде исследований было отмечено, что чувствительность ПЦР в ЦСЖ снижается более чем наполовину, если тест проводится через 1 нед после появления симптомов, и могут быть получены ложноотрицательные результаты. Если результаты ПЦР, проведенной через 1 нед, отрицательные, диагноз может быть поставлен на основании измененного соотношения количества антител в ЦСЖ/крови. Как и при внутричерепной бактериальной инфекции, при вирусной инфекции трудно отличить вовлечение исключительно мозговых оболочек от изолированного вовлечения вещества головного мозга. Тем не менее такое различие важно проводить, поскольку эти два состояния различаются прогностически, с повышением риска более серьезных последствий при поражении вещества головного мозга. По этой причине отдельные диагностические критерии даны для головной боли, отнесенной к вирусному менингиту и для головной боли, отнесенной к вирусному энцефалиту.[6].

Заключение. В заключение следует отметить, что неврологические проявления новой коронавирусной инфекции изучены не до конца и требуют тщательного анализа. Неизвестно, будут ли они носить краткосрочный характер или могут трансформироваться в хронические заболевания. Не ясно также, как быстро возможно восстановление поврежденного вещества мозга, какие последствия может таить в себе иммунная система человека после перенесенной новой вирусной инфекции. Необходимо осуществлять динамическое наблюдение за выздоровевшими пациентами и учитывать информацию о перенесенной инфекции COVID-19 при анкетировании больных с неврологической патологией.

Список литературы

1. Гусев Е.И., Мартынов М.Ю., Бойко А.Н., Вознюк И.А., Лащ Н.Ю., Сиверцева С.А., Спирин Н.Н., Шамалов Н.А. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19) и поражение нервной системы: механизмы неврологических расстройств, клинические проявления, организация неврологической помощи. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова 2020;120(6):7-16.
2. Borges do Nascimento IJ, Cacic N, Abdulazeem HM, von Groote TC, Jayarajah U, Weerasekara I, Esfahani MA, Civile VT, Marusic A, Jeroncic A, Carvas N Jr, Pericic TP, Zakarija-Grkovic I, Guimarães SM, Bragazzi NL, Bjorklund M, Sofi-Mahmudi A, Altujjar M, Tian M, Arcani DMC, O'Mathúna DP, Marcolino MS. Novel coronavirus infection (COVID-19) in humans: a scoping review and metaanalysis. Journal of Clinical Medicine 2020 Mar;9(4):941.
3. Xu XW, Wu XX, Jiang XG, Xu KJ, Ying LJ, Ma CL, Li SB, Wang HY, Zhang S, Sheng JF, Gao HN, Cai HL, Qui JQ, Li LJ. Clinical findings in a group of patients infected with the 2019 novel coronavirus (SARS-Cov-2) outside of Wuhan, China: retrospective case series. BMJ 2020 Feb 27;368:m792.



Научный обзор

4. Jin X, Lian JS, Hu JH, Gao J, Zheng L, Zhang YM, Hao SR, Jia HY, Cai H, Zhang XL, Yu GD, Xu KJ, Wang XY, Gu JQ, Zhang SY, Ye CY, Jin CL, Lu YF, Yu X, Yu XP, Huang JR, Xu KL, Ni Q, Yu CB, Zhu B, Li YT, Liu J, Zhao H, Zhang X, Yu L, Guo YZ, Su JW, Tao JJ, Lang GJ, Wu XX, Wu WR, Qv TT, Xiang DR, Yi P, Shi D, Chen Y, Ren Y, Qiu YQ, Li LJ, Sheng J, Yang Y. Epidemiological, clinical and virological characteristics of 74 cases of coronavirus-infected disease 2019 (COVID-19) with gastrointestinal symptoms. Gut 2020 Jun;69(6):1002-9.
5. Tostmann A, Bradley J, Bousema T, Teun B, Yiek WK, Holwerda M, Bleeker-Rovers C, ten Oever J, Meijer C, Rahamat-Langendoen J, Hopman J, van der Geest-Blankert N, Wertheim H. Strong associations and moderate predictive value of early symptoms for SARS-CoV-2 test positivity among healthcare workers, the Netherlands, March 2020. Eurosurveillance 2020 Apr;25(16):2000508.
6. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International classification of headache disorders. 3rd ed. Cephalalgia 2018;38(1):1-211.



СУРУНКАЛИ ЗЎРИҚИШДАГИ БОШ ОҒРИҒИ ВА МИГРЕНДА ГИРУДОТЕРАПИЯ УСУЛИНИНГ ҚЎЛЛАНИЛИШИДА ТЕРАПЕВТИК ЁНДАШУВИНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ

Ахмедова Дилафрўз Баходировна

Бухоро давлат тиббиёт институти таянч докторанти

Бирламчи бош оғриқларини даволаш иккита мақсадни ўз ичига олади: хуружни олдини олиш ва бош оғриқ сони, давомийлиги ва оғриқ кучлилигини камайтиришга қаратилган профилактик даво. Ҳозирги кунда бирламчи бош оғриқларини даволашда зўриқишдаги бош оғриқларида ностероид яллиғланишга қарши воситалар, антидепрессантлар, миорелаксантлар, мигренни даволашда триптанлар, хуружлар орасида серотонин антогонистлари, бета блокатор, кальций антогонистлари, антидепрессантлар, антиконвульсантлар, ботулотоксин билан даволанмоқда. Дори воситаси эффективлиги ошган сари унинг асоратлари, ножўя таъсирлари ҳам ошади. Ножўя таъсирлар нафақат жиддий тиббий, ижтимоий, балки иқтисодий муаммо ҳамдир (Олесен Дж). Дори воситалари асоратларига сарфланган харажатлар АҚШда йилига 76.6 млрд \$ни ташкил қилади (Rasmussen В.К). Дори воситаларини ҳаддан ортиқ ишлатиш дори воситасидан келиб чиққан бош оғриқлар чакирилишига сабаб бўлади (Максимова М. Ю., Хохлова Т. Ю., Пирадов М. А., 2016). Дорисиз услублардан фойдаланиш ва тиббиёт зулуғи, ҳамда дори воситасини бирга ишлатиш дори даволовчи дозасини камайтиришга, ҳамда ножўя таъсирлар камайтиришга олиб келади. Бирламчи бош оғриқларини даволашда тиббиёт зулуғидан фойдаланган Пospelова М. Л, Наприенко М. В перикраниал мушаклар таранглашуви камайтганлигини аниқлаганлар, бироқ сурункали зўриқишдаги бош оғриқлари ремиссияси қанча вақтга чўзилганлиги ўрганилмаган. Қайси биологик фаол нукталарга тиббиёт зулуғи қўйилганда натижа қандай бўлиши ўрганилмаган.

Тадқиқот мақсади: Сурункали зўриқишдаги боғриғи ва мигренда гирудотерапия усулининг қўлланилишида терапевтик ёндашувининг ўзига хослигини баҳолаш

Материал ва методлар

Тадқиқотларнинг клиник қисмига 117 бемор танлаб олинди, ёши 17-61 (ўртача ёши $38,5 \pm 10,36$). Уларнинг 30(25.64%) эркак ва 87(74.36%) аёллар ташкил қилади. Беморларнинг ёши бўйича: 13-20 ёш – 2та, 21-30 ёш – 9та, 31-40 ёш – 36та, 41-50 ёш – 30та, 51-60 ёш – 19та ва 60дан юқори – 1та бемор.

Беморлар икки гуруҳга ажратиб ўрганилди, биринчи гуруҳни 67 нафар сурункали зўриқишдаги бош оғриғи кузатилган беморлар, иккинчи гуруҳни мигрень кузатилган 50 бемор ташкил қилган бўлса, учинчи гуруҳни амалий соғлом 30 бемор ташкил этди.

Барча беморларда клиник неврологик курик утказилди. Беморлар гуруҳларга ажратилиб беморларга гирудотерапия муолажа курси утказилди ва самарадорлиги визуал аналог шкаласи ёрдамида баҳоланди.

Натижалар:

СЗБОнинг даволаш асосида барча потенциал экзоген триггерларнинг бартараф қилиш, симптоматик даво анальгетиклар, артериал босимни назорат қилиш ётади. Беморлар бош оғриғини қўзғатувчи омилларлардан узоқроқ бўлиши керак.

Беморларда гирудотерапиянинг самарадорлигини кузатиш мақсадида беморлар 4 гуруҳга бўлинди.

Биринчи гуруҳни СЗБО кузатилган 30 бемор ташкил этди бу гуруҳда базис давога қўшимча равишда гирудотерапия муолажа курси ўтказилди, 25 нафар мигрень кузатилган беморлар ташкил этди ва бу беморларга ҳам асосий давога қўшимча равишда гирудотерапия муолажа курси ўтказилди IА ва IВ гуруҳ, иккинчи гуруҳни 27 нафар СЗБО кузатилган бемор ташкил этди ва бу беморлар фақатгина базавий даволашни қабул қилди, учинчи гуруҳни 25 нафар мигрень кузатилган бемор ташкил этди ва беморларга фақатгина базавий даволаниш тавсия этилди.

Беморларда даволаш тактикасига қўшимча мигрень билан хасаталанган беморларга триптан ва СЗБО беморларда ностероидли яллиғланишга қарши воситалар (кетопрофен) тавсиялар киритилди. Ўтказилган муолажаларни эффективлиги баҳолашда ВАШ шкаласи маълумотларидан фойдаландик.



Жадвал 1.

Даволаш эффективлигини кўрсаткичларининг динамикаси.

	СЗБО анъанавий даволаш + гирудотерапия	Мигрень анъанавий даволаш + гирудотерапия	СЗБО анъанавий даволаш	Мигрень анъанавий даволаш	Н-Краскел- Уоллис
Даволашдан олдин ВАШ шкаласи бўйича балл.	$7,4 \pm 1,3$	$8,2 \pm 1,3$	$3,5 \pm 1,5$	$6,3 \pm 0,6$	$\chi^2 = 60,7$ $p < 0,01$
Даволашдан кейин ВАШ шкаласи бўйича балл.	$4,6 \pm 1,0$	$4,8 \pm 1,3$	$1,4 \pm 0,7$	$2,7 \pm 0,6$	$\chi^2 = 67,0$ $p < 0,01$
Т Вилкоксон омили	$T=9,21$ $p < 0,01$	$T=9,18$ $p < 0,01$	$T=1,81$ $p > 0,05$	$T=1,29$ $p > 0,05$	

Жадвал маълумоти асосида ВАШ шкаласини кўрсаткичлари, бош оғриқларнинг ифодаланиш даражаси билан характерланади, ўтказилган даволаш фонида тўрт гуруҳ беморларда бош оғриғининг пасайиши кузатилди. Шунингдек Мигрень анъанавий даволаш ва Мигрень анъанавий даволаш + гирудотерапия беморларда гирудотерапия фонида бош оғриғининг интенсивлиги пасайиши $8,2 \pm 1,3$ дан $4,8 \pm 1,3$ баллгача ($T_{\text{Вилкоксон омили}} = 9,18$ $p < 0,01$) аниқланди. Шу каби тенденция СЗБО беморларда гирудотерапия фонида бош оғриқни интенсивлигини камайиши кўринишида $7,4 \pm 1,3$ дан $4,6 \pm 1,1$ гача ($T_{\text{Вилкоксон омили}} = 9,21$ $p < 0,01$) ижобий натижа кузатилди (Расм 5). Шунинг таъкидлаб ўтиш керакки, баъзи, беморларда хусусан, мигрень кузатилган беморларда бош оғриқни ифодаланиш даражаси бошқа гуруҳ беморларга қараганда юқорилиги эканлиги қайд қилинди.

Мигрень кузатилган беморларда плацебо қабул қилиш фонида бош оғриғининг интенсивлиги камайиши яъни ВАШ шкаласи бўйича $6,3 \pm 0,6$ дан $2,7 \pm 0,6$ баллгача ($T_{\text{Вилкоксон омили}} = 1,86$ $p > 0,05$) кузатилди (Расм 4.1).

III-гуруҳ зўриқишдаги бош оғриғи билан хасталанган беморларда плацебо қабул қилиш фонида бош оғриғининг пасайиши ВАШ бўйича $3,5 \pm 1,4$ дан $1,4 \pm 0,8$ баллгача ($T_{\text{Вилкоксон омили}} = 1,29$ $p > 0,05$) аниқланди

Энг муҳими, даволашдан олдин ва кейинги ВАШ кўрсаткичлари тўрт гуруҳнинг барча беморларда статистик ишончлилиги фарқга эгадир ($\chi^2_{\text{Краскел-Уоллис}} = 60,7$ $p < 0,01$ ва $\chi^2_{\text{Краскел-Уоллис}} = 67,0$ $p < 0,01$ га тенг).

СЗБО ва мигрень кузатилган беморларда гирудотерапия ва асосий даволаниш фонида кузатилган оғриқ кўрсаткичлари 5 жадвалда келтирилган.

СЗБО беморлари гуруҳида асосий даволанишга қўшимча равишда гирудотерапия қабул қилингандан сўнг бир ой давомидаги бош оғриқларининг кузатилиш сони $15,8 \pm 2,1$ дан $9,7 \pm 2,1$ га камайган бўлса, мигрень кузатилган беморларда бу кўрсаткич $16,7$ дан $9,3$ гача камайганлиги кузатилди. Оғриқнинг кун давомида тарқалиш соати гирудотерапия қабул қилган беморларда $6,4$ дан $4,2$ гача камайган бўлса, мигрень беморларида $5,7$ дан $4,7$ соатгача камайиши қайд этилди. Бир ой давомида қўлланилган аналгетиклар сони СЗБО анъанавий терапия + гирудотерапия қабул қилган беморлар гуруҳида $7,0$ ни ташкил қилган бўлса, даволашдан сўнг $4,2 \pm 2,1$ ни ташкил қилди, гирудотерапия қабул қилган мигрень кузатилган беморлар гуруҳида $7,3$ дан $4,2$ гача камайганлиги қайд этилди.

Хулоса

Гирудотерапия усули медикаментоз даво билан биргаликда қўлланилганлиги сабабли СЗБО ва мигренда дори воситалари билан даволаш кунларини камайтиради, шифокор кўриги ва госпитализация кунларини камайтиради. Тадбиқ этилаётган янги даволаш усулининг иктисодий самарадор.



СУРУНКАЛИ ЗЎРИҚИШДАГИ БОШ ОҒРИҒИ ВА МИГРЕНДА ВЕГЕТАТИВ БУЗИЛИШЛАР АНИКЛАНИШИНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ.

Ахмедова Дилафрўз Баходировна
Ходжиева Дилбар Таджиевна
Бухоро давлат тиббиёт институти

Сурункали зўриқишдаги бош оғриғи (СЗБО) бош оғриғининг энг кенг тарқалган шакли ҳисобланади, аммо у мигренга қараганда мутахассислар томонидан етарлича эътиборга олинмайди. Бунинг сабаби шундаки, СЗБО билан оғриган беморларнинг кўпчилиги ҳеч қачон шифокорга мурожаат қилмайди, улар рецептсиз анальгетиклар қабул қилишади. Бироқ, тез-тез кузатилувчи СЗБО катта тиббий ва ижтимоий муаммодир. Бош оғриғининг механизмлари ва даволаш бўйича жуда кам илмий изланиш ўтказилишига қарамай, бундай беморларга муваффақиятли ёрдам кўрсатиш мумкин, гарчи сўнгги йилларда янги даволашда сезиларли ютуқлар кузатилмаган.

Камдан кам ҳолларда тутилишлар учун эпизодик зўриқишдаги бош оғриғи ойига 1 тадан кўп бўлмаган ва тез-тез ойига 15 тагача. Камдан-кам учрайдиган тури зўриқишдаги бош оғриғи одамга деярли таъсир қилмайди ва камдан-кам ҳолларда шифокорларнинг аралашувини талаб қилади. Тез-тез бош оғриғи билан оғриганлар жиддий ногиронликка дуч келадилар, бу қиммат дори воситаларини қўллашни ва профилактик даволанишни талаб қилади. СЗБOnинг юқори тарқалиши туфайли, у бошқа бош оғриқлари турларига қараганда анча катта ижтимоий-иқтисодий таъсир кўрсатади. Ҳозирги кунга қадар бош оғриқларининг патогенезида марказий ёки периферик механизм ётиши аниқ эмас.

Материал ва методлар

Тадқиқотларнинг клиник қисмига 117 бемор танлаб олинди, ёши 17-61 (ўртача ёши $38,5 \pm 10,36$). Уларнинг 30 (25,64%) эркак ва 87 (74,36%) аёллар ташкил қилади.

Барча беморлар бош оғриғига шикоят қилган зўриқишдаги бош оғриғига шикоят қилдилар 6 (ХКТ-10 бўйича G44.2).

Беморлар икки гуруҳга ажратиб ўрганилди, биринчи гуруҳни 67 нафар сурункали зўриқишдаги бош оғриғи кузатилган беморлар, иккинчи гуруҳни мигрень кузатилган 50 бемор ташкил қилган бўлса, учинчи гуруҳни амалий соғлом 30 бемор ташкил этди.

Барча беморларда клиник неврологик курик утказилди, сунг сурорвнома утказилгач вегетатив нерв тизими Кердо индекси ва Хильденбрант коэффицентининг кўрсаткичлари аниқланди.

Натижалар:

Тиббиётда инновацион ривожланишлар кузатилишига қарамай бугунги кунга қадар мигрень патофизиологияси ноаниқлигича қолмоқда. Аммо, тахминларга кўра церебрал артерияларнинг қон томир тонусининг бузилиши оқибатида вазоконстрикцияга олиб келади, мигрень ривожланишида патофизиологик механизмда асосий ўрин тутати. Мигреньда қон томир тонусининг бошқарувининг бузилиши симпатик нерв системасининг керагидан ортиқ активлашиши оқибатида юзага келиши мумкин. Мигрень билан боғлиқ қон босимини тебраниб туриши симпатомиметиклар қабул қилиши, феохроцитома мавжудлиги бу синдром ривожланишида симпатик нерв системасининг гиперактивлиги алоҳида ўрин тутиши мумкин.

Юқоридаги маълумотларгатаянган ҳолда вегетатив нерв тизимини ўтказилган текширувлар симпатик ва парасимпатик нерв системасини тонусини аниқлашда қўлланилади.

Кердо индексининг интерпретацияси: агар кўрсаткич 0 баланд бўлса симпотикатония, 0 дан кичик бўлса ваготония деб баҳоланади.

Кердо индексини натижасини таҳлил қилинганда СЗБО беморларимизда 34 бемор (51%) симпатикотоник, 33 бемор (49%), мигрень кузатилган беморларда 56 % симпатикотоник, 44 % бемор ваготоник деб баҳоланди (расм 3.), беморларда симпатик нервнинг тонусини ошганлиги аниқланди ($\chi^2=4,5$ $p<0,05$).

Хильденбрант коэффицентини — ВНСнинг симпатик ёки парасимпатик қисмини устунлигини баҳолашда ишлатиладиган кўрсаткич,

Хильденбрант коэффицентининг кўрсаткичларини беморларда ва амалий соғлом инсонларда таҳлил қилинганда СЗБО беморлар симпатик нерв системаси устунлик қилиши



48 % ҳолатда аниқланди, мигрень кузатилган беморларнинг 44% ҳолатда симпатик тонус ошганлиги аниқланди ($\chi^2=3,17$ $p>0,05$). Шундай ҳолатда симпатик тонуснинг парасимпатик тонусдан устунлигини мигрень ва СЗБОда вазоконстрикция ривожланишида симпатик нерв системасининг патофизиологик таъсирини тасдиқлайди (Расм 4).

Хулоса

Кердо индексини натижасини таҳлил қилинганда СЗБО беморларимизда 34 бемор (51%) симпатикотоник, 33 бемор (49%), мигрень кузатилган беморларда 56 % симпатикотоник, 44 % бемор ваготоник деб баҳоланди, беморларда симпатик нервнинг тонусини ошганлиги аниқланди ($\chi^2=4,5$ $p<0,05$). II ва III гуруҳ беморларда ваготоник устун кузатилди. Хильденбрант коэффицентининг кўрсаткичларини беморларда ва амалий соғлом инсонларда таҳлил қилинганда СЗБО беморлар симпатик нерв системаси устунлик қилиши 48 % ҳолатда аниқланди, мигрень кузатилган беморларнинг 44% ҳолатда симпатик тонус ошганлиги аниқланди ($\chi^2=3,17$ $p>0,05$). Шундай ҳолатда симпатик тонуснинг парасимпатик тонусдан устунлигини мигрень ва СЗБОда вазоконстрикция ривожланишида симпатик нерв системасининг патофизиологик таъсирини тасдиқлайди. Шундай ҳолатларда симпатик нерв системаси парасимпатик нерв системасидан устун келиши СЗБО ва мигреньда ривожланишида вазоконстрикция ривожланишида симпатик нерв системасини патофизиологик таъсирини тасдиқлайди. Бош мия артерияларининг тонусини бошқарувининг бузилиши вазоконстрикцияга олиб келади, СЗБО ва мигрень ривожланишида патофизиологик механизмнинг асосий негизи ҳисобланади. Юқоридагиларга боғлиқ ҳолда ўтказилган вегетатив нерв системасининг текширувларида симпатик ва парасимпатик нерв системасининг тонуси аниқлаш муҳим аҳамият касб этади. Гирудотерапиянинг асосий даволаш усулига қушимча ҳолда қулланилиши мигрень ва сурункали зуриқишдаги бош оғригида юқори самарали эффект бериши юқорида келтирилган жадвал маълумотларида акс этиб турибди.



ИШЕМИК ИНСУЛЬТ ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАРДА РЕАБИЛИТАЦИЯ ДАВОМИДА АККАПУНКТУР ТЕРАПИЯСИ ҚЎЛЛАНИЛИШ САМАРАДОРЛИГИ

Тухтаев Илхом Туракулович
Бухоро давлат тиббиёт институти

Цереброваскуляр касалликлар ичида мия инсульта алоҳида ўринга эга. Инсульт бу аҳолининг меҳнатга лаёқатини пасайтирувчи, узоқ муддат госпитализациясига олиб келувчи беморларнинг турғун ногиронлинишига, уларнинг оилаларида ҳаёт сифатининг пасайишига ва давлатни сезиларли иқтисодий харажатларига сабаб бўлувчи патологиядир[4].

Инсульт - ўлим сабабчиси сифатида юрак қон томир ва онкологик касалликлардан сўнг учинчи ўринда туради ва бундан 14 % ни ташкил қилади [5]. Текширувларга асосан инсульт тарқалганлиги 100 минг аҳолига 164 тадан 261 гача киши тўғри келади [6,7], ўлим кўрсаткичи касалликнинг ўткир даврида 35% ни, биринчи йилнинг охирида эса 45-50% ни ташкил қилади [8].

Охирги йилларда Ўзбекистонда йилига 48000 дан ортиқ ўткир мия инсульта (ЎМИ) рўйхатга олинган, шулардан 22000 таси госпиталь ҳолатга тўғри келади. Буларда ўлим кўрсаткичи 44,6%, ногиронлик 42,2%, меҳнат қобилиятини қайта тикланиши эса атиги 10,2% беморларда кузатилган. Ўзбекистонда мия инсульта билан хасталаниш 1000 аҳолига 0.9 дан 1.4 гача ўзгариб туради (Мажидов Н.М ва бошқалар 1998 йил).

Тадқиқотнинг мақсади: Ишемик инсульт билан касалланган беморларда касалликнинг келиб чиқиш патогенезидан қатъий назар эрта ва кечки тикланиш даврида аккапунктур терапиясининг самарадорлигини баҳолаш.

Тадқиқот материаллари характеристикаси.

Тадқиқотнинг барча қатнашчилари Бухоро вилоят кўп тармоқли Тиббиёт маркази неврология бўлимида даволанишда бўлди ва маслаҳат поликлиникасида ҳисобда турди. Тадқиқотимизда жами 140 нафар бемор иштирок этди, беморларнинг ўртача ёши 57.91 ± 9.63 ни ташкил қилди. Беморларнинг ёш чегараси 35 ёшдан 81 ёшгача кузатилди. Тадқиқотда иштирок этган беморларнинг гендер характеристикаси қуйидагича: 98 аёл ва 42 эркак. Аёллар орасида ўртача ёш 59.5 ± 1.05 ни ташкил этди, эркак беморлар ўртача ёши 57.2 ± 0.9 ни ташкил қилди. Эркакларда ўртача ёшнинг арифметик қиймати аёл беморлар ўртача ёшидан фарқланиши ва ўртача стандарт оғишнинг кичиклиги бир қанча омиллар, хусусан, эркаклар орасида зарарли омилларнинг юқори фоизларда учраши билан боғлиқлиги тахмин қилинди.

Гурухларни ёш бўйича таҳлил қилганимизда эркак беморлар орасида бош миянинг қон томир касалликлари асосан 70 ёшдан юқори беморлар орасида кузатилишини, ушбу ёшга доир ҳолат аёл беморларда ҳам шу ёш атрофида юқори кўрсаткичларда кўп учради.

Эркак беморлар орасида касаллик кузатилиши аёл беморларга нисбатан бироз эртароқ бошланиб, энг юқори ёш кўрсаткичи яъни 82 ёш ҳам эркак беморлар гуруҳида учради. Аёл беморлар гуруҳида касаллик учраган энг эрта ёш 40 ёшни ташкил қилди ва энг юқори ёш кўрсаткичи 82 ёшни ташкил қилди, касаллик энг кўп учраган ёш гуруҳи 70-79 ёш оралиғида яъни 50 % ҳолатида эркак беморларда, аёл беморларда уйбу ёш гуруҳида 45% ҳолатда кузатилди

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

1 гуруҳни 100 нафар бемор ташкил этган бўлса

2 гуруҳни 40 нафар бемор ташкил этди.

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

Аккапунктур терапия беморларда 10 кун давомида асосий давога қўшимча равишда ўтказилди. Аккапунктур терапия тугагандан сўнг беморлар қайта кўрикдан ўтказилди. Беморларнинг барчаси умумий ҳолсизликка шикоят қилган бўлса, субъектив жиҳатдан ўзини ёмон ҳис қилиш, ваҳима ва қўрқув ҳисси, ўзига нисбатан ишончсизлик, кайфиятнинг мун-



тазам пастлиги деярли барча беморларда кузатилди 90 %. Худди шундай кўрсаткич, қўл ва оёқларда ҳолсизликнинг кузатилиши деярли барча беморларда учради. Бош айланиши эса 30 % беморларда кузатилди.

Мушак кучининг 0 балл да учраши асосий гуруҳда 1 та беморда кузатилган бўлса, плегия кузатилган беморлар назорат гуруҳида кузатилмади. Мушак кучининг 2 баллгача камайган парези асосий гуруҳда 15% ҳолатда кузатилган бўлса назорат гуруҳида 12.5 % ҳолатда кузатилди, ҳар икки гуруҳда ишончли фарқ $p<0,01$ ни ташкил қилди. 3-4 баллдаги парез асосий гуруҳда 32% ҳолатда, назорат гуруҳида 30 % ҳолатда кузатилди $p<0,01$. Рефлектор типдаги мушак кучи назорат гуруҳида асосий гуруҳга кўра кўпроқ фоизларда учради. Асосий гуруҳ беморларида асосан мушак тонуси ортганлиги қайд этилган бўлса 53 % $p<0,01$, назорат гуруҳи беморларида эса мушак тонусининг ортиши асосий гуруҳ беморларига кўра устуворлик қилди 47,5 % $p<0,05$. Ҳар икки гуруҳда ҳам мушак тонуси ўзгармаган беморлар мавжудлиги кузатилди.

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

Тадқиқотимиз давомида беморларда ҳар икки гуруҳда нутқ бузилишларини таҳлил қилдик, бизнинг кузатувимизда энг кўп учраган нутқ бузилишлари сенсомотор афазия, дизартрия ва аралаш типдаги нутқ зараланишлари кузатилди. Асосий гуруҳда ҳам, назорат гуруҳида ҳам энг кўп учраган нутқ бузилишлари дизартрия юқори фоизларда аниқланди 46 % ва 62,5 %. Энг кам учраган нутқ бузилиши ҳар икки гуруҳда ҳам аралаш типдаги нутқ бузилишлари аниқланди.

Беморларда Аккапунктур терапия самарадорлигини назорат қилиш.

Беморларда аккапунктур терапия асосий давога қўшимча равишда 10 кун давомида 10 та муолажа ўтказилди. Муолажалар тугагандан сўнг беморлар ҳар икки гуруҳда қайта баҳоланди ва олинган натижалар таққосланди. Беморларда парез ва плегиянинг учраши, мушак кучининг ўзгариши асосий ва назорат гуруҳида даволашдан олдин ва кейинги натижалар таққоланди.

Ҳар икки гуруҳда мушак кучининг ўзгариш динамикаси таҳлил қилинди, асосий гуруҳда даволашдан олдин бир беморда плегия мавжуд эди, даволашдан сўнг ушбу беморда мушак кучи ортди, 2 баллик мушак кучи даволашдан олдин 15 % беморда кузатилган бўлса, даволашдан сўнг 10% беморда аниқланди, 3 баллдаги мушак кучи асосий гуруҳда даволашдан олдин 32 % беморда кузатилган бўлса даволашдан сўнг 25 % беморда кузатилди. Назорат гуруҳида эса даволашдан олдин 30 беморда кузатилган эди, даволашдан сўнг ушбу гуруҳдаги беморларда кўрсаткичлар ортди ва 37.5 % ни ташкил қилди. 4 баллдаги мушак кучи кузатилган беморлар асосий гуруҳда даволашдан олдин 32 % ни ташкил қилган бўлса, даволашдан сўнг бу гуруҳдаги беморларнинг 38 % ида 4 баллик мушак кучи аниқланди, назорат гуруҳида эса даволашдан олдин 30 % ни ташкил этган бўлса даволашдан кейин 25 % беморларда 4 баллик мушак кучи аниқланди. Рефлектор мушак кучи асосий гуруҳ беморларимизда даволашдан олдин 20 % беморда кузатилган бўлса даволашдан кейин 27 % беморларимизда рефлектор типдаги мушак кучи аниқланди, назорат гуруҳида эса рефлектор мушак кучи кузатилган беморлар сони ўзгаришсиз қолди.

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

Хулоса:

Ишемик инсульт билан касалланган беморларни комплекс даволашда аккапунктур терапиядан фойдаланиш неврологик нуқсонни тиклаш вақтини қисқартиради, паретик оёқ ва қўлларининг кучини ишончли оширади, госпитализация вақтини қисқартиради ва мия қон айланишининг ўткир бузилиши оқибатлари бўлган беморларнинг ҳаёт сифатини ях-



шилаши мумкин. Асосий ва назорат гуруҳида базавий даволаш ва акупунктур терапи-
ясининг бирга қўлланилиши жараёнида олинган ҳаракат бузилишларининг динамикаси
тўғрисидаги маълумотларни таққослаганда, ишончли натижалар - ($0,01 < P < 0,05$) бемор-
ларда акупунктур терапиясидан фойдаланиш мия инфарктининг ўткир даврида паретик
оёқ-қўлларда қувватни тиклашда юқори самарадор.

Литература/References

1. Бокерия Л.А., Гудкова р.Г. успехи и проблемы российской кардиохирургии. здраво-
охранение. 2012; 3: 24–33. / Bokeriia L.A., Stupakov I.N., Gudkova R.G. Uspekhi i problemy
rossiiskoi kardiokhirurgii. Zdravookhranenie. 2012; 3: 24–33.
2. Feidin VL, Lawes CM, Bennett DA, Anderson CS. Stroke epidemiology: a review of
population-based-studies of incidence, prevalence, and case-fatality in the late 20th century.
Lancet Neurol 2003; 2: 43–53. 3. European Stroke organisation. Guidelines for Management of
Ischemic Stroke and Transient Ischaemic Attack, 2008: 104.
4. Duncan PW, Jorgensen HS, Wade DT. Outcome Measures in Acute Stroke Trials: A
Systematic Review and Some Recommendations to Improve Practice. Stroke 2000; 31: 1429–38.
5. Lindmark B. Evaluation of functional capacity after stroke with special emphasis on motor
function and activities of daily living. Scand J Rehabil Med (Suppl.) 1988; 21: 1–40.
6. Суслина З.А., Верещагин Н.В. клинко-эпидемиологические исследования – пер-
спективное направление изучения церебральной патологии (сообщение первое). анналы
неврологии. 2009; 3: 4–11. / Suslina Z.A., Varakin Iu.Ia., Vereshchagin N.V. Kliniko-epide-
miologicheskie issledovaniia – perspektivnoe napravlenie izucheniia tserebral'noi patologii
(soobshchenie pervoe). Annaly nevrologii. 2009; 3: 4–11. [
7. Черемхин к.ю., Губернаторова е.в., умникова м.в. возможности применения динами-
ческой электронейростимуляции в восстановительной медицине (обзор). вестн. восстано-
вительной медицины. 2008; 2 (24): 17–9. / Cheremkhin K.Iu., Vlasov A.A., Gubernatorova
E.V., Umnikova M.V. Vozmozhnosti primeneniia dinamicheskoi elektroneirostimuliatsii v
vosstanovitel'noi meditsine (obzor). Vestn. vosstanovitel'noi meditsiny. 2008; 2 (24): 17–9.
8. Зубаренко А.В применение динамической электронейростимуляции в терапии обо-
стрений бронхиальной астмы у детей. Е.Е.Molchanova / Consilium Medicum. 2017; 19 (2.1):



ИШЕМИК ИНСУЛЬТ ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАРДА АККАПУНКТУР ТЕРАПИЯСИ ҚўЛЛанилганда НУТҚ БУЗИЛИШЛАРИНИНГ ТИКЛАНИШ САМАРАДОРЛИГИ

Тухтаев Илхом Туракулович
Бухоро давлат тиббиёт институти

Охирги йилларда Ўзбекистонда йилига 48000 дан ортиқ ўткир мия инсулти (ЎМИ) рўйхатга олинган, шулардан 22000 таси госпиталь ҳолатга тўғри келади. Буларда ўлим кўрсаткичи 44,6%, ногиронлик 42,2%, меҳнат қобилиятини қайта тикланиши эса атиги 10,2% беморларда кузатилган. Ўзбекистонда мия инсулти билан хасталаниш 1000 аҳолига 0.9 дан 1.4 гача ўзгариб туради (Мажидов Н.М ва бошқалар 1998 йил).

Инсулт - ўлим сабабчиси сифатида юрак қон томир ва онкологик касалликлардан сўнг учинчи ўринда туради ва бундан 14 % ни ташкил қилади . Текширувларга асосан инсулт тарқалганлиги 100 минг аҳолига 164 тадан 261 гача киши тўғри келади , ўлим кўрсаткичи касалликнинг ўткир даврида 35% ни, биринчи йилнинг охирида эса 45-50% ни ташкил қилади.

Тадқиқотнинг мақсади: Ишемик инсулт билан касалланган беморларда касалликнинг келиб чиқиш патогенезидан қатъий назар эрта ва кечки тикланиш даврида аккапунктур терапиясининг самарадорлигини баҳолаш.

Тадқиқот материали ва усули: Тадқиқотнинг барча қатнашчилари Бухоро вилоят кўп тармоқли Тиббиёт маркази неврология бўлимида даволанишда бўлди ва маслаҳат поликлиникасида ҳисобда турди. Тадқиқотимизда жами 140 нафар бемор иштирок этди, беморларнинг ўртача ёши 57.91 ± 9.63 ни ташкил қилди. Беморларнинг ёш чегараси 35 ёшдан 81 ёшгача кузатилди. Тадқиқотда иштирок этган беморларнинг гендер характеристикаси қуйидагича: 98 аёл ва 42 эркак. Аёллар орасида ўртача ёш 59.5 ± 1.05 ни ташкил этди, эркак беморлар ўртача ёши 57.2 ± 0.9 ни ташкил қилди. Эркак беморлар орасида касаллик кузатилиши аёл беморларга нисбатан биров эртароқ бошланиб, энг юқори ёш кўрсаткичи яъни 82 ёш ҳам эркак беморлар гуруҳида учради. Аёл беморлар гуруҳида касаллик учраган энг эрта ёш 40 ёшни ташкил қилди ва энг юқори ёш кўрсаткичи 82 ёшни ташкил қилди, касаллик энг кўп учраган ёш гуруҳи 70-79 ёш оралиғида яъни 50 % ҳолатида эркак беморларда, аёл беморларда уйбу ёш гуруҳида 45% ҳолатда кузатилди

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

1 гуруҳни 100 нафар бемор ташкил этган бўлса

2 гуруҳни 40 нафар бемор ташкил этди.

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

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

Беморларда аккапунктур терапия асосий давога қўшимча равишда 10 кун давомида 10 та муолажа ўтказилди. Муолажалар тугагандан сўнг беморлар ҳар икки гуруҳда қайта баҳоланди ва олинган натижалар таққосланди. Беморларда парез ва плегиянинг учраши, мушак кучининг ўзгариши асосий ва назорат гуруҳида даволашдан олдин ва кейинги натижалар таққоланди.

Ҳар икки гуруҳда мушак кучининг ўзгариш динамикаси таҳлил қилинди, асосий гуруҳда даволашдан олдин бир беморда плегия мавжуд эди, даволашдан сўнг ушбу беморда мушак кучи ортди, 2 баллик мушак кучи даволашдан олдин 15 % беморда кузатилган бўлса, даволашдан сўнг 10% беморда аниқланди, 3 баллдаги мушак кучи асосий гуруҳда



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

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

Асосий гуруҳда сеносомотор афазиянинг кузатилиши 7 % га камайган бўлса, назорат гуруҳда сеносомотор афазиянинг кузатилиши 2,5 % га камайиши кузатилди, дизартрия эса асосий гуруҳда 7 % га камайган бўлса, назорат гуруҳида даволанишдан сўнг 5 % га камайди, аралаш типдаги нутқ зараланишлари даволанишдан сўнг асосий гуруҳда 6 % га камайди, назорат гуруҳида 2,5 % га камайди. Нутқ бузилишлари кузатилмаган беморлар даволанишдан сўнг асосий гуруҳда 20 % кузатилди, назорат гуруҳида эса 10 % беморларда нутқ бузилишлари кузатилмади.

Хулоса: Ишемик инсульт билан касалланган беморларни комплекс даволашда нейрореабилитацион аққапунктур терапиядан фойдаланиш неврологик нуқсонни тиклаш, хусусан нутқ бузилишлари тикланиш вақтини қисқартиради, госпитализация вақтини қисқартиради ва мия қон айланишининг ўткир бузилиши оқибатлари бўлган беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш мумкин. Асосий ва назорат гуруҳида базавий даволаш ва аққапунктур терапиясининг бирга қўлланилиши жараёнида олинган ҳаракат бузилишларининг динамикаси тўғрисидаги маълумотларни таққослаганда, ишончли натижалар - ($0,01 < P < 0,05$) беморларда аққапунктур терапиясидан фойдаланиш мия инфарктининг ўткир даврида паретик оёқ-қўлларда қувватни тиклашда ва нутқ бузилишларини тиклашда юқори самарадор.

**"ЎЗБЕКИСТОНДА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТАДҚИҚОТЛАР"
МАВЗУСИДАГИ РЕСПУБЛИКА 32-КЎП ТАРМОҚЛИ
ИЛМИЙ МАСОФАВИЙ ОНЛАЙН КОНФЕРЕНЦИЯ
МАТЕРИАЛЛАРИ**

(18-қисм)

Масъул муҳаррир: Файзиев Шохруд Фармонович
Мусаҳҳиҳ: Файзиев Фаррух Фармонович
Саҳифаловчи: Шаҳрам Файзиев

Эълон қилиш муддати: 30.09.2021

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

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