

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ**

**АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ
БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

САЛОМОВА НИЛУФАР ҚАҲҲОРОВНА

**Масофавий технологиялар ёрдамида инсультни реабилитация
қилишнинг амбулатория босқичини ташкил этишни такомиллаштириш
ва унинг профилактик чора тadbирлари
(монография)**

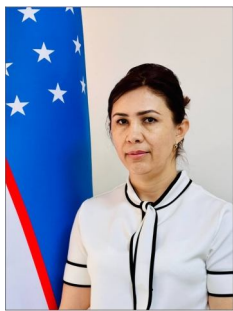
Бухоро – 2024.

Автор: Саломова Н.Қ - PhD, доцент. Бухоро давлат тиббиёт институти
неврология кафедраси ассистенти

Рецензентлар:

Хаджаева Н.А – Республика шошилиш тез тиббий ёрдам илмий маркази
Бухоро филиали шошилиш неврология бўлим мудир.

Бабажанова З.Х - тиббиёт фанлари номзоди (DSc)., Бухоро давлат тиббиёт
институти Ички касалликлар пропидевтикаси кафедраси доценти.



Саломова Нилуфар Қаҳҳоровна- PhD., доцент, Бухоро

давлат тиббиёт институти неврология кафедраси ассистенти
40 дан ошиқ илмий ишлар маҳаллий ва хорижий журналларда чоп этилган.

Монография ҳозирги замоннинг долзарб муаммоларидан бири бўлган бош миянинг ўткир қон айланиши етишмовчилигига бағишланган бўлиб, ҳозирги кунда мамлакатимиз тиббиёт соҳасини самарали тизимини ривожлантириш юзасидан, жумладан аҳолининг турли қатламлари орасида неврологик касалликларни эрта ташхислаш ва уларнинг асоратларини камайтириш, инсульт ўтказган беморларни амбулатор шароитда даволаш ва уларни кундалик ҳаётга эҳтиёжмандлик даражасини ошириш, шунингдек беморларни ҳаёт сифатини яхшилашга қаратилган кенг қамровли чоратadbирлар амалга оширилмоқда.

Монография муаллифнинг кўп йиллар давомида бажарган илмий-тадқиқот ишларининг натижаси бўлиб, олинган натижалар ташхис ва даволаш жараёнида ва инсультни амбулатор шароитда иккиламчи профилактикасини муҳим аҳамиятга эга эканлиги кўрсатилган.

Монография Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти илмий-тадқиқот ишлари режасига асосан бажарилган.

Монография неврологлар, умумий амалиёт врачлари ва тиббиёт олийгоҳининг неврология ихтисослиги бўйича клиник ординатор ва магистрлари учун мўлжалланган.

Мундарижа:

1.	КИРИШ	6
	I-БОБ. АДАБИЁТЛАР ШАРХИ	9
	§1.1. Инсулт муаммосининг ҳозирги ҳолати ва унинг оқибатлари	9 10
	§1.2 Инсултларнинг эпидемиологик жиҳатлари	21
	§1.3.Инсултларнинг биокимёвий жиҳатлари	17
	§1.4. Тиббий реабилитацияни шакллантириш ва фаолиятига асосий ёндашувлар.	25 28
	§1.5. Уч босқичли тиббий реабилитация тизимининг ишлаши	23
	§1.6. Инсулт ўтказган беморларни реабилитация қилишнинг асосий тамойиллари.	30 38
	§1.7. Инсултни реабилитация қилишнинг замонавий ёндашувлари	40
	§1.8. Инсултдан кейин тикланишни башорат қилиш имкониятлари	
2.	II- БОБ. ИНСУЛЬТНИНГ ТИББІЙ РЕАБИЛИТАЦИЯСИ ВА ТАКОМИЛЛАШТИРИШ ЙЎЛЛАРИ	42
	§1.1.Амбулатор этапда беморларни инсултдан кейинги босқичда амбулатор этапда реабилитация даволашнинг хусусиятлари	47
	§1.2.Инсулт ўтказган беморларни амбулатория реабилитациясининг жорий этилган масофавий технологияларнинг хусусиятлари	
3.	III БОБ ИККИЛАМЧИ ПРОФИЛАКТИКАНИНГ УМУМІЙ ТАМОЙИЛЛАРИ	70
	§3.1.Хавф омилларини тузатиш.	71
	§3.2.ДОРИ ТЕРАПИЯСИ	73
	§3.3.МАХСУС САБАБЛАРГА КЎРА ПРОФИЛАКТИКА	76

4.	IV-БОБ. АМБУЛАТОР ДАВОЛАНИШ ДАВРИНИНГ ВАЗИФАЛАРИ	76
5.	V-БОБ ИНСУЛЬТДАН КЕЙИНГИ ДАВРДА АСОРАТЛАРНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ VI-БОБ ТАКРОРИЙ ИНСУЛЬТНИНГ ИККИЛАМЧИ ПРОФИЛАКТИКАСИ. §6.1.МУВОЗАНАТ ВА БОШ АЙЛАНИШИ ҲОЛАТИДА ТЕРАПЕВТИК ГИМНАСТИКА БЎЙИЧА ТАВСИЯЛАР	85 96 97
6.	Хулосалар	103
7	Амалий тавсиялар	106
8	Адабиётлар рўйхати	107
9	Чоп этилган илмий ишлар рўйхати	123
10	Қисқартма сўзлар	125

КИРИШ.

ЖССТ 2019 йил маълумотларига кўра, дунёда цереброваскуляр касалликларга чалинган 32 миллиондан беморлар орасида инсульт етакчи ўринни эгаллайди (Туровина Е. Ф., Лебедева Д. И., Агафонова М. А., Барсукова Л. Л., 2019). Россия Федерациясида (РФ) ҳар йили 450 мингдан ортиқ инсульт ҳолатлари қайд этилади (Скворцова В. И., Шетова И. М., Какорина Е. Р. ва бошқ., 2018). Катта эпидемиологик тадқиқотлар маълумотларига кўра, ҳозирда меҳнатга лаёқатли ёшдаги одамларда инсульт тарқалишининг кўпайиши кузатилмоқда (Стаховская Л. В., Котов С. В., 2014). Инсультнинг қўшимча оғирлаштирувчи омили инсультдан кейинги асоратларнинг юқори частотаси бўлиб, беморлар ва уларнинг яқинларининг ҳаёт сифати ва ижтимоий ҳолатининг пасайишига олиб келади.

Цереброваскуляр касалликлар аҳоли орасида ногиронлик ва ўлимнинг энг кенг тарқалган сабабларидан биридир. Инсульт кўпинча ҳаракат, нутқ ва бошқа бузилишлар кўринишидаги оғир оқибатларни қолдиради, беморларни сезиларли даражада ногирон қилади. Инсульт билан оғриган беморларни реабилитация қилишнинг асосий мақсади уларнинг жисмоний, психологик ва касбий фаоллигини, кундалик ҳаётда мустақиллигини тиклашдир. Ушбу муаммони ҳал қилиш учун доривор ва доривор бўлмаган чора-тадбирлар мажмуи қўлланилади. Бундан ташқари, шикастланган функцияларни тиклашда ҳал қилувчи ўринни эгаллайди. Бош мия қон айланишининг ўткир бузилиши (БМҚАЎБ) энг муҳим тиббий ва ижтимоий муаммолардан биридир. Инсульт ҳар 1000 аҳоли сонига 2,5-3 ни ташкил қилиб, ундан кейинги ногиронлик барча ногиронликлар орасида ҳар 10000 аҳолига 3,2 ни ташкил қилади [1]. Миллий реестр маълумотларига кўра, инсульт билан оғриган беморларнинг 31% доимий парваришга муҳтож ва 20% ўзи юра олмайди. Омон қолган беморларнинг тахминан 20% аввалги ишларига қайтишга қодир. Шу билан бирга, биринчи инсультдан кейин такрорий БМҚАЎБ хавфи кейинги беш ва ўн йил ичида мос равишда 26 ва 39% ни ташкил қилади [1-3].

Ишемик инсультга учраган беморларни бошқариш тактикаси асосан неврологик (motor, ҳиссий, когнитив ва ҳиссий) касалликларнинг хусусиятлари билан баҳоланади. Мавжуд бузилишларнинг оғирлигига қараб, баъзи беморларни яшаш жойидаги поликлиникада кузатиб бориш ва ишемик инсультнинг иккиламчи профилактикаси бўйича тавсияларга амал қилиш кифоя, бошқа беморлар эса уйда, поликлиникада реабилитациядан ўтишлари ёки ихтисослашган марказлар боришлари зарур ҳисобланади. Ҳаракат функцияларининг энг фаол тикланиши инсультдан кейинги дастлабки уч ой ичида содир бўлади, шунинг учун бу даврда реабилитация чоралари айниқса муҳимдир [4-6].

Сўнгги ўн йилликларда инсульт ташхиси ва даволаш соҳасидаги илмий кашфиётлар инсультга чалинган беморларни бошқаришга ёндашувларни тубдан ўзгартирди. Мамлакатимизда 2006-2008 йилларда "Соғлиқни сақлаш" миллий лойиҳасини амалга ошириш доирасида қон томир касалликлари билан оғриган беморларга тиббий ёрдамни ташкил этишни такомиллаштириш бўйича мақсадли дастур қабул қилинди, натижада ихтисослаштирилган қон томир марказларини яратиш. Ушбу таркибий ва функционал ўзгаришлар қон томир фалокатларининг ўткир даврида цереброваскуляр касалликлардан ўлимнинг пасайишига ёрдам берди (Лебедева Д. И., Брйнза Н. S., Куликова И. В., Акарачкова Е. S., Орлова А. S., 2017). Инсульт учун ихтисослаштирилган интенсив терапия бўлимларининг танқислиги инсульт билан оғриган беморларда функционал натижани яхшилашга монелик қилмоқда. Шу билан бирга, касалхонада ва амбулатор даволаниш босқичларида иложи борица инсультли беморларни реабилитациясини ташкил этишнинг долзарблиги оша бошлади.

Соғлиқни сақлаш тизимининг муҳим вазифаларидан бири инсультнинг иккинчи даражали профилактикасининг замонавий самарали усуллари жорий этишга қаратилган чора-тадбирларни ишлаб чиқиш зарурияти ҳисобланади.

Умуман олганда, ижтимоий соҳада ва тиббий-ижтимоий реабилитация соҳасида қонунчиликни шакллантириш ва ривожлантиришда етакчи рол Германия, Франция, Буюк Британия каби Европа мамлакатларига тегишли (Жунгехулсинг Г. Я., Ендрес М., 2015; Стаховская Л. V., 2017). Германияда реабилитация ёрдамини ташкил этиш тажрибаси шуни кўрсатадики, амбулатория босқичини мажбурий киритиш билан тузилган кўп тармоқли реабилитация инсультдан кейин муваффақиятли тикланишнинг калитидир. Бундай ёндашув салбий натижаларни, шу жумладан ногиронликни сезиларли даражада камайтириши ва беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилашга ҳисса қўшиши мумкин (Лиебенау А., Стеинбринк Ж., С., 2014; Стаховская Л. V., 2017).

Шу билан бирга, мамлакатимизда реабилитация ёрдамини кўрсатиш билан боғлиқ амалдаги қонун ҳужжатлари аҳолининг ижтимоий ҳимояга муҳтож тоифаларини, умуман, тиббий ва ижтимоий реабилитациянинг замонавий талабларига тўлиқ жавоб бермайди (Осадчих А. И., Пузина С. Н., Ачкасова Е. Е., 2020).

Реабилитациянинг янги усулларини ўрганиш соҳасидаги хорижий ва маҳаллий тадқиқотларни таҳлил қилганда, тўғри ташкил этилган тиббий реабилитация билан ногиронлик даражаси сезиларли даражада пасайиши қайд этилди (Долгих Т. И., 2012; Аминев Р. А. ва бошқ. 2014). Инсультли беморлар учун реабилитация тадбирларининг мураккаблиги ва узлуксизлиги максимал натижаларга эришишнинг асосий шартидир (Рачин А. Р., Нувакхова М. В., Вйговская С. Н. ва бошқ. 2020) қоида тариқасида, инсульт билан оғриган беморлар мобил чекланган бўлиб, бу кўпинча неврологик патологиянуқсоннинг мавжудлиги ва амбулатория реабилитация муассасаларига мустақил ташриф буюришга тўсқинлик қиладиган бир қатор бошқа объектив сабаблар билан кучаяди (Писова Н. V., 2020).

Соғлиқни сақлаш тизими ва умуман жамият учун инсульт учун тўлиқ реабилитацияни ташкил этиш муаммосининг муҳимлигига қарамай, нашр

этилган тадқиқотлар таҳлили инсультдан кейинги беморларни амбулатория босқичида ресторатив даволашни ташкил этишга етарлича эътибор берилмаганлигидан далолат беради (Вялов А. И., Сквирская Г. Р. ва бошқ. 2017; Домашенко М. А., Ахмадуллина Д. Р., 2020).

Ушбу ҳолатлар ушбу тадқиқотнинг реабилитация даволаш жараёнига анъанавий, кинезотерапия ва физиотерапия муолажалари билан бирга масофавий технологияларни киритиш билан инсульт учун тиббий реабилитациянинг амбулатория босқичини яхшилаш учун долзарблигини белгилайди.

I-БОБ.

АДАБИЁТЛАР ШАРХИ

§1.1. Инсульт муаммосининг ҳозирги ҳолати ва унинг оқибатлари

Сўнгги йилларда бош миани қон билан таъминлашнинг ўткир бузилишларини ташхислаш ва даволаш соҳасида эришилган ютуқларга қарамай, инсульт ҳали ҳам бутун дунёда энг долзарб тиббий, ижтимоий ва иқтисодий муаммолардан бири бўлиб қолмоқда. Жаҳон тараққиёт ҳисоботига кўра, дунёда ҳар йили 30 миллионга яқин инсульт халқаро эпидемиологик тадқиқотлар томонидан қайд этилади [105]. Инсульт билан касалланиш мамлакатнинг иқтисодий ривожланиш даражасига қараб ўзгаради [87]. Японияда йилига миёна қон айланишининг бузилишининг энг юқори тарқалиши 500 минг аҳолига 100 дан ортиқ ҳолат, энг паст даража Англияда, шунингдек Норвегия, Швеция, Исландия, Данияда — 300 мингга 100 дан ортиқ ҳолат, [87]. Россияда 450 йилда 2018 мингдан ортиқ инсульт ҳолатлари қайд этилган [33]. ЖССТ прогностик маълумотларига кўра, инсультлар сони ҳар йили хорижда ҳам, Россия Федерациясида ва бошқа мамлакатларда, шу жумладан Ўзбекистонда ҳам барқарор ўсиб боради, кўплаб тадқиқотчилар бунини умр кўриш давомийлигининг ошиши, шунингдек, юрак-қон томир касалликларининг кўпайиши билан боғлашади [87].

Мия қон айланишининг ўткир бузилишлари ушбу тоифадаги беморларни даволаш, тиклаш ва жамиятга реинтеграция қилишнинг юқори харажатлари туфайли иқтисодиётга катта йўқотишларга олиб келади [19, 25]. Доимий ногиронликка олиб келадиган касалликлар орасида меҳнат қобилиятининг йўқолиши биринчи ўринни эгаллайди [2, 4, 18]. Қон томир жарахатидан кейин беморларнинг меҳнат қобилиятини йўқотиш билан ногиронлиги замонавий жамиятнинг асосий муаммосидир. Маълум бўлишича, мия қон айланиши бузилган беморлар орасида меҳнатга лаёқатли ёшдаги одамларнинг 25% дан кўпроғи ўз фаолиятини давом эттира олаётдилар, инсультга учраган беморларнинг 20-30 фоизда чекланган ҳаёт имкониятлари сақланиб қолади, беморларнинг тахминан 80% доимий тиббий ва/ёки ижтимоий давлат ёрдамига муҳтож [8, 95]. Америка Қўшма Штатларида (АҚШ) мия қон айланиши бузилган ҳар бир беморни даволаш, тиклаш ва иккиламчи профилактика учун давлат томонидан қилинган харажатлар йилига 50 минг доллардан ошади. Россияда молиявий харажатларнинг умумий даражаси анча юқори, чунки инсульт билан касалланиш АҚШга нисбатан 4 баравар юқори ва инсультга учраган битта беморни даволашнинг минимал қиймати йилига тахминан 150 минг рублни ташкил қилади. Россия Федерациясида мия қон айланишининг бузилиши билан боғлиқ даволаниш, тикланиш ва ногиронликнинг умумий қиймати (йилига 450 минг ҳолат бўйича) 350 миллиард рублдан ортиқ.

§1.2 Инсультларнинг эпидемиологик жиҳатлари

Инсульт, ВОЗ таснифи бўйича, мия қон айланишининг бузилиши натижасида ривожланаётган ва 24 соатдан ортиқ давом этадиган ёки ўлимга олиб келадиган фокал ва/ёки ўчоқли мия белгиларининг тўсатдан пайдо бўлишидан келиб чиқадиган клиник синдромдир [30, 45, 204]. Бутун дунёда мия инсулти билан касалланиш ва ўлим энг юқори кўрсаткичлардан бири бўлиб, аҳолининг ўлими ва ногиронлиги олиб келувчи жиддий муаммодир [4, 46, 126]. Халқаро эпидемиологик тадқиқотлар кўра, жаҳоннинг кўпгина

мамлакатларида инсултдан кейинги ўлим кўрсаткичи 2-3-ўринни эгаллайди [33, 45, 46]. Инсулт тарқалишининг энг юқори даражаси Нигерия, Ибадан, Мўғулистон, Ҳиндистон, Украина, Грузия ва Бразилия каби яшаш даражаси паст бўлган мамлакатларда қайд этилган. Иқтисодий ривожланиш даражаси юқори бўлган мамлакатларда, масалан, АҚШ, Япония, Финляндия, Австралия, Греция ва Италияда инсултнинг энг паст даражаси қайд этилган [204, 261]. Ушбу мамлакатларда инсултнинг олдини олиш, хавф омилларини ўз вақтида аниқлаш ва коррекция қилиш, инсултни даволашнинг янги юқори технологияли усулларини жорий этишга алоҳида эътибор қаратилмоқда. Аксарият муаллифларнинг фикрича, инсон саломатлиги ҳолати ҳам кўп жиҳатдан турмуш тарзи, иқлим шароити ва тиббий ёрдам тизимига боғлиқ [94, 126, 157]. БМҚАЎБ дан ўлим даражаси барқарор дунёнинг кўпгина мамлакатларида ортиб бормоқда [57,60,64,67,68,69,72,73]. ЖССТ статистика маълумотларига кўра, БИҚАЎБ частотаси 1000 ахоли сонига 1.5 дан 5.1 га ошди [134,148,149,150]. Lancet тадқиқотлари инсулт билан касалланиш ва ўлим даражасини аниқлади. Тадқиқотга кўра, 16,9 миллион бемор биринчи марта БМҚАЎБ га чалинган. Дунё бўйлаб инсулт билан боғлиқ ўлимлар йилига 5,9 миллион ҳолатни ташкил этди. Россияда инсулт билан касалланиш ўртача 3360 миллион кишига 1 та ҳолат ёки йилига 3,3-3,4 1000 кишига тўғри келади. Россияда ҳар йили 550 минггача янги инсулт ҳолатлари қайд этилади. Россия Федерациясида инсултдан ўлимнинг умумий даражаси йилига 374 аҳолига 100 000 кишини ташкил қилади. Ўтқир даврда ўлим даражаси 35% гача етади. Америка Қўшма Штатларида инсултдан кейинги ўлим ўлим сабаблари орасида учинчи ўринни эгаллаб, ҳар йили 750 минг кишига касалланади, биринчи марта ташхис қўйилган беморларнинг 30% биринчи йил ичида вафот етади [99,130]. Великобританияда ҳар йили БМҚАЎБ га қарши курашиш ва олдини олиш бўйича миллий дастурларни олиб боради, аммо миянинг қон томир касалликлари билан касалланиш 150 минг атрофида учрайди ва ўлим даражаси, Ақшдаги каби, учинчи ўринда [128,132]. Россия

Федерацияси ҳудудларида қайта инсультлар эпидемиологик кўрсаткичлар таҳлилига кўра (Худудий аҳоли реестрига 2009-2014 натижалари асосида), ўлим даражаси 25-43% ташкил этган [4, 165]. БМҚАЎБ катта ёшдаги аҳолининг ногиронликка олиб келувчи етакчи сабабидир, у беморларнинг 76% қисман зарар ва 10% ҳолларда меҳнат қобилиятининг тўлиқ йўқолиши билан ифодаланади[10, 116, 117, 118]

Инсульт муаммолари билан шуғулланадиган тадқиқотчиларнинг фикрига кўра, БМҚАЎБ да ногиронлик ва беморларни Сўнгги 20 йил ичида инсульт билан касалланиш динамикасини баҳолашда аҳоли орасида кам даромадли мамлакатларда касалланиш даражаси ошди [108,110,120,121,122, 123,125,139,140]. Кристофер Ж Л Murray бошқ. (2010, 2013) тизимли текширувлар, яъни дунёнинг турли минтақаларидаги 188 мамлакатда инсульт билан боғлиқ ўлим ва ногиронлик бўйича йўқотилган ҳаёт йилларини таҳлил қилдилар. Кенг кўламли тадқиқот Жаҳон Соғлиқни сақлаш Ташкилотининг касалликларнинг Global юки дастури (WHO Global Burden of Disease дастури) доирасида бўлиб ўтди. Олиб борилган таҳлилларда инсульт билан касалланиш тўғрисидаги маълумотлар келтирилган бўлиб, бу мамлакатнинг паст иқтисодий даражаси ва инсульт сони ва частотасининг кўпайиши ўртасидаги ижобий кучли боғлиқликни акс эттиради, бу эса ўрганилаётган мамлакатда соғлиқни сақлаш иқтисодиётига катта тиббий ва ижтимоий таъсир кўрсатади. Юқори даромадли ва кам даромадли мамлакатларни таққослаб, ўрганилаётган мамлакатлар ўртасида БМҚАЎБ касаллигида сезиларли фарқни (10 марта) кузатиш мумкин. Шарқий Европа, Шимолий Осиё, Марказий Африка ва Жанубий Океания минтақасида инсульт билан боғлиқ ўлимнинг юқори кўрсаткичлари кузатилмоқда. Ўрганилган 188 мамлакатдан инсультдан кейинги ўлими бўйича Россия биринчи ўринда (251 минг аҳоли учун 100), Қирғизистон иккинчи ўринда (237 минг аҳоли учун 100) ва Сейшел ороллари охириги ўринда (24 минг аҳоли учун 100). Австралия, АҚШ, Канада, Швейцария каби иқтисодий ривожланган мамлакатлар охириги ўринлардан бирини

эгаллайди (мос равишда 184, 186, 189 ва 191), улар инсултдан ўлим даражаси паст (Австралияда 33 минг аҳолига 100, Ақшда 32, Канадада 27, Швейцарияда 26).). Барча 188 мамлакат учун ММР дан ўртача ўлим даражаси 111 минг аҳолига 100 та ҳолат. Аҳоли жон бошига кам миллий даромад инсултдан ўлим ва йўқотишнинг кучли башоратчиси эканлигини исботлади (миянинг п. Виленский (2010), Россия инсульт [12,13] касалланиш жиҳатидан иқтисодий ривожланган мамлакатлар орасида етакчи ўринлардан бирини эгаллайди. Муаллифлар (Е. И. Гусев, В. И. Скворцова, Л. V. Стаховская, 2007, 2010, 2013) шуни кўрсатадики, Россияда ҳар йили 450 минг киши инсултдан азият чекади, шундан 15% касалликнинг ўткир даврида вафот этади. Мия қон айланишининг бузилиши билан кечадиган касалликлар орасида бош миянинг ишемик зарарланиши устунлик қилади. Халқаро кўп марказли тадқиқотлар маълумотлари, шунингдек, Ўзбекистон бош неврологи Гафуров Б. Г. томонидан тақдим этилган маълумотлар геморрагик ва ишемик инсульт нисбати ўртача 4,8:1,2 эканлигини тасдиқлайди. Ишемик инсултнинг ҳалокатли оқибатларини таъкидлаш керак, яъни беморларнинг 80% ногирон бўлиб қолади, ўткир даврда ўлим 29%, биринчи йил охирига келиб 59% га этади. Омон қолган беморлар орасида қайта инсульт биринчи йил давомида 5-25%, 3 йил ичида – 18% ва 5 йилдан кейин – беморларнинг 20-40% да ривожланади. Қайта инсултда ўлим ва ногиронлик эҳтимоли биринчисига караганда юқори. Ҳозирда инсульт туфайли дунёдаги ногиронлар сони 2 миллиондан ошади. Қон томир нафақат беморнинг, балки унинг қариндошлари ва унга ғамхўрлик қилаётган одамларнинг ҳаётини ўзгартиради. 1 йил 2017 январ ҳолатига кўра Ўзбекистон Республикаси аҳолиси 30 622 000 дан ошди. Умумий ўлим таркибида қон айланиш тизими касалликлари 61,7%, онкологик касалликлар – 7,6%, нафас йўллари касалликлари – 6,1%, бахциз ҳодисалар, заҳарланиш ва жароҳатлар – 6,1%, овқат ҳазм қилиш тизими касалликлари – 5,8% ни ташкил етди. Ўзбекистонда сурункали цереброваскуляр етишмовчилик муаммосининг ҳолати жуда

долзарбдир. 2012 йилда Ўзбекистон Республикасида қон айланиш тизими касалликлари 5,799 та 100,000 аҳолига тўғри келди, шундан инсульт каби асоратлар 150 та 100,000 аҳолига тўғри келди (Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги, Гафуров Б. Г., 2013). Шу билан бирга, Ўзбекистоннинг катталар аҳолиси 62,5% ни ташкил қилади. Ўзбекистонда ҳар йили 64 000 дан ортиқ инсульт ҳолатлари қайд этилади. Шунини ҳам таъкидлаш керакки, қишлоқ жойларда инсульт билан касалланишнинг кўпайиш тенденцияси мавжуд. Инсульт таъсиридан касалхонада ўлим даражаси 17,4%, қишлоқ жойларда эса шаҳарга қараганда 1,5 барабар юқори. Бош миё инсультдан кейин ногиронлик ўртача 83,8% ни ташкил қилади, шаҳарларда (94,7%) қишлоқ жойларига қараганда (72,9%) юқори. Шундай қилиб, агар қишлоқ жойларида ўлим даражаси юқори бўлса, унда беморларнинг омон қолиш даражаси юқори бўлганлиги сабабли шаҳарларда ногиронлик фоизи юқори бўлади. Бу ҳолат муҳим ижтимоий муаммодир, чунки бугунги кунда Ўзбекистонда 150 000 га яқин ногиронлар доимий парваришга муҳтож. Агар уларнинг ҳар бири икки меҳнатга лаёқатли катталарга ғамхўрлик қилишни талаб қилишини ҳисобга олсак, бу муаммонинг иқтисодий томони аён бўлади. Кўп марказли Европа ва Америка рандомизацияланган синовлари каротис артерия стенози ва сурункали цереброваскуляр етишмовчилик белгилари бўлган беморларда жарроҳлик даволашнинг консерватив даволанишдан устунлигини узоқ вақтдан бери исботлади.

Шунини таъкидлаш керакки, инсультнинг оқибатлари касалликнинг сабаблари орасида ногиронликнинг асосий сабабидир [16,17,18,19,20,56,58,59]. Инсультдан омон қолганлар орасида 10% дан кўпроғи аввалги фаолият ва иш даражасига қайтмайди. Ногиронлик ва инсультдан кейин ўз-ўзини парвариш қилиш, ногиронлик гуруҳларини тайинлаш касалхонадан чиққандан кейин беморларни даволаш ва парвариш қилиш учун юқори молиявий харажатларга олиб келади [45, 126, 148]. Қон томирлари соҳасидаги илмий-тадқиқот, амалий, санитария, ўқув ва маърифий тадбирларда мувофиқлаштирувчи ўрни

ҳозирда мутахассисларнинг касбий бирлашмалари томонидан амалга оширилмоқда. Миллий инсульт ассоциацияси (НАБИ, Президент – Professor E. I. Гусев) реабилитологлар уюшмасида (раис – проф.D. M. N. G. E. Иванова) яқин ҳамкорликда фаол ишламоқда [76, 138]. Инсультни назорат қилиш бўйича халқаро ҳамкорлар Европа инсульт ассоциацияси, Еуропен инсульт ташкилоти (ЕСО, ижроя кўмитани Нидерландия Президенти доктор Барт ван дер Ворп Утрехт, Германия Президенти, professor Martin Дичганс Мюнхен, Professor Урс Fischer Берн Швейцария, бош котиб, professor Валерия Касо Perugia Италия, ўтган Президент), Америка ассоциацияси юрак касалликлари, Америка инсульт ассоциацияси, Америка юрак 14 ассоциацияси, Америка инсульт ассоциацияси (АХА / АСА, Бош Ижрочи директор Ненси Braun, Президент Ивор Ж. Benjamin, МД, Фаха) [179, 211]. Ижтимоий медиа платформалари кўринишидаги янги ахборот технологияларининг жорий этилиши беморлар ва уларнинг қариндошларининг касаллик ҳақидаги билим даражасини, шифокорлар билан онлайн мулоқот қилиш имкониятини оширишни ваъда қилмоқда. Россия Федерацияси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ва Россия реабилитологлари Иттифоқи кўмагида Стоп Stroke веб-сайти федерал ижтимоий ва таълим лойиҳаси сифатида яратилган [142, 170, 192, 244]. Global миқёсда мия қон томирлари муаммоси махсус давлат назорати остида. Россия Федерацияси ҳукумати соғлиқни сақлаш соҳаси етакчи соҳалардан бири бўлган устувор миллий лойиҳаларни ишлаб чиқди. 2007 йилдан бери "Россия Федерацияси ҳудудларида инсульт ва миокард инфарктидан ўлим ва касалланишни камайтириш" Миллий лойиҳаси ишламоқда. 2008 йилдан бошлаб "Соғлиқни сақлаш" устувор миллий лойиҳаси доирасида Россия Федерацияси субъектларида минтақавий ва бирламчи қон томир марказлари ташкил этилди, бу ерда беморларга ёрдам сифатини яхшилаш учун замонавий диагностика, терапевтик ва реабилитация технологиялари жорий этилмоқда. [47].

Эпидемиологик ишемик инсульт ривожланиш механизмларини маълумотларни таҳлил қилишда хавф омилларининг аҳамиятлилигини исботлади [16, 92, 224, 243]. Ҳозирги вақтда ўзгартириб бўладиган ва ўзгартириб бўлмайдиган хавф омиллари ажратилади [92, 157, 204]. Ўзгартириб бўлмайдиган омилларга ёш, жинс, ирқ, ирсий мойиллик, ишемик инсульт ва вақтинчалик ишемик ҳужум киради [183, 201, 143, 248]. Инсульт ҳар қандай ёшдаги одамларда, шу жумладан болалар ва ёшларда пайдо бўлиши мумкин. Бироқ, у энг тез-тез 55 ёшда, кейин инсульт касалланиш ҳар ўн [2, 165, 172] икки баробарга, катта одамларда рўйхатга олинган. Катта ёшдаги гуруҳ вакиллари фон ва бирга келадиган касалликларнинг тўпланиши туфайли инсульт учун "нишон" ҳисобланади [7, 73, 107, 193]. Шу билан бир вақтда, охирги ўн йил ичида, тадқиқотчилар инсульт [222, 248] ёшаришини қайд этишди. 45 ёшгача бўлган беморларда ишемик инсульт ўртача 15% ҳолларда учрайди. Ёшлар орасида инсультнинг асосий сабаблари илгари аниқланмаган тромбофилия ва бошқа генетик сабаблар, васкулит, юрак ритмининг бузилиши, гипертензияни вақтида назорат қилмаслик, шунингдек чекиш, семириш, спиртли ичимликлар ва гиёҳвандликнинг юқори фоизи, ҳаракатсиз турмуш тарзи ва бошқалар. [36, 56, 112, 157]. 60 ёшгача бўлган ёш гуруҳида аёлларга нисбатан эркакларда инсультнинг кўп тарқалиши аниқланди [34, 45, 100]. Бу жинсий гормонларнинг глюкоза ва липид метаболизмига таъсири, тананинг нейрогуморал тизимларининг ҳолати, шу жумладан ренин-ангиотензин-альдостерон тизими билан боғлиқ деб тахмин қилинади [183, 202]. Бундан ташқари, эркаклар чекиш ва спиртли ичимликларни суиистеъмол қилишга кўпроқ мойил бўлишлари ва хавф омиллари, биринчи навбатда қон босими даражасини назорат қилмасликлари шу жумладандир. 60 ёшдан кейин эркаклар ва аёлларда инсульт билан касалланиш тахминан бир хил [73, 201]. Афро-америкалик ва Осиё ирқларининг шахсларида инсульт билан касалланиш умумий аҳолига нисбатан 1,25 баравар юқори бўлган. Тадқиқотчилар бу ҳақиқатни асосан ҳаёт

сифатининг пастлиги ва тиббий ёрдамнинг камлиги билан изоҳлайдилар[177, 223, 248, 253]. Бирламчи ишемик инсульт ва вақтинчалик ишемик ҳужум такрорий инсульт хавфини 9 баробар оширади, бу умумий аҳолининг 30% ни ташкил қилади [33, 66, 106, 135, 129]. БМҚАЎБдан кейинги дастлабки икки йил ичида қайта инсультнинг умумий хавфи 4 дан 14% гача ва биринчи ой давомида тирик қолганларнинг 2-3% да, биринчи йилда – 10-16% да такрорий ишемик инсульт ривожланади., кейин инсульт хавфи ҳар йили тахминан 5% ни ташкил қилади [4, 119, 131, 151, 165]. Баъзи муаллифларнинг фикрига кўра, инсульт билан оғриган беморларнинг кўпчилигида икки ёки ундан ортиқ хавф омилларининг бирга кўшилиб келиши аниқланади [45, 189]. Ишемик инсультнинг клиник кўриниши ва диагностикаси ишемик инсультнинг этиологик гетерогенлиги тушунчаси унинг асосий патогенетик субтипларини аниқлашга асосланади [1, 74, 146]. Ишемик инсультнинг маҳаллий ва хорижий таснифларининг турли хил вариантлари мавжуд, аммо ҳозирги вақтда халқаро TOAST мезонлари (ўткир инсультни даволашда ОРГ 10172 синови, 1993) клиник амалиётда ва илмий тадқиқотларда энг кенг тарқалган бўлиб, 24 терапевтик тактикани танлаш ва инсультнинг иккиламчи олдини олиш учун муҳим воситадир [41, 45, 209, 254]. TOASTга кўра, ишемик инсультнинг бешта патогенетик субтипи мавжуд: атеротромботик, кардиоэмболик, лакунар, бошқа белгиланган этиологиянинг инсулти ва номаълум (ёки криптоген) инсульт. Энг кенг тарқалган атеротромботик ва кардиоэмболик вариантлар. [74,176, 249]. Атеротромботик субтип ишемик инсульт таркибида 34-50% ни ташкил қилади[41, 45, 46, 254]. Тадқиқотчиларнинг фикрига кўра, прецеребрал ва интракраниал артерияларнинг окклюзив стеностик зарарланиши, шунингдек, беқарор пилакчалар юзасидан артерио-артериал эмболия атеротромбоз шаклланишида муҳим рол ўйнайди [52, 74, 146]. Бошнинг асосий артерияларидан бирининг 70% дан ортиқ стенози бўлган беморларда инсульт эҳтимоли 50% гача. Аускултацияда уйқу артерияларидаги шовқинни аниқлайди. Бўйин томирларида 50% дан ортиқ атеросклеротик

стенозлар ёки окклюзия ультратовуш ёки ангиография билан тасдиқланади ва кўпинча ички уйқу артерияси, асосий ва ўрта мия артериясининг оғзи ва сифонида аниқланади [45, 46, 195]. Гемодинамик жиҳатдан муҳим бош мия артерияси стенози диаметри 1,5 см дан ортиқ ипсилатерал мия инфарктининг ривожланишига олиб келади, анамнезида кўпинча вақтинчалик ишемик хужумлар кузатилади [52, 146, 167]. Кардиоэмболик тури 22-39% ҳолларда чап артерия ёки юрак клапанларидан эмбол ва қон қуйқалари шаклланиши туфайли юзага келади [74, 146, 226]. Адабиётларда кўпроқ юрак касалликлари Кардиоген эмбологенезда ривожланиши билан боғлиқлиги тасвирланган [41, 82, 111]. Атриал фибрилация (АФ) етакчи ўринни эгаллайди, АФ билан оғриган беморларни даволаш бўйича тавсиялар CHA2DS2-VASc шкаласи бўйича тромбоэмболик асоратлар учун хавф омилларини мажбурий табақалаштиришни ўз ичига олади (конжестиф юрак етишмовчилиги, гипертония, ёш, қандли диабет, инсульт, қон томир касалликлари, ёш, жинс тоифаси) [20, 28]. Адабиётга кўра, кардиоцеребрал эмболиянинг локализацияси ўрта мия артерияси бўлиб, кўпинча чап, ишемик фокуснинг геморрагик ўзгариши тез-тез учрайди [74]. Кардиоэмболларнинг шаклланишининг бир нечта вариантлари чап атриадан атриал фибрилацияда, чап қоринчадан ўткир миокард инфаркти ва инфарктдан кейинги кардиосклерозда, юрак клапанлари протези, бактериал эндокардит ва бошқа патология туфайли қопқоқ қопламалари билан кўрсатилган. [25, 74, 100]. Лакунар инсульт барча ишемик инсультларнинг 20% дан ортиғини ташкил қилади. Бу гипертония, қандли диабет, қон томир атеросклероз фонида, ангиопатияда, кичик калибрли артерияларнинг тикилиб қолишидан келиб чиқади [45, 146, 167]. Ўчоқ 1,5 см гача бўлган кичик ўлчам билан тавсифланади, асосан субкортикал тугунларда, кўприкда, семиовал марказда, ярим шарларнинг оқ моддасида, улар ҳар доим ҳам КТ маълумотлари билан аниқланмайди. У асосан чегараланган неврологик синдром сифатида намоён бўлади – мотор, ҳиссий етишмовчилик, дизартрия, атаксия, инсультнинг

кечиши, кўпинча бузилган функцияларни тўлиқ тиклаш билан кечади[45, 46]. Бошқа этиологиялар туфайли келиб чиқадиган инсульт ишемик инсультнинг (ИИ) бошқа сабаблари орасида 5% дан 15% гача ташкил қилади[45, 46, 146]. Адабиёт маълумотларига кўра, бу гуруҳдаги асосий сабаблар артериал диссекция, атеротромботик бўлмаган васкулопатиялар, мигрен ва тромбофилит [30, 130]. Рус муаллифлар фикрига кўра, бу кичик гуруҳга бош миянинг кичик артерияларининг атеросклерози ва тизимли гемодинамик бузилишлар фонида ривожланадиган гемодинамик инсульт кириши мумкин [1, 46]. Ушбу турдаги инсульт учун қон таъминотининг қўшни жойларида кортикал инфарктлар ёки занжир шаклида оқ моддада чуқур ўчоқлар билан тавсифланади [45, 46, 74]. Юзага частотаси номаълум сабаб билан юзага келган инсультлар барча ишемик инсультларнинг 9% дан 13% гача ташкил қилади[176, 259] ёшлар орасида – 40% гача учрайди[100, 112, 218]. Беморларнинг ушбу гуруҳи мия жарохатининг ҳақиқий сабабини аниқлаш ва етарли даражада иккиламчи профилактикани танлаш учун тўлиқ текширувга муҳтож. Бир қатор тадқиқотлар шуни кўрсатдики, энг кўп учрайдиган сабаблар тромбофилия, васкулит, гипергомоцистеинемия билан фолат циклининг бузилишидир. Қандай сабаб бўлишидан қатъий назар, мия ишемияси глутамат экзотоксиклик, ҳужайра ичидаги калций тўпланиши ва липид пероксидининг активлаштириш ва апоптоз ривожланиши билан патогенетик ишемик каскад ривожланади [30, 45, 180]. Ишемик инсультлар умумий сонининг 90% гача каротид ҳавзасида [55] учрайди. Клиник кўриниш ишемик фокуснинг жойлашуви ва ҳажмига боғлиқ [198]. Ички уйқу артериясининг (ИУА) шикастланиши учун оптик пирамидал синдром, ярим шарларда кенг инфаркт соҳаси билан кесишган гемиплегия, гемигипестезия, афазия, аграфия, алексия ва анозогнозия билан тавсифланади. Муаллифлар томонидан чап томонлама ички уйқу артериясининг шикастланишида юзага келган афазиянинг долзарблиги ва ижтимоий аҳамиятини тасвирлайдилар [61, 81]. Сенсор афазия орқа кортикал шохларнинг ҳавзасида учрайди, кортикал

шоҳларнинг шикастланиши сенсор ва мотор белгилари билан кортикал афазиянинг ривожланиши билан тавсифланади, ўтказувчан афазиянинг ривожланиши чапдаги оролнинг шикастланишига хосдир. Бошқа муаллифлар чап ўрта мия артерияси ҳавзасида инсултга учраган беморларда когнитив бузилишнинг оғирлигини кўрсатади [54, 153]. Ўрта мия артерияси (ЎМА) ҳавзасидаги зарбалар 34% гача энг кенг тарқалган. ЎМА нинг проксимал сегментлари таъсирланганда контралатерал гемипарез, гемигипестезия, афази (чап ярим шар), гомоним гемианопия ва неглект синдроми билан кенг ўчоқли инсултлар пайдо бўлади. Кортикал шоҳларнинг зарарланиши мучаларинг дистал қисмида контралатерал гемипарез, гемигипестезия, мотор ва сенсор афазия, апраксияси билан тавсифланади. Олд мия артерияси (ОМА) ҳавзасидаги зарарланиш камроқ учрайди, 1,7% -15% ҳолларда [182, 214, 229]. Зарарланиш семиотикаси оёқнинг дистал қисмларида ва камроқ даражада кўлда ҳаракат етишмаслигини ўз ичига олади. Рухиятнинг бузилиши учун характерли- мотивациянинг пасайиши ёки аксинча, хулқ-атвори идоро этишининг бузилиши, спонтанлик ва қўзғалувчанлик, мутизм, мотор фаолиятини режалаштиришнинг бузилиши, фронтал атаксия синдроми, дисбазия билан тавсифланади. Турли маълумотларга кўра, орқа мия артериялари (ОМА) ҳавзасида мия инфарктлари барча ишемик инсулт ҳолатларининг 10-25% ни ташкил қилади [45, 46, 154]. Клиник кўриниш атаксия, бош айланиши, ўзгарувчан синдромларнинг шаклланиши, гемианопсия, диплопия, псевдобулбар синдроми билан тавсифланади. Пастки орқа церебеллар артерия синдроми ўзгарувчан синдромлар кўринишидаги клиник кўринишлар билан тавсифланади. Классик Валленберг-Захарченко синдроми бўлиб, у бош айланиши, кўнгил айланиши, қусиш, бульбар зарарланиш, юзнинг оғриқ ва ҳарорат гипестезияси, мияча атаксия, Горнер синдроми фокус томонида, қарама-қарши томон гемигипестезия билан намоён бўлади. Бошқа клиник вариантлардан - Авеллис, Жексон, Шмидт синдроми ва бошқалар бўлиши мумкин. [154, 230]. Пастки олдинги церебеллар

артериянинг шикастланиши Мияра-Гублер, Фовил, Вебер, Бенедикт ва Клод синдромининг ривожланиши билан тавсифланади. Лабиринт артериясининг окклюзияси алоҳида ҳолда содир бўлиши ва ўзини бош айланиши ва тўсатдан бир томонлама карлик сифатида намоён қилиши мумкин. Юқори церебеллар артериянинг окклюзияси билан бош айланиши тез-тез учрайди, ўчоқ томонида церебеллар атаксия. Базилар артериясининг шикастланиши окуломотор бузилишлар, тетраплегия, онгнинг бузилиши, ҳаётий функцияларнинг бузилиши билан кўприк ва ўрта миянинг сезиларли шикастланишига олиб келади [173, 202, 255]. Орқа мия артериясининг окклюзияси макуляр кўришни сақлаб қолиш билан контралатерал гомоним гемианопия билан намоён бўлади. Икки томонлама шикастланишлар кортикал кўрликка олиб келиши мумкин. Доминант ярим шарнинг орқа мия артериясининг окклюзияси амнестик афазия, алексия, аграфия ёки амнезия ва субдоминант ярим шарнинг – визуал фазовий функциянинг бузилишига олиб келиши мумкин [70, 125]. Таламоперфорация қилувчи артерияларнинг шикастланиши таламуснинг постеромедиал қисмларининг шикастланишига олиб келади ва онгнинг тушқунлигига, юқорига қараш парезига, барча турдаги туйғуларнинг контралатерал гемигипестезиясига олиб келиши мумкин. Икки томонлама зарарланиш билан акинетик мутизм, апатия, бузилган мотивация ва амнезия ривожланади [199, 246].

§1.3.Инсультларнинг биокимёвий жиҳатлари

Бош мия жароҳатларида биохимик механизмлар ўтқир ишемия натижасида нейронларнинг кислород билан таминланиши бузилишини ўз ичига олади, бу эса ўз навбатида патологик реакцияларни келтириб чиқаради, яъни мия тўқималарига глюкоза ва кислороднинг етарли миқдорда етиб бормаслиги анаэроб гликолизни фаоллаштиради, бунинг натижасида сут кислотаси ҳужайра ичида тўплана бошлайди, калий ион каналлари иши издан чиқади. Нейронларга Са ва На ионларинг ўтиши кучаяди, липидларнинг перекисли оксидланиш жараёни фаоллашади. На ионларининг ҳужайра ичига ўтиши

унда сувнинг кўп тўпланишига сабабчи бўлса, Са ионларининг кўп миқдорда ўтиши ферментатив жараёнларга фалокатли ҳалок бўлишига олиб келади. Бунинг оқибатида цитотоксик моддалар пайдо бўлади ва нейронларнинг ҳалок бўлиши жадаллашади. Кейинчалик ўткир даврда пайдо бўлган реакцияларнинг баъзилари муҳим рол ўйнайди; улар билан бирга эндотелиал дисфункция, томирлар деворининг антикоагулянт потенциали, прогрессив метаболик касалликлар каби ҳодисалар умумлаштирилади [31,77]. Қайта инсульт бўлган беморларда биокимёвий каскаднинг хусусиятлари тананинг преморбид ҳолати, метаболик жараёнларнинг табиати ва бошқа кўплаб омиллар билан белгиланади[54,78].

Гормонал фоннинг ёшга нисбатан ўзгариши ҳам инсульт ривожланиш хавфига таъсир қилади. Репродуктив ёшдаги аёллар силлиқ миоцитларнинг тарқалишини камайтирадиган ва липид метаболизмини нормаллаштирадиган эстрогенларнинг протектив таъсири туфайли қон томир кардиал ва бош мия патологиясига камроқ мойил бўлади. Менопаузада гормонларнинг антиатероген таъсири йўқолади. Бундан ташқари, нейроэндокрин мувозанати бўзилиши ривожланади, чунки гиперсимпатикотония норадреналиннинг қонда қонцентрацияни оширади, бу артериал гипертония сабабларидан бири ҳисобланади [8,79]. Замонавий тадқиқотлар шуни кўрсатадики, ишемик ўчоқнинг ривожланиши жараёнида ва бош мия қон томирлар атерогенезда яллиғланишнинг роли аҳамиятлидир [9,80]. Яллиғланиш ўзгаришлари атеросклеротик пиллакчаларнинг ҳосил бўлиши билан бирга келади, натижада қон томир деворидан кўчувчи моноцитлар, лимфоцитлар ва макрофаг хужайралар миграцияга учрайди [37,166]. Пиллакча зарарланиши ва беқарорлашиши уларнинг таркибида топилган макрофаг ва плазма хужайралари иштирокида содир бўлади. Инсультларнинг ўткир даврида фаол яллиғланиш некрозланган тўқималар зонасининг ўсишига олиб келади [50,167]. Бу ишемик ва геморрагик инсультларга ҳам тегишли. Биргаликда ёндош касалликлар ва бемор ҳолати (гипертония, диабет, дислипидемия)

яллиғланиш жараёнида иштирок этувчи хужайраларнинг фаолиятига таъсир қилади. Шундай қилиб, юрак ва қон томир касалликлари бўлган беморларда қон плазмасидаги ФНО-а қонцентрацияси сезиларли даражада юқори [56,165]. Холестерин моноцитлар активлигини оширишга хизмат қилади ва баъзи муаллифларга фикрига кўра эндотелиал хужайраларни фаоллаштириши мумкин [66,162]. Бундан ташқари, юқорида санаб ўтилган ёндош касалликлар ва яллиғланиш оксил- маркерлари даражаси билан боғлиқлик аниқланган (фибриноген, С-реактив оксил). Яллиғланишга қарши реакцияларга ўтиш қаришнинг ўзига хос хусусияти бўлиб, иммунитет тизимидаги ёшга боғлиқ ўзгаришларни намоён қилади [71,161]. Ёш ўтиши билан ФНО- α тўқималари ишлаб чиқарилишини оширади ва энг муҳим яллиғланишга қарши маркер ИЛ-10 синтези аксинча, камаяди [128,161].

Айни пайтда, инсулт биокимёвий жиҳатларини тушуниш метаболизм ва гемостаз, шу жумладан, организмда содир бўладиган ўзаро боғлиқ кўп томонлама жараёнларни чуқур ўрганишни ўз ичига олади. Гемостазнинг бузилиши биокимёвий реакцияларнинг каскади билан бирлаштирилади, бу мия тўқимасини йўқ қилишга жавоб беради. Гемостаз доимий равишда ўзгаради, тўғридан-тўғри бош мияга зарар етказади ва молекулаларининг қонцентрациясини кўплаб сигналларини ўзгартиради. Инсултларнинг ўткир даврида қон ивиш (фибриноген, тромбин–антитромбин III, VII ,VIII омиллар) фаоллигининг ошиши кузатилади, қон томир деворининг тромборезистентлиги пасаяди, антикогулянт тизимнинг фаоллиги камаяди (С-реактив оксилнинг қонцентрацияси камаяди), фибринолиз фаоллиги камаяди [139,156]. Бир қатор тадқиқотлар шуни кўрсатдики, ёш ўтиши билан коагуляция индекси ошиб боради ва қон ивиш вақтининг қисқариши кузатилади. Тромбоцитлар агрегацияси 4-7 % 20 – 30 ёшгача, 8-10% 40 – 50 ёш гача ошади. 50 ёшдан кейин одамларда агрегация фаолияти 7-8% га камаяди. Нормда 50 ёшгача аёл ва эркакларда қоннинг ёпишқоқлиги ошади, кейинчалик ёшга хос физиологик анемизация натижасида пасайиши

кузатилади. Эндотелиал ҳужайралар билан тромбоцитларнинг ўзаро таъсири- атеротромботик ва лакунар субтипларнинг бош мия қон айланиши бузилишларининг ривожланишида муҳим аҳамиятга эга [142,157]. Бош мия сурункали ишемия белгилари намоён атеросклерозга учраган беморларда холестерин ва триглицеридлар, фибриноген, тромбоцитлар агрегацияси аҳамиятли даражада юқори, фибринолитик фаоллик аҳамиятли даражада нормадан анча паст. Маълумотларга кўра, ёшларга қараганда кекса ёшдаги беморларда гиперкоагуляцияга мойиллик кўпроқ кузатилади, қоннинг фибринолитик фаоллигини пасайиши ва тромбоцитларни агрегациялашнинг ортиши билан намоён бўлади. Буларнинг барчаси бош мия қайта инсультларига мойил бўлади. Эритроцитлар юзасидаги фибриногеннинг сўрилиши уларнинг суспензиясини беқарорлаштиришга олиб келади. Қон плазмасидаги фибриноген ва альбумин концентрациялари нисбатини суспензион барқарорлик сифатида қараш мумкин, шунингдек альбумин фибриногеннинг табиий антагонисти ва жуда кучли дезагреганти ҳисобланади [149,155]. Ёш беморларга қараганда кекса ёшдагиларда фибринолитик фаолликнинг пасайиши табиатида нисбатан икки назария мавжуд бўлиб: биринчиси- баъзи тадқиқотчилар бу хусусиятни узоқ давом этадиган артериал гипертензияси деб билсалар, иккинчиси- дислипидемия ва қандли диабетнинг комбинацияси деб ҳисоблашади [152,178].

Гипергликемия қон томир зарарланишида организмнинг стресс реакциясининг таркибий қисми сифатида юзага келиши ёки 2 тип қандли диабетнинг ошиши мумкин бўлган инсультнинг кечиши ва натижаларига салбий таъсири ҳақида гапирмаслик мумкин эмас. Қондаги глюкоза миқдорининг ошиши бош миянинг шишишига олиб келади, лактацидозни кучайтиради, ўчоқда нейронларнинг ўлимига сабаб бўлади. Тиклаб бўлмайдиган гипергликемияси бўлган беморларда инсультларнинг натижалари сезиларли даражада ёмон [2,153]. Қандли диабетнинг узоқ давом этиши билан эритроцитлар мембранаси ва гемоглобин оксилларининг

гликолизланиши юзага келади, бу уларнинг деформацияланишини камайтиради, қоннинг реологик хусусиятларини ўзгартиради [4,147]. Ушбу бузилишлар диабет билан оғриган беморларда эритроцитлар шаклидаги ўзгаришларни кўрсатади [13,148]. Бундан ташқари, қонда глюкоза даражасининг ошиши фибриноген концентрациясининг ошиши билан параллел равишда амалга оширилади, бу қон элементларининг агрегациясини ва плазма қовушқоқлигини оширади [25]. Ҳаддан ташқари агрегация сабаби сиал кислоталарнинг таркибини пасайиши, эритроцитлар юзасида салбий заряднинг камайиши, липид қаватнинг ўзгариши ва гликирланган гемоглобин даражасининг ошиши ҳисобланади. Афсуски, бугунги кунда бош мия жароҳатидан келиб чиқадиган биокимёвий жараёнлар етарли даражада ўрганилмаган. Бу соҳада билимларнинг аҳамияти беқиёс. Ахир, аслида, инсультдан келиб чиқадиган барча биокимёвий жараёнларни тўлиқ ўрганиб чиққач, биз нафақат миянинг зарарланган қисмларини даволаш имкониятларига яқинлаша оламиз, балки асаб ҳужайраларининг ўлимини олдини оламиз.

§1.4. Тиббий реабилитацияни шакллантириш ва фаолиятига асосий ёндашувлар.

Реабилитация биринчи марта АҚШда XIX аср бошларида бошланган, реабилитация бўлимлари ташкил этилган. Чорак аср ўтгач, АҚШда тиббий реабилитация асосчиси Ховард Раск Нью-Ёркда биринчи реабилитация марказини очган. Бир йил ўтгач, 1947 йилда реабилитация мустақил тиббий интизом сифатида тан олинган. Ўшандан бери дунёда кўп тармоқли ва ихтисослаштирилган реабилитация даволаш марказларининг кенг тармоғи ривожланмоқда. 1960 йилда реабилитация масалалари билан шуғулланадиган реабилитация International ташкилоти томонидан ногиронларни реабилитация қилиш бўйича биринчи халқаро жамият ташкил этилди. Ушбу ташкилотнинг Бутунжаҳон Конгресси ҳар тўрт йилда бир марта ўтказилади (жами 24 та; 2018 йилда Мехико шаҳрида 24-Конгресс бўлиб ўтди).

Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти реабилитация соҳасидаги мутахассисларни жалб қилган ҳолда еттига учрашув ўтказди. Нейрореабилитация масалалари XX аср охиридан бошлаб жаҳон илмий ҳамжамияти томонидан фаол муҳокама қилинмоқда, 1996 йилдан бери ҳар уч йилда бир марта нейрореабилитация бўйича Жаҳон Конгресслари ўтказилиб келинмоқда; саккизинчи шундай Конгресс 2018 йилда Истанбулда бўлиб ўтди. Беморнинг умумий аҳволига қараб, реабилитация даволаш уч босқичда амалга оширилади:

- ўткир даврда нейро-интенсив терапия бўлимида
- касалликнинг ўткир даври тугаганидан кейин реабилитация марказлари ёки реабилитация бўлимларининг стационар шароитида;
- бирламчи тиббий ёрдам шароитида ташкилотлар (тиббий реабилитация бўлими, физиотерапия бўлими, физиотерапия бўлими ва бошқалар.), шунингдек, уйда дала жамоалари шаклида.

Касалхонада, амбулатория ва уй шароитида реабилитацияни ташкил этиш тизими, турли хил профилдаги реабилитация шифохоналарини жиҳозлаш учун ходимлар стандартлари, шунингдек амбулатория ва уй шароитида ёрдам кўрсатадиган реабилитация бўлимини ташкил этиш қоидалари ва унинг ходимлари кўп йиллик илмий-тадқиқот ва амалий ишлар натижасида дунё илмий ҳамжамият беморнинг жисмоний функцияларини тиклаш ва уни ҳимоя қилишга қаратилган "реабилитация" нинг кўплаб таърифларини, шу жумладан чора-тадбирларни таклиф қилди.

1969 йилда ЖССТнинг иккинчи ҳисоботида тиббий ва ижтимоий реабилитациянинг биринчи таърифи беморнинг мустақиллигининг максимал даражасига эришишга, касалликнинг жисмоний намоён бўлиш даражасини пасайтиришга қаратилган шароитларни яратишга қаратилган ресторатив жараён сифатида шакллантирилди. Ҳозирги босқичда тиббий реабилитацияни ривожлантириш жараёнида асосий таърифга муҳим ўзгартириш киритилди, унга кўра реабилитация даволашнинг асосий мақсадларидан бири

беморларнинг ҳам, уларнинг яқинларининг ҳам ҳаёт сифатини яхшилашдир [91].

Тиббий ва ижтимоий реабилитация-бу бир гуруҳ муаллифлар фикрига кўра беморларнинг жисмоний ва руҳий саломатлигини максимал даражада ушлаб турадиган ресторатив даволаш жараёнидир (Ибатов А. Д., Пушкина С. В., 2007; Камсюк Л. Г., Михеева Л. В., Шаровар Т. М., 1988; Юмашев Г. С, Ренкер К., 1973). Тиббий реабилитация касалликдан келиб чиқадиган функционал бузилишларни бартараф этиш ёки компенсация қилиш, касалликнинг сурункали турга ўтишини, унинг кучайиши ва қайталанишини олдини олишга қаратилган терапевтик ва диагностика тадбирлари мажмуасини ўз ичига олади. ЖССТ тиббий реабилитация қўмитаси мутахассислари 20 тиббий реабилитация деганда беморнинг жисмоний ва руҳий ҳолатини тиклашга қаратилган реабилитация даволаш жараёнини назарда тутди.

Тиббий реабилитация касаллик натижасида йўқолган функцияларни максимал даражада тиклаш учун амалга оширилади [46, 79]. Реабилитация замонавий жиҳатдан беморга йўналтирилган ёндашувга эга, реабилитация қилинган шахс бевосита реабилитация жараёнининг фаол иштирокчисидир [78, 79]. Бир қатор замонавий муаллифларнинг фикрига кўра, инсульт билан оғриган беморларни реабилитация қилиш махсус дори терапиясини тайинлашдан кўра кўпроқ нарсани талаб қилади — когнитив хулқ-атвор психотерапия усулларида фойдаланиш [80, 86]. Реабилитация даволаш жараёнининг ушбу нуқтаи назарига асосланиб, М. М. Кабанов реабилитацияни нафақат жисмоний саломатликни тиклашга, балки ижтимоий маъқеини тиклашга қаратилган чора-тадбирлар тизими сифатида белгилайди. Замонавий америкалик мутахассислар реабилитация жараёнида қуйидаги асосий мақсадларга эришишни муҳим деб ҳисоблашади: — неврологик ва руҳий асоратларни тиклаш; — кундалик фаолиятнинг олдинги даражасига максимал яқинлашиш; - иш қобилиятини тиклаш [103, 104]. Ҳозирги босқичда реабилитация—бу соғлиқни сақлаш тизимининг кўп тармоқли соҳаси, шу жумладан

физиотерапевтик омиллар, кўлда техникалар ва далилларга асосланган тиббиётнинг бошқа усулларида фойдаланган ҳолда терапевтик тадбирлар мажмуасидир [42, 48]. Инсулт билан оғриган беморларга тиббий ёрдам уч босқичда кўрсатилади: шифохонагача, шифохона ва амбулатория. Тиббий реабилитация уч босқичда, ҳар бир ахборот технологиялари ва фармацевтика саноати [44, 47, 71] ривожланиши билан таъминланади, унинг узлуксиз ривожланишини давом этмоқда. Тиббий реабилитациянинг ҳар бир босқичи ўз вазифаларини ҳал қилишга қаратилган, барча босқичларнинг узлуксизлиги реабилитация даволашнинг ягона мақсадига эришишга имкон беради.

§1.5. Уч босқичли тиббий реабилитация тизимининг ишлаши

Тиббий реабилитация уч босқични ўз ичига олади:

- 1) беморнинг клиник ҳолатини баҳолаш (ташхислаш), реабилитация тадбирлари учун хавф омиллари, реабилитация тадбирларини ўтказишни чекловчи омиллар; морфологик параметрлар, тананинг функционал захиралари, юқори ақлий функциялар ва ҳиссий соҳанинг ҳолати, маиший ва касбий маҳоратнинг бузилиши; бемор учун шахсий ва жамоат ҳаётидаги муҳим воқеаларда фаолият ва иштирок етишни чеклаш, атроф-муҳит омиллари реабилитация жараёнининг натижаларига таъсир қилувчи муҳит;
- 2) реабилитация тадбирларининг мақсадини шакллантириш, реабилитация дастурини шакллантириш, доривор ва доривор бўлмаганларни комплекс дори воситаларни қўллаш (физиотерапия, физиотерапия, массаж, терапевтик ва профилактик овқатланиш технологиялари, кўлда терапия, психотерапия, рефлексология ва табиий терапевтик омиллардан фойдаланган ҳолда усуллар) терапия, шунингдек атроф-муҳитни беморнинг функционал имкониятларига ва (ёки) беморнинг функционал имкониятларини атроф-муҳитга, шу жумладан транспорт воситаларидан фойдаланган ҳолда мослаштирадиган воситалар, протез ва ортез;
- 3) реабилитация тадбирлари ва башоратлаш самарадорлигини баҳолаш.

Тиббий реабилитациянинг дастлабки босқичи касаллик ёки шикастланишнинг ўткир даврида тиббий ташкилотларнинг интенсив терапия бўлимларида (ИТ) асосий касаллик профилига мувофиқ амалга оширилади, агар функцияларни тиклаш истиқболи мавжуд бўлса (реабилитация салоҳияти) натижалар билан тасдиқланган. текширув ва реабилитация усулларига қарши кўрсатмалар мавжуд эмас. Тиббий реабилитациянинг иккинчи босқичи касаллик ёки шикастланиш жараёнининг эрта тикланиш даврида, кеч реабилитация даврида, касалликнинг қолдиқ асоратлар даврида, касалликнинг сурункали кечиши билан стационар шароитда (реабилитация марказлари, реабилитация бўлимлари) кучаймасдан амалга оширилади. Тиббий реабилитациянинг учинчи босқичи эрта ва кеч реабилитация давларида, касалликнинг қолдиқ асоратлар даврида, касалликнинг сурункали кечишида реабилитация, физиотерапия, физиотерапия бўлимларида (идораларида) кучаймасдан амалга оширилади., рефлексология, қўлда терапия, психотерапия, тиббий психология, нутқ терапевтининг (ўқитувчи-дефектолог) идоралари, соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан амбулатория шароитида тиббий ёрдам кўрсатадиган ёрдам профилидаги мутахассислар, шунингдек уйда ташриф буюрадиган жамоалар (учинчи босқичда тиббий реабилитация) беморлар учун амалга оширилади, ўз-ўзига хизмат кўрсатиш, алоқа ва мустақил ҳаракатни амалга оширишда кундалик ҳаётда мустақил (ёки қўшимча қўллаб-қувватлаш воситалари билан), агар функцияларни тиклаш истиқболи (реабилитация салоҳияти) мавжуд бўлса. тиббий реабилитация беморнинг индивидуал реабилитация дастурига мувофиқ беморнинг касаллик профилига мувофиқ амалга оширилади. Кўпгина тадқиқотчиларнинг фикрига кўра, тиббий реабилитация нафақат касаллик ва жароҳатлардан кейин беморларнинг соғлиғи ва ўз-ўзини парвариш қилиш даражасини яхшилаш, балки уларга кейинги тиббий ёрдам кўрсатиш харажатларини камайтириш, соғлиғига етказилган зарарни қоплаш ва кейинги ҳаётда ногиронларга ҳамроҳлик қилиш нуқтаи назаридан самарали ҳисобланади. Бир қатор тадқиқотлар шуни

кўрсатадики, реабилитация учун сарфланган маблағлар ўн етти мартагача тежаш билан қопланади. Кўплаб тадқиқотлар натижаларига кўра, реабилитация жараёнига киритилган беморларда ўлим ва ўлим даражаси сезиларли даражада паст, касаллик ёки жароҳатлардан кейин касалхонада қолиш муддати ва такрорий касалликлар камроқ учрайди. Тиббий реабилитацияга қаратилган чора-тадбирлар кўпинча босқичли характерига эга бўлиб, муолажаларнинг мураккаблиги, кетма-кетлиги ва частотасига асосланади, бунда беморнинг танасига таъсирини кучайтириш ва кутилган натижани олиш учун қисқа вақт ичида турли усулларнинг комбинацияси ишлаб чиқилган жараёнлардан иборат. Касалхона босқичида катта миқдордаги реабилитация ёрдами кўрсатилишини ҳисобга олсак, амбулатория босқичида реабилитация ёрдамини ташкил этиш ва кўрсатиш ушбу фаолиятни чуқур таҳлил қилиш ва такомиллаштиришни талаб қилади.

§1.6. Инсульт ўтказган беморларни реабилитация қилишнинг асосий тамойиллари.

Инсульт билан оғриган беморларни реабилитация қилишнинг замонавий тамойиллари XX асрнинг 60-йилларида СССР тиббиёт фанлари Академияси неврология илмий-тадқиқот институтининг нейро-реабилитация (реабилитация) бўлими ходимлари томонидан ишлаб чиқилган ва таклиф қилинган (ҳозирда неврология илмий маркази). Столяров Л. Г., Беин Е. С., Ткачева Г. Р. Инсульт билан оғриган беморларни реабилитация қилишнинг асосий тамойилларини аниқладилар

- реабилитация даволашни эрта бошлаш;
- реабилитация даволаш босқичларининг узлуксизлиги ва давомийлиги;
- тикланиш усулларининг умумийлиги;
- мувофиқлик (индивидуал реабилитация режаси);
- беморнинг ўзини реабилитация қилиш жараёнида иштирок этиш, ушбу чора-тадбирларнинг асосий мақсади беморнинг унинг аҳволига муносабатини тиклаш, уларнинг оилада янги ўрнини шакллантириш, қариндошлари ва

танишларининг макросоциал муҳитини шакллантиришга ёрдам беришдир [72]. Тиббиёт ҳамжамиятида нейропластиклик тушунчасини ва уни реабилитация тadbирларида қўллаш имкониятини кенг ўрганмоқда [75, 106, 111]. Нейропластиклик масалаларини ўрганишга академик П. К. Анохин бошчилигидаги Совет олимлари катта ҳисса қўшдилар, улар кўплаб тадқиқотлар ўтказдилар ва индивидуал нейронитлар, асаб тўпламлари ва умуман инсон асаб тизими импульслари янги алоқаларни тиклашга ва шакллантиришга қодир деган хулосага келишди. [6]. Бир неча тадқиқотлар натижаларига кўра, инсульт ўтказган беморларнинг 60% Спастик [66, 73] типдги ҳаракат бузилишлари кузатилади.

Спастик ҳолатни тўғирлаш ва контрактуралар ривожланишининг олдини олиш учун ресторатив даволашнинг қуйидаги усуллари қўлланилади: таъсирланган аъзони маълум бир ҳолатга қўйиш, мушакларнинг бўшашишига қаратилган терапевтик гимнастика элементларидан фойдаланиш, шу жумладан массаж [15, 86]. Илмий жамоатчиликнинг аксарияти инсульт билан оғриган беморларни комплекс реабилитация терапиясининг энг муҳим усулларида бири, бу физиотерапия эканлигини таъкидламоқда. Кўплаб экспериментал тадқиқотларда ҳар куни 0,5 соат давомида аэробик жисмоний фаоллик инсультдан кейинги беморларнинг ўз-ўзини парвариш қилиш қобилиятининг ошишига олиб келиши аниқланди. Инсон мушаклари каркасининг мустаҳкамланиши ва оёқ-қўл мушакларининг ривожланиши нерв-мушак реакциясининг кучайишига, мушакларнинг хотираси механизмининг фаоллашишига ва ҳаракатларнинг синхронизациясига олиб келади [23, 118].

Инсультнинг бошқа кенг тарқалган асоратларига турли нутқ бузилишлари (афази ва дизартрия) киради [9, 23, 108]. Аксарият муаллифларнинг фикрига кўра, инсульт билан оғриган беморларда деманс билан касалланиш 26% га етади, ёшга қараб ўсиш кузатилади. Кўпинча инсульт билан оғриган беморлар хотира бузилиши ва эътибор етишмаслиги билан ифодаланган интеллектуал

ва ақлий пасайиш кузатилишини аниқлайдилар Ақлий фаолиятни фаоллаштириш учун нейропсихологлар махсус ўқиш техникасидан, хотирани тиклашга қаратилган машқлардан фойдаланадилар. Чет эллик тадқиқотчилар диққатни тиклашга қаратилган тизимли машқлар миянинг ассоциатив имкониятларини ривожлантиришини аниқладилар [124].

Шундай қилиб, инсульт билан оғриган беморларни реабилитация даволаш жараёнида қўлланиладиган техникалар мажмуаси кўп жиҳатдан зарарланган тана функцияларининг хусусиятларига, шунингдек, неврологик нуқсонларнинг оғирлигига боғлиқ. Нутқида нуқсони бўлган беморларни реабилитация қилиш психологик ва педагогик машғулотларни ўз ичига олади. Буларнинг барчаси мултидисциплинар ёндашувга олиб келади — реабилитация жараёнида турли касб мутахассисларининг иштироки. Аввало, бу касалликнинг ўткир даврида реабилитация тадбирларининг эрта бошланиши; уларни амалга оширишнинг тизимли табиати ва давомийлиги, босқичма-босқичлиги ва мураккаблиги. Назарий нуқтаи назардан, инсульт билан оғриган беморларни реабилитация қилишни ташкил этишнинг асосий тамойиллари ўзгармаган бўлса-да, эрта тикланиш даврида реабилитация чораларига замонавий ёндашувлар маълум ўзгаришларга дуч келди. Шундай қилиб, реабилитация йўналишининг ривожланиши ва шаклланиши билан шахсий жиҳатга тобора аниқ урғу берилади (49, 59, 69). Бироқ, шу билан бирга, бир қатор муаллифларнинг таъкидлашича, инсульт билан оғриган беморларга хос бўлган функционал бузилишларнинг маълум бир ўзига хослиги, хусусан, доимий жисмоний нуқсонларнинг мавжудлиги бузилган функцияларини тиклашга эътиборни талаб қилади, яъни биологик жиҳат доминант бўлиб қолмоқда (71, 82). Шунга қарамай, инсульт билан оғриган беморларни реабилитация қилишнинг услубий асослари мия қон айланишининг етишмовчилигидан келиб чиқадиган ва турли патологик ҳолатларнинг ривожланишига олиб келадиган морфологик, физиологик ва психологик ўзгаришларнинг ўта мураккаб тўплами билан белгиланишини

тушуниш керак. Бундай ҳолда, қон-томир зарарланиш табиати ва ўчоқ локализациясига боғлиқ. Ўчоқнинг жойлашуви ва локализацияси, унинг чуқурлиги ва даражаси, асаб тўқималари ва йўллариининг шикастланиш даражаси. Структур бузилишлардан ташқари, қайтарилмас нуқсонлар билан боғлиқ бўлган бузилишларга қўшимча равишда, кўп сонли нерв хужайраларининг ўлими билан бирга перифокал шиш, гипоксия ёки кичик ўчоқлар туфайли функциянинг вақтинчалик йўқолиши кузатилади (20-24. 41). Беморларда юзага келадиган жисмоний зўриқишлар, ҳаёт стереотипидаги ўзгаришлар турли беморларда ноаниқ бўлган касалликнинг субъектив тажрибаларини келтириб чиқаради (111).

Шунинг учун беморларда касалликка шахсий таъсиротлари билан бир қаторда ақлий фаолиятда касалликнинг билвосита намоён бўлиши шаклланади. Шунинг учун касалликнинг ички расмининг тузилиши нафақат касалликни идрок этишни, балки касаллик туфайли келиб чиқадиган шахснинг ўзгаришини, касалликка бўлган муносабатни (179) ҳам ўз ичига олади,

Шунингдек, касалликнинг ички тузилиши преморбид шахсият хусусиятлар таъсир кўрсатмайди, шунингдек психопатологик синдромлар, бош миyanинг топик зарарланиши билан боғлиқ бўлган. Шу билан бирга, иккиламчи психоген шартли касалликлар кўпинча шаклланади, бу беморнинг доимий мослашувига олиб келади (190, 193). Бундан келиб чиқиб, инсультдан кейинги беморларни ресторатив даволаш ва реабилитация қилиш муаммолари билан шуғулланадиган кўплаб замонавий муаллифлар касалликнинг ички манзарасини ва унинг таркибий қисмларини мақсадли тузатиш реабилитациянинг ўзгармас вазифаларидан бири деб ҳисоблашади (181, 182, 209) Дарҳақиқат, хорижий муаллифларнинг тадқиқотлари ушбу ҳолатни тасдиқлайди. Ихтисослашган психологик ёрдам ва ёрдам кўрсатиладиган тиббиёт муассасаларида миyanинг қон томир касалликлари бўлган беморларни даволаш ва реабилитация қилиш кўплаб мезонларга кўра анча самаралидир (171, 192). Бундан ташқари, беморларнинг катта гуруҳлари (201) бўйича

ўтказилган рандомизациялашган тадқиқот синовида инсульт бўлимида бундай ёрдам олиш беморларнинг 5 йилдан кейин қолдиқ даражаси 41%, ёрдамсиз ҳолда— 29%. эканлигини кўрсатди. Биринчи гуруҳ беморларининг аксарияти уйда яшаган ва ўз-ўзини парвариш қилишга қодир эди. Гуруҳлар ўртасида тиббий ва ижтимоий ёрдам миқдорида фарқлар йўқ эди.

Цереброваскуляр касалликлари бўлган беморларнинг катта контингенти учун реабилитация тадбирлари натижаларини баҳолашга асосланган шунга ўхшаш маълумотлар ҳам шифохона босқичида махсус психологик ёрдам зарурлигини қатъий кўрсатди (193). Шунингдек қўшимча қилиш керакки, кўплаб хорижий муаллифлар сўнгги йилларда инсультнинг ўткир даврида беморларни даволаш дастурларида ихтисослашган психологик ёрдам турларидан тез-тез фойдаланишни қайд этишган, аммо ушбу ташкилий ёрдам шаклининг узок муддатли натижалари етарлича баҳоланмаган (164). Одатда инсультга учраган беморларда бузилган функцияларни тиклашнинг энг фаол жараёни инсульт бошланганидан кейинги дастлабки 6-12 ой ичида содир бўлади, дебишонилади. Бироқ, баъзи ҳолларда, турли сабабларга кўра, инсультдан бир йил ёки ундан кейин (190) фаол реабилитация қилишни бошлаганда, маълум бир ижобий таъсирга эришиш мумкин. Шу билан бирга, тикланишнинг мақбул даражасига фақат реабилитация даволаш усуллари ва реабилитация тадбирларининг аниқ узлуксизлиги шароитида эришиш мумкинлигини тушуниш керак (, 147, 156, 164). Беморларни реабилитация қилиш касалхонада ётишнинг биринчи кунларидан бошланиши аниқ. Бундан ташқари, ушбу тоифадаги беморларга тиббий ёрдам нейроваскуляр (неврологик) бўлимлардан (32, 40, 45) чиқаришдан кейин беморлар реабилитация қилинадиган тиббиёт муассасаларининг тузилган ташкилий тузилмасига мувофиқ амалга оширилиши керак. Неврологик нуқсонларнинг тузилиши ва оғирлигига ва баъзида унга ҳамроҳ бўлган руҳий касалликларга қараб, реабилитациянинг ташкилий шакллари қуйидагича фарқланади:

1.Ихтисослашган стационар реабилитация маркази (ИРМ). Ушбу тузилма инсультнинг оғир қолдиқ асоратлари бор бўлган беморларга ёрдам бериш учун мўлжалланган. Реабилитация тадбирларининг тўлиқ мажмуаси қўлланилади, беморларнинг уйдан реабилитация марказига кўчиб ўтишга қодир эмаслиги ҳисобга олинади.

2. Поликлиника реабилитация маркази (ПРМ) (ёки поликлиникаларда реабилитация даволаш хонаси). У инсультнинг ноаниқ қолдиқ таъсири бўлган беморларни марказга ташриф буюришга тўсқинлик қилмайдиган реабилитация тадбирлари комплексини таъминлаш учун мўлжалланган.

3. Поликлиника типигаги муассасага бора олмайдиган оғир восита ва мувофиқлаштириш бузилиши бўлган беморларга уйда реабилитация ёрдамини кўрсатиш. Бироқ, инсультдан кейинги беморларни реабилитация қилишнинг мақбул ташкилий шакллари масаласи ҳали ҳам очиқ. Касалхонадан чиқарилган бемор неврологик шифохоналарнинг ихтисослаштирилган бўлимларида ёки ИРМда асосий реабилитация муолажаларини олиши мумкин, деб ишонилади.

Ихтисослашган стационар марказларда реабилитация ёрдамини кўрсатиш фойдасига кўплаб ишларда берилган кўп йиллик иш тажрибаси натижалари гувоҳлик беради (45, 51, 105 – 106, 179, 182). Одатда стационар реабилитация марказлари, қоида тариқасида, йирик шаҳарлар аҳолисига ёрдам кўрсатиши керак. Шу билан бирга, ИРМни алоҳида, махсус жиҳозланган бинода, баъзан кўп тармоқли соматик шифохоналар базасида жойлаштириш энг оқилона йўл ҳисобланади. ИРМларни кўп тармоқли шифохоналар асосида жойлаштириш ўзининг афзалликларига эга, чунки у умумий бўлимларнинг мавжудлигини таъминлайди: диагностика бўлими, дорихона, клиник ва биокимёвий лаборатория, маъмурий ва иқтисодий қисм, бу реабилитацияни оптималлаштириш ва унинг иқтисодий самарадорлигини ошириш имконини беради. ИРМ учун мажбурий механотерапия билан физиотерапия бўлими, терапевтик сузиш ҳавзаси, балнеотерапия билан физиотерапия, акупунктур,

маиший реабилитация бўлими билан касбий терапия бўлими, психотерапия хонаси, нутқ терапияси, функционал диагностика бўлими.

Бундай ИРМлар минтақадаги тиббий-профилактика муассасаларига ўқув, услубий ва маслаҳат ёрдамини кўрсатадиган асосий муассаса бўлиши керак. Инсультдан кейинги беморларни муваффақиятли реабилитация қилиш учун малакали кадрлар билан таъминлаш жуда муҳимдир. Бугунги кунга келиб, тиббий реабилитация соҳасидаги мутахассис шифокорнинг касбий (функционал) вазифалари доираси масаласида аниқлик йўқ, лавозимлар ва мутахассисликлар номенклатурасида ҳали ҳам "реабилитолог" лавозими ва мутахассислиги мавжуд эмас. Реабилитолог умумий клиник тайёргарликка, физиотерапия, физиотерапия, массаж, қўлда терапия, массаж, психотерапия соҳасидаги асосий билимларга ега бўлиши ва қўшимча равишда неврология бўйича мутахассисликка эга бўлиши керак. Реабилитолог мутахассисларни алмаштирмайди, аммо беморнинг аҳволини етарли даражада баҳолаш ва реабилитация даволашнинг индивидуал дастурини тузиш учун бундай кенг маълумот зарур. Бундан ташқари, у реабилитологнинг ижтимоий таъминот органлари билан яқин ҳамкорлигини ҳам назарда тутати. ИРМда яхши ўқитилган ҳамшираларнинг мавжудлиги ҳам муҳимдир. Реабилитация марказларида ишлайдиган ҳамширалар беморларни терапевтик режимлар доирасида фаоллаштириш, мустақил физиотерапия машғулотларини ўтказишда, ўз-ўзига хизмат кўрсатиш кўникмаларини ўргатиш ва ўқитишда, механотерапевтик ускуналарни ўзлаштиришда ёрдам бериш учун турли вазифаларни бажарадилар, улар беморга психологик ёрдам кўрсатиши керак. Неврологик ва нейро-қон томир бўлимлари беморлари инсультдан 1-2 ой ўтгач ИРМга ётқизилиши керак.

Беморларни ИРМга ўтказиш учун кўрсатмалар:

уларни тиклаш тенденцияси ва қулай реабилитация башорати мавжуд бўлганда восита, ҳиссий, мувофиқлаштириш ва нутқ функцияларининг бузилиши. Шу билан бирга, ИРМга қабул қилинган беморлар палата ичида

ҳаракат қилишлари ва ўз-ўзига хизмат кўрсатишнинг асосий кўникмаларига эга бўлишлари керак. ИРМга реабилитация тадбирларининг мажбурий компоненти психосоциал мутахассислар гуруҳи бўлиши керак, шу жумладан психиатрлар, психотерапевтлар, тиббий психологлар, шунингдек касбий терапевтлар, нутқ терапевтлари ва тегишли касбий тайёргарликка эга ҳамширалар (49, 71, 75, 134). Реабилитациянинг кейинги босқичи поликлиника. Реабилитация тизимининг асосий қоидаларидан бири тиббий тадбирларнинг узлуксизлиги бўлиб, бу поликлиника ихтисослаштирилган хизматини яратишни тақозо этади. Беморларнинг 80% ушбу муассасаларга қабул қилинади (13, 136). Шу билан бирга, меҳнат салоҳиятини сақлаш тамойилига мувофиқ танланган беморлар контингентини реабилитация қилиш ва диспансер назоратининг мақбул ташкилий шакли ПЦР ҳисобланади. ПЦР босқичида функционал даволаш усуллари, мия шикастланиши соҳасига патогенетик таъсирлар қўлланилади. Ушбу босқичда беморни янги яшаш шароитларига мослаштиришга қаратилган психосоциал усуллар, шунингдек, касбий терапия айниқса муҳимдир. Поликлиниканинг реабилитация бўлими ходимларида невропатологлар, физиотерапия мутахассислари, физиотерапевтлар, нутқ терапевтлари ва психотерапевтлар ишлаши керак. Поликлиника психотерапия учун зарур асбоблар, жисмоний машқлар жиҳозлари билан жиҳозланган, бассейнга эга бўлиши керак. Реабилитация дастури ҳар бир бемор учун касалликнинг хусусиятларини, функционал нуқсонини ва беморнинг шахсий хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда индивидуал равишда тузилади. Реабилитация жараёнининг узлуксизлиги, мураккаблиги, кўп қирралилиги ва босқичма-босқич қурилиши дастурнинг асосини ташкил қилиши керак. Шу билан бирга, беморни кузатиш муддати 2 йил. Поликлиника босқичи ўзига хос хусусиятларга эга: бемор оиладаги ёки ишдаги одатий муҳитдан ажралмайди, бу эса ундан мустақиллик ва фаолликни кўрсатишни талаб қилади. Ушбу босқичда беморнинг шахсиятига психотерапевтик таъсир, шунингдек, мураккаб моторли автоматизмларни

тиклашга ёрдам берадиган касбий терапия катта аҳамиятга эга (76, 81). Поликлиника реабилитация марказида беморларни ижтимоий реабилитация қилишда ёрдам берадиган патронаж ҳамширалари ҳам бўлиши керак: улар уйда ташриф буюришади, оила билан алоқа ўрнатишга ёрдам беришади, режимга риоя қилинишини назорат қилишади. Назарий жиҳатдан, баъзи беморлар ИРМ ёки ПЦРда реабилитация қилинганидан кейин санаторийнинг реабилитация бўлимига юборилиши мумкин. Ихтисослаштирилган санатория неврологик бўлими аслида стационар, поликлиника ва санаторий бўлимларини тиббий-ижтимоий ва меҳнат реабилитациясининг ягона тизимига улайди (67, 88). Сўнгги йилларда реабилитация муассасаларининг ярим стационар реабилитация бўлимлари ёки кундузги шифохоналар каби ташкилий шакли тобора кенг тарқалмоқда (89). Узоқ муддатли реабилитация даволанишига муҳтож, аммо соматик ва неврологик ҳолати туфайли поликлиникага бора олмайдиган беморлар кундузги шифохоналарга юборилади. Беморни кундузги шифохонага юбориш учун кўрсатмалар, даволаниш даврлари, реабилитация дастурлари, ушбу турдаги реабилитация самарадорлигини баҳолаш мезонлари, шунингдек ташкилий шакллар янада ривожланишни талаб қилади. Бир қатор хорижий мамлакатларда беморларни уйда реабилитация қилиш шакли мавжуд (137, 178, 208). Реабилитациянинг ушбу шакли турли профилдаги мутахассисларни (невролог, физиотерапия мутахассиси, нутқ терапевти, психолог ва бошқалар) ўз ичига олган гуруҳ томонидан амалга оширилади.) инсультдан кейинги беморларга уйда ташриф буюрадиганлар ва барча зарур реабилитация тадбирларини ўтказадилар.

§1.7. Инсультни реабилитация қилишнинг замонавий ёндашувлари

Бугунги кунда тиббий реабилитация тиббий ёрдам тури сифатида тиббиётнинг алоҳида соҳаси, шу жумладан турли усул ва воситалар тўпламидир [68, 113]. Илгари тиббий реабилитация биринчи навбатда физиотерапия ва терапевтик гимнастика сифатида қабул қилинган бўлса, XXI асрда ахборот ва робот технологиялари тобора кўпроқ олдинга чиқа бошлади [44, 74, 88].

Тиббий реабилитациянинг энг истиқболли усули кўпчилик олимлар томонидан виртуал ҳақиқат технологияси сифатида тан олинган, атроф-муҳит инсоннинг ахборот маконида аксарият сезгиларга таъсир қилиш билан тақлид қилинган [78, 95].

Ҳаракат бузилиши бўлган инсультдан кейинги беморларни реабилитация қилишда виртуал ҳақиқатдан фойдаланишнинг юқори самарадорлиги қайд этилган. Виртуал ҳақиқат усулидан фойдаланиш пайтида бемор интуитив равишда таъсирланган оёқ-қўллардан фойдаланади. Бу юқори мучаларнинг моторли кўникмаларини ривожлантиришга, бош ва тананинг космосдаги ҳолатидаги ўзгаришларни идрок этишга ва ҳаракат кўникмаларини яхшилашга ёрдам беради.

Сўнгги ўн йил ичида физиотерапиянинг амалий аҳамияти амалиётга янги юқори самарали жисмоний омилларни жорий этиш, физиологик рецепторларга жавоб бериш чегарасидан ошмайдиган яхши мушоҳада қилинган юмшоқ таъсир қилиш усуллари ишлаб чиқиш, электр хавфсизлигини ошириш ҳисобига ишлатиладиган ускуналарнинг ҳаракатчанлиги доимий равишда ошиб бормоқда [33, 45, 121]. Масофадан туриб назорат қилинадиган тиббий реабилитация инсультни [71, 78] реабилитация жараёнини узлуксиз даволашни таъминлаши мумкин. Бугунги кунда тобора кўпайиб бораётган хорижий ва маҳаллий компаниялар интернетдаги виртуал офислар орқали ўз ходимларини масофадан иш билан таъминлашга ўтмоқдалар. Компютер кўникмаларини ўрганиш имкониятига эга бўлган меҳнат реабилитациясининг ушбу элементи инсультли беморларнинг ижтимоийлашуви ва меҳнат интеграцияси жараёнига ижобий ҳисса қўшади. Йиллар давомида турли хил даволаш усуллари такомиллаштириш инсульт ўтказган беморларнинг омон қолиш даражасини сезиларли даражада оширди. Бунинг натижасида ва аҳоли сонининг кўпайиши натижасида инсультдан кейинги асоратлар ва бузилишлар билан яшовчилар сони кўпайди. Масофадан бошқариладиган реабилитацияни ташкил этиш

нафақат касалликнинг намоён бўлишининг оғирлигини камайтиради, балки ўз-ўзига хизмат кўрсатиш кўникмаларини ва ҳаёт сифатини яхшилайти. Масофавий технологиялардан фойдаланиш инсульт билан оғриган беморларни реабилитация қилиш билан боғлиқ соғлиқни сақлаш тизимининг иқтисодий харажатларини камайтиришга ёрдам беради [32, 66]. Адабиёт маълумотларининг таркибий таҳлили шуни кўрсатдики, мамлакатимизда ва чет элларда инсультли беморларни реабилитация қилиш усуллари ишлаб чиқиш ўхшаш йўналишга эга ва тиббиёт ва ахборот технологиялари соҳасидаги илмий кашфиётларга боғлиқ. Инсульт учун тиббий реабилитацияни таъминлашни такомиллаштириш вектори масофавий технологияларнинг турли шакллари ва усуллари фаолроқ киритиш ҳисобига амбулатория босқичи тизимининг миқдорий кенгайтилиши ва сифат жиҳатидан ўзгариши ҳисобланади.

§1.8. Инсультдан кейин тикланишни башорат қилиш имкониятлари

Ишемик инсультдан кейин тикланишнинг асосий башоратлаш мезонлари беморнинг ёши, инсультнинг дастлабки оғирлиги ҳисобланади [35, 96, 147, 177], онг даражасидаги бузилишларнинг ўткир давридаги зўравонлик, менингеал симптомлар, дезориентация мавжудлиги, артериал гипертензия, юрак патологияси, беморда бир нечта хавф омилларининг комбинацияси, такрорий қон томирларининг мавжудлиги. Башоратлаш ва бузилган функцияларни тиклашдаги энг муҳим нуқталардан бири бу касалликнинг бошланишидан клиникага ётқизилишгача бўлган вақт. Беморларни "терапевтик дарча" ичида касалхонага ётқизиш фокал неврологик касалликларнинг энг аниқ регрессиясига олиб келади [11, 221].

Инсультдан кейин мустақил яшаш қобилияти кўп жиҳатдан ҳаракат етишмовчилигига ва ҳаракат функциясини тиклашга боғлиқ. Ҳаракатнинг тикланишини аниқ башорат қилиш реабилитацияни режалаштиришда ёрдам беради ва шифокорлар, беморлар учун реал мақсадларни белгилайди. Бироқ, беморларнинг индивидуал хусусиятлари тўғри башоратлашни

кийинлаштиради. Башоратли аниқлик потенциалини яхшилаш учун нейровизуализация (миянинг юқори аниқликдаги МРТ), генотиплаш, асаб нейропластикасини нейрофизиологик баҳолаш ва йўқотилган функцияларни тиклаш учун математик моделларни тузиш имкониятлари бирлаштирилган [98, 225]. Инсульт натижаларини башорат қилиш ўн йилдан кўпроқ вақтга тўғри келади. Ишлаб чиқилган моделларни баҳолашда прогнознинг аниқлиги ҳам, амалий қўллаш имконияти ҳам ҳисобга олиниши керак. Энг қулай модел бу фақат оммавий параметрларни ўз ичига олган, қиммат тадқиқотлар ва юқори меҳнат харажатларини талаб қилмайдиган моделдир [167, 235]. Барча тадқиқотларда инсульт натижаларини башорат қилиш учун миянинг юқори аниқликдаги МРТ зарур, бу фақат стационар даволанишда амалга оширилиши мумкин ва тикланиш даврида жуда қийин. Функционал натижани башорат қилиш кўплаб клиницистлар учун қийин, қисман ҳолатнинг мураккаблиги, шунингдек тасдиқланган башоратлаш моделларнинг етишмаслиги туфайли. Яқинда инсультдан кейин юқори оёқ-қўлнинг тикланишини башорат қилиш бўйича тадқиқот ортиб бормоқда [11, 237]. Мия қон айланишининг бирламчи ва такрорий бузилишларини ривожланиш эҳтимolini аниқлаш учун цереброваскуляр касалликларнинг узок муддатли натижаларини башорат қилиш усуллари ишлаб чиқилган ва ишлаб чиқилмоқда [99]. 2013 йилда Suzuki MMSE балли ёрдамида инсультнинг эрта тикланиш даврида когнитив функцияни тиклаш учун математик модели ишлаб чиқди [226]. Челет К., Саваки Л. натижалари. (2016) шуни кўрсатадики, сезиларли нейропластиклик оғир мотор бузилиши бўлган беморда ишемик инсультдан деярли икки йил ўтгач, ҳаракт етишмовчилигини тиклашга олиб келиши мумкин [35].

Шуни таъкидлаш керакки, Россияда ишемик инсультнинг функционал натижаларини башорат қилиш моделларини ишлаб чиқишга бағишланган ишлар сони кам, тақдим этилган маълумотлар фақат оғир инсультларга тегишли ва беморларнинг ҳаёт сифати параметрларидан фойдаланмайди [96]. Инсультни реабилитация қилишнинг дастлабки бошланишидан бошлаб,

беморнинг индивидуал фаолиятига, унинг кундалик ҳаётига эътибор қаратиш, шунингдек, ушбу беморларнинг тарбиячиларига Реал тасаввур бериш учун тикланишнинг башоратли моделларини ишлаб чиқиш муҳимдир. [222, 233]. Математик моделларнинг афзалликлари беморни танлашни объективлаштириш, кенг қўллаш имконияти ва қўшимча молиявий харажатларнинг йўқлиги [25, 232, 240]. Шу билан бирга, башоратни эрта баҳолаш индивидуал реабилитация дастурларини ишлаб чиқиш ва инсультдан кейин тикланишнинг турли даврларида уларнинг самарадорлигини кузатиш имконини беради [187, 246]. Ишемик инсультнинг тикланиш даврида беморларда ҳаёт сифатининг мумкин бўлган кўрсаткичларини ҳисоблашнинг қулай усулининг йўқлиги беморнинг реабилитация салоҳияти масаласини ўрганишга тўсқинлик қилади, бу жуда долзарб бўлиши мумкин.

II- БОБ.

ИНСУЛЬТНИНГ ТИББІЙ РЕАБИЛИТАЦИЯСИ ВА ТАКОМИЛЛАШТИРИШ ЙЎЛЛАРИ

Тадқиқот мавзуси реабилитация даволашнинг амбулатория босқичини кеч тикланишда ва инсультнинг узок муддатли оқибатлари даврида масофадан бошқариладиган технологияларни киритиш билан амалга ошириш жараёни эди.

Ушбу ишда қўлланиладиган услубий ёндашувлар — таҳлил, синтез, мураккаблик, изчиллик, моделлаштириш — мақсад ва вазифалар, ушбу муаммони ишлаб чиқиш даражаси, инсультли беморларнинг реабилитациясини ўрганишга комплекс ёндашув зарурлиги билан белгиланди. Тадқиқот холислик, изчиллик ва мураккабликка асосланган назарий ва эмпирик принципларнинг бирлигида, шунингдек тиббий реабилитация мавзусининг ўзига хос хусусиятларига мослаштирилган соғлиқни сақлаш ва соғлиқни сақлаш соҳасидаги замонавий услубий тадқиқот услубларида олиб борилди.

Клиник текширув беморнинг ижтимоий ва яшаш шароитларини, инсультнинг оғирлиги ва этиологиясини баҳолашни, неврологик ҳолатни асосий ўлчовлар бўйича (Миллий Соғлиқни сақлаш институтлари инсульт шкаласи NIHSS, “PULSES Profile» тесты, Адденбрукнинг когнитив шкаласи (ACE-R) (Hodges et al, 2005, Frontal дисфункцияни баҳолаш учун батарея тести асл номи: The Frontal Assessment Battery (FAB) battery at bedside. Neurology. 2000.) баҳолаш билан неврологик текширувни ўз ичига олди. Спагетти диаграммаси қурилишидан фойдаланиш (минимал йўналишни компьютер симуляцияси), поликлиника ва тиббий реабилитация бўлимла рининг масофавий узоқлиги тахмин қилинди.

Реабилитация жараёнидан олдин ва кейин ҳар бир бемор ўз аҳволи ҳар томонлама клиник ва функционал баҳолаш текширилди ва режалаштирилган реабилитациянинг мақсад ва вазифалари муҳокама қилинди. Инсультга ўтказган ҳар бир бемор элементар функцияларни ташхислаш амалиёти ўтказилди: ҳаракат, сезги, шунингдек, юқори кортикал функциялар ва руҳий ҳолат, беморнинг когнитив ва коммуникатив имкониятлари. Шу билан бирга, маиший ҳаёт кўникмаларининг хавфсизлиги баҳоланди: ўз-ўзига хизмат кўрсатиш қобилияти (кийиниш, овқатланиш, ҳожатхона, ювиш) ва ҳаракатчанлик: уйда ва ташқарида ҳаракатланиш, ёрдамчи қурилмалардан фойдаланиш, ҳаракатланаётганда ўзини ҳимоя қилиш ва ташқи ёрдамга эҳтиёжмандлиги баҳоланди.

Ушбу клиник ва функционал баҳолаш дастлаб ва реабилитация ва реабилитация даволаш тугагандан сўнг амалга оширилди. Ушбу текширувлар тўплами натижаларига кўра ҳар бир беморнинг реабилитация салоҳияти аниқланади ва унинг индивидуал реабилитация прогнози белгиланади.

Қуйидаги мезонларга асосланган ҳолда реабилитация ва профилактика ишлари олиб борилди:

- 1) Ишемик инсультдан кейинги муддат 6 ойдан 18 ойгача
- 2) 40 ёшдан 80 ёшгача бўлган еркак ёки аёл беморлар;

3) реабилитация маршрутлашхариталаш шкаласи (РХШ) кўрсаткичи 2-3 балл;

4) оғир бирга келадиган соматик патологиянинг йўқлиги;

5) бемор билан самарали алоқа қилиш имконияти;

6) беморнинг тадқиқотда иштирок этишга розилиги.

Истисно мезонлари:

1) инсультнинг давомийлиги 6 ойдан кам ва 1,5 йилдан ортиқ;

2) оғир бирга келадиган соматик ва юқумли патологиялар;

3) оғир когнитив бузилиш (Адденбрукнинг когнитив шкаласи>24);

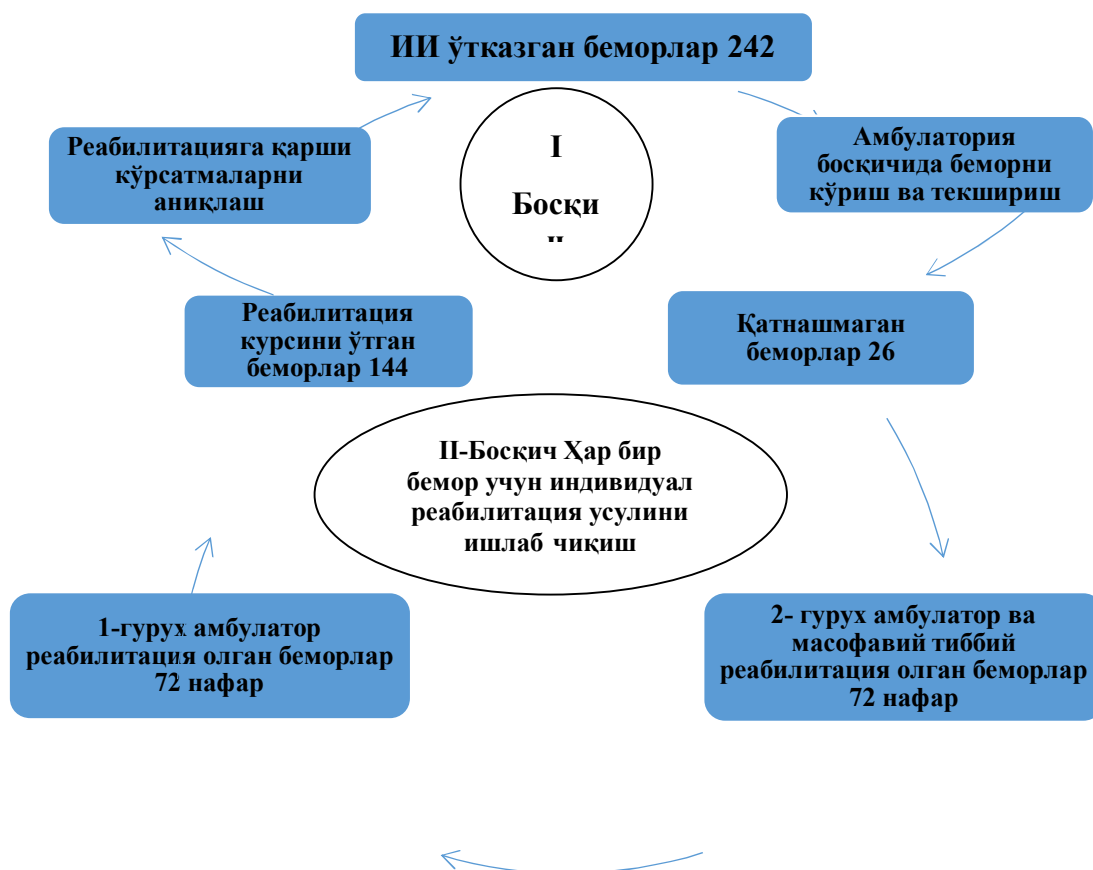
4) неврологик текширувга кўра сезгир ёки қўпол мотор афазия;

5) компьютер экранда визуал кўрсатмаларга риоя қилишга имкон бермайдиган жиддий кўриш бузилиши;

6) тадқиқот натижаларига потенциал таъсир қилиш хавфи билан сурункали касалликнинг ўткир ёки декомпенсациясини ривожлантириш;

7) тадқиқотда иштирок этишга розилик йўқлиги.

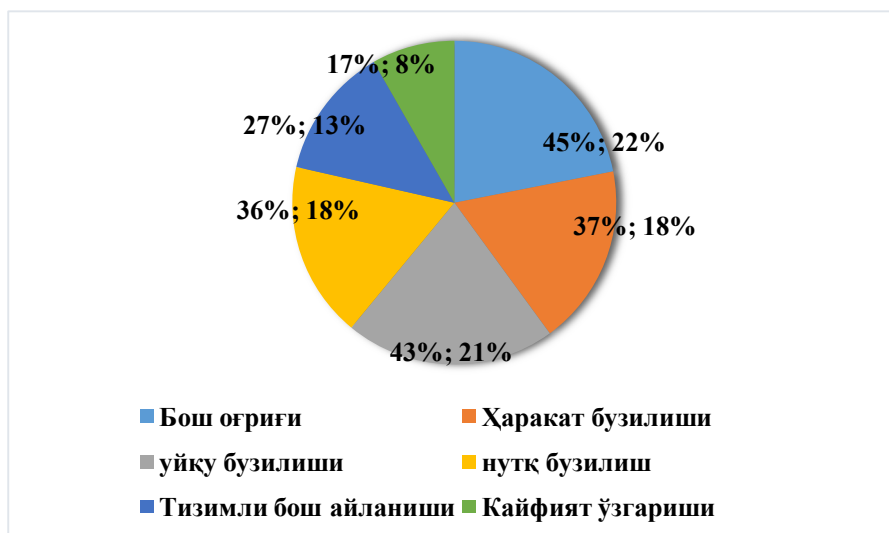
Реабилитация чора тадбирлари жараёнида беморлар 3 гуруҳга бўлинди (расм – 1).



Расм – 2.1. Реабилитация жараёни 1,2 ҳафта, 1 – 3 -6 ойни ташкил этди.

Тадқиқотда беморлар жинс кўра тақсимланганда, эркаклар 144 нафарни (61%)ни, аёллар бўлса 84 (37%) ни ташкаил этди. Беморларнинг ўртача ёши $52,9 \pm 2,3$ ёшни, ёш оралиғидаги фарқ бўлса 42-75 ёшни ташкил қилди ($p > 0,05$). Инсультга чалингунгача меҳнатга лаёқатли ва шу кунгача ишлаб келган беморлар 77%ни ташкил этган.

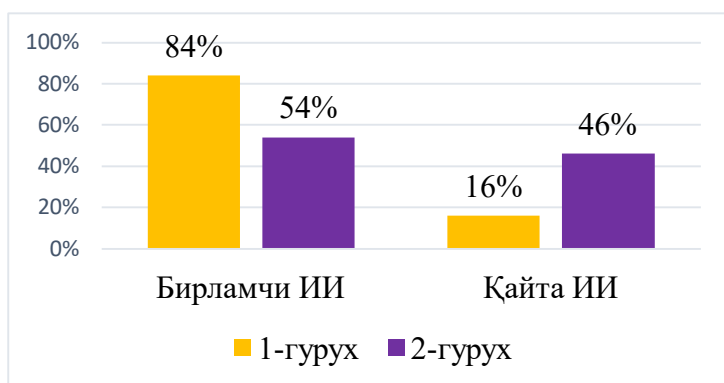
Тадқиқотда барча гуруҳ беморларида аниқланган неврологик белгилардан: эпизодик диффуз бош оғриғи беморларнинг 97 (45%) ни безовта қилди, ҳаракат бузилиши – беморларнинг 79 (37%), беморларнинг 93 (43%) да турли хил уйқу бузилиши аниқланди, нутқ бузилиши-36% Беморларда, тизимли бўлмаган бош айланиши – 58 (27%), кун давомида кайфият ўзгариши беморларнинг 34 (19%) томонидан қайд этилди.



Расм – 2.2. Тадқиқот гуруҳларида неврологик белгиларнинг учраш частотаси.

Инсултнинг давомийлиги $10,6 \pm 2,7$ ойни ташкил этди, Гуруҳлар ўртасида статистик жиҳатдан сезиларли фарқлар йўқ эди ($p > 0,05$). Инсултдан кейин тикланиш босқичларини даврийлаштиришга кўра, беморларнинг барча 100% (144) кеч тикланиш даврига тўғри келган. Неврологик текширув ва кўриш текширувига (КТ, МРТ) кўра, барча беморларга ишемик инсулт ташхиси қўйилган. Биринчи марта биринчи гуруҳ беморларида 84% (60/72) беморларда бирламчи инсулт, 16% (12/72) қайта ИИ аниқланди, 2- гуруҳ беморларнинг 46% (33/72) анамнезида қайта ИИ бор эди, бирламчи ИИ 54% (39/72) (3-расм).

Амбулатор карталар ёрдамидв йиғилган маълумотларга кўра, беморларда атеросклероз 63% (90/144), артериал гипертензия —72% (103/144), юрак томирлари касаллиги ва / ёки юрак аритмиялари-38% (54/144), қандли диабет - 23% (33/144) да кузатилди. Амбулатория босқичида реабилитация муолажасидан ўтмаган ва амбулатор тиббий реабилитациядан ўтган



Расм – 2.3. Беморларда олдинги инсультлар сони бўйича тақсимланиши, % беморларнинг анамнезида биргаликда кузатилган нозологиялар спектрининг қиёсий таҳлили статистик жиҳатдан сезиларли фарқларни аниқламади ($p>0.05$).

§1.1.Амбулатор этапда беморларни инсультдан кейинги босқичда амбулатор этапда реабилитация даволашнинг хусусиятлари

Инсультдан кейин келиб чиқадиган асоратлари ва узоқ давом этадиган аломатлари спектрининг юқори ўзгарувчанлиги комплекс тиббий реабилитация чораларига эҳтиёжни шакллантиради. Бухоро вилоятида қўлланиладиган тиббий реабилитациянинг асосий усуллари орасида кинезотерапия, электротерапия, терапевтик массаж, касбий терапия элементлари билан уй реабилитацияси, психолог, ижтимоий ишчи ва нутқ терапевти билан машғулотлар мавжуд. Амбулатория реабилитация бўлимларида инсульт ўтказган беморлар учун асбоб-ускуналар ва ўтказиш имкониятларини ҳисобга олган ҳолда, асосий жисмоний усуллар: машқлар ва номедикаментоз технологиялар билан даволаш (жадвал-1). Инсультдан кейинги беморларни амбулатор реабилитация қилишнинг икки ҳафталик курсининг самарадорлигини баҳолаш учун ушбу тадқиқотнинг биринчи босқичида 144 беморнинг саломатлик кўрсаткичлари ЖССТ томонидан ушбу атама таърифига кўра баҳоланган саломатлик ҳолатининг асосий кўрсаткичлари динамикаси – жисмоний, руҳий ва ижтимоий ўрганилди.

Амбулатория реабилитация бўлимларида инсульт ўтказган беморлар учун асбоб-ускуналар ва ўтказиш имкониятларини ҳисобга олган ҳолда, асосий

жисмоний усуллар: машқлар ва номедикаментоз технологиялар билан даволаш. Инсултдан кейинги беморларни амбулатор реабилитация қилишнинг икки ҳафталик курсининг самарадорлигини баҳолаш учун ушбу тадқиқотнинг биринчи босқичида 144 беморнинг саломатлик кўрсаткичлари ЖССТ томонидан ушбу атама таърифига кўра баҳоланган саломатлик ҳолатининг асосий кўрсаткичлари динамикаси – жисмоний, рухий ва ижтимоий ўрганилди.

Умуман олганда, реабилитациянинг амбулатория босқичи кундалик маиший шароитга мослашишга, инсулт натижасида келиб чиққан ҳаракат ва бошқа неврологик асоратларнинг оғирлигини камайтиришга қаратилган.

Ушбу тадқиқот давомида реабилитация тадбирларининг самарадорлигини баҳолаш мезонлари сифатида неврологик нуқсонларни, ҳаракат функцияларини, беморларнинг тушиши мумкин бўлган хавфларини, психо-эмоционал ҳолатни, когнитив функцияларни, ногиронлик даражаси, такрорий зарбалар частотаси ва уларнинг яшаш жойидаги поликлиникага ташрифлар сони, мустақиллик даражаси ва беморнинг ҳаёт сифатини баҳолашга имкон берадиган 16 та асосий кўрсаткич аниқланди.

2.1-жадвал

Беморнинг реабилитация салоҳиятини баҳолашнинг миқдорий алгоритми (Пряников И. В., 2001),

Кўрсаткичларнинг номи ва қийматлари	Реабилитация имкониятлари паст	Етарли реабилитация имкониятлари
I. Ҳаракат функцияси:		
Мучаларнинг ҳаракат функцияси	Яққол гемипарез	Ўртача ва енгил гемипарез
Мушаклар кучи	2,0 ва ундан кам балл	3,0 ва ундан ортиқ балл
Динамометрия	7,8±2,0 кг	13,5±1,5 кг

Мучаларнинг бўғимларида фаол ҳаракатлар:		
елка	18,0±2,6	35,6±5,6
тирсак	20,5±4,5	38,0±8,0
билак	12,0±3,0	34,8±4,2
қўлнинг бўғимлари	15,0±6,0	Сақланган ҳаракатлар
чаноқ-сон	7,7±2,7	17,8±2,2
тизза	8,9±3,7	25,2±9,4
Тизза-товон	6,0±1,3	16,6±2,3
Юришнинг биомеханик маълумотлари		
Юришдаги қадамлар сони 100 м	209 ± 7,0	163,0 ± 4,0
Юриш тезлиги	36±4 кадам/мин	58,0±3кадам/мин
II. Вестибуляр-мияча бузилишлари:		
спонтан Нистагм	II–III даража	I–II даража
Ротаторнкй нистагм	85–120 сек	50–80 сек
III. Шахснинг психологик хусусиятлари:		
Диққат	200–300 белгилар	400–600 белгилар
Образларни эслаб қолиш	16 дан 2образлар	16 дан 3–4 образлар
Фикрлаш	1–3 балл	4–6 балл
Депрессия шкаласи	60–70 балл	50–59 балл
Реактив даражаси ва шахсий хавотир	46 балл	31–45 балл

PULSES Profile тести ёрдамида беморнинг ҳаракатчанлик даражасини баҳолашнинг оддий усули.

Адденбрукнинг модификациялашган когнитив шкаласи индивидуал когнитив соҳаларни 5 та кичик ўлчов бўйи ча баҳолаш учун ишлатилади.

Инсультли беморларнинг жисмоний саломатлик кўрсаткичларининг икки ҳафталик динамикаси амбулатория реабилитациясида бўлган беморларда таҳлил қилинган бешта кўрсаткичнинг тўрттасида аниқроқ бўлди (2-жадвал). Беморнинг реабилитация салоҳиятини баҳолашнинг миқдорий алгоритми (Пряников И. V., 2001) инсультли беморларнинг реабилитация салоҳиятини баҳолаш учун қўлланилди. Реабилитация даволаш самарадорлигини иккала гуруҳдаги дастлаб бир хил қийматлар билан таққослаганда (2-3 балл), фақат реабилитациянинг амбулатория босқичи бўлган беморлар қийматларининг статистик жиҳатдан сезиларли ижобий тенденциясини (13,0%) пасайганлигини кўрсатдилар.

2.2-жадвал

Амбулатория реабилитацияси фонида инсультли беморларнинг жисмоний саломатлиги кўрсаткичларининг динамикаси.

№	Кўрсаткичлар	1 группа (M±m)		2 группа (M±m)		Ишонч даражаси (p)			
		Даво гача	2 ҳаф тадан сўнг	Даво гача	2 ҳаф Тадан сўнг	Даво гача 1*	2 ҳафта дан сўнг 2*	1**	2***
1	PULSES Profile тести	2,53±0,5	2,20±0,5	2,40±0,5	2,33±0,5	0,309	0,251	<0,05	0,528
2	Аденбург шкаласи (балл)	13,40±0, 7	13,97±0, 8	13,53±0,6	13,57±0,6	0,432	<0,05	<0,01	0,735
3	Пешона дисфункцияни баҳолаш учун батарея тести	2,57±0,5	2,17±0,5	2,60±0,5	2,47±0,5	0,798	<0,05	<0,01	0,262
4	Оғрикни баҳолаш (ВАШ, балл)	3,23±1,1	2,33±0,5	3,03±0,9	2,40±0,5	0,427	0,599	<0,05	<0,05

5	Тушиш Коэффициенти, балл	2,53±0,7	2,23±0,6	2,90±0,9	2,70±0,7	0,085	<0,01	<0,05	0,182
---	--------------------------------	----------	----------	----------	----------	-------	-------	-------	-------

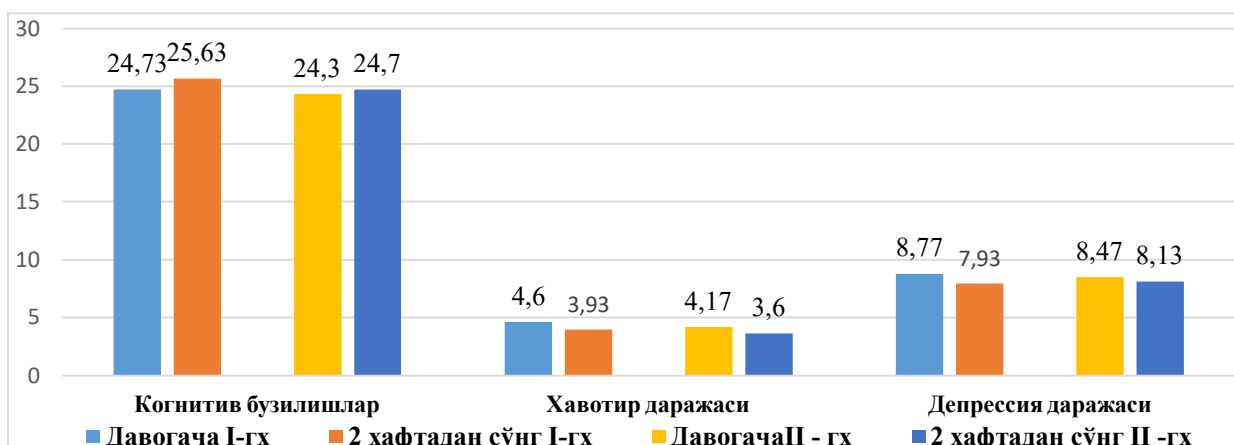
Изоҳ: * – 1 – гуруҳ ва 2-гуруҳ ўртасидаги фарқлар; * * - 1- гуруҳнинг динамикадаги фарқлари; * * * - 2- гуруҳнинг динамикадаги фарқлари

PULSES Profile тести томонидан тахмин қилинган беморларнинг ҳаракатчанлик даражаси статистик жиҳатдан сезиларли даражада ошди ($p<0.01$) 4.3% тактиканинг 2-гуруҳида. Шу билан бирга, 1-гуруҳ беморларида 2 ҳафтадан сўнг динамикада ижобий ўзгариш кузатилмади ($p>0,05$).

2 чи гуруҳда ҳам дастлаб бир хил қийматлар ($p>0,05$) бўлган кундалик ҳаётда бузилган функциялар ва мустақиллик даражаси икки ҳафталик амбулатория реабилитациясидан ўтган беморларда статистик жиҳатдан сезиларли даражада ($p<0,01$) 18,4% га камайди. Шу билан бирга, 1-гуруҳдаги PULSES Profile тестининг қиймати атиги 5,3% га камайди, бу статистик жиҳатдан аҳамиятсиз бўлиб чиқди ($p>0,05$).

Оғриқ синдроми реабилитация даволаш шаклидан қатъи назар, иккала гуруҳда ҳам статистик жиҳатдан сезиларли даражада камайди ($p<0,05$). Шу билан бирга, иккала гуруҳдаги ВАШ шкаланинг қийматлари динамикада таққосланди ($p>0,05$).

Инсультдан билан оғриган беморларнинг руҳий саломатлик кўрсаткичларининг икки ҳафталик динамикаси амбулатория реабилитациясида бўлган беморларда таҳлил қилинган учта кўрсаткичдан бирида аниқроқ бўлди (расм -4).



Расм – 2.4. Амбулатория реабилитацияси фониди инсультли беморларнинг рухий саломатлик кўрсаткичларининг динамикаси

Изох: * – 1 ва 2 чи гуруҳлардаги фарқлар; 1** - 2*** < 0,01. 0,320; < 0,05; < 0,05. 0,321

Аденбург шкаласи бўйича бир хил даражада паст бошланғич қийматга эга бўлган гуруҳлардаги когнитив бузилишларни баҳолашда реабилитация даволаш фониди 2-гуруҳда ижобий динамика ўрнатилди (+3,6%, $p < 0,01$), қолган гуруҳда таҳлил қилинган кўрсаткич динамикаси статистик жиҳатдан аҳамиятсиз бўлиб чиқди ($p > 0,05$).

Дастлаб, иккала гуруҳдаги беморларда когнитив бузилиши даражаси standart кўрсаткичга тўғри келди ва шифохона хавотир ва депрессия 7 баллдан ошмади. 2 ҳафта ўтгач, 1-гуруҳ ҳам, 2-гуруҳ ҳам ташвиш индексининг 1,1 баробар пасайишини кўрсатди ($p < 0,05$). Амбулатория реабилитация босқичининг мавжудлиги ёки йўқлиги ташвиш даражасининг якуний қийматларига таъсир қилмади. Эҳтимол, бу динамика беморларнинг ҳозирги вазиятга психологик мослашуви билан изоҳланади; асосий касаллик туфайли юзага келган стрессли вазиятнинг ўткир босқичини якунлаш; касалликнинг намоён бўлиши билан изоҳланади.

Шу билан бирга, унинг арсеналида тиббий психолог индивидуал ва гуруҳ машғулотларини ўз ичига олган реабилитация даволашнинг амбулатория босқичи статистик жиҳатдан сезиларли ($p < 0,05$) депрессия даражасининг дастлабки маълумотларга нисбатан 9,6% га пасайишида акс

этди. 1-гурух беморлари натижалар динамикасини кўрсатмадилар ($p>0.05$). Шу билан бирга, ушбу гуруҳни динамик кузатиш кўрсаткичларнинг ўзгарувчанлик коэффициентининг 23% дан 31% гача ошганлигини кўрсатди, бу 2 ҳафтадан кейин ушбу хусусият қийматлари тарқалишининг кенгайишини кўрсатади.

Инсоннинг ижтимоий мослашувчанлиги соғлиқни сақлаш тизими учун ҳам, умуман жамият учун ҳам инсультдан кейинги беморларни реабилитация қилишнинг энг долзарб муаммоларидан биридир. Инсультли беморларнинг ижтимоий саломатлик кўрсаткичларининг икки ҳафталик динамикаси амбулатория реабилитациясида бўлган беморларнинг барча таҳлил қилинган кўрсаткичларида аниқроқ бўлди (3-жадвал).

2.3-жадвал

Амбулатория реабилитацияси фонида инсультли беморларнинг ижтимоий саломатлиги кўрсаткичларининг динамикаси

№	Кўрсаткичлар	1 группа ($M \pm m$)	2 группа ($M \pm m$)	Ишонччиликдаражаси (p)		
				1-2*	1**	2***
1	Ўзгалар ёрдамига мухтожлиги, балл	2,23±0,7	2,17±0,7	0,719	0,107	0,201
		1,97±0,5	2,40±0,6	<0,01		
2	Ижтимоий мослашув даражаси, балл	2,20±0,4	2,03±0,6	0,190	<0,05	0,320
		2,53±0,5	2,20±0,6	<0,05		
3	Даволашга риоя қилиш даражаси, балл	2,10±0,4	1,87±0,6	0,073	<0,01	0,203
		2,47±0,6	1,70±0,5	<0,001		

Изоҳ: * – 1 – гуруҳ ва 2-гуруҳ ўртасидаги фарқлар; * * - 1- гуруҳнинг динамикадаги фарқлари; * * * - 2- гуруҳнинг динамикадаги фарқлари

Беморларнинг яқинлари ва қариндошларига эҳтиёжмандлик даражаси 2 гуруҳда ($p<0.01$) амбулатория босқичидан ўтган беморларга нисбатан юқори бўлиб чиқди. 6 ойдан кейин узок муддатли баҳолашда амбулатория босқичидан ўтган 2 гуруҳдаги "мустақиллик" кўрсаткичи 1-гуруҳга нисбатан

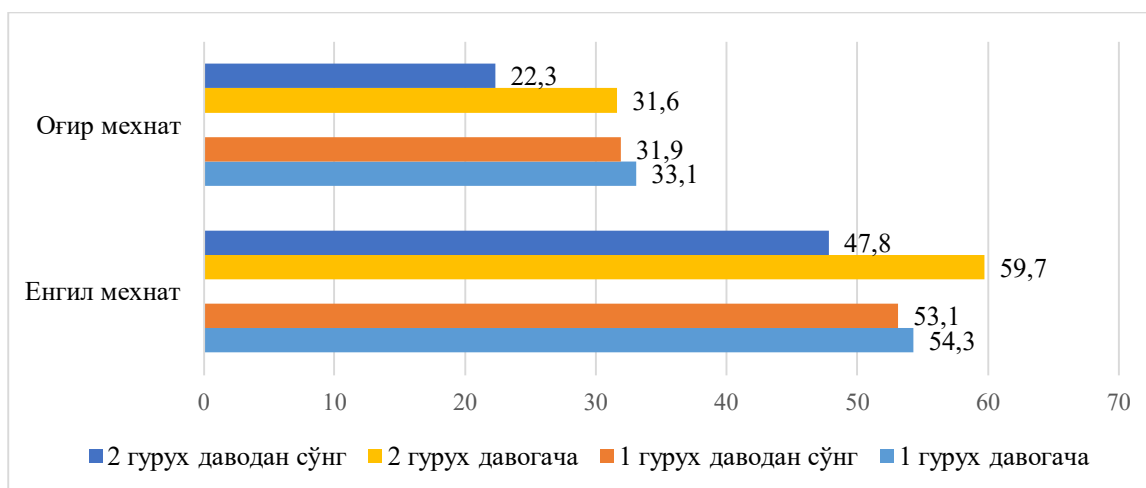
статистик жиҳатдан сезиларли фарқни кўрсатди ($p < 0,05$). 1-гурӯх беморларида бошқаларга қарамлик даражаси статистик жиҳатдан сезиларли даражада ошди ($p < 0,05$). Бу бизга тиббий реабилитациянинг амбулатория босқичи беморларнинг мустақиллигини шакллантиришга ёрдам беради ва кундалик ҳаётда бегоналарга қарамлик даражасини пасайтиради деб тахмин қилиш ҳукуқини беради.

Дастлаб бир хил ижтимоий фаоллик даражаси билан, кузатувдан икки ҳафта ўтгач, 2-гурӯх беморларида шахслараро мулоқот, ижтимоий жараёнларда иштирок этиш ва манфаатларни ифода этиш даражасининг статистик жиҳатдан аҳамиятли ($p < 0,05$) ўсиши аниқланди. 13% (9/72) 1-гурӯхдаги беморларнинг қариндошлари ўртасида ўтказилган сўров натижаларига кўра, аксинча, социализация, оғзаки мулоқот даражаси ва экологик ўзгаришларга реакцияни камайтириш тенденцияси мавжуд эди. Узок муддатли кузатув пайтида 1-гурӯх беморларининг 17% (12/72) муаммоларни рад этиш фонида спиртли ичимликларни суиистеъмол қилишни бошладилар.

2-гурӯх беморларида даволанишга риоя қилиш даражаси кўрсаткичи 1-гурӯх беморларига қараганда юқори ($p < 0,01$) бўлиб чиқди, бу таҳлил қилинган гурӯхлар орасида беморларнинг тақсимланишига мос келади-рандомизациянинг табақаланиш мезонларидан бири беморнинг реабилитация даволашнинг амбулатория босқичидан ўтишга розилиги эди. Бироқ, амбулатория босқичининг ўтиши ва, эҳтимол, реабилитациянинг ижобий таъсири, статистик жиҳатдан сезиларли даражада ($p < 0,05$) келажакда беморларнинг даволанишга мувофиқлигини оширади: беморлар реабилитация жараёнининг асосий мақсадларини тушуна бошлайдилар, бундан ҳам янги натижалар ва реабилитация салоҳиятининг юқорилигига ишонадилар.

Бош миянинг қон томир касалликлари ва уларни даволаш харажатларини, ишлаб чиқариш соҳасидаги йўқотишларни ҳисобга олган ҳолда давлатга ва беморнинг молиявий катта иқтисодий зарар етказди. Шундай қилиб, икки гурӯхдаги беморларнинг ишининг хусусиятини

баҳолашда ишсиз фуқаролар сони мос равишда 23,3% га ва 23% га 1-гурух ва 2-гурухда статистик жиҳатдан сезиларли даражада ошиши кузатилди. Реабилитация жараёнлари тугугандан сўнг беморларнинг ишга қайтиш кўрсаткичлари баҳоланганда, 2- гурух беморларида енгил меҳнатга яроқлилиқ даражаси 11,9% га, оғир меҳнатга яроқлилиқ кўрсаткичи 9,35 га ошиши кузатилди. 1 гурух беморларида бу кўрсаткич енгил меҳнатга яроқлилиқ 1,2%га. Оғир меҳнатга 1,2% га ошганлиги кузатилди. Бундан келиб чиқиб олиб борилган амбулатор этапдаги масофавий технологиялар ёрдамида олиб борилган реабилитация чора тadbирлари 2 гурух беморларида 1 гурух беморларига нисбаттан ижобий тононга ўзгариши қайд этилди.



Расм – 2.5. 1-гурух ва 2-гурухдаги ишга лаёқатлик динамикаси ($p < 0,05$)

12 ойдан кейин беморларнинг иқтисодий моддий даражасини баҳолашда 20% (14/72) 1-гурухдаги беморлар ўртача молиявий фаровонлик тоифасидан ўртача даражадан паст даражага ўтдилар ($p < 0,05$). Кўрсаткичларнинг бундай динамикасининг энг эҳтимолий сабаблари орасида инсультдан олдин мумкин бўлган қўшимча даромад олишнинг тўлиқ тўхташи ёки камайиши ҳисобланади. Инсультдан олдинги беморларнинг катта қисми (61%) ўз ишларининг табиатини ўзгартиришга мажбур бўлди, чунки улар энди ақлий фаолият ва ҳиссий стресс билан боғлиқ ишларни, шунингдек, энг кўп бўлган машаққатли ишларни бажара олмайдилар.

1 гуруҳидаги беморлар, таҳлил қилинган бу давр (6 ой) учун тиббий ёзувларни таҳлил қилиш бўйича тез-тез тиббий ёрдамга мурожаат қилишди ($p<0.05$). Инсулт ўтказган беморларни реабилитация қилишнинг шифохона ва амбулатория босқичларининг узлуксизлиги беморларнинг поликлиникага ($p<0,05$) ва касалхонага ($p<0,01$) ташрифлари сонининг камайиши билан тавсифланади (жадвал-4).

1.4-жадвал

1 гуруҳ ва 2 гуруҳдаги беморларнинг поликлиникага тиббий ёрдамга мурожатлар таҳлили

Гуруҳлар	Бир ой давомида беморларнинг поликлиникага мурожаатлар сони ($M\pm m$)	12 ой давомида беморларнинг поликлиникага мурожаатлар сони ($M\pm m$)	Ишончлилиқ даражаси (p)
1 гуруҳ	$2,6\pm 0,5$	$2,5\pm 0,5$	0,445
2 гуруҳ	$2,2\pm 0,6$	$2,6\pm 0,5$	0,010

Олинган маълумотлар нафақат реабилитация тадбирларининг яхши тикланиш салоҳиятини кўрсатади, балки амбулатория босқичида реабилитация даволашнинг иқтисодий мақсадга мувофиқлигини кўшимча равишда тасдиқлайди.

Реабилитация чора тадбирлари бўйича гуруҳларни таққослашда 2-гуруҳдаги беморлар 75% ижобий натижага эришдилар (самарадорликни баҳолаш учун 12/16 мезонларга ижобий), 1-гуруҳдаги даволанишга жавоб фоиизи эса 12% ни ташкил этди (самарадорликни баҳолаш учун 2/16 мезонларга ижобий).

Шу муносабат билан амбулатория шароитида доимий ва узоқ муддатли реабилитацияни таъминлаш мақсадида масофавий технологиялардан фойдаланиш зарурати мавжуд. Бундай усуллар реабилитация даволашнинг шахсийлаштирилган узлуксиз жараёнини таъминлайди, беморнинг мустақиллигининг энг юқори даражасига эришишга ёрдам беради, шунингдек, тиббий реабилитациянинг аллақачон эришилган натижаларини сақлаб қолади.

§1.2. Инсульт ўтказган беморларни амбулатория реабилитациясининг жорий этилган масофавий технологияларнинг хусусиятлари

Тадқиқот доирасида инсульт ўтказган беморлар учун амбулатория шароитида тиббий реабилитациянинг масофадан бошқариладиган босқичини киритиш учун тегишли таклифлар киритилди.

Ушбу тадқиқот давомида беморларнинг маълум бир гуруҳи учун тиббий реабилитация амбулатория бўлимлари асосида биз "онлайн технологиялар" орқали масофадан туриб monitoring қилиш имконини берувчи масофадан бошқариладиган реабилитация тизимини ишлаб чиқдик ва амалга оширдик. Бундай тизим кучли ҳисоблаш ресурсини талаб қилмайди ва шунинг учун кенг доирадаги беморлар ва тиббиёт муассасалари учун жуда қулайдир.

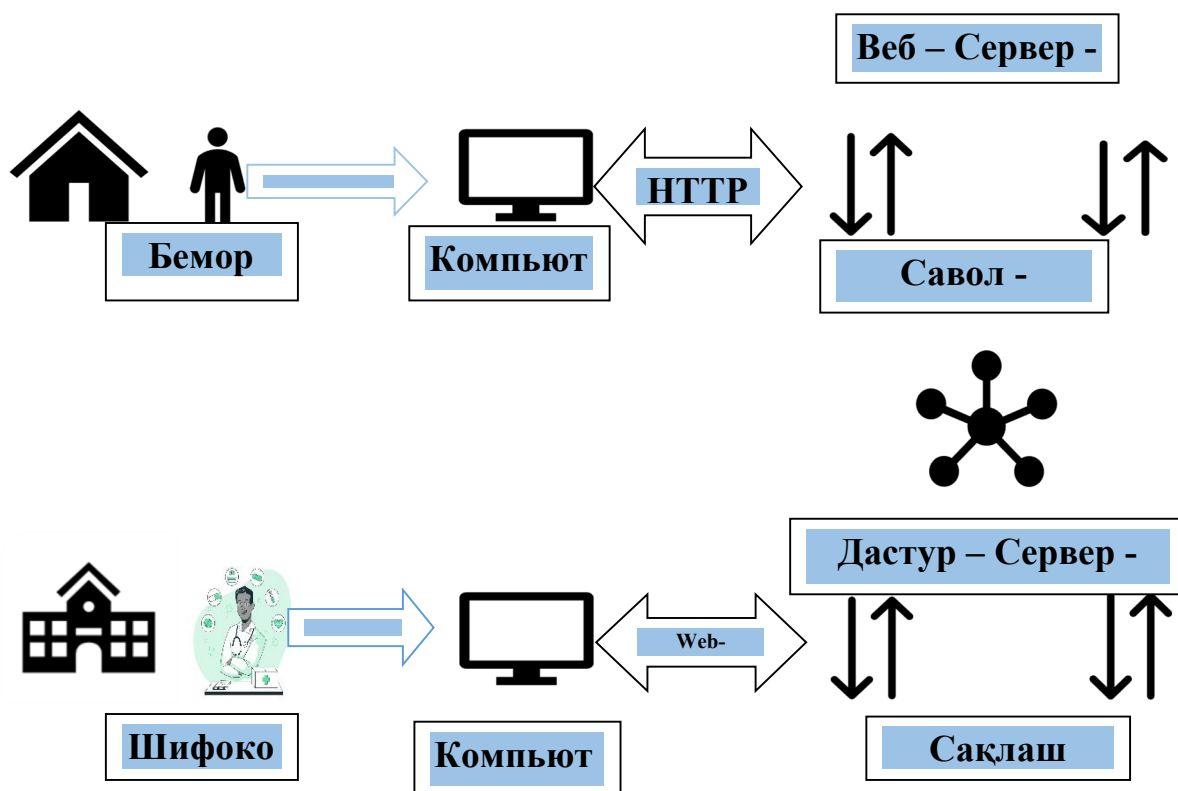
Масофавий технологиялар ёрдамида уйда реабилитация даволашни ўтказиш хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда ҳар бир бемор учун индивидуал реабилитация режаси ишлаб чиқилган. Тиббий реабилитациянинг масофадан бошқариладиган босқичини танлаш пайтида ҳар бир бемор хавфсиз Интернет-каналлардан фойдаланган ҳолда шахсий маълумотларни узатиш ва қайта ишлашга розилик берди.

Тиббий реабилитациянинг масофавий босқичининг (4 ҳафта) бутун давомийлиги давомида барча беморларга ушбу тадқиқот муаллифи томонидан симуляторлардан иборат индивидуал реабилитация даволаш режалари асосида тузилган реабилитация комплексининг асосий тўплами берилди; массаж шариклари, "Танграм" тўплами, нейротренажорлар, гантеллар (2 дона. 500 г.), фитнес гиламчаси, тарқатма материаллар кўринишидаги услубий

қўлланмалар (нейропсихологик ташхислаш ва тузатиш учун жадваллар), пульсоксиметри.

Реабилитация даволашнинг узоқ босқичидаги ҳар бир беморда веб-камера ва Интернетга кириш билан жиҳозланган шахсий компьютер ёки ноутбук мавжуд эди. Бемор ва/ёки унинг қариндошлари минимал билим ва компьютер саводхонлиги кўникмаларига эга бўлдилар. Тиббий асбоблардан ҳар бир беморда қон босими кўрсаткичларини ҳар куни қайд этиш учун ишлатиладиган ўз тонометри (механик ёки электрон) мавжуд эди.

Тиббий реабилитациянинг масофадан бошқариладиган босқичини ташкил этиш учун виртуал платформа веб-илова шаклида амалга оширилди, бу хостдаги мантиқий маконнинг бир қисми бўлиб, 23 саҳифадан иборат: Масофадан бошқариладиган реабилитациянинг умумлаштирилган тузилиши 2.6-расмда келтирилган.



Расм - 2.6. Масофадан бошқариладиган реабилитациянинг умумлаштирилган тузилиши

Реабилитация даволаш жараёни даволаш жараёнининг ҳар икки томонининг ўзаро таъсирини ўз ичига олади-шифокор ва бемор онлайн, аммо бир қатор муолажалар давомида шифокор ўрнатишни бир нечта беморларга трансляция қилиш имкониятига эга бўлиб, шу билан гуруҳ дарсини ўтказди. Тизимнинг бундай ташкил этилиши шифокор иш вақтини тақсимлаш нуқтаи назаридан тежамкор ҳисобланади. Ушбу платформа масофавий терапевтик гимнастикани физиотерапия ўқитувчиси назорати остида ҳам, мустақил равишда, ёзувдаги дарслардан фойдаланган ҳолда ўтказиш имконини беради.

Беморнинг тиббий кўрсаткичларини рўйхатдан ўтказиш ва назорат қилиш учун ҳар куни "беморларнинг электрон кундалиги" бўлимини тўлдириш орқали шикоят ва шарҳлар кўрсатилади. Онлайн платформанинг тузилиши шундай тузилганки, бемор дастурга 10 сония давомида иш столида жойлашган дастурнинг ёрлиғини сичқончани икки марта босиш орқали киргандан сўнг, шунингдек, баъзи машқлар охирида, масалан, жисмоний терапия, қалқиб чиқувчи ойналар орқали, кундалик "беморнинг электрон кундалиги" саҳифаси очилади. Кундаликнинг барча майдонларини тўлдиргандан ва кўрсаткичларни юборгандан сўнг, натижа автоматик равишда шифокорнинг иш жойида кўрсатилади. Олинган маълумотларга асосланиб, беморга кейинги реабилитация чораларини кўришга рухсат берилди ёки рухсат берилмайди. Бундан ташқари, ушбу гуруҳ беморларига, агар керак бўлса, реабилитация жараёнини тузатиш учун телефон орқали даволовчи невролог билан боғланиш имконияти берилди.

Веб-иллованинг тузилиши IP-манзилларни кузатиш орқали ҳар бир бемор учун масофадан бошқариладиган реабилитациянинг барча бўлимларига киришни алоҳида назорат қилиш имконини беради. Бу рухсатсиз фойдаланувчиларнинг IP-манзили рухсат этилган фойдаланувчилар рўйхатига киритилмаган дастурга киришига йўл қўймаслик, шунингдек, ушбу ресторатив даволаш усулига қарши кўрсатмалар мавжуд бўлса, беморнинг исталган бўлимга киришини вақтинча чеклаш имконини беради.

Масофадан бошқариладиган тиббий реабилитациянинг ахборот тизими 5 та асосий бўлимни ўз ичига олган:

- 1) нейропсихология бўлими;
- 2) нутқ терапияси бўлими;
- 3) жисмоний терапия бўлими;
- 4) касбий терапия бўлими;
- 5) инсультга учраган бемор учун ўз ўзини парвариш қилиш ва ташкил этиш бўйича тавсиялар бўлими.

"Нейропсихология" бўлимидаги масофавий дарслар 30 дақиқа давомида масофавий дарс шаклида ўтказилади, бунда шифокор бемор реал вақтда бажарадиган онлайн мулоқот режимида кўрсатмалар беради, шунингдек беморнинг мустақил иши шаклида. "Видео машқлар" ва "синов" бўлимида видео дарслар, хотира, эътибор ва ақлни чархлашга қаратилган график вазифалар томонидан тақдим этилган машқлар киритилган.

Нутқ терапияси бўлими фақат М. А. Жукова томонидан таҳрирланган нутқни ривожлантириш бўйича қўшимча услубий қўлланмадан фойдаланган ҳолда нутқ терапевти билан онлайн дарслар орқали тақдим этилади (нутқни ривожлантириш - М.: "СЙМБАТ", 2017).

Жисмоний терапия бўлими жисмоний терапия ўқитувчиси томонидан ўтказилган машқларнинг Реал вақт режимида гуруҳ онлайн трансляцияси томонидан тақдим этилади.

Касбий терапия бўлими ўқитувчи назорати остида автоном иш ва видеоалоқа имкониятига эга бўлган энг кенг тарқалган бўлимлардан биридир. Бемор видео кўрсатмаларни томоша қилади, сўнгра қўшимча реабилитация воситаларидан фойдаланган ҳолда вазифани бажарди. Ўйин иловаси орқали ижтимоий ва маиший кўникмаларни ўргатиш, беморга мумкин бўлмаган нарсаларни ажратиш, дўконга бориш ва рўйхатдаги махсулотларни сотиб олишни тақлид қилиш учун ўйноқи тарзда ўйинлар таклиф қилинади.

Инсулт билан оғриган беморнинг ўз ўзини парвариш қилиш ва ташкил этиш бўйича тавсиялар бўлими маълумотли бўлиб, бемор ва уларнинг яқинларидан реабилитация даволаш, неврологик нуқсонларга мослашиш жараёнида юзага келадиган энг тез-тез учрайдиган саволларга жавоб беришга имкон берди.

Шундай қилиб, масофадан бошқариладиган реабилитация жараёни симуляция сифатида амалга оширилади-ҳақиқий ижтимоий ўзаро таъсирнинг виртуал аналогидир.

Ушбу тадқиқотда инсулт билан оғриган беморларни тиббий реабилитация қилишнинг масофадан бошқариладиган босқичидан фойдаланиш самарадорлигини баҳолаш учун саломатлик ҳолатининг асосий кўрсаткичлари динамикаси ўрганилди

Масофавий технологиялардан фойдаланган ҳолда амбулатория реабилитацияси курсига жавобан беморларнинг соғлиғининг жисмоний таркибий қисми кўрсаткичларининг максимал даражаси доимий равишда амбулатория шароитида, сўнгра тиббий реабилитациянинг масофадан бошқариладиган босқичларида ўтказилган гуруҳда янада аниқроқ бўлди, ижобий натижа маълум даражада аниқланди 15 мезондан 16 га мувофиқ (1.5-жадвал).

Реабилитация даволаш самарадорлигини иккала гуруҳдаги дастлаб бир хил кийматлар билан солиштирганда (2-3 балл), кетма-кет амбулатория ва масофавий реабилитациядан ўтган беморлар статистик жиҳатдан сезиларли ижобий динамикани (+12,3%; $p < 0,01$) статистик жиҳатдан сезиларли ўсишини кўрсатдилар.

2.5-жадвал

Амбулатория тиббий реабилитация босқичи фонида инсултли беморларнинг жисмоний саломатлиги кўрсаткичларининг динамикаси

№	Кўрсаткичлар	1 гуруҳ ($M \pm m$)	2 гуруҳ ($M \pm m$)	Ишончлилиқ даражаси (p)
---	--------------	--------------------------	--------------------------	----------------------------

					3-4*	3**	4***
1	PULSES Profile тести Аденбург шка ласи (балл)	давогач а	2,52±0,5	2,55±0,5	0,809	<0,01	<0,05
		2 ҳаф тадан сўнг	2,21±0,4	2,27±0,5	0,573		
2	Пешона дисфунк цияни баҳолаш учун батарея тести	давогач а	13,52±0,6	13,55±0, 5	0,828	<0,01	<0,05
		2 ҳаф тадан сўнг	13,94±0,7	13,85±0 , 8	0,625		
3	Тушиш Коэффициен ти, балл PULSES Profile тести	давогач а	2,76±0,4	2,67±0,5	0,423	<0,01	<0,01
		2 ҳаф тадан сўнг	2,42±0,5	2,39±0,4	0,806		
4	Аденбург шкаласи (балл) Пешона дис функцияни баҳолаш учун батарея тести	давога ча	3,42±1,4	2,55±1,0	<0,01	<0,01	<0,05
		2 ҳаф тадан сўнг	2,91±1,2	2,18±0,9	<0,01		
5	Оғрикни баҳолаш (ВАШ, балл)	давогач а	2,64±0,8	2,91±0,9	0,207	<0,05	0,173
		2 ҳаф тадан сўнг	2,39±0,6	2,73±0,7	<0,05		

Изоҳ: * – 1 – гуруҳ ва 2-гуруҳ ўртасидаги фарқлар; * * - 1- гуруҳнинг динамикадаги фарқлари; * * * - 2- гуруҳнинг динамикадаги фарқлари

Бартел шкаласи бўйича бошланғич кўрсаткич билан солиштирганда, ҳаракатчанлик даражаси иккала гуруҳда ҳам, 1-гуруҳда (+3,1%; $p<0,01$), масофавий реабилитация гуруҳида (+2,2%; $p>0,05$) ошди.

Кундалик ҳаётда бузилган функциялар ва мустақиллик даражаси дастлаб иккала гуруҳда ҳам статистик жиҳатдан сезиларли даражада фарқ қилмади ($p>0,05$), 2-гуруҳдаги беморларда ҳаётининг фаолиятнинг аниқроқ бузилишлари бор эди, бу эса ёрдам талаб қилди. Бироқ, реабилитация даволашнинг Бирлашган амбулатория ва масофадан бошқариладиган босқичидан сўнг, ушбу гуруҳдаги Бартел баллари сезиларли даражада 12,3% га ошди ($p<0,01$). 1-гуруҳда масофадан бошқариладиган реабилитация фонида ташқи ёрдамга қарамлик даражаси 10,5% га пасайган, аммо дастлабки ва якуний ҳолат ўртасида статистик жиҳатдан сезиларли фарқ йўқ эди ($p>0,01$).

Иккала гуруҳдаги ВАШ нинг дастлабки қийматлари тенг эмас эди:

2-гуруҳдаги оғриқ синдроми даражаси 1-гуруҳга қараганда 25,4% юқори ($p<0,01$). Эҳтимол, бу амбулатория ва масофадан бошқариладиган босқичнинг узлуксиз, изчил ўтишига риоя қилишга ҳисса қўшиши мумкин бўлган аниқроқ оғриқ синдроми эди. Оғриқни камайтириш реабилитация даволаш шаклидан қатъи назар, иккала гуруҳда ҳам статистик аҳамиятга эга эди: 2-гуруҳда оғриқ 14,9% га камайди ($p<0,01$), 1-гуруҳда 14,5% га камайди ($p<0,05$).

Амбулатория ва масофавий босқичлардан кетма-кет ўтган гуруҳ статистик жиҳатдан сезиларли даражада ($p<0,05$) ўз баландлигидан кунлик тушишни қайд этмади. Беморлар ва уларнинг қариндошлари билан суҳбатлашганда, йиқилиш пайтида жиддий жароҳатлар қайд этилмаган.

Статистик жиҳатдан аҳамиятли ($p<0,05$) иккала гуруҳда ҳам беморларнинг соғлиғининг руҳий компоненти кўрсаткичларининг ижобий динамикаси ўрнатилди (1.6-жадвал).

2.6-жадвал

Амбулатория босқичида масофавий реабилитация фонида инсулти беморларнинг руҳий саломатлик кўрсаткичларининг динамикаси

№	Кўрсаткичлар		1 групп на (M ±m)	2 групп на (M ±m)	Ишончлилидик даражаси (p)		
					1-2*	1*	2**
1	Когнитив бузилишлар, балл	давогача	21,77±1, 6	23,95±1, ,6	0,656	<0,001	<0,001
		2 ҳафтадан сўнг	24,39±1, 4	25,0±2, 0	0,181		
3	Хавотир даражаси, балл	давогача	4,20±0,7	3,91±1, 0	0,365	<0,05	<0,01
		2 ҳафтадан сўнг	3,67±1,0	3,29±0, 7	0,140		
5	Депрессия даражаси, балл	давогача	7,01±1,5	7,59±1, 1	0,053	<0,001	<0,05
6		2 ҳафтадан сўнг	6,19±1,5	7,15±1, 3	<0,05		

Изоҳ: * – 1 – гуруҳ ва 2 гуруҳ ўртасидаги фарқлар; **

Монреал шкаласи бўйича тенг даражада паст бошланғич қийматга эга бўлган иккала гуруҳдаги когнитив бузилишларни баҳолашда 1-гуруҳда реабилитация даволаш фонида когнитив функциялар даражаси 2,4% га ошди ($p<0.001$), масофадан бошқариладиган босқичнинг 2-гуруҳида, таҳлил қилинган индикаторнинг ижобий динамикаси 4.1% га ошди ($p<0.001$).

Иккала гуруҳдаги беморларда хавотир даражаси бузилиши даражаси стандарт кўрсаткичга тўғри келди Хавотир ва депрессия госпитал шкалага кўра 7 баллдан ошмади. 1-гуруҳда реабилитация даволаш курси тугагандан сўнг, хавотир индекси 9,97% га камайди ($p<0,05$), 2-гуруҳда хавотир индексининг пасайиши 15,4% га ($p<0,01$) қайд этилди. Хавотир даражасининг якуний қийматлари реабилитация шаклидан қатъи назар, тахминан бир хил даражада бўлиб чиқди.

Тиббий психолог билан индивидуал, гуруҳ ва масофавий машғулотларнинг мавжудлиги иккала гуруҳдаги депрессия даражасининг статистик жиҳатдан сезиларли пасайишига олиб келди: 2-гуруҳда 12,0% га ($p<0,001$), 1-гуруҳда 8,2% га ($p<0,05$).). Эҳтимол, бу динамика психологик мослашув, ижтимоий муҳит ва реабилитация даволаш босқичида бемор томонидан олинган маълумотлар билан изоҳланади. Иккинчи гуруҳдаги беморларда реабилитация даволаш жараёнида соғлиқни сақлашнинг ижтимоий компоненти барча таҳлил қилинган кўрсаткичларда статистик жиҳатдан сезиларли ижобий тенденцияга эга бўлди (1.7-жадвал).

2.7-жадвал

Амбулатория босқичида масофавий реабилитация фонида инсультли беморларнинг ижтимоий саломатлиги кўрсаткичларининг динамикаси

№	Кўрсаткичлар		1 группа (M $\pm m$)	2 группа (M $\pm m$)	Ишонччилик даражаси (p)		
					1- 2*	1*	2**
1	Яқинларига қарамлик даражаси, балл	Давогача	1,95 $\pm$ 0,4	2,59 $\pm$ 0,5	0,280	<0,05	<0,05
2		2 ҳафтадан сўнг	1,2 $\pm$ 0,3	1,9 $\pm$ 0,6	0,184		
5	Даволашга риоя қилиш даражаси, балл	Давогача	2,35 $\pm$ 0,4	2,97 $\pm$ 0,6	<0,05	<0,05	<0,05
6		2 ҳафтадан сўнг	2,57 $\pm$ 0,3	2,79 $\pm$ 0,5	<0,05		

Изоҳ: * – 1 – гуруҳ ва 2 гуруҳ ўртасидаги фарқлар; * *

Реабилитация даволаш курсидан сўнг беморларнинг қариндошлари ва қариндошларига қарамлик даражаси иккинчи гуруҳда биринчи гуруҳга нисбаттан камайди: 1-гуруҳ статистик жиҳатдан сезиларли даражада пасайган ($p<0,05$) 18,8% га. Масофадан бошқариладиган босқичнинг 2-гуруҳида маиший кўникмаларни 21,1% га ижобий тенденция кузатилди, сезиларли даражада сезиларли ($p<0,05$). Шундай қилиб, тиббий реабилитациянинг

амбулатория ва масофавий босқичи кундалик ҳаётда бегоналарга қарамлик даражасини пасайтиришга ёрдам беради, беморнинг мустақиллигини шакллантиради, деб тахмин қилиш ҳуқуқини беради.

Реабилитация даволаш курсидан сўнг дастлаб бир хил ижтимоий фаоллик даражаси билан 3-гурӯх беморларида шахслараро мулоқот даражасининг статистик жиҳатдан аҳамиятли ($p < 0.05$) ўсиши аниқланди. Шу билан бирга, 15,6% (19/128) 4-гурӯхдаги беморлар, қариндошлар ўртасида ўтказилган сўров натижаларига кўра, ижтимоий жараёнларда иштирок етишга ва манфаатларини ифода етишга қизиқиш ортди. Иккала гурӯхда ҳам социализация, оғзаки мулоқот даражаси ва атроф-муҳит ўзгаришларига реакциянинг пасайиши тенденцияси мавжуд еди.

2-гурӯх беморларида даволанишга риоя қилиш даражаси кўрсаткичи 12,6% га юқори ($p < 0,05$) бўлиб чиқди, бу 1 – гурӯх беморлари билан таққослаганда, бу таҳлил қилинган гурӯхлар орасида беморларнинг тақсимланишига тўғри келади. 2-гурӯхларни тақсимлашнинг асосий мезонларидан бири беморнинг амбулатория босқичида реабилитация даволанишига қизиқиш. Шунини ҳам таъкидлаш жоизки, амбулатория босқичида масофавий босқичдан ўтиш статистик жиҳатдан сезиларли даражада ($p < 0,05$) шифокор томонидан олинган тавсияларга мувофиқлик даражасини оширади: 2-гурӯх беморларида риоя қилиш даражаси бошланғичларга нисбатан 10,0% га ошди ($p < 0,05$), шифокор томонидан масофавий босқич гурӯҳи 11,5% ($p < 0,05$) да янада кўпроқ реабилитация салоҳиятига эришишга қизиқиш ортди.

Тадқиқот натижасида тиббий реабилитациянинг амбулатория ва масофавий босқичларидан кетма-кет ўтган гурӯхда такрорий инсултларнинг пайдо бўлишини баҳолаш, такрорий инсулт билан касалланиш статистик жиҳатдан аҳамиятли ($p < 0,05$), масофадан бошқариладиган босқичдаги гурӯҳга қараганда 3,7 барабар камдир. Амбулатория ва масофавий босқичларни кетма-кет ўтказган беморлар гурӯҳида ногиронлик даражаси пастроқ ($p = 0,06$). Бу

реабилитация даволаш фақат узоқ босқичи ўтган беморлар орасида, 12 ой ичида ногиронлик гуруҳ ИИ касалланиш статистик сезиларли даражада ($p<0.05$) 16,0% паст деб топилди.

Иккала гуруҳдаги беморларнинг молиявий таъминланиш даражаси дастлаб статистик жиҳатдан сезиларли даражада фарқ қилмади ($p>0,05$) ва сўм ҳисобида ўртача даромад ва ўртача даромаддан паст бўлган. Иккала гуруҳда ҳам таҳлил қилинган вақт оралиғида тиббий ёрдам учун сўровлар сони фарқ қилмади ($p>0.05$). Бироқ, дастлабки кўрсаткичлар билан таққослаганда, 2-гуруҳда тиббий ёрдам учун беморларнинг сўровлари сонининг камайиши 16,0% га камайди, бу 1 гуруҳга қараганда 1 баравар кўп (32%), маълумотлар - жадвалда келтирилган.

2.8-жадвал

1-гуруҳ ва 2-гуруҳдаги тиббий ёрдам сўровлари сонини таҳлил қилиш

Гуруҳлар	Поликлиникага беморларнинг мурожаатлар сони ($M\pm m$)	12 ойдан сўнг беморларнинг поликлиникага мурожаатлар сони ($M\pm m$)	Фарқлар даражаси (p)
1 гуруҳ	2,3 $\pm$ 0,7	2,1 $\pm$ 0,8	0,414
2 гуруҳ	2,5 $\pm$ 0,6	1.9 $\pm$ 0,7	0,70

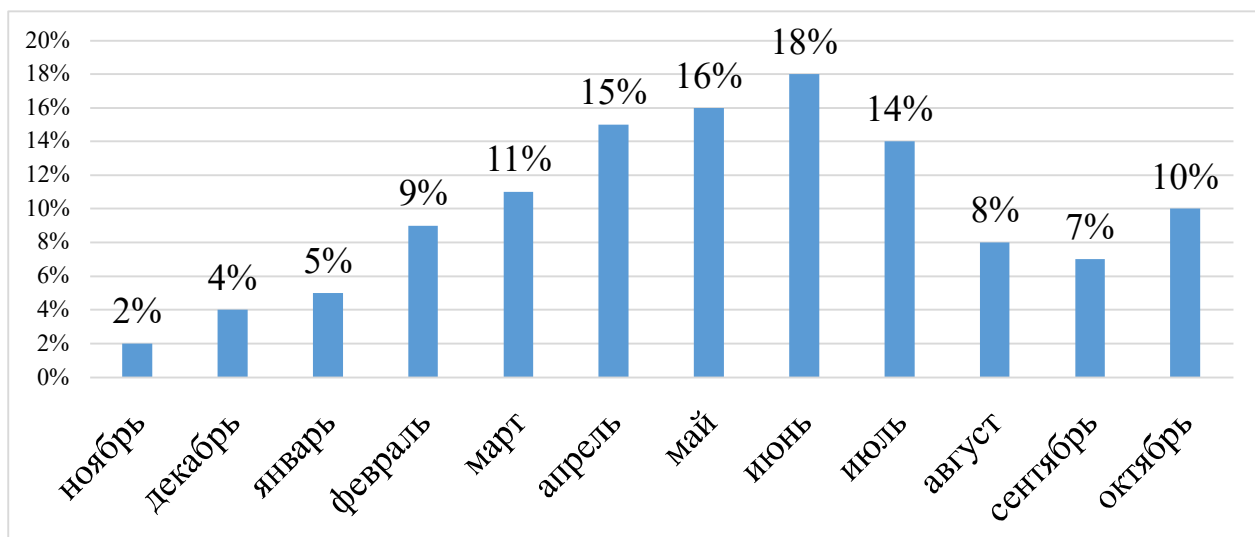
Ушбу гуруҳларни реабилитация даволаш курсига жавоб бўйича таққослашда кетма-кет амбулатория ва масофавий босқичларни ўтказган беморлар 94% ижобий натижага эришдилар (самарадорликни баҳолаш учун 15/16 мезонларига ижобий жавоб), 2-гуруҳдаги даволанишга жавоб фоизи эса 44% ни ташкил этди (7/16 мезонларга ижобий жавоб самарадорлигини баҳолаш учун). Бизнинг тадқиқотимиз натижалари асосан чет эллик тадқиқотчиларнинг маълумотларига мос келади, улар реабилитация

даволашнинг энг яхши самарадорлигига нафақат реабилитация тадбирларининг дастлабки бошланишидан эришилади, балки кўп жиҳатдан муолажалар давомийлигига боғлиқ, чунки тикланиш вақти функционал бузилишлар жуда ўзгарувчан ва кўпинча яхшиланади ва бир неча йилгача давом этади.

Юқори ва ўрта реабилитация салоҳиятига эга беморларни реабилитация даволашнинг узлуксиз ва узоқ муддатли жараёнини ташкил этишга имкон берадиган тиббий реабилитациянинг масофадан бошқариладиган босқичини жорий этиш.

Тиббий реабилитациянинг масофадан бошқариладиган босқичидан фойдаланиш тадқиқотнинг статистик маълумотлари билан асосланади ва ишемик инсультга учраган беморларнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада яхшилайдди.

Реабилитация тадбирлари самарадорлигининг ажралмас кўрсаткичи ва инсульт содир бўлган йилнинг оyi ўртасида вақтинчалик кучнинг статистик аҳамиятли боғлиқлиги ($p=0,31$; $p<0,001$) ўрнатилди. Ноябрь ва февраль ойларида инсультга учраган беморлар февраль ва сентябрь ойлари орасида инсультга учраган беморларга нисбатан реабилитация даволашнинг юқори интеграл индексига эга эдилар. Эҳтимол, бу беморларда амбулатория босқичидан ўтиш вақти ёзги даврга тўғри келади, беморлар энг ҳаракатчан ва об-ҳаво шароитларига (паст ҳаво ҳарорати, ёғингарчилик) ва атроф-муҳит ҳолатига боғлиқ эмас. Беморларнинг амбулатория реабилитацияси ойлари бўйича тақсимланиши -расмда келтирилган.



Расм – 2.7. Беморларни амбулатория реабилитацияси ойлари бўйича тақсимлаш, %

Ўз вақтида тиббий ёрдамга мурожаат қилмаслик, маълум вақт оралиғига тушолмаслик муаммоси,

Тиббий ёрдамга ўз вақтида мурожаат қилмаслик, барча функцияларни тўлиқ қайтариш билан мияга қон оқимини тиклаш мумкин бўлган маълум бир вақт оралиғига кирмаслик муаммоси инсульт билан оғриган беморларни парвариш қилишни ташкил этишда энг муҳимларидан бири бўлиб қолмоқда. Ўртача кучнинг статистик жиҳатдан муҳим мулоҳазалари билан тасдиқланган ($p = -0.43$; $p < 0.001$). Биринчи аломатлар бошланганидан бери қанча вақт ўтган бўлса, келажакда реабилитация тадбирлари самарадорлигининг ажралмас кўрсаткичи шунчалик паст бўлади.

Таъкидлаш жоизки, на жинси, на ёши, на молиявий фаровонлик даражаси, на ишнинг табиати, на бирга келадиган соматик патологиянинг мавжудлиги реабилитация тадбирлари самарадорлигининг ажралмас кўрсаткичига таъсир қилмади.

Шундай қилиб, корреляцион таҳлил давомида реабилитация самарадорлигининг ишлаб чиқилган интеграл кўрсаткичи ва ихтисослаштирилган реабилитация марказлари ($p < 0.01$) асосида тиббий реабилитациянинг иккинчи босқичи мавжудлиги, яшаш жойининг амбулатория реабилитация бўлимидан узоқлиги ($p < 0.001$) ўртасида алоқалар

ўрнатилди. инсультнинг биринчи белгилари пайдо бўлган пайтдан бошлаб тиббий ёрдамга мурожаат қилиш ($p<0.001$). Реабилитация тадбирларининг муваффақияти бевосита беморнинг тиббий реабилитация курсига содиқлик даражасига боғлиқ ($p<0.001$).

III БОБ

ИККИЛАМЧИ ПРОФИЛАКТИКАНИНГ УМУМИЙ ТАМОЙИЛАРИ

Замонавий неврологияда иккиламчи профилактика бош миянинг ўткир қон айланишининг бузилишидан кейин нейрореабилитация вазифалари доирасида кўриб чиқилади:

1. Ишемик инсульт туфайли бузилган функцияларни максимал даражада тиклашга эришиш.
2. Жисмоний, ақлий ва ижтимоий салоҳиятни мақбул амалга ошириш.
3. Жамият адекват интеграцияси.
4. Иккиламчи профилактика.
5. Ҳаёт сифатини яхшилаш.

Юқорида айтиб ўтилган рўйхатдаги иккиламчи профилактика асосий, энг муҳим вазифа бўлиб, аниқроғи, реабилитация жараёни учун асосдир.

Иккиламчи профилактика тамойилини инсультнинг табиати аниқланган ва кузатилган пайтдан бошлаб ишлаб чиқирилишини инobatга олишимиз керак ва реабилитациянинг барча босқичларини инсультдан кейинги беморларда умр бўйи кузатиб бориш лозимдир.

Ушбу кўрсатмалар беморни инсультнинг ўткир ва ўткир ости даврларида барча нозикликлар ҳақида ўйламасдан, иккиламчи профилактиканинг асосий масалаларига йўналтиришни ўз ичига олади.

Иккиламчи инсультнинг профилактикасининг асосий стратегик йўналишлари:

- Хафв омилларини ўзгартириш
- Антигипертензив терапия

-Антитромботик терапия

-Гиполипидемик терапия

Жадвал -3.1

**Бунинг учун такрорий инсултни баҳолашда тақдим этилган ECTS
шкаласидан фойдаланиш қулай ва тавсия этилади**

Essen Stroke Risk Score (ESRS)	
Хавф омили	Баллар
Ёш < 65 йил	0
Ёш 65-75 йил	1
Ёш >75 йил	2
Артериал гипертензия	1
Қандли диабет	1
Инфаркт миокард	1
Бошқа юрак қон томир касалликлари (ЮИК, юрак етишмовчилиги, қоринчалар аритмияси)	1
Периферик артериялар касалликлари	1
Чекиш	1
ТИА ёки инсулт	1
Жами баллар	

3 балл ёки ундан кўп миқдор жиддий асоратларнинг йиллик 4% хавфини кўрсатади ва бу хавф юқори деб баҳоланади. Шуниси эътиборга лойиқки, такрорий инсулт учун хавф даражаси баллар шкаласи бўйича 10 йиллик хавфга нисбатан катталик тартибида ошади.

3.1.Хавф омилларини тузатиш.

Хавф омилларини тузатмасдан, БМҚАЎБ ни касаллигининг иккиламчи олдини олиш мумкин эмас ва асосан маъносиздир.

Маълумки, бу ҳаёт тарзи инсон саломатлигига 50% дан кўпроқ таъсир қилади, бу инсультдан кейин янада муҳимроқ ҳисобланади. Бундан ташқари, турмуш тарзи беморнинг, шунингдек, унинг қариндошларининг таъсири ва масъулияти бўлиши кўпроқ лозим бўлган омил эканлиги аниқ.

1. Чекишдан воз кечиш. ТИА ва Инсульт ўтказган беморларда битта Ишемик инсультни камайтириш учун ҳеч бўлмаганда 4 нафар бемор чекишдан мутлақо воз кечиши керак.

2. Ичишдан воз кечиш:

3. Беморни жисмоний ҳаракатини ошириш. Инсультдан олдин бўлган жисмоний фаолиятга аста-секин эришиш ва агар у паст бўлса, уни аста-секин ошириш тавсия этилади (қарши кўрсатма бўлмаса).

4. Рационал овқатланиш. Холестеринга бой озиқ-овқатларни истеъмол қилишни чеклайдиган етарли миқдордаги мева ва сабзавотлар, ўсимлик мойидан фойдаланган ҳолда рационал овқатланиш.

5. Тана массасини камайтириш. Калорияга бой бўлган маҳсулотлар истеъмолини камайтириш, жисмоний фаолликни ошириш орқали ортиқча вазни камайтириш. Қуйида келтирилган жадвал асосида:

Жадвал - 3.2

Кўрсаткичлар	Енгил	Ўрта	Оғир
Альбумин, г/л	35-30	30-25	<25
Умумий оқсил г/л	60-55	55-50	<50
Лимфоцитлар	1800-1500	1500-800	<800
Тана массаси дефецити, нормал тана массасига нисбаттан %, (бўйи см. 100)	11-20	21-30	>30
Тана масса индекси, кг/м кв	19-17.5	17.5-15.5	<15.5

6. Нафас олиш касалликларини даволаш.

Уйқу пайтида нафас олиш касалликларини, масалан, апноэ синдромини, нафас йўлларининг доимий ижобий босимидан фойдаланган ҳолда даволаш тавсия этилади.

7. Қандли диабетни даволаш:

Қандли диабетни даволаш глюкоза даражасини меъёрга келтириш билан (5,6 ммол/л), қон босимини 130/80 мм симоб устуни ва ундан паст даражада ушлаб туриш. Қандли диабет билан оғриган беморлар учун гликемик назорат ва мақсадли қон босими даражаси бўйича мавжуд тавсиялардан фойдаланиш инсульт ёки ТИА билан оғриган беморларга ҳам тавсия этилади. Бу микроваскуляр асоратлар (нефропатия, ретинопатия, диабетик полиневропатия) хавфини сезиларли даражада камайтиради. Ангиотензинга айлантирувчи фермент ингибиторлари ва angiotensin II рецепторлари блокловчилар буйрак касалликларининг олдини олишда энг самарали бўлган антигипертензив воситалар сифатида ишлатилиши керак.

§3.2.ДОРИ ТЕРАПИЯСИ

1. Антигипертензив терапия.

Инсульт ва бошқа қон томир касалликларининг олдини олиш учун қон босимини пасайтириш тавсия этилади. Гипертензия бўлмаса, қон босимини пасайтириш ҳам мақсадга мувофиқдир. Оптимал қон босими даражаси индивидуалдир. Қон босимини аста-секин (АГ нинг ўткир давридан бошлаб) 10/5 мм. сим уст га камайтириш ва қон босимининг меъёр кўрсаткичларига эришиш керак.

Фойдаланиш учун мумкин бўлган дорилар: captopril – 12,5-2,5 мг; Магнесия сульфат – 5-25 мл вена ичига, metoprolol – 1% эритма – 5,0 мл вена ичига. Диастолик босим 140 мм.сим.уст дан юқори бўлса-нитроглицерин 1-4 мг / соат / ви. индивидуал хусусиятларни ҳисобга олган ҳолда антигипертензив воситаларнинг турли синфларидан фойдаланиш мумкин; терапияда диуретиклар, диуретик ва ангиотенсинга айлантирувчи фермент ингибитори фойдаланиш тавсия этилади.

* Қон босимини пасайтиришни бошлаш вақти, ёш /ESH/ESC 2013 тавсияларига кўра, агар систолик қон босими 220 (200) мм.с.м.уст дан ошмаса, 24 соатдан олдин эмас.

* Инсульт бошланганидан 5-7 кун ўтгач, қон босимини мақсадли даражага туширишни бошлаш!

2. Антитромботик терапия.

Антитромботик терапияни тайинлаш биринчи навбатда ишемик инсультнинг турига боғлиқ. Антитромбоцитар терапия кардиоэмболик бўлмаган инсульт (атеротромботик, лакунар ва номаълум сабабга эга инсульт) ва кардиоэмболик инсульт учун билвосита антикоагулянтлар учун тавсия этилади.

Антитромбоцитар гуруҳидаги дориларнинг хусусиятлари (фойдаланиш бўйича тавсиялар):

Ацетилсалицил кислотаси, тиклопидин, клопидогрел, клопидогрелнинг Ацетилсалицил кислотаси билан комбинацияси, дипиридамо

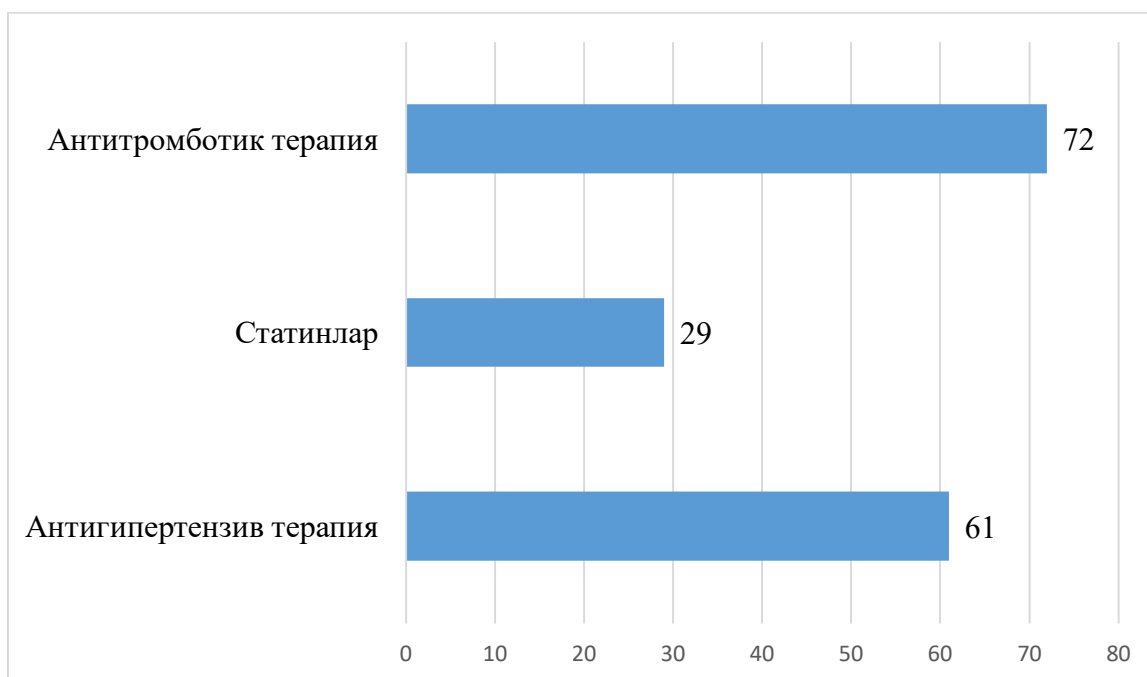
Билвосита антикоагулянтлар: варфарин, дабигатран, ривароксабан, апиксабан.

Агар билвосита антикоагулянтларни қўллаш мумкин бўлмаса, антитромбоцитар препаратлар буюрилади, клопидогрел (кунига 75 мг) ва аспирин (кунига 75-100 мг) комбинацияси аспиринни қабул қилишдан кўра бир оз самаралироқ (кунига 75-100 мг).

Билвосита антикоагулянтлардан фойдаланишга қарши кўрсатмалар.

- МНО лаборатория назоратининг мумкин бўлмаган ҳолларда (варфарин учун).
 - Gastrointestinal қон кетиш.
 - Деменция.
 - Назоратсиз эпилепсия.
 - Организмнинг индивидуал реакцияси
 - Агар оғиз орқали антикоагулянт терапияга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлса, иккиламчи профилактика учун дипиридамо
- (агренокс) билан биргаликда паст дозали aspirin терапияси тавсия этилади.

Гиполипидемик терапия: Статинлар. Қонда липид спекторини камайтириш ишемик инсультнинг олдини олиш самарадорлигини исботлади. Статинлар юрак томирлари касаллиги, гиперхолестеринемиянинг клиник кўринишлари бўлмаган тақдирда ҳам буюрилади.



Расм – 3.1. Антитромботик, антигипертензив қабул қилувчи беморлар сони (%) ва гиполипидемик терапия

Беморлар ёки уларнинг қариндошлари ўртасида ўтказилган сўров натижаларига кўра, 45 (59%) бемор кейинги стационар даврда доимий антигипертензив терапия олгани маълум бўлди. Шу билан бирга, монотерапия (1 дори) 21 (28%) беморда бўлиб ўтди, комбинацияланган даволаш (2-3 дори) 24 (32%) бемор томонидан қабул қилинди. Асосий терапиянинг бир қисми сифатида АПФ ингибиторлари 39 (51%) беморларда, бета-блоклатоларида — 8 (11%), диуретикларда — 32 (42%) да мавжуд эди. Ҳар бир аниқ ҳолатда оптимал деб аниқланган қон босимининг мақсадли қийматларига атиги 36 беморда эришилди (гипертония билан оғриган барча беморларнинг 61%). Қон босими кўрсаткичлари мунтазам равишда (кунига 2 марта) атиги 34 (45%) бемор томонидан кузатилган. Антитромботик дориларни 53 (70%) бемор қабул қилган, улардан УАС 7 кишида терапия режимида бўлган. Липидни

камайтирадиган статин терапияси фақат 21 (28%) беморда амалга оширилди (1-расмга қаранг). Қаттиқ тақик ва такрорий суҳбатларга қарамай чекишнинг зарари ҳақида беморларнинг 26 фоизи тамаки чекишни фаол давом эттирдилар, респондентларнинг атиги 16 фоизи бу одатдан бутунлай воз кечишга муваффақ бўлишди. Кузатув давомида 13 (17%) бемор мия асоратларини бошдан кечирди, шундан 8 (11%) такрорий инсультни ривожлантирди.

§3.3.МАХСУС САБАБЛАРГА КЎРА ПРОФИЛАКТИКА

Антитромбоцит терапияси фонида такрорий инсульт бўлса, инсультнинг муқобил сабабларини излаш ва хавф омилларини индивидуал тузатиш керак. Муқобил терапевтик стратегиялар турмуш тарзини ўзгартириш, бошқа дори ёки бошқа антитромбоцитар дори билан комбинацияни ёки оғиз орқали антикоагулянт терапияни ўз ичига олади.

Антифосфолипид синдроми аниқланганда билвосита антикоагулянтлар ёки аспиринни қўллаш, шунингдек, дастлабки босқичларда статинлар тавсия этилади.

Гипергомоцистеинемияда (>10 ммол/Л) мултивитаминлардан фойдаланиш мумкин (кунига 2,5 мг фолий кислотаси, 50 мг витамин В6 ва 1 мг В12). Уларнинг самарадорлиги тўғрисида ишончли далиллар йўқ, аммо хавфсизлик ва даволанишнинг арзонлиги кўрсатилган.

ИИ ўтказган аёллар учун постменопауза даврида гормон терапияси тавсия этилмайди.

IV-БОБ.

АМБУЛАТОР ДАВОЛАНИШ ДАВРИНИНГ ВАЗИФАЛАРИ

Бемор касалхонадан чиққандан кейин муружаат қиладиган поликлиникадаги неврологнинг вазифалари:

- * Беморларни реабилитация қилиш, шу жумладан йўқотилган функцияларни тиклашга, беморни ижтимоий ва психологик қайта тиклашга қаратилган чоратадбирлар мажмуи;
- * Инсултдан кейинги даврда асоратларнинг олдини олиш, жумладан: контрактураларнинг ривожланиши билан спастиситнинг ошиши, паретик оёқ-қўлларнинг бўғимлари артропатияси, нутқ маркалари;
- * Ҳиссий ва иродавий бузилишларни тузатиш
- * Такрорий инсултларнинг олдини олиш;
- * Беморнинг оиласи билан ишлаш.

Ҳаракат реабилитацияси Амбулатория шароитида ҳаркат реабилитацияси поликлиниканинг физиотерапия бўлимлари, физиотерапия хонаси, физиотерапия диспансери ёки уйда нуқсоннинг оғирлиги туфайли поликлиникага етиб боролмайдиган беморлар учун амалга оширилиши мумкин.

Амбулатор босқичда ҳаракат реабилитациясининг вазифалари:

- * Фалажланган оёқ-қўлларда ихтиёрий ҳаракатларни июзага келтириш
- * Юриш функциясини ва ўз-ўзига хизмат кўрсатиш кўникмаларини такомиллаштириш
- * Жисмоний машқлар толерантлигини ошириш
- * Вертикал ҳолатда барқарорликни ўргатиш
- * Контрактуларнинг олдини олиш.
- * ҳаракат реабилитациясининг асосий усули-терапевтик гимнастикада мунтазам машқлар (кинезотерапия).

Кинезотерапия иккита асосий вазифалар гуруҳини ҳал қилиш учун мўлжалланган: биринчидан, организмга умумий ресторатив таъсир, юрак-қон

томир тизимини машқлари, мия гемодинамикасини фаоллаштириш; иккинчидан, восита нуқсонига таъсир (восита функцияларини тиклашга ёрдам бериш, субкомпенсацияларни ривожлантириш, контрактуралар билан ишлаш).

Эрта тикланиш даврида даволашнинг амбулатория босқичида терапевтик гимнастиканинг техникаси стационар босқичда қўлланиладиганларга мос келади: позицияни даволаш қўлланилади; соғлом оёқ-қўлларда фаол ҳаракатлар; пассив, фаол-пассив ва фаол фалажланган оёқ-қўлларда ҳаракатнинг енгиллаштирилган шароитида; акупрессура ва аутоген машғулотлар билан биргаликда дам олиш машқлари. Мушак тонусининг ошишини олдини олиш учун оёқ-қўлнинг проксимал қисмларидан машқлар бажарила бошлайди, аста-секин дисталларга ўтади. Ҳам пассив, ҳам фаол ҳаракатлар силлиқ, секин суръатда, ҳар бир бўғимда, барча текисликларда, 10-15 мартагача такрорлаш билан, тўғри нафас олиш билан мажбурий комбинацияда (секин, силлиқ, ритмик, чўзилган нафас билан) амалга оширилади. Машқларни бажаришда оғриқли ҳислар бўлмаслиги керак.

Тўғри юриш кўникмаларини тиклашга алоҳида эътибор қаратилади: паретик ва соғлом оёқ-қўлларда тана вазнининг бир текис тақсимланишини ўргатиш, бутун оёқни қўллаб-қувватлаш, паретик оёқни четга сурмасдан "уч марта қисқартириш" бўйича машғулотлар (чаноқ-сон бўғимида букуш, тизза ва болдир товон бўғимларда ёзиш). Беморлар инсультдан кейинги дастлабки 3 ой ичида юришни тиклашда энг катта муваффақиятга эришадилар, аммо тикланиш кейинчалик давом этади.

Амалий гностик касалликлар бўлса, комплекс мақсадли ҳаракатларни, маиший кўникмаларни тиклашга ва нозик восита маҳоратини оширишга қаратилган техникани ўз ичига олади. Шахсий ва гуруҳ гимнастикаси учун тахминий машқлар тўплами 2, 3-иловаларда келтирилган. Дарслар 30-40 дақиқа давом этади. Шунинг эса тутиш керакки, инсультдан кейин қанча кўп вақт ўтса, функцияларни тиклаш имконияти шунчалик кам бўлса, беморларни

сақланиб қолган функциялар, ёрдамчи қурилмалардан фойдаланиш орқали мавжуд нуқсонга мослашишга ўргатишга кўпроқ эътибор қаратиш лозим.

Яна бир муаммо-бу беморларда ҳиссий бузилишларнинг мавжудлиги, айниқса сезгирликнинг чуқур ва мураккаб турлари, бу баъзи ҳолларда сезиларли восита бузилишлари бўлмаган тақдирда ҳам уй шароитида сезиларли даражада нотўғри ишлашга олиб келиши мумкин. Шу билан бирга, ҳиссий бузилишларнинг мавжудлиги восита функцияларини кейинчалик тиклаш учун ноқулай прогностик омил ҳисобланади.

Инсультдан кейин ҳаракат функциясини тиклашнинг салбий омиллари, унинг оғирлиги ва фалажнинг яқоллиги қуйидагиларни ўз ичига олади:

- * қарилик,
- * биргаликда соматик касалликларнинг мавжудлиги (миокард инфаркти, қандли диабет ва бошқалар),
- * когнитив бузилишлар,
- * чаноқ ва ссенсор бузилишлар,
- * Реабилитация фаолиятини бошлашни кечиктириш.

Эрготерапия (лат. *ergon* – иш, касб) - ҳаракат фаоллиги чегараланган беморларда motor функцияларни тиклашга қаратилган усул. Касбий терапиянинг вазифаларига қуйидагилар киради:

- * Беморнинг функционал имкониятларини баҳолаш;
- * Кундалик фаолиятни тиклаш – овқатланиш, кийиниш, ҳожатхона, ўз-ўзини парвариш қилиш ва ҳоказо.;
- * Қўлнинг нозик моторли кўникмаларини ривожлантириш;
- * Махсус ногирон ускуналар танлаш.

Одатда ёзиш (аграфия), ўқиш (алексия) ва дизартрия бузилиши билан кечадиган афазия билан оғриган беморларнинг **нутқ реабилитацияси** нутқ терапевтлари-афазиологлар томонидан амалга оширилади. Машғулотлар поликлиникаларнинг нутқ терапияси хоналарида ёки уйда ҳафтасига 45-60 марта ўртача 2-3 дақиқа давомида ўтказилади. Нутқни тиклашда беморнинг

қариндошлари ва дўстларининг дарсларда иштирок этиши, шунингдек, уйда доимий мулоқот шаклида дарсларни давом эттириш муҳим рол ўйнайди. Шифокор оила аъзоларини нутқни тиклаш учун энг зарарли нарса беморни ўзига қолдирганда нутқни изоляция қилиш эканлигига ишонтириши керак.

- Нутқни тиклашнинг асосий вазифалари:
- * Сенсор ва сенсомотор афазия ҳолатида – бошқаларнинг нутқини тушунишни ўрганиш, беморни суҳбатга жалб қилиш. Бемор билан оддий, қисқа, тушунарли сўзлар ва иборалар ёрдамида мулоқот қилиш, агар керак бўлса, маънони интонация, имо-ишоралар, визуал ҳаракатлар билан бажариш.
- * Motor афазия ҳолатида-ўз сўзини айтиш имкониятини ўрганиш (аввал dialog пайтида, кейин монолог), Бемор томонидан талаффуз қилиниши қийин бўлган сўз ва ибораларни, шунингдек мустақил баёнотларни такрорлашни рағбатлантириш.
- * Оғзаки нутқни тиклаш ва уни тушуниш бўйича машғулотлар билан бир каторда, беморларга ўқиш ва ёзишни ўргатиш керак, чунки бу функцияларни тиклаш нутқни тиклашга катта ҳисса қўшади. Агар ўнг қўл билан ёзишни тиклашга умид бўлмаса (оғир парез), беморни бошиданоқ чап қўл билан ёзишни ўргатиш мумкин.

Дизартрияни коррекциялаш

Дизартрия инсультнинг ўткир даврида беморларда нафақат мия сопи шикастланиши билан, балки ярим шарнинг зарарланиши билан ҳам юзага келади. Биринчидан, бузилишларнинг табиатини аниқлаш керак (дизартрия кортикал, булбар, псевдобулбар, серебеллар, субкортикал). Кейин алоқа имкониятларини кенгайтириш учун ҳар қандай мақбул алоқа воситаларидан фойдаланилади ва ихтисослаштирилган терапия ҳамоханг равишда бошланади, унинг асосларига қуйидагилар киради:

- Нафас олишни назорат қилиш, нафас олиш ҳаракатларини мувофиқлаштириш, артикуляция ва фонацияни ўргатиш.

- Нутқ тезлигини бошқариш. Одатда, дизартрия билан оғриган беморлар жуда тез гапиришга ҳаракат қилишади ва бу нутқни янада бузади.

Нутқ тезлигини секинлаштириш уни янада тушунарли ва тўғри қилишга ёрдам беради.

- Артикуляция ҳаракатларининг аниқлигини ошириш. Ҳар бир ҳарф ва ҳар бир сўзни эҳтиёткорлик билан талаффуз қилиш нормал нутқни босқичма-босқич тиклашга ёрдам беради.

- Овқатланиш жараёнини назорат қилиш, бўғилишнинг олдини олиш.

- Муз бўлаклари ёрдамида оғиз тузилмаларини сезгир стимуляция қилиш, тиш чўткаси билан енгил ишқаланиш, енгил тегиниш.

Когнитивных функцияларни тиклаш

Когнитив бузилишларни даволашда дори терапияси катта аҳамиятга эга, шу жумладан миёдаги метаболик жараёнларни яхшилайдиган нейротрофик дорилар, миё қон айланиши ҳолатига таъсир қилувчи вазоактив дорилар.

В лечении применяют:

- Ноотроплар: пирацетам, ноотропил –2,4–4,8 г/сут. (2–6) ой давомида; Фенотропил – ўртача дозаси 200-300 мг/сут., максималъ – 750 мг/сут. Пиритинол (энцефабол) –600 мг/сут. 2–4ой давомида.
- Нейротрофик дори воситалар: Церебролизин 5,0-10 мл м/о га, №30 в/и ҳар кун, 1 йилда 2-3 курс давомида; Актовегин – 400-800 мг (10-20 мл) кунига 30 кун га қадар; Кортексин – 10 мг для м/о 10 кун давомида, зарур бўлганда ҳар 3-6 ойда такрорлаш; Семакс –200-2000 мкг дан, 2-3 томчиданҳар бир бурун бўшлиғига кунига 3+-4 марта 10-14 кун давомида.
- Нейротрансмитлар, нейроваскуляр: Глиатилин –1,0 дан 3,0 г гача м/о ёки в/и № 30гача, сўнг 0,4 г 3 марта суткасига 3–6 ой давомида.; Экстракт гинкго билобо – Билобил (1 капсуладан 3 маҳал/сут.) 3 ойдан кам бўлмаган ҳолатда; Кавинтон форте – 10-20 мг 2-3 марта кунига, 3-8 ой давомида.
- Цитофлавин — 10 мл в/и кунига бир маҳал 10кун давомида ёки 2 таблеткадан 2 маҳал/сут., 25 кун.

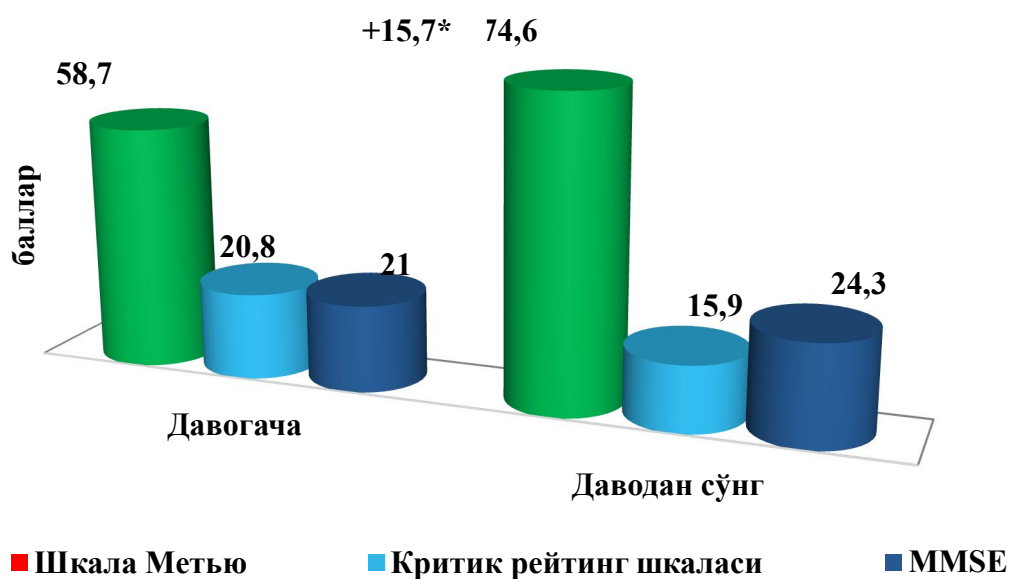
- Ацетилхолинэстераза ингибиторлари. Галантамин (реминил). Бирламчи доза 8 мг/сут, ушлаб турувчи доза –16 мг/сут, шу дозани беморлар 4 ҳафта давомида қабул қилишлари керак.
- Антагонисты NMDA-рецепторов – Мемантин (акатинол) – бошланғич даволаш с 5 мг / сут., эрталаб. Қабул қилиш даври 1,5дан 6 ойгача.

Психоэмоционал бузилишларни тузатиш.

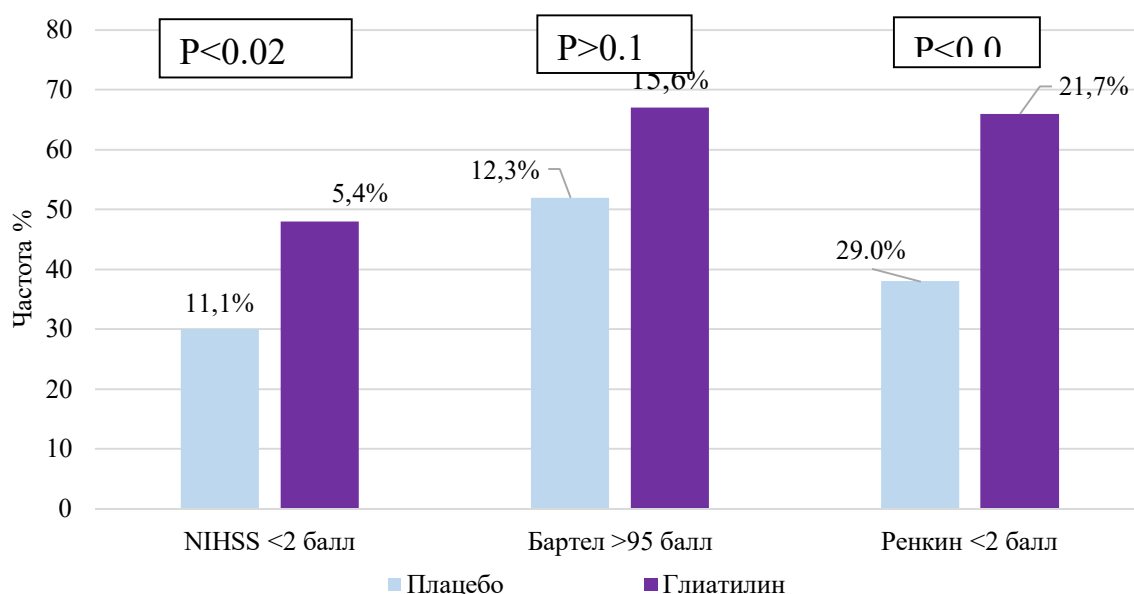
Ҳар қандай босқичда инсульт билан оғриган беморлар турли хил психопатологик синдромларни бошдан кечиришлари мумкин, уларнинг энг кенг тарқалгани ташвиш ва депрессияни ўз ичига олади.

Депрессия инсультга учраган беморларнинг ўртача 25-30 %да ривожланади. Депрессия бефарқлик, умидсизлик ҳисси, паст кайфият фонида, уйқу бузилиши ва бошқалар билан намоён бўлади.

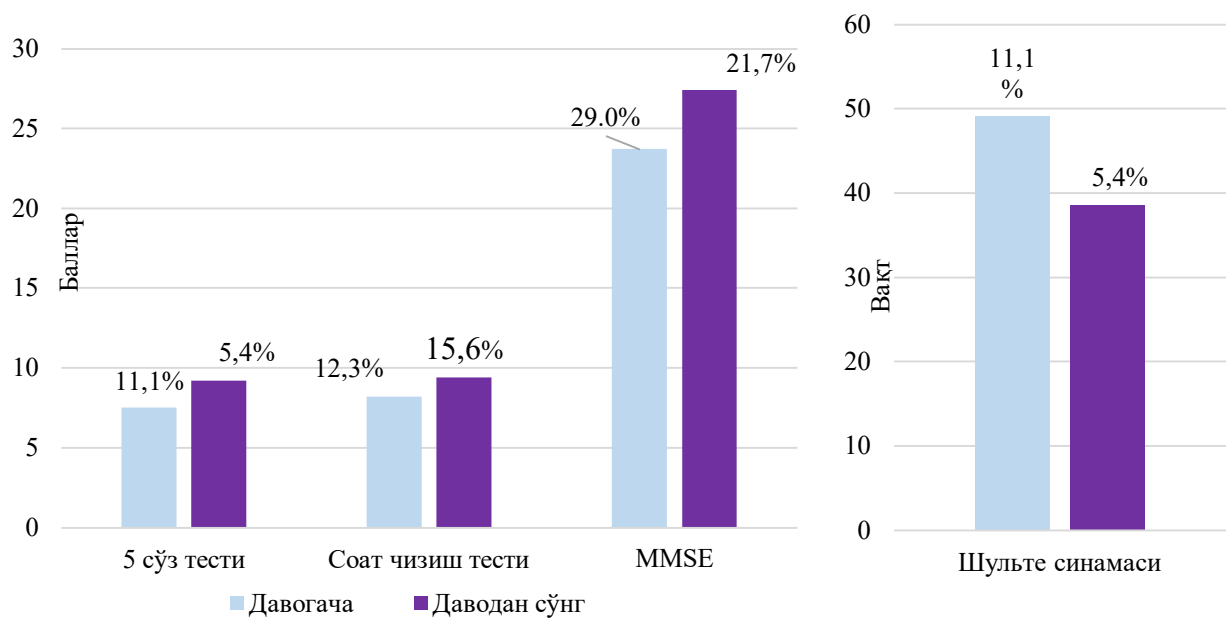
Психоэмоционал бузилишлар беморнинг хулқ-атворининг мотивацияси ва етарлилигини сезиларли даражада бузиши ва шу билан реабилитация жараёнини сезиларли даражада мураккаблаштириши мумкин. Буларнинг барчаси реабилитация жараёнида ҳар бир бемор учун психокорректив чоралар зарурлигини белгилайди. Буларга қуйидагилар киради: оилада тинч муҳитни яратиш, даволаниш пайтида қулай психотерапевтик иқлим, процедураларни аниқ ташкил этиш, тиббиёт ходимлари томонидан беморнинг муаммоларига норасмий муносабат. Шу билан бирга, доимий психопатологик аломатларнинг мавжудлиги малакали психолог, психотерапевт ёки психиатрнинг аралашувини талаб қилади. Психотерапевт билан ишлашнинг нисбий контрэндикацияси ақлнинг сезиларли даражада пасайиши, диққатнинг бузилиши, тез-тез синхронизация ёки эпилептик хуружлар бўлиши мумкин.



Расм – 4.1. Метю шкаласи бўйича инсульт билан оғриган беморларнинг ҳолатини баҳолаш (дастлаб ва глиатилинни вена ичига ва мушак ичига юборишдан кейин), шунингдек критик ва MMSE рейтинг шкаласи (Глиатилинни оғиз орқали юборишдан беш ой ўтгач) $P < 0.001$.



Расм – 4.2. Неврологик етишмовчилик ва беморларнинг Глиатилин гуруҳидаги инсултдан кейинги 90-куни ўз-ўзини парвариш қилиш қобилияти (неврологик етишмовчилиги бўлган беморлар (NIHSS > 9 шкаласи бўйича) инсультдан кейинги биринчи куни) ва плацебо гуруҳи



Расм – 4.3. "5 сўз" тести, соат чизиш тести ва MMSE (А), шунингдек Шульте тести (Б) бўйича суюқ шаклида холин альфосцератни қабул қилиш фонида когнитив бузилишнинг ва регрессияси динамикасининг барқарорлашуви

Беморларнинг ижтимоий ва руҳий мослашувчанлигини кучайтирадиган депрессив ҳолатлар ва астено-депрессив синдромни дори-дармон билан даволаш.

Седатив таъсирга эга бўлмаган антидепрессантлар: флуоксетин кунига бир марта 0,02 г ёки имипрамин 0,0125 г кунига 2-3 марта.

* Яққол намён бўлган депрессияда - амитриптилин.

* Кекса беморларга тианептинни буюриш тавсия этилади – тинчлантирувчи кўшимча таъсирга эга енгил андидепрессант– 0,0125 г дозада кунига 2-3 марта.

Вестибуляр бузилишларни тузатиш

Вестибуло-мияча бузилишларида (тизимли бош айланиши, номутаносиблик, юришнинг беқарорлиги) кўпинча вертебробазиляр тизимида мия қон айланишининг бузилиши бўлган беморларда учрайди. Бундай беморларни бошқариш жуда қийин вазифа бўлиб туюлади. Вестибуляр гимнастика кенг қўлланилади, бу барқарорликни, вестибуловегетатив реакцияларни

камайтиришга, умумий ҳолатни яхшилашга, жисмоний зўриқишларга ва тана ҳолатидаги турли ўзгаришларга мослашишга ёрдам беради.

Терапевтик жисмоний маданиятдан фойдаланган вестибуляр касалликларга чалинган беморлар бўйича кузатувлар шуни кўрсатадики, тизимли машғулотлар уларнинг аҳволини сезиларли даражада яхшилашга ёрдам беради. Махсус машқлар нафақат бутун вужудга умумий мустаҳкамловчи таъсир кўрсатади, балки ҳаракатдаги барқарорликни, юришга ишончни тиклайди. Шу билан бирга, бош айланиши заифлашади ёки бутунлай йўқолади, бошдаги оғирликнинг ёқимсиз субъектив ҳисси ва бош оғриғи камаяди. Беморнинг умумий функционал ҳолати яхшиланади.

Вестибуляр касалликларни тиббий даволаш.

Ушбу мақсадлар учун вазоактив моддалар қўлланилади:

- * кавинтон бир неча ой давомида кунига 10 марта 3 мг дозада;
- Мен 1/2-1 таблеткадан кунига 2 марта 2-3 ой давомида;
- * инстеноне 1-2 таблеткадан кунига 3 марта 2 ой давомида.

Вестибуляр марказларнинг қўзғалувчанлигини бостириш (ва бош айланишини камайтириш) учун фойдаланинг:

- * бетагистин 24 мг дозада кунига 2 марта 2-3 ой давомида;
- * тиетилперазин оғиз орқали ёки ректал – 6,5 мг кунига 1-3 марта. давомида 3-4 ҳафта;
- * вегетотроп моддалар (Беллатаминал, Белласпон, Беллоид) кунига 1-2 таблеткадан 3 марта буюрилади, даволаш курси 1-2 ой.

Ноотроп ва нейротрофик препаратлар асаб тизимидаги метаболик жараёнларни яхшилаш учун ишлатилади.

V-БОБ

ИНСУЛЬТДАН КЕЙИНГИ ДАВРДА АСОРАТЛАРНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ

Инсультдан кейинги даврда энг кўп учрайдиган асоратлар:

- * контрактураларнинг ривожланиши билан спастиканинг ошиши,

* паретик оёқ-қўлларнинг бўғимларининг артропатияси,

* нутқ маркалари;

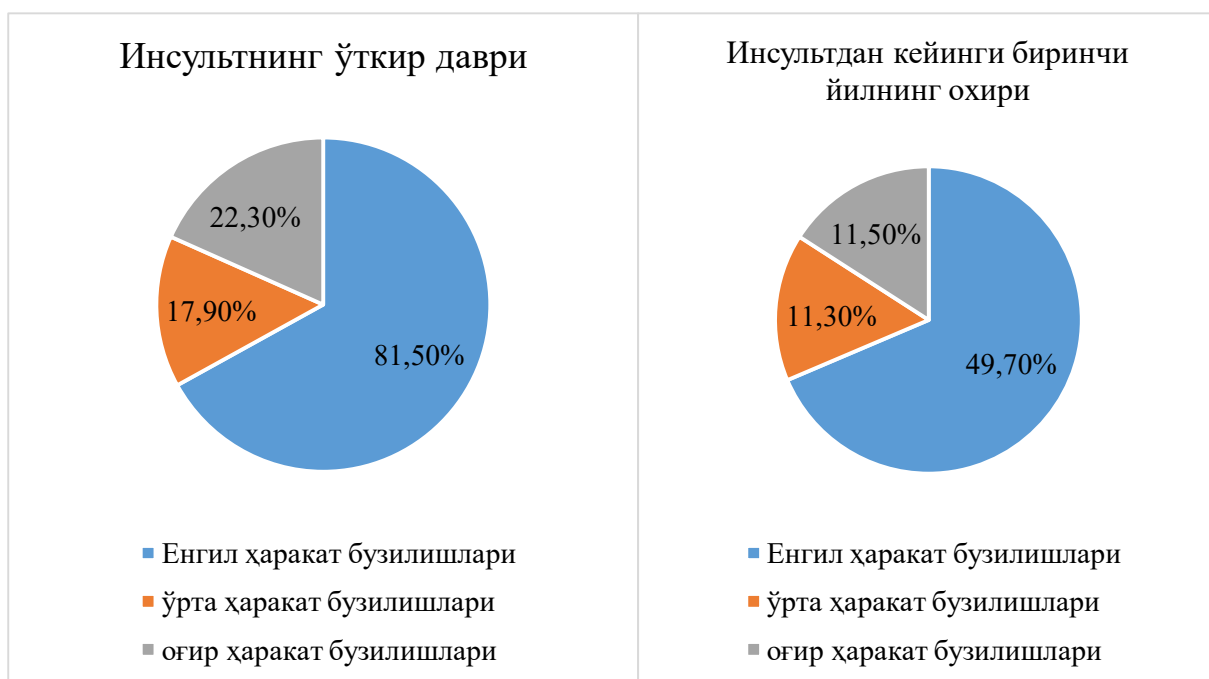
Реабилитация дастурларини режалаштиришда инсультдан олдин мавжуд бўлган бузилишлар (АГ, ҚД), инсультнинг иккиламчи асоратлари (пастки мучаларнинг чуқур томир тромбози, пневмония), шунингдек, мумкин бўлган декомпенсацияни ҳисобга олиш керак. мавжуд соматик касалликлар. Шу билан бирга, баъзи ҳолларда беморларнинг нотўғри мослашиши инсульт ва унинг оқибатлари билан эмас, балки бирга келадиган касалликларнинг мавжудлиги билан боғлиқ бўлиши мумкин.

Тадқиқотда инсульт ўтказган 124 нафар бемор 11 сон кўп тармоқли оилавий поликлиникада танлаб олинди. Шулардан 58(46%) нафари эркаклар ва 66(54%) нафари аёлларлар ташкил қилди.

АМБУЛАТОР БЕМОРЛАРДА КЕНГ ТАРҚАЛГАН АСОРАТЛАР

Спастика инсульт билан оғриган беморларнинг тахминан 65 %да ривожланади ва қоида тариқасида, касаллик бошланганидан бошлаб биринчи ойнинг охирига келиб шаклланади. Спастикани даволаш учун дорилар, позицияни даволаш, кинезо - ва физиотерапия қўлланилади.

- Реабилитациянинг асосий вазифаларидан бири паретик оёқ-қўлларда ҳаракатни тиклаш, юриш ва ўз-ўзига хизмат кўрсатишни тиклашдир. Инсультдан кейинги даврда омон қолганларнинг 100 (81,2%) беморларда ҳаракат бузилиши (шу жумладан оғир - 27 (22,3%) ҳаракат бузилишлари кузатилди, биринчи йил охирига келиб ҳаракат бузилишлари (геми– ва камроқ монопарез) 61 (49.7%) да қайд этилди, ўша пайтда томонидан омон қолган беморларнинг (шу жумладан оғир бўлганлар 14 (11.5%))ни ташкил этди.. Ушбу рақамлар бузилган восита функцияларини тиклаш учун катта истикболни кўрсатади(расм - 5).



Расм – 5.1. Инсультнинг ўткир даври (а) охирига келиб восита функцияларининг ҳолати ва инсультдан кейинги биринчи йилнинг охири (б).

Мушакларнинг спастикасини камайтириш бўйича чора-тадбирлар мажмуи, бу контрактуралар ривожланишининг олдини олишга ёрдам беради:

- Физиотерапия: танлаш воситаси-пайпоқ, чулки, қўлқоп шаклида паретик оёқ-қўлда термал терапия (парофин ёки озокерит аппликациялари), кундалик, 10-18 муолажа ёки совуқ даволаш-криотерапия – уйда шароитида спастик мушакларда селюфан муз пакетларидан фойдаланишингиз мумкин), муолажа давомийлиги 5-10 дақиқа, 12-20 муолажа курси.
- Танланган ва нуқтали массаж. Массаж спастик мушакларни бўшаштиришга қаратилган, шунинг учун силаш, қаттиқ силкитиш, жуда секин ва саёз босиш ва сегментар соҳаларга таъсирлар қўлланилади. Қўпол оғриқли техникалар тонуснинг ошишига олиб келади. Акупрессура, шунингдек, танланган нуқтада бармоқ учи билан босим интенсивлигини аста-секин ошириш, уни оптимал чуқурликда кечиктириш, сўнгра босимнинг аста-секин пасайиши ва тўхташи орқали амалга ошириладиган тормозлаш техникасига

мувофиқ қўлланилади. Бир нуктага таъсир 30 сониядан бир ярим дақиқагача давом этади.

- Иглорефлексотерапия
- Даволаш гимнастикаси.
- * Позицияни даволаш: Верник–Манн позасига қарама-қарши позада оёқ-қўлларга 2-3 соат давомида махсус лонгетлар ётқизиш. Спастика мушаклар чўзилган ҳолатда оёқ-қўлни узок вақт ётқизиш тоник (динамик ва статик) рефлекс фаоллигини пасайтиради ва мушакларнинг гипертензиясини камайтиришга ёрдам беради. Контрактура шаклланишига олиб келиши мумкин бўлган мушакларнинг оҳангини сезиларли даражада ошириш учун олинадиган гипсли лонгетлар ёки шиналар, ортезларни қўллаш тавсия этилади. Позицияни даволаш беморнинг субъектив ҳис-туйғуларига ва мушаклар тонусига қараб кунига бир соатдан бир неча соатгача амалга оширилади. Оғриқ пайдо бўлганда ва спастика кучайганда, муоложа тўхтатилади.

* Спастика ўзгарган мушакларга ботулотоксин препаратларини маҳаллий инъекция қилиш.

* Мушакларни бўшаштирувчи воситалар. Танлаш воситалари. Мидокалм, Baclofen, Сирдалуд (тизанидин).

Оғриқ бўлса, дорилар буюрилади-аналгетиклар, НЯҚВ.

Нейропатик оғриқни йўқотиш учун антиконвулсанлардан gabapentin (Тебантин) кунлик 300-900 мг дозада, прегабалин (Lyrica) - 150-300 мг дозада буюрилади. Ушбу дориларнинг ён таъсири когнитив функцияларга салбий таъсир кўрсатиши мумкин. Антидепрессантлар орасида серотонинни қайтариб олиш ингибиторлари (Флувоксамин, флуоксетин, пароксетин ва бошқалар.) энг хавфсиз ва айни пайтда жуда самарали сифатида афзал кўрилади.

- Физиотерапияга қарши кўрсатма бўлмаса.
- - елка бўғимида normal дозаларда диадинамик ёки синусоидал модуляцияланган оқимлар, 6-10 муолажалар, ҳар куни ёки кун ора;

- Дарсонвал оқимларининг маҳаллий қўлланилиши, кунлик, 10 муолажа;
- паст ёки ўрта интенсивликдаги (0,2-0,4 Вт/см кв) ультратовуш, маҳаллий бўғимда, 8-10 муолажа, ҳар куни;
- маҳаллий термал муолажалар (парофин, озокерит), ҳар куни ёки ҳар куни 8-10 та даволаш.
- паретик мушакларнинг электр стимуляцияси (ТМС).

Беморларда юқорида кўрсатилган муолажаларни бошлашдан олдин оёқ қўлларнинг спастик ҳолати Ашворт шкаласи бўйича текширилди.

Жадвал -5.1.

Беморларда оғриқ яққоллик даражасига кўра оёқ қўллар спастикасини

Ашворт шкаласи бўйича баҳолаш

Белгилари	Беморлар (n=124)	р-кўрсаткич
Ашворт Шкала (Ме [5%; 95%]), баллар	0 [0;1]	0,286
Беморларни Ашворт шкаласи бўйича мушкултонуси кўрсаткичлари, n (%)		
0	31(24,7%)	0,481
1	72(58,3%)	0,647
1+	14(11.3%)	0
2	7(5.7%)	1,0

Оёқ қўллардаги спастика модификациялашган Ашворт шкаласи бўйича олинган натижа ўртача 8 баллни ташкил этди.

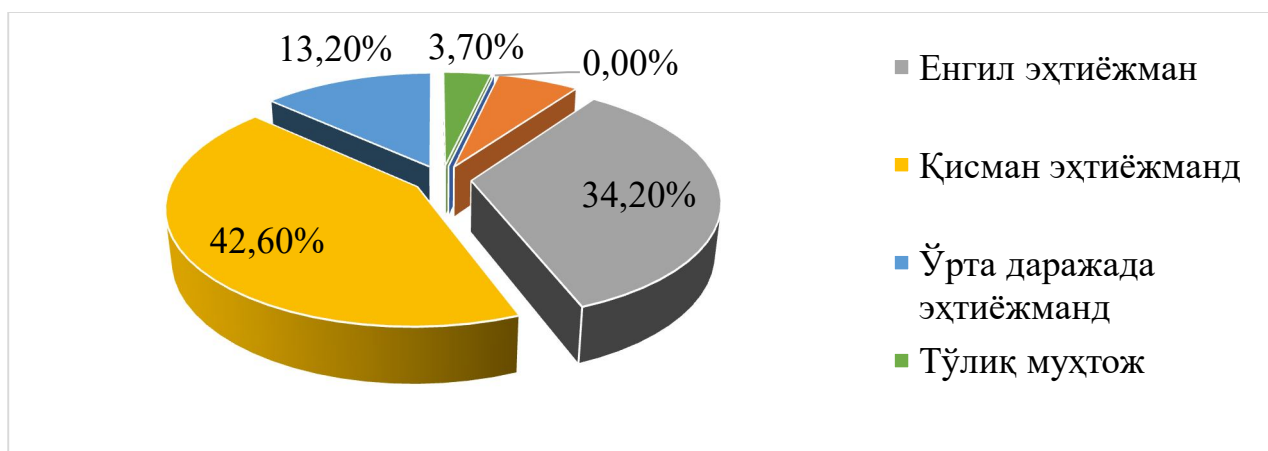
Жадвал – 5.2

Инсульт ўчоғи чап томонда жойлашган беморларда Ашворт бўйича зарарланган оёқ-қўлларнинг спастик кўрсаткичлари

	Ўчоқ жойлашуви ўнг ярим шарда	Ўчоқ жойлашуви чап ярим шарда	Жами
--	----------------------------------	----------------------------------	------

	абс	%	абс	%	абс	%
0 балл	17	13,7%	14	11,3%	31	24,7%
1 балл	38	30,7%	34	27,5%	72	58,3%
1+ балл	9	7,3%	5	4%	14	11,3%
2	5	4%	2	1,5%	7	5,7%
Жами	69	55,6%	55	44,4%	124	100,0

Енгил ва қисман эҳтиёжмандлик даражаси деярли бир хил кўрсаткичларни кўрсатди.



Расм – 5.2. Тадқиқот гуруҳидаги беморларда беморларнинг Бартел шкаласи бўйича кундалик ҳаётга эҳтиёжмандлик даражаси.

Шундай қилиб, реабилитация жараёнида беморлар гуруҳида кўпчилик бошқаларга эҳтиёжмандлик даражасига эга эди.

Шундай қилиб, анатомик тузилмаларга ишора қилувчи навигация ТМС маълум бир беморда восита функцияларининг кортикал тасвирларининг локализациясини аниқ аниқлаш имконини берди; маълум бир чуқурликдаги нейронлар гуруҳини кўзғатиш учун зарур ва етарли бўлган стимуляция кучини (ЧМП чегараси) аниқлаш. Натижада, ЧМП нинг максимал амплитудасига мувофиқ, пўстлоқ бирламчи соҳасига (M1) мос келадиган нуқта танланди ва кейинги ритмик стимуляция учун сақланди.

Иккинчи босқич 10 Гц частотали, магнит майдон интенсивлиги 70% (жавоб чегарасининг 80%) бўлган танланган нуқтанинг ТМС-ларидан иборат эди. Ҳар бир стимуляция сеанси 2 сониялик 10 сериядан иборат, сериялар

орасидаги танаффус 58 секни ташкил этди. Бир сеансда 200 та стимул амалга оширилди. Стимуляция ҳар куни 10 кун давомида амалга оширилди. Даволаш курси бўйича рағбатлантиришнинг умумий сони 2000.

Клиник неврологик текширув натижаларини мускуллар спастик тонусини аниқлаш Ашворт модификацияланган шкаласи бўйича таҳлил қилинганда (3-жадвал), олиб борилган реабилитация чора тадбирлари иккала гуруҳдаги беморларда бошланишидан олдин турли кўрсаткичларни кўрсатди. Тадқиқотда беморларда фаол ҳаракатлар, мушаклар спастикаси ва ҳаракатчанликнинг ўртача бузилиши, оғриқнинг учраши аниқланди. Асосий гуруҳда инсульт ўтказган беморларда транскраниал магнит стимуляция(ТМС) усули ёрдамида реабилитация жараёни амалга оширилди. Қиёсий гуруҳдаги беморларда стандарт реабилитация ТМС сиз амалга оширилди. BURST Бифазли стимул — юқори частотали 100 Гц амплитудали бифазли стимуляция амалга оширилди.

Тадқиқот жараёнида реабилитация чора тадбирларини амалга ошириш мақсадида беморлар 2 гуруҳга бўлинди. Бунга кўра 1 гуруҳ реабилитация стандарт даво, ботулотоксин, ТМС усулида $n=65$ ва 2 гуруҳ реабилитация стандарт даво(даводан кейин) $n=59$ бемордан ташкил топди.

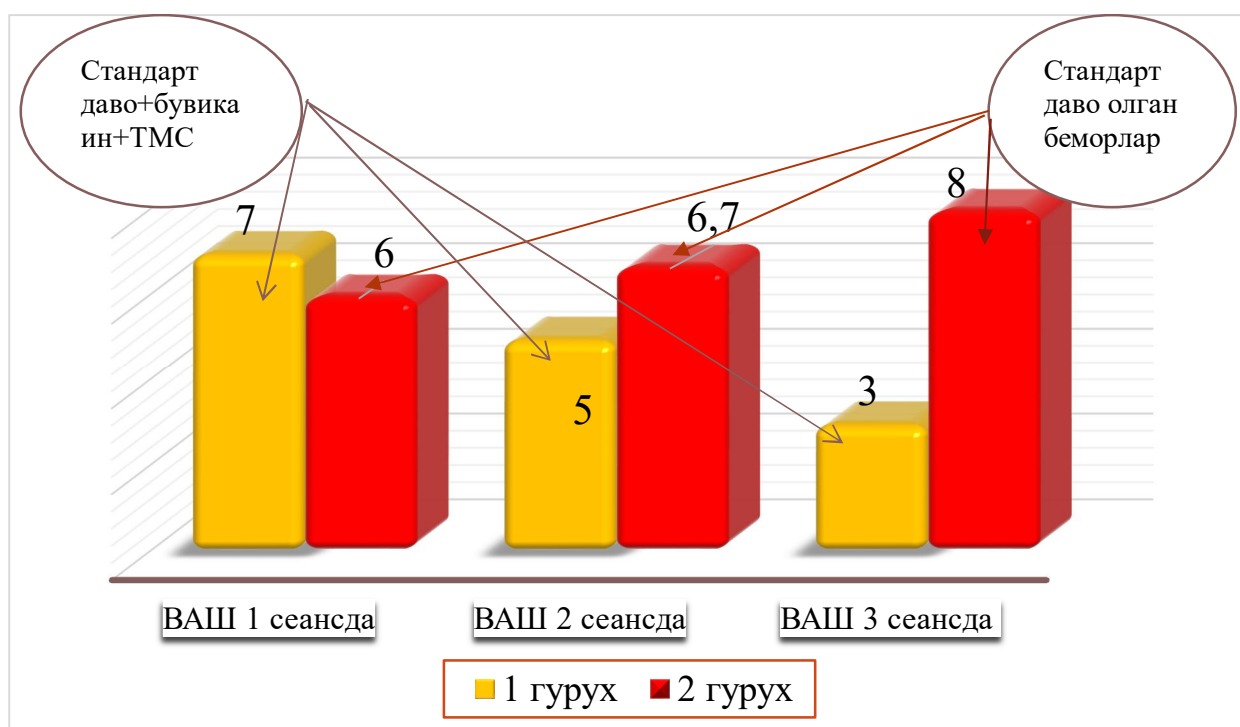
ТМС усулисиз даволанишгача АМШ бўйича натижалар $8,1\pm2,1$ баллни, ТМС ва ботулотоксин билан даводан сўнг динамикадаги ўзгаришлар $3,1\pm1,6$ баллни кўрсатди. Оғриқнинг яққоллик даражаси ВАШ шкаласи бўйича 1 гуруҳ беморларида давогача $7,0\pm2,5$ баллни, даводан сўнг $3\pm1,5$ баллни, 2гуруҳ беморларида давогача $6,0\pm1,9$ баллни, даводан сўнг $8\pm2,1$ балл натижани кўрсатди. Тадқиқот гуруҳидаги беморларнинг кундалик ҳаётга эҳтиёжмандлик даражаси натижаларига кўра 1 гуруҳ беморларида давогача эҳтиёжмандлик кўрсаткича $75,5\pm2,9$ баллни ташкил қилган бўлса, даводан сўнг $88\pm2,4$ баллни. Инсультдан ўтказган 2 гуруҳ беморларида давогача эҳтиёжмандлик даражаси $73,5\pm3$ баллни, даводан сўнг 72 ± 3 балл кўрсаткичларни кўрсатди.

Жадвал – 5.3

**Инсултдан кейинги даврда реабилитация турига қараб
реабилитациядан олдин ва кейинги кўрсаткичлар**

	1 гуруҳ реабилитация (даволанишдан олдин)n=65	2 гуруҳ реабилитация (даволанишдан олдин)n=59	1 гуруҳ реабилитация стандарт даво ботулотоксин, ТМС усулида (даводан кейин)n=65	2 гуруҳ реабилитация стандарт даво(даводан кейин)n=59
Ашворт шкаласи(балл)	8,1±2,1	7,1±2,0	3,1±1,6	6,3±2,0
Ваш шкаласи(балл)	7,0±2,5	6,0±1,9	3,0±1,5	8±2,1
Бартел шкаласи(балл)	75.5±2.9	73.5±3	88±2.4	72±3

Изох: Ҳақиқийлик фарқи * $p < 0,001^{**}$



Расм – 5.3. Беморларда ВАШ шкаласи кўрсаткичларида даволаш динамикаси (балл)

Шундай қилиб реобилитация жараёнида ТМС усилидан фойдаланиш самарали бўлиб чиқди.

Ютиш бузилиши инсультнинг олдини олиш-бу беморларнинг овқатланиши: каттиқ овқатни истисно қилиш, ушбу бемор учун мақбул бўлган маълум бир суюқликдаги пишириш, қулай идишлардан фойдаланиш. Овқатларни фақат ўтирган ҳолатда, тинч муҳитда олиш керак ва овқатдан сўнг бемор камида 30 дақиқа (ўтириш, ярим ўтириш) тик ҳолатда бўлиши керак. Сийдик тута олмаслик. сийдик йўли инфекциясини истисно қилиш учун беморларни текшириш керак. Инфекциялар мавжуд бўлганда, тегишли даволанишни амалга ошириш керак. Агар керак бўлса, қолдиқ сийдик ҳажмини ўлчанг. Агар унинг ҳажми 100 мл дан ортиқ бўлса ва инфекция бўлмаса, даврий катетеризация кўрсатилади. Баъзи ҳолларда абсорбцияловчи ички кийимдан фойдаланиш талаб қилинади. Ҳаддан ташқари фаол сийдик пуфаги билан тез – тез чақириклар, дори терапияси кўрсатилади-спазмекс, детрузитол. Даволашнинг давомийлиги ўртача 2-3 ой, симптомлар йўқолганидан кейин 2-4 ҳафта давомида релапсга қарши даволаш тавсия этилади.

Уйқунинг бузилиши, апноэ, кундузги уйқунинг кучайиши каби уйқу бузилиши. Ушбу ҳолатлар бўлса, режимга риоя қилиш тавсия этилади, кун давомида етарли жисмоний фаоллик, тинчлантирувчи ўтлар, чойлар. Энг кўп ишлатиладиган замонавий имидазопиридин уйқу дори воситалари (zolpidem), циклопирролонлар (зопиклон), қисқа ва ўрта ярим чиқарилишга эга бензодиазепин ҳосилалари (midazolam, триазолам, бротисолам) киради.

Шуни ҳам ёдда тутиш керакки, бир қатор дори-дармонларни қўллаш тикланиш жараёнини секинлаштириши мумкин. Бундай дорилар орасида баъзи антигипертензив дорилар (Клонидин), нейролептиклар, бензодиазепин ҳосилалари ва антиконвулсанларни эслатиб ўтиш керак.

БЕМОРНИНГ ОИЛАСИ БИЛАН ИШЛАШ.

Беморнинг қариндошларини тайёрлашга муҳим аҳамият берилади: унинг соғлиғи ҳолатини кузатиш: қон босимини ўлчаш, терининг ҳолатини кузатиш, тўғри овқатланиш, кийиниш, ташиш, юзага келиши мумкин бўлган асоратларнинг олдини олиш, баъзи терапевтик ва реабилитация муолажаларини бажариш (массаж, терапевтик гимнастика) уйда.

VI-БОБ

ТАКРОРИЙ ИНСУЛЬТНИНГ ИККИЛАМЧИ ПРОФИЛАКТИКАСИ.

Такрорий бош мия қон айланишининг бузилишининг олдини олишга қаратилган, бир хил даражада муҳим клиник вазифадир, аммо унга камроқ эътибор берилади. Шу билан бирга, биринчисидан кейинги дастлабки 2 йил ичида такрорий инсультнинг умумий хавфи 4 дан 14% гача эканлиги ва биринчи ой давомида омон қолганларнинг 2-3% да такрорий ишемик инсульт ривожланиши кўрсатилган. биринчи йил-10-16% да, кейин-тахминан 5%% ҳар йили, бу тегишли ёш ва жинс бўйича умумий аҳоли сонининг бир хил кўрсаткичидан 15 баравар юқори.

Иккиламчи профилактика ишемик инсультда – касалликнинг 2-3 ҳафтасидан бошлаб амалга оширилиши керак. Шу билан бирга, маълум бир беморда такрорий инсультнинг ривожланиши учун хавф омилларини ҳисобга олиш керак (АГ, ҚД, юрак патологияси ва бошқалар.) ва қўшимча тадқиқот усулларида фойдаланган ҳолда экспертиза натижалари.

Иккиламчи инсультнинг олдини олишга ёндашувлар:

- * доривор бўлмаган ва доривор профилактика чоралари дастурини индивидуал танлаш
- * инсульт хавф омилларини тузатиш;
- * илгари азобланган ишемик эпизоднинг тури ва клиник вариантыга қараб табақалаштирилган ёндашув;

* антигипертензив, антитромботик, липидларни камайтирадиган терапия, агар керак бўлса, жарроҳлик даволаш ёрдамида терапевтик таъсирларнинг биргаликдаги табиати;

* мия қон айланишининг такрорий бузилишларини олдини олиш учун цереброваскуляр асоратларни ривожланиш хавфи юқори бўлган барча шахсларга, шунингдек ТИА ва ишемик инсультдан кейин самарали антитромботик терапияни тайинлаш керак

* антитромботик терапия самарадорлигини ошириш учун турли таъсир механизмларига эга дорилар билан комплекс даволашни буюриш тавсия этилади.

Бундан ташқари, қон томир, нейротрофик ва метаболик терапиянинг мунтазам курслари беморларнинг фаровонлигини яхшилади ва цереброваскуляр етишмовчиликнинг кучайиши хавфини камайтиради.

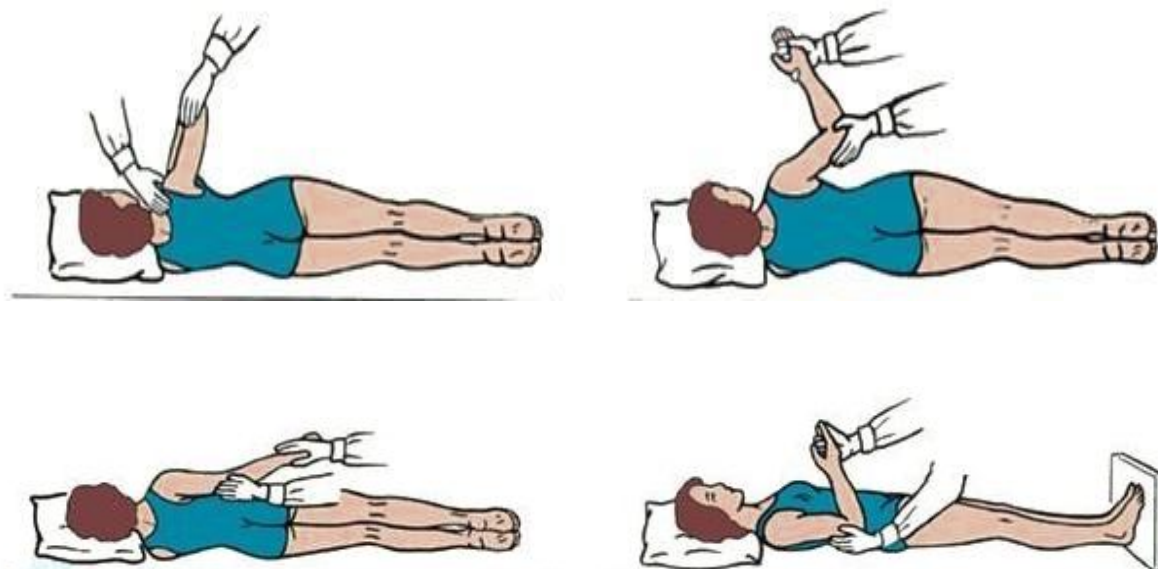
Бош мия инсультга чалинган беморларни реабилитация даволашнинг амбулатория босқичида реабилитация тадбирлари мажмуи:

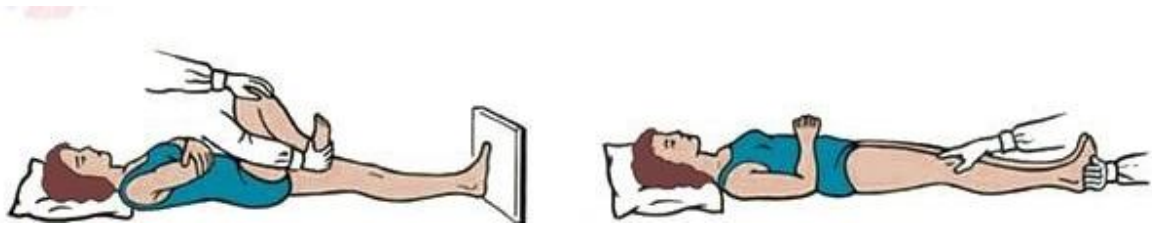
I. физиологик функцияларни нормаллаштириш

II. бузилган функциялар ва уй фаолиятини яхшилаш

Инсультнинг тикланиш давридаги беморлар учун индивидуал гимнастика машқларининг тахминий тўплами

Пассив гимнастика машқларига мисоллар





Расм -6.1. Бармоқларнинг ҳаракатчанлигини тиклаш учун машқлар

Куч ва эпчилликни ошириш учун қўл машқлари инсультдан кейин бемор ҳаракатларни қайта ўзлаштира бошлаганми ёки аллақачон қўл ҳаракатининг яхши диапазониغا эга бўлишидан қатъи назар фойдалидир. Ушбу машқлар инсультдан кейин ёмонлашган нозик восита маҳоратини яхшилашга ёрдам беради. Баъзи машқлар нозик восита маҳоратини йўқотиш даражасига қараб жуда енгил ёки аксинча, жуда оғир бўлиши мумкин. Агар умуман ҳаракатлар бўлмаса, уларни пассив ҳаракатлар ёрдамида тиклаш керак.

Қўлда заифлик, ноқулайлик бўлса, бармоқларнинг ҳаракатчанлигини сақлаб, қўйдаги машқларни тавсия қилиш мумкин (парезнинг оғирлигига қараб танлов):

- * Тарқоқ арзимас нарсаларни тўпланг, тугмалар, тангалар, ловия, гугурт ва ҳоказо каби кичик нарсаларни тартибланг.
- * Ёзиш, чизиш, ёзишни машқ қилинг.
- * Кийим қисқичларини маҳкамлаш
- * Гайка ва болтлар йиғинг. Конструктордан рақамларни тўпланг.
- * мунчоқлар, тўқиш.
- * Шашка, шахмат ўйнанг, кубик -рубикни ва бошқа жумбоқларни тўпланг.
- * Бир парча қоғозни тўпга айлантиринг, сўнг уни вараққа қайтаринг.
- * Қаламни бош бармоғи ва қўлнинг бошқа бармоқлари орасига ёйиб чиқинг.
- * Тугмаларни маҳкамланг, поябзал боғичларини боғланг.
- Агар бирор киши қўлини ёки бармоқларини қимирлата олмаса, машқлар оғриқли қўлни бошқа қўл билан чўзишга қаратилиши керак. Фалаж қўл ҳаракат қилмаса, сиз очик қўлингизни стол ёки тўп каби нарсага қўйиб, уни ушлаб туришга ҳаракат қилишингиз мумкин.



Расм – 6.2. Қўл моторикасини тиклашга қаратилган машқлар.

§6.1.МУВОЗАНАТ ВА БОШ АЙЛАНИШИ ҲОЛАТИДА ТЕРАПЕВТИК ГИМНАСТИКА БЎЙИЧА ТАВСИЯЛАР

Даволашнинг бутун курсини иккита асосий даврга бўлиш керак.

Биринчи давр тайёргарлик бўлиб, асосан умумий соғлиқни сақлаш машқларини бажариш ва махсус вестибуляр машғулотларни қатъий дозаланган ва босқичма-босқич ошириш билан тавсифланади.

Иккинчи давр-бу танадаги фаолроқ умумий юк билан вестибуляр машғулотлардан фойдаланишга асосланган машғулот даври.

Барча ҳолатларда, вестибуляр реакциянинг хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда беморга индивидуал ёндашув.

Вестибуляр аппаратларга ўқув таъсирига ега бўлган жисмоний машқларнинг махсус турларига мувозанатни ўргатиш машқлари киради: а) кенг қўллаб-қувватлаш майдонида (полда), б) тор қўллаб-қувватлаш майдонида (спорт зали учун темир йўл).

Вестибуляр аппаратга тананинг ва бошнинг космосдаги ҳолатидаги ўзгаришларга реактивлигини камайтириш учун таъсир қилиш учун барча учта текисликда ҳаракатлар қўлланилади: бош ва тананинг олдинга егилиши, бошнинг орқага оғиши, латерал эгилиши, танани олдинга эгиб бошнинг бурилиши, машқлар тананинг айланиши билан бурилишлар. Машқлар ўтирган ёки тик турган ҳолда ҳам, юриш пайтида ҳам амалга оширилади.

Беморларда уларни қўллаш усули баъзи ўзига хос хусусиятларга эга.

Баланс машқларини аста-секин, лекин доимий равишда мураккаблаштириш тавсия етилади, асосан кенг қўллаб-қувватлаш майдони (замин). Дастлабки

кунларда юриши бузилган беморларга кенглиги 1 м гача бўлган йўл бўйлаб юриш таклиф этилади. Аста-секин, йўлнинг кенглиги камаяди, келажакда бемор тўғри чизикда юриши керак. Тўғри чизикда юриш элементлари қўл ва оёқ ҳаракатларини киритиш билан аста-секин мураккаблашади.

Нисбатан барқарорликнинг ривожланиши билан бемор кўзларини юмиб, тўғри чизикда юриши керак. Биринчидан, кўзлар 1-2 қадам масофада ёпилади, сўнгра беморга аста-секин кўзларини юмиб 10-12 қадам ташлашга ўргатилади ва тўғри чизикда юриш турли йўналишларда (олдинга, орқага, ён томонга) амалга оширилади. Бошланғич машқлар тор таянч майдонида (гимнастика скамейкасининг тоқчаси) мувозанатни сақлашга ўргатиш учун тавсия этилади. Ушбу турдаги машқлар суғурта ва беморларни диққат билан кузатишни талаб қилади.

Турли текисликларда фазодаги бошнинг ҳолатини ўзгартиришга олиб келадиган машқларни қатъий тартиблаш керак. Машғулотларнинг биринчи кунларида чекланган амплитуда машқларни бажариш тавсия этилади ва бемор кўникиши билан ҳаракатлар амплитудаси аста-секин ўсиб боради. Ушбу турдаги машқлар, шунингдек, тана ҳолатининг ўзгариши билан гимнастика гиламчасида машқларни ўз ичига олиши керак: чалқанча, ёнингизда, ошқозонингизда, ҳам кўзингизни очик ва ёпиқ ҳолда ётиш, ёлғон ҳолатидан ўтириш ҳолатига ўтиш, тўрт оёқда, тиззангизда, тик турган ҳолда, ёлғон ҳолатига қайтиш ва ҳоказо. турли тафовутлар. Тўпларни улоқтириш ва ушлаш ҳам вестибуляр аппаратлар учун стимул бўлиб хизмат қилади. Сиз машғулотларни волейбол тўплари билан, кейинроқ теннис тўплари билан бошлашингиз керак. Нафақат олдинга, балки юқорига ҳам отиш керак, бунинг натижасида бемор бошини орқага эгишга, кўриш қобилиятини зўриқтиришга, ҳаракатларни мувофиқлаштиришга, барқарорликни сақлашга ва шу билан вестибуляр аппаратни ўргатишга мажбур бўлади.

Вестибуляр аппаратлар фаолияти бузилган беморларда жисмоний машқларни бажаришда қуйидаги услубий қоидаларга риоя қилиш керак.

1. Махсус машқлар ресторатив машқлар билан алмаштирилади. Жараённинг махсус машқлар билан тўйинганлиги вестибуляр касалликларнинг оғирлиги билан белгиланади.
2. Бошнинг фазодаги ҳолатини ўзгартиришга олиб келадиган машқлар аста-секин ортиб бораётган амплитуда билан амалга оширилади.
3. Баланс машқлари статокинетиканинг бузилишига қараб аста-секин қийинлашади.
4. Ёпиқ кўзлар билан машқлар очик кўзлар билан бажариладиган ҳаракатларга кўникгандан сўнг (7-10 кунлик машғулотлардан олдин) ўтказилади.
5. Вестибуляр машғулотларнинг зарурий шартли тизимли таъсир қилишдир-ҳар куни ёки ҳар куни.
6. Даволаш курсининг давомийлиги 1,5-2 ой.

Вестибулоатактик бузилишлар маълум беморлард машқлар мажмуаси.





Расм – 6.3. Вестибуляр бузилишлар учун комплекс машқлар тўплами
Спастик мушакларни бўшатиш учун гимнастика техникаси

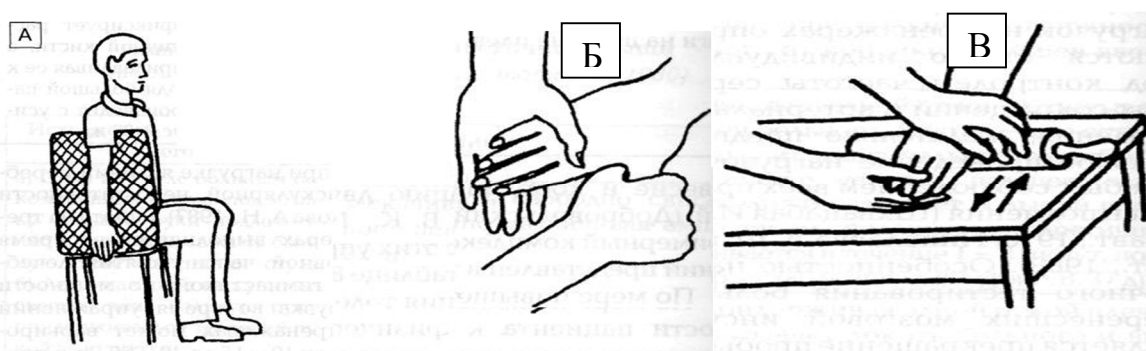
Спастик фалаж учун терапевтик гимнастиканинг қуйидаги хусусиятларини эсга олиш керак

Мушаклар тонусини камайтириш учун позицияни даволаш ва бир қатор махсус машқлар ва техникалар қўлланилади. Позицияни даволашнинг ўзига хос хусусияти, касалликнинг дастлабки давридан фарқли ўлароқ, паретик оёқ-қўлларни спастик мушакларнинг бириктирувчи нукталаридан биридан максимал масофа ҳолатида маҳкамлаш давомийлиги: олинадиган гипсли лонгеталар ёки ортезлар кунига 2-3 марта 2-4 соат давомида қўлланилади ва сезиларли спастиклик билан улар бир кечада қолдирилади. Мушакларни бўшаштириш учун махсус гимнастика техникасига оёқ-қўлнинг енгил чайқалиши, "позиция" ва тебраниш ҳаракатлари, қўл ва оёқнинг кафт юзасини айланадиган ролик бўйлаб айлантириш, спастик мушакларни чўзиш киради. Қуйида бўшатиш техникаси ёрдамида баъзи машқлар кўрсатилган.

Спастик мушакларни бўшатиш учун мшқлар техникаси.

Стулнинг орқа томонига касал томони билан стулга ўтириб, соғлом қўлни касал қўлининг остига қўйинг, касал қўлни стулнинг орқа томонига осиб қўйинг(расм -5.4 а).

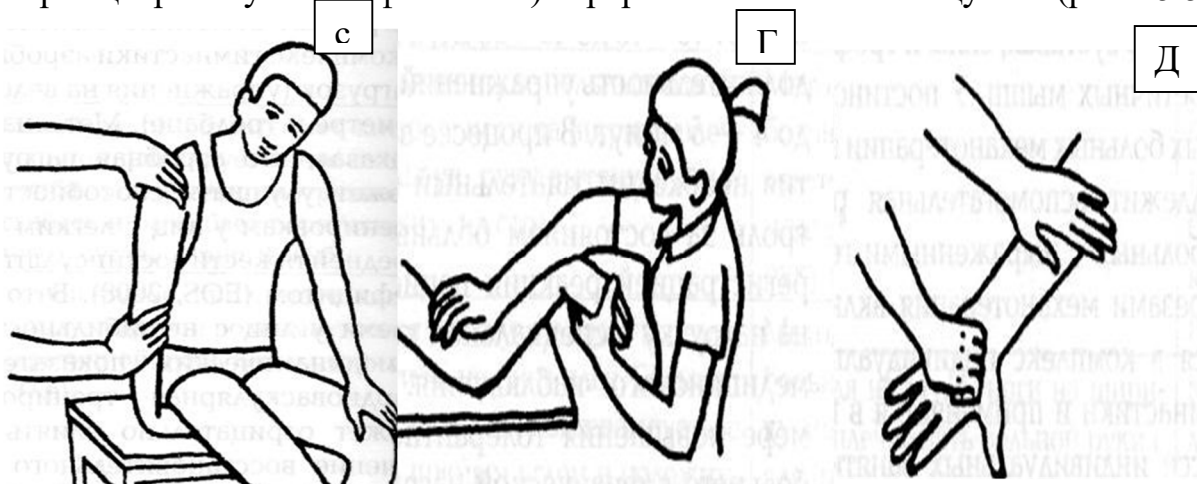
Методист бир қўлини беморнинг бош бармоғига, иккинчисини бошқаларнинг атрофига ўраб олади ва бир-бирига ўралган тўрт бармоқнинг максимал кенгайишини амалга оширади, бир вақтнинг ўзида беморнинг бош бармоғини тортиб олади ва букади. Бу ҳолатда паретик қўл мушакларнинг бўшашиши содир бўлгунча 1-3 дақиқа ушлаб турилади (расм 5.4 б).



Расм – 6.4.

Методист ўнг қўли билан паретик қўлнинг тўғриланган бармоқларини маҳкамлайди ва чап қўли билан қўлни босади, уни валикка босади, бир вақтнинг ўзида бош бармоғини тортиб олади ва секин, ҳаракат билан қўлни силлиқ ёзади(расм - 6.4 в).

Креслога ўтириб, оёқлари елка кенглигида. Касал қўлини тўғрилаб, бармоқларни чўзиб (кафт пастга) зарарланган сон остига қўйинг(расм-5.5.с).

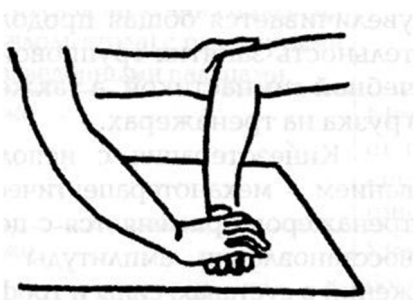


Расм – 6.5.

Методист бир қўли билан беморнинг қўлини ушлайди, иккинчиси билан тирсак бурмаси яқинида елкасини маҳкамлайди; кейин енгил силкитиб, тирсак бўғимидаги паретик қўлни секин эгади ва букади(расм – 6.5.г).

Методист бармоқларини мушт қилиб, бармоқларининг тароғи билан бемор қўлининг орқа юзасини бармоқ учидан юқорига ишқалайди(расм – 6.5.д).

Методист бир қўли билан елкасини ушлаб, иккинчисини беморнинг тирсагига ўраб олади ва қўлни тирсагига тўғрилайди, уни осонгина силкитади; паретик қўлни стулга маҳкам босиш керак(расм – 6.6).



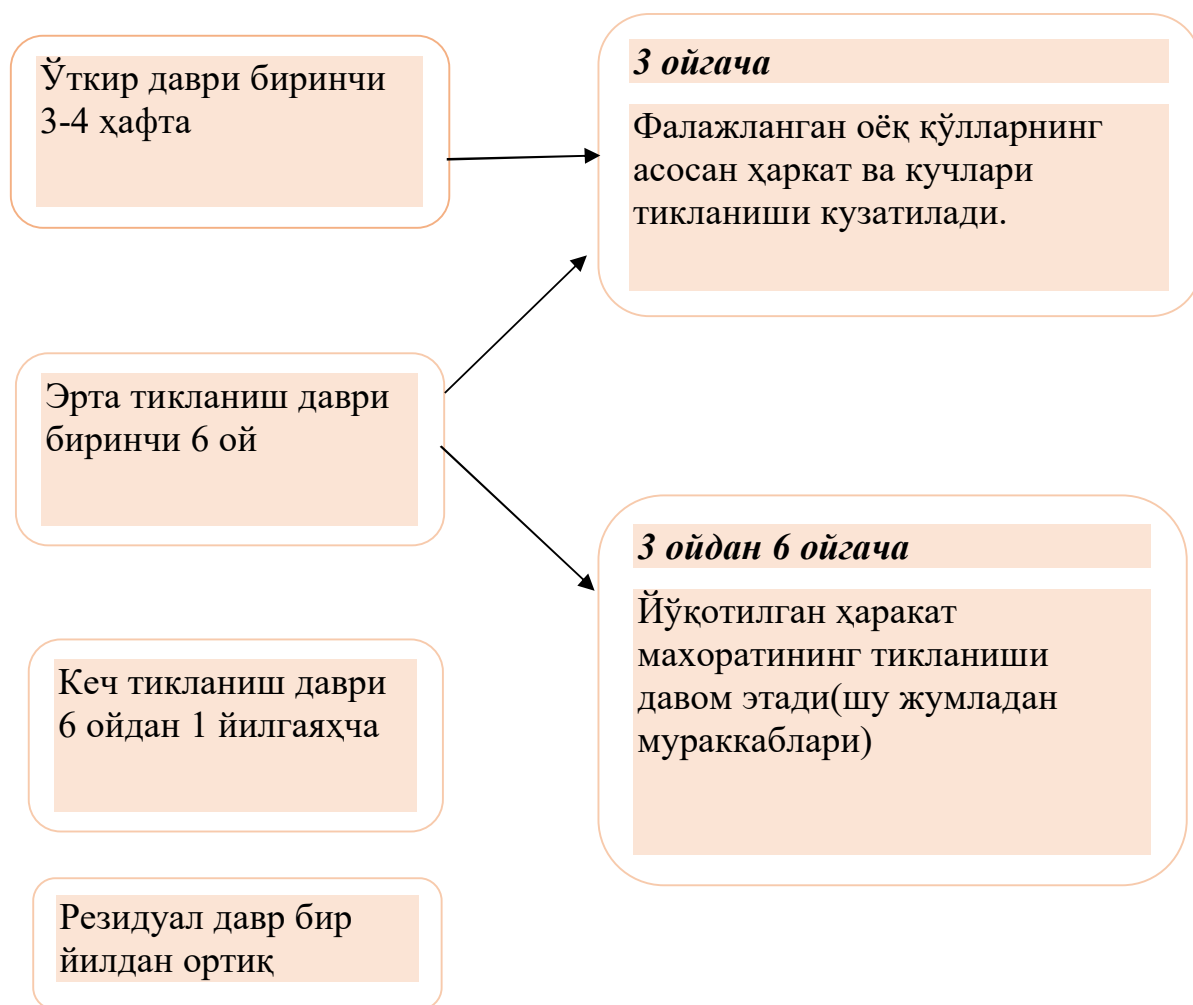
Расм – 6.6.

Оғиз атрофи мимик машқи.

Тил машқи.

Дудоқ ва ёноқ машқи.

Юмшоқ танглай мушаклари учун машқлар.



Расм – 5.7. Инсултнинг турли даврларида тикланиш босқичлари.

Хулосалар

Хулоса қилиб айтганда, биз яна бир нечта муҳим фикрларни таъкидламоқчимиз. Инсулт иккиламчи профилактикасида шифокорларнинг таъсир соҳаси жуда муҳим ва масъулиятли. Агар неврологлар, бирламчи тиббий ёрдам шифокорлари, умумий амалиёт шифокорлари, шунингдек, инсулт билан оғриган беморлар билан у ёки бу тарзда алоқада бўлган барча шифокорлар малакали ва коллегиал асосда ҳаракат қилсак, унда такрорий ўткир мия қон айланишининг бузилиши эҳтимоли сезиларли даражада камаяди. Ушбу қўлланмада биз шифокорнинг ҳиссасига эътибор қаратдик. Шу билан бирга, масъулият бемордан ва унинг қариндошларидан олиб ташланмайди, уларнинг ҳаракатларисиз бизнинг барча ишларимиз умуман маънога эга эмас. Шунга асосланиб, хулоса қилиб шуни таъкидлашни муҳим

деб ҳисоблаймизки, фақат соғлигингиз учун тўлиқ жавобгарликни ўз зиммангизга олиб, келажагингизга таъсир қилишингиз мумкин.

Идеал ҳолда, агар шифокор, бемор ва унинг қариндошлари ушбу шахснинг соғлиғи учун бирлашиб, битта жамоа бўлиб ҳаракат қилсалар, яхши натижага эришиш мумкин.

1. Инсультдан кейинги беморларни замонавий шароитда тиббий реабилитация қилиш имкон қадар эрта бошланиши, имкон қадар ҳар томонлама амалга оширилиши ва изчил самарали чоралардан иборат бўлиши керак. Бугунги кунда турли хил ахборот технологиялари тиббий реабилитациянинг энг истиқболли ёндашувларидан бири ҳисобланади. Инсультга учраган беморлар учун тиббий реабилитациянинг амбулатория босқичини ташкил этишнинг алоҳида йўналиши-бу инсультни реабилитация қилишнинг узлуксизлиги, хавфсизлиги ва мураккаблигини таъминлайдиган турли хил замонавий масофавий алоқа воситалари, шу жумладан телетиббиёт технологиялари.

2. Тиббий реабилитациянинг учинчи босқичига масофавий технологияларни киритиш имкониятини кўриб чиқиш керак, бу амбулатория босқичини узайтиради ва реабилитация даволашнинг узлуксиз жараёнини таъминлайди. Маълумотларни ҳимоя қилишни ташкил этиш ва таъминлашга, телетиббиёт технологияларидан фойдаланган ҳолда гуруҳ машғулотларини ўтказиш масалаларини ҳал қилишга ўзгартириш киритиш керак.

3. Статистик маълумотларнинг таҳлили беморларнинг тиббий реабилитациянинг амбулатория босқичида реабилитация даволанишига бўлган мажбуриятининг етарли эмаслигини кўрсатди. Беморларнинг инсульт учун амбулатор реабилитация даволашдан бош тортишининг асосий сабаблари: тиббий реабилитация бўлимларидан яшаш жойларининг узоқлиги (90%), ҳаракат бузилишлари (63%), атроф-муҳитнинг етарли мавжуд эмаслиги (меъморий режалаштириш, муҳандислик, эргономик, таркибий ечимлар)

ҳақиқий яшаш жойларида (40%), ташқи оила аъзолари томонидан қўллаб-қувватланмаслик (27%).

4. Тадқиқот натижаларига кўра, масофавий технологиялардан фойдаланган ҳолда инсултни амбулатория реабилитациясининг минтақавий таркибий модели телекоммуникация технологияларидан фойдаланган ҳолда доимий реабилитация жараёнини амалга оширишга имкон берадиган тиббий реабилитация бўлимлари фаолиятида ҳудудда дастурий маҳсулотни яратиш ва жорий этишга асосланган. Дастурий маҳсулотга масофадан бошқариладиган дарсларни ўтказиш, телетиббиёт бўйича маслаҳатлар, соғлиқни сақлаш кундаликларини юритиш, тиббий реабилитация бўлими мутахассисларининг фикр-мулоҳазаларини тақдим этиш учун блоклар тўплами, шунингдек, беморга мустақил равишда машқ қилиш имконини берувчи бирлаштирилган техникалар ва видео дарсликлар тўплами киради (машқлар ва кўникмалар).

5. Тиббий реабилитациянинг амбулатория босқичининг самарадорлигини баҳолашда инсултга учраган беморлар учун амбулатория реабилитацияси курси реабилитация салоҳиятининг ($p < 0,05$), ҳаракатчанлик даражаси ($p < 0,01$) ва ижтимоий даражанинг ($p < 0,05$) ошишига олиб келиши ишончли тарзда аниқланди, шунингдек бузилган функциялар даражасининг пасайишига ($p < 0,01$), шикастланиш даражаси ($p < 0,05$), когнитив бузилиш даражаси ($p < 0,01$), депрессия даражаси ($p < 0,05$). Тиббий реабилитациянинг амбулатория босқичининг йўқлиги клиникага ташрифлар частотасининг ошишига олиб келади ($p < 0,05$).

7. Реабилитация самарадорлигининг ажралмас кўрсаткичи қийматлари ва ҳақиқий яшаш жойи ва амбулатория реабилитация бўлими ўртасидаги масофа ($p < 0,001$), шунингдек инсултнинг биринчи белгилари пайдо бўлган пайтдан бошлаб тиббий ёрдамга мурожаат қилиш вақти ($p < 0,001$) ўртасида корреляциялар ўрнатилди. Реабилитация тадбирларининг самарадорлиги беморнинг реабилитация даволанишига содиқлик даражасига бевосита боғлиқ ($p < 0,001$). Амбулатория босқичида масофавий тизимни жорий этиш

беморларнинг ижтимоий ва иқтисодий жихатдан яшаш тарзини яхшилашга қаратилган.

Амалий тавсиялар

Тиббий реабилитациянинг амбулатория босқичида реабилитация даволашнинг масофавий шакллари киритиш таклиф этилади.

1. Амбулатория тиббий реабилитация бўлимларида янги очилган тиббий реабилитация бўлимлари ходимлари, шунингдек соғлиқни сақлаш ташкилотчилари учун малака ошириш доирасида ўқув дастурлари масофавий технологиялардан фойдаланган ҳолда реабилитация даволашнинг замонавий усуллари бўйича мавзуларни ўз ичига олиши керак.

2. Инсультга учраган беморлар учун тиббий реабилитациянинг амбулатория босқичини белгилайдиган меъёрий ҳужжатларда "масофавий реабилитация" таърифини бирлаштириш, реабилитация даволаш усуллари рўйхатини, тиббий хизматлар ҳажмини, масофавий технологиялардан фойдаланган ҳолда реабилитация даволаш вақти ва частотасини тақдим этиш тавсия этилади.

3. Амбулатория босқичида инсультга учраган беморлар учун тиббий реабилитацияни амалга оширадиган мутахассислар индивидуал реабилитация даволаш режаларини тузиш жараёнида телекоммуникация технологияларининг имкониятларидан, шу жумладан беморга машқлар ва кўникмаларни мустақил равишда машқ қилиш имконини берадиган ягона усуллардан фойдаланишлари керак.

4. Инсульти беморлар учун реабилитация усуллари танлашни ташкил этишнинг ишлаб чиқилган усули инсультнинг амбулатория босқичида тиббий ёрдам кўрсатиш тизимини янада ривожлантириш учун, шу жумладан индивидуал реабилитация даволаш режаларини тузиш доирасида қўлланилиши керак.

5. Инсульт билан оғриган беморлар учун масофадан бошқариладиган реабилитациянинг амбулатория босқичининг ишлаб чиқилган усули бош мия қон айланишининг бузилиши оқибатларини тикловчи даволаш учун тайёр

дастурий маҳсулот сифатида ишлатилиши мумкин, шунингдек, шунга ўхшаш дастурий маҳсулотларни яратиш учун асос сифатида кўриб чиқилиши мумкин. Инсультдан кейин беморларни реабилитация қилиш самарадорлигини ошириш учун оғриқ синдроми ривожланишининг башоратчилари мавжудлигини ҳисобга олиш, профилактика ва реабилитация чораларини танлашни амалга ошириш тавсия этилади. Реабилитация даволаш давомийлигини юқори самарадорлигини таъминлаш мақсадида елка бўғимидаги оғриқ синдроми учун ташхислаш дастури ишлаб чиқилган. Инсультдан кейинги елка бўғимидаги оғриқни тикловчи терапиянинг ишлаб чиқилган алгоритми оғриқ синдромининг кучли ифодаланишини камайтиришга, юқори оёқнинг функционал фаоллигини яхшилашга, кундалик ҳаётда эҳтиёжмандлик даражасини камайтиришга ва ҳаёт сифатини яхшилашга имкон беради.

Адабиётлар:

- 1.Анохин, П.К. Общие принципы компенсации нарушенных функций и их физиологическое обоснование / П.К. Анохин – М., 1977. П.К. 200 с.
- 2.Артемов, Д.В. Использование ботокса в медицинской практике/ Д. В. Артемов, О.Р. Орлова, А.З. Маренкова // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С Корсакова. – 2000. – №4. – С. 46 – 51.
- 3.Батышева, Т.Т. Современные технологии диагностики и реабилитации в неврологии и ортопедии / Т. Т Батышева, Д.В.Скворцов Д.В., А.И.Труханов. – М.: Медика, 2005. – 256с
- 4.Белова А.Н. Нейрореабилитация / А.Н. Белова. – М.: Москва, 2010. –1288с.
- 5.Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитологии/ А.Н.Белова, О.Н. Щепетова – М.: Антидор, 2001. – 439 с.
- 6.Букуп, К. Клиническое исследование костей, суставов и мышц/ К.Букуп – М.: Медицинская литература, 2007. – 295 с.
- 7.Вознесенская, Т.Г. Хроническая боль и депрессия / Вознесенская Т.Г. // Фарматека. – 2008. –№ 6. –С.10–15.

8. Волченкова, О.В. Опыт применения физических факторов в острый период церебрального инсульта / О.В. Волченкова, Г.Е. Иванова, М.Ю. Герасименко, 9.Б.А.Поляев, М.К.Бодыхов, О.М.Самсыгина, М.А.Булатова, Д.Л.Соловьев // РАСМИРБИ. – 2007. – № 3. – С.8–13.
10. Воробьева, О.В. Нарушение мышечного тонуса в постинсультном периоде: вопросы терапии / О.В. Воробьева // Consilium medicum. – 2004. – №12. – С17–19.
11. Гусев Е.И. Физическая реабилитация больных с заболеваниями и травмами нервной системы / Е.И. Гусев, В.И.Скворцова, Н.С. Чекнева, Г.Е. Иванова, А.В. Чоговадзе и соавт. // Лечебное дело. – 2005. – №3. – С. 23–29.
12. Гусев, Е.И. Проблема инсульта в Российской Федерации: время активных совместных действий / Е.И.Гусев, В.И. Скворцова, Л.В. Стаховская // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 2007. – №8. – С. 4–10.
13. Дамулин, И.В. Синдром спастичности и основные синдромы его лечения / И.В. Дамулин // Журнал неврологии психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2003. – №12. – С.4–9.
14. Данилов, А.Б. Нейропатическая боль /А.Б. Данилов, О.С. Давыдов – М.: Боргес, 2007. – 192 с.
15. Данилов, В.И. Инсульт. Современные подходы диагностики, лечения и профилактики / В.И. Данилов, Д.Р.Хасанова – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2014. – 248 с.
16. Доэрти, М. Клиническая диагностика болезней суставов / М.Доэрти, Д. Доэрти – Минск: Тивали, 1993. – 144 с.
17. Евтушенко, С.К. Клинико-инструментальная диагностика невралгической амиотрофии плечевого пояса / С.К. Евтушенко, Я.А.Гончарова, И.С. Луцкий // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2001. – Т. 2, № 1. – С. 57-59
18. Елифанов, В.А. Лечебная физическая культура и спортивная медицина / В.А. Елифанов – М.: Медицина, 1999. –304 с.

- 19.Епифанов, В.А. Лечебная физическая культура / В.А. Епифанов – ГЭОТАРМедиа, 2006. – 557 с.
- 20.Епифанов, В.А. Реабилитация больных, перенесших инсульт / В.А. Епифанов – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 256с.
- 20.Ибатов, А.Д. Основы реабилитологии /А.Д. Ибатов, С.В. Пушкина – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 160 с.
- 21.Исанова, В. А. Нейрореабилитация / В.А. Исанова – Казань, 2004. – 288 с.
- 22.Кадыков, А.С. Постинсультные болевые синдромы / А.С. Кадыков, М.Б. Сашина, Л.А. Черникова // Атмосфера. Нервные болезни. – 2004. – № 3. – С.25–27.
- 23.Кадыков, А.С. Реабилитация неврологических больных / А.С.Кадыков, Л.А. Черникова, Н.В. Шахпаронова – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 560с.
- 25.Кадыков, А.С. Реабилитация после инсульта / А.С. Кадыков – М.: МИКЛОШ, 2003. – 176 с.
- 26.Камчатнов П.Р. Лечебная тактика у больных с нейропатическим болевым синдромом / П.Р.Камчатнов – Справочник поликлинического врача. – 2007. – №2. – С. 78-82.
- 27.Камчатнов, П.Р. Спастичность - современные подходы к терапии / П.Р. Камчатнов // Русский медицинский журнал. – 2004. – Т.12, №14. – С. 849-854.
- 27.Конева, Е.С. Сравнительная оценка эффективности реабилитационных программ у больных с синдромом спастичности: Дисс. канд. мед. наук / Е.С.Конева. – М., 2010. – 194 с.
- 28.Корж, А.А. Гетеротопическая оссификация (взгляд на проблему) / А.А. Корж,
- 29.Н.В. Дедух // Ортопедия, травматология и протезирование. – 2004. – №4. – С.89-93.
- 30.Крыжановский, Г.Н. Общая патофизиология нервной системы / Г.Н. Крыжановский – М.: Медицина, 1997. – 350 с.

- 31.Левин, О.С. Основные Лекарственные средства, применяемые в неврологии / О.С. Левин – М.: Медпрессинформ, 2006. – 336 с
- 32.Лурия, А.Р. Высшие корковые функции человека / А.Р. Лурия – М: Медицина, 1969. – 258 с.
- 33.Малахов, В.А. Мышечная спастичность при органических заболеваниях нервной системы, и её коррекция/ В.А.Малахов // Международный неврологический журнал. – 2010. – № 5. –С.110-118
- 34.Одинак, М.М. Искра Д.Л, Герасименко Ю.П. Анатомофизиологические аспекты центральных нарушений двигательных функций / М.М. Одинак, Д.Л. Искра, Ю.П.Герасименко // Журнал неврологии психиатрии. –2003. – №6. – С. 68–71.
- 35.Парфенов В.А. Ведение больных со спастичностью / В.А. Парфенов // Русский медицинский журнал. – 2004. – №10. –С.595–598.
- 36.Парфенов В.А. Применение ботулинического токсина при постинсультной спастичности / В.А. Парфенов // Клиническая геронтология. – 2001. – Т.7. (3-4) – С. 64–68.
- 37.Попелянский, Я.Ю. Ортопедическая неврология / Я.Ю. Попелянский – Казань, 1997. –672с.
- 38.Симонян, В.А. Дифференциальная диагностика боли в области плеча (1-е сообщение) / В.А. Симонян, Я.А. Гончарова, С.К. Евтушенко // Международный неврологический журнал. — 2006. — № 4(8). — С. 138-141.
- 39.Смулевич, А.Б. Депрессии в общей медицине / А.Б.Смулевич – М. МИА,2001. – 253с.
- 40.Столярова, Л.Г. Реабилитация больных с постинсультными двигательными расстройствами / Л.Г.Столярова, Г.Р. Ткачева – Москва, 1978. – С. 278.
- 41.Табеева, Г.Р. Лечение фибромиалгии / Г.Р. Табеева, Я.И. Левин, С.Б.Короткова, И.Г. Ханунов // Журн. невропатол. и психиатр. им. Корсакова. – 1998. –№4. –С.40– 43.

42. Улащик, В.С. Общая физиотерапия / В.С. Улащик, И.В. Лукомский – Книжный дом, 2005. – 512 с.
43. Хасанова, Д.Р. The use of Lantox for the treatment of the early post-stroke upper limb spasticity / Д.Р. Хасанова. // ВТХА International Congress. – France, Paris, 2009. – P.117–118.
44. Хасанова, Д.Р. Ботулинотерапия при ранней постинсультной спастичности руки / Д.Р. Хасанова, Н.В. Агафонова // Клиническая геронтология. – 2012. – №11-12. – С. 25–31.
45. Хатькова, С.Е. Современные тенденции в лечении постинсультной спастичности с использованием ботулинотерапии (диспорт) / С.Е. Хатькова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 2012. – №8. – С. 92–99.
46. Хатькова, С.Е. Клинический профиль пациентов со спастичностью верхней конечности, получавших лечение препаратами ботулинического токсина типа А (международное наблюдение) / С.Е. Хатькова, О.Р. Орлова, С.Л. Тимербаева // Врач. – 2011. – №5. – С. 70-73.
47. Цветкова, Л.С. Нейропсихологическая реабилитация больных. Речь и интеллектуальная деятельность: учеб. пособие для студентов ВУЗов / Л.С. Цветкова Л.С. – М., 1985. – 328 с.
48. Чернова, Л.А. Реабилитация больных после инсульта: роль физиотерапии / Л.А. Чернова // Физиотерапия, бальнеология, реабилитация. – 2005. - №2. – С. 3 – 9.
48. Чистяков, И.Н. Цитоскелетные компоненты мышечных волокон и коллаген в условиях реальной и моделируемой гравитационной разгрузки: Автореф. дис... канд. мед. наук. / И.Н. Чистяков. – 2010. – 26 с.
50. Шварков, С.Б. Коррекция энергетического и электролитного баланса препаратами магния и пиридоксина при неврологических и других заболеваниях / С.Б. Шварков, Е.С. Акарачкова // Медицинская технология для врачей-неврологов и врачей общей практики. – Москва, 2008 – С.30.

51. Широков, В.А. Боль в плече: патогенез, диагностика, лечение / В.А. Широков. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2012. – 240 с.
52. Alguren, B. Factors associated with healthrelated quality of life after stroke: a 1-year prospective cohort study / B. Alguren, B.Fridlund, A.Cieza, K.Sunnerhagen, L. Christensson // *Neurorehabil Neural Repair*. – 2012. № 26. – P.266-274.
54. Aras, M. Shoulder pain in hemiplegia: results from a national rehabilitation hospital in Turkey / M.Aras, N.Gokkaya, D. Comert, A. Kaya, A.Cakci // *Am J Phys Med Rehabil*. – 2004. – № 83. –P.713-719.
54. Barlak, A. Poststroke shoulder pain in Turkish stroke patients: relationship with clinical factors and functional outcomes / A.Barlak, S.Unsal, K.Kaya, S.Sahin-Onat, S. Ozel S. // *Int J Rehabil Res*. –2009. –№ 32(4). –P.309-315.
55. Bax, L. Does neuromuscular electrical stimulation strengthen the quadriceps femoris? A systematic review of randomised controlled trials / L. Bax, F.Staes, A.Verhagen // *Sports Med*. – 2005. – №35. –P.191-212.
56. Bender, L. Hemiplegic shoulder pain: defining the problem and its management / L. Bender, K. McKenna // *Disability and Rehabilitation*. – 2002. – №23. –P.698–705.
57. Bennel, K. Efficacy and cost-effectiveness of a physiotherapy program for chronic rotator cuff pathology: A protocol for a randomized double blind, placebo-controlled trial / K.Bennel, S. Coburn et al. // *BMC Musculoskelet Disord*. – 2007. – №8. –P.86.
58. Berg, A. Poststroke depression in acute phase after stroke / A.Berg, H. Palomaki, M.Lehtihalmes et al. // *Cerebrovasc Dis*. – 2001. – №12 (1). –P.14-20.9.
59. Bhogal, S. The PEDro scale provides a more comprehensive measure of methodological quality than the Jadad Scale in stroke rehabilitation literature / S.Bhogal, R. Teasell, N. Foley et al. // *J Clin Epi*. – 2005. – №58.–P. 668–673.
60. Boas R.A., Covino B.G., Shahnarian A. Analgesic response to i.v.Lignocaine / R.A. Boas, B.G. Covino, A. Shahnarian // *Br. J. Anaesth*. –1982. – Vol. 54. –P. 501–505.

61. Bohannon, R.W. Shoulder pain in hemiplegia: Statistical relationship with five variables / R. Bohannon, P. Larkin, M. Smith, M. Horton // Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. –1986. – №67.–P. 514-516
62. Bongers, P. The cost of shoulder pain at work / P. Bongers // BMJ –2001. – №322.–P.64–65.
63. Boutron, I. Methods and processes of the CONSORT group: examples of an extension for trials assessing nonpharmacological treatments / I. Boutron, D. Moher, D. Altman, K. Schulz, P. Ravard // Ann Intern Med. –2008. – №148.–P. 60- 66.
64. Boyd, E. Clinical measures of shoulder subluxation: their reliability/ E. Boyd, G. Torrance // Canadian journal of public health. –1996. – №83.–P.24.
65. Busse, J. The effect of low-intensity pulsed ultrasound therapy on time to fracture healing: a meta-analysis /J. Busse, M. Bhandari, A. Kulkarni, E. Tunks // CMAJ. – 2003. – №166.–P. 437-41.
66. Cagnie, B. Phonophoresis versus topical application of ketoprofen: comparison between tissue and plasma levels / B. Cagnie, E. Vinck, S. Rimbaut, G. Vanderstraeten // Phys Ther. –2003. – №83.–P. 707-712.
67. Carr, J. Investigation of a new Motor Assessment Scale for stroke patients / J. Carr, R. Shepherd, L. Nordholm, D. Lynne // Physical Therapy. –1985. – №65 –P. 175–180.
68. Carr, J. Neurological rehabilitation: optimizing motor performance / J. Carr, R. Shepherd // Oxford: Butterworth-Heinemann. –1998. –P.185–204.
69. Carroll, I. Multivariate analysis of chronic pain patients undergoing lidocaine infusions: Increasing pain severity and advancing age predict likelihood of clinically meaningful analgesia / I. Carroll, R. Gaeta, S. Mackey // Clin J Pain. – 2007. – Vol. 23. – P. 702-706.
70. Chaco, J. Subluxation of the glenohumeral joint in hemiplegia / J. Chaco, E. Wolf // Am J Phys Med. –1971. – №50 –P. 139 - 43.
71. Chae, J. Poststroke shoulder pain: Its relationship to motor impairment, activity limitation, and quality of life / J. Chae, D. Mascarenhas, T. Yu, A. KIRSTEINS, E. Elovic,

- S. Flanagan, R. Harvey //Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. – 2007. – №.88 – P. 298-301.
- 72.Chae, J.Percutaneous, intramuscular neuromuscular electrical stimulation for the treatment of shoulder subluxation and pain in chronic hemiplegia: a case report / J.
- 73.Chae, D.Yu, M.Walker // Am J Phys Med Rehabil. –2001. – №.80 (4) – P. 296-301.
- 74.Chantraine, A. Shoulder pain and dysfunction in hemiplegia: effects of functional electrical stimulation / A. Chantraine, A. Baribeault, D. Uebelhart, G. Gremion // Archives of physical medicine and rehabilitation. –1999. – №.80 (3) – P.328-331.
- 75.Childs, J.A clinical prediction rule to identify patients with low back pain most likely to benefit from spinal manipulation: A validation study / J. Childs, J. Fritz, T. Flynn et al. //Ann Intern Med. – 2004. – №.141 – P.920- 928.
- 76.Chino, N. Electrophysiological investigation on shoulder subluxation in hemiplegics / N.Chino // Scand J Rehabil Med. – 1981. – №.13 – P.17-21.
- 77.Cleland, J. Physical therapy for adhesive capsulitis /J. Cleland, C. Durall // Physiotherapy. – 2002. – №.88 – P.450 -457.
- 78.Cohen, S. Intravenous infusion tests have limited utility for selecting long-term drug therapy in patients with chronic pain / S.P. Cohen, S.G. Kapoor, J.P. Rathmell //Anesthesiology. – 2009. –Vol. 111. – P. 416- 431.
- 79.Conroy, D. The effect of joint mobilization as a component of comprehensive treatment for primary shoulder impingement syndrome / D. Conroy, K. Hayes // J Orthop Sports Phys Ther. –1998. – №.28 – P.3-14.
- 80.David, B. Pathophysiology of spasticity in stroke / B. David, W.Jörg, A. Geoffrey Donnan // Neurology. – 2013. – №80. – P.20 -26.
- 81.Dawson J, Rogers K, Fitzpatrick R, Carr A: The Oxford shoulder score revisited / J.Dawson, K. Rogers, R. Fitzpatrick, A.Carr // Arch Orthop Trauma Surg. –2009. – №129. – P.119-123.

- 82.De Boer, KS. Shoulder pain and external rotation in spastic hemiplegia do not improve by injection of botulinum toxin A into the subscapular muscle / K. de Boer, H. Arwert et al. // J Neurol Neurosurg Psychiatr. –2008. – № 79. – P.581-583.
- 83.De Clive-Lowe, S. Intravenous lignocaine anesthesia / S.G. De Clive-Lowe, J. Desmond, J. North // Anaesthesia. – 1958. – Vol. 13. – P. 138-146.
- 84.Demirci A, Ocek B, Koseoglu F. Shoulder pain in hemiplegic patients / A. Demirci, B. Ocek , F. Koseoglu // J Phys Med Rehabil Sci . –2007. – № 1. – P.25-30.
- 85.Desmeules, F. Therapeutic exercise and orthopedic manual therapy for impingement syndrome: A systematic review / F. Desmeules, C. Cote, P. Fremont // Clin J Sport Med. Sci. –2003. – № 13. – P. 176-182.
- 86.Deyle, GD. Physical therapy treatment effectiveness for osteoarthritis of the knee: a randomized comparison of supervised clinical exercise and manual therapy procedures versus a home exercise program / G. Deyle, S. Allison et al. // Phys Ther . – 2005. – №85. – P. 1301-17.
- 87.Dickens, V. Role of physiotherapy in the treatment of subacromial impingement syndrome: a prospective study / V. Dickens, J. Williams, M. Bahmra // Physiotherapy. –2005. – №91. – P.159-164.
- 88.Dromerick, A. Hemiplegic shoulder pain syndrome: frequency and characteristics during inpatient stroke rehabilitation / A. Dromerick, D. Edwards, A.Kumar // Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. –2008. – №89. – P.1589-1593.
- 89.Escorpizo, R. A systematic review of functioning in vocational rehabilitation using the international classification of functioning, disability and health / R.Escorpizo, M. Finge, A.Glassel, F. Gradingner, M. Luckenkemper, A.Cieza // J Occup Rehabil. – 2011. – №21. – P.134-146.
- 90.Faber, E.Treatment of impingement syndrome: A systematic review of the effects on functional limitations and return to work / E. Faber,J. Kuiper, A. Burdoff et al. // J Occup Rehab. –2006. – №16. – P.7-25.

- 91.Feller, J. Effect of physiotherapy attendance on outcome after anterior cruciate ligament reconstruction: a pilot study / J. Feller, K. Webster, N. Taylor, R. Payne, T.Pizzari // J Sports Med. – 2004. – №38. – P. 74-7.
- 92.Fil, A. The effect of electrical stimulation in combination with Bobath techniques in the prevention of shoulder subluxation in acute stroke patients /A.Fil, K. Armutlu, 93.U. Kerimoglu, B. Elibol // Clinical Rehabilitation. – 2011. – №25. – P.51-59.
- 94.Flynn, T.A clinical prediction rule for classifying patients with low back pain who demonstrate short-term improvement with spinal manipulation / T.Flynn, J. Fritz, J. Whitman et al. // Spine. – 2002. – №27. – P. 2835-2843.
- 95.Frost, P.Risk of shoulder tendinitis in relation to shoulder loads in monotonous repetitive work / P.Frost, J. Bonde et al// Am J Ind Med. – 2002. – №41. – P. 11-8.
- 96.Gamble, G. Poststroke shoulder pain: a prospective study of the association and risk factors in 152 patients from a consecutive cohort of 205 patients presenting with stroke / G.Gamble, E. Barberan, H. Laasch, D. Bowsher, P.Tyrrell, A.Jones // Eur J Pain. –2002. – №6. – P.467-474.
- 97.Gosk, J. Entrapment of the suprascapular nerve: anatomy, etiology, diagnosis, treatment / J. Gosk, M. Urban, R. Rutowski // Ortop Traumatol Rehabil. –2007. – №9. – P.68-74.
- 98.Griffin, A. Strapping the hemiplegic shoulder prevents development of pain during rehabilitation: a randomized controlled trial /A. Griffin, J. Bernhardt // Clinical rehabilitation. –2006. – №20 (4). – P.287-295.
- 99.Groves, C. Fully implantable peripheral nerve stimulation for hemiplegic shoulder pain: a case report / C. Groves, V. Nguyen et al. // Neuromodulation. –2011. – №14. –P. 554.
- 100.Guler-Uysa, F. Comparison of the early response to two methods of rehabilitation in adhesive capsulitis / F.Guler-Uysal, E. Kozanoglu // Swiss Med Wkly. –2004. – №134. – P.353-358.
- 101.Gustafsson, L. Programme of static positional stretches does not reduce hemiplegic shoulder pain or maintain shoulder range of motion — a randomized

controlled trial / L.K. Gustafsson, A. McKenna // Clin. Rehabil. – 2006. – Vol. 20, № 4. – P. 277 - 286.

102.Haahr, J. Exercises may be as efficient as subacromial decompression in patients with subacromial stage II impingement: 4 to 8 years follow up in a prospective randomized trial / J.Haahr, J.Andersen // Scand J Rheumatol. – 2006. – №35. – P.224-228.

103.Haahr, J.Exercise versus arthroscopic decompression in patients with subacromial impingement: a randomised, controlled study in 90 cases with a one year follow up / J.Haahr, S .Ostergaard et al. // Ann Rheum Dis. –2005. – №64. – P.760-764.

104.Hafsteinsdóttir, T. Do physiotherapists in the care of stroke patients use Bobath therapy? / T. Hafsteinsdóttir, N.van Meeteren, M.Grypdonck // Adv Physiother. – 2005. – №7. – P.176 -182.

105.Hafsteinsdóttir, T.NDT-nursing competence measured with nurses in the rehabilitation of stroke patients / T. Hafsteinsdóttir, M. Grypdonck // J Neurosci Nurs. –2004. – №36. – P.289 - 294.

106.Hakuno, A. Arthrographic findings in hemiplegic shoulders / A. Hakuno, H. Sashika, T. Ohkawa, R. Itoh // Archives of physical medicine and rehabilitation. – 1984. – №65 (11). – P.706.

107.Handy, J. Meta-analysis examining the effectiveness of electrical stimulation in improving functional use of the upper limb in stroke patients / J. Handy, S. Salinas, S. Blanchard, M. Aitken // Physical & Occupational Therapy in Geriatrics . –2003. – №21. – P.67 - 78.

108.Hayden, J. Systematic review: strategies for using exercise therapy to improve outcomes in chronic low back pain / J. Hayden, M.van Tulder, G. Tomlinson// Ann Intern Med. –2005. – №142. – P. 776 - 85.

109.Hegedus E. Physical examination tests of the shoulder: a systematic review with meta-analysis of individual tests / E. Hegedus, A. Goode et al. // Br J Sports Med. – 2008. – №42. – P.80 - 92.

- 110.Huisstede, B. Interventions for treating the posterior interosseus nerve syndrome: a systematic review of observational studies / B.Huisstede, H.Miedema, et al. // J Peripher Nerv Syst. – 2006. – №11. – P. 101-10.
- 111.Huisstede, B.Interventions for treating the radial tunnel syndrome: a systematic review of observational studies / B.Huisstede, H.Miedema, T. van Opstal, M.de Ronde, J. Verhaar, B.Koes //J Hand Surg Am. – 2008. – №33. – P. 72 - 8.
- 112.Ikai T, Yonemoto K, Miyano S, Talejara T. Interval change of the shoulder subluxation in hemiplegic patients / T. Ikai , K.Yonemoto, S. Miyano,T. Talejara // Jpn J Rehabil Med. – 1992. – №29. – P.569 - 75.
- 113.Ikai, T. Evaluation and Treatment of Shoulder Subluxation in Hemiplegia: Relationship between Subluxation and Pain / T. Ikai, K. Tei, K.Yoshida, S. Miyano, K. Yonemoto // American journal of physical medicine & rehabilitation. – 1998. – №77 (5). – P.421- 426.
- 114.Indredavik, B. Medical complications in a comprehensive stroke unit and an early supported discharge service / B. Indredavik, G. Rohweder, E. Naalsund, S. Lydersen // Stroke. – 2008. – Vol. 39, № 2. – P. 414 - 420.
- 115.Jackson, Assessment of shoulder pain in hemiplegia: sensitivity of the shoulder pain / D. Jackson // Disabil. Rehabil. – 2006. –Vol. 28. – P. 389 -395.
- 116.Johansson, K. Effects of acupuncture versus ultrasound in patients with impingement syndrome: randomized clinical trial/ K. Johansson, L. Adolfsson, M. Foldevi // Phys Ther. – 2005. – №85. – P. 490 - 501.
- 117.Johnson, A. The effect of anterior versus posterior glide joint mobilization on external rotation range of motion in patients with shoulder adhesive capsulitis /
- 118.A. Johnson, J. Godges, G. Zimmerman G, L. Ounanian // J Orthop Sports Phys Ther. – 2007. – №37. – P. 88 - 99.
- 119.Jonsson, A. Prevalence and intensity of pain after stroke: a population based studyfocusing on patients' perspectives / A. Jonsson, I. Lindgren, B. Hallstrom, B. Norrving, A. Lindgren // J Neurol Neurosurg Psychiatry. – 2006. – №77 (5). – P. 590 - 5.

- 120.Joynt, R. L. The source of shoulder pain in hemiplegia / R. Joynt // Arch Phys Med Rehabil. – 1992. – №73 (5). – P. 409 - 413.
- 121.Kachingw, A. Comparison of manual therapy techniques with therapeutic exercise in the treatment of shoulder impingement: A randomized controlled pilot clinical trial / A. Kachingwe, B. Phillips, E. Sletten, S. Plunkett // J Man Manip Ther. – 2008. – №16. – P. 238 - 247.
- 122.Kalichman, L. Underlying pathology and associated factors of hemiplegic shoulder pain / L. Kalichman, M. Ratmansky // Am J Phys Med Rehabil. – 2011. – №90 (9). – P. 768 - 780.
- 123.Karatas, G. Suprascapular nerve entrapment in newsreel cameramen / G. Karatas, F.Gogus // Am J Phys Med Rehabil. – 2003. – №82. – P. 192 - 6.
- 124.Kauhanen, M. Poststroke depression correlates with cognitive impairment and neurological deficits / M. Kauhanen M, J, Korpelainen, P. Hiltunen, E.Brusin , H.Mononen , R. Maatta , P. Nieminen, K.Sotaniemi, V. Myllyla // Stroke. –1999. – №30 (9). – P. 1875-80.
- 125.Kelly, B. Differential patterns of muscle activation in patients with symptomatic and asymptomatic rotator cuff tears / B. Kelly, R.Williams, F.Cordasco et al. // J Shoulder Elbow Surg. – 2005. – №14. – P. 165 -171.
- 126.Keng-He-Kong. Prevalence of chronic pain & its impact on healthy related quality of life in stroke survivors / Keng-He-Kong et al // Archives of physical medicine and rehabilitation. – 2004. – №85 (1). – P.35-40.
- 127.Khadilkar, A. Transcutaneous electrical nerve stimulation for the treatment of chronic low back pain: a systematic review / A. Khadilkar, S. Milne et al. // Spine. – 2005. – №30. – P. 2657- 66.
- 128.Khan, C. Potential effectiveness of three different treatment approaches to improve minimal to moderate arm and hand function after stroke: a pilot randomized clinical trial / C. Khan, P. Oesch , U.Gamper et al. // Clin Rehabil. – 2011. – №25. – P. 1032 - 41.

- 129.Kim, Y. Clinical and sonographic risk factors for hemiplegic shoulder pain: A longitudinal observational study / Y.Kim, S. Jung J, E.Yang, N.Paik // J Rehabil Med. – 2014. – №46 (1). – P. 81-7.
- 130.Kong, K. A randomized controlled study of botulinum toxin A in the treatment of hemiplegic shoulder pain associated with spasticity / K. Kong, J.Neo , K.Chua // Clin Rehabil. – 2007. – № 21. – P. 28 - 35.
- 131.Koog, Y. Interventions for hemiplegic shoulder pain: systematic review of randomized controlled trials / Y.Koog, S. Jin, K.Yoon, B.Min // Disability and Rehabilitation. – 2010. – № 32(4). – P. 282-291.
- 132.Koyuncu, E. The effectiveness of functional electrical stimulation for the treatment of shoulder subluxation and shoulder pain in hemiplegic patients: A randomized controlled trial / E. Koyuncu, G. Nakipoglu-Yuzer, A. Dogain, N. Orgirgin // Disability & Rehabilitation. – 2010. – № 37. – P. 560 - 566.
- 133.Kuijpers, T. Clinical prediction rules for the prognosis of shoulder pain in general practice / T. Kuijpers, D. van der Windt, A. Boeke et al. // Pain. – 2006. – № 120. – P.276 -285
- 134.Kumar, R. Shoulder pain in hemiplegia: the role of exercise / R. Kumar, E. Metter, A. Mehta, T. Chew //American journal of physical medicine & rehabilitation.– 1990. – № 69(4). – P.560-566.
- 135.Lance J.W. The control the muscle tone, reflexes, and movement: Robert-Lecture / J. Lance // Neurology. – 1980. – Vol. 30, № 12. – P. 1303-1313.
- 136.Lane, J. Idiopathic heterotopic ossification in the intensive care setting / J. Lane, 137.R. Dean, G. Foulkes, P. Chandler // Postgrad Med. J. – 2002. –Vol. 78, №922. – P.494 - 495.
- 138.Langhorne, P. Medical complications after stroke: a multicenter study / P. Langhorne, D. Stott et al. // Stroke. – 2000. – № 31. – P. 1223-1229.
- 139.Lievense, A. Influence of work on the development of osteoarthritis of the hip: a systematic review / A. Lievense, S. Bierma-Zeinstra, A. Verhagen, J. Verhaar, B. Koes // J Rheumatol. – 2001. – № 28. – P. 2520 -2528.

- 140.Lim, J. Intramuscular botulinum toxin A reduces hemiplegic shoulder pain: a randomized, double blind, comparative study versus intra-articular triamcinolone acetone / J.Lim, J. Koh, N.Paik // *Stroke*. – 2008. – № 39. – P. 126 -131.
- 141.Lingdgren, I. Shoulder pain after stroke: a prospective population-based study / I.
- 142.Lingdgren, A. Jonsson, B. Norrving, A. Lindgren // *Stroke*. – 2007. – № 38. – P.343348.
- 143.Lo, S. Arthrographic and clinical findings in patients with hemiplegic shoulder pain / S.F. Lo, S.Y. Chen, H.C. Lin et al. // *Arch. Phys. Med. Rehabil*. – 2003. –Vol. 84. –P. 1786 -1791.
- 144.Ludewig, P. Effects of a home exercise programme on shoulder pain and functional status in construction workers / P. Ludewig, J. Borstad // *Occup Environ Med*. – 2003. – № 60. – P.: 841-849.
- 145.Ludewig, P. The association of scapular kinematics and glenohumeral joint pathologies / P. Ludewig, J. Reynolds // *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*. – 2009. – № 39. – P. 90 - 104.
- 146.Macrae, M. Communication Outcome 12 Months Following Left Hemisphere Stroke in the Elderly / M. Macrae, J. Douglas // *Brain Impairment*. – 2008. – P. 170 178.
- 147.Maher, C. Reliability of the PEDro scale for rating quality of randomized controlled trials / C. Maher, C. Sherrington, R. Herbert et al. // *Phys Ther*. – 2003. – № 83. – P.713- 721.
- 148.Mao, J. Systemic lidocaine for neuropathic pain relief / J. Mao, L.L. Chen // *Pain*. – 2000. –Vol. 87. – P. 7-17
- 149.Marco, E. Is botulinum toxin type a effective in the treatment of spastic shoulder pain in patients after stroke? A double blind randomized clinical trial / E. Marco, E. Duarte, J. Vila et al. // *J Rehabil Med*. – 2007. – № 39. – P. 440-7.

150. Martijn, N. Relationship Among shoulder Proprioception, kinematics, and pain after stroke / N. Martijn et al. // Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, September. – 2009. – № 90. – P. 1557-1564.
151. Martijn, N. Kinematics of the contralateral and ipsilateral shoulder. A possible explanation with post stroke shoulder pain / N. Martijn, et al. // J Rehabilitation Med. – 2008. – № 40. – P. 482 - 486.
152. Mayo, N. Activity, participation, and quality of life 6 months poststroke / N. Mayo, S. Wood-Dauphinee, R. Cote, L. Durcan, J. Carlton // Arch Phys Med Rehabil. – 2002. – № 83. – P. 1035 -1042.
153. Melchior, M. Why are manual workers at high risk of upper limb disorders?: the role of physical work factors in a random sample of workers in France (the Pays de la Loire study)
154. M. Melchior, Y. Roquelaure, B. Evanoff et al. // Occup Environ Med. – 2006. – № 63. – P. 754-61.
155. Michener, L. Effectiveness of rehabilitation for patients with subacromial impingement syndrome: A systematic review / L. Michener, M. Walworth, E. Burnet // J Hand Ther. – 2004. – № 17. – P.152-164.
156. Mieras, M. Percutaneous intramuscular neuromuscular electric stimulation for the treatment of shoulder subluxation and pain in patients with chronic hemiplegia: a pilot study / M. Mieras // Physical Therapy. – 2001. – № 81(9). – P. 1594.
157. Miranda, H. A population study on differences in the determinants of a specific shoulder disorder versus nonspecific shoulder pain without clinical findings /H. Miranda, E. Viikari-Juntura, S. Heistaro, M. Heliövaara, H. Riihimäki // Am J Epidemiol. – 2005. – №161. – P. 847-55.
158. Mohamed E Khallaf. Optimizing overall function of the upper limb is effective treatment for shoulder pain in individuals with stroke: a randomized controlled trial/
159. Mohamed E Khallaf // International Journal of Physiotherapy and Research, Int J Physiother Re. – 2014. – Vol.2, №2. – P. 474-79.

160. Moher, D. The consort statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel group randomized trials/ D. Moher D, K. Schulz, D Altman // Lancet. – 2001. – №357. – P. 1191-1194
161. Nicks, R. Changing practice for acute hemiplegic shoulder care: a best practice model / R. Nicks, M. DeGruyter, H. Walkenhorst-Maccanti, J. Bernhardt // International Journal of Therapy and Rehabilitation. – 2007. – №14. – P. 266-273.
- Pohjasvaara, T. Frequency and clinical determinants of poststroke depression/ T.
162. Pohjasvaara, A. Leppavuori, I. Siira, R. Vataja, M. Kaste, T. Erkinjuntti // Stroke. – 1998. – №29 (11). – P. 2311-7.
163. Poulin, C. Painful shoulder in the hemiplegic and unilateral neglect / C. Poulin, A. Barsauskas, B. Berenbaum, F. Dehaut, R. Dussault, F. Fontaine, R. Labrecque, C. Leclerc, F. Giroux // Archives of physical medicine and rehabilitation. – 1990. – №71 (9). – P. 673.
164. Prévost, R. Rotation of the scapula and shoulder subluxation in hemiplegia / R. Prévost, A. Arsenault, E. Dutil, G. Drouin // Archives of physical medicine and rehabilitation. – 1987. – №68 (11). – P. 786.
165. Price, C. Shoulder pain after stroke: a research challenge/ C. Price // Age and Ageing. – 2002. – №3. – P. 36 -38.

Чоп этилган илмий ишлар рўйхати

1. Саломова.Н.Қ., Рахматова.С.Н. Частота и встречаемость повторного инсульта в Узбекистане //Тиббиётда янги кун. №3(35)2021.-С.204-207.
2. Саломова Н.К., Рахматова С.Н. Поражение центральной и периферической нервной системы при новой коронавирусной инфекции // Вестник Ташкентской медицинской академии №2.2021.-С. 39-41.
3. Саломова Н.К. Особенности течения и клинико-патогенетическая характеристика первичных и повторных инсультов //Central Asian Journal of Medical and Natural Science. 2021.-С. 249-253.

4. Саломова Н. Қ., Рахматова С.Н. Қайта такрорланувчи ишемик ва геморрагик инсультли беморларни эрта реабилитация қилишни оптималлаштириш // Журнал неврологии и нейрохирургических исследований. 2021й. 71-76 бет.
5. Саломова Н. Қ. Қайта инсультларнинг клиник ва патогенетик хусусиятлари// Тиббиётда янги кун № 2(40) 2022 й 662-665 бет.
7. Salomova N.Q. Reabilitaion processes in patients with secondary diseases // Международная научно- практическая конференция «Интеграция в мир и связь наук» 2021.-С.33-34.
8. Salomova N.Q. //Measures of early rehabilitation of speech disorders in patients with hemorrhagic and ischemic stroke// Europe's Journal of Psychology.2021. Vol. 17(3).-P.185-190.
9. Salomova N.Q., Radjabova G.B. //Diagnostics of night breathing disorders clock and respiratory therapy for copd patients// Europe's Journal of Psychology, 2021 Vol. 17(3).-P-181-184.
10. Саломова Н.К. //Эффективность применения психологических тестов для диагностики психологических расстройств у больных перенесших COVID-19.// Central Asian Journal of Medical and Natural Science. 2021.-С. 323-326.
11. Саломова Н.К. Факторы риска цереброваскулярных заболевание и полезное свойство унаби при профилактики// Oriental renaissance: innovative, educational, natural and social sciences scientific journal february -2022 811-817 бет.
12. Саломова Н.К. //Қайталанган инсультларнинг патогенетик кечишига, инсульт ўчоғининг локализациясига ва неврологик етишмовчиликларнинг тузилишига қараб нейрореабилитациянинг ўзига хос хусусиятлари//
13. Salomova N.K. //Features of neurorehabilitation itself depending on the pathogenetic course of repeated strokes, localization of the stroke focus and the structure of neurological deficit// european jornal of research development and sustainability (ejrds) vol. 3 no. 11, november 2022/8-12
14. Salomova N.K. // Risk factors for recurrent stroke// Polish journal of science N52(2022). 33-35.

15. Salomova N.Q //The practical significance of speech and thinking in repeated stroke// ScienceAsia 48 (2022): 945-949.

Услубий тавсиянома:

1.Саломова Н.Қ., Рахматова С.Н. «Қайта ишемик ва геморрагик инсульт ташхисланган беморлар реабилитациясини оптималлаштириш». Услубий тавсиянома. 2021 йил.22 бет.

ҚИСҚАРТМА СЎЗЛАР

АГ - артериал гипертензия

АБ - артериал босим

АВМ.- артериовеноз мальформация

АЛТ - аланинтрансфераза

АСТ - аспартаттрансфераза

ВБХ - вертебра-базилляр ҳавза

ИУА - ички уйқуартерияси

ИЛ-10 - интерлейкин 10

КТ - компьютер томография

КФК -креатинкиназа

ЛДГ-лактатдегидрогеназа

БСО`А - бош мия чап ўрта артерияси

МРТ-магнит-резонанс томография

ТИС-тиббий-иқтисодий стандарт

ЎМИ - ўткир миокард инфаркти

БМҚАЎБ- бош мия қон айланишининг ўткир бузилиши

УУА-умумий каротид артерия

ЎБМЎА - ўнг бош мия ўрта артерияси

СҚҚ-субарохноидал қон кетиш

БМЎА- бош мия ўрта артерияси

УТТ –ультратовуш ташхис

ФНО-α - α-ўсма некрози омили

СЮЕ-сурункали юрак етишмовчилиги
 ЭКГ-электрокардиография
 ЭЭГ -электроэнцефалография
 MMSE - психик статусни баҳолаш қисқа шкаласи
 NIHSS- National Institutes of Health Stroke Scale, саломатлик миллий
 институтининг инсульт шкаласи
 ТТ- тикловчи терапия
 НГ– назорат гурухи
 КТ–кинезиотерапия
 ЧЮМ–чап юқори мучалар
 ДФК–даволовчи физкультура
 АГ – асосий гурух
 ЎД – ўткир давр
 ЭТД – эрта тикланиш даври
 ЎЮМ– ўнг юқори мучалар
 ЕИКО – елкада инсультдан кейинги оғрик
 ПК – психологик коррекция
 РУ – релаксацион усул
 НМ – нуқтали массаж
 ПЛ – пўстлоқ локализацияси
 ППО– пўстлоқ-пўстлоқости локализацияси
 ПЛ – пўстлоқости локализацияси
 ФУ – физиотерапевтик усул
 МИКО – марказий инсультдан кейинги оғрик