



БОШ МИЯДА ҚОН АЙЛАНИШИНИГ ЎТКИР БУЗИЛИШЛАРИДА ОРГАНИЗМНИНГ КОМПЕНСАТОР ХУСУСИЯТЛАРИ

Ф.Ф.Рўзиев

Бухоро давлат тиббиёт институти, РШТЁИМ Бухоро филиали

Аннотация *Тавсифи:* Бош миёда қон айланиши ўткир етишимовчилигида реабилитация даволашнинг жуда муҳим қисми бўлиб, реабилитация жараёни қанчалик тез бошланса ва комплекс тадбирларни ўз ичига олса реабилитация эффеткивлиги шунча юқори бўлади. Имобилизацион синдром (ИС) – инсультларда учрайдиган муаммолардан бири бўлиб, касалликнинг ўткир даврида шошилишч неврология бўлимларида 60-70%, нейрореанимация бўлимларида 85-96% ҳолатларда кузатилади. ИС муаммосининг долзарблиги, унга сабаб бўлган организмдаги асосий ва ёндош касалликлар клиник, лаборатор ва инструментал кўрсаткичлари, ИС муаммосини даволаш чоралари ва уларнинг эффеткивлиги ўрганилган.

Калит сўзлар: инсульт, қандли диабет, эрта реабилитация, вертикализация.

КОМПЕНСАТОРНЫЕ СВОЙСТВА ОРГАНИЗМА ПРИ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЯХ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ГОЛОВНОМ МОЗГЕ

Ф.Г.Рузиев

Аннотация: Реабилитация - очень важная часть лечения острой цереброваскулярной недостаточности, и чем раньше начнется процесс реабилитации, включающий комплексные меры, тем выше эффективность реабилитации. Имобилизационный синдром (ИС) является одной из наиболее частых проблем при инсульте и наблюдается в острой фазе заболевания в 60-70% случаев в отделении неотложной неврологии и в 85-96% случаев в отделении реанимации. В статье обсуждаются актуальность проблемы ИС,



клинические, лабораторные и инструментальные показатели основных и сопутствующих заболеваний организма, вызывающих ее, меры по лечению проблемы ИС и их эффективность.

Ключевые слова: инсульт, вертикализация и реабилитация

COMPENSATORY PROPERTIES OF THE BODY IN ACUTE BRAIN CIRCULATION DISORDERS

F.G.Ruziev

Abstract: *Rehabilitation is a very important part of treatment in acute cerebrovascular insufficiency, and the sooner the rehabilitation process begins and includes complex measures, the higher the effectiveness of rehabilitation. Immobilization syndrome (IS) is one of the most common problems in stroke, occurring in the acute phase of the disease in 60-70% of cases in emergency neurology departments and 85-96% in neuroreanimation departments. The relevance of the IS problem, clinical, laboratory and instrumental indicators of the main and related diseases in the body that cause it, measures to treat the IS problem and their effectiveness are discussed in the article.*

Key words: *stroke, verticalization and rehabilitation*

Инсульт муаммоси ҳар йили янада долзарб бўлиб бормоқда, чунки турли ёш гуруҳларида инсульт ҳолатлари кўпаймоқда. Статистикага кўра, инсульт ўлим кўрсаткичи юқорилиги билан бирга бирламчи ногиронлик сабаблари орасида биринчи ўринда туради. Инсультдан ўтказган кишиларнинг 15% дан кўпроғи ишга қайтмайди, 35% эса ногирон бўлиб, умрининг охиригача тиббий ва ижтимоий ёрдамга муҳтож бўлиб қолади.

Реабилитация жараёни энг долзарб муаммолардан бири бўлиб, реабилитация жараёнини қанча тез бошланса унинг самарадорлиги шунча юқори бўлади. Бош мияда қон айланишнинг ўткир бузилиши кузатилган беморларнинг 55-95% интенсив терапия ва реанимация бўлимларида 48



соатдан ортиқ вақт давомида сақланади. Инсультларнинг ўткир даврида реабилитация тадбирлари ўтказишга нафақат ўчоқли неврологик етишмовчиликлар, шу билан биргаликда вегетатив нерв тизими шикастланишлари, жумладан ортостатик гипотензия ривожланиши ҳам сезиларли мураккаблик туғдиради.

Иммобилизацион синдром (ИС) - реабилитация жараёнининг энг муаммоли тадбири бўлиб ҳисобланади. Бош миёда қон айланишининг ўткир бузилиши кузатилган беморларнинг 65-80% қисми иммобилизацион синдромга муҳтождир. ИС-комплекс полиорган бузилишлар ва нофизиологик органик бузилишлар мажмуи натижасида ҳамда марказий ва периферик асаб тизимларининг ўткир шикастланишларида беморнинг мотор ва когнитив фаоллигини чекланишидир. Ушбу симптомокомплекслар, хусусан юрак қон томирлари фаолияти етишмовчилиги ортостатик етишмовчилик (ОСЕ) ва гравитацион градиент (ГГ) бузилишига олиб келади.

Ортостатик етишмовчилик (ОСЕ) - мураккаб вегетатив қон томир етишмовчилиги симптомокомплекси бўлиб, шу жумладан систолик қон босимининг 20 мм.сим.уст. дан пасайиши ва диастолик қон босимининг 10 мм.сим.уст. дан пасайиши билан қуйидаги вегетатив дисавтономиялар билан намоён бўлади: мия гипоперфузияси натижасида бош айланиши, кўришнинг бузилиши, когнитив етишмовчилик, эс хуш бузилиши, тик тура олмаслик, диспноэ, тахикардия, терлашнинг ошиши, мушакларда оғриқли спазмлар пайдо бўлиши, олигурия, сийдик чиқариш камайиши.

Гравитацион градиент (ГГ) - ернинг турли гравитация майдонларида тананинг турли ҳолатлари муносабати, ҳаётий муҳим жиҳатларнинг сақлаб қолиш қобилияти, айниқса мураккаб рефлекслар сериотипини таъминлаш хусусиятидир.

Иммобилизация синдромини енгишнинг ягона йўли гравитацион градиентни ушлаб турган ҳолда беморнинг вертикализация ҳолатига эришишдир. Вертикализация - бу нормал ҳолатни таъминлашнинг даволаш



стратегияси, табиий тик ҳолатда тананинг ишлаши, беморларда ҳар қандай ҳолатда иммобилизация синдроминанинг олдини олиш ва даволаш усулидир.

Вертикализация мақсади - гравитациянинг максимал қиймати ($\geq 80^\circ$) сақлаш ёки тиклаш, тортишиш ҳар қандай давомийликда беморнинг ишлаши учун мажбурий шартлар реабилитация жараёнини амалга оширишдан иборат. Бунга ортостатик адекват ҳолатда сақлаш (қайта тиклаш) ни таъминлаш учун машғулотлар мушак ичига тендор рецепторларидан афферентация пастки экстремиталарнинг ва умуртқанинг бўғимларини ёпиш, сақлаш позитоник ва динамик фаолиятга тегишли таъсир вестибуляр ва постурал рефлекс реакциялари ва автоматизмлар, нафас олиш функциясини яхшилаш, рефлекс механизмини сақлаб қолиш, ичак ва сийдик пуфаги бўшатишдаги турғунлик орқали эришилади.

Ушбу клиник тадқиқоддан мутахассислар учун мақсад, инсултдан сўнг беморларни эрта фаоллаштиришда иммобилизация синдроми ривожланиш хавфи бўлган бўлган беморларни тайёрлаш ва вертикаллаштиришда ёрдам бериш тадбирларини ўрганиб амалиётда қўлланилишини жорий этиш ва уларнинг самардорлигини баҳолашдан иборат. Шунингдек беморларда вертикализация жараёнини амалга оширишда тавсияларни янгилашда клиник маълумотлар ва умумлаштирилган тадқиқод натижалари хулосаларини тадбиқ этишни ўз ичига олади.

Тадқиқод мақсади

Ишемик инсулт қандли диабет 2 типи хамроҳлигида кузатилган беморларда касалликнинг ўткир даврида эрта реабилитациянинг пассив, актив-пассив ва пассив-мануал вертикализация услуби хавфсизлиги ва самардорлигини клиник ва инструментал услублар ёрдамида баҳолаш.

Материаллар ва услублар. Бизнинг клиник тадқиқодимизда 2021 йил январь - июнь ойларида РШТЁИМ Бухоро филиалида “Бош мия қон айланишининг ўткир бузилиши, ишемик тури, қандли диабет 2 тип фонида” ташхиси билан даволанаётган 32 нафар ва “Бош мия қон айланишининг ўткир



бузилиши, ишемик тури” ташхиси билан даволанаётган 40 нафар бемор иштирок этди.

Асосий гурухни ишемик инсульт, анамнезда қандли диабет 2 типи билан даволаниб келган ҳамда лаборатор текширувларда қандли диабет аниқланган беморлар, таққослаш гуруҳини эса ишемик инсульт ташхиси қўйилган анамнезида ва лаборатор текширувларда қандли диабет аниқланмаган беморлар ўз ичига олди. Текширувга олинган беморларда қуйидаги баҳолаш мезонларига қатъий эътибор берилди: ишемик инсульт ривожланиш сабаби ва миянинг қайси артериясида жойлашганидан қатъий назар, касаллик бошланишидан дастлабки 24 соатда госпитализация қилинган 35-70 ёшдаги, турли жинсдаги, NIHSS шкаласи бўйича ҳаракат фаолияти бузилиши 15 баллдан кам бўлмаган беморлар қамраб олинди.

Юрак қон томир тизими фаолияти ЭКГ текшируви уч каналли электрокардиограф "Electrocardiograf Contect, model ECG300G" аппарати ёрдамида асосий ва қўшимча гуруҳларда ўтказилди.

Эхокардиография текшируви Эхокардиография, УЗИ Sono Scape, SSI 5000 аппаратида, сектор-босқичли датчик 2P1, 4-2 мГц орқали ўтказилди. Экстракраниал бош мия ва бўйин қон томирларини дуплекс сканирлаш (ДС) бир вақтнинг ўзида Sono Scape, SSI 5000 аппарати ёрдамида ўтказилди.

Беморлар РШТЁИМ Бухоро филиалига қабул қилинганда КТ GE – REVOLUTION EVO (64 срез) General Electric (GE Healthcare) АҚШ, 2019 й аппарати орқали компьютер томография текшируви ўтказилди. Лакунар инсульт ёки мия устунда жойлашган инсульт ўчоғига шубҳа бўлганда бош мия МРТ текшируви магнит майдон индукцияси 1,5 Тесла бўлган - Siemens Magnetom Avanto 1.5T - МРТ аппарати орқали ўтказилди.

Тадқиқодга қуйидаги ҳолатлардаги беморлар жалб этилмади: эс ҳуши сопор ва кома даражасидаги, тана ҳарорати 37,2°C дан юқори бўлган, систолик қон босими 160 мм. симоб устунидан, диастолик қон босими 100 мм.симоб устунидан юқори, юрак қон томир етишмовчилиги оғир даражаси, ўпка



артерияси тромбоэмболияси, миокард инфаркти ўткир даври, юрак ритми бузилишлари оғир даражаси кузатилган беморлар, диабетик нефропатиянинг 3-4 босқичларидаги беморлар. Сўнги танлов талаби асосида ишемик инсультнинг кардиоэмболик тури билан оғриган беморлар нисбати сезиларли камайди.

Тадқиқотда терапевтик ойна вақтидан ўтган, ишемик инсульт ташхиси тасдиқланган барча беморлар мия шишига қарши, нейропротекция ва қон реологиясини яхшиловчи препаратлар билан даволаниш давомида вертикализация амалиёти олиб борилди.

Беморнинг ҳолатидаги ўзгаришларни баҳолашда бир қатор неврологик шкала ва тестлардан фойдаланилди. Вертикализация амалиётидан олдин “Оёқлар пасив букиш тести” PLR (passive leg raising) test ва “Оғриқ ифодаланиш тести” BPS (Behavioral pain scale) test ёрдамида беморнинг вегетатив турғунлик ҳолати ва оғриқли чекланишлар йўқлиги баҳоланди. Вертикализация жараёнида қон босими, юрак уришлар сони, нафас сони ва SPO2 кўрсаткичлари назорат қилиб борилди.

Беморлар соматик ҳолати, PLR ва BPS test натижаларига кўра функционал кроватда пасив, актив пасив мануал ва актив турдаги вертикализация услубларида олиб борилди. Вертикализацияга тайёргарликни аниқлаш ва амалиётни ўтказиш касаллик бошланишининг биринчи кунидан бошланди. Касалликнинг бошланишидан 1-48 соатларда PLR ва BPS test натижалари мусбат бўлганда $0-15^{\circ}$; натижалар манфий бўлганда $15-30^{\circ}$ бурчак остида узоқ муддат тананинг бош ёки белдан юқори қисми сақланди. Касаллик бошланганда 2 суткасида сўнг PLR ва BPS test манфий бўлган беморларда тана ҳолати $30^{\circ}-45^{\circ}-60^{\circ}-75^{\circ}-90^{\circ}$ бурчак остига босқичма босқич ўтказилди. Тана ҳолати 15° кўтарилганда 15 дақиқада давомида нафас сони, пульс, артериал қон босими ва SPO2 назоратда сақланди. Клиник кўрсаткичлар ўзгариши 20% дан юқори бўлмаган ҳолатларда амалиёт 15 дақиқа давом эттирилди ва тана ҳолати олдинги вазиятга қайтарилди, бемор 2 соат тинч



ҳолатда сақлангандан сўнг олдинги ҳолатга кўшимча яна 15° га вертикаллаштирилди. Клиник кўрсаткичлар ўзгариши 20% дан юқори бўлган ҳолатларда бемор тезда олдинги ҳолатга қайтарилди ва ҳаётлик кўрсаткичлар нормаллаштирилди, вертикализация амалиёти 24 соатдан сўнг давом эттирилди.

Жадвал 1. Беморлардаги асосий клиник хусусиятлар.

Асосий кўрсаткичлар		I гуруҳ Асосий гуруҳ	II гуруҳ Назорат гуруҳи
Жами беморлар		32(100%)	40 (100%)
Жинси	Эркак	20 (62,5%)	23(57,5%)
	Аёл	12 (37,5%)	17(42,5%)
Ёши(йил)		54,6±9,4	57,7±7,3
Типи	Ишемик	32 (100%)	40(100%)
	Гемморагик	-	-
Зарарланиш ўчоғи ўлчам, см ² (n=35)		26,1 ±52,2	15,7±42,4
Зарарланиш, Локализацияси	Ўнг ярим шар	17 (53,1%)	26(65,0%)
	Чап ярим шар	13 (40,6%)	10(25,0%)
	Мия устун	2(6,3%)	4 (10,0%)
Ишемик инсульт патогенетик типи	Атеротромботик	13 (30,0%)	18(45,0%)
	Кардиоэмболик	3 (16,7%)	2(5,0 %)
	Лакунар	5(16,7%)	8 (20,0%)
	Бошқа сабаб	1 (33,3%)	0 (0,0%)
	Аниқланмаган	10(22,5%)	12(30,0%)
Касаллик бошгандан тадқиқодгача		48,8+12,0	48,3+16,5
Тана вазни индекси , кг/м'		29,11±5,3	28,2±4,6

Жадвал 2. Қандли диабет билан боғлиқ кўрсаткичлар

Асосий кўрсаткичлар	I гуруҳ	II гуруҳ
---------------------	---------	----------



	Асосий гуруҳ	Назорат гуруҳи
Қонда глюкоза	9,4±4,2 ммоль\л	4,6±2,1 ммоль\л
HgA1	7,6±3,6 %	4,7±2,3 %
Қонда мочевино	12,6±4,4 ммоль\л	6,4 ± 2,2 ммоль\л
Қонда креатинин	86±24 мкмоль\л	54±18 мкмоль\л
Диабетик нефропатия I	n=20, (62,5 %)	-
Диабетик нефропатия II	n=12, (37,5 %)	-
Диабетик полинейропатия II	n=28, (87,5 %)	-
Диабетик полинейропатия III	n=4, (12,5 %)	-
Диабетик энцефалопатия	n=24, (75 %)	-

Клиник тадқиқод натижасида асосий ва назорат гуруҳлар таққосланганда ҳар иккала гуруҳда асосан ўнг ярим шар зарарланиши, чап ярим шар нибатан камроқ ва қолган ҳолларда мия устунни зарарланиши кузатирилган. Ҳар икки гуруҳ беморларда ишемик инсультнинг аксарият ҳолларда гипертония касаллиги ҳамроҳлиги билан кечиши кузатирилди. Анамнездан асосий гуруҳ беморлар қўшимча гуруҳ беморларидан беморларидан фарқли равишда аксарият қисми гипогликемик, антиагрегант ва антигипертензив воситалар қабул қилиб келган.

Асосий ва қўшимча гуруҳларни кенг миқёсда таққослаш:

Тадқиқоднинг асосий ўлчов мезонларидан бири барча беморларда n=72 (100%) ҳолатда ҳаракат фаолиятининг бузилиши кузатилишидир. Асосий ва қўшимча гуруҳларда қуйидаги нисбатда ўчоқли симптомлар ҳам кузатирилган: прозопарез - 23 (71,5%) ва 28 (70,0%) беморда, сезги бузилиши - 30 (93,7%) ва 34 (85,0 %), дизартирия 8 (25,0%) ва 17(42,5%), гемианопсия 4 (12,5 %) ва 6 (15,0%) ҳолатларда, кўзни ҳаракатлантирувчи нерв фаолияти бузилиши 7 (21,8%) ва 9 (22,5%) ҳолатларда кузатирилган. NIHSS шкаласи



бўйича ўртача асосий гуруҳ беморларда $12,4 \pm 4,3$ баллни ва кўшимча гуруҳда $11,6 \pm 5,1$ баллни ташкил қилди.

Тадқиқоднинг 5 суткасида асосий гуруҳ беморларида қон босими даслабки кўрсаткичдан ўртача - ($p=0,01$) ва кўтарилиш бурчаги 30° ва 60° ($p=0,005$) шунингдек, бошланғич ва сўнги ҳолатларда қон босимининг кўрсаткичларининг ($p=0,001$ ва $p=0,001$ мос равишда) пасайиши кузатилди. Стабиллашган гемодинамик кўрсаткичли беморларда 5-7 суткаларда кўтарилиш бурчаги 30° , 45° , 60° 75° ва 90° га етказилди. Даволанишнинг 5 ва 7 кунларида қон босими нормаллашиб, асосий ва кўшимча гуруҳларда қон босимида сезиларли фарқи кузатилмади.

Асосий шарт адекват ортостатик ҳолатга стабил гемодинамика билан эришишдир. Адабиётларда систолик артериал қон босимнинг 20 мм с.у. дан ортиқ пасайиши ортостатик гипотензия сифатида баҳоланади (R.A. Kenny, 1986; V.Panayiotou, 1999 ва х.к.) ва миёда қон айланишининг етишмовчилиги белгилари кузатилганда машғулоти тўхтатиш керак. Бундан ташқари кўнгил айланиш ва қусиш, бош айланиши, шунингдек эс ҳуши бузилишлари кузатилиши ҳам вертикализацияни ёмон қабул қилиш сифатида баҳоланади (G. Vaddadi, 2007 ва х.к.).

Вертикализацияни яхши қабул қилмаслик тахмин қилинганда хавф омиллари таҳлили ўтказилади. Сезувчанлик адекват сақланган ҳолатларда кўрсаткичларнинг босқичма-босқич фаоллаштириш дастурида машғулотдан олдин функционал синамалар, тестлар ва нафас тутиб туриш машқлари бажарилди. Шунга қарамай гуруҳларда кам сонли беморларда бу синамани бажарганда ноадекват қабул қилиш ҳолатлари кузатилди.

Бош миёда қон айланишнишининг ўткир етишмовчилиги кузатилган беморларнинг аксарият қисми 7 сутка давомида интенсив палаталарда даво муолажаларни олдилар, бу эса ўз навбатида функционал тикланиш жараёнини сезиларли мураккаблаштирди.



Ишемик инсулт ўткир даврида қандли диабет (асосий гурух) ва қандли диабетсиз (қўшимча гурух) беморларда вертикализация ва эрта реабилитация жараёнларида мослашувчанлиги ва натижалари таққосланди. Беморларни пассив вертикализация қилишда, шу жумладан нафас ва юрак қон томир тизими фаолияти назорати остида 30°, 45°, 60°, 75° ва 90° бурчакка босқичма-босқич кўтарилди.

Жадвал- 3. Пастки мучаларни пассив буқиш (PLR) тест натижалари.

PLR test	Асосий гуруҳда (n)	Асосий гуруҳда (%)	Назорат гуруҳи(n)	Назорат гуруҳи (%)
Тўлиқ манфий	7	21,9	25	62,5
1-2 кун мусбат	9	28,1	6	15
3-4 кун мусбат	14	43,8	8	20
5-7 кун мусбат	2	6,3	1	2,5
Жами	n - 32		n-40	

PLR test натижалари 3-жадвалдан кўриниб турибдики, асосий гуруҳда тадқиқод гуруҳига нисбатан дастлабки кундаларда PLR тести кўп сонли беморларда мусбат бўлиб ($p \leq 0,001$), кейинги 3-5 кунларда ҳам назорат гуруҳига нисбатан юқори кўрсаткичда сақланди. Асосий гуруҳ беморларида дастлабки кунда пассив вертикализация жараёнида пастки мучалар пассив тести (PLR test) 78,1% ҳолатларда мусбат бўлиб назорат гуруҳида 37,5% бўлиб, специфик даво муолажалари ва эрта реабилитация тадбирлари ҳамкорлигида касалликнинг 5-7 кунларида асосий гуруҳда 6,25% , $2,3 \pm 0,07$ ва назорат гуруҳида 2,5%, $8,15 \pm 0,2$ гача ($p \leq 0,001$) пасайиши кузатилди ва бу қандли диабет билан оғриган ишемик инсултга чалинган беморларининг ортостазга назорат гуруҳига нисбатан нотурғунлигини кўрсатди.

Жадвал-4. Оғриқ ифодаланиш тести (BPS test) натижалари.

BSP test	Асосий гуруҳда (n)	Асосий гуруҳда (%)	Назорат гуруҳи(n)	Назорат гуруҳи (%)



тўлиқ манфий	15	46,9	30	75
1-2 кун мусбат	12	37,5	8	20
3-4 кун мусбат	5	15,6	1	2,5
5-7 кун мусбат	0	0,0	1	2,5
Жами	n - 32		n - 40	

Тадқиқот натижаларимизга кўра, ишемик инсулт қандли диабет фонида кечаётган беморларда оғриқ интенсивлиги BPS test дастлабки кунда 53,1% беморлар 7,8±0,24 балл даражасида мусбат бўлб 4 кун мобайнида юқори кўрсаткичларни эгаллади ($p \leq 0,001$), назорат гуруҳида BPS test дастлаб 6,4±0,31 балл даражасида 25% беморларда мусбат бўлиб 3-4 кунларда 97,5% беморларда манфий натижа беради. BPS test бўйича оғриқ интенсивлиги 1-2 баллдан юқори бўлган ҳолатлар вертикализация амалиёти кечиктирилишга сабаб бўлди.

Жадвал-5. Тадқиқоднинг 1-2 кунларида вертикализация натижалари

Вертикализация 1-2 кун	Асосий гуруҳда (n)	Асосий гуруҳда (%)	Назорат гуруҳи(n)	Назорат гуруҳи (%)
15-30°	30	93,7	22	55
30-45°	1	3,1	12	30
45-60°	1	3,1	6	15
60-75°	0	0	0	0
75-90°	0	0	0	0
Жами	n-32		n-40	

Юқоридаги 5-жадвалдан кўриниб турибдики, текширувнинг 1-2 кунларида вертикализацияни олиб бориш асосий гуруҳда 15-30°да 30 нафар (93,75%) беморда бажарилган бўлса, 30-45° ва 45-60° бурчак остидавертикализация қилиш 1 тадан (3,1%) беморда олиб борилди. Назорат гуруҳ беморларда эса 1-2 кунларда вертикализация 15-30°да 22 нафар (55%) беморда, 30-45° 12 нафар (30%) ва 45-60° (6 (15%) беморда ўтказишга имкон



бўлди. ($p \leq 0,01$), Иккала гуруҳда ҳам бирорта беморда 60-90° бурчак остида вертикализация бажарилмади.

Жадвал-6. Тадқиқоднинг 5-7 кунларида вертикализация натижалари

Вертикализация 5-7 кун	Асосий гуруҳда (n)	Асосий гуруҳда (%)	Назорат гуруҳи(n)	Назорат гуруҳи (%)
15-30°	1	3,1	1	2,5
30-45°	1	3,1	1	2,5
45-60°	3	9,4	3	7,5
60-75°	6	18,8	4	10
75-90°	21	65,6	31	77,5
Жами	n-32		n-40	

Тадқиқоднинг 5-7 кунларида 75-90° вертикализация ортостазга эришган беморлар асосий гуруҳда 65,6% ва назорат гуруҳидан 77,5% ташкил этди.

Шундай қилиб, пассив вертикализация жараёнида 1-2 кунларда қандли диабет фониди кечувчи ишемик инсультга чалинган беморларда пассив вертикализация тадбирлари 15-30° сақланган беморлар 93,8%, назорат гуруҳида 55% бўлиб, тадқиқоднинг 5-7 кунларида 90° вертикал ҳолатга етказилган беморлар асосий гуруҳ 65,6%, $8,85 \pm 0,28$, ва назорат гуруҳидан 77,5%, $16,7 \pm 0,4$, ($p < 0,001$) ташкил этди ўтказганда беморларнинг назорат гуруҳига нисбатан секинлик билан тик туриш ҳолатига турғунлик шаклланиши кузатилади.

Хулоса қилиб айтганда, ишемик инсульт қандли диабет фониди кечаётган беморларда вертикализация жараёни нисбатан секин бўлиб, узок давом этиши, шунингдек ортостатик етишмовчиликлар, диабетик полинейропатия ва диабетик нефропатиянинг турли даражаларда намоён бўлиши вертикализация ва NIHSS шкаласи бўйича неврологик нуқсонларнинг



нисбатан кам тикланганлиги, эрта реабилитация жараёнларини узокрок давом этиши ва самардорлиги камайишига сабаб бўлади.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Верешагин Н.В., Пирадов М.А. “Инсульт: муаммосини баҳолаш” Неврология журнали. Москва 2019; № 5: 4–7 бетлар.
2. М.М. Танашян, К.В. Антонова, О.В. Лагода, М.Ю. Максимова, М.В. Глебов, А.А. Шабалина, “Қандли диабет 2 тип фонида бош мияда қон айланишининг ўткир бузилишлари” «Неврология илмий маркази» РАМН (Москва) Клиник неврология, Сони 8. № 3 2014, 4-8 бетлар.
3. Шмонин А.А. Современные подходы к реабилитации пациентов с инсультом, 12-е занятие, Санкт-Петербург 2014-2015.
4. Б.Н. Маньковский, Инсульт у больных сахарным диабетом, г. Киев, Журнал Практическая ангиология: 2-1' 2010