

РЎЗИЕВ ФЕРУЗ ГИЁСОВИЧ

ҚАНДЛИ ДИАБЕТ ФОНИДА КЕЧУВЧИ ИШЕМИК ИНСУЛЬТНИНГ ЭРТА РЕАБИЛИТАЦИЯ ХУСУСИЯТЛАРИ

монография



feruz_sertus@gmail.com

БУХОРО - 2024

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

Рўзиев Феруз Гиёсович



ҚАНДЛИ ДИАБЕТ ФОНИДА КЕЧУВЧИ ИШЕМИК
ИНСУЛЬТНИНГ ЭРТА РЕАБИЛИТАЦИЯ ХУСУСИЯТЛАРИ

(монография)



Бухоро - 2024 йил

Рўзиев Феруз Ғиёсович

Қандли диабет фонида кечувчи ишемик инсультнинг эрта реабилитация хусусиятлари [матн], монография/ Рўзиев Феруз Ғиёсович / Бухоро–2024.–110 б.

Муаллиф:

Рўзиев Феруз Ғиёсович – тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD), Бухоро давлат тиббиёт институти, реабилитология, спорт тиббиёти ва жисмоний тарбия кафедраси ассистенти.

Такризчилар:

1. **Толибов Дилшод Сирожович** - Тошкент тиббиёт академияси неврология ва тиббий психология кафедраси доценти, тиббиёт фанлари доктори.
2. **Ахророва Шахло Ботировна** - Бухоро давлат тиббиёт институти, неврология кафедраси доценти, тиббиёт фанлари доктори.

Ушбу монографияда қандли диабет фонида кечувчи ишемик инсультнинг ўткир даврида ўтказилиши мумкин бўлган эрта реабилитация тадбирлари, уларни ўтказиш тартиби ва самарадорлигини баҳолаш йўналишида олиб борилган илмий изланишлар ҳақида баён этилади. Монографияда келтирилган маълумотлар даволаш ва реабилитация стандартларига жавоб беради, унда инсульт ўтказган беморлар ҳолатини баҳолаш ҳамда вертикализация амалиётини бажариш услублари раво тилда баён этилган ва кўплаб муаммоларга урғу берилган. Қўлланмадан тиббиёт институтлари, клиник ординаторлар, магистрлар, невролог, реабилитолог ва нейрореаниматологлар учун муҳим қўлланма сифатида амалиётда фойдаланиш мумкин.

Бухоро-2024.

В рукописном праве

УОК 616.831-005.4:616.379-036.82

Рузиев Феруз Гиёсович

Особенности ранней реабилитации ишемического инсульта на фоне сахарного диабета [текст], монография/ Рузиев Феруз Гиёсович / Бухара-2024.- 110 с.

Автор:

Рузиев Феруз Гиёсович – доктор философских наук (PhD), Бухарский государственный медицинский институт, ассистент кафедры реабилитации, спортивной медицины и физического воспитания.

Рецензенты:

- 1. Талыбов Дилшод Сиройович** – доцент кафедры неврологии и медицинской психологии Ташкентской медицинской академии, доктор медицинских наук.
- 2. Ахророва Шахло Батыровна** – Бухарский государственный медицинский институт, доцент кафедры неврологии, доктор медицинских наук.

В монографии описаны научные исследования, проводимые в направлении оценки ранних реабилитационных мероприятий, их порядка и эффективности в остром периоде ишемического инсульта на фоне сахарного диабета. Информация, представленная в монографии, соответствует стандартам лечения и реабилитации, в которой на беглом языке описаны методы оценки состояния больных с инсультом и проведения процедуры вертикализации, подчеркнуты многие проблемы. Пособие может быть использовано на практике как важное руководство для медицинских учреждений, клинических ординаторов, магистров, врачей-неврологов, реабилитологов и нейрореаниматологов.

Бухара-2024

Roziev Feruz Giyosovich

Characteristics of early rehabilitation of ischemic stroke against the background of diabetes [text], monograph/ Roziev Feruz Giyosovich / Bukhara-2024.-110 p.

Author:

Ruziev Feruz Ghiyosovich - doctor of philosophy (PhD), Bukhara State Medical Institute, assistant of the department of rehabilitation, sports medicine and physical education.

Reviewers:

1. Talibov Dilshod Sirojovich - associate professor of the department of neurology and medical psychology of the Tashkent Medical Academy, doctor of medical sciences.

2. Akhrorova Shakhlo Botyrovna - Bukhara State Medical Institute, associate professor of neurology department, doctor of medical sciences.

This monograph describes the scientific research conducted in the direction of evaluation of the early rehabilitation measures, their procedure and effectiveness during the acute period of ischemic stroke on the background of diabetes. The information presented in the monograph meets the standards of treatment and rehabilitation, in which the methods of assessing the condition of stroke patients and performing the verticalization procedure are described in fluent language and many problems are emphasized. The manual can be used in practice as an important guide for medical institutions, clinical residents, masters, neurologists, rehabilitologists and neuroreanimatologists.

Bukhara-2024

ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ

ЮБК	—	Юқумли бўлмаган касалликлар
ҚД	—	Қандли диабет
ГК	—	Гипертония касаллиги
ИИ	—	Ишемик инсульт
НбА1с	—	Гликрланган гемоглабин
БССТ	—	Бутунжаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти
БМҚАЎБ	—	Бош мияда қон айланишини ўткир бузилиши
БМН	—	Бош мия нервлари
ЮҚК	—	Юрак қон томир касалликлари
АС	—	Атеросклероз
АҚБ	—	Артериал қон босими
СБЕ	—	Сурункали буйрак етишмовчилиги
МРТ	—	Магнит-резонанс томографияси
ДПН	—	Диабетик полинейропатия
ДН	—	Диабетик нефропатия
ДЭ	—	Диабетик энцефалопатия
КФТ	—	Коптокчалар фильтрация тезлиги
ЎИУА	—	Ўнг ички уйқу артерияси
УТДС	—	Ультратовуш дупсекс скнерлаш
ЎУУА	—	Ўнг умумий уйқу артерияси
ЎТУА	—	Ўнг ташқи уйқу артерияси
ЎИУА	—	Ўнг ички уйқу артерияси
ЧИУА	—	Чап ички уйқу артерияси
ЧУУА	—	Чап умумий уйқу артерияси
ЧТУА	—	Чап ташқи уйқу артерияси
ТГ	—	Таққослаш гуруҳи
АГ	—	Асосий гуруҳ
МАТ	—	Марказий асаб тизими
ЮҚК	—	Юрак қон томир тизими
МИ	—	Миокард инфаркти
ЎКС	—	Ўткир коронар синдром

КИРИШ

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) маълумотлари бўйича инсульт ҳозирги кунга қадар аҳоли орасида ўлим ва ногиронликнинг асосий сабабларидан бири бўлиб қолмоқда. Ҳар йили дунё бўйича 16 млн. аҳоли бирламчи инсульт билан касалланади ва 5,7 млн. киши шу сабаб вафот этади. Беморларнинг 31% доимий парваришга муҳтож бўлиб, 20% беморлар мустақил ҳаракатлана олмайди ва фақат 8% беморлар олдинги фаолиятини давом эттириши мумкин. Ҳозирги кунда дунё аҳолисининг 3-4% қандли диабет билан оғрийди. Қандли диабет (ҚД) билан оғриган беморларда буйрак етишмовчилиги, инсульт, инфаркт ва кўриш фаолиятининг бузилиши каби асоратлар 25 марта кўп учраб, улар аҳолининг бошқа қатламларидан ўртача 15 йил кам умр кўришади¹.

Жаҳонда инсульт билан оғриган беморларда қандли диабет кенг тарқалган ва бу даволаш ҳамда реабилитация тадбирлари натижалари ёмонлашувига олиб келади. Қандли диабет фонида ишемик инсульт (ИИ) билан оғриган беморлар клиник текширув натижалар алоҳида эътиборга лойиқ бўлиб, бундай беморларда ўпканинг инфекцион асоратлари 1-3 марта, юрак-қон томир асоратлари 4 марта ва стационардаги ўлим 5 марта кўп кузатилади. Ўткир инсульт билан оғриган беморларда диабетнинг тарқалиши 24-38% бўлиб, бош миёда қон айланиши бузилган беморларда тахминий 66% ҳолатларда қандли диабет ёки глюкоза алмашинувининг бузилиши ҳолатлари кузатилади. Инсультнинг ўткир даврида леталлик 34,6%, ўткир давр тугаб ҳаётининг биринчи йилида 13,4%, доимий парваришга муҳтож оғир ногиронлик ҳолатлари 20% беморларда кузатилиб, инсульт ўтказган беморларнинг 56% да иш қобилияти чекланади.

Jun Sung Moon (2021) ишемик инсульт қандли диабет фонида келганда диффузион-тензор трактография услубида кортикоспинал ҳаракат йўллариининг тикланишининг ўзига хос томонларини ўрганган. Кволек (2021)

¹ Горюн А.В., Инсульт в современном мире: тенденции, проблемы, перспективы», посвященная всемирному дню борьбы с инсультом./ Москва/ 26 сентября 2019 г.-С. 17

қандли диабет бўлган беморларда ишемик инсультдан кейинги реабилитация йўналишида, инсулинотерапиянинг тутган ўрнини, ҳамда узок муддатли реабилитация тадбирлари самарадорлиги ва фарқли жиҳатларини ўрганган. Wenjuan Zhao, Wei, Zhuang-Sheng (2022) илмий изланишларида ишемик инсульт қандли диабет билан кечишида ўткир даврдан бошлаб узок муддатли кузатишларда жинсга боғлиқ хусусиятлари ва катта ёшлиларда ҳаракат чекланиши даражаларини ўрганган. Монтейро К.Б. (2021) инсультдан кейинги ҳаракат фаолияти тикланиш жараёнида организм имкониятларининг ўзига хос хусусиятларини ўрганган.

Мамлакатимизда инсульт ҳар йили 60 минг кишида кузатилиб, шундан 42,4% леталлик, 41,9% ногиронлик ва 15,7% соғайиш билан тугалланган. Ўзбекистонда қандли диабет Республика аҳолисининг 5,05% да учраб, асосан 20-79 ёшда кузатилмоқда. Инсультларда 70% ҳолатларда углеводлар алмашинуви бузилиши учраб, 30% ҳолатларда қондаги глюкоза миқдори меъёр чегарасида бўлади.

Ушбу тадқиқот маълум даражада, 28.01.2022 йилдаги “2022-2026 йилларга мўлжалланган янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида” ПФ-60-сон, 2018 йил 7 декабрдаги “Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида”ги ПФ-5590-сон, 2022 йил 26 январдаги «Эндокринология хизматини такомиллаштириш ва кўламини кенгайтириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги ПҚ-102-сон, 2021 йил 9 августдаги «Ногиронлиги бўлган шахсларга кўрсатилаётган тиббий-ижтимоий хизматлар сифатини янада яхшилаш чора-тадбирлари тўғрисида»ги ПҚ-5217-сон, 2018 йил 25 январдаги “Шошилиш тиббий ёрдам тизимини жадал такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги ПҚ-3494-сон қарорлари, ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга муайян даражада хизмат қилган².

² Ўзбекистон Республикаси Президентининг қарори, 26.01.2022 йилдаги ПҚ-102-сон.

I БОБ. ҚАНДЛИ ДИАБЕТ ФОНИДА ШАКЛЛАНГАН ИШЕМИК ИНСУЛЬТНИНГ, КЛИНИК КЎРИНИШИ, ХАВФ ОМИЛЛАРИДА ВА ЭРТА РЕАБИЛИТАЦИЯНИНГ АҲАМИЯТИ (адабиётлар шарҳи)

§1.1 Қандли диабет фонида шаклланган ишемик инсультнинг клиник тавсифи, эпидемиологияси ва этиопатогенетик таснифлари

Маълумотларга кўра, инсультдан ўлим кўрсаткичи 2015 йилда 6,7 млн. ташкил этган бўлса, 2030 йилда 7,8 млн.га етиши тахмин қилинмоқда [2]. Бирламчи ногиронлик ҳар 10000 аҳолига 3,2 ни ташкил этиб, 20 фоиздан юқори бўлмаган қисми меҳнат фаолиятини давом эттиради. Инсульт юзага келишида асосий ўрин тутувчи жисмоний нофаоллик ўлим кўрсаткичини 20-30 фоизга ошишига сабаб бўлса, тана вазн индексининг ошиши ҳам қон айланишининг бузилиши ва инсультга олиб келувчи асосий омиллардан бўлиб ҳисобланади. Юқумли бўлмаган касалликлар (ЮБК)нинг мунтазам ошиб келиши бир қатор давлатларда ижтимоий, иқтисодий ва тиббий асоратлари билан жиддий талофат етказмоқда. Қон айланишнинг бузилиши ва диабет оқибатидаги ўлим 80 фоиздан ортиқ ҳолатларда кузатилмоқда [10;18-19-б.].

Маълумки инсультдан кейинги оғир асоратлар ҳаракат ва нутқ бузилишлари сезиларли ногиронлик кўрсаткичларини оширади ва ҳаёт сифатини ёмонлаштиради. Европада ўтказилган тадқиқот натижаларига асосан ҳар 100 минг аҳолида 600 инсульт ҳолати кузатилиб, 360 (60 фоиз) ҳолатда ногиронликка сабаб бўлади. Бундан ташқари инсульт қайталаниш ҳавфининг юқорилиги билан алоҳида диққат талаб қилади, биринчи йилда 10 фоиз ва кейинги ўтказилган йилларда ҳар йили 5-8 фоизга ошиб боради. Инсультдан омон қолганлар фақат 10-12 фоиз ишга қайтишади, 25-30 фоизи эса умрининг охиригача ногирон бўлиб қоладилар. Миянинг шикастланиши вақтинчалик ва доимий ногиронликнинг асосий сабабларидандир [6; 6-8-б.].

Инсульт ривожланишининг янги асосий этиологик омиллари Юрак қон томир тизими касалликлари (ЮҚК) – юрак ритми бузилиши, юрак ишемик касаллиги ва юрак нуқсонлари, экстракраниал артериялар атеросклеротик шикастланишлари бўлиб ҳисобланади. MRFIT тадқиқоти натижалари

кўрсатишича ишемик инсультдан ўлим кўрсаткичи қандли диабет билан касалланган беморларда нормал углевод алмашинуви бўлган беморларга нисбатан 3,8 марта юқорилиги аниқланган [12; 64-65-б.].

Қандли диабет (ҚД) - кенг тарқалган сурункали касалликдир. Дунёда қандли диабет касаллигига чалинганлар сони 366 млн кишидан ортиб кетди. Касаллар сони ҳар йили 5-7 фоиз, ҳар 10-12 йилда эса 2 баробар кўпаймоқда. Агарда қандли диабет шу тарзда кўпайиши давом этса, башоратларга кўра 2030 йилга бориб уларнинг сони 552 млн. нафар одамни ташкил этиш эҳтимоли бор. Бундан Марказий Осиё минтақаси ҳам истисно эмас. Эпидемиологик тадқиқотлар шундан далолат берадики, Ўзбекистон катта ёшли аҳолисининг 5фоиз га яқини диабет касаллигига дучор бўлган. 2011 йилда беморлар сони республикада 122460 дан ортиб кетди, булардан 15,8 фоиз қандли диабет касаллиги I турини, 84,2 фоиз қандли диабет II турини ташкил этди. Беморларнинг тахминан 16 фоизи мунтазам равишда инсулин препарати қабул қиладилар, бошқалари эса парҳез сақлашади, жисмоний фаоллик ва қанд миқдорини камайтирувчи дорилар ичади. Оладиган давосидан қатъий назар, қандли диабетга чалинган бемор қондаги қанд миқдорини мунтазам назоратини амалга ошириши керак бўлади. Бунга эришиши учун бемор парҳез қилиши, соғлом турмуш тарзига риоя этиши, шахсий гигиенага амал қилиши, жисмоний фаол бўлиши, ўзи учун тўғри касб танлай билиши, қанд миқдорини ўзи назорат қилиши зарур [97; 21-23-б.].

Қандли диабет билан оғриган беморларда буйрак етишмовчилиги, инсульт, инфаркт ва кўриш фаолиятининг бузилиши каби асоратлар 25 марта кўп учраб, улар аҳолининг бошқа қатламларидан ўртача 15 йил кам умр кўришади [98; 1-2 б.].

Қандли диабетнинг организмга асоратлари ва хавф омиллари қатор илмий тадқиқотларда ўрганилган. ACCORD (Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes) тадқиқоти 4733 беморда, 4,7 йил давомида диабетнинг юрак қон томир тизимида қон босими билан боғлиқ асоратларини; UKPDS (U.K. Prospective Diabetes Study) тадқиқоти 1148 диабет билан оғриган беморларда

қоннинг липид спектри, зарарли одатлар ва гликрланган гемоглобин миқдори ўзгариши билан боғлиқ церебро ва кардиваскуляр асоратларини ўрганган. MRFIT (Multiple Risk Factor Intervention Trial) тадқиқоти натижаларига кўра 35 дан 75 фоизгача ҚД билан оғриган беморларда юрак қон томир ва буйрак билан боғлиқ асоратлар кузатилиб, уларинг артериал гипертензияга боғлиқлиги ўрганилган. [103;72-74-б.]. ALADIN I, ALADIN II, ALADIN III, ORPIL, NATHAN, DECAN, SYDNEY каби кўп сонли тадқиқотларда периферик диабетик нейропатиялар этиопатегеник омиллари, кечиши ва даво тадбирлари йўналишлари ўрганилган[102; 8-9-б.].

ҚД II типда қон томир патологияси асосида йирик ва кичик церебрал артерияларнинг атеросклеротик шикастланиши ва микроциркуляциянинг бузилиши ётади. ҚД билан оғриган беморларда узок гипергликемия асосида нафақат инсульт ривожланиш хавфи ортади, балки унинг қайта тикланиш жараёни ҳам оғирлашади. ҚД билан оғриган беморларда гиперлипидимия ва гипертензия қўшилиб келиши сабаб инсульт ривожланиш хавфи ортади. ҚД билан оғриган беморларда систолик артериал қон босими (АҚБ) нинг тез тез ошиши инсульт ривожланиш хавфини 2-3 мартага оширади. Атеросклероз (АС) ва гипертония касаллигидан (ГК) ташқари қон томирлар девори фибриноид некрози ривожланиши микроаневризмалар юзага келиши ва қон томир девори ёрилишларига сабаб бўлади [8; 21-24-б.].

Бугунги кундаги кенг қамровли (SHINE, 2021) тадқиқот натижаларига асосан ҚД II тип фонидаги ишемик инсульт (ИИ) ривожланган беморлар тизимли характерга эга патологик ўзгаришлар кузатилиши ўрганилган. Бундай беморларда венулалар, артериолалар, юрак капилярлари, мия, буйрак, юқори ва пастки мучалар, кўз тўр пардасида микро ва макроангиопатиялар ривожланади [12; 63-66-б.]. Бош мияда қон айланишининг ўткир бузилиши қандли диабет фонида юзага келган беморларда касаллик бошлангандан инсульт ривожланиши ўртача $6,9 \pm 5,2$ йилни ташкил қилиб, неврологик статус динамикада янада чуқурлашган ўчоқли ўзгаришлар билан кечади. [47;1-6-б.].

Бош миёда қон айланишининг ўткир бузилиши ва қандли диабетнинг ижтимоий ва иқтисодий оқибатлари жуда кўп ва кенг тарқалган бўлиб давлат ва жамият ривожланишида сезиларли салбий таъсир кўрсатди.

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги статистик маълумотларига кўра инсультдан ўлим қон томир касалликлари ичида 39 фоиз ва умумий ўлим кўрсаткичидан 23,4 фоизни ташкил этади. Ҳар йили Ўзбекистон бўйича инсультдан ўлим ҳар 100 минг аҳолига 374 ҳолатни ташкил қилади. Тадқиқот натижалари кўра, цереброваскуляр касалликлардан леталлик 10 – 35 фоиз бўлиб, юрак ва ўсма касалликларидан кейинги ўринда туради, бу ўз навбатида иқтисодий ривожланган мамлакатларда 11-12 фоизни ташкил этади [72; 1-2-б.].

Ҳар йили республикамізда 46 минг киши инсульт оқибатида реабилитацияга эҳтиёж сезади. Ўзбекистонда жами 700 минг киши реабилитацияга мухтождир [101;1-2-б.]. Юқоридаги маълумотларга асосланган ҳолда бош миёда қон айланишининг ўткир бузилиши ва ҚД ҳолатлар қанчалик кенг ўрганилмасин, инсульт ҚД фонида юзага келганда ўлим кўрсаткичининг юқорилиги, касаллик кечиши, даволаш ва реабилитация тадбирларининг самарадорлиги камлиги ва ногиронлик кўрсаткичининг юқорилиги жиҳатдан етакчи бўлиб қолмоқда. Бу эса ўз навбатида ҚД фонида юзага келган ИИ ҳолатларини чуқур ўрганиш, даволаш ва реабилитация тадбирларини оптималлаштириш натижасида соғломлаштириш даражасини оширишга бўлган юқори талаб борлигини кўрсатади.

Кўпинча ўткир гипергликемия стресс реакциясининг акси сифатида намоён бўлади, кортизолнинг ва норэпинефрин ажралиши туфайли шунингдек, нисбий интенсив инсулин етишмовчилиги туфайли фаол липолиз юзага келади. Ҳар қандай ҳолда ҳам, ўткир даврда гипергликемия бу касалликнинг даволаш ва натижаси учун ёмон прогноз белги бўлиб ҳисобланади. Гипергликемия ишемик инсультда бир қатор салбий таъсирлар кўрсатади, миё тўқималарининг ишемияси чуқурлашиши, митохондрияларнинг метаболизми ёмонлашиши ва натижада ишемик

пенумбра зонаси кенгайиши, анаэроб метаболизмни рағбатлантириши лактик ацидознинг ривожланишига олиб келади; эркин радикаллар, пероксиднинг фаоллашиши хужайра мембраналарининг липид оксидланиши ва хужайра ичидаги органеллалар шикастланишини кучайтиради[12;76-78-б.]. Бундан ташқари, гипергликемиянинг салбий таъсирида баъзан тромбозисдан сўнг мия инфарктининг геморрагик трансформацияси намоён бўлади [11; 26-31-б.]. Клиник кузатувларда, диабет билан оғриган инсульт кузатилган беморларда аҳволни оғирлаштиручи бир қатор хусусиятлар аниқланган. Мияда қон айланишининг ўткир бузилиши тез-тез қон босими ортиши фонида ривожланади, кўпинча эс хушнинг бузилиши билан кузатилади, яққол гипергликемия, пневмония белгилари, цереброкардиал синдром ҳамроҳлик қилади. Беморларнинг ушбу контингентида юрак хуружлари кўп кузатилади, мия функциялари тикланиш жараёни секин давом этади. Қандли диабет билан оғриган беморларда тез-тез учрайдиган асоратлардан яна бири қон томирлар когнитив бузилишлари ҳисобланади, бундай беморларда инсультнинг янада оғир кечиши, тизимли зарарланиш туфайли полиорган етишмовчилик юзага келади. ҚД фонида инсульт билан оғриган беморларда қайта тикланиш жараёнини секинлаштирувчи муаммолари ҳақида адабиётларда кенг қўлланма маълумотлар тақдим этилган: чуқур сезувчанлик бузилиши, оғриқ синдроми, оёқ-қўлларда трофик бузилишлар, бўғимларнинг дисфункцияси, инсультдан олдинги ҳаракат бузилишлари, мувозанат бузилишлари, когнитив дисфункция, жисмоний юкламаларга чидамсизлик ва бошқалар [70; 83- 86-б.]. Уч йиллик текшириш натижаларига кўра, плазмада глюкоза даражаси юқори бўлган беморларда ўлим хавфи 1,5 барабар юқори эканлиги аниқланган, аммо қандли диабет фонида кузатилган ишемик инсультни ўрганиш йўналишида ўтказилган тадқиқотларнинг жуда кўплигига қарамай гипергликемия билан боғлиқ ҳолатларда ишемик инсульт оқибатида кузатилган неврологик етишмовчиликларни тиклаш муаммоси, даволаш ва эрта реабилитация тадбирлари уйғунлигини шакллантириш бўшлиқ бўлиб қолмоқда [157; 126-131-б.].

§ 1.2. Қандли диабет фонида шаклланган ишемик инсультнинг асосий клиник- лаборатор ўзгаришларининг ўзига хослиги

Инсульт — бош миёда қон айланишининг ўткир бузилиши (бир неча дақиқа, кам ҳолларда соат), ўчоқли неврологик белгилар (ҳаракат, нутқ, сезги, мувозанат, кўриш ва х.к) ва умумий миёа симптомлари (карахтлик, бош оғриғи, қусиш ва х.к) тўсатда пайдо бўлиб 24 соатдан соатдан ортиқ сақланиши ёки бемор ўлимига сабаб бўлиши билан характерланувчи цереброваскуляр касалликдир. Инсульт икки клинικο-патогенетик типга бўлинади: 1) ишемик инсульт - миёанинг маълум қисмида юзага келувчи ўткир ишемия оқибатида ишемик некроз зонаси юзага келиши билан характерланади; 2) геморрагик инсульт (жарохатланмаган ҳолда миёга қон қуйилиши) шартли равишда қон миёа ичи томирларидан ташқарига чиқиши ёки артериал аневризмаларнинг ёрилиши натижасида миёа паренхимаси ёки субарахноидал бўшлиққа қон қуйилиши билан характерланади [104; 5-6-б.].

Инсультлар клиник кечиши симптом ва даврлари [105;17-18 б.]:

1) 1–3 суткалар — ўта ўткир даври (нейрореанимация ёки интенсив терапевтик бўлимларда даволанади); 2) 28-суткагача — ўткир даври (инсультларни даволашга ихтисослаштирилган бўлимларда ёки нейрореабилитация бўлимларида); 3) 6 ойгача — эрта тикланиш даври (амбулатор даволаш, фаол реабилитация ва медикаментоз даво); 4) Икки йилгача — кечки тикланиш даври (амбулатор даволаш, иккиламчи профилактика, қайта тикланишга йўналтирилган терапия); 5) Икки йилдан сўнг—асоратлар даври (амбулатор даволаниш, иккиламчи профилактика, медикаментоз даво, қон томир деменцияси ривожланиши олдини олиш.) [104; 5-6-б.].

Ишемик инсультнинг халқаро этиопатогентик классификацияси TOAST ва Н.Р. Adams et al. (1993): 1) атеротромботик; 2) кардиоэмболик; 3) лакунар; 4) бошқа кам учрайдиган сабаблар (васкулитлар, гиперкоагуляцион синдром,

коагулопатиялар, артерия диссекцияси ва х.к.) билан боғлиқ; 5) келиб чиқиши ноаниқ.

1-жадвал.

Инсультлар клиник кечишига кўра даврлари

Вақти	Номланиши	Симптомлар ва номланиши
0-3 соат 3-6 соат	Терапевтик дарча (1) Терапевтик дарча (2)	Неврологик симптомлар ҳали пайдо бўлмаслиги мумкин
5 кунгача	Ўта ўткир даври	Неврологик симптомлар шаклланган бўлади
21 кунгча	Ўткир даври	Симптомлар тўла қайтади ёки ривожланишда давом этади
6 ойгача	Эрта тикланиш даври	Турли асоратлар қолади, улар аста секин тиклана боради
6-12 ой	Кечки тикланиш даври	Неврологик функциялар тикланишда давом этади, лекин жуда секин давом этади.
1 йилдан сўнг	Асоратлар даври	Неврологик функциялар тикланмайди ёки бироз тикланиши мумкин.

Ишемик инсультнинг патогенетик типлари классификацияси Н.В. Ве ре Шагин ва б.қ. (2000): 1) атеротромботик (34 фоиз ҳолатларда) — артерио-артериал эмболия (13 фоиз) мия томирлари тромбози (21 фоиз); 2) кардиоэмболик (22 фоиз); 3) гемодинамик (15 фоиз); 4) лакунар (22 фоиз); 5) гемореологик инсульт (7 фоиз) [104; 6-7 б.].

Диабетик полинейропатиялар–қандли диабетнинг энг кенг тарқалган асоратларидан бўлиб, беморларнинг деярли ярмида кузатилади, бу адекват тикланиш ва реабилитация жараёнларини секинлашишига сабаб бўлади, ҳамда бевосита ҳаракат функциялари, мувозанат бузилишига олиб келади. Диабетнинг яна бир асорати–автоном–кардиал нейропатия бўлиб, турли кўриниш ва даражадаги вегетатив фаолиятнинг бузилишига олиб келади, турли фаолият турлари реабилитациясини мураккаблаштиради [70; 85-87-б., 107;29-

30-б.]. Ҳаракат бузилишлари кам кузатилади. Оёқларда полиневропатиялар кўп учрайди ва кўпинча периферик нервларнинг дистал қисми зарарланади. Дистал симметрик полиневропатия диабет учун жуда хосдир. Оёқларнинг дистал қисмида дизестезия, парестезия ва кам ҳолларда оғриқлар пайдо бўлади. Ҳаракат бузилишлари дистал мускуллар атрофияси ва гипотонияси билан намоён бўлади. Чуқур сезги бузилиши ва дистал амиотрофиялар оёқ бўғимлари деформациясига сабаб бўлади, яъни диабетик артропатиялар ривожланади. Ушбу бузилишлар «диабетик оёқ панжаси» синдромини юзага келтиради. [106; 402-403-б.].

Диабетик полинейропатиянинг учраш частотаси ва диагностик критерийлари турли тадқиқотларда ўрганилган. Тадқиқот натижаларида келтирилишича, электронейромиография натижаларида 90–100 фоиз ҳолатларда ДПН кузатилади. Беморларнинг 50 фоиз гача қисмида ДПН симптомларсиз кечиши мумкин (M.Davies), 10–20 фоиз ҳолатларда эса асосий касаллик симптомлари билан кечади. Бемор шикоятларида оғриқ ҳисси 64 фоиз беморларда кузатилиб, фақат 19 фоиз ҳолатларда «ҳақиқий» оғриқли ДПН кузатилади [109; 97-98-б.].

Клиник амалиётлар асосида диабетик полинейропатиянинг кечишини 3 асосий босқичга бўлиш мумкин:

– I босқич симптомсиз (субклиник) полиневропатия, бир қанча сезги ва вегетатив текширув ёки тестлар ёрдамида аниқлаш мумкин;

– II босқич енгил ёки клиник чуқурлашган полинейропатия белгилари билан намоён бўлиб, одатий неврологик кўрикда характерли субъектив белгилар, рефлекслар ва сезувчанлик пасайиши ва.х.к лар билан намоён бўлади;

– III босқич оғир даражадаги полиневропатия, чуқур оғирлаштирувчи ҳолатлар ривожланган бўлиб, бунда (фукционал имкониятларнинг чекланиши ва ногиронлик белгилари) сенсор ёки сенсомотор етишмовчилика, вегетатив

бузилишлар, кучли оғриқ синдроми ва трофик яралар, нейроартропатия ёки диабетик тоvon каби асоратлар кузатилади [110; 54-61-б.].

Диабетик полинейропатия турли клиник кўринишларда намоён бўлиб, ҳозирги вақтга қадар неврология ва эндокринологиянинг кенг тарқалган тиббий–ижтимоий ва тиббий-иқтисодий ҳаёт сифатини бузувчи, меҳнат қobiliятини йўқолиши ва ҳаёт давомийлигини камайтишига сабаб бўлувчи муаммолардан бири бўлиб қолмоқда [111; 72-77-б.].

Диабетик нефропатия (ДН) – буйракларнинг ҚД учун хос зарарланиши бўлиб, метаболик ва гемодинамик бузилишлар натижасида микроциркуляциянинг бузилиши ва модуллашган генетик омиллар таъсирида тугунчали гломерулонефроз кўринишида намоён бўлади. Сурункали буйрак касаллиги (СБК) – буйракларнинг соғлом ҳолатидан 3 ой ёки ундан ортиқ муддатда структур ва функционал ўзгаришлар юзага келиши билан намоён бўлади [108; 78-79-б.]. Диабетик нефропатиянинг классик кечишида уч босқич фарқланади: микроальбуминурия (МАУ) босқичи; протеинурия босқичи (буйрак функциялари сақланган) ва сурункали буйрак етишмовчилиги босқичи (СБЕ) [114. 24-26-б.]. Диабетик нефропатия ривожланган давлатларда терминал буйрак етишмовчилигининг асосий сабаби бўлиб ҳисобланади. Қанди диабетда буйракларда ушбу патологик жараён диффуз ўзгаришлардан бошлаб 10–15 йилгача тугунчали гломерулонефроз ривожланишигача бир қанча босқичларда ривожланади. ДН нинг эрта маркёри МАУ бўлиб ҳисобланади. ДН фаол даволанганда МАУ босқичида 40-50 фоиз беморларда 2 йилгача ремиссиялар кузатилади.

КФТ – аниқлаш учун плазмада креатинин миқдори ўлчов меъёри бўлиб клиренсни баҳолаш махсус формула СКD-EPI ёрдамида амалга оширилади. Бугунги кунда КФТ ни ҳисоблаш бир қанча калькулятор ва формулалари ишлаб чиқилган бўлиб, Кокрофт-Голт формуласи шулар жумласидандир. Тадқиқотда ушбу формула ёрдада КФТ аниқланиб, сурункали буйрак етишмовчилиги даражаси баҳоланади. Жисмоний фаоллик енгил

интенсивликда юрак қон томир тизими фаолияти, организм жисмоний имкониятларини (ёш, йиқилиш хавфи, мушаклар ҳажми камайиши, анемия, периферик ва автоном нейропатиялар) ҳисобга олган ҳолда, ҚД ва СБК беморларда минимум 30 минут давомийликда ҳафтада 5 мартадан тавсия этиш мумкин. ҚД ва СБК беморларда артериал гипертензияда дори воситалари тавсия қилганда унинг нефротоксик таъсирини ва элиминациясини ҳисобга олиш зарур ҳамда бунда натрий ва калий миқдори назорати талаб этилади [112; 79-80-б.].

Диабетик энцефалопатиялар-сўнгги йилларда ҚД нинг МАТ билан боғлиқ асоратлари кенг миқёсда ўрганилмоқда. Диабетик энцефалопатиянинг (ДЭ) умумий қабул қилинган таърифи бўлмасада МАТ нинг фаолияти бузилиши инсультлар, мия шиши, кетоцидоз ва гипогликемия ҳолатларида юзага келади. Когнитив бузилишлар гипергликемия назоратини бузилиш хавфини оширади, типик асоратлар, ногиронлик ривожланиши ва бемор ҳаётига хавф солади. Кекса ёшда ҚД 2 тип билан оғриган беморларда яққол когнитив бузилишлар ўлим кўрсаткичини 2 йилда 20 фоиз оширади [113;10-12-б.]. NHANES III тадқиқотида 30-59 ёшлардаги 3385 беморда когнитив функциялар бузилиши баҳоланиб хулоса чиқарилган. 7 йил давом этган тадқиқотларда ГК ва ҚД биргаликда келиши деменция ривожланиш хавфини 6 мартага ошириши аниқланган. Метаанализ, 42 та тадқиқот 21 351 беморда ҚД I тип ва ҚД II тип беморларда депрессиянинг учраши ўрганилган. Бунга қўра, ҚД хавотир ва депрессия хавфини 40 фоиз оширган [115; 30-35-б.].

Лаборатор текширувларда - Epic-Norfolk тадқиқоти натижаларига қўра, гликрланган гемоглабин (HbA1c), гликемиянинг сўнги 1-3 ойдаги ўртача кўрсаткичи бўлиб, унинг миқдори ошиши кардиоваскуляр касалликлар ва инсульт ривожланиш хавфини кўрсаткичини кескин оширади (≥ 7 фоиз). Углеводлар алмашинувининг бузилиши инсульт кузатилган беморларнинг 70 фоизда кузатилади, ҚД II тип беморларнинг аксарияти гликемия миқдори ошмасдан юзага келади, бунга HbA1c кўрсаткичи гувоҳлик бериб, инсультга

чалинган беморларнинг 30 фоиз ташкил этади. Инсулт ривожланиш хавфи гликемия билан боғлиқлиги UKPDS тадқиқоти натижарига кўра, HbA1c миқдори 1 фоизга камайиши инсулт ривожланиш хавфини 12 фоиз, микроангиопатия ўртача 35 фоиз, ИМ 14 фоиз, юрак етишмовчилиги ривожланишини 12 фоиз камайтиради. HbA1c миқдори 1 фоиз ошиши ИМ ривожланиш хавфини 10 фоиз оширади, HbA1c 5,5 фоиз ЮИК ва бош миёда қон айланишининг ўткир бузилишидан ўлим кўрсаткичини оширади [9; 4-6-б.].

Бундан ташқари UKPDS (UK Prospective Diabetes Study) тадқиқотида ЮҚК гипергликемия билан боғлиқлиги тасдиқланган. HbA1c миқдорини ошириши ва СЮЕ ривожланиш хавфи ўртасидаги боғлиқлик тўғри пропорционаллиги тасдиқланган. Унинг 1 фоиз камайиши ўлим хавфини 21 фоиз, ЎМИ – 14 фоиз, микроваскуляр асоратлар – 14 фоиз ва периферик қон томирлар зарарланиши хавфини – 43 фоиз камайтириши исботланган [117; 954-955-б.].

ҚД билан касалланганларда ЮҚК учраши диабет бўлмаганларга нисбатан эркакларда 2–3 марта, аёлларда 3–5 марта юқоридир. Маълумки, ҚД II тип беморларда ЮИК 2–4 марта, артериал гипертензия – 3 марта, ЎМИ 4–7 марта ушбу касаллик оғримаганларга нисбатан кўп учрайди. 7 йиллик клиник тадқиқотларда анамнезида ушбу касаллик бўлмаган беморларда МИ ривожланиш хавфи 3,5 фоиз, 20,2 фоиз беморларда ЮИК клиник кўринишсиз кечиши, 45 фоиз ҳолатларда ўтказилган МИ аниқланган [117; 954-955-б.].

Маълумки 50-70 фоиз АГ кузатилган беморларда углеводлар алмашинуви бузилиши, семизлик ва липидлар метаболизми бузилиши кузатилади. Қандли диабетда БЖССТ (WHO Study of Vascular Disease in Diabetes) томонидан ўтказилган тадқиқотларда систолик қон босимининг 160 мм.с.у.дан ошиши ўлим кўрсаткичини 2-4 марта ошириши кузатилган. Whitehall тадқиқотида ҳам ҚД фонида ЮИК билан оғриган беморларда систолик қон босими 152 мм с.у. ва ундан юқори бўлган ҳолларда ўлим кўрсаткичи кескин ошиши аниқланган. UKPDS тадқиқоти ҚД II типда АҚБ

даражаси қонда глюкоза миқдори ва макроваскуляр асоратлар ўртасида юқори корреляцион боғлиқлик борлиги ҳақида ҳал қилувчи якуний хулосаларни берди. Таҳлил натижалари АҚБ назорати инсультлар, микроваскуляр асоратлар ва ўлим ривожланиши хавфини камайтиришини кўрсатди. Ўртача систолик АҚБ нинг ҳар 10 мм.с.у. кўтарилиши ҚД ҳар қандай асоратланишини 12 фоиз, диабет билан боғлиқ ўлимни 15фоиз, МИ 11 фоиз ва микроваскуляр асоратларни 13 фоиз ошириши кузатилган. ҚД ва ГК биргаликда келиши ҳар иккала кечишини оғирлаштириб прогнозни ёмонлаштиради: ЮИК 4 марта, инсульт ривожланиш хавфи 2-3 марта, кўришнинг тўлиқ йўқолиши 10-20 марта, СБЕ 15-20 кўпроқ кузатилади [116; 112-113-б.]. 40 ёшдан катта ҚД билан оғриган 40-50 фоиз беморларда аксарият ҳолларда ЮҚК касалликлари кузатилади. ЮИК кечиши ҚД нинг давомийлигига боғлиқ бўлиб, ЎКС ўлим кўрсаткичи 2-3 марта юқори бўлиб ҳисобланди.

PROCAM тадқиқот натижаларига асосан ҚД II тип беморларда фибриноген миқдорининг ошиши ўткир ЮҚТ касалликлари ривожланиш хавфини 1,6 марта оширади. (G. Assmann et al.). Asang N кузатувларида макроангиопатия асорати кузатилган беморларда фибриноген миқдори плазмада ўртача 100 мг/дл юқорилиги кузатилади (Kannel W.B., Ganda O.). Kozek изланишларида HbA1C ва фибриноген миқдори ўртасида тўғридан тўғри боғлиқлик борлигини исботлайди. Corrado ва ҳамкасблари ҚД II тип беморларда плазмада фибриноген миқдори ва қон томир интимаси ўртасида тўғри корреляцион боғлиқлик борлигини ўрганади.

§ 1.3. Қандли диабет фонида шаклланган ишемик инсультнинг нейровизуализацион таҳлилнинг ўзига хослиги

Бугунги кунда ҚД II тип юрак қон томир касалликларининг клиник кечишини оғирлаштириш эквиваленти сифатида қаралиб алоҳида эътибор талаб қилади. ҚД билан касалланганларда ЮҚК ушбу патология бўлмаганларга нисбатан 2-5 марта кўп учрайди. Юрак ишемик касаллиги, миокард инфаркти, артериал гипертензия, бош мияда қон айланишининг ўткир бузилиши шулар жумласидандир. Қандли диабет билан касалланган

69% беморларда дислипидемия, 80% артериал гипертензия, 50–75% диастолик дисфункция, 12–22% сурункали юрак етишмовчилиги кузатилади. ЭКГ текширувларида айниқса аритмиялар билан боғлиқ асоратлар эътибор марказида қуйидагилар туради: синусли тахикардия ҚД II типда 43,1% (ҚД бўлмаганда–27,3%), бўлмачалар пароксизмал фибрилляцияси ўлим хавфини 1,8–2 марта оширади, суправентрикуляр экстрасистолия – 15,5% (9,1%) кўринишида учрайди. ЭКГ текширувида ҚД фонида ривожланган ишемик инсульт кузатилган беморларнинг 74,2% ва диабетсиз гуруҳда 52,3% ҳолларда ЮИК, ўтказилган миокард инфаркти белгилари 29,6%/16,6%, қайталанган миокард инфаркти 3,8%/1,7% ва сурункали юрак етишмовчилиги белгилари 28,2%/15,1% нисбатларда аломатлар аниқланади. [23; 60-65-б.].

Нейровизуал текширувлардан МСКТ текширувларида биринчи навбатда қон қуйилишлари белгилари инкор қилиниб, ишемик ўчоқ локализацияси, зичлиги каби маълумотлар беради. Шунингдек мия ўрта структураси, мия қоринчалари ўлчамлари силжишлари, кенглиги, компрессияси, калла суяги ҳолати ҳақида аниқ маълумотлар олинади. МСКТ текширувида дисциктор энцефалопатияга хос белгилар мия оқ моддасининг диффуз зарарланиши кўп сонли локунар ўлочлар (3-15 мм) асосан перивентрикуляр соҳада жойлашганлиги ва кичик артериялар зарарланишини ҳисобидан иккиламчи мия атрофияси белгилари акс этади.

МРТ текширувининг КТ текширувидан афзаллиги шундан иборатки мия туқималари ҳолати ҳақида тўлақонли маълумотлар олиш мумкин. МРТ текширувида мия инфаркти ривожланишининг дастлабки соатларидан аниқлаш мумкин, шунингдек бош мия артериовеноз мальформациялар ҳақида ҳам маълумотлар беради. Тадқиқотларда МРТ текширувида ишемик инсульт патогенетик типлари қандли диабет фонида ва диабетсиз ривожланганда атеротромботик тип 58,1%/48,1%, кардиоэмболик тип 20,0%/20,1%, гемодинамик тип 7,6%/13% ва локунар инсульт 14,3%/18% фарқли кўрсаткичларда аниқланган. МСКТ текширувларида ўчоқлар

ўлчами кичик ўлчамлилари 35фоиз/50 фоиз, ўрта ўлчамли ўчоқлар 44,8 фоиз/40,8 фоиз ва йирик ўлчамли ўчоқлар 20 фоиз/9,2 фоиз нисбатларда кузатилиши ва қандли диабет ҳамроҳлигида кузатилган ишемик инсультларда мия шишининг юқори кўрсаткичларда ривожланиши аниқланади. [49; 36-38-б.].

Брахиоцефал артериялар дуплекс сканерлаш текшируви – қандли диабет II-тип фонида юзага келган ишемик инсульт кузатилган беморларда брахиоцефаль артерияларда умумий уйқу артериясида КИМ ўзгаришлари ўрганилганда беморларнинг ярмидан кўпроқ қисмида атеросклерозга хос эквивалент ўзгаришлар эхогенлиги ошиши, қон томир деворлари қаватлари фарқланиш даражасининг камайиши ўрганилган.(Yuldasheva G.B.2021). Қандли диабет II тип макроангиопатиялар ривожланиши касалликнинг давомийлиги, углеводлар алмашинувининг бузилиш даражаси, организмнинг компенсатор имкониятларига боғлиқ ҳолда цереброваскуляр касалликлар ривожланишига замин яратади. Стеноз даражалари касаллик бирламчи аниқланганда кам даражада ифодаланиб асосан бир томонлама кузатилган бўлса 10-15 йиллик анамнезга эга беморларда магистраль артерияларнинг икки томонлама стенози оғир даражалар ҳамда окклюзиялар билан кузатилиб сезиларли гемодинамик бузилишлар билан ифодаланади. [10; 23-24-б.].

§ 1.4. Ишемик инсульт кузатилган қандли диабет билан оғриган беморларда даволаш ва эрта реабилитациянинг замонавий усуллари

Early Rehabilitation After Stroke:(a Narrative Review, Elisheva R. Coleman, Rohitha Moudgal, Kathryn Lang, Hyacinth I. Hyacinth, Oluwole O. Awosika, Brett M. Kissela, and Wuwei Feng), тадқиқот малумотларига асосан инсультдан кейин эрта муддатларда реабилитация бошлаш вақти ҳалигача номаълумлигича қолган. Инсульт бошлангандан сўнг дастлабки 24 соатда, айниқса интенсив реабилитация тадбирларини қўллаш бемор соғлигига жиддий зарар етказиши мумкин, 24 соатдан сўнг эҳтиёткорлик билан реабилитация тадбирларини ўтказиш самарали ва хавфсизлиги аниқланган бўлиб, зарарлаган мия реабилитацион муолажалар учун қабул қилиши

“пластик дарча” аниқ муддатлари тушунарсизлигича қолмоқда. Эрта даврларда юқори мучаларда қайта тикланиш нисбатан самарали бўлади [141; 63-65-б.].

Б.Иззекий ва унинг ҳамкасблари беморлар иммобилизация ҳолатига ўтказилгандан 3 соат ўтиб суяклардан калция экскрецияси ошиши, бу ўз навбатида суяклардаги ўзгаришларга сабаб бўлишини исботлаган. Ҳозирги кунда ғарб давлатлари клинкаларида беморлар кома ҳолатида бўлса ҳам вертикал ҳолатга ўтказишга ҳаракат қилинмоқда. [12; 64-б.].

XX асрнинг иккинчи ярмига ётоқ режимнинг хафли томонларини кўрсатувчи, пневмония, чуқур веналар тромбози, ўпка артерияси тромбози каби асоратлар ривожланиши борасида кўп сонли тадқиқот ишлари олиб борилган. Шунингдек Asberg К.Н. тадқиқот натижаларида қатъий ётоқ режимида бир неча кун сақлангандан сўнг, айниқса юрак қон томир касалликлари бор беморларда тана вазиятлари ўзгариши ноадекват реакциялар кузатилиши аниқланган.

Сўнгги йилларда ётоқ режимда сақланганда жиддий патологиялар кузатилмаса ҳам, организмнинг бир қанча ўзгаришларига сабаб бўлиши кузатилган. Соғлом кўнгиллилар ётоқ режимда бўлганида, 28 суткада мушаклар кучи 40фоиз камайиши кузатилиб, айниқса катта ёшлиларда, пастки мучаларда яққол намоён бўлган. 4-6 ҳафта ётоқ режимида сақланганда вертикал ҳолатни таъминлашда иштирок этувчи мушаклар атрофияси, гравитация регуляцияси бузилиши ва суяклар минерал қаттиқлиги 6-40 фоиз пасайиши кузатилган [132; 29-30 б.].

Инсультларда ҳаракатни чеклаш натижасида келиб чиқадиган асоратлар жами асоратларнинг: касалликнинг биринчи ҳафтасида 62 фоиз, 30 кун давомида кузатиладиган ўлим ҳолатларининг 51 фоизини ташкил этиб, бир қанча илмий изланишларда эрта мобилизация йўли билан ушбу асоратлар профилактикасини амалга ошириш кўзда тутилган. AVERT (A Very Early Rehabilitation Trial for Stroke) тадқиқотининг II-босқичида касаллик бошланишининг 24 соатидан босқичма босқич ва хавфсиз эрта мобилизация

амалиётинини амалга ошириш борасида изланишлар олиб борилади [132; 29-30-б.].

Жуда эрта реабилитация ҳаракатсизлик билан боғлиқ кўп сонли аъзолар тизимлари асоратлари, яъни нафас олиш тизими (пневмония, ателектазлар), қон айланиши бузилишлари (чуқур томир тромбози, ўпка артерияси эмболияси), иммуносупрессия, ётоқ яралар ва мушак атрофияси кабиларни олдини олишда муҳим ўрин тутиши тўғрисида турли хил фикрлар мавжуд. Кайфият пасайиши учун хавф камайтириши, инсульт билан боғлиқ асоратлар олдини олиши регенерация жараёнлари фаоллаштириш ҳақида қарашлар юзага келди [143; 2-3-б.].

Реабилитация жараёни энг долзарб муаммолардан бири бўлиб, реабилитация жараёнини қанча тез бошланса унинг самарадорлиги шунча юқори бўлади. Мия қон айланишининг етишмовчилиги бўлган беморларнинг 55-98 фоизи интенсив терапия ва реанимация бўлимларида 48 соатдан ортиқ вақт давомида сақланади [66; 1-6-б.].

Иммобилизацион синдром (ИС)- реабилитация жараёнининг энг муаммоли тадбири бўлиб ҳисобланади. Бош миёда қон айланишининг ўткир бузилиши кузатилган беморларнинг 65-80 фоиз қисми иммобилизацион синдромга муҳтождир. Бу муаммонинг долзарблигини тушунтиради ва унга қарши курашишда услубий ёрдам чораларининг долзарблигини кўрсатади.

ИС – комплекс полиорган бузилишлар ва нофизиологик органик бузилишлар мажмуи натижасида беморнинг мотор ва когнитив фаоллигини чекланишидир. Бунда юқоридаги симптом комплексларининг, хусусан юрак қон томирлари фаолияти етишмовчилиги, ортостатик етишмовчиликнинг (ОСЕ) ва гравитацион градиент (ГГ) бузилиши кузатилади [66; 1-6-б.].

Ортостатик етишмовчилик (ОСЕ) - мураккаб вегетатив қон томир етишмовчилиги симптомокомплекси бўлиб, систолик қон босиминининг 20 мм.с.у. дан пасайиши ва диастолик қон босимининг 10 мм.с.у. дан пасайиши билан қуйидаги вегетатив дисавтонимиялар билан намоён бўлади:

- Мия гипоперфузияси: бош айланиши, кўришнинг бузилиши, когнитив етишмовчилик, эс хуш бузилиши, тик тура олмаслик;
- Диспноэ;
- Тахикардия, дақиқасига >90 та уриш;
- Терлашнинг ошиши;
- Мушакларда оғриқли спазмлар пайдо бўлиши;
- Олигурия, сийдик чиқариш камайиши;

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

Иммобилизация синдромини енгишнинг ягона йўли гравитацион градиентни ушлаб турган ҳолда беморнинг вертикализация ҳолатига эришишдир. Вертикализация - бу нормал ҳолатни таъминлашнинг даволаш стратегияси, табиий тик ҳолатда тананинг ишлаши, беморларда ҳар қандай ҳолатда иммобилизация синдромининг олдини олиш ва даволаш усулидир.

Вертикализация мақсади - гравитациянинг максимал қиймати ($\geq 80^\circ$) сақлаш ёки тиклаш, тортишиш ҳар қандай давомийликда беморнинг ишлаши учун мажбурий шартлар реабилитация жараёнини амалга оширишдан иборат.

Ушбу клиник тадқиқотдан мутахассислар учун мақсад, инсультдан сўнг беморларни эрта фаоллаштиришда иммобилизация синдроми ривожланиш хавфи бўлган бўлган беморларни тайёрлаш ва вертикаллаштиришда ёрдам бериш тадбирларини ўрганиб, амалиётда қўлланилишини жорий этиш ва уларнинг самародорлигини баҳолашдан иборат [66; 1-17-б.].

Вертикализация - беморларни иммобилизацион синдром профилактикаси ва даволаш услуги бўлиб, турли сабабларга кўра юзага келган бош миёда қон айланишининг ўткир етишмовчилигининг 24 соат ётоқ режимда сақлагандан сўнг бемор ҳаракат фаоллиги ва тортишишлардан қатъий назар максимал фаоллик даражаси (гравитация градиенти) ни тиклаш услубидир [66; 1-17-б.].

Гравитация градиенти (ГГ) – Ортостатик етишмовчик риволанмаган ҳолда эришилган максимал вертикализация бурчаги.

PLR (passive leg raising) test – бу пастки мучаларни пассив кўтариб волемик ҳолатни баҳолаш тести: бемор горизонтал умуртқа билан ётган ҳолда оёқлар 60° дан кам бўлмаган бурчакда танага яқинлаштирилади. Гемодинамик кўрсаткичлар қайт этилади (АД, пульс). Тест АД ёки пульс 10 фоиздан ошганда мусбат ҳисобланади. Бундай ҳолатда вертикализация - волемик етишмовчилик ривожланиши ва ўткир юрак етишмовчигига олиб келиши мумкин. Коррекциядан кейин гиповолемиа тести яна такрорланади. Қачонки манфий натижа олинса беморда вертикализация амалиётини бошлаш мумкин.

BPS (Behavioral pain scale) – Оғриқ характери шкаласи – оғриқ даражасини баҳолаш шкаласи бир қанча беморларга хос реакциялар асосида ўтказилади. Беморларда вертикализация амалиётидан олдин Визуаль – аналогик шкала (ВАШ) – асосида оғриқ даражаси баҳоланади, чунки беморларда оғриқ даражасининг ортиши эс хуш бузилишларига сабаб бўлиши мумкин [66; 1-17-б.].

Вертикализация технологиялари - нофаол вертикализация 3 секцион кроват ёки айланма вертикализация столида ёрдамчилар, махсус тайёрланган мутахассислар кўмаги билан реаниматолог врач назоратида ўтказилади. Фаол-нофаол аппарат вертикализацияси – бу вертикализатордан фойданган ҳолда ёрдамчилар кузатувидаги, махсус тайёрланган мутахассислар кўрсатмаси билан ўтказилувчи вертикализациялардан иборат. [66;1-17-б.]

Ишемик инсультлар ўткир даврида беморлар руҳий ҳолатидаги ўзгаришлар ва психотерапевтик реабилитация услублари - инсульт беморга негатив психосоциал таъсир кўрсатиб, турмуш тарзи ва атроф муҳит назорати кескин ўзгаришига сабаб бўлади. Инсультдан кейин яшаб қолган беморлар 75-80 фоиз ҳолатларда тўлиқ иш қобилиятини йўқотади, фақат 13 фоиз ҳолларда олидинги иш фаолиятини давом эттирадилар. Тадқиқотлар инсультдан кейинги беморлар руҳий ҳолати конгитив функциялар бузилиш

даражаси ва бузилган функциялар тикланиш имкониятларига боғлиқлигини кўрсатади; эмоционал ва шахсий муаммолар адаптация жараёнини мураккаблаштиради. Психотерапевтик имкониятлардан мақсадли фойдаланиш психологик ёрдам дастур шакллантирилган ҳолда самарали амалга оширилади. [5. 114-118 б.].

Ўтказилган тадқиқот натижаларида кўра касалликнинг бемор руҳий ҳолатига таъсири тўрт шаклда ўз аксини топади: 1) сезувчанлик билан боғлиқ: кўл оёқларда, белдаги ва бошдаги оғриқ (53 фоиз); 2) эмоционал - тушқун кайфият (62 фоиз), кўркув (47 фоиз), келажагидан хавотир (89 фоиз), турмуш тарзи кескин ўзгаришидан афсусланиш ҳисси (75 фоиз), қариндошлар олдида айбдорлик ҳисси (52 фоиз); 3) интеллектуал - турли даражадаги когнитив бузилишлар, инсульт ва реабилитация имкониятлари ҳақида маълумот етарли эмаслиги (79 фоиз), фирқлар, касаллик бу —«сўнги ҳукм»тарзида ўйлаш (69 фоиз); 4) мотивацион - мотивация бузилиши, анозогнозия ёки гипонозогнозия (47 фоиз), врач тавсияларига амал қилишдан бош тортиш, жумладан реабилитация тадбирларидан (61 фоиз) бош тортиш каби бузилишлар беморлар руҳиятида ўз аксини топиши даволаш ва реабилитация тадбирларини сезиларли даражада мураккаблаштиради. [84; 3-4-б.].

А.А.Шмонин таъкидлашича, реабилитация жараёнини психологик ёрдам билан биргаликда олиб бориш хавотирланиш ва манфий психоэмоционал ҳолатлар даражасини пасайтиради. В.А. Куташова ва Е.Е.Миньков илмий изанишларида кўрсатилишича, беморлар реабилитация даврида беморларда турли психологик хусусиятлар кузатилиши мумкин: пессимистик ўз келажагига нисбатан, ўзига ишонч етишмаслиги, ўз имкониятларини етарлича баҳолай олмаслик, ўз ҳаётдаги ўрнини нофаол деб билиш, диққат марказидаги омадсизликдан қайғуриш, айбдорлик ҳисси ошиши ва бошқалар. Асосий эҳтиёж тушуниш, меҳр, хушмуомалаликни ҳис қилиш одатда беморни қониқтирмайди, психотравматик ҳудудда турли ҳаракатлар содир бўлади. Турли аффектив бузилишлар инсультга учраган беморлар ҳаёт сифатини пасайтиради, даво муолажалари таъсирини

секинлаштиради ва самарадорлигини камайтиради, инсульт қайталаниш хавфини оширади. С.А. Михеевич, А.А.Скоромец инсультнинг ўткир ва кечки даврида қайта тикланиш жараёнини секинлаштрувчи бир қатор омилларни кўрсатган. Бундай омилларга юқори даражадаги шахсият ва ситуацион хавотирлар, ҳал этилмаган ички муаммолар, ижобий психологик фон ва оилавий қўллаб қувватлаш йўқлиги киради [49; 1-4-б.].

Психологик қўллаб қувватлашда “микросоциум” ижтимоий тушунчаси яратилган бўлиб, бу бемор кўпинча муносабатда бўладиган ижтимоий йўналтирилган реабилитация (қариндошлари, тиббий ходимлар ва атрофдаги беморлар) ва даволаш муҳитидир (milieu therapy). Психологик тадбирларнинг яна бир муҳим жиҳати реабилитацияда психологик муносабатлар ўрнатиш, беморда оптимал даволашга (даво натижалари самарадорлигига ишонч, тиббий ходимлар билан ҳамкорлик, даво тадбирларига фаол иштирок этиш ва соғлом турмуш тарзи меъёрларига амал қилиш) ва инсультнинг иккиламчи профилактикасига йўналтирилади.

Психологик реабилитация концепцияси шартлари асосий илмий-услубий психологик ҳаракатлар доимий дастур яратиш асосини таъминлайди.

Психологик реабилитация тамоиллари:

1. Реабилитация жараёни психологик ёрдам дастурларини яратиш ва бунда шахсининг етакчи ўринда экандиги: реабилитациянинг ҳар бир босқичида шахсият муаммоларини аниқлаш ва уларни тузатиш.

2. Индивидуаллик - шахсий психологик реабилитация дастури тузишда беморнинг индивидуал жиҳатларини ҳисобга олиш (соматик, ҳаракат, когнитив, эмоционал, шахсият).

3. Босқичли психологик реабилитация. Психологик реабилитация босқичлари касалликдан сўнг бемор шахсиятидаги (ўз ўзига, касалик ва даволашга, микро ва макросоциумга) муносабатлар динамикасини акс эттиради. Ҳар бир босқичда шахсий муносабатлар: ўз-ўзини қабул қилиш ва ўз-ўзига ёрдам бериш: даволаниш тартибига риоя қилишни ва тиббиёт

ходимлари билан ҳамкорликни шакллантириш; ҳаётдаги янги ижтимоий ўрни ва моҳиятини қабул қилиш кабилар баҳолаб борилади.

4. Маълумот бериш (хабардор қилиш) - бемор психологик реабилитация шартларини бажариши, даволаш самарадорлигини ошириш: даво натижасидан ташвишланиш; тиббиёт ходимлари билан ҳамкорлик қилиш; мустақил машғулотларда фаоллик; соғлом турмуш тарзи кўникмаларини шакллантириш ва амал қилишда муҳим ўрин тутади.

5. Узлуксизлик. Психологик ёрдамнинг турли босқичларида узилишларсиз (ўткир стационар, реабилитацион стационар ва поликлиникада реабилитация) давом эттириш [5; 114-118-б.].

Ижобий психотерапия усули учта принципга асосланган бўлиб, уларнинг ҳар бири маълум бир услубий компонентга мос келади:

1. Умид принципи инсоннинг қобилиятлари ва имкониятларини кўришда ижобий ёндашувга мос келади.

2. Мувозанат принципи шахс психодинамикасининг мазмунли дифференциал таҳлилига мос келади, унинг натижаси инсоннинг бирламчи ва иккиламчи ҳақиқий қобилиятларини уйғунлаштиришдир.

3. Ўз-ўзига ёрдам бериш принципи аввал психотерапия жараёнида, сўнгра одамнинг ўзига ва атроф-муҳитга: шериги, унинг оиласи, унинг ташкилоти, жамоаси ва бошқалар билан шахсни уйғунлаштириш, мослаштириш ва ривожлантириш стратегияси сифатида ишлатилади [118; 16-19-б.].

Инсультдан кейинги беморларда психологик ёрдам кўрсатиш, зарарланган функциялар тикланиши, беморларнинг атроф муҳитга адаптацияси ва инсульт қайталаниши профилактикасида аҳамиятли. Психотерапевтик йўналишни белгилаш ижобий даволаш муҳитини яратиш бемор ҳаётини истиқболлари ва даволаниш натижаларида бемор шахсий жавобгарлигини оширишда муҳим ўрин тутади [5. 114-118-б.].

Ишемик инсультлар эрта реабилитациясида физиотерапевтик муолажалар - инсультдан кейинги даврда физиотерапевтик муолажаларнинг

асосий вазифаси бош мия компенсатор механизмларини стимуллаш, сақлаб қолиш ва сақланган бош мия функцияларини яхшилаш бўлиб, миёда қон ва лимфа оқимини яхшилаш, тўқималар озикланишини яхшилаш ва иккиламчи асоратлар олдини олишдир. Физиотерапевтик муолажалар икки йўналишда: патогенетик, бош миёда қон айланишни яхшилаш ва симптоматик, клиник симптомларни бартараф этишга йўналтирилади.

Патогенетик физиотерапия: Электрофарез,магнит майдонлари

Симптоматик физиотерапия: Парафинли ёки озокерит аппликациялар қўлқоп ва пайпоқ шаклида, доимий магнит майдонлар.

Оғрикни камайтириш: Диадинамик ёки синусоидал –модуллашган ток, дарсонвал, ультрафонофорез, электростимуляция.

Зарарланган функцияларнинг тикланиши одатда церебрал инсульт бошланиши билан биринчи кундан бошланиб, бир неча ойдан бир неча йилгача давом этиши мумкин. Реабилитация тадбирларининг эрта бошланиши церебраль инсульт бошлангандан дастлабки 3 ой мобайнида самарадорлиги юқори ҳисобланади. Шуни алоҳида таъкидлаш лозимки ўтказилган даво муолажалари фақат 80 фоиз беморларда самарали бўлиб, 10фоиз беморларда спонтан тикланиш кузатилади, 10 фоиз беморларда эса барча даво чоралари натижа бермайди.

2006 йил қабул қилинган Хельсинборг декларациясига кўра. (2015 йилда тизимли реабилитация тадбирлари тўлдирилган) инсульт ўтказган беморларнинг 70 фоиздан ортиғида ҳаётий муҳим функцияларнинг етишмовчилиги кузатилади. Бутунжахон соғлиқни сақлаш ташкилоти тавсифига кўра, реабилитация «мақсадли йўналтирилган ва вақт жараёни чекланган бўлиши керак», беморга муносабат, дастлаб бемор шахсияти, жисмоний, руҳий ва касбий даражаги реадаптацияни таъминлаши керак [27;19-20-б.]. Церебрал инсульт ўтказган беморларнинг психологик ва неврологик статусига электроуйқунинг ижобий таъсири ҳақида маълумотлар мавжуд, ўз навбатида даво самараси импульслар частотасига боғлиқлиги кузатилган. Бизга маълумки паст частоталар (5-20 Гц) бош миёга тормозловчи,

аксинча юқори частоталар (40-100 Гц) қўзғатувчи таъсир қилади. Инсулт ва унинг асоратларини даволаш учун 10 Гц частотали импульсларни қўллаш мақсадга мувофиқ. Ушбу частотадаги импульс тоқлар седатив, гипотензив, гиполипидемик ва антиоксидант таъсир қилади.

Трансцеребрал физиотерапиянинг замонавий усуллари орасида магнитотерапия истикболли ҳисобланади. Терапевтик мақсадларда турли хил хусусиятларга эга магнит майдонлар – доимий магнит майдон (ДММ), импульсли магнит майдон (ИММ), паст частотали ўзгарувчан магнит майдон (ЎММ), пулсацияланувчи магнит майдон ишлатилади. Ўзгарувчан ва импульсли магнит майдонларининг доимийларига нисбатан юқори самарадорлиги қайд этилган бўлиб, бу уларнинг организмдаги ритмик жараёнларга мослиги ва импульсли таъсирларга мослашмаганлиги билан боғлиқ [121; 2-9-б.].

Бугунги кунда электростимуляция, магнитотерапия, ультрабинафша нурлар таъсири, лазеротерапия акупунктур ультратовушли физиотерапевтик муолажалар борасида 3 мингга яқин рандомизициялашган клиник тадқиқотлар, жумладан 300 дан ортиқ мета-анализлар ўтказилган [121; 2-9-б.].

Магнитотерапия - даволашда магнит майдонларини қўллаш натижасида микроциркуляциянинг яхшиланиши, оғриқ қолдириш ва седатив таъсир кўрсатиши кузатилиб, марказий қон айланиши ва юракка бошқа физиотерапевтик муолаажаларга нисбатан кам зўриқиш беради. Шу сабаб паст частотали магнит майдонлари кўплаб юрак қон томир касалликлари ҳамроҳлигида кечавчи касаликларда кенг тавсия этилади. Магнитотерапия йўналишида кўп сонли тадқиқотлар ўтказилишига қарамасдан услубнинг исботланганлик даражаси бугунги кунда кунда етарли эмас деб баҳоланади.

Физиотерапевтик усуллари қўллаш натижасида мушаклар тонуси ошиши ва контрактуралар ривожланиши олдини олишга, кўкрак қафаси аъзоларида инфекциялар ривожланишини олдини олиш, ютиниш бузилишининг бир қанча турлари тикланиши ва госпитализация давомийлиги қисқаришига эришиш мумкин. Физиотерапиянинг бир қанча (НМЭС, ФЭС,

ТЭС ва ТМС) каби методлари инсультларда самарадорлиги юқори даражада исботланган [122; 27-34-б.].

Ишемик инсультлар эрта реабилитациясида даволовчи машқлар - эрта реабилитация жараёнида даволовчи уқалаш, пассив машқлар, бўшаштирувчи фаол машқлар, ўз-ўзига хизмат қилишни шакллантириш бўйича машқлар қўлланилади. Қатъий назоратга олинган дозали зўриқишлар қўллаш талаб этиладиган машқларга, беморнинг чарчаб қолишига йўл қўймаслик керак. Ҳаракатлар амплитудаси олдин кичик, кейин эса секин-аста оширилади. Машқлар вақтида нафас олиш равон бўлиши зарур, нафаснинг тутилиб қолиши ва кучанишни инкор қилиш керак.

Уқалаш миянинг ўткир ҳолати пасайгандан кейин 4-6 кунга тавсия этилади, олдин 5-7 дақиқа давомида, сўнгра 10 дақиқагача узайтирилиши мумкин. Уқалаш олдин силаш, кейин эса енгил уқалаш билан олиб борилади. Бошнинг соч қисми ва ёқа зонаси, парезланган оёқ-қўллар бемор ўтирган ҳолатда секин темпда уқалаш қилинади, муолажа давомийлиги 15 дақиқагача. Асосан енгил силаш, эзғилаш, узлуксиз вибрация усуллари қўлланилади. Ёқа зонасини уқалаш орқани уқалаш билан алмаштириб турилади, даволаш курси 20 муолажа. Қарши кўрсатмалар: ўткир инфекцион ва руҳий касалликлар, ўткир даврдаги қон касалликлари, хавфли ўсмалар, тос органлари функцияларининг бузилиши, депрессия ҳолати [123; 414-416-б.]. ЮИК ва ҚД беморларда жисмоний фаоллик нафас гимнастикаси 30-60 давомида ўрта интенсивликда ҳафтасига ≥ 5 кун тавсия этиш юрак қон томир асоратлари ривожланиши хавфини камайтиради. Аэроб машқлар ва статик юкламалар комбинацияси инсулин фаоллиги ошиши, АҚБ ва гликемия назорат қилишга ёрдам беради. Юкламали машқлар мушаклар кучи ва массасини сақлашга ёрдам беради. Хохлаган турдаги жисмоний фаолликни ошириш организмга фойдали бўлиб ҳисобланади. ЮИК билан оғриган беморларда бўш вақтлардаги нерегуляр жисмоний фаоллик ўтроқ ҳаёт кечирувчиларга нисбатан ўлим хавфини камайтиради [108; 91-92-б.]. Қонда глюкоза

микдорининг >13 ммоль/лдан юқори бўлиши жисмоний фаоллик учун вақтинчалик қарши кўрсатма бўлиб ҳисобланади. [130; 389-390-б].

Инсульт кузатилган беморларнинг 55 фоизи бир ойдан сўнг мустақил ҳаркатлана олади, 2 ойдан сўнг бу кўрсаткич 79 фоизга етади. Аммо ярим йилдан сўнг 53фоиз беморларда турғун ҳаракат бузилиш нуқсони сақланиб қолади.

Инсульт ўтказган беморларда миёда катта бўлмаган зарарланиш ўчоғи ҳисобидан сақланган енгил гемипарез бўлган беморларда даволовчи жисмоний машқларни 2 - кундан шошилинич неврология бўлимларида бошлаш мумкин. Зарарланган ҳаракат фаолиятини тиклаш учун мақсадли комплекс нофаол, фаол-нофаол ва фаол жисмоний машқлар тавсия этилади. Оғир гемиплегия ва миёда йирик зарарланиш ўчоғи бўлганда жисмоний машқлар реабилитацияси бемор ҳолатига кўра нофаол ва антиспастик машқлар тарзида олиб борилади. Дифференциаллашган жисмоний машқлар зарарланиш даражаси ва ўчоқ локализациясига кўра белгиланиб, ҳаракат тикланиши, мушаклар тонусини нормаллаштириш ва бемор ўз ўзига хизмат қилиш қобилияти шаклланишида муҳим ўрин тутди.

Инсульт ўткир даврда ётоқ режимда гемипарез ҳолатларида қўлланиладиган даволавчи машқларда 8–12 муолажа ўтказилади[124;248-249-б.]. Инсултнинг ўткир даврида биринчи кундан бемор ҳолати ва пассив ҳаракатлар тавсия этиш мумкин. Даволаш жараёнида беморни ҳолати муҳим аҳамиятга эга бўлиб, спастик контрактурага мойил бўлган мушаклар имкон қадар чўзилган ҳолатда ва уларнинг антагонистларининг бириктирувчи нуқталари яқинлашган ҳолатда бўлиши керак. Ноқулайлик, оғриқ ва бошқа шикоятлари пайдо бўлганда бошқа ҳолатга ўтказилади. Даволаш давомида бир кунда ҳар 1,5-2 соатда бемор ҳолатини ўзгартириш белгиланади. Даволовчи машқлар фалажланган томонда нофаол даволовчи машқлар, айниқса инструктор ёрдамида бажариш ҳолатни енгиллаштиради. Соғлом ва зарарланган қўл ва оёқларининг алоҳида қисмлари билан фаол машқлар,

эркинлаштирувчи машқлар, нафас машқлари ва ётоқ режимида тана вазиятини ўзгартириш каби ҳаракатлар ҳам бажарилади.

Ишемик инсульт инсон саломатлигига жиддий хавф солувчи касаллик бўлиб, аксарият ҳолатларда ҳаракат фаолияти бир қатор чекланишлар юзага келтирганлиги учун ногиронликка сабаб бўлади. Инсульт сабаб юзага келган неврологик етишмовчиликлар: ҳаракат, сезги, нутқ, ютиниш, когнитив ва психоэмоционал бузилишлар сабаб инсон турмуш тарзи, меҳнат фаолияти ва унга бўладиган ижтимоий муносабатлар ўзгариши кузатилади.

Қандли диабет бугунги кунда кенг тарқалиб бораётган, гипергликемия натижасида марказий ва периферик типдага макро ва микроциркуляциянинг бузилишлари сабаб юзага келувчи диабетик ретинопатия, диабетик нефропатия ва диабетик полинейропатия каби асоратлари билан инсон саломатлиги турмуш ва меҳнат фаолиятига салбий таъсир кўрсатадиган касалликдир. Шунингдек қандли макроангиопик асоратлари бош мия, юрак, буйрак ва мучалардаги қон томирларда ўзгаришларга сабаб бўлади.

Ишемик инсульт қандли диабет ҳамроҳлигида кечганда диабет ва унинг асоратлари сабаб инсульт кечиши мураккаблашади. Қандли диабет сабаб юзага келган юрак қон томир тизимидаги ўзгаришлар, марказий ва периферик типдаги нейропатиялар инсульт кузатилган даслабки соатлардан оқ касаллик диагностикаси, даволаш ва реабилитация жараёнини мураккаблаштириб, соғломлаштириш кўрсаткичларини сезиларли даражада пасайишига сабаб бўлади.

Юқорида келтирилган маълумотлардан келиб чиққан ҳолда, реабилитация тадбирларини эрта бошлаш, комплекс тартибда ўтказиш ва босқичма босқич давом эттириш - эрта реабилитациянинг асосий тамойиллари бўлиб ҳисобланади. Ишемик инсультга чалинган беморлар иммобилизацион синдромга мухтож бўлиб, касаллик бошланган дастлабки соатларда ҳар қандай жисмоний ва ақлий юкламаларни чеклаш касаллик прогнозини яхшиласа, даволашнинг эрта босқичларда 24-48 соатдан сўнг бемор танасини вертикал ҳолатга ўтказиш касаллик прогнози яхшиланишида аҳамиятлидир.

Инсултнинг дастлабки кунлариданоқ беморни тузалишига ишонч камайиши, келажагидан хавотирланиш ва умидсизлик каби кўплаб фикрлар, бемор кайфияти тушкунлиги ва тузалишига бўлган ишонч камайиши даволаш самарадорлигини камайтиради. Инсулт ўтказган беморларда психологик реабилитация ўтказиш уларнинг тузалишга бўлган ишончини ошириб кайфият кўтаринкилигини таминлайди. Зероки буюк аждодимиз Абу Али ибн Сино таъкидлаганидек “Рухни даволамай туриб танани даволаб бўлмайди”.

Физиотерапия ва даволовчи машқлар зарарланган функциялар, ҳаракат тикланиши, мушаклар тонусини нормаллаштириш, иккиламчи асоратлар камайиши, бемор ўз ўзига хизмат қилиш ва меҳнат қобилияти шаклланишида муҳим ўрин тутди. Ишемик инсулт қандли диабет фонида кечганда ҳар иккала патологияда қарши кўрсатма бўлмаган ва организм индивидуал мос реабилитация тадбирларини танлаш, улардан имкон қадар эрта даврларда фойдаланиш ва комплекс тартибда ўтказиш беморларни соғломлаштиришда муҳим ўрин тутди. Қандли диабет ва унинг асоратлари реабилитация тадбирлари ўтказиш бошланиши кечикишига сабаб бўлувчи ва самарадорлигини камайтирувчи асосий омиллардан бири бўлиб ҳисобланади.

§1.5. Текширилган беморларнинг клиник тавсифи

Тадқиқот ишида назарда тутилган илмий мақсад ва вазифаларни ҳал этиш учун 2020-2021 йилларда Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиали, шошилиш неврология бўлимларида бош миёда қон айланишининг ўткир бузилиши, ишемик тури ташхиси билан қабул қилиниб даволанган 190 нафар беморлар текшириш ва таҳлил натижалари тақдим этилди.

2-жадвал.

Беморларнинг ёш ва жинсга ҳамда антропометрик кўрсаткичларга боғлиқ ҳолда тақсимланиши

Кўрсаткич	Асосий гуруҳ (n =80)		Назорат гуруҳи (n=70)		Таққослаш гуруҳи (n=40)	
	n	M±m	n	M±m	n	M±m
Даволаниш кунлари		7,4±0,28		7,3±0,29		8,1±0,26
Ёши		62,3±0,7		61,2±0,83		65,1±1,3
Аёллар	38	47,5±5,58	20	28,6±7,14	15	28,6±7,65
Эркаклар	42	52,5 ±5,58	50	71,4±7,14	25	71,4±7,65
Бўйи		170,2±0,64		169,9±0,63		169,9±0,97
Вазни		84,7±1,23		83,04±1,06		83,04±1,72
Вазн ин-декси		29,3±0,51		28,8±0,38		28,8±0,66

Ишемик инсульт қандли диабет фонида юзага келган беморлар I гуруҳ (асосий) 80 нафар бемордан иборат бўлиб, аёллар ва эркаклари нисбати 1:1,1 ва ўртача ёш 62,3±6,2 бўлиб, II гуруҳ (назорат) анамнез ва текширувларда қандли диабет аниқланмаган 70 нафар, жинс нисбати 1:2,5 эркаклар устунлиги билан ва ўртача ёш 61,2±6,9 ташкил этиб, ушбу гуруҳ беморларида эрта реабилитация тадбирлари ўтказилди (2-жадвал). III гуруҳ (таққослаш гуруҳи) 40 нафар, жинс нисбати 1:1,7 эркаклар устунлиги билан, ўртача ёш 65,1±10,3 ишемик инсульт қандли диабет фонида юзага келган, аммо эрта реабилитация тадбирлари ўтказилмаган беморлар ташкил қилди.

Тадқиқот ишемик инсультнинг ўта ўткир ва ўткир даврида олиб борилди. Эс ҳуши сопор ва кома даражасидаги, тана ҳарорати 37,2 °C дан юқори бўлган, систолик қон босими 160 мм.симоб устунидан, диастолик қон босими 100 мм.симоб устунидан юқори, юрак қон томир етишмовчилиги оғир даражаси, ўпка артерияси тромбоэмболияси, миокард инфаркти ўткир даври, юрак ритми бузилишлари оғир даражаси, диабетик нефропатиянинг 4-5 босқичларидаги беморлар тадқиқотга жалб этилмади.

Шунингдек барча текширувдан ўтказилган бош мия жароҳатлари, эпилепсия, марказий асаб тизимининг юқумли, демиелинизацияловчи, сурункали дегенератив, ирсий дегенератив касалликлари ва соматик патологияси бўлган беморлар тадқиқотга жалб этилмади.

Текшириш усуллари ўз таркибига клиник-неврологик текширишлар: невростатус, NIHSS шкаласи, Бартель шкаласи, Ривермид мобиллик индекси, Тейлор шкаласи ва MRS шкалаларини олди. Вертикализация амалиёти PLR ва BPS тестлари натижалари асосида амалга оширилди. Лаборатор усуллардан: қон ва сийдикнинг умумий таҳлили, коагулограмма, гликрланган гемоглобин текшируви, қондаги глюкоза, мочевино ва креатинин миқдори текширилди.

Инструментал тадқиқотлар ўз ичига электрокардиография (ЭКГ), бош миянинг брахиоцефал томирларининг ультратовушли доплерографияси (БЦТ УТДГ), бош мия қон томирлари ангиография текшируви (АНГ), магнит-резонанс томография (МРТ), мультиспирал компьютер томография (МСКТ) каби усулларни қамраб олган.

§1.6. Илмий тадқиқот усуллари

1.6.1. Клиник,инструментал-нейровизуализацион усуллар тавсифи

Тадқиқот давомида беморлар клиник-неврологик ҳолатини баҳолаш, даволаш ва эрта реабилитация тадбирлари самадорлиги ўрганишда неврологик шкалалардан фойдаланилди. Ушбу шкалалар ёрдамида тадқиқотнинг 1-2 кунларида беморлар клиник неврологик ҳолати белгиланиб, 7-10 кун, 21-24 кун ва 57-60 кунларда динамик ўзгаришлар ўрганилиб таҳлил қилинди.

NIHSS шкаласи - NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale) шкаласи мия инсультларида клиник симптомлар даражасини объектив баҳолаш учун кенг қўлланилади. Бу шкала ёрдамида инсульт руй берган беморнинг ҳуши, кўриш, ҳаракат ва сезги тизими, координатор бузилишлар, гнозис ва нутқ функциялари ҳолати баҳоланади. Ушбу шкала инсультдан кейинги неврологик етишмовчиларни ва уларнинг даволаш жараёнида динамик ўзгаришларини баҳолашда қулайлиги сабаб кенг ва самарали қўлланилади. Баҳолаш 0 дан 4 баллгача бўлиб, баллар йиғиндиси ошиши клиник симптомлар оғирлигини белгилаб беради. Баллар йиғиндиси қанча кам бўлса, беморнинг аҳволи шунча яхши, қанча кўп бўлса - шунча оғир ҳисобланади.

Баллар йиғиндисини баҳолаш:

0- қониқарли ҳолат;

3-8 - енгил даражадаги неврологик бузилишлар;

9-12 - ўрта даражадаги неврологик бузилишлар;

13-15 - оғир даражадаги неврологик бузилишлар;

16-34 - ўта оғир неврологик бузилиш ёки кома.

Баллар йиғиндисига қараб, касаллик прогнозини ҳам баҳолаш мумкин. Баллар йиғиндиси 10 дан кам бўлса - прогноз яхши, 20 дан ошиқ бўлса прогноз ёмон бўлиб ҳисобланади [105;174-175-б]. NIHSS шкаласи ёрдамида асосий гуруҳда n=80, назоарт гуруҳларида n=70 ва таққослаш гуруҳи n=40 нафар беморларда эрта реабилитация тадбирлари ўтказилишидан олдин ва кейин уларнинг ҳолати баҳоланди.

Бартель шкаласи - Кундалик ҳаёт фаолияти индекси (BI) Бартель шкаласи-кундалик ҳаётда зарурий ҳаётий муҳим функцияларни бажариш даражасини баҳолашда фойдаланилади. Шкала Dorothea Barthel томонидан 1955 йилда таклиф қилингандан буён қўлланила бошланган. Тестнинг юқори ишончлилиги (тест-қайта тест, интер-рейтинг), шунингдек унинг сезгирлиги ўрганилган ва исботланган: балл динамикаси. 4 ёки ундан кўп балл (максимал

балл 20 балл бўлган ҳолларда) муҳим деб ҳисобланиши мумкин, 4 баллдан камроқ ўзгариш эса ўлчов хатоси туфайли юзага келади. Бартел индекси ўз-ўзига хизмат кўрсатиш ва ҳаракатчанлик билан боғлиқ 10 та бандни ўз ичига олади. Кундалик фаолият даражасини баҳолаш тестнинг ҳар бир бўлими учун бемор томонидан белгиланган баллар йиғиндиси билан амалга оширилади. Шкалада беморнинг реал 24-48 соат олдинги ҳолати акс эттирилади. Шкаладан эрта муддатларда фойдаланиш беморнинг бошланғич фаоллигини аниқлаш учун ҳам, парвариш самарадорлигини аниқлаш учун фойдаланиш ва мониторинг қилиш учун қулайдир.

Баҳолаш мезони:

0-45 балл—оғир даражадаги ногиронлик, фаолиятнинг кескин чегараланганлиги ёки уларнинг тўла бузилишини кўрсатади;

50-70 балл - ўрта даражали ногиронлик, фаолиятнинг ўрта даражада чегараланганлигини кўрсатади;

75-100 балл - фаолиятнинг енгил даражада чегараланганлиги ёки сақланганлигини кўрсатади. [125; 176-178-б.].

Тадқиқотда Бартель шкаласи ёрдамида асосий ва назорат гуруҳларида Тадқиқот аввалида ва Тадқиқотдан сўнг барча беморлар кундалик ҳаёт фаолиятларидаги ўзгаришларни баҳолашда кенг фойланилди.

Ривермид мобиллик индекси - (Rivermead mobility index) шкаласида бемор жавобига қараб ҳар бир бўлим бир балл билан баҳоланади: 0 балл бемор мустақил ҳеч қандай мақсадли ҳаракат бажара олмайди, 15 балл бемор ҳар қандай ҳаракатни бажара олади (F.M.Collen ва х.к., 1991; D. Wade, 1992).

Ривермид мобиллик индекси ёрдамида ишемик инсультнинг қандли диабет фонида юзага келган асосий гуруҳ беморлари ва ишемик инсульт кузатилиб, қандли диабет аниқланмаган назорат гуруҳидаги барча беморларда ҳаракат фаолияти билан боғлиқ кўрсаткичлар тадқиқот бошида ва тадқиқотдан кейин баҳоланди.

Тейлор шкаласи - хавотирни баҳолаш шкаласи ,бўлиб, шкала 50 баёноздан иборат. Ҳар бир саволга “Ҳа” ёки “Йўқ” деб жавоб бериш керак. Баёнозлар Миннесот кўп ўлчовли сўровномаси (MMPI) асосида тузилган.

Сўровнома натижалари: 1 балл берилади:

- “Ҳа” жавоби берилганда: 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50

- “Йўқ” жавоби берилганда: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13

Натижалар таҳлили:

40 дан 50 баллгача — Жуда юқори даражадаги хавотирланиш.

25 дан 40 баллгача — Юқори даражадаги хавотирланиш.

15 дан 25 баллгача — Ўрта юқори даражадаги хавотирланиш.

5 дан 15 баллгача — Ўрта паст даражадаги хавотирланиш.

0 дан 5 баллгача — Паст даражадаги хавотирланиш.

Тейлор шкаласи ёрадмида асосий гуруҳда (n=80) ва назоарт гуруҳларида (n=70) беморларда психологик реабилитация тадбирлари ўтказилишидан олдин ва кейин, таққослаш гуруҳида (n=40) беморлар ҳолати баҳоланди. Беморлар ёши, жинси, маълумоти ва руҳий ҳолатига қараб рационал психотерапия, эмоционал психотерапия ва психологик суҳбат услубларида психологик реабилитация тадбирлари олиб борилди.

PLR (passive leg raising) тести – бу пастки мучаларни пассив кўтариб волемик ҳолатни баҳолаш тести бўлиб: бунда бемор горизонтал умуртқа билан ётган ҳолда оёқлар 60° дан кам бўлмаган бурчакда танага яқинлаштирилади. Гемодинамик кўрсаткичлар қайт этилади (АД, пульс, маркази вена босими–вена катетери бўлганда). Тест АД ёки пульс 10 фоиздан ошганда ёки марказий вена босими 2 мм с.у. дан ошганда мусбат ҳисобланади. Бундай ҳолатда вертикализацияда ортостатик ва волемик етишмовчилик ривожланиши ва ўткир юрак етишмовчигига олиб келиши мумкин.

Коррекциядан кейин гиповолемиа тести яна такрорланади. Қачонки манфий натижа олинса беморда вертикализация амалиётини бошлаш мумкин. PLR test – ҳар иккала гуруҳ беморларида ҳар гал вертикализация амалиёти ўтказишдан аввал ўтказилиб, манфий натижа кузатилган ҳолларда амалиёт давом эттирилди; мусбат натижа кузатилганда эса беморга 24 соат давомида даво муолажалари давом эттириб, қайта PLR test ўтказилди.

BPS (Behavioral pain scale)–оғриқ даражасини баҳолаш шкаласи – оғриқ даражасини баҳолаш шкаласи бир қанча беморларга хос реакциялар асосида олиб борилди. Беморларда вертикализация амалиётидан олдин Визуаль–аналогик шкала (ВАШ) –асосида оғриқ даражаси баҳоланади, бир қанча беморларда оғриқ даражасининг ортиши эс ҳуш бузилишларига сабаб бўлиши мумкин. Баҳолаш 0 балл умуман оғриқ йўқ, 10 балл чидаб бўлмайдиган оғриқлар.

BPS шкаласи ёрдамида вертикализация амалиёти ва даволавчи машқлар бошлашдан аввал беморнинг аҳволи баҳоланиб, манфий натижа кузатилган ҳолатдагина эрта реабилитация тадбирлари давом эттирилди.

Тиббий тадқиқотлар комитети шкаласи (MRS).

MRS – реабилитация шкаласи бўлиб, реабилитация тадбирлари жараёнида мунтазам равишда мушаклар кучи ва ҳаракат фаолияти тикланиш даражасини баҳолашда қулай бўлиб ҳисобланади. Ҳар бир мучада проксимал ва дистал қисмда мушаклар кучи алоҳида баҳоланади.

Баҳолаш учун йўриқномаси

Балл мушаклар кучи

0 Ҳаракат йўқ

1 Пальпациялар мушаклар қисқаришлари бор, ҳаракат кўринмайди

2 Бироз кучсиз ҳаракат бор

3 Ҳаракатда кучи сезиларли

4 Ҳаракат кучи бор, қарама қарши томонга нисбаттан кучсизлик сезилади

5 Нормал мушаклар кучи.

MRS – реабилитация шкаласи ёрдамида ҳар кунлик нофаол даволовчи машлар бажарилишдан олдин беморлар аҳволидаги ўзгаришлар баҳоланди, тадқиқот натижаларида 1-2 кун, 7-10 кун, 21-24 кун ва 57-60 кунлардаги MRS шкаласи натижалари келтирилди.

Бош миянинг магнит-резонанс томографияси текшируви - Магнит майдон индукцияси 1,5 Тесла бўлган - Siemens Magnetom Avanto 1.5T MPT аппарати орқали стандарт усулда (T1 ва T2 тартибида, сагитал, аксиал ва фронтал кесма зичлиги, 1-10 мм кесма қалинлиги) бўйича 0,5 Т магнит индукция катталигида мия моддаси ҳолатини визуал баҳолаш мақсадида амалга оширилди. Бош мия МРТ текшируви асосий гуруҳда 7 нафар ва назорат гуруҳида 8 нафар ишемик инсульт билан оғриган беморларда олиб борилди ва бу лакунар инсульт ёки мия устунда жойлашган инсульт ўчоғига шубҳа бўлганда ўтказилди.

Бош мия мультиспирал компьютер томографияси - Беморлар қабул қилинганда ва даволанишнинг 5-8 суткаларида қайта МСКТ текширувидан ўтказилди. МСКТ текшируви РШТЁИМ Бухоро филиали қабул диагностика бўлимида МСКТ GE – REVOLUTION EVO (64 кесма) General Electric (GE Healthcare) АҚШ да, 2019 йилда ишлаб чиқрилган аппарати ёрдамида амалга оширилди. МСКТ текширувида геморрагик инсульт ташхиси инкор этилиб, ишемик ўчоқ локализацияси ва зичлиги ҳақида маълумотлар олинди. МСКТ текширувида асосий гуруҳда 73 нафар ва назорат гуруҳида 62 нафар ва таққослаш гуруҳидан 40 нафар беморда ўтказилди. МСКТ текширувида ишемик инсульт аниқланган асосий гуруҳда $n=43$ зарарланиш ўчоғи ўлчами $2,76 \pm 0,22$ см², $n=32$ зичлиги $20,0 \pm 3,82$ ЕД, назорат гуруҳида ўчоқ ўлчами $2,98 \pm 2,59$ см², зичлиги $20,19 \pm 3,77$ ЕД ни ташкил этади.

Ультратовуш брахиоцефал артериялар дуплекс сканерлаш ва ангиография - Брахиоцефал артериялар УТДС ва ангиография текшируви усуллари бош мия экстракраниал ва интракраниал бош мия ва бўйин қон томирларини дуплекс сканирлаш (ДС) бир вақтнинг ўзида Sono Scape, SSI 5000, даччик L-741, 5,5-10 мГц, даччик, пубекс 3,5 мГц, секторли фазирланган датчик

2P1, 4-2 мГц Made in China, 2019 йилда ишлаб чиқарилган аппарати орқали ўтказилди. Тадқиқот РШТЎИМ Бухоро филиали қабул диагностика бўлимида ўтказилди. Бу ноинвазив текширув усули бўлиб, марказий артерия ва брахиоцефал ствол ҳолатини ўрганиш, уларнинг тузилиши ҳақида маълумот олиш, қиёслаш гуруҳида текширилаётган беморларда қон оқимини баҳолаш ҳисобланди. УТДС ёрдамида миянинг марказий йирик қон томирларидаги қон оқими тезлиги диагностикаси, қон томир диаметри, КИМ, стеноз жараёни даражаси, томирлар бурилишлари, кузатилиши мумкин бўлган ангиоспазмларни аниқлаш имконини берди. Брахиоцефал артериялар ўтказувчанлиги камайиши, диабет билан боғлиқ ҳолда учраши, даволаш ва эрта реабилитация тадбирлари самарадорлигига таъсири ва корреляцион боғлиқлиги ўрганилди.

Бош мия қон томирлари ангиография текшируви ЭОП-Brivo“С” шаклдаги ёй билан ОЕС–785 (Хитой), 2019 йилдан ишлаб чиқарилган аппаратура ёрдамида амалга оширилди. Асосий гуруҳда (n=23), $28,75 \pm 9,44$ фоиз, ва назорат гуруҳида (n=12), $17,1 \pm 10,88$ фоиз ташкил этди.

3-жадвал.

Бош мияни қон билан таъминловчи артериялар стенози даражалари

Стеноз даражалари	Фоиз
Енгил	0-29
Ўрта даражадаги	30-50
Оғир	50-69
Критик	70-99
Окклюзия	100

Бош мияни қон билан таъминловчи йирик артериялар стенози даражалари (NASSET ва ECST таснифи бўйича, 1991 йил) [105;159-160-б.]. Брахиоцефаль артериялар дуплекс сканерлаш текшуви ёрдамида асосий гуруҳда (n=49), $61,25 \pm 6,96$ фоиз, ва назорат гуруҳида (n=57), $81,4 \pm 5,15$ беморлар текширувдан ўтказилди.

Брахиоцефал артериялари стеноз даражаси ультратовуш дуплекс сканерлаш ва ангиография усулларида текширилганда умумий уйқу артерияси стенози асосий гуруҳда ўнг томонлама 51,2 фоиз беморларда кузатилиб, ўртача $19,8 \pm 2,6$ фоиз, чап томонлама 47,5 фоиз ҳолатда, $13,7 \pm 2,0$ фоизни ташкил этди, назорат гуруҳида эса ўнг томонлама 87,1 фоиз ҳолатларда кузатилиб, ўртача $17,15 \pm 2,6$ фоиз ва чап томонлама 74,3 фоиз кузатилиб, ўртача $11,19 \pm 2,4$ фоизни ташкил этди (3-жадвал). Ҳар иккала гуруҳда стеноз асосан умумий уйқу артерияларида жойлашганлигини кузатиш мумкин.

Бош мияни қон билан таъминловчи йирик артериялар стенози асосий гуруҳда енгил 59,7 фоиз, ўрта 29,2 фоиз ва оғир даражада 11,1 фоиз ҳолатларда кузатилиб, назорат гуруҳида енгил 56,5 фоиз, ўрта 26,1 фоиз, оғир 15,9 фоиз ва 1,4 фоиз критик даражадаги стеноз ҳолатлари кузатилди.

Электрокардиография

ЭКГ текшируви авваламбор миокард инфаркти ва аритмияларни зудлик билан аниқлаш мақсадида ўтказилди ва тез фурсатда ўтказиладиган барча терапевтик амалиётлардан олдин ЭКГ текшируви ўтказиш муҳимдир. Шу сабабли ЭКГ текшируви барча беморларда 100 фоиз ўтказилди. Олинган натижаларга кўра, юрак уришлар сони асосий гуруҳда ўртача $82,4 \pm 2,3$, минимал 45, максимал 140 та/минут ва назорат гуруҳида $81,9 \pm 1,87$, минимал 55, максимал 137 тани ташкил қилди. ЭКГ текширувида микард дистрофияси АГ 100 фоиз, НГ $92,9 \pm 3,19$ фоиз беморларда, чап қоринча гипертрофияси АГ $95 \pm 2,5$ фоиз, НГ $78,6 \pm 5,53$ фоиз, синусли тахикардия АГ $20 \pm 10,0$ фоиз, НГ $15,7 \pm 10,9$ фоиз, синусли брадикардия АГ $2,5 \pm 11,0$ фоиз, НГ $1,4 \pm 11,9$ фоиз, Юрак ишемик касаллиги АГ $1,25 \pm 11,1$ фоиз, НГ да аниқланмади, инфарктдан кейинги кардиосклероз ПИКС АГ $13,7 \pm 10,4$ фоиз, НГ $7,1 \pm 11,5$ фоиз, юрак ритми бузилиши АГ $5 \pm 10,9$ фоиз, НГ $8,6 \pm 11,4$ фоиз ва сурункали юрак етишмовчилиги АГ $1,25 \pm 11,1$ фоиз ва назорат гуруҳида аниқланмади.

§1.6.2. Лаборатор текширув усуллар тавсифи

Умумий қон таҳлили - тадқиқотнинг бошида яъни бемор қабул қилинганда ва бемор бўлимдан чиқарилиш вақтида таҳлил қилинди. Умумий қон таҳлилида эритроцит, лейкоцит ва тромбоцитлар сони, эритроцитлардаги гемоглобин миқдори аниқланди. Ушбу кўрсаткичларни баҳолаш қон томир етишмовчилигининг мумкин бўлган сабабларини аниқлаш учун муҳимдир. Эритроцитлар сони ва гемоглобин миқдоринг камайиши (анемия) ўткир қон кетиши асорати сифатида мия ишемияси сабабларидан бўлиши мумкин. Лейкоцитлар миқдори ўзгариши организмдаги ўткир яллиғланиш касалликларида, аксарият ҳолатларда лейкоцитоз рақобатдош касалликлар кўрсаткичи бўлиб, қўшимча текширувлар ва даво чоралари зарурлигини кўрсатади, шунингдек йўлдош касалликлар даволаш ва реабилитация жараёнини мураккаблаштиради. Эритроцитларнинг чўкиш тезлиги (ЭЧТ) нинг ортиши организмдаги яллиғланиш жараёнларини, шу жумладан қон томирларининг деворларида яллиғланиш ўзгаришларини (артерит) кўрсатиши мумкин, бу эса ўткир қон айланиши етишмовчилиги пайдо бўлишида муҳим рол ўйнаши мумкин. Тадқиқотда гемоглабин текшируви учун аппарат Mini Screen P, қон шакли элементлари PrimioStar, ZEIZZ микроскопи ёрдамида барча беморларда қабул қилингандан дастлабки 3 соат ичида ва даволашнинг 5-10 кунларида текширилди.

Умумий сийдик таҳлили - Сийдикнинг турли хусусиятларини (ранги, зичлиги, оксил миқдори, билирубин, глюкоза) ўрганиш, сийдик тизимининг аъзоларида яллиғланиш аломатларини аниқлаш имконини беради. Қандли диабетда сийдикда глюкоза ва кетон таначалари пайдо бўлиши, артериал гипертензия сабаб сийдикда протеин даражаси ошиши мумкин. Ушбу касалликлар инсульт юзага келишида муҳим хавф омиллари ҳисобланади. Шунингдек протеинурия диабетик нефропатияни ташхислаш ва даражасини аниқлашда муҳим кўрсаткич бўлиб ҳисобланади [126; 77-78-б.]. Тадқиқот бошида ва сўнгида барча гуруҳ беморларда умумий сийдик таҳлили натижалари келтирилди, нейрореанимация бўлимида даволанган ва сийдикда

патологик ўзгаришлар кузатилган беморларда динамикада ушбу таҳлил бир неча марта ўтказилди.

Қон биокимёвий таҳлили - Қонда глюкоза миқдори қандли диабет диагностикасида асосий омил бўлиб ҳисобланади. Қонда глюкоза миқдорини динамикада аниқлаш анамнезда диабет бўлган беморларда даволаш ва эрта реабилитация тадбирлари ўтказишда муҳим аҳамият касб этади. Тадқиқот давомида асосий гуруҳ ва таққослаш гуруҳи беморларида қонда қанд миқдори кунлик ва кунора, назорат гуруҳида ҳам бемор қабул қилинган кун 1-24 соат давомида ва динамикада таҳлил қилиб борилди. Қонда мочевино ва креатинин миқдорини аниқлаш буйрак фаолиятини баҳолашда аҳамиятли бўлиб, айниқса қонда креатинин миқдорини аниқлаб Кокрофт-Голт формуласи ёрдамида КФТ-коптокчалар филътрация тезлигини аниқлаш ва диабетик нефропатиянинг асорати сифатида сурункали буйрак етишмовчилигини ташхислашда аҳамиятлидир.

$$\text{КФТ(мл\мин)} = \frac{[140 - \text{ёш(йил)}] * \text{тана вазни (кг)}}{\text{креатинин плазмада (мк. молль\л)}} * 1,23(\text{Э})\text{ёки } 1,05(\text{А})$$

Тадқиқот гуруҳларида юқоридаги формула ёрдамида КФТ аниқланиб 4-жадвалда келтирилган кўрсаткичлар асосида сурункали буйрак етишмовчилиги даражалари баҳоланди [112; 77-78-б.].

4-жадвал.

Сурункали буйрак касаллиги босқич ва КФТ (СКФ) даражалари

КФТ (мл/мин/1,73 м2)	Кўрсаткич	Босқич
≥ 90 ва ундан юқори	Оптимал	C1 1
60 – 89	Сезиларсиз камайиш	C2 1
45 – 59	Қисман камайиш	C3a
30 – 44	Яққол камайиш	C3б
15 – 29	Кескин камайиш	C4
< 15	Терминал буйраке тишмовчилиги	C5

Шунингдек тақиқодда қон биокимёвий таҳлили Mindray BA-88A Хитой, 2017 яримавтомат анализатори, Miniscreen P, Италия, 2007, Центрифуга TDZ4-WS, Хитой, 2007 йилда ишлаб чиқарилган аппарат ёрдамида билурубин миқдори, АЛТ, АСТ ферментлари миқдори ўрганилди.

Таҳлил натижаларида соматик касалликларнинг кўзиш даври ёки декомпенсация босқичи бўлган беморлар тадқиқотга жалб этилмади [126; 77-78-б.].

Коагулограмма

Коагулограмма - қон ивиш тизимини HumaClot Duo Plus 2019 йилда Германияда ишлаб чиқарилган коагулограф аппарати ёрдамида ўрганилди. Коагулограммани ҳисобга олиш инсультнинг олдини олиш ва антикоагулянтларни қабул қилиш самарадорлигини баҳолаш учун муҳимдир. Қон ивиш тизимини таҳлил қилиш асосида гемореологик инсультнинг бир қанча кўринишларини ташхислаш ёки инкор этиш имконияти мавжуд. Тадқиқот давомида қон ивиш вақти ва фибриноген ,протромбин вақти, протромбинли индекс, МНО, АЧТВ кўрсаткичлари динамикада аниқлаб таҳлил қилиб борилди [125; 63-64-б.]. Барча гуруҳ беморларида динамикада бир неча марта таҳлил ўтказилиб, антикоагулянтлар ва антиагрегантлар фойдаланиш натижалари баҳоланиб, керакли дозалар назорат қилинди.

§ 1.6.3. Тадқиқот натижаларини статистик қайта ишлаш

Тадқиқотни амалга оширишда махсус тадқиқот картаси ва реабилитация жараёнини амалга оширишни қулайлаштириш мақсадида махсус реабилитация картаси тузилиб, Бухоро давлат тиббиёт институти илмий кенгаши томонидан тасдиқланди ва Соғлиқни сақлаш вазирлиги котибиятида рўйхатдан ўтказилди. Ҳар бир беморга тадқиқот ва реабилитация карталари тўлдирилди. Тадқиқот натижаларини статистик қайта ишлаш шахсий компьютерда Microsoft Excel 2019 (Microsoft, США) дастури асосида яратилган маълумотлар базаси ёрдамида олиб борилди, унга текширишнинг

клиник, лаборатор, инструментал ва нейровизуал усуллари натижалари киритилди.

Маълумотлар базасини қайта ишлашга М- вариацион қаторнинг ўртача кўрсаткичи, $\bar{x}$ – стандарт квадрат оғиш, m- ўртача стандарт хатолик, min- минимал кўрсаткич, max – максимал кўрсаткич, корреляция коэффиценти кетма кетликда шундай статистик тавсифларни ҳисоблаш билан статистик таҳлилга қўшилди.

Натижалар ўртача кўрсаткичлар кўриниши бўлганда ва фоизларда ифодаланганда фарқли усулларда ёрдамида t – аниқлилиқ кўрсаткичи топилиб ҳар икка ҳолатда Стъюдент жадвали ёрдамида ишончилиқ мезони баҳоланди.

Тадқиқотда дастлабки ва кейинги беморлар аҳволини ўзгаришлар шкалалар ёрдамида баҳоланиб «тафовутлаш усули» ёрдамида t – аниқлилиқ кўрсаткичи топилди ва Стъюдент жадвали орқали баҳоланиб p – ишончилиқ чегараси баҳоланди. Агар берилган мезон (синов) учун олинган p қиймати танқидий аҳамиятлилиқ ($p < 0,05$) даражасидан паст бўлса, тафовутлар муҳим деб ҳисобланди.

Ўрганилаётган намуна нормал тақсимланиш меъёрларига жавоб бермагани учун параметрик бўлмаган статистика усулларида фойдаландик. Белгилар ўзгаришининг мослашувчанлигини аниқлаш учун эса r - Спирмен корреляцион мезони қўлланилди [127;129-221-б.].

II- БОБ. КЛИНИК-НЕВРОЛОГИК, ЛАБОРАТОР-ИНСТРУМЕНТАЛ ТЕКШИРУВ НАТИЖАЛАРИ (олинган шахсий натижалар таҳлили)

Ишемик инсульт ва уни қандли диабет билан кечишини ташхислаш бир қатор субъектив, объектив, неврологик, лаборатор ва инструментал текширувлар асососида олиб боришни талаб қилади. Юқоридаги текширувлар асосида: асосий гуруҳ - ишемик инсульт ва қандли диабет ташхиси тасдиқланиб, эрта реабилитация амалиёти ўтказилган беморлар; назорат гуруҳи - ишемик инсульт ташхиси тасдиқланган, аммо қандли диабет ташхиси инкор этилган эрта реабилитация ўтказилган беморлар; таққослаш гуруҳи - ишемик инсульт ва қандли диабет ташхиси тасдиқланган ва эрта реабилитация тадбирлари ўтказилмаган беморлардан ташкил топди. Диагностика жараёнида касалликларнинг клиник манзараси қиёсланиб, клиник ўлчовлари жиҳатдан бир бирига яқин беморлар гуруҳларда бирлаштирилди, асосий гуруҳ ва таққослаш гуруҳларидаги беморларда қандли диабет ва унинг асоратлари ташхисланди ҳамда уларни даволаш, эрта реабилитация жараёнига таъсири неврологик шкалалар ёрдамида динамикада қиёсий баҳоланди.

§2.1. Тадқиқот ўтказилган беморларда клиник неврологик текширув натижалари

Субъектив текширувларда беморларнинг шикоятлари ва анамнез маълумотлари ўрганилиб қисёсий таққосланди. Қуйдаги жадвалда тадқиқот гуруҳларида инсульт бошланишни билан тадқиқотда ўрганилган беморларда умумий мия симптомлари кузатилиш кўрсаткичлари келтирилган. Қандли диабет асосида ишемик инсульт шакканган гуруҳларда хушини йўқотиш, қарахтлик, шикоятини баён эта олмаслик кўнгил айланиш каби шикоятлар билан касалликнинг бошланги назорат гуруҳига нисбаттан юқори кўрсатларда намоён бўлди (5-жадвал).

5–жадвал.

Умумий мия симптомлари тадқиқот гуруҳларида ифодаланиши (n=190)

Симптом	Асосий гуруҳ (n=80)		Назорат гуруҳи (n=70)		Таққослаш гуруҳи (n=40)	
	n	M(%)±m	n	M(%)±m	n	M(%)±m
Ҳушини йўқотиш	2	2,5±1,7	0	0,00	2	5±3,4*
Карахтлик	15	18,7±4,4	11	15,7±4,3**	5	12,5±5,2*
Баён эта олмайди	21	26,3±4,9	8	11,4±3,8	8	20±6,3
Бош оғриғи	72	90±3,4	61	87,1±4,0**	35	87,5±6,32**
Бош айланиши	70	87,5±3,7	63	90,0±3,6***	34	85±5,65***
Кўнгил айланиши	19	23,7±4,7	16	22,8±5,0**	12	30±7,3**
Қусиш	9	11,2±3,5	5	7,14±3,1	7	17,5±6,0**
Ҳолсизлик	71	88,7±3,5	62	88,5±3,8***	34	85±5,6***

Изоҳ: p<0,05*, p<0,01**, p<0,001***. 1- гуруҳ ва 2- гуруҳ, 1-гуруҳ ва 3-гуруҳлар ўртасида ишончлилик кўрсаткичлари.

Умумий мия симптомлари асосий гуруҳ ва диабет назорати гуруҳида назорат гуруҳига нисбатан чуқурроқ ифодаланганини кузатиш мумкин.

6 - жадвал.

Тадқиқот гуруҳларида анамнез маълумотлари (n=190).

Кўрсаткич	Асосий гуруҳ (n = 80)		Назорат гуруҳи (n=70)		Таққослаш гуруҳи (n=40)	
	n	M(%)±m	N	M(%)±m	n	M(%)±m
Инсулт бошланган вақти (соат)	80	17,1± 2,3	70	14,4±2,1***	40	18,4±1,83***
Гипертония(йил)	80	10,5±0,3	80	8,93±0,33	40	10,3±0,43
Антигипертензив нерегуляр	21	26,3±4,9	43	61,4±5,82**	8	20±6,32**
Антигипертензив регуляр	59	73,8±4,9	27	38,6±2,82*	32	80±6,32*
Антиагрегант нерегуляр	17	21,3±4,6	38	54,3±5,95	6	15±5,65
Антиагрегант регуляр	63	78,8±4,6	32	45,7±5,95	34	85±5,65

Изоҳ: p<0,05*, p<0,01**, p<0,001***. 1- гуруҳ ва 2- гуруҳ, 1-гуруҳ ва 3-гуруҳлар ўртасида ишонлилик кўрсаткичлари.

Ушбу шикоятларининг қандли диабет фонида ривожланган ишемик инсульт кузатилган беморлар нисбатан юқори кўрсаткичларда кузатилиши, қандли диабетнинг асосида юзаган келган гемодинамик ва гемореологик ўзгаришлар оқибатидаги диабетнинг эрта ва кечки асоратларининг борлиги билан асосланади.

Касаллик бошланишидан беморлар госпитализация қилингунча ўтган вақтлар орасида тадқиқот гуруҳларида сезиларли фарқ кузатилмайди. Тадқиқотнинг барча гуруҳларидаги беморларда гипертония касаллиги ҳамроҳлиги кузатилиб, анамнездан ушбу касалликнинг бошланиши ўртча 10 йил давомийликни ташкил этиши аниқланади. ҚД мавжуд беморларнинг назорат гуруҳига нисбатан антигипертензив ва антиагрегант препаратлар кўпроқ қисми қабул қилиши кузатилиб (6-жадвал) , шундай бўлган ҳолларда ҳам инсульт юзага келиши муддатинининг назорат гуруҳига нисбатан юқорилигини ҚД фонида ривожланган гиперкогуляция билан изоҳлаш мумкин.

7- жадвал.

Қандли диабет бошланган вақти ва инсульт кузатилганга қадар қабул қилинган гипогликемик препаратлар турлари.

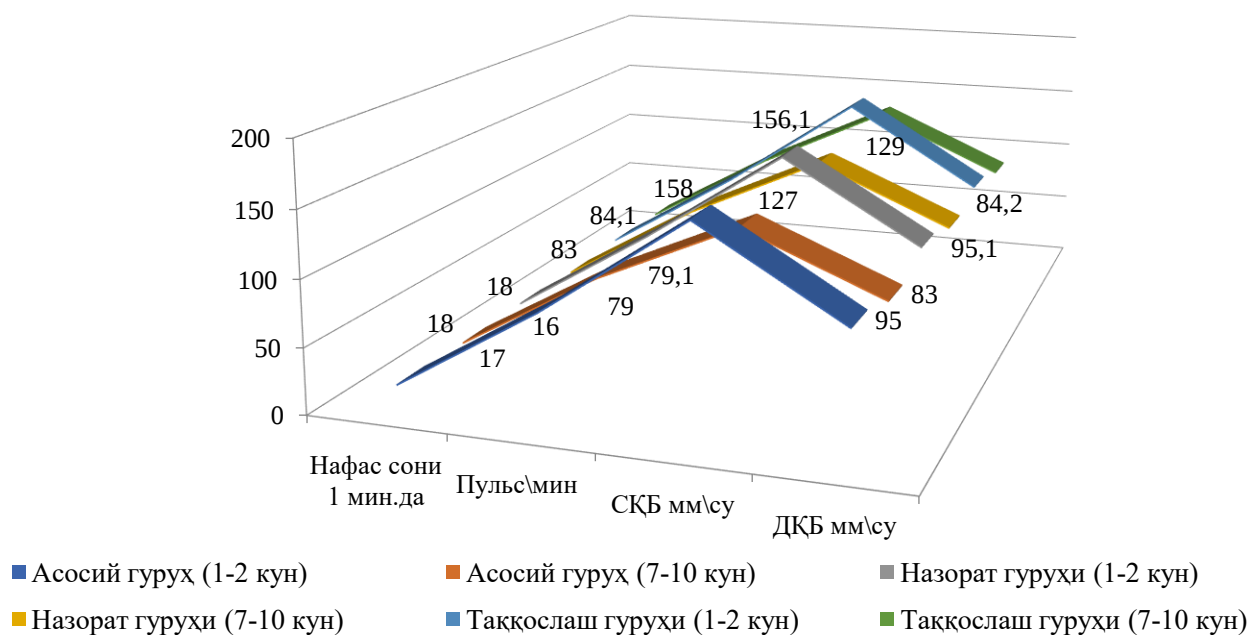
Диабет анамнези	АГ (n=80)	ТГ (n=40)
Қандли диабет 2 тип	100 % ₃	100%
ҚД 10 йилдан ортиқ	38%	37,5%
ҚД 5-10 йил	45%	42,5%
ҚД 1-5 йил	17%	17,5%
ҚД бирламчи аниқланган	4%	2,5%
Метформин қабул қилади	53%	62,5%
Сульфонилмочевина препарати қабул қилади	15%	15%
ДПП ингибитори қабул қилади	9%	5%
Инсулин қабул қилади	24%	17,5%

Юқоридаги 7-жадвалда АГ ва ТГ барча беморлар ҚД II тип билан оғриган, ҚД бошланган вақти АГ 4 фоиз ва ТГ 2,5 фоиз беморларда қандли

диабет бирламичи аниқланган, ҚД аниқланганига 1-5 йил АГ 17 фоиз, ТГ 17,5 фоиз, 5-10 йил АГ 45 фоиз, ТГ 42,5 фоиз ва 10 йилан ортиқ вақт бўлган беморлар АГ 38 фоиз, ТГ 37,5 фоиз ташкил этади. Инсулт кузатилганга қадар гипогликемик мақсадда қабул қилган воситалари юқоридаги жадвалда келтирилган. Инсулин воситаси АГ беморлари 24 фоиз ва ТГ 17,5 фоиз, перорал гипогликемик воситалар АГ 76 фоиз ва ТГ 82,5 фоиз ҳолларда қабул қилиб келган бўлиб, инсулт кузатилгандан сўнг даволаш стандарти асосида барча беморлар эндокринолог тавсияси асосида инсулин препарати билан даволаш давом эттирилди.

Объектив текширувлар клиник тавсифи

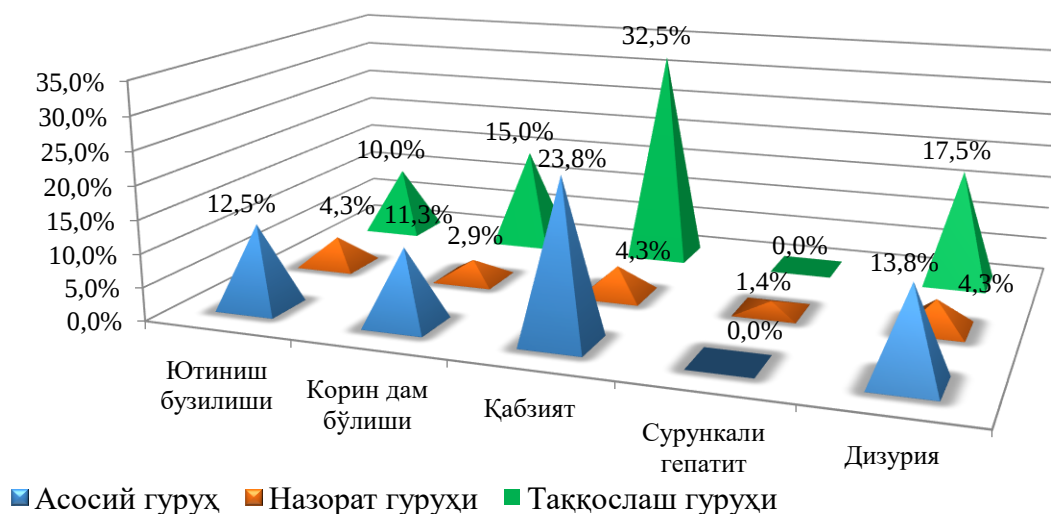
Тадқиқот гуруҳларида барча беморлар чуқур объектив текширувдан ўтказилди ва тадқиқот давомида мунтазам динамик кузатилиб соматик кўрсаткичлар қайд этиб борилди. Аъзолар тизимларида ўткир етишмовчиликлар бўлган беморлар тадқиқотга жалб этилмади. Тадқиқот давомида гемодинамик ва бошқа соматик кўрсаткичлар ўлчовларида кескин ўзгаришлар кузатилганда бемор тинч ҳолатга ўтказилиб ҳаётий кўрсаткичлар нормаллаштирилди ва тадқидод 24 соатдан сўнг давом эттирилди.



1-расм. Текширув ўтказилган беморларда гемодинамик кўрсаткичлар

Ҳар уч гуруҳда барча беморлар ишемик инсульт гипертония касаллиги фонида юзага келган бўлиб, симптоматик артериал гипертензия ҳолатлари аниқланмади.

Ҳаётий кўрсаткичлар нафас олиш тизимида нафас сони 1-2 кунлар ва даволанишнинг 7-10 кунларида 1 дақиқада 18 тани ташкил этиб тадқиқот гуруҳлари ўртасида эътиборга молик жиҳатлар кузатилмади. Юрак қон томир тизими фаолияти объектив текширувларда юрак уришлар сони дақиқасига 1-2 кунларда ва даволанишнинг 7-10 кунларида ўртача кўрсаткичлар ҳисобида дақиқасига 78-85 тани ташкил этди. Тадқиқотга иштирок этган барча гуруҳлардаги беморларда артериал қон босими беморлар қабул қилинганда ва динамикада антигипертензив терапия фонида ҳар 4 соатда ўлчаб, қайд этиб борилиб, артериал гипертензия вертикализация амалиётини бошлаш ва давом эттиришга асос бўлувчи муҳим мезонлардан бири сифатида белгиланиб вертикализация амалиётида артериал қон босими ҳар 5 дақиқада текширилди. СҚБ 1-2 кунларга нисбатан 7-10 кунларда ўртача кўрсаткичларда 30 мм.с.у., ДҚБ эса 10 мм.с.у.га антигипертензив терапия фонида пасайиши кузатилди. Шунингдек ҚД фонида ривожланган ишемик инсульт кузатилган беморлар гуруҳида ЮҚТ касалликларига хос аломатлар НГ нисбатан юқори кўрсаткичларда ифодаланиши аниқланди.



2-расм. Беморларда овқат ҳазм қилиш ва сийдик айирув тизимларида юзага келган патологик ўзгаришлар диаграммаси

Овқат ҳазм қилиш тизими фаолиятидаги патологик ўзгаришлардан ютиниш бузилиши марказий дисфагия типда эканлиги кузатилди. Дисфагиянинг ҚД фонида беморларда назорат гуруҳига нисбатан 2,9 марта кўп учрашини диабетик ангиопатиялар фонида юзага келган диабетик нейропатиялар билан асослаш мумкин.

Юқоридаги 2-диаграммадан кўриниб турганидек, қорин дам бўлиши ҚД ҳамроҳлигидаги гуруҳларда 3 марта, қабзият 5,5-7,75 марта кўп ҳолатларда учраши кузатилди. Асосий гуруҳда ушбу симптомларнинг юқорилигини қандли диабетнинг асорати автоном полинейропатия ҳисобидан ичаклар фаолиятинг бузилиши билан изоҳланади. Шунингдек назорат гуруҳида $n=1$, $1,4 \pm 1,4$ фоиз ҳолатда сурункали гепатит касаллиги аниқланиб, жигар фаолиятинг компенсация даврида эканлиги, жигар ферментлари нормада эканлиги, ҳамда касалликнинг ремиссия давридалиги ҳисобга олиниб беморлар тадқиқотга жалб этилди.

Сийдик айирув тизими фаолиятида дизурия аломатлари АГ ва ТГ да НГ нисбатан 3-4 марта юқори кўрсаткичларда кузатилди.

8-жадвал.

Асосий ва диабет назаорати гуруҳ беморларида қандли диабетнинг асоратлари

Асорат	Асосий гуруҳ (n=80)		Таққослаш гуруҳи (n=40)	
	n	(%) $\pm$ m	n	(%) $\pm$ m
Диабетик ангиопатия	80	100 $\pm$ 0	40	100 $\pm$ 0
Диабетик ретинопатия	32	40 $\pm$ 5,5**	17	42,5 $\pm$ 7,8**
Диабетик нефропатия	36	45 $\pm$ 5,6**	19	47,5 $\pm$ 7,9**
Диабетик полинейропатия 2	68	85 $\pm$ 4,0***	35	87,5 $\pm$ 5,5***
Диабетик полинейропатия 3	12	15 $\pm$ 4,0**	5	12,5 $\pm$ 5,2*
Автоном полинейропатия	19	23,7 $\pm$ 4,8*	11	27,5 $\pm$ 7,1**

Изоҳ: $p < 0,05^*$, $p < 0,01^{**}$, $p < 0,001^{***}$. 1- гуруҳ ва 2- гуруҳ, 1-гуруҳ ва 3-гуруҳлар ўртасида ишонлилиқ кўрсаткичлари.

Дизурия белгиларнинг ҚД ҳамроҳлигидаги гуруҳларда юқорилигини, полиурия ва гипергликемия, глюкозурия ҳисобидан сийдик чиқариш йўлларида иккиламчи ретроград инфекциялар кўпайиши учун қулайлик яратиш, автоном полинейропатия ҳисобидан урогенитал нейропатиялар билан асосланади.

Қандли диабет ҳамроҳлик қилган асосий гуруҳ беморларининг барчаси (n=80) турли даражада диабетик ангиопатиялар билан асоратланган. Диабетик икроангиопатиялар, диабетик ретинопатия 40-42 фоиз, диабетик нефропатия 45-47 фоиз, диабетик полинейропатия 2 даража 85-87 фоиз ва диабетик полинейропатия 3 даража 13-15 фоиз ҳолатлар кузатилиб, АГ ва ТГ ўртасида йирик тафовудли фарқлар кузатилмади.

Тадқиқот давомида Кокрофт-Голт формуласи ёрадамида КФТ-коптокчалар филтрацияси тезлигини аниқланиб, диабетик нефропатиянинг даражаси белгиланди. Тадқиқот натижасидаги амалий тавсияларда невролог ва нейрореаниматолог врачлар диққатини диабетик нефропатияга қаратиш мақсадида қонда креатинин миқдори 130-150 мк.ммоль\л дан юқори бўлган ҳолатларда вертикализация амалиётини кечиктириш ҳамда даво муолажаларини давом эттириш тавсия этилди.

Неврологик статусда клиник белгиларнинг намоён бўлиши

Бош миёда қон айланишининг ўткир бузилишларини ташхислашда невростатусни баҳолаш энг муҳим клиник омил бўлиб ҳисобланади. Беморларда невростатусда юзага келган ўткир етишмовчиликлар инсульт ташхисини тасдиқлашда фойдаланиш билан биргаликда асаб тизимидаги мавжув патология, қандли диабет асорати сифатида ўрганилиб, ушбу асоратнинг ишемик инсультнинг ўткир даврида эрта реабилитация тадбирларини амалга оширишдаги таъсири ўрганилди.

Беморлар бирламчи кўрикда неврологик статусни текширганда ҳар уч гуруҳда ҳидлов ва кўрув нерви фаолиятида етишмовчиликлар: амовроз ёки гемианопсия аниқланмади. Барча гуруҳ беморларда кўз қорачиги D=S бўлиб,

асосий гуруҳда ($n=1$) беморда $1,25\pm 1,24$ фоиз мидриаз аниқланди. Кўзни ҳаракатлантирувчи нервлар парези $1,25\pm 1,24$ фоиз ҳолатда кузатилиб, НГ ва ТГ да ушбу ҳолат кузатилмади. Кўз олмаси ҳаркати ҳамкорлиги барча гуруҳларда йирик ўзгариш ҳолатлари кузатилмаги ҳолатларда диплопия АГ ва ТГ да 6-8 фоиз юқори кўрсаткичларда кузатилди. Дисфагия ҳар иккала гуруҳда кузатилиб, ҚД фонида беморларда назорат гуруҳига нисбатан 2,9 марта кўп учрашини аниқланади. Шунингдек ҚД фонида юзага келган ишемик инсульт кузатилган беморларда дизартрия, афазия ва юз нервининг марказий типда зарарланиш аломатлари ТГ нисбатан 2-3 марта кўпроқ ҳолларда ривожланиши ва зарарланиш белгиларининг чуқурак даражаларда ифодаланиши ўрганилди.

9-жадвал.

Тадқиқот гуруҳларида беморларда неврологик статусда юзага келган патологик ўзгаришларни қиёслаш

Кўрсаткич	Асосий гуруҳ ($n=80$)		Назорат гуруҳи ($n=70$)		Таққослаш гуруҳи ($n=70$)	
	n	% $\pm$ m	n	% $\pm$ m	n	% $\pm$ m
Диплопия	6	$7,5\pm 2,94$	1	$1,4\pm 1,4^*$	4	$10\pm 4,74^*$
Кўз олмаси ҳамкор	9	$98,8\pm 1,24$	0	100 ± 0	0	100 ± 0
Горизонтал нистагм	4	$17,5\pm 4,25$	6	$22,9\pm 5,02^*$	9	$22,5\pm 6,6^{**}$
III жуфт нерв парези	1	$1,25\pm 1,24$	0	0 ± 0	0	0 ± 0
Юзи ассимитрик	8	$22,5\pm 4,7$	9	$12,9\pm 4^{**}$	1	$27,5\pm 7,06^*$
Дизартрия	9	$61,2\pm 5,4$	0	$57,1\pm 5,9^{***}$	9	$47,5\pm 7,9^{***}$
Афазия	3	$3,7\pm 2,12$	1	$1,4\pm 1,42^{**}$	3	$3,75\pm 2,12^*$
Дисфагия	0	$12,5\pm 3,7$	3	$4,3\pm 2,42^*$	4	$10\pm 4,74^*$
Анизорефлексия	7	$96,3\pm 2,12$	5	$92,9\pm 3,08^{**}$	6	$90\pm 4,74^{**}$
Монопарез	3	$3,8\pm 2,12$	5	$7,1\pm 3,08^*$	2	$5\pm 3,45$
Гемипарез	3	$91,3\pm 3,16$	2	$88,6\pm 3,8^{***}$	5	$87,5\pm 5,23^{***}$
Гемилегия	4	$5\pm 2,44$	3	$4,3\pm 2,4^{**}$	3	$7,5\pm 4,16^*$
Параэстезия	9	$86,3\pm 3,9$	0	0 ± 0	3	$82,5\pm 6,01$

Изох: $p<0,05^*$, $p<0,01^{**}$, $p<0,001^{***}$. 1- гуруҳ ва 2- гуруҳ, 1-гуруҳ ва 3-гуруҳлар ўртасида ишонлилиқ кўрсаткичлари.

Тадқиқот гуруҳларида ҳаракат ва сезги бузилишлари неврологик текширув маълумотларга енгил ҳаракат бузилишлари монопарез типиди ҳаракат бузилиши НГ беморларида 7,1 фоиз ҳолда кузатилиб, 92,9 фоиз ўрта ва оғир даражада ҳаракат бузилишлари гемипарез ва гемиплегия типиди кузатилди. ҳолатлар кузатилди. АГ ва ТГ беморларда ўрта оғир ва оғир даражадаги ҳаракат бўзилишлари сезилари даражада кўп кузатилишини ҚД нинг микро ва макроангиопатик асоратлари билан асослаш мумкин. Сезги бузилишлари барча мучалар периферик қисмида, парестезиялар ҳамроҳлигида аксарият ҳолатларда кузатилиб, анамнездан диабетик полинейропатия билан боғлиқлиги билан асосланади (9-жадвал). Сезгининг гемигиперестезия типиди бузизилиши ҳам тадқиқотнинг барча гуруҳ беморлари орасида кузатилиб, учраш частотаси жиҳатда эътиборга молик фарқлар кузатилмади. Ҳаракат ва сезги фаолияти бузилишлари асосий гуруҳда қандли диабет фонида назорат гуруҳга нисбатан чуқурроқ ифодаланганини кузатиш мумкин.

Беморлар дастлабки кўригида координатор синамалар текширилганда Ромберг ҳолатида беморларнинг АГ (n=78), $97,5 \pm 1,75$ фоиз, НГ (n=66), $94,3 \pm 2,77$ фоиз ва ТГ (n=38), $95 \pm 3,45$ фоиз, ($p < 0,01$) ҳолатларда ётоқ режими ёки нотурғунлик бўлиши кузатилди. Патологик рефлекслардан Бабинский патологик рефлекси АГ (n=61), $76,25 \pm 4,76$ фоиз, НГ (n=53), $75,7 \pm 5,13$ фоиз ва ТГ (n=26), $65 \pm 7,54$ фоиз бир томонлама, АГ n=14, $17,5 \pm 4,2$ фоиз, НГ n=8, $11,4 \pm 3,8$ фоиз ва ТГ n=10, $2 \pm 6,8$ фоиз ҳолатларда икки томонлама мусбатлиги аниқланди. Маринеско Родович патологик рефлекси АГ (n=67), $83,7 \pm 4,1$ фоиз, НГ (n=43), $61,4 \pm 5,8$ фоиз ва ТГ (n=21), $52,5 \pm 7,9$ фоиз, бир томонлама, АГ (n=13), $16,2 \pm 4,1$ фоиз, НГ (n=17), $24,3 \pm 5,1$ фоиз ва ТГ (n=15), $37,5 \pm 7,6$ фоиз ҳолатларда икки томонлама мусбатлиги кузатилди. Патологик рефлекслар учраши ва нисбати ҳам қандли диабет фонидаги асосий ва диабет назорати гуруҳларида яққолроқ ифодаланганлигини кузатиш мумкин. Ҳар уч гуруҳда невролик текшиирувларда менингиал белгилар аниқланмади, ҳамда бошқа инструментал текширувларда геморрагик инсульт ва бошқа менингиал

белгилар юзага келишига сабаб бўлувчи патологиялар борлиги клиник белгилари ҳам кузатилмади.

2.2. Лаборатор-диагностик кўрсаткичлар таҳлили

Олиб борилган тадқиқот давомида бир қатор эрта реабилитация тадбирларини бошлаш бевосита лаборатор кўрсаткичларга боғлиқ эканлиги ўрганилди. Ҳар уч тадқиқот гуруҳида умумий қон таҳлили, қон ивиш кўрсаткичлари, умумий сийдик таҳлили ва қон биокимёвий таҳлили беморлар қабул қилинганда ва динамикада ўрганилиб беморларда патологик жараёнлар таъсир даражаси ҳамда организм ички имконияларига баҳо берган ҳолда эрта реабилитация тадбирлари олиб борилди. Лаборатор кўрсаткичлардаги мутаносиблик асосида эрта реабилитация тадбирлари бошлаб, динамик таҳлиллар асосида олиб борилди.

10-жадвал.

Беморларда умумий қон таҳлилининг текширилган гуруҳлар орасида қиёсий кўрсаткичлари

Кўрсаткич	Асосий гуруҳ (n=80)	Назорат гуруҳи (n=70)	Таққослаш гу- руҳи (n=40)
	M±m	M±m	M±m
Гемоглобин 1-2 кун	116,2±1,4	120,3±1,76***	115,8±2,46***
Гемоглобин 7-10 кун	118,25± 1,38	122,1±1,49***	116,6±2,54***
Эритроцит 1-2 кун	3,79±0,05	3,9±0,05	3,9±0,08
Эритроцит 7-10 кун	3,84±0,05	3,9±0,04	3,86±0,07
Лейкоцит 1-2 кун	6,78±0,24	6,4±0,21	7,2±0,45
Лейкоцит 7-10 кун	6,48±0,15	6,1±0,16	6,8±0,42
ЭЧТ 1-2 кун	13,8±0,65	12,9±0,68	14,1±1,28
ЭЧТ 7-10 кун	10,49±0,44	10,94±0,39	11,2±0,92

Изоҳ: p<0,05*, p<0,01**, p<0,001***. 1- гуруҳ ва 2- гуруҳ, 1-гуруҳ ва 3-гуруҳлар ўртасида ишонлилиқ кўрсаткичлари.

Айинқса динамикада қонда глюкоза миқдори назорати ва қонда креатинин миқдори асосида Кокрофт-Голт формуласи ёрадамида КФТ-коптокчалар фильтрация тезлиги аниқланди ва диабетик нефропатиянинг асорати сифатида сурункали буйрак етишмовчилигини даражаси баҳоланиб, вертикализация амалиёти бошлашда таянч кўрсаткичларидан бири бўлиб хизмат қилди.

Қонда гемоглобин миқдори асосий гуруҳда ҚД фонида қонда эритроцитлар ва гемоглобин миқдорининг назорат гуруҳига нисбатан ўртача кўрсаткичларда пастлигини кузатиш мумкин. АГ да камқонлик белгиларининг кузатилиши диабетик нефропатия сабаб юзага келган СБЕ асосида ривожланган Брайт анемияси билан асосланиб, бу даволаш ва эрта реабилитация тадбирлари самарадорлигига ўз таъсирини ўтказиши кузатилди. Лейкоцитлар миқдорининг асосий гуруҳ ва таққослаш гуруҳ беморларида лейкоцитлар ва ЭЧТ назорат гуруҳига нисбатан юқорилигини кўрсатиб (10-жадвал), АГ гипергликемия сабаб турли иккиламчи инфекция ўчоқлари ва сурункали яллиғланиш жараёнларга мойиллик юқорилиги билан изоҳланади.

Қон ивиши вақти ва унга боғлиқ омилар текширилганда, қон ивиш вақти АГ дастлабки текширувларда бошланиши $03:28 \pm 00:05$, тугаши $03:58 \pm 00:05$, НГ бошланиш $03:27 \pm 00:05$, тугаши $03:54 \pm 00:05$, ТГ бошланиши $03:21 \pm 00:07$, тугаши $03:50 \pm 00:07$ ва даволанишнинг сўнгида антиагрегант ва антикоагулянт терапиялар фонида АГ бошланиши $03:49 \pm 00:04$, тугаши $04:27 \pm 00:04$, НГ бошланиши $04:04 \pm 00:04$ тугаши $04:37 \pm 00:04$, ТГ бошланиши $03:26 \pm 00:04$, тугаши $03:54 \pm 00:05$ ташкил этди. Гуруҳлар ўртасида фарқ қон ивиш вақти НГ да нисбатан узайиши гипергликемия ва натижада гемотакрик кўрсаткичнинг ошишига олиб келиши билан асосланади.

Гликрланган гемоглобин миқдори тадқиқот гуруҳ беморларида аниқланиб $HbA1 \geq 7$ ммоль\л кўрсаткич АГ беморларда 56 фоиз ТГ беморларида 59 фоиз, НГ беморларида $HbA1 \leq 7$ ммоль\л 100 фоиз ҳолатларда аниқланади.

11-жадвал.**Тадқиқотда текширилган беморларда когулограмма таҳлилининг қиёсий кўрсаткичлари**

Кўрсаткичлар	Асосий гуруҳ	Назорат гуруҳи	Таққослаш гуруҳи
	(n=80)	(n=70)	(n=40)
Протромбин вақти	12,9±0,31	14,1±0,1	12,7±0,4
ПТИ	125,2±2,9	102,2±0,6**	127,9±4,5*
МНО	0,83±0,02	0,98±0,01	0,82±0,3
АЧТВ	25,1±0,5	30,1±0,1*	25,7±0,39
Фибриноген	4,4±0,1	3,2±0,1*	4,7±0,14

Изоҳ: p<0,05*, p<0,01**, p<0,001***. 1- гуруҳ ва 2- гуруҳ, 1-гуруҳ ва 3-гуруҳлар ўртасида ишонлилик кўрсаткичлари.

Қон ивиш тизими лаборатор текширув натижаларига эътибор қаратсак ҚД фони фонида ривожланган ишемик инсультлардан ташкил топган тадқиқот гуруҳларида, жумладан протромбин вақти 1,1 нисбатда, ПТИ, МНО ва АЧТВ кўрсаткичларида 18-22 фоиз гиперкоагуляция кўрсаткичлари юқорилиги аниқланди. Шунингдек фибриноген миқдоринг 10-18 фоизга ошганлиги кузатилди (11-жадвал).

Қон биокимёвий таҳлил натижалари динамикаси 12-жадвалда келтирилган бўлиб, умумий билурубин, АЛТ ва АСТ кўрсаткичлар ўртасида сезиларли фарқ аниқланмади. Қонда мочевина ва креатининг миқдорнинг сезиларли даражада 18-26 фоиз юқорилиги ҚД нинг диабетик нефропатия асорати билан асосланиб, қондаги креатинин миқдори вертикализация бошлаш мезонларидан бири сифатида хизмат қилади. Қондаги глюкоза, мочевина ва креатинин миқдори динамикада ўзгариш кўрсаткичлари ўрганилиб, ушбу кўрсаткичларининг мееъерий мезонлардан оғишишларида эндокринолог ва нефролог тавсиялари асосида қўшимча муолажалар ўтказилиб, кўрсаткичлар меъёрлашганда беморлар эрта реабилитация тадбирлари ўтказилиши давом эттирилди.

**Асосий ва назорат гуруҳларида қон биокимёвий таҳлилларининг
динамик таққослаш натижалари**

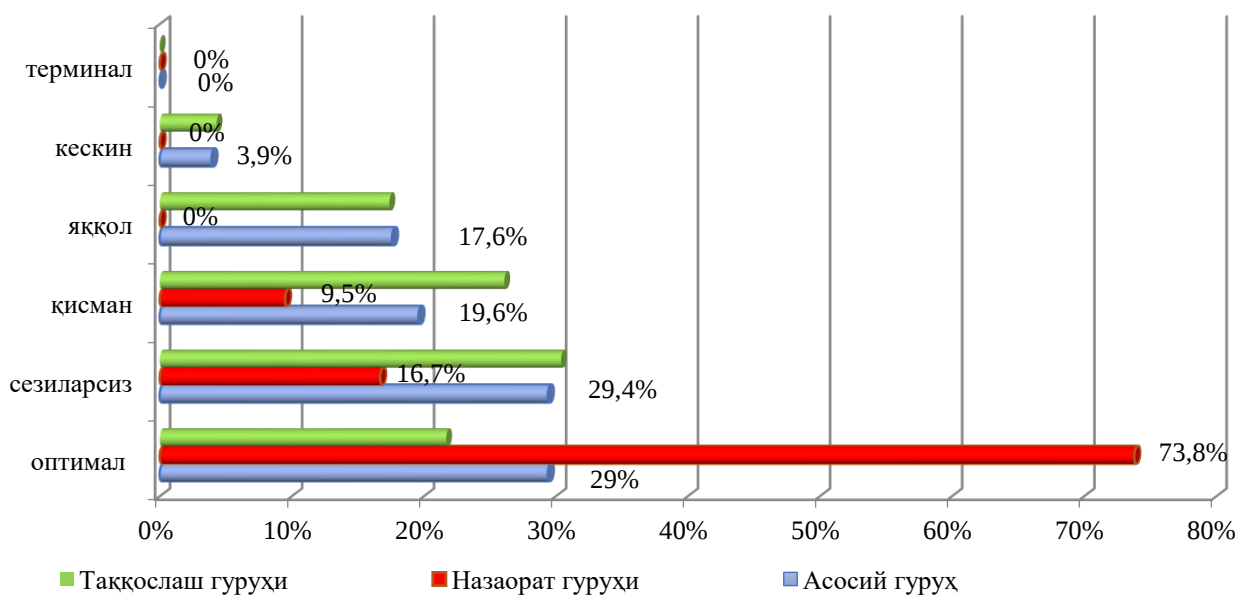
Кўрсаткич	АГ(n=80)	НГ (n=70)	ТГ (n=40)
	M±m	M±m	M±m
Билирубин (умумий)	17,36±0,34	17,49±0,61	16,6±0,51***
Билирубин (боғлиқ)	4,06±0,22	4,15±0,43	4,3±0,39
АЛТ	31,8±2,14	30,3±4,9***	27,3±2,7***
АСТ	27,6±1,4	26,5±3,2***	26,7±2,23***
Мочевина 1-2 кун	8,56±0,45	7,04±0,32	9,3±0,8
Мочевина 7-10 кун	6,89±0,29	6,18±0,27	7,5±0,47
Креатинин 1-2 кун	117,1±4,15	97,66±3,65***	132±8,02***
Креатинин 7-10 кун	101,01±2,87	89,79±2,99***	97,5±4,38***
Глюкоза 1-2 кун	10,23±0,39	6,23±0,27	10,4±0,55
Глюкоза 3-4 кун	8,95±0,32	5,12±0,08	8,7±0,31
Глюкоза 5-6 кун	8,4±0,29	4,76±0,07	8,6±0,36
Глюкоза 7-8 кун	7,36±0,19	5,21±0,08***	7,4±0,26

Изоҳ: p<0,05*, p<0,01**, p<0,001***. 1- гуруҳ ва 2- гуруҳ, 1-гуруҳ ва 3-гуруҳлар ўртасида ишонлилик кўрсаткичлари.

Қонда мочевина ва креатинин миқдорининг АГ да сезиларли даражада юқорилиги диабетик нефропатия натижасида СБЕ юзага келганлигини кўрсатади ва ушбу кўрсаткични аниқлашда асосий диагностик меъзон бўлиб хизмат қилади.

Қонда креатинин миқдори асосида Кокрофт-Голт формуласи ёрадамида КФТ-коптокчалар фильтрация тезлиги ўрганилди ва шунга кўра СБЕ даражаси аниқланди. АГ беморларда сурункали буйрак етишмовчилигининг оптимал даражада бузилиши (n=15), 29,4±3,04 фоиз, НГ (n=31), 73,8±1,4 фоиз ва ТГ(n=5), 21,7±8,6 фоиз (p<0,01); сезиларсиз даражада

пасайиши АГ($n=15$), $29,4 \pm 3,04$ фоиз, НГ($n=7$), $16,7 \pm 5,3$ фоиз ва ТГ($n=7$), $30,4 \pm 9,6$ фоиз ($p < 0,05$); қисман пасайиш АГ ($n=10$), $19,6 \pm 3,97$ фоиз, НГ ($n=3$), $9,5 \pm 7,3$ фоиз ва ТГ ($n=6$), $26,1 \pm 9,16$ фоиз ($p < 0,01$); якқол пасайиш ҳолати АГ ($n=9$), $17,6 \pm 4,24$ фоиз, ТГ ($n=4$), $17,4 \pm 7,9$ фоиз; кескин пасайиш ҳолати АГ ($n=2$), $3,9 \pm 9,7$ фоиз, ТГ ($n=1$), $4,3 \pm 4,25$ фоиз ҳолатларда кузатилди, СБЕ нинг якқол ва кескин даражада ўзгариши НГ да аниқланмади ($p < 0,01$). Терминал даражада буйрак фаолиятининг пасайиш ҳолатлари эса ҳар уч гуруҳда аниқланмади (буйрак фаолиятининг оғир даражада бузилишлари мавжуд бўлган беморлар тадқиқотга жалб этилмади).



3-расм. Сурункали буйрак етишмовчилиги даражалари ифодаланиши

Асосий ва диабет назорати гуруҳи беморларида диабетик нефропатия сабаб буйрак фаолиятидаги бузилишлар назорат гуруҳига нисбатан сезиларли кўп учрашини кузатиш мумкин, буйрак фаолиятида ушбу бузилишлар ишемик инсультнинг ўткир даврида даволаш ва эрта реабилитация жараёнида бир қатор мураккабликлар юзага келтириб, даво самарадорлиги камайишига сабаб бўлади. Беморларда қонда глюкоза миқдори динамикада назорат қилиб борилди. Тадқиқотнинг 1-2 кунларида қонда глюкоза миқдори АГ ва ТГ беморларида 35-40 фоиз юқорилиги аниқланиб динамикада қонда глюкоза миқдори пасайиб бориши кузатилди ($p < 0,001$). Анамнезда ҚД мавжуд беморлар аксарияти бош миёда қон айланишининг ўткир бузилиши кузатилган

вакtda гипергликемия ҳамроҳлик қилаганлигини кузатиш мумкин. Касаллик бошлангандан сўнг барча беморлар инсулинотерапияга ўтказилди ва қондаги қанд миқдори динамикада пасайиб бориб, вертикализация амалиёти ва эрта реабилитациянинг бошқа босқичлари навбат билан амалга оширилди.

Умумий сийдик таҳлилида динамикада қуйидаги ўзгаришлар кузатилди: солиштирма оғирлиги 1-2 кунларда АГ-1016,8±0,63, НГ-1013,69±0,53 ва ТГ-1016,9±0,66 7-10 кунларда АГ-1013,90±0,37, НГ- 1013,16±0,49 ва ТГ 1014±0,53; оксил миқдори 1-2 кунларда АГ 0,18±0,03, НГ 0,04±0,004 ва ТГ 0,19±0,04 7-10 кунларда АГ 0,15±0,03, НГ 0,02±0,004 ва ТГ 0,16±0,04; сийдикда эритроцитлар миқдори 1-2 кунларда АГ 1,28±0,40, НГ 0,40±0,08 ва ТГ 1,29±0,53 ($p<0,01$), 7-10 кунларда, АГ 2,28±0,49, НГ 1,11±0,17, ТГ 2,22±0,66; лейкоцитлар 1-2 кунларда АГ 3,75±0,56, НГ 2,19±0,28, ТГ 3,96±0,66, ташкил этиб 7-10 кунларда АГ 5,54±0,74, НГ 3,24±0,33, ТГ 6,14±0,95 ($p<0,001$) ташкил этди. Глюкозурия АГ беморларда ўртача кўрсаткич 46,3±5,6, ТГ беморларида 45±5,5 ($p<0,001$), Кетонурия АГ 12,5±3,7, ТГ 17,5±4,3 ($p<0,001$) кўрсаткичларда кузатилиб назорат гуруҳ беморларида сийдик таҳлилида ушбу аломатлар кузатилмади. АГ беморларида патологик ўзгаришлар назорат гуруҳига нисбатан ишончли даражада фарқ қилганлигини кўриш мумкин.

2.3. Қандли диабет фонида шаклланган ишемик инсультда инструментал-нейровизуализацион текширув натижалари

Инструментал текширув усуллари инсульт бошланишидан ташхислаш ва касаллик типини аниқлашда тезкор ва муҳим усуллар бўлиб ҳисоланади. Бош миёда қон айланишнинг ўткир бузилишининг ишемик ёки геморрагик тури эканлиги МСКТ ёки МРТ текшируви ёрдамида дифференциал диагностика қилиниб, ЭКГ текшируви ёрдамда ЮҚТ тизими ҳолати ва патологиялари аниқланди. Юрак фаолиятида ўткир етишмовчилиги мажвуд беморлар тадқиқотга жалб этилмади. Брахиоцефал артериялар УТДС ёки ангиография услублари ёрдамида қон томирлари ўтказувчанлиги аниқланиб, тадқиқот гуруҳларида қиёсий таҳлил қилинди.

ИИ кузатилган барча беморларда ЭКГ ўзгаришларининг таҳлили шуни кўрсатдики, биринчи текширувда юрак фаолиятидаги ўзгаришлар миокардда дистрофик ўзгаришлар QRS комплекси вольтажининг пасайиши, Q-T интервалнинг қисқариши ёки йўқолиши, T тишчанинг яссиланиши каби белгилар билан АГ барча беморларда (n=80) (100 фоиз), НГ (n=65) (92,9±3,08 фоиз) ва ТГ (n=37) (92,5±4,16 фоиз) беморларда кузатилди. Чап қоринча гипертрофияси R тишчанинг амплитудаси V5-V6 > 26 мм, aVL 11 мм дан ошиши, S+R тишчанинг амплитудаси V1(2) aVL 35 мм, S V3 + R aVL эркакларда 28 мм, аёлларда 20 мм дан ошиши асосида АГ 95±2,44 фоиз беморларда (76/80), НГ 78,6±4,9 фоиз (55/70) ва ТГ 87,5±5,23 фоиз (35/40) ҳолатларда ривожланганлиги аниқланди. АГ ва ТГ да ҚД ва диабетик микро ва ангиопатиялар ҳисобидан миокард дистрофияси назорат гуруҳига нисбатан кўп учрагани ва юрак чап қоринчаси гипертрофияси ҳам сезиларли кўп ҳолатларда учраганлигини кузатиш мумкин.

13- жадвал.

Беморларда ЭКГ текшируви хулосаларини қиёслаш.

Кўрсаткич	Асосий гуруҳ (n=80)	Назорат гуруҳи (n=70)	Таққослаш гуруҳи (n=40)
	M±m	M±m	M±m
Миокард дистрофияси	100±0,0	92,86±3,07***	92,5±4,16***
ЧҚ гипертрофия	95±2,43	78,57±4,9***	87,5±5,23***
Синусли тахикардия	20±4,47	15,7 ±4,34**	22,5±6,6**
Синусли брадикардия	2,5±1,74	1,43±1,4*	0
ЮИК стенокардия	1,25±1,24	0	0
ИККС (ПИКС)	13,75±3,85	7,14±3,08*	10,0±4,74*
Экстрасистолия	5±2,43	8,57 ±3,34**	0
СЮЕ (ХСН)	1,25±1,24	0	2,5±2,47*

Изох: p<0,05*, p<0,01**, p<0,001***. 1- гуруҳ ва 2- гуруҳ, 1-гуруҳ ва 3-гуруҳлар ўртасида ишонлилик кўрсаткичлари.

Ҳар уччала гуруҳда ритм етакчиси синус тугуни эканлиги, юрак уришлар сони АГ $82,4 \pm 2,3$ та\мин, НГ $81,9 \pm 1,87$ та\мин ва ТГ $81,4 \pm 1,93$ та\мин ташкил қилди. Синусли тахикардия R-R оралиқ қисқариши ва ЮУС ошиши билан АГ $20 \pm 4,47$ фоиз (16\80), НГ $15,7 \pm 4,75$ фоиз (11\70) ва ТГ $22,5 \pm 6,6$ фоиз (9\40) ҳолатларда ривожланшидан иборат бўлди, камроқ ҳолатда брадикардия – АГ $2,5 \pm 1,75$ фоиз (2\80), НГ $1,4 \pm 1,42$ фоиз (1\70) ҳолатларда аниқланиб, ТГда аниқланмади ва аксинча асосий гуруҳда синусли тахикардия ҳолатлари кўпроқ кузатилди. Юқоридаги 13-жадвалда кўриниб турганидек, ЭКГ текширувида беморларда ЮИК, ИККС (ПИКС) ўтказилган миокард инфарктидан кейинги кардиосклероз 1,5-2 марта, ҚД фонида ишемик инсульт юзага келган гуруҳларда юрак фаолиятидаги патологиялар аниқланиб, бу АГ ва ТГ беморларда НГ нисбатан 1,33 марта кўпроқ кузатилганлигини кўрсатади.

Ультратовуш брахиоцефал артериялар дуплекс сканерлаш (УТДС) текшируви усули. Брахиоцефал артериялар УТДС текшируви АГ (n=49), $61,25 \pm 6,96$ фоиз, НГ (n=57), $81,4 \pm 5,15$ ва ТГ (n=32), $80 \pm 7,07$ фоиз беморларда ўтказилди. Брахиоцефал артериялар УТДС услуби ёрдамида церебрал қон оқимида мавжуд тўсиқлар, улар ҳисобидан қон оқим тезлиги ўзгариши ва натижада юзага келиши мумкин бўлган клиник белгилар ўрганилди ва қиёсий баҳоланди. 14 - жадвалдан кўриниб турибдики УУА ўнг ва чап томонда ўрта кўрсаткичларда D АГ ва ТГ беморларда 18-20 фоиз юқори кўрсаткичларда кузатилиб ($p < 0,001$), КИМ АГ ва ТГ 10-12 фоиз катталашганли ($p < 0,001$) Vmax АГ ва ТГ беморларида НГ беморларига нисбатан 10-15 фоиз тезлашганлиги кўрсаткичлар асосида ўрганилди.

Стенозларнинг асосий қисми УУА га тўғри келиши, D нинг АГда НГ нисбатан 1,2 марта торайганлиги, Ким қалинлашгангаилиги ва стенозлар даражасининг ортиб, V max тезлашганлиги кузатиш мумкин. Шунингдек ташқи, ички уйқу ва умуртқа атериялари D, V max аниқланиб АГ да стеноз даражаси юқорилиги ва қон оқим тезлиги сезиларли ошганлиги кузатилди.

14-жадвал.

УТДС услубида аниқланган экстракраниал брахиоцефал
артериялар кўрсаткичлари (n=190)

Кўрсаткич	Асосий гуруҳ	Назорат гуруҳи	Таққослаш гуруҳи
	M±m	M±m	M±m
УУА унғ D	4,1±0,2	4,9±0,13 *	4,2±0,19**
KIM max	1,25 ±0,05	1,15±0,04	1,3±0,05
V max	102,9±5,4	92,3±3,4***	101,9±5,47***
УУА чап D	4,1±0,19	4,8 ±0,1*	4,4±0,17*
KIM max	1,2±0,05	1,07±0,03	1,2±0,04
V max	96,9 ±5,1	84,7±3,4***	90,6 ±4,45***
ТАА унғ D	3,5±0,15	3,8±0,09	3,7±0,13
ТАА чап D	3,5±0,16	3,8±0,07	3,7±0,14
Ички уйқу арт унғ D	3,6±0,16	4,17±0,1***	3,9±0,16
Ички уйқу арт чап D	3,9±0,1	3,9±0,1	3,9±1,13
УА D	2,8±0,06	3,02±0,07	2,9±0,07
V max	38,8±1,4	36,6±0,87**	38,8±1,4**
УА чап D	2,7±0,06	2,94±0,07	2,8±0,07
V max	41,8±1,0	34,7±0,9*	39,3±1,31**

Изоҳ: D- диаметри, KIM – умумий уйқу артерияларида ва V max натижалари. $p<0,05^*$, $p<0,01^{**}$, $p<0,001^{***}$. 1- гуруҳ ва 2- гуруҳ, 1-гуруҳ ва 3-гуруҳлар ўртасида ишонлилик кўрсаткичлари.

Брахиоцефал артериялари стеноз даражаси ультратовуш дуплекс сканерлаш усулида текширилганда умумий уйқу артерияси стенози асосий гуруҳда ўнғ томонлама 41,7 фоиз (72\30) $7\pm3,1$ фоиз беморларда кузатилиб, чап томонлама 33,3 фоиз (24\72) $11,6\pm2,7$ ҳолатда кузатилди, назорат гуруҳида ўнғ томонлама 39,1 фоиз, (27\69) $14,43\pm2,4$ фоиз, чап томонлама 24,6 фоиз(17\69) ва

таққослаш гуруҳида ўнг томонлама 68,8 фоиз, (22\32) 35,7±3,37 фоиз, чап томонлама 56,3 фоиз (18\32) ҳолатларда кузатилиб, ўртача 23,9±2,37 фоиз ташкил этади.



4-расм. УТДС текширувида брахиоцефал артериялар тармоқларида аниқланган стеноз даражалари.

Ҳар уч гуруҳда стеноз асосан умумий уйқу артерияларида жойлашганлигини кузатиш мумкин. Шунингдек ташқи ва ички уйқу артерияси ва умуртқа артериясида ҳам стеноз ҳолатлари кузатилиб 4-расмда маълумотларда келтирилди.

4-расмда УТДС ва ангиография текширувларида брахиоцефал артериялар барча экстракранил тармоқларида аниқланган стеноз даражалари NASET ва ECST таснифи бўйича натижалари келтирилган, бунда стеноз аниқланмаган ҳолатлар АГ 36,1±9,42 фоиз, НГ-49,3±8,57 фоиз ва ТГ 22,5±3,98 фоиз, енгил АГ-15,3±10,85 фоиз, НГ-13,0±11,23 фоиз ва ТГ-25±4,42 фоиз, ўрта оғирликдаги стеноз АГ-27,8 ±10,2 фоиз, НГ-23,2±10,55 фоиз ва ТГ - 32,5±5,75 фоиз, оғир даражадаги стеноз АГ-16,7±10,76 фоиз, НГ -13,0±11,23 фоиз ва ТГ-15,0±2,65 фоиз критик даражада стенозлар АГ-4,2±11,54 фоиз, НГ-1,4±11,95 фоиз ва ТГ-5±0,88 фоиз ($p<0,01$) кузатилди, барча гуруҳ беморларда окклюзия ҳолатлари аниқланмади.

МРТ текшируви асосий гуруҳда 7 нафар ва назорат гуруҳида 8 нафар беморларда, МСКТ текшируви асосий гуруҳда 73 нафар ва назорат гуруҳида 62 нафар ва таққослаш гуруҳидаа 40 нафар беморда ўтказилди.

МСКТ текширувида ишемик инсульт аниқланган асосий гуруҳда $n=43$ зарарланиш ўчоғи ўлчами $2,76 \pm 0,22$ см², $n=32$ зичлиги $20,0 \pm 3,82$ ЕД, назорат гуруҳида ўчоқ ўлчами $2,98 \pm 2,59$ см², зичлиги $20,19 \pm 3,77$ ЕД ни ва таққослаш гуруҳида $n=40$ ўчоқ ўлчами $2,86 \pm 2,15$ см², зичлиги $18,33 \pm 1,36$ ЕД ни ташкил этади.

15- жадвал.

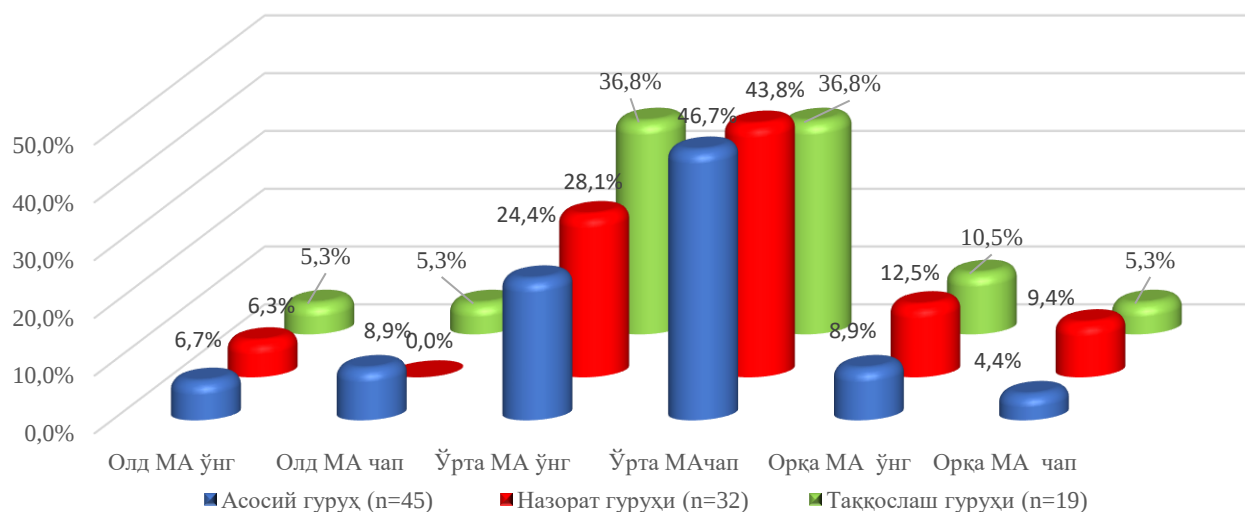
Беморларда МРТ ва МСКТ текширувларида аниқланган кўрсаткичлар.

Кўрсаткич	Асосий гуруҳ ($n=80$)		Назорат гуруҳи ($n=70$)		Таққослаш гуруҳи ($n=40$)	
	n	$M \pm m$	n	$M \pm m$	n	$M \pm m$
МСКТ	3	91,25фоиз	2	88,60фоиз	0	100фоиз
МРТ	7	8,75фоиз	8	11,40фоиз	0	0
Субатрофия	8	$72,5 \pm 4,9$	1	$58,6 \pm 5,9^{***}$	0	$75 \pm 6,85^{**}$
Атрофия	2	$15 \pm 3,9$	8	$11,4 \pm 3,88$	2	$15 \pm 3,45^{**}$
Қон томир энцефалопатияси	6	$95 \pm 2,4$	3	$90 \pm 3,8^{***}$	5	$87,5 \pm 5,23^{***}$
Ишемик инсульт	5	$56,25 \pm 5,5$	2	$45,7 \pm 5,9^{***}$	9	$47,5 \pm 7,9^{***}$

Изоҳ: $p < 0,05^*$, $p < 0,01^{**}$, $p < 0,001^{***}$. 1- гуруҳ ва 2- гуруҳ, 1-гуруҳ ва 3-гуруҳлар ўртасида ишонлилик кўрсаткичлари.

Бош мия субатрофияси АГ ва ТГ беморларида НГ га нисбатан 14-18фоиз юқори кўрсаткичлари аниқланиб, ($p < 0,001$), бош мия атрофия 5-7фоиз, қон томир энцефалопатияси 25-32 фоиз юқори кўрсаткичларда кузатилганлиги ўрганилди. ($p < 0,001$) ҳолатларда шаклланган ишемия ўчоғи аниқланганлиги кузатилиб, ишемик инсульт ташхиси биринчи кунда қўйилди.

Қолган беморларда клиник ташхис қўйилган бўлса ҳам, пенумбра шаклланиши 8-48 соат давом этиши ҳисобидан кейинги суткаларда МСКТ текшируви қайта ўтказилди. Шунингдек ишемик ўчоқ ўлчами ва қонда қанд миқдори ўртасида корелляцияон боғлиқлик ўрганилганда $r = 0,027 \pm 0,15$ кучсиз мусбат боғлиқлик боғлиқ борлиги ўрганилди.



5-расм. МРТ ва МСКТ текширувларида инсульт ўчоғи бош миёда қон айланиш хавзалари проекциясида жойлашуви.

Юқоридаги диаграммага эътибор қаратсак, ҳар уч гуруҳда инсульт ўчоғи асосан чап ўрта миё АГ $46,7 \pm 7,44$ фоиз, НГ $43,8 \pm 5,93$ фоиз ва ТГ $36,8 \pm 11,1$ фоиз ($p < 0,001$) ва ўнг ўрта миё артериялари ҳавзасида АГ $24,4 \pm 6,41$, НГ $28,1 \pm 5,37$ фоиз ва ТГ $36,8 \pm 11,07$ фоиз ($p < 0,001$) ҳолатларда жойлашганлигини кузатиш мумкин. Шунингдек ўнг олд миё артерияси ҳавзасида АГ $-6,7 \pm 3,7$ фоиз, НГ $-6,3 \pm 4,28$ фоиз ва ТГ $-5,3 \pm 5,1$ ($p < 0,01$), чап олд миё артерияси ҳавзасида АГ $-8,9 \pm 4,24$ фоиз, ТГ $-5,3 \pm 5,1$ ва НГ аниқланмайдиган ($p < 0,001$), ўнг орқа миё артерияси ҳавзасида АГ $-8,9 \pm 2,24$ фоиз, НГ $-4,4 \pm 3,07$ фоиз ва ТГ $10,7 \pm 7,04$ ($p < 0,05$), чап орқа миё артерияси ҳавзасида АГ $4,4 \pm 3,07$ фоиз, НГ $9,38 \pm 5,15$ фоиз ва ТГ $5,3 \pm 5,15$ фоиз ($p < 0,05$) ҳолларда ишемик ўчоқ жойлашганлигини аниқланди. Кўрсаткичлар ишемик ўчоқ аниқланган беморлар АГ (45\80) ва НГ (32\70) ва ТГ (19\40) нисбатан кўрсатилди. МРТ ва МСКТ текширувида аниқланган субартофия, атрофия ва қон томир энцефалопатияси асосий гуруҳда кўпроқ учраши бевосита ёндош касаллик ҚД нинг асорати сифатида изоҳланди. Ишемик ўчоқнинг локализацияси АГ ва ТГ аксариятида ўрта ва олд миё артериялари НГ асосан ўрта ва орқа артериялари ҳавзаларида жойлашганлигини кузатиш мумкин.

2.4. Ишемик инсульт ўтказган беморларда касаллик этиологиясига кўра дифференцирлашган даво таҳлили

Бош миёда қон айланишининг ўткир бузилишларида дастлабки соатлардан оқ даволашнинг бошланиши касаллик оқибатига аҳамиятли таъсир кўрсатади. Кўпгина ривожланган ва ривожланаётган давлатларда ўзига хос даволаш стандартлари мавжуд. ҚД ҳам ўзига хос стандартлар асосида даволанади, шунингдек ҳамроҳлиги юзага келган ишемик инсультда ҳам ҳар иккала касаллик аломатлари умумлашган ҳолда даволанади. ИИ ривожлангандан сўнг қайси турдаги гипогликемик воситани қабул қилмасин инсулин инъекцияси билан алмаштирилади.

Даволаш стандартлари асосида: миё шийига қарши, юрак қон тизими фаолиятини коррекцияловчи, антиоксидант, антигипертензив, антиагрегант, ангиокоагулянт, ноотроп ва нейропротектор воситалар барча беморларда қўлланилди. Эҳтиёж бўлган беморларда оғриқ қолдирувчи, тинчлантирувчи ва антибактериал терапиялар ўтказилди. НГ дан фарқли равишда ҚД ҳамроҳлигидаги АГ ва ТГ да аксарият беморларда эндокринолог кўруви қилинди ва кислота ишқор мувозанати ва кетоацидозни бартараф этиш мақсадида натрий бикарбонат воситаси қўлланилди. Қонда қанд миқдорини меъёрлаштириш мақсадида барча беморларга инсулинотерапия бошлаб, қондаги глюкоза миқдорини назорат қилинди. Шунингдек диабетик полинейропатиянинг оғир даражаси ва яққол безовта қилувчи клиник белгилар бўлганда тиоктат кислотаси унумларидан инъекцион кўринишда 600 мг суткасига 1 маҳал тартибда фойдаланилди.

Хулоса. Ишемик инсульт қандли диабет кузатилган асосий ва диабет назорат гуруҳи ва диабетсиз назорат гуруҳларидаги беморлар шикоятлари, анамнез маълумотлари, объектив текширувлар, неврологик статус, лаборатор ва инструментал текширув натижалари динамикаси қиёсланди, беморлар организми жисмоний ҳолати, мавжуд ёндош патологиялар ва компенсатор имкониятлари ўрганилди. Бемор шикоятларида БМҚАЎБ бузилиши, ҚД ва унинг асоратлари билан боғлиқ аломатлари ўз аксини топади. Анамнез маълумотларидан АГ беморларининг аксария қисмида ҚД йиллар давомида мавдудлиги ва даволаниб келганлиги аниқланди. Шунингдек анамнез

маълумотларида ўтказилган БМҚАЎБ дан сўнгги ҳолатлар ва бошқа ёндош касалликлар ҳақида аҳамиятли маълумотлар олинди. Объектив текширувларда АГ ҳамда ТГ аъзо ва аъзолар тизимлари ҚД асоратлари билан, касаллик прогнозига таъсир кўрсатувчи юрак, буйраклар, кўз тўр пардаси ва бошқа ички аъзоларда қатор патологик ўзгаришлар борлиги аниқланди. Неврологик статусда ўчоқли белгиларнинг АГ да нисбатан кўп ва чурурроқ бўлиши аниқланди. Диабетик полинейропатиялар, диабетик автоном полинейропатиялар ва диабетик энцефалопатиялар неврологик симптоматикани чуқурлаштириб, клиник манзаранинг мураккабланишига сабаб бўлади. Лаборатор таҳлилларда этиопатогенезида гемореологик бузилишлар кузатилган қон айланишининг ўткир бузилишлари ва ўткир яллиғланишларга хос аломатлар инкор этилди. Таҳлилларда ҚД га алоқадор гипергликемия ва унинг асоратларига хос белгилар, жумладан қонда мочевино ва креатинин миқдори ошиши ва КФТ ошиши аниқланди. Инструментал текширувларда АГ ва ТГда НГ дан фарқли равишда МРТ ёки МСКТ текширувларида ишемия ўчоғининг нисбатан катталиги, УЗДГ ёки ангиография текширувларида брахиоцефал артериялар диаметри торайиши, максимал оқим тезлиги сезиларли ошганлигини кузатилди. Бош миёда қон айланиши ўткир бузилиши қандли диабет ҳамроҳлигида юзага келганда даволаш жараёнида ҳам қонда қанд миқдорини назорат қилиш мақсадида инсулинотерапия бошлаш, кислота ишқор баланси ва диабетик кетоацидозни бартараф этишга қаратилган муолажалар, ҳамда диабетик полинейропатия симптомлари безовта қилганда тиоктат кислота унумлари тавсия этилди. Диабетик ретинопатия аломатлари кузатилганда офтальмолог ва диабетик нефропатия белгилари кузатилганда нефролог маслаҳати асосида даво муолажалари ўтказилди.

III-БОБ. ЭРТА РЕАБИЛИТАЦИЯ ТАДБИРИ ЎТКАЗИШ НАТИЖАЛАРИНИНГ ДИНАМИК ТАҲЛИЛИ

§ 3.1. Беморларда тавсия этилган вертикализация амалиётининг тавсифи

Вертикализация амалиёти қўллаш ва мумкин бўлмаган ҳолатлар бўлмаганда, инсультнинг биринчи соатларидан бошлаб эрта реабилитация чораларини қўлланилиб, шу жумладан беморни фаоллаштириш ва эрта муддатларда вертикаллаштиришни асосий ва назорат гуруҳ беморларида амалга оширилди. Таққослаш гуруҳи беморлари стандарт муолажалар асосида даволаниб неврологик етишмовчилик даражалар нейровизуал шкалалар ёрдамида барча гуруҳлар каби 1-2 кун, 7-10 кун, 21-24 кун ва 57-60 кунларда баҳоланди.

Эрта пассив вертикализация тик ҳолатига мустақил ўтиш имконияти бўлмаганда амалга оширилади ва умумий аҳволининг оғирлиги туфайли касаллик бошлангандан 24 соатдан сўнг вертикализатор столи ёрдамида босқичма босқич вертикализация амалиёти бажарилди.

Эрта реабилитация жараёни энг долзарб муаммолардан бири бўлиб, реабилитация жараёнини қанча тез бошланса унинг самарадорлиги шунча юқори бўлади. Бош миёда қон айланишнинг ўткир бузилиши кузатилган беморларнинг 55-95 фоиз интенсив терапия ва реанимация бўлимларида 48 соатдан ортиқ вақт давомида сақланади. Инсультларнинг ўткир даврида реабилитация тадбирлари ўтказишга нафақат ўчоқли неврологик етишмовчиликлар, шу билан биргаликда вегетатив нерв тизими шикастланишлари, жумладан ортостатик гипотензия ривожланиши ҳам сезиларли мураккаблик туғдиради.

Нейрореанимация ва шошилишч неврология бўлимларида госпитализация қилингандан сўнг 24-48 соат муддат ётоқ режимида даво муолажалари олиб борилгандан сўнг беморларда клиник, лаборатор ва инструментал таҳлил натижалари ўрганилиб қарши кўрсатмалар бўлмаганда вертилизация амалиёти олиб борилди.

Вертикализация амалиётидан олдин “Оёқлар пассив букиш тести” PLR (passive leg raising) test ва “Оғрик ифодаланиш тести” BPS (Behavioral pain scale) test ёрдамида беморнинг вегетатив турғунлик ҳолати ва оғрикли чекланишлар йўқлиги баҳоланди. Вертикализация жараёнида қон босими, юрак уришлар сони, нафас сони ва SPO₂ кўрсаткичлари назорат қилиб борилди.

Беморлар соматик ҳолати, PLR ва BPS test натижаларига кўра фуқционал кроватда пассив, актив пассив мануал ва актив турдаги вертикализация услубларида олиб борилди. Вертикализацияга тайёргарликни аниқлаш ва амалиётни ўтказиш касаллик бошланишининг биринчи кунидан бошланди. Касалликнинг бошланишидан 1-48 соатларда PLR ва BPS test натижалари мусбат бўлганда 0-15°; натижалар манфий бўлганда 15-30° бурчак остида узоқ муддат тананинг бош ёки белдан юқори қисми сақланди. Касаллик бошланганда 2 суткасида сўнг PLR ва BPS test манфий бўлган беморларда тана ҳолати 30°-45°-60°-75°-90° бурчак остига босқичма босқич ўтказилди. Тана ҳолати 15° кўтарилганда 15 дақиқада давомида нафас сони, пульс, артериал қон босими ва SPO₂ назоратда сақланди. Клиник кўрсаткичлар ўзгариши 20 фоиздан юқори бўлмаган ҳолатларда амалиёт 15 дақиқа давом эттирилди ва тана ҳолати олдинги вазиятга қайтарилди, бемор 2 соат тинч ҳолатда сақлангандан сўнг олдинги ҳолатга қўшимча яна 15° га вертикаллаштирилди. Клиник кўрсаткичлар ўзгариши 20 фоиздан юқори бўлган ҳолатларда бемор тезда олдинги ҳолатга қайтарилди ва ҳаётик кўрсаткичлар нормаллаштирилди, вертикализация амалиёти 24 соатдан сўнг давом эттирилди.

PLR test натижалари 4.1-жадвалдан кўриниб турибдики, асосий гуруҳда тадқиқот гуруҳига нисбатан дастлабки кундаларда PLR тести кўп сонли беморларда мусбат бўлиб, кейинги 3-5 кунларда ҳам назорат гуруҳига нисбатан юқори кўрсаткичларда сақланди.

16-жадвал.**Пастки мучаларни пассив букиш (PLR) тест натижалари**

PLR test	Асосий гуруҳ (n)	Асосий гуруҳ (%)	Назорат гуруҳи(n)	Назорат гуруҳи (%)
Тўлиқ манфий	22	27,5±2,03	44	62,9±1,1
1-2 кун мусбат	21	26,3±2,10	7	10,0±4,29
3-4 кун мусбат	31	38,8±1,57	16	22,9±2,62
5-7 кун мусбат	6	7,5±4,39	3	4,3±6,75
Жами	n - 80		n-70	

Асосий гуруҳ беморларида дастлабки кунда пассив вертикализация жараёнида пастки мучалар пассив тести (PLR test) 72,5 фоиз ҳолатларда мусбат бўлиб назорат гуруҳида 37,1 фоиз бўлиб, специфик даво муолажалари ва эрта реабилитация тадбирлари ҳамкорлигида (16-жадвал) касалликнинг 5-7 кунларида асосий гуруҳда 7,5 фоиз, 12,8±0,2 ва назорат гуруҳида 4,3 фоиз, 27,6±0,4 гача ($\chi^2=0.001-0.1\%$), ($p\leq 0,001$) пасайиши кузатилди ва бу қандли диабет билан оғриган ишемик инсультга чалинган беморларининг ортостазга назорат гуруҳига нисбатан нотурғунлигини кўрсатди.

17-жадвал.**Оғриқ ифодаланиш тести (BPS test) натижалари**

BSP test	Асосий гуруҳ (n)	Асосий гуруҳ (%)	Назорат гуруҳи(n)	Назорат гуруҳи (%)
Тўлиқ манфий	41	51,3±1,2	55	78,6±0,7
1-2 кун мусбат	26	32,5±1,8	11	15,7±3,3
3-4 кун мусбат	10	12,5±3,3	3	4,3±6,8
5-7 кун мусбат	3	3,8±6,3	1	1,4±11,9
Жами	n - 80		n – 70	

Тадқиқот натижаларимизга кўра, ишемик инсульт қандли диабет фонида кечаётган беморларда оғриқ интенсивлиги BPS test дастлабки кунда 32,5±1,8 фоиз ва назорат гуруҳида 15,7±3,3 фоиз, беморлар даражасида мусбат бўлиб даво курси мобайнида кўрсаткичлар, 3-4 кунларда асосий гуруҳ

12,5±3,3 фоиз, ва назорат гуруҳида 4,3±6,8 фоиз, ($\chi^2=0.001-0.1\%$), ($p>0,001$) беморларда мусбат натижа беради. BPS test бўйича оғриқ интенсивлиги 1-2 баллдан юқори бўлган ҳолатлар вертикализация амалиёти кечиктирилишга сабаб бўлди.

Госпитализациянинг дастлабки кунларида PLR тест натижалари бўйича аксарият асосий гуруҳ беморларда ортостатик етишмовчилик белгилари яққол кузатилиши ва BPS тест оғриқ кўрсаткичи нисбатан кучли бўлиб даволанишнинг 5-7 кунларида PLR ва BPS тестлари натижалари манфий бўлиши аксарият беморларда вертикализацияга кўрсатма бўлиб ҳисобланди. Тестлар натижалари асосий гуруҳда назорат гуруҳига нисбатан секинлик билан манфий натижа курсатиши ва бу ўз навбатида вертикализация жараёни 3-4 кунга кечикишига сабаб бўлишини кузатиш мумкин.

18- жадвал.

Тадқиқотнинг 1-2 кунларида вертикализация натижалари

Вертикализация 1-2 кун	Асосий гу- руҳ (n)	Асосий гу- руҳ (%)	Назорат гу- руҳи (n)	Назорат гу- руҳи (%)
15-30°	78	97,5±0,2	43	61,4±1,12
30-45°	1	1,25±11,1	19	27,1±2,34
45-60°	1	1,25±11,1	8	11,4±3,98
75-90°	0	0	0	0
Жами	n-80		n-70	

Юқоридаги 18-жадвалдан кўриниб турибдики, текширувнинг 1-2 кунларида вертикализацияни олиб бориш асосий гуруҳда 15-30°, 78 нафар 97,5±0,2 фоиз беморда, назорат гуруҳида 61,4±1,12 фоиз, 30-45° ва 45-60° бурчак остида вертикализация қилиш 1 тадан (1,25 фоиз) беморда олиб борилди. Назорат гуруҳ 30-45° 19 нафар (27,1 фоиз) ва 45-60° 8 (11,4 фоиз) беморда ўтказишга имкон бўлди. Иккала гуруҳда ҳам бирорта беморда 60-90° бурчак остида ($\chi^2=0.001-0.1\%$), ($p<0,001$), вертикализация бажарилмади. Касаллик бошланишнинг дастлабки кунларида беморлар иммобилизацион ҳолатда, ортостатик етишмовчилилик ривожланиши ва касаллик

асоратланишни олдини олиш мақсадида ётоқ режимда 15-30° бурчак остида сақланди. 15-30° вертикализаторга ўтказишдан олдин бош ва тананинг юқори қисмига беморнинг кроватда ётган ҳолатидаёқ дастлабки соатларданок ўтказилди.

19-жадвал.

Тадқиқотнинг 3-4 кунларда вертикализация натижалари

Вертикализация 3-4 кун	Асосий гу- руҳ (n)	Асосий гу- руҳ (%)	Назорат гу- руҳи(n)	Назорат гу- руҳи (%)
15-30°	18	22,5±2,32	14	20±2,86
30-45°	12	15,0±2,98	7	10±4,29
45-60°	18	22,5±2,32	10	14,3±3,50
60-75°	5	6,3±4,84	9	12,9±3,72
75-90°	27	33,8±1,75	30	42,9±1,65
	80	100	70	100

Юқоридаги 19-жадвал маълумотларига асосан, тадқиқотнинг 3-4 кунларида вертикализацияни олиб бориш АГ 15-30°, (n=18) (22,5 фоиз) беморда бажарилган бўлса, 30-45° да (n=12) ва 45-60° бурчак остида вертикализация қилиш (n=18) (22,5 фоиз) беморда олиб борилди.

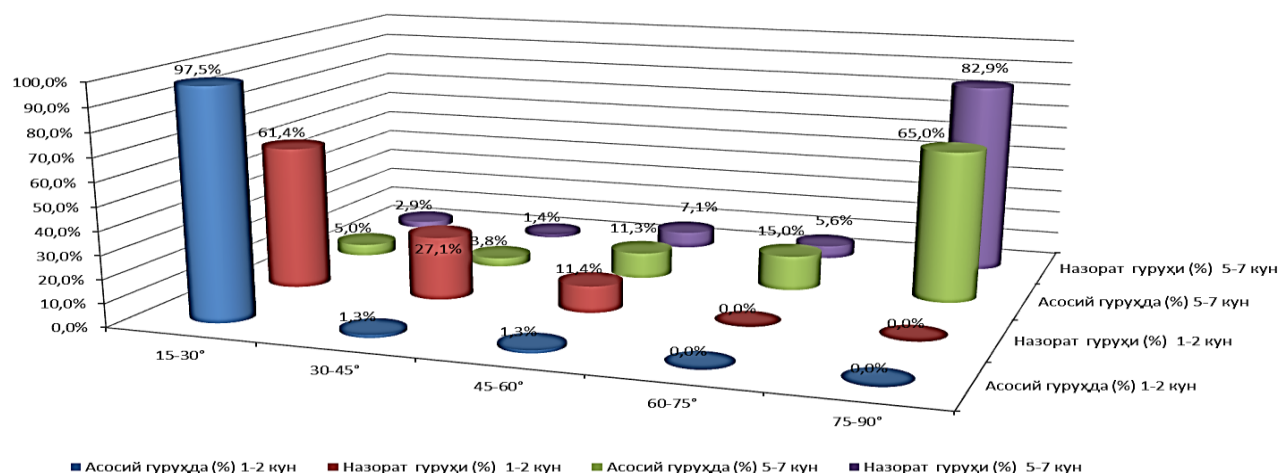
20- жадвал.

Тадқиқотнинг 5-7 кунларида вертикализация натижалари

Вертикализация 5-7 кун	Асосий гурӯҳ (n)	Асосий гурӯҳ (%)	Назорат гурӯҳи(n)	Назорат гурӯҳи (%)
15-30°	4	5,0±5,45	2	2,9±8,33
30-45°	3	3,8±6,33	1	1,4±11,87
45-60°	9	11,3±3,51	5	7,1±5,15
60-75°	12	15,0±2,98	4	5,7±5,58
75-90°	52	65,0±0,92	58	82,9±0,65
Жами	n-80		n-70	

Назорат гуруҳи беморларида эса 3-4 кунларда вертикализация 15-30° да (n=14) (20 фоиз) беморда, 30-45°, (n=7) (10 фоиз) ва 45-60° (n=10) (14,3 фоиз) беморда ўтказишга имкон бўлди 75-90° бурчак остида АГ (n=27), 33,8 фоиз, НГ (n=30), 42,9 фоиз ($\chi^2=0.001-0.1\%$), ($p>0,01$) беморларда вертикализация бажарилди (20-жадвал).

Тадқиқотнинг 5-7 кунларида 75-90° вертикализация ортостазга эришган беморлар асосий гуруҳда $65,0\pm 0,92$ фоиз ва назорат гуруҳидан $82,9\pm 0,65$ фоизни ($p>0,001$) ташкил этди.



6-расм. Тадқиқот гуруҳларида госпитализациянинг 1-2 кун ва 5-7 кунларида вертикализация кўрсаткичлари динамикаси.

Натижаларда, пассив вертикализация жараёнида 1-2 кунларда қандли диабет фонида кечувчи ишемик инсультга чалинган беморларда пассив вертикализация тадбирлари 15-30° сақланган беморлар $97,5\pm 0,2$, назорат гуруҳида $61,4\pm 1,12$ фоиз, ($p<0,001$) бўлиб, тадқиқотнинг 5-7 кунларида 90° вертикал ҳолатга етказилган беморлар асосий гуруҳ $65,0\pm 0,92$ фоиз ва назорат гуруҳидан $82,9\pm 0,65$, ($p<0,001$) ташкил этди ўтказганда беморларнинг назорат гуруҳига нисбатан секинлик билан тик туриш ҳолатига турғунлик шаклланиши кузатилади (6-расм).

Ишемик инсульт қандли диабет фонида кечаётган вертикализация жараёни секин бўлиб, нисбатан узоқ давом этади. Қандли диабет фонида кечувчи ишемик инсультларда вертикализация жараёнларини 3-4 кунга кечикишига сабаб бўлди. Шунингдек беморларда қондаги қанд миқдори ва

максимал вертикализацияга эришиш кунлари ўртасида корреляцион боғлиқлик ўрганилганда $r=-0,15\pm0,43$ манфий кучсиз корреляцион боғлиқлик борлиги ўрганилди.

§ 3.2 Қандли диабет фонида шаклланган ишемик инсультнинг комплекс эрта реабилитация тадбирларини ташкиллаштириш принципи

Ишемик инсультнинг ўткир даврида эрта реабилитация тадбирлари ўтказишда беморлар гемодинамик кўрсаткичларига кескин таъсир кўрсатмайдиган, беморлар муолажалар вақтида оғир жисмоний ёки рухий юкламаларни вужудга келтирмайдиган, самарадорлиги сўнги ўн йилликда илмий тадқиқотларда самарадорлиги исботланган реабилитация тадбирлари танлаб олинди. Шунингдек реабилитация услубларни танлашда қандли диабет ва унинг асоратлари қарши кўрсатма бўлмаган услублар танлаб олинди. Реабилитация тамолиллари асосида уни эрта бошлаш талаби ҳисобга олиб аксарият ҳолатларда госпитализациянинг 24-48 соатларидан эрта реабилитация тадбирлари бошланди. Комплекслилик тамоили асосида психологик реабилитация, физиотерапевтик муолажалар ва даволовчи машқлар тизимидан фойдаланилди. Реабилитация тадбирларини босқичма босқич амалага ошириш тамоили бемор касаллигининг ўткир даврида даволаш тадбирлари билан биргаликда амалга оширгандан сўнг, режали бўлимларда даволаниш ва реабилитация тадбирларини амалга ошириш тавсия этилди.

3.2.1-Психологик реабилитация натижалари

Ҳар иккала гуруҳ беморларига биринчи ёрдам кўрсатилиб, стандарт даво муолажалари бошлангандан сўнг, ҳуши ўзида ва гемодикадик кўрсаткичлари адекват бўлган ҳолда Тейлор шкаласи бўйича безовталиқ ва ҳавотир даражаси баҳоланди. Беморлар ёши, жинси, маълумоти ва рухий ҳолатига қараб рационал психотерапия, эмоционал психотерапия ва психологик суҳбат услубларида психологик реабилитация тадбирлари олиб борилди. 40-65 ёш беморларда эркакларда ва олий маълумотли беморларда рационал психотерапия услубидан фойдаланилди, ушбу ёшдаги аёлларда эмоционал психотерапия услубидан фойдаланилди. 65-70 ёшли беморларда жинси ва маълумотдан қатий назар психологик суҳбат услубида рухий ёрдам

кўрсатилди. Беморлар соматик ҳолатидаги патологиялар асосида психологик реабилитация бошлашнинг кечикишлари ва реабилитация тадбирлари бошланишдан олдинги ва ўтказилгандан сўнги руҳий ҳолатидаги ўзгаришлар ҚД фонидаги ўзгаришлар ва назорат гуруҳи билан фарқли жиҳатлари баҳоланди.

Психологик реабилитация бошлашдан олдинги тадқиқот гуруҳларида ўрганилган турли муддатларда бошланишни 4.6-жадвалда келтирилган.

21-жадвал.

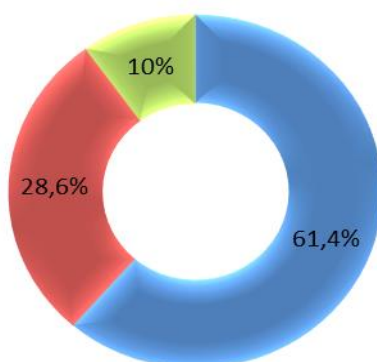
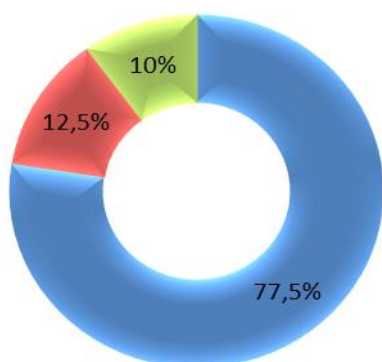
Асосий ва назорат гуруҳларида психологик реабилитация бошлаш муддатлари

Кўрсаткич	АГ (n=80)		НГ (n=70)	
	(n=80)	(фоиз)	(n=70)	(фоиз)
1-2 кундан	52	65,0±5,3	49	70±5,5
3-4 кундан	20	25±4,8	18	26±5,2
5-6 кундан	8	10,0±3,4	3	4±2,4

Тадқиқот гуруҳларида психологик реабилитация тадбирларини бошлаш 1-2 кундан АГ (n=52), 65,0±5,3 фоиз, НГ (n=49), 70±5,5 фоиз ташкил этди. 1-3 кун кечикиш АГ (n=20), 25±4,8 фоиз, НГ (n=18), 26±5,2 фоиз, (4-5) кун кечикиш АГ (n=8), 10,0±3,4 фоиз, НГ (n=3), 4±2,4 фоиз, (p<0,001) ташкил қилди. Юқоридаги натижалардан кўриниб турибдики АГ беморларида НГ га нисбатан сезиларли кечикишлар кузатилди (21-жадвал).

Асосий гуруҳ

Нazorat гуруҳи



- Психологик суҳбат
- Рационал психотерапия
- Эмоционал психотерапия

7-расм. Тадқиқот гуруҳларида ўтказилган психологик реабилитация услубларини қўллаш кўрсаткичлари.

Беморларга мос равишда рационал психотерапия, эмоционал психотерапия ва психологик суҳбат услублари асосида қуйидаги гуруҳ беморларда психологик реабилитация ўтказилди. Ҳар иккала гуруҳда беморларининг аксарият қисмида психологик суҳбат усулида психологик реабилитация тадбирлари амалга оширилди. АГ дисциркулятор ва диабетик энцефалопатия белгилари нисбатан кўплиги, беморлар хавотир даражасининг юқорилиги сабаб психологик суҳбат услуби кенг қўлланилди.

Асосий гуруҳда психологик суҳбат услуби ($n=62$), $77,5\pm 4,6$ фоиз, назоарат гуруҳида ($n=43$), $61,4\pm 5,45$ фоиз, рационал психотерапия АГ ($n=10$), $12,5\pm 1,46$ фоиз, НГ ($n=20$), $28,6\pm 3,45$ фоиз ва эмоционал психотерапия услуби АГ ($n=8$), $10\pm 1,19$ фоиз, ($n=7$), $10,0\pm 1,36$ фоиз ($p<0,001$) ҳолатларда қўлланилди(7-расм).

Хавотирланиш даражаси Тейлор шкаласи бўйича паст даражадаги хавотирланиш психологик реабилитациядан олдин АГ($n=1$), $1,3\pm 1,2$ фоиз, НГ ($n=3$), $4,3\pm 2,4$ фоиз, ТГ ($n=1$), $2,5\pm 2,5$ фоиз, 7-10 кунларда АГ ($n=3$), $3,8\pm 2,1$ фоиз, НГ ($n=6$), $8,6\pm 3,3$ фоиз, ТГ ($n=2$), $5,0\pm 3,4$. Ўрта паст даражадаги хавотирланиш дастлабки текширувда АГ ($n=16$), $20,0\pm 4,5$, НГ ($n=20$), $28,6\pm 5,4$ фоиз, ТГ ($n=7$), $17,5\pm 6,0$ фоиз кейинги текширувда АГ ($n=28$), $35,0\pm 5,3$ фоиз, НГ ($n=46$), $65,7\pm 5,7$ фоиз, ТГ ($n=14$), $10,0\pm 4,7$ фоиз. Ўрта юқори даража хавотирланиш аввал АГ ($n=53$), $66,3\pm 5,3$ фоиз, НГ ($n=45$), $56,3\pm 5,5$, ТГ ($n=24$), $60,0\pm 7,7$ фоиз ва 7-10 кунларда АГ ($n=39$), $55,7\pm 5,9$ фоиз, НГ ($n=17$), $24,3\pm 5,1$ фоиз, ТГ ($n=20$), $50,0\pm 7,9$ фоиз ташкил қилди. Юқори даража хавотирланиш дастлаб АГ ($n=7$), $8,8\pm 3,2$ фоиз, 7-10 кунларда ($n=5$), $6,3\pm 2,7$ фоиз, НГ аввал ($n=8$), $11,4\pm 3,8$ фоиз, 7-10 кун ($n=1$), $1,4\pm 1,4$ фоиз, ТГ 1-2 кун ($n=7$), $17,5\pm 6,0$ фоиз, 7-10 кун жуда юқори даражадаги хавотирланиш АГ дастлабки текширувда ($n=3$), $3,8\pm 2,1$ фоиз, ТГ ($n=1$), $2,5\pm 2,5$ фоиз ҳолатда аниқланиб, психологик реабилитациядан сўнг аниқланмаган, НГ да жуда

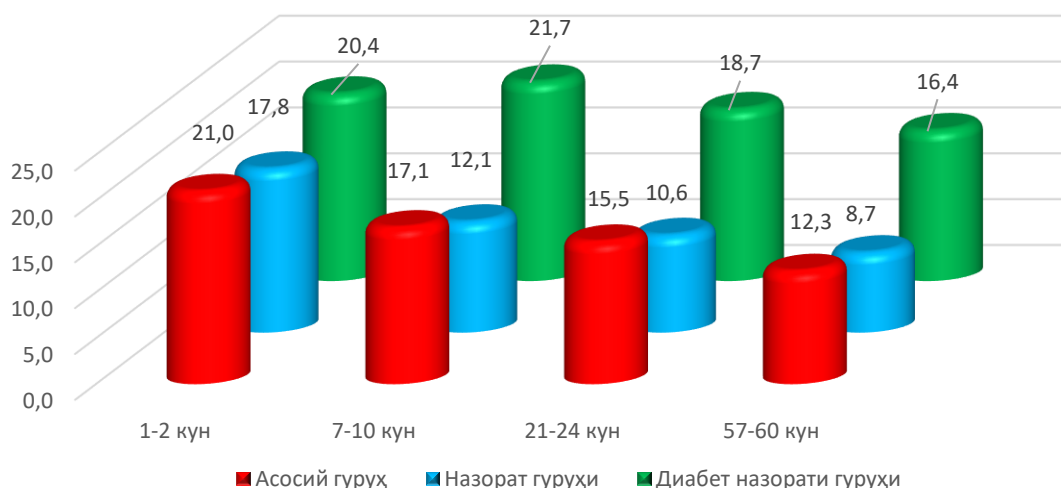
юқори даражадаги хавотирланиш дастлабки ва кейинги текширувларда аниқланди.

22- жадвал.

Тейлор шкаласи бўйича тадқиқот гуруҳларида хавотирланиш даражаси динамик кўрсаткичлари

Кўрсаткич	АГ 1-2 кун	АГ 7-10 кун	НГ 1-2 кун	НГ 7-10кун	ТГ 1-2 кун	ТГ 7-10 кун
Паст даража	1,3±1,2	3,8±2,1	4,3±2,4	8,6±3,3	2,5±2,5	5,0±3,4
Ўрта паст др.	20,0±4,5	35,0±5,3	28,6±5,4	65,7±5,7	17,5±6,0	10,0±4,7
Ўртаюқори др.	66,3±5,3	56,3±5,5	55,7±5,9	24,3±5,1	60,0±7,7	50,0±7,9
Юқори др.	8,8±3,2	6,3±2,7	11,4±3,8	1,4±1,4	17,5±6,0	35,0±7,5
Жуда юқори др.	3,8±2,1	0	0	0	2,5±2,5	0

22-жадвалда келтирилган маълумотларда кузатиш мумкинки АГ ва ТГ беморларида жуда юқори, юқори ва ўрта юқори даражадаги хавотирланишлар НГ га нисбатан юқори кўрсаткичларни ташкил қилади.



7-расм. Психологик реабилитация динамика кўрсаткичлари.

Психологик реабилитация тадбирлари 7-расмда асосий ва назорат гуруҳида хавотирланиш даражасининг пасайиши, паст ва ўрта паст даражадаги хавотирланиш кузатилган беморлар сони ошди. Якуний

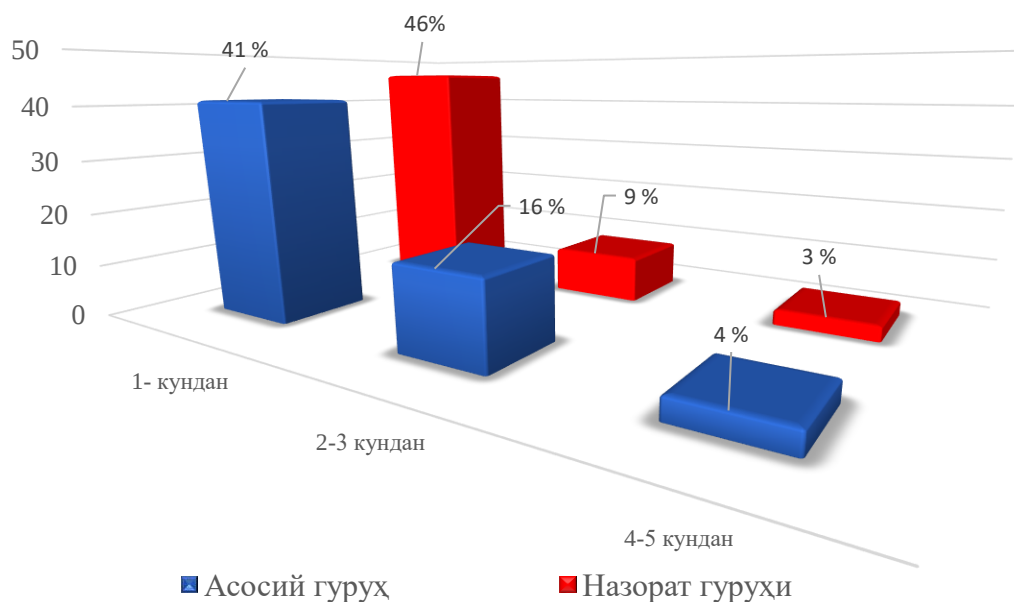
натижаларга эътибор берганда АГ ва ТГ беморларида НГ нисбатан хавотирланиш даражасининг камроқ пасайганлиги кузатиш мумкин.

Юқоридаги диаграммадан АГ (n=80) беморларда психологик реабилитациядан олдин 1-2 кунларда ўртача кўрсаткич $21,0 \pm 0,86$ ва реабилитациядан 7-10 ўртача кўрсаткич $17,05 \pm 0,63$, 21-24 кун $15,5 \pm 0,65$ ва 57-60 кунларда $12,3 \pm 0,48$ ($p < 0,001$), НГ (n=70) психологик реабилитациядан олдин ўртача кўрсаткич $17,84 \pm 0,86$ ва реабилитациядан кейинги ўртача кўрсаткич 7-10 кунларда $12,70 \pm 0,63$, 21-24 кунларда $10,6 \pm 0,58$ ва 57-60 кунларда $8,7 \pm 0,5$ ($p < 0,05$) эканлиги аниқланди. Эрта реабилитация амалиётлари ўтказилмаган ТГ 1-2 кунларда $20,43 \pm 1,46$, 7-10 кунларда $18,7 \pm 1,39$ ва 57-60 кунларда $16,38 \pm 0,93$ баллни ташкил этганлиги аниқланди. Натижаларга эътибор қаратсак ҳар уч гуруҳда ҳам психологик реабилитация натижасида хавотирланиш даражасининг ўртача кўрсаткичи пасайишини кузатиш мумкин, асосий гуруҳда ва диабет назорати гуруҳда хавтирланиш назаорат гуруҳига нисбатан камроқ пасайишини кузатиш мумкин. Психологик реабилитация ўтказилмаган ТГ беморларида касаллик бошланишининг 7-10 кунларда хавотирланиш даражасининг даслабки кунларга нисбатан ошиши ва 21-24 кунлар ва 57-60 кунларда кам даражада пасайганлиги кузатилиб, кўрсаткичларни бемор касаллик ва ижтимоий муҳитга қайта мослашуви билан изоҳлаш мумкин. ҚД асосида ИИ юзага келган бундай беморлар узоқ йиллар давомида ҚД билан мунатзам даволаниб келиши, тўла тузалишга бўлган ишончсизлиги ва диабетик энцефалопатия натижасида когнитив функцияларнинг бузилишлари билан изоҳланади.

4.2.2 Физиотерапевтик реабилитация натижалари

Физиотерапевтик муолажалар кўпчилик касалликларда жумладан ишемик инсульт реабилитациясида ҳам муҳим ўрин тутди. Касалликнинг ўткир даври бир неча турдаги физиотерапевтик муолажаларга қарши кўрсатма бўлса, ҚД ва унинг асоратлари ҳам бир қанча ҳолатларда физиотерапевтик муолажаларга қарши кўрсатма бўлиб ҳисобланади. Юқоридаги фикрларни

хисобга олиб замонавий физиотерапевтик муолажалар турлари ўрганилди ва ҳар иккала ҳолатда қарши кўрсатма бўлмаган электростимуляция ва паст частотали магнитотерапия услублари танлаб олиниб улар ёрдамида физиотерапия муолажалари ўтказилди. Физиотерапевтик муолажалар Tesla-3000 магнитотерапия аппарати ёрдамида частота $50 \pm 0,5$ Гц, магнит майдон $300 \pm 50,0$ мТл кенгликда, мулолажа давомийлиги 10 дақиқа, электростимуляция Электростимулятор Physion-Stim КА –F25 аппарати ёрдамида частота модуляцияси 30 Гц, модуляция 50фоиз, давомийлиги “2:3”, пациент токи 20 мА, муолажа давомийлиги 15 дақиқа тартибида ўтказилди.



8-расм. Тадқиқот гуруҳларида физиотерапевтик муолажалар бошлаш муддатлари.

Юқоридаги диаграммада кузатиш мумкинки физиотерапевтик муолажалар 1-кундан АГ ($n=41$), $51,3 \pm 5,9$ фоиз, ($n=46$), $66 \pm 6,3$ фоиз, 2-3 кун кечикиш билан АГ ($n=16$), $20 \pm 2,9$ фоиз, НГ ($n=9$), $12,9 \pm 2,0$ фоиз ва 4-5 кун кечикиш АГ ($n=4$), $5 \pm 0,8$ фоиз, НГ ($n=3$), $4 \pm 0,7$ фоиз, ($p < 0,001$) ҳолатларда кузатилди. Асосий гуруҳдаги физиотерапевтик муолажаларни бошлаш жараёни кечикишига эс ҳуш бузилишлари ва гипергликемия каби ҚД асоратлари сабаб бўлди ва ўз навбатида эрта реабилитация жараёни давомийлиги узайиши ҳамда самарадорлиги камайишига сабаб бўлди.

Магнитотерапия муолажаси 3-5 кун АГ ($n=34$), $42,5\pm5,5$ фоиз, НГ ($n=21$), $30\pm5,5$ фоиз, 6-7 кун давомийликда АГ ($n=33$), $41,3\pm5,5$ фоиз, НГ ($n=35$), $50\pm6,0$ фоиз ва 8 кундан ортиқ муддатда АГ ($n=13$), $16,3\pm4,1$ фоиз, НГ ($n=14$), $20\pm4,8$ фоиз, ($p<0,05$) беморларда ўтказилди.

23- жадвал.

Ўтказилган физioterапевтик муолажалар муддатлари

Муолажа тури	Давомийлиги	Асосий гуруҳ		Назорат гуруҳи	
		n	M $\pm$ m	n	M $\pm$ m
Магнитотерапия	3-5 кун	34	$42,5\pm5,5$	21	$30\pm5,5$
	6-7 кун	33	$41,3\pm5,5$	35	$50\pm6,0$
	8 кун ортиқ	13	$16,3\pm4,1$	14	$20\pm4,8$
Электростимуляция	3-5 кун	28	$45,9\pm5,5$	17	$29,3\pm4,2$
	6-7 кун	27	$44,3\pm5,4$	31	$53,4\pm6,3$
	8 кун ортиқ	6	$9,8\pm1,5$	10	$17,2\pm2,7$

Электростимуляция муолажаари 3-5 кун АГ ($n=28$), $45,9\pm5,5$ фоиз, НГ ($n=17$), $29,3\pm4,2$ фоиз, 6-7 кун давомийликда АГ ($n=27$), $44,3\pm5,4$ фоиз, НГ ($n=31$), $53,4\pm6,3$ фоиз ва 8 кун ва ундан ортиқ муддатда АГ ($n=6$), $9,8\pm1,5$ фоиз, НГ ($n=10$), $17,2\pm2,7$ фоиз ($p<0,01$) беморларда ўтказилди. Юқоридаги келтирилган маълумотлардан (23-жадвал) ҳар иккала гуруҳда физиотерапевтик муолажалар ўтказилиш муддатларида сезиларли фарқ йўқлиги, яъни ҳар иккала гуруҳда бир хил тартиб ва яқин муддатларда муолажалар ўтказилганлиги кузатиш мумкин.

3.2.3 Даволовчи машқлар натижалари

Даволовчи машқлар эрта реабилитациянинг энг муҳим йўналишларидан бири бўлиб ҳисобланади. Тадқиқот гуруҳларида ишемик инсультнинг ўткир даврида қўллаш мумкин бўлган ва ҚД қўллаш учун қарши кўрсатма бўлмаган нофаол даволовчи машқлар ва нафас гимнастикаси машқлари тавсия этилди. Даволовчи машқларни бошлаш беморнинг эс ҳуши, қонда қанд миқдори, PLR ва BSP тестлари натижалари каби кўрсаткичлар

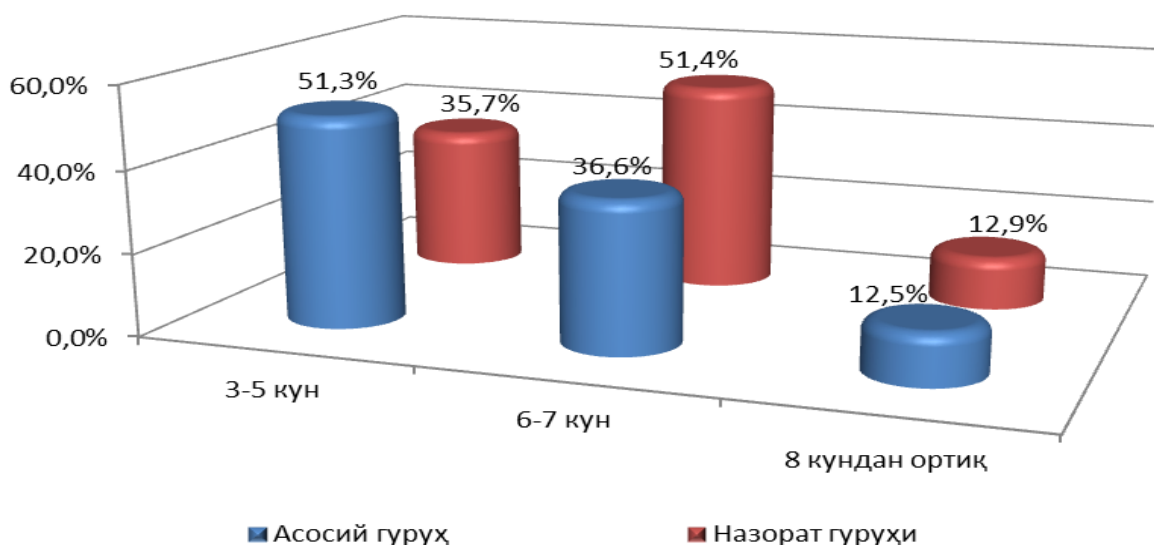
ҳисобга олиниб, мутаносиб кўрсаткичлар бўлганида муолажаларни амалга ошириш бошланди. Даволовчи машқларни амалга оширишни бошлашга монелик қилувчи ҳолатлар сабаб тадқиқот гуруҳларида юзага келган кечикиш кайд этилди ва гуруҳлар кесимида ўрганилди.

24- жадвал.

Нофаол гимнастика машқлари бажариш бошлаш муддатлари.

Кўрсаткич	АГ(n)	АГ (%)	НГ (n)	НГ(%)
1-2 кундан	49	61,3±5,4	56	80±4,8
3-4 кундан	26	33±5,2	10	14±4,2
5-6 кундан	5	6,3±2,7	4	6±2,8

Нофаол даволовчи гимнастика машқларни бошлашда юқорида келтирилган сабаблар асосида кечикишлар юзага келди. Машқларнинг кечикишсиз бошланиши АГ (n=49), 61,3±5,4 фоиз, НГ (n=56), 80±4,8 фоиз, 2-3 кундан кечикиш АГ (n=26), 33±5,2 фоиз, НГ (n=10), 14±4,2 фоиз ва 4-5 кундан АГ (n=5) 6,3±2,7 фоиз, НГ (n=4), 6±2,8 фоиз, (p<0,001) ҳолатларда тавсия этилди.



9-расм. Нофаол гимнастика машқлари ўтказилиш кунлари.

Нофаол гимнастика машқларини бошлаш кечикишига энг кўп сабаб бўлувчи ҳолат оғриқ синдроми бўлиб BSP тести натижалари мусбат бўлган ҳолатларда ва асосий гуруҳда қонда глюкоза миқдори 13 ммоль\л дан юқори

бўлган ҳолатларда кузатилиб, беморларда эс хуш бузилишлари кузатилган ҳолларда ҳам нофаол гимнастика машқларини қўллаш давом эттирилди. АГ да кечиқишлар НГдан юқорилиги кузатилади.

Нофаол гимнастика машқлари 3-5 кун давомида АГ ($n=41$), $51,3 \pm 5,6$ фоиз, НГ ($n=25$), $35,7 \pm 5,7$ фоиз, 6-7 кун АГ ($n=29$), $36,3 \pm 5,4$, НГ ($n=36$), $51,4 \pm 6,0$ фоиз ва 8 кундан ортиқ АГ ($n=10$), $12,5 \pm 3,7$ фоиз, НГ ($n=9$), $12,9 \pm 4,0$ ($p < 0,01$) ҳолатларда давом эттирилган. Машқлар АГ да кечиқишлар сабабли аксарият ҳолатларда 3-5 кун давом этган бўлса НГ да аксарият ҳолатларда 6-7 кун давом этди. Беморларда эс хуш бузилири бартараф этилиб стабил гемодинамик кўрсаткичлар кузатилиши билан нафас гимнастикаси машқлари ўтказилди. Нафас гимнастикаси машқлари нофаол даволовчи машқлардан фарқли равишда беморнинг фаол иштирокини талаб қилиб, бу жараёни бир неча кун кечиқишига сабаб бўлди.

25 - жадвал.

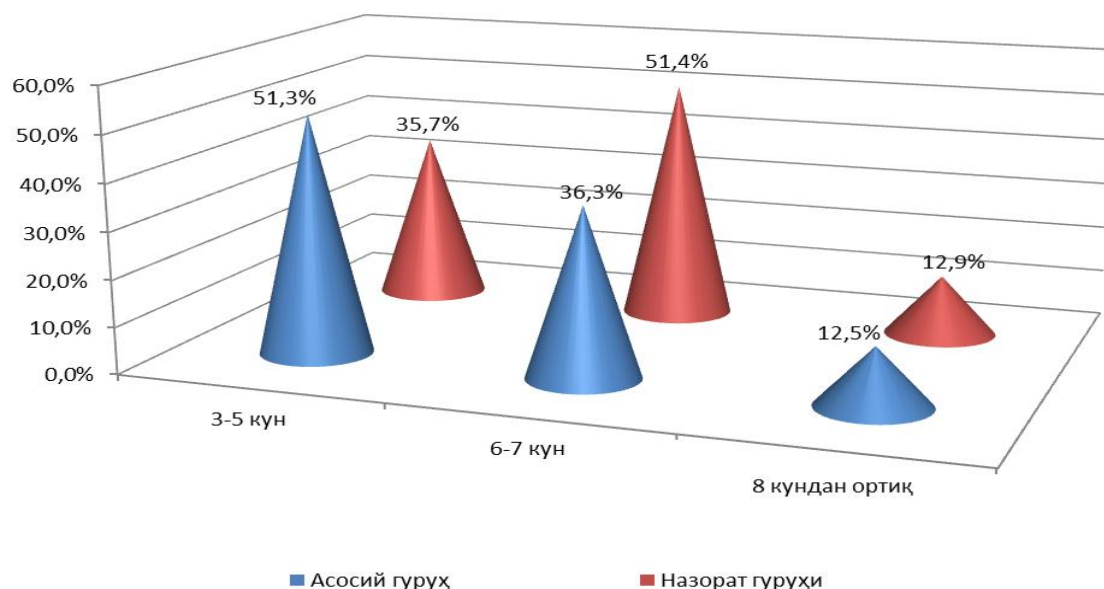
Нафас гимнастикаси машқлари бошлаш муддатлари.

Кўрсаткич	АГ (n)	АГ (фоиз)	НГ(n)	НГ (фоиз)
1-2 кундан	38	$47,5 \pm 5,6$	47	$67 \pm 5,6$
3-4 кундан	37	$46 \pm 5,6$	20	$29 \pm 5,4$
5-6 кундан	5	$6,3 \pm 2,7$	3	$4 \pm 2,4$

Нафас гимнастикаси машқлари бошлашда кечиқишсиз АГ ($n=38$), $47,5 \pm 5,6$ фоиз, НГ ($n=47$), $67 \pm 5,6$ фоиз, 1-3 кун кечиқиш АГ ($n=37$), $46 \pm 5,6$ фоиз, НГ ($n=20$), $29 \pm 5,4$ фоиз ва 4-5 кун кечиқиш АГ ($n=5$), $6,3 \pm 2,7$ фоиз, НГ ($n=3$), $4 \pm 2,4$ фоиз, ($p < 0,001$) ҳолатларда (24-жадвал) кечиқишлар кузатилди. Шунингдек даволовчи машқлар билан биргаликда беморларда ётоқ режимида, вертикализация ва тананинг турли ҳолатларида соғлом ва ҳаракат чекланган томонга нисбатан муносабатлар, белгиланган ҳолатлар назорат қилиб борилди. Ҳаракат чекланиши кузатилган томонда маҳаллий қон айланишинг бузилиши ва ётоқ яралар ҳосил бўлишига йўл қўймаслик учун тана вазияти

мунтазам назорат қилиб борилди, зарурат бўлганда томонлар юкламаси нисбати ўзгартирилди.

Нафас гимнастикаси машқлари ўтказилиш кунлари тадқиқот гуруҳларида қуйидаги тартибда амалга оширилганини кузатиш мумкин.



10-расм. Нафас гимнастикаси машқлари ўтказилиш кунлари.

Нафас гимнастикаси машқлари 3-5 кун АГ, ($n=41$), $51,3 \pm 5,6$, НГ ($n=25$), $35,7 \pm 5,7$ фоиз, 6-7 кун АГ ($n=29$), $36,3 \pm 5,4$ фоиз, НГ ($n=36$), $51,4 \pm 6,0$ ва 8 кундан ортиқ АГ ($n=10$), $12,5 \pm 3,7$ фоиз, НГ ($n=9$), $12,9 \pm 4,0$ фоиз ($p < 0,001$) ҳолатларда ўтказилди. АГ да кечикишлар нисбати юқорилиги сабаблар асосида НГ нисбатан узоқ давом этганлигини кузатиш мумкин (10-расм).

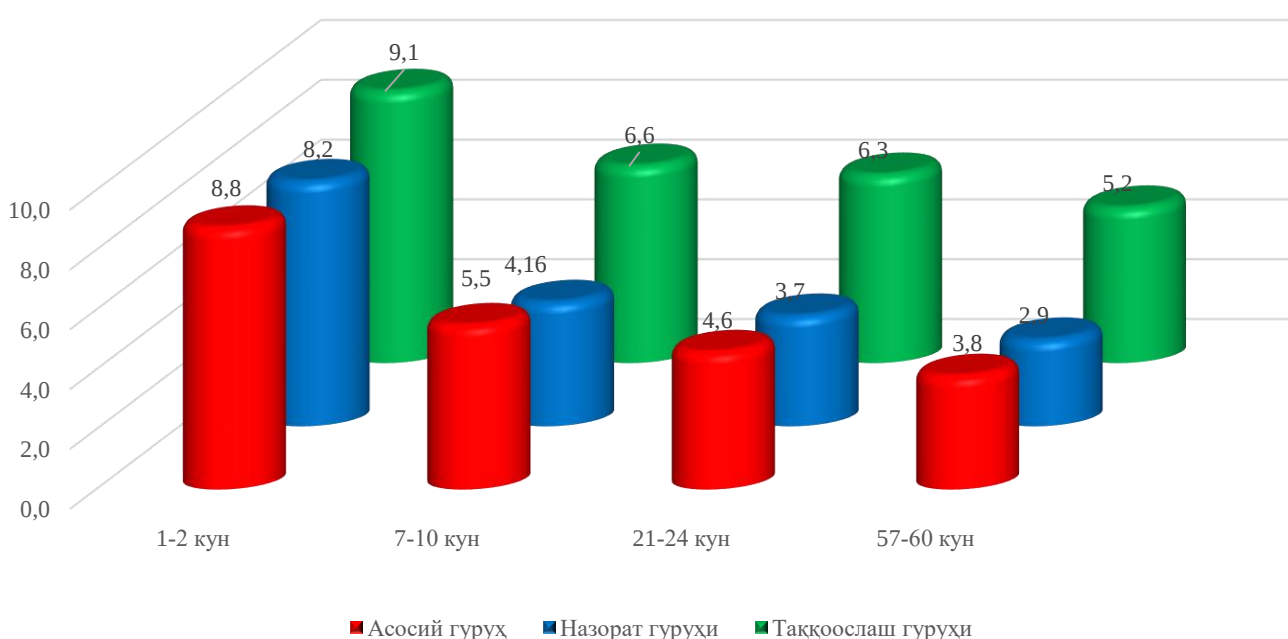
§ 3.3. Тадқиқот гуруҳларида эрта реабилитациянинг клиник ва неврологик ўзгаришлар хусусияти

Тадқиқот гуруҳларида эрта реабилитация тадбирлари самарадорлини баҳолаш ва асосий гуруҳда қандли диабет ва унинг асоратлари эрта реабилитация жараёнига таъсирини баҳолашда NIHSS шкаласи, Бартель шкаласи, Ривермид мобиллик индекси ва MRS шкаласидан фойдаланилди. Юқоридаги нейровизуал шкалалар ёрдамида тадқиқотнинг 24-48 соатларида ва бемор интенсив бўлимлардан чиқарилиш жараёнида текшириди.

NIHSS шкаласи кўрсаткичлари динамикаси

NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale) шкаласи мия инсультларида клиник симптомлар даражасини объектив баҳолаш учун қўлланилди. Шкала билан беморларнинг ҳуши, кўриш, ҳаракат ва сезги фаолияти, координатор бузилишлар, гнозис ва нутқ фаолияти баҳоланади.

NIHSS шкаласи билан беморлар госпитализациянинг 1-2, 7-10 суткаларида ва касаллик бошланишининг 21-24 ва 57-60 кунларида текшириб беморларнинг аҳволи динамикада баҳолаб гуруҳлараро таққосланди.



11-расм. NIHSS шкаласи кўрсаткичлари динамикаси.

Тадқиқотнинг 1-2 кунларида NIHSS шкаласи бўйича ўртача кўрсаткич АГ $8,8 \pm 0,36$, тадқиқотнинг 7-10 кунларида $5,5 \pm 0,29$, 21-24 кунларида $4,6 \pm 0,23$ ва 57-60 кунларда $3,8 \pm 0,22$ ни ташкил этиб, НГ 1-2 кунларда $8,2 \pm 0,37$ даво ва реабилитация тадбирлари 7-10 кунда $4,16 \pm 0,29$ ($p < 0,001$), 21-24 кунларда $3,7 \pm 0,22$ ва 57-60 кунларда $2,9 \pm 0,19$ ташкил этди. ТГ 1-2 кунда $9,1 \pm 0,49$, 7-10 кунларда $6,6 \pm 0,52$, 21-24 кунларда $6,3 \pm 0,49$ ва 57-60 кунларда $5,2 \pm 0,55$ баллни ташкил этганлиги аниқланди (11-расм). NIHSS шкаласи бўйича объектив аҳволи қониқарли деб баҳоланган беморлар тадқиқотнинг 1-2 кунда ҳар уч гуруҳда ҳам кузатилмаган, 57-60 кундаги текширувларда ҚД фонидаги гуруҳларда 12-15 фоизга кам ($p < 0,01$) ҳолатларда кузатилди. Енгил

даражадаги неврологик бузилишлар динамикаси тадқиқот давомида 31,2фоиз, НГ беморларида 15,7 фоиз ва ТГ беморларида 15фоиз ($p<0,001$) ҳолларда тиланишлар динамикаси кузатилди.

26- жадвал.

NIHSS шкаласи бўйича тадқиқот гуруҳларида аввалги ва кейинги текширув натижалари.

	Қоникарли		Енгил		Ўрта		Оғир	
	1-2 Кун	57-60 Кун	1-2 кун	57-60 кун	1-2 кун	57-60 кун	1-2 кун	57-60 Кун
АГ	0	16,3±4,1	41,3±5,5	72,5±5	48,7±6	8,8±3,2	10±3,4	2,5±1,7
НГ	0	25,7±5,2	51,4±6	67,1±5,6	40±5,9	7,1±3,1	8,8±3,2	0
ТГ	0	12,5±5,2	40±7,8	55±7,9	47,5±7,9	27,5±7,1	12,5±5,2	5±3,5

Ўрта даражадаги неврологик етишмовчиликлар АГ 1-2 кунда нисбатан 57-60 кунларда 39,9 фоизга, НГ беморларида 32,9 фоизга ва ТГ 20 фоизга камайганлиги аниқланди. Оғир даражадаги неврологик етишмовчилик тадқиқот давомида АГ беморларида даслабки текширувга нисбатан тадиқот сўнгида 7,5 фоиз, НГ беморларида 8,8 фоиз ва ТГ беморларида 7,5 фоиз кам кўрсаткичларни ($p<0,01$) ташкил этиб, даволаш ва реабилитация тадбирларидан сўнг назорат гуруҳида оғир даражада неврологик етишмовчилиги мавжуд беморлар аниқланмади. Ўта оғир даражада неврологик етишмовчилик кузатилган беморлар тадқиқотга жалб этилмагани сабаб гуруҳларда тадқиқотдан аввал ва кейин бундай беморлар қайд этилмади. NIHSS шкаласи кўрсаткичлари асосида АГ ва ТГ дастлабки кўрсаткичларда неврологик етишмовчилик белгилари чуқурроқ даражада намоён бўлиб, даволаш ва эрта реабилитация тадбирларидан кейин ҳар уч гуруҳда беморлар аҳолида ижобий ўзгаришлар кузатилиб АГ беморларида тикланиш НГ нисбатан камроқ кузатилиб, ТГ неврологик етишмовчиликлар сезилари даражада кам тикланиши аниқланди.

Бартель шкаласи натижалари

Бартель шкаласи кунда ҳаёт фаолияти фаоллигини баҳолаш учун неврологлар ва реабилитологлар томонидан кенг қўлланиладиган, юқори аниқлилиқдаги, кўп сонли тадқиқотларда ишончлилиги баҳоланган шкала бўлиб ҳисобланади. Бартель шкаласи ёрдамида госпитализациянинг 24-48 соатида ва шопилинч неврология бўлимида даво ва эрта реабилитация тадбирларилари яқунланлангандан сўнг 7-10 кун, 21-24 ва 57-60 кунларда баҳоланди. Бартель шкаласи бўйича Енгил даражада фалажлик, ўрта оғир даражадаги фалажлик ва оғир даражадаги фалажлик кўринишида АГ, НГ ва ТГ да ўртача кўрсаткич динамикаси ўзгариши асосида баҳоланди.

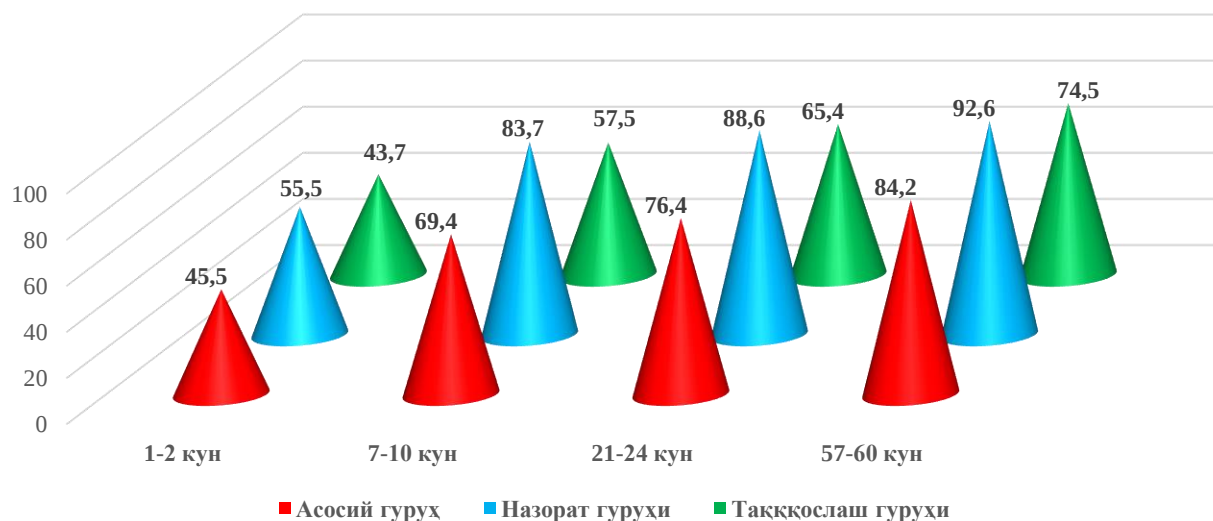
27- жадвал

	Оғир фалажлик		Ўрта оғир		Енгил	
	1-2 кун	57-60 кун	1-2 кун	57-60 кун	1-2 кун	57-60 кун
АГ	37,5±5,4	17,5±4,2	58,8±5,5	42,5±5,5	3,8±2,1	40±5,5
НГ	21,4±4,9	7,1±3,1	65,7±5,7	32,9±5,6	12,9±4	60±5,9
ТГ	32,5±7,4	22,5±6,6	62,5±7,7	50±7,9	5±3,4	27,5±7,1

Бартель шкаласи бўйича кўрсаткичлар динамикаси

Бартель шкаласи натижаларида неврологик етишмовчиликлар 1-2 кунлар ва 57-60 кунлардаги тикланишлар динамикаси кўрсаткичларига эътибор қаратсак оғир даражадаги етишмовчиликлар АГ да 20 фоиз, НГ да 11,1 фоиз ва ТГ да 10 фоиз даволаш ва реабилитация тадбирларидан сўнг тикланиши кузатилди. Ўрта оғир даражадаги фалажлик АГ да 16,3 фоиз, НГ да 32,8 фоиз ва ТГ 12,5 фоиз (27-жадвал) ($p<0,05$) камайганлиги кузатилиб, енгил даражадаги фалажлик барча гуруҳларда оғир ва ўрта оғир даражадаги фалажлик кўрсаткичлари камайиши ҳисобидан кўтарилиши кузатилди. Тадқиқот натижаларидан кўриниб турибдики оғир даражадаги фалажлик аломатлари ТГ беморларида нисбаттан кўп кузатилиб даво ва эрта реабилитация муолажаларидан сўнг фаол ҳаёт тарзига қайтиш кўрсаткичлар

АГ ва НГ беморларига нисбаттан кам даражада эканлиги кузатилди. НГ беморларида енгил ва ўрта оғир даражадаги фалажлик нисбаттан кўп ҳолларда кузатилиб тадқиқот сўнги текширувларида АГ нисбатан кўрсаткичлар нисбати янада яхшиланганини кузатиш мумкин.



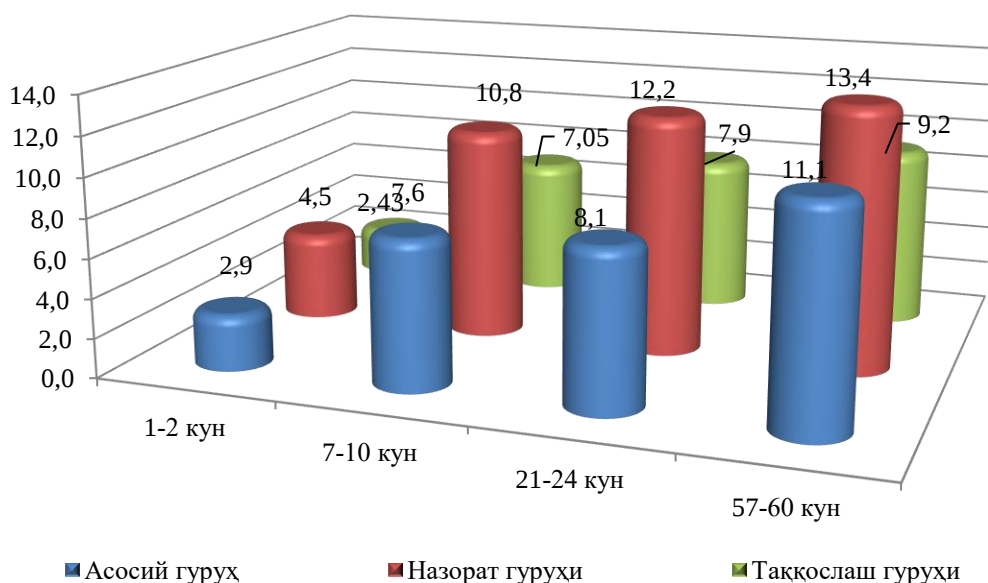
12- расм. Бартель шкаласи ўртача кўрсаткичлар динамикаси.

Бартель шкаласи бўйича тадқиқот аввалида 1-2 кунларда АГ $45,5 \pm 1,81$ баллни ташкил этиб 7-10 кунларда $69,4 \pm 1,61$ ($p < 0,001$) балл 21-24 кунларда $76,4 \pm 1,3$ ва 57-60 кунларда $84,2 \pm 1,12$ баллга яхшилангани кузатиш мумкин. НГ ушбу кўрсаткич дастлаб 1-2 кунларда $55,5 \pm 2,38$, 7-10 кун $83,7 \pm 2,01$, 21-24 кунда $88,6 \pm 1,52$ ва тадқиқот сўнги 57-60 кунлардаги текширувларида $92,6 \pm 1,18$ баллни ($p < 0,001$) ташкил этди. ТГ 1-2 кунда $43,8 \pm 2,47$, 7-10 кунда $57,5 \pm 2,7$, 21-24 кунда $65,4 \pm 2,49$ ва 57-60 кунда $74,5 \pm 2,81$ баллни ташкил этди. Невлогик етишмовчилик даражаси нисбати тадқиқот аввалида АГ ва НГ 1,22 нисбат тадқиқот сўнгида 1,20 ни ташкил қилиб, АГ беморлари даво ва эрта реабилитация тадбирлари натижасида тикланиш НГ нисбаттан секинлик билан, кам даражада эканлиги кузатиш мумкин. Ҳар уч гуруҳда бир хил тартибдаги муолажалар олиб борилгани ҳисобга олсак, АГ беморларида ҚД ва унинг асосратлари сабаб фаол ҳаёт тарзига қайтиш секинлик билан кечишини кузатиш мумкин. ТГ беморларида тадқиқотнинг 1-2 кундаги ўрта оғир ва оғир даражадаги неврологик етишмовчилик бўлган беморлар нисбати

тадқиқотнинг 57-60 кунларида АГ ва НГ нисбаттан сезиларли даражада юқори кўрсаткичлар сақланганлигини аниқланади.

Ривермид мобиллик индекси ва MRS шкаласи натижалари

Ривермид мобиллик индекси - ҳаракатланиш даражаси 0 балл дан 15 балл оралиғида ҳаракат фаолияти бузилишларини баҳолаш мақсадида қўлланилди. 0 балл бу ҳаракат умумун йўқлиги, 15 балл 10 метрга югура олиши мумкинлигини кўрастади.



13-расм. Тадқиқот гуруҳларида Ривермид мобиллик индекси бўйича дастлабки ва сўнг натижаларни динамик кўрсаткичлари

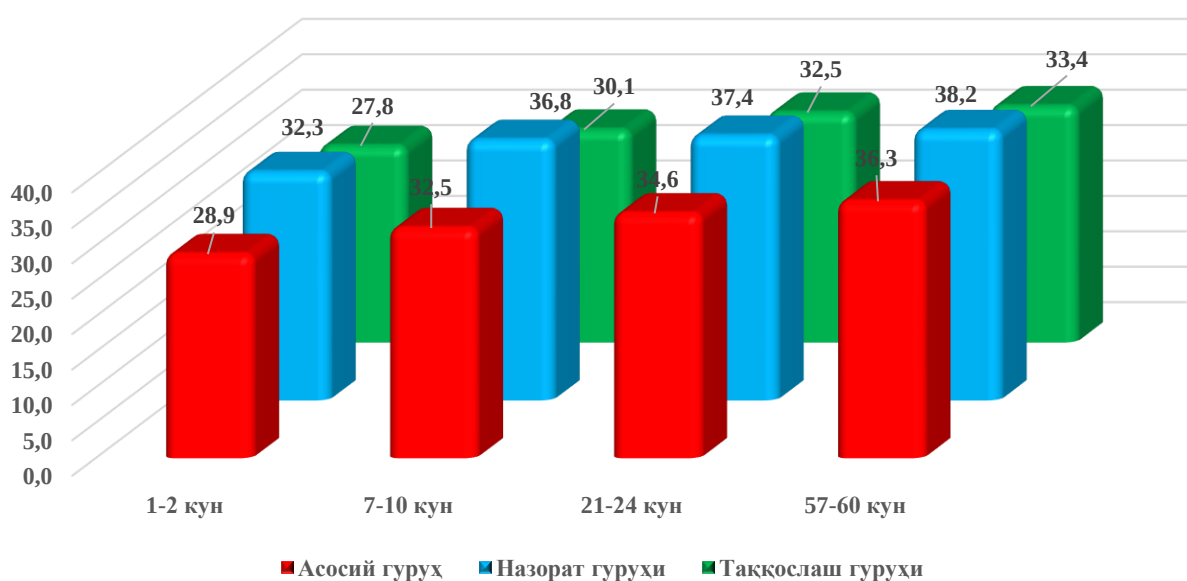
Шкала ёрдамида госпитализациянинг 24-48 соатларида ва бемор интенсив бўлимлардан чиқрилиш вақтида текширувлар ўтказилди.

Ривермид мобиллик индекси бўйича ўртача кўрсаткичлар нисбати дастлабки ва реабилитация тадбирларидан кейинги натижалари таққосланди.

Ривермид мобиллик индекси бўйича дастлабки текширувларда АГ $2,86 \pm 0,42$ НГ $4,51 \pm 0,53$ ва ТГ $2,43 \pm 0,49$ баллни ташкил этиб, тадқиқот 7-10 натижалари АГ $7,59 \pm 0,38$ балл, НГ $10,77 \pm 0,5$ ва ТГ $7,05 \pm 0,56$ баллни ташкил қилди. Тадқиқотнинг 21-24 кунларида АГ $8,1 \pm 0,33$, НГ $12,2 \pm 0,39$ ва ТГ $7,87 \pm 0,53$ баллни, 57-60 кунларда АГ $11,1 \pm 0,27$, НГ $13,4 \pm 0,27$ ва ТГ $9,21 \pm 0,44$ ташкил этди ($p < 0,001$)(13-расм). Натижалар шуни кўрсатдики ҳаракат чекаланишлар даражаси АГ ва ТГда НГ нисбатан юқори даражада намоён

бўлиб, ҚД ҳамроҳлик қилган АГ да даволаш ва эрта реабилитация тадбирларидан сўнг тикланиш даражаси НГ га нисбатан сезиларли даражада камлиги, ТГ да ҳар иккала гуруҳга нисбатан тикланиш даражасининг камлиги кузатилди.

Тиббий тадқиқотлар комитети шкаласи (medical research council scale - MRS). MRS – реабилитация шкаласи бўлиб мушаклар кучи ва ҳаракат фаолияти тикланиш даражасини динамикасини баҳолашда қўлланилди. Ҳар бир мучада проксимал ва дисталь қисмда мушаклар кучи алоҳида баҳоланди.



14-расм. MRS шкаласи бўйича мушаклар кучини баҳолаш динамикаси.

Мушаклар кучи MRS шкаласи бўйича тадқиқотнинг 1-2 кунда АГ $28,9 \pm 0,63$ балл, НГ $32,3 \pm 0,59$ ва ТГ $27,8 \pm 0,9$ балл, тадқиқотнинг 7-10 кунда АГ $32,5 \pm 0,53$ балл, НГ $36,8 \pm 0,4$ балл ва ТГ $30,1 \pm 0,57$ балл ҳаракат тикланиш даражасини кўрсатди. Тадқиқотнинг 21-24 кунларда АГ $34,7 \pm 1,14$ балл, НГ $36,8 \pm 0,82$, ТГ $32,5 \pm 0,61$ балл ва 57-60 кунларда АГ $36,4 \pm 1,18$, НГ $38,2 \pm 0,8$, ТГ $33,4 \pm 0,73$ баллга ($p > 0,01$) тикланганлигини кузатиш мумкин (14-расм).

Тадқиқот гуруҳларида ўтказилган эрта рабилитация тадбирлари ва тадқиқот бошланиши ҳамда якунида ҳаракат бузилишлари баҳоланди. Эрта реабилитация тадбирлари бош мияда қон айланишнинг ўткир даври эканлиги, беморларнинг имобилизацион синдромга муҳтожлиги, ностабил гемодинамик кўрсаткичлар ва асосий гуруҳ беморларида ҚД ҳамроҳлиги

инобатга олиниб, қарши кўрсатмалар мавжуд бўлмаган реабилитация тадбирлари танлаб олинди ва амалиётда қўлланилди.

Госпитализация вақтидан 24-48 соат ўтиб АГ ва НГ беморларда вертикализация амалиёти бошланди, беморларнинг клиник таҳлил натижаларида қарши кўрсатмалар бўлмаганда PLR ва BSP тестлари ўтказилди, тестлар натижалари манфий бўлганда вертикализация амалиёти босқичма босқич амалга оширилди. Натижалар мусбат бўлганда беморлар ётоқ режимда даволанишни давом эттириб 24 соатдан сўнг қайта тестлар ўтказилди. Босқичма босқич тартибда 30° дан 90° гача бўлган босқичларда ҳар бир босқичда, 15° кўратилганда, бемор ҳаётий кўрсаткичлари 20 фоиздан ортиқ ўзгармаганда 15 дақиқа сақланиб, яна ётоқ режимга ўтказилади, икки соатдан сўнг кейинги босқичда тикланиш мумкин. АГ беморларида ортостатик етишмовчиликлар, диабетик полинейропатия ва диабетик нефропатиянинг турли даражаларда намоён бўлиши вертикализация ва нейровизуал шкалалар бўйича неврологик нуқсонларнинг нисбатан кам тикланганлиги, эрта реабилитация жараёнларини узоқроқ давом этиши ва самардорлиги камайишига сабаб бўлиши аниқланди. Эрта реабилитация тадбирлари ўтказилмаган ТГ эса АГ нисбаттан ҳам неврологик етишмовчиликлар тикланиш кўрсаткичлари сезиларли паст даражада эканлиги аниқланди. Хулоса қилиб айтганда ишемик инсульт қандли диабет асосида юзага келганда, эрта реабилитация амалиётлари ўтказилган ва ўтказилмаган беморлар объектив текширувларида юрак қон томир, овқат ҳазм қилиш, сийдик айирув тизими ва неврологик статусда қатор тизимли патологик ўзгаришлар аниқланиб, ушбу ўзгаришлар бемор аҳволини сезиларли даражада оғирлаштиради. ҚД ҳамроҳлигида юзага келган ушбу патологик ўзгаришлар динамикада клиник ва лаборатор таҳлилларни ўтказиб боришни ҳамда ўз навбатида даволаш ва эрта реабилитацияда ўзига хос ёндашувни талаб қилади. Психологик реабилитация йўналишида беморлар индивидуал хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда рационал психотерапия, эмоционал психотерапия ёки психологик суҳбат услубларида олиб борилиб, беморлардаги хавотирланиш

даражаси Тейлор шкаласи ёрдамида баҳоланди. Хавотирланиш даражаси АГ ва ТГ беморларида дастлаб нисбатан юқори кўрсаткичларда бўлиб, психологик реабилитация муолажаларидан сўнг ҳар иккала АГ ва НГ гуруҳда сезиларлари даражада камайишини кузатилди, АГ да умумий хавотирланиш камайишига қарамасдан НГ нисбатан юқори хавотир нисбати сақланиб қолди. ТГ да касаллик бошланишининг 7-10 кунларида хотирланиш даражасининг 1-2 кунларга нисбатан ошганлиги кузатилиб, 21-24 ва 57-60 кунларда ушбу кўрсаткич нисбатан пасайиши аниқланиб, ушбу ҳолат беморнинг касалликка адаптацияланиши билан асосланади.

Ҳаракат фаолиятини тиклаш мақсадида физиотерапевтик муолажалар электростимуляция ва магнитотерапия услубларидан фойданилди.

Даволовчи машқлар гуруҳидан нофаол гимнастика ва нафас машқлари қўлланилди. Шунингдек фалажланган ва соғлом томон мунабатлари тананинг турли вазиятларида ҳисоб олиб, мос ёндашувлар амалга оширилди.

Ўтказилган эрта реабилитация амалиётлари самарадорили ва унга ҚД таъсирини ўрганишда NIHSS шкаласи, Бартель шкаласи, Ривермид мобиллик индекси ва MRS шкалари ёрдамида тадқиқот аввалида ва сўнгида текширувлар ўтказилиб кўрсаткичлар динамикаси баҳоланди. Нейровизуал текширувларда ҚД фонидаги АГ ва ТГ да неврологик етишмовчиликлар НГ га чуқурроқ даражада шаклланиб, эрта реабилитация тадбирларида тикланиш тикланиш АГ да НГ нисбатан кам даражада бўлиши кузатилиб, эрта реабилитация тадбирлари ўтказилмаган ТГ да ҳар иккала гуруҳга нисбатан хавотир даражасининг юқорилиги ва неврологик етишмовчиликларнинг кам даражада тикланганлиги кузатилди.

Ишемик инсульт бугунги кунда кенг тарқалиб ногиронлик ва ўлим сабаблари орасида етакчилик қилиши билан ажралиб туради. Даволашнинг юқори самарадорлиги касаллик аниқланишининг биринчи соатларидан махсус интенсив неврология бўлимларида, ташхисланиб, дифференциал даво ва эрта реабилитация тадбирларига кўп жиҳатдан боғлиқлиги аниқланган. Ишемик инсультнинг қандли диабет билан кечиши гипергликемия ва диабетнинг бошқа кўплаб асоратлари сабаб ишемик инсульт даволаш ва реабилитация жараёнини бирмунча мураккаблаштиради. Қандли диабет фонида ишемик инсульт билан оғриган беморларда натижалар алоҳида эътиборга лойиқ бўлиб, бунда ўпка инфекцион асоратлар 1-3 маротаба, қон томир асоратлари 4 маротаба кўп кузатилади. Бугунги кунда дунёда инсультдан кейинги ўлим ва ногиронлик кўрсаткичларини камайтириш, касалликнинг эрта диагностикаси ва даволаш-профилактикаси бўйича қатор илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда. Жумладан, қандли диабет фонида келган ишемик инсульт клиник-неврологик, нейровизуализацион ўзига хос хусусиятига эга бўлиши билан хасталанган беморларда асаб тизимидаги бир қатор ўзгаришларни келиб чиқишида реабилитация жараёнинида ўзига хос ёндашувлар талаб этади. Бундай ҳолатларда касалланган организм индивидуал жиҳатларини аниқлаш ва адекват соғломлаштириш имкониятини яратувчи текширувлар, даво ва реабилитация дастурини ишлаб чиқишни оптималлаштириш муҳим амалий аҳамиятига эга.

АҚШда даволаш реабилитация тадбирларини такомиллаштириш натижасида инсультдан кейинги биринчи йилда сарф харажатлар 10 мартага камайиши, беморлар бузилган функциялар тикланиши орқали ўз ўзига хизмат, оилада ногирон бўлмаслиги ва меҳнат фаолиятини давом эттиришига эришилган. Россияда асосий мультидисциплинар мезонлар асосидаги тиббий ёрдамни ташкил этиш натижасида дастлабки 30 кунликда ИИ да летальлик 11,1 фоиз ва ГИ да 24,1 фоизга камайиб, инсультдан кейинги қайта тикланишлар 80 фоизгача ошган. [133;14-15-б.].

Тадқиқот ишимиздан назарда тутилган илмий мақсад ва вазифаларни ҳал этиш учун 2020-2021 йилларда Республика шошилиinch тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиали, шошилиinch неврология ва нейрореанимация бўлимларида бош мияда қон айланишининг ўткир бузилиши, ишемик тури таъхиси билан қабул қилиниб даволанган 190 нафар беморлар текшириш ва таҳлил натижалари тақдим этилган. Ишемик инсульт қандли диабет фонида юзага келган беморлар I гуруҳ (асосий) 80 нафар бемордан иборат бўлиб аёллар ва эркеклари нисбати 1:1,1 ва ўртача ёш $62,3 \pm 6,2$, II гуруҳ (қийсий) анамнез ва текширувларда қандли диабет аниқланмаган 70 нафар, жинс нисбати 1:2,5 аёллар ва эркеклар устунлиги билан ва ўртача ёш $61,2 \pm 6,9$ ҳамда. III – гуруҳ (таққослаш гуруҳи) 40 нафар, жинс нисбати 1:1,7 эркеклар кўплиги билан ўртача ёш $65,1 \pm 10,3$ беморларида ҳам ишемик инсульт қандли диабет фонида юзага келиб эрта реабилитация тадбирлари ўтказилмаган беморлар таъкил этган.

Текшириш усуллари ўз таркибига клиник-неврологик текширишлар: невростатус, NIHSS шкаласи, Бартель шкаласи, Ривермид мобиллик индекси, Тейлор шкаласи ва MRS шкалаларида баҳоланди. Вертикализация амалиёти PLR ва BPS тестлари натижалари асосида амалга оширилди. Лаборатор усуллар: қон ва сийдикнинг умумий таҳлилини олди. Биокимёвий текширишлар ўз таркибига қон коагулограммаси, қондаги глюкоза, мочевино ва креатинин миқдорини текшириш усуллари олди.

Инструментал тадқиқотлар ўз ичига электрокардиография (ЭКГ) бош миянинг брахиоцефал томирларнинг ультратовушли доплерографияси (БЦТ УТДГ), магнит-резонанс томография (МРТ), компьютер томография (КТ)си каби усулларни қамраб олган.

Тадқиқот натижалари ва маълумотларини таҳлил қилиш учун статистик тадқиқот усуллари (компьютер дастурларидан фойдаланган ҳолда) қўлланилди.

Ишемик инсульт қандли диабет фонида кечганда ҳар иккала патологияда қариши кўрсатма бўлмаган ва организм индивидуал мос

реабилитация тадбирларини танлаш, улардан имкон қадар эрта даврларда фойдаланиш ва комплекс тартибда ўтказиш беморларни соғломлаштиришда муҳим ўрин тутadi. Қандли диабет ва унинг асоратлари реабилитация тадбирлари ўтказиш, бошланиши кечикиши ва самарадорлигини камайтирувчи асосий омиллардан бири бўлиб ҳисобланади.

Қандли диабет фонида кечаётган беморларда вертикализация жараёни секин бўлиб, нисбатан узоқ давом этади. Вертикализация амалиётини тартиб билан ва босқичма босқич амалга ошириш асосий ва назорат гуруҳларида соғломлаштириш даражасининг ошиши ва асоратларнинг камайишига сабаб бўлади. Қандли диабет фонида кечувчи ишемик инсультларда эс хуш бузилишлари назорат гуруҳига нисбатан кўп учраши ва давомли бўлиши актив пассив ва актив вертикализация жараёнларини 3-4 кунга кечикишига сабаб бўлади. Ортостатик етишмовчиликлар, диабетик полинейропатия ва диабетик нефропатиянинг турли даражаларда намоён бўлиши вертикализация ва нейровизуал шкалалар бўйича неврологик нуқсонларнинг нисбатан кам тикланганлиги, эрта реабилитация жараёнларини узоқроқ давом этиши ва самарадорлиги камайишига сабаб бўлади.

Тадқиқот гуруҳларида ўтказилган эрта рабилитация тадбирлари ва тадқиқот бошланиши ҳамда якунида ҳаракат бузилишлари баҳоланди. Психологик реабилитация йўналишида беморлар индивидуал хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда рационал психотерапия, эмоционал психотерапия ёки психологик суҳбат услубларида олиб борилиб, беморлардаги хавотирланиш даражаси Тейлор шкаласи ёрдамида баҳоланди. Хавотирланиш даражаси АГ беморларида даслаб нисбатан юқори кўрсаткичларда бўлиб, психологик реабилитация муолажаларидан сўнг ҳар иккала гуруҳда сезиларлари даражада камайишини кузатилди, АГ да умумий хавотирланиш камайишига қарамасдан НГ нисбатан юқори хавотир нисбати сақланиб қолди. ТГ касаллик бошланишининг 7-10 кунларида хавотирланиш даражасининг 1-2 кунларга нисбаттан юқорилиги кузатилиб, тадқиқот давомида ушбу кўрсаткич нисбатан

пасайиши мобайнида психологик реабилитация ўтказилган АГ ва НГ га нисбатан юқори даражаларда сақланганлини кузатилди.

Харакат фаолиятини тиклаш мақсадида физиотерапевтик муолажалар электростимуляция ва магнитотерапия услубларидан фойданилди.

Даволовчи машқлар гуруҳидан нофаол гимнастика ва нафас машқлари қўлланилди. Шунингдек фалажланган ва соғлом томон мунабатлари тананинг турли вазиятларида ҳисоб олиб, мос ёндашувлар амалга оширилди.

Тейлор шкаласи бўйича АГ ($n=80$) беморларда психологик реабилитациядан олдин ўртача кўрсаткич $21,0 \pm 0,86$ ва реабилитациядан кейинги ўртача кўрсаткич $12,3 \pm 0,48$ ($p < 0,001$), НГ ($n=70$) беморларда психологик реабилитациядан олдин ўртача кўрсаткич $17,84 \pm 0,86$ ва реабилитациядан кейинги ўртача кўрсаткич $8,7 \pm 0,5$ ($p < 0,001$) ТГ гуруҳида 1-2 кунларда $20,43 \pm 1,46$, 57-60 кунларда $16,38 \pm 0,93$ баллни эканлиги аниқланди. Натижаларга иккала гуруҳда ҳам психологик реабилитация натижасида ҳавотирланиш даражасининг ўртача кўрсаткичи пасайишини кузатилади, ТГ 7-10 кунларда ҳавотир даражасининг ошиши ва тадқиқот сўнгида ушбу гуруҳда ҳам ўртача кўрсаткичнинг пасайишини кузатилди.

Бартель шкаласи бўйича тадқиқот аввалида АГ $45,5 \pm 2,24$ баллни ташкил этиб тадқиқот сўнгида $84,2 \pm 1,12$ ($p < 0,001$) баллга яхшилангани кузатиш мумкин. НГ ушбу кўрсаткич даслаб $55,5 \pm 2,45$ ва тадқиқот сўнги текширувларида $92,6 \pm 1,18$ ($p < 0,001$) баллни ва ТГ тадқиқот 1-2 кунда $43,8 \pm 2,47$ балл ҳамда тадқиқот 57-60 кунда $74,5 \pm 2,81$ баллни ташкил этди. Невлогик етишмовчилик даражаси нисбати тадқиқот аввалида 1,22 нисбат тадқиқот сўнгида 1,20 ни ташкил қилиб, АГ беморлари даво ва эрта реабилитация тадбирлари натижасида тикланиш НГ нисбаттан секинлик билан, кам даражада эканлиги кузатиш мумкин. Тадқиқот якунида ТГ неврологик етишмовчиликлар ҳар иккала гуруҳга нисбатан чуқур ифодаланганлиги аниқланди.

Тадқиқот аввалида NIHSS шкаласи бўйича ўртача кўрсаткич АГ $8,8 \pm 0,36$, тадқиқот сўнгида $3,8 \pm 0,22$ ($p < 0,001$) ва НГ аввал $8,2 \pm 0,37$ даво ва

реабилитация тадбирларидан сўнг $2,9 \pm 0,19$ ($p < 0,001$) ва ТГ дастлаб $9,1 \pm 0,49$ эканлиги кузатилиб $5,2 \pm 0,55$ баллни ташкил этди.

Ривермид мобиллик индекси бўйича дастлабки текширувларда АГ $2,86 \pm 0,42$ балл, НГ $4,51 \pm 0,53$ балл, ТГ $2,43 \pm 0,49$ баллни ташкил этиб, тадқиқот якуний натижалари АГ $7,59 \pm 0,38$ балл ва НГ $10,77 \pm 0,5$ баллни ва ТГ $9,21 \pm 0,44$ баллни ($p > 0,001$) ташкил қилди. Натижалар шуни кўрсатдики ҳаракат чекаланишлар даражаси АГ да НГ нисбатан юқори даражада намоён бўлиб, ҚД ҳамроҳлик қилган АГ да даволаш ва эрта реабилитация тадбирларидан сўнг тикланиш даражаси НГ га нисбатан сезиларли даражада камлиги кузатилди. Эрта реабилитация тадбирлари ўтказилмаган ТГ ҳаракат фаолияти тикланишлари АГ ва НГ нисбатан кам даражада ифодаланди.

MRS шкаласи динамикаси дастлаб АГ $28,9 \pm 0,63$ балл, НГ $32,3 \pm 0,59$ балл ва ТГ $27,8 \pm 0,9$ баллни ташкил қилиб, тадқиқот сўнгидаги текширувларда АГ $32,5 \pm 0,53$ балл, НГ $36,8 \pm 0,4$ балл ва ТГ $33,4 \pm 0,73$ баллни ($p < 0,01$) ташкил қилди.

Ўтказилган эрта реабилитация амалиётлари самарадорили ва унга ҚД таъсирини ўрганишда NIHSS шкаласи, Бартель шкаласи, Ривермид мобиллик индекси ва MRS шкалари ёрдамида тадқиқот аввалида ва сўнгида текширувлар ўтказилиб кўрсаткичлар динамикаси баҳоланди. Нейровизуал текширувларда ҚД фонидаги АГ ва ТГ да неврологик етишмовчиликлар НГ га нисбатан чуқурроқ даражада шаклланиб, эрта реабилитация тадбирларида тикланиш тикланиш НГ нисбатан кам даражада бўлиши кузатилди.

Ўтказилган тадқиқот ва илмий изланишлар натижасида қуйидаги хулосаларга клинди:

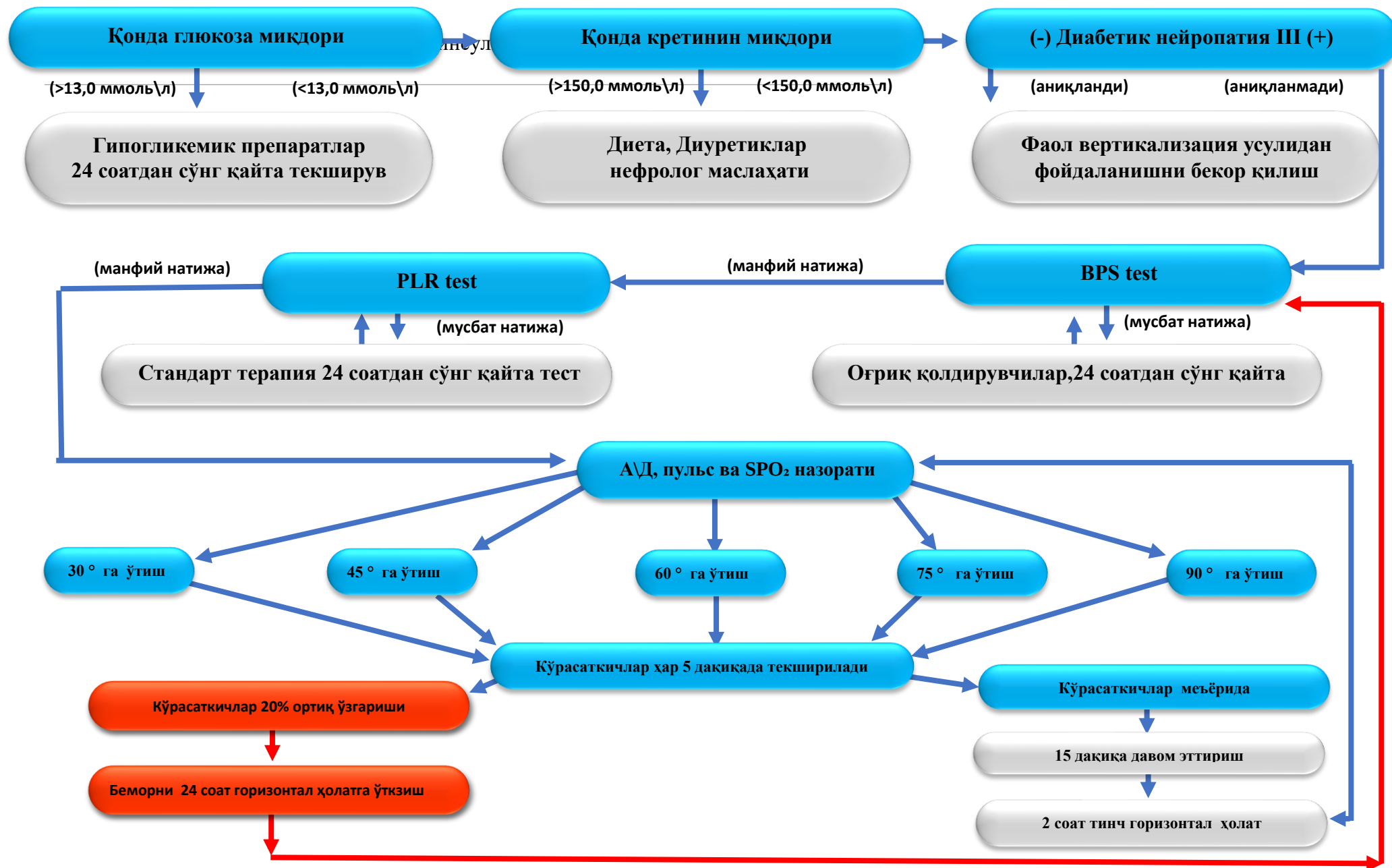
1. Қандли диабет фонида юзага келган ишемик инсульт ўтказган беморларда ҳаракат, сезги, нутқ ва психоэмоционал бузилишлар қандли диабетсиз юзага келган ишемик инсультга нисбатан кучлироқ намоён бўлади ($p < 0,001$), қондаги қанд, мочевино ва креатинин миқдорининг юқорилиги сабаб ушбу беморларда макро- ва микроангопатия (100 фоиз), диабетик ретинопатия (40 фоиз), II-III даражали полиневропатия (85-15 фоиз),

нефропатия (45 фоиз) каби асоратлар кузатилади ва ишемик инсультнинг кечишини янада оғирлаштиради.

2. Нейровизуал текширув қандли диабет фонида юзага келган ишемик инсульт қандли диабетсиз юзага келган ишемик инсультга нисбатан бош мия субатрофияси (ўз ўрнида 72,5 ва 58,6 фоиз), қон томир энцефалопатияси (таалуклича 95 ва 90 фоиз), ишемик ўчоқ зонаси аниқланиш даражасининг юқорилиги (56,3 га 45,7 фоиз) ҳамда томирлардаги стенознинг оғирроқ даражасини ($p < 0,001$) ифодалайди.

3. Вертикализация амалиёти қандли диабет фонида юзага келган ишемик инсультда PLR ва BSP тест натижалари манфий, қондаги қанд миқдори 13 ммоль/л ва креатинин миқдори 130-150 мкмоль/лдан паст, госпитализациядан 24-48 соат ўтгандан кейин босқичма-босқич амалга ошириш беморларда эрта реабилитация самарадорлигини оширади.

4. Қандли диабет фонида кечган ишемик инсультнинг ўткир даврида бошланган комплекс эрта реабилитация (вертикализация, психологик реабилитация, физиотерапия, даволовчи машқлар) ҳаёт сифатини Бартель шкаласи бўйича 1,13 марта, NIHSS шкаласи бўйича 1,17 марта яхшиланишига, Тейлор шкаласи бўйича хавотирланиш даражасини 2,6 марта камайишига, даволаниш кунларини эса 1,4 кунга қисқартиришга олиб келди.



Ишемик инсульт ҚД фонида кечганда вертикализация алгоритми

ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ.

1. Абасова Г.Б., Диханбаева Г. А., Шакен А. Ш., Атжан Ж. К., Даутова, «Нейрореабилитация» // материалы X международного конгресса, - 2018, Москва, - С-296.
2. Абдрахманова.М.Г., «Принципы ранней реабилитации больных с инсультами, Медицина и экология 15, 2010,2, С- 16.
3. Абилова Г.Т., Калматаева Ж.А., Ш. Малик, Раушанова А.М., Мамырбекова С.А., «Инсульт. Проблемы нейрореабилитации» // Наука о жизни и здоровье, - №2, - 2020, - С.178-183.
4. Агзамова Ш.А., Шамансурова Э.А., «Реабилитология», дарслиги, Тошкент – 2013. С. 414-416.
5. Азизова Р.Б., Хикматуллаев Б.Х., «Восстановление неврологического статуса в острейшем остром периоде после перенесенного инсульта у больных с СД 2 типа» // Неврология 4(76) 2018, С.66-67.
6. Акимжанова А.К., Гржибовский А.М., Хайбуллин Т.Н., Изатуллаева Н.С., Гордиенко М.И., «Эффективность транскраниальной магнитной стимуляции в реабилитации пациентов с мозговым инсультом» // Наука и Здравоохранение, - №4, - 2016, - С.50-65.
7. Аманова Э.О., Ковальчук В.В., Миннуллин Т.И., Кантеева Л.Э., «Мышечная спастичность и болевые синдромы, после инсульта в практике клинициста» // С.Питербург, – Медицинская реабилитация, – Часть II 2016, – No. 12, – С.23-26.
8. Аметов А.С., Прудникова М.А., «Метаболическая терапия в комплексном лечении сердечно-сосудистых осложнений сахарного диабета типа 2»,// РМЖ, 2017 № 20. – С. 1481-1485.
9. Аметов А.С., Курочкин И.О., Зубков А.А., «Сахарный диабет и сердечно-сосудистые заболевания» // РМЖ, Мнение эксперта. № 13, 2014. С. 954- 959.
10. Антонова К.В., Медведев Р.Б., Шабалина А.А., Лагода О.В., Танашян М.М., «Нарушения углеводного обмена и церебральный атеросклероз у больных с ишемическими нарушениями мозгового кровообращения» // Клиническая неврология, – Том 10, – №1, – 2016, – С.20-26.
11. Антонова К.В., Танашян М.М., Романцова Т.И., Максимова М.Ю. «Острые нарушения мозгового кровообращения: клиническое течение и прогноз у больных сахарным диабетом 2 типа», // Ожирение и метаболизм, - 2016, - №13(2) - С.20-25.

12. Баклушина Е.А., Ястребцева И.П., «Электростимуляция в нейрореабилитации. // Физиотерапия, бальнеология ва реабилитация.», 2016; 15. С.49-54.
13. Баранцевич Е.Р., Ковальчук В.В, Овчинников Д.А., Стурова Ю.В., «Современные возможности организации реабилитации пациентов после инсульта», // Артериальная гипертензия. – 2015, –21(2), – С. 206–217.
14. Батышева Т.Т., Рыжак А.А., Новикова Л.А., «Особенности ОНМК у больных сахарным диабетом», 04.10.2010, «Поликлиника восстановительного лечения», №7 УЗ ЦАО, Москва, ЦРБ, Севск, Брянская обл. - С.1-2.
15. Бектемирова С.Н., «Лечение больных ишемическим инсультом методами медицинской реабилитации»,//Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований, - №12, - 2016, - С. 645-648.
16. Бернадета Жондло, Катажина Депа. «Лечебно-реабилитационные процедуры для больных, перенесших инсульт»,//Форум долгосрочной опеки, - № 4 (4),- 2014,- С.9-11.
17. Бикбова И.А., Киргизова О.Ю., «Немедикаментозное лечение в раннем восстановительном периоде после инсульта», //Сибирский медицинский журнал (Иркутск), – 2015, – № 4, – С. 5-9.
18. Бондарь И.А., Краснопевцева И.П., «Особенности течения острого нарушения мозгового кровообращения при сахарном диабете 2 типа»,// Медицинские науки, - № 3, - 2015 , - С.2-7.
19. Буйлова Т.В., «Восстановление функции ходьбы у пациентов с последствиями инсульта», // Форум долгосрочной опеки, - № 4 (4), - 2014, - С.20-23.
20. Быкова Ольга Николаевна, «Особенности клинического течения и прогноза ишемического инсульта у больных с сахарным диабетом 2 типа», // Автореферат, - Санкт-Петербург, - 2015, - 25 с.
21. Власова Анастасия Константиновна, «Автоматизированная приводная ортезная система вертикализаторного тренажёра», Бакалаврская работа. Томск – 2021 г. // 12.-С.
22. Войно-Ясенецко В.Ф., «Клинико-психологические особенности пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения в реабилитационном периоде», // Теория и практика современной науки, - №10(16), - 2016, - С.2-10.
23. Воронина В. П., Загребельный А. В., Лукина Ю. В., Кутишенко Н. П.«Особенности течения мозгового инсульта у больных сахарным диабетом по данным регистра РЕГИОН-М», //Кардиоваскулярная терапия и профилактика, – 2019;18(5) – С.60-65.

24. Газенкамппф А.А., Корчагин Е.Е., Довбыш Н.Ю., Курносков Д.А., Грицан А.И., «Влияние пассивной вертикализации на течение ишемического инсульта при проведении искусственной вентиляции легких», // Сибирское медицинское обозрение, - 2018, - №1, - С.54-59.
25. Ганиева Н.Т, Худойкулов Ш.Х., «Эффективность различных вариантов лечебной гимнастики у больных с ишемическим инсультом головного мозга». // «Молодой учёный».№ 4 (138) 2017, С. 248-249.
26. Гольдблат Ю.В., «Основы реабилитации неврологических больных», Санкт-Петербург, - СпецЛит, - 2017, - 767 с.
27. Горюн А.В., «Инсульт в современном мире: тенденции, проблемы, перспективы», посвященная всемирному дню борьбы с инсультом». / Москва/ 26 сентября 2019 г. - С. 17.
28. Гудкова В.В., Усанова Е.В., Стаховская Л.В., «Сахарный диабет и инсульт: от патофизиологических механизмов повреждения к обоснованному лечению», // Сахарный диабет и инсульт, Лечебное дело, - № 4, 2013, - С.83-89.
29. Гуревич М.А. «Сахарный диабет и заболевания сердечно-сосудистой системы». РМЖ, 2017 № 20 // С-1490-1496.
30. Давыдова А.А., Егорова О.Ю., Кравченко Т.Е., Суворов А.Ю., «Уход за пациентами после инсульта проблемы пациентов, перенесших инсульт», Практическим пособие, ООО «Адвансед солюшнз», Москва - 2017, - С-40.
31. Дамулин И.В., Екушева Е.В., «Восстановление после инсульта и процессы нейропластичности», // журнал. Медицинский совет, – 2014, – №18, – С.12-19.
32. Дамулин И.В., Екушева Е.В. «Анализ сенсомоторных нарушений в позднем восстановительном и резидуальном периоде после ишемического инсульта», // Российский медицинский журнал, 2016, 22(4), С.184-189.
33. Дедова И.И.,Шестаковой М.В., Майорова А.Ю. «Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом», // 10-й выпуск, Москва 2021, С-113-115.
34. Демидов В.И., Конкина Е.А, Точенов М.Ю., «Клинико-Морфологические сопоставления при ишемическом инсульте у больных сахарным диабетом», // Вестник новых медицинских технологий – 2013 – Т. XX, № 1 – С. 76-79.
35. Демидова Т.Ю., Титова В.В.,«Преимущества физических нагрузок различной интенсивности для пациентов с сахарным диабетом 1 типа и их влияние на углеводный обмен.», Ожирение и метаболизм. Москва,– 2020. Т.17. – №4. – С. 385-392

-
36. Демидова И.Ю., Храмин В.Н., Игнатова О.Ю., «Диабетическая дистальная полинейропатия», // Эндокринная хирургия № 1, 2008, С .29 - 39.
37. Демидова Т.Ю., «Сосудистые осложнения сахарного диабета 2 типа за гранью гликемического контроля». //Сахарный диабет. Диагностика, контроль и лечение. //2010 С. 111-116.
38. Денисов Игорь Николаевич., «Диагностика и тактика при инсульте в условиях общей врачебной практики, включая первичную и вторичную профилактику», // Клинические рекомендации, Р Ф. 15.11.2013 года, г. Казань, - С. 33.
39. Екушева Е.В., Кипарисова Е.С, Денищук И.С., Хоженко Е.В., «Эффективность использования модели патогенетически обоснованной реабилитации сенсомоторных нарушений у пациентов после ишемического инсульта», //Физиотерапия, бальнеология и реабилитация, 2017, 4 С.185-189.
40. Екушева Е.В., Кипарисова Е.С., Ширшова Е.В., «Особенности сенсомоторных нарушений у пациентов в разных периодах после ишемического инсульта», // Клиническая практика, — № 2, 2017, - С.42-48.
41. Екушева Е.В., Кипарисова Е.С., «Ширшова Е.В. Инновационные подходы к восстановительному лечению пациентов после ишемического полушарного инсульта», // Клиническая практика, - № 2, 2017, - С.28-33.
42. Епифанов В.А., Епифанов А.В., «Реабилитация больных, перенесших инсульт», // Руководство, - Москва, 2013, - С.-248.
43. Ермакова Н.Г. «Психологическая реабилитация больных с последствиями инсульта в условиях, восстановительного лечения этапы и методы», //Международный научно-исследовательский журнал, – 2016 № 4, (46) – Часть 7,179, – С.114-119.
44. Ермолаева А. И., "Клинические проявления и показатели стресс-реализующей системы в остром периоде ишемического инсульта при сахарном диабете типа 2", // Медицинские науки. Клиническая медицина, - № 3 (31), 2014, С.60-72.
45. Ермолаева А.И., Баранова Г.А., Нестеренко Т.А., КокареваЕ.А., "Методы нейровизуализации при острых нарушениях мозгового кровообращения у больных сахарным диабетом 2-го типа", // Медицинский альманах – № 5, (50) – 2017, – С.36-39.
46. Есин Р.Г., Хайруллин И.Х., Зянгилова С.Т., Ю.Н. Исаева, О.Р.Есин., «Диабетическая энцефалопатия: патогенез, клинические проявления, подходы к терапии», Клиницист № 3–4’2012// С - 10-12.
-

47. Жариков А.Ю., Щекочихина Р.О., «Диабетическая нефропатия. современный взгляд на проблему». Бюллетень медицинской науки №2, 2018 // С 24-26.
48. Ибодуллаев З.Р., «Инсульт ва кома»././ Тошкент - 2013, С. 17-18.
49. Иванова Г.Е., «Вертикализация пациентов в процессе реабилитации», // Клинические рекомендации, - Медицинской реабилитации Экспертного Совета МЗ РФ, - 2014, - С.63.
50. Исмаилов С.И., Бердыкулова Д.М., «Поздние осложнения сахарного диабета у лиц, проживающих в Ташкентской области Республики Узбекистан»,// Международный эндокринологический журнал, - № 8(48), - 2012, - С.27-31.
51. Исмаилов Е.Е., Есен Л.М., Ж.З. Жанысбаев Ж.З, Исаева У.А., «Динамика качества жизни больных в остром и подостром периодах ишемического инсульта», // Вестник КазНМУ, - № 2, - 2016, - С. 256-258.
52. Кадыков А.С., Шахпаронова Н.В., «Реабилитация после инсульта», // — Москва, ООО «Медицинское информационное агентство», — 2017, 240 с.
53. Кадыков А.С., Шахпаронова Н.В., «Ранняя реабилитация больных, перенесших инсульт. Роль медикаментозной терапии», // Нервные болезни, -№1, — 2014, — С.22-25.
54. Кадыров А.С., Шахпаронова Н.В., «Больной после инсульта», Журнал Медицинский совет. 2013, // С. 76-83.
55. Какорин С.В., Тулякова Э.В., Воронкова К.В., Мкртумян А.М., «Острое нарушение мозгового кровообращения у больных сахарным диабетом 2 типа», //Сахарный диабет. –2013;(1): – С.63-70."
56. Камалова М.И. Хайдаров Н.К., Исломов Ш.Э., «Современные представления о факторах риска и профилактики инфаркта головного мозга». "Журнал неврологии и нейрохирургических исследований", №3. 2020;С.16-19.
57. Кандыба Д.В., «Инсульт». // For citation: Russian Family Doctor. 2016;20(3).С. 5-15.
58. Каракулова Ю.В, Селянина Н.В. Желнин А.В., «Влияние антиоксидантной терапии на нейротрофины и процессы реабилитации после инсульта», // Журнал неврологии и психиатрии, № 8, 2016. С 36-39.
59. Карачинцева Н.В., Можейко Е.Ю., «Применение физиотерапии при мозговом инсульте с позиций доказательной медицины». //Bulletin of Rehabilitation Medicine Vol. 20, No. 1 2021. // С. 27-34.
60. Каримов Ш.И., Рахимбаева Г.С., «Скрининг и диагностика ассимптомной стадии хронической сосудистой мозговой недостаточности». / Информационная писмо . 2010, С. - 2-3.

61. Кирячков Ю.Ю., Петрова М.В., Пряников И.В., Колесов Д.Л., Парфёнов А.Л., «Качество моделей шкал уровня сознания, функционального состояния и общесоматической тяжести у пациентов с последствиями повреждения головного мозга в отделениях интенсивной терапии и реабилитации», // Медицинская реабилитация, №4, 2020,- С.303-314.
62. Ковальчук В.В., Гусев А.О., Баранцевич Е.Р., «Ранняя вертикализация в программе реабилитации пациентов, перенесших инсульт», // Газета невролога, — №3, — 2018, — С.2-5.
63. Ковальчук В. В. «Пациент после инсульта: особенности ведения и реабилитации», //Сибирское медицинское обозрение, — №1, 2017, С.99-106.
64. Ковальчук В.В., Богатырева М.Д, Минуллин Т.И. «Современные аспекты реабилитации больных, перенесших инсульт», // Журнал неврологии и психиатрии, — № 6, — 2014, — С. 101-105.
65. Ковальчук В.В., Гусев А.О.Миннуллин Т.И., Нестерин К.В. «Реабилитация пациентов после инсульта,Критерии эффективности и факторы успеха: роль физической, нейропсихологической и медикаментозной терапии», //Эффективная фармакотерапия. – № 19, – 2017, – С. 62-72.
66. Ковальчук В.В., Гусев А.О., «Реабилитация пациентов после инсульта», // Журнал неврологии и психиатрии,— № 12, 2016, — С.59-64.
67. Королева Е.С., Алифирова В.М., Латыпова А.В., и др., «Принципы и опыт применения роботизированных реабилитационных технологий у пациентов после инсульта», // Бюллетень сибирской медицины. 2019, 18 (2),С. 223–233.
68. Коротаев Сергей Владимирович., «Реабилитация больных с постинсультными двигательными расстройствами», // Выпускная квалификационная работа, Екатеринбург, — 2018, — С. 86.
69. Кошечева Л.А., Жукова Д.Л., Березина Е.Л., «Оценка эффективности реабилитации пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, по данным госпитального регистра», Вестник медицинского института «Реавиз». 2021. № 2. - С 63-68.
70. Кулишова Т.В, Шинкоренко О.В., "Эффективность ранней реабилитации больных с ишемическим инсультом», //Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры, //— № 6, — 2014, — С.9-12.
71. Курушина О.В.,Сажин А. Ф., Ансаров Х.Ш., «Реабилитация пациентов с ишемическим инсультом – терапевтическая стратегия»,// Лекарственный вестник, – № 1 (49),– 2013, – Том 7, – С. 3-7.

72. Лаптева Е.С., Цуцунава М.Р., Дьячкова-Герцева Д.С., «Реабилитация пациентов после инсульта», // Неврология и психиатрия. – 2019 том № 4, С.35-39.
73. Латышева В.Я., Чечетин Д.А., «Реабилитация двигательной активности пациентов в постинсультном периоде», // Практическое руководство, – Беларусь, – Гомель, – 2015, С.15-57.
74. Латышева В.Я., Чечетин Д.А., Ядченко Н.М., Иванцов О.А. «Реабилитация двигательной активности пациентов в постинсультном периоде», // практическое руководство, — Гомель, 2015, 79 с.
75. Левин О.С., «Диабетическая полиневропатия: современные подходы к диагностике и патогенетической терапии». Клиницист № 2, 2013, // С- 54-63.
76. Лопатина Т.Н, Терентьева О.В., «Реабилитация больных после ишемического инсульта», // жур. Профессия Теория и практика, – № 5, 2018, – С.27-30.
77. Лукьянов А.Л., Н.А. Шамалов, д.м.н., проф. Г.Е. Иванова, «Вертикализация больных в остром периоде церебрального инсульта». // Журнал неврологии и психиатрии, 4, 2010; Вып. 2// С- 29-35.
78. Лукьянов Андрей Львович, «Ранняя вертикализация в остром периоде церебрального инсульта», // Автореферат, — Москва,— 2013, — С.27.
79. Макаров А.О., «Клинико-патогенетические особенности, факторы риска повторных инсультов у пациентов пожилого возраста и оптимизация лечебно-реабилитационных мероприятий». Диссертация. Санкт-Петербург, 2017. С.-63.
80. Макаров Артём Олегович, «Клинико-патогенетические особенности, факторы риска повторных инсультов у пациентов пожилого возраста и оптимизация лечебно-реабилитационных мероприятий», // Диссертация, — Санкт-Петербург, — 2017, — 207 с.
81. Максудова Д.Ю., Умарова Д.Ю., Абрамян А.А., «Комплексное лечение инсульта у больных сахарным диабетом», // «Nevrologiya» — 2(58), 2014 С-69.
82. Маматкулов Б.Н, «Жамоат саломатлиги ва соғлиқни сақлашни бошқариш». Тошкент - 2013, // С. 129-221.
83. Маркин С.П., Маркина В.А., Искорнева Н.А. «Современный подход к двигательной реабилитации после инсульта», // Журнал неврологи. Б.М. Маньковского, – №1, – 2013, – С.79-82.
84. Морозова Т.Е., Андрущишина Т.Б., «Артериальная гипертензия у больных сахарным диабетом – индивидуализированный выбор антигипертензивных лекарственных средств». Российский кардиологический журнал № 2 (88) / 2011. // С. 72- 77.

-
85. Мохир Ахмедов, Равшан Азимов, Зулхумор Муталова, Шахин Гусейнов, Елена Цой, Bernd Rechel. «Узбекистан обзор системы здравоохранения», // Системы здравоохранения время перемен, – том 16, – №5, – 2014, – С.-195.
86. Мусаев А. В., Балакишиева Ф. К., «Трансцеребральная физиотерапия ишемических заболеваний головного мозга»,. Помощь практическому врачу// 6 - 2012. Боку. //С. 3- 9.
87. Национальная республиканская конференция I, 10 сентября 2019 в городе Ташкент «Реабилитология: достижения, проблемы, перспективы – 2019», при поддержке Министерства здравоохранения Республики Узбекистан и АО "Российский экспортный центр": <https://www.uzdaily.uz/>.
88. Нестерова М.В., Галкин В.В. «Патогенез, классификация, лечение диабетической полинейропатии»,//журнал Фармакотерапия 2013,2, С-96-98.
89. Новикова Л.Б., Акопян А.П. , ШараповаК.М., «Реабилитация больных в острейшем и остром периодах инсульта», // Учеб. пособие, – Минздрава России, – 2019. – С. 75.
90. Петрова Ю.Г., «Школа ухода за пациентами при проведении медицинской реабилитации после церебрального инсульта», // Диссертация, – Москва, – 2015, – С. 124.
91. Пизова. Н.В., «Некоторые клинические проявления поражения нервной системы». // 2018.Журнал Медицинский совет , №9, 2018, С 104-111.
92. Пирадова М.А., Танащян М.М., Максимовой М.Ю., Инсульт: современные технологии диагностики и лечения,// Руководство, – МЕДпресс-информ, – Москва, – 2018. – С-360.
93. Плужникова Т.В., Альбот В.А., Арсентьева О.В., «Актуальные вопросы реабилитации и профилактики инсультов. Нарушение произносительной стороны речи и глотания у пациентов с ОНМК. Вторичная профилактика инсультов», //Методические рекомендации, – Иркутск, – 2016,. – 28 с.
94. Попельшева Анна Эдуардовна., «Динамика артериального давления и неврологического дефицита в остром периоде мозгового инсульта у пациентов с сахарным диабетом 2 типа и без него»././ Сахарный диабет. 2015;18(4): - С. 113-119.
95. Постановление президента Республика Узбекистан Об утверждении Национальной программы по совершенствованию эндокринологической помощи населению Республики Узбекистан на 2019 - 2021 года ID-2361 // ПК - 4295 - 19 апрель 2019 г. С. 1-2.

96. Приказа Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г «Принципы организации реабилитации пациентов с инсультом», // Лекция № 15, — Согласно Приказа Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г, № 928, С. 12.
97. Проказова П.Р., Пирадов М.А., Рябинкина Ю.В., Кунцевич Г.И., Гнедовская Е.В., Попова Л.А., «Роботизированная механотерапия с использованием тренажера MOTomed letto2 в комплексной ранней реабилитации больных с инсультом в отделении реанимации и интенсивной терапии», //Клиническая неврология,—Том 7. —№ 2, —2013, — С. 11-15.
98. Проказова Полина Руслановна., «Ранняя роботизированная реабилитация реанимационных больных в остром периоде инсульта», //Диссертация, — Москва, — 2013, — С.-122.
99. Пўлатов С.С., Рўзиев Ф.Ф., Каримова Ж.Ю., Сатторова Л.Ж., «Инсультларда психологик реабилитация». Услубий қўлланма.// Бухоро - 2020. С-16-19.
100. Ражабова Д.Х., Суюнов Н.Д., «Ўзбекистон Республикасида инсульт билан касалланиш тахлили». //Абу Али ибн Сино ва замонавий фармацевтикада инновациялар.//Тошкент. 20 май 2021. С.319-320.
101. Разумов А. Н., Мельникова Е. А., «Основные показатели реабилитационного прогноза у больных, перенесших инсульт»././ Медицинская реабилитация, — № 12 (129), — 2016, – С.16–22.
102. Рахимжонова М.Т., Исмоилов С.И., Рахимова Г.Н., Ташманова А.Б., Алиева А.В., «Қандли диабет билан яшашни ўрганиш», //Diabet in Uzbekistan. 1_2012 - С. 21-23.
103. Рекомендации Австрийской ассоциации борьбы с инсультом «Нейрореабилитация пациентов после инсульта», Рекомендации Австрийской ассоциации борьбы с инсультом 2018 года, // — Ukrainian Neurosurgical Journal, — Vol. 25, - N2, - 2019, - С. 55-60.
104. Ризаев А.Ж, Хайдаров Н.К., «Частота инвалидизации по инсульту в Бухарской области», // О' ZBEKISTON tibbiyoti JURNALI, №2, 2019, С.59-60.
105. Рыжков В. Д., «Инсульт. Срочная реабилитация: Клиника, критерии диагностики и экспертизы. Тактика ведения и реабилитация»././Руководство, - Санкт-Петербург, — СпецЛит, — 2016, — С. 157.
106. Сагатов А.Р., «Эффективность медикаментозной терапия у инвалидов в раннем восстановительном периоде инсульта»././ «Nevrologiya» — 2(58), 2014 С-71-72.

107. Салохина Т.А., Митихин В.Г., Ястребова В.В., Тюменко Г.В., «Проблемы оценки эффективности психосоциальной реабилитации и лечение: область вмешательств, инструменты и критерии оценки», // Журнал неврологии и психиатрии и.м. С.С.Корсакова, — 2019, т-119, — №12, — С. 154-160.
108. Светкина А.А., «Психологическая реабилитация больных с ОНМК», // Медицинская психология в России, — 2016, — Т. 8, № 5, — С. 7.
109. Селивёрстов Ю.А., Krupinski J., Secades J.J., «Современные подходы к эффективной реабилитации пациентов, перенесших инсульт», // Нервные болезни, — №3, — 2014, — С.37-42.
110. Сокрута В.Н., «Медицинская реабилитация больных с различными формами инсульта и энцефалопатии», // Учебное пособие, — Лиман-Славянск,— 2018, — С.139.
111. Солонец Ирина Львовна, «Оценка качества жизни больных с нарушением функции движения в раннем восстановительном периоде церебрального инсульта в процессе комплексной реабилитации», // ,—Диссертация, —Ростов-на-Дону, — 2016, —С. 222.
112. Сорокина Н.Д., Селицкий Г.В., «Комплексный подход в оценке функционального состояния головного мозга у больных с ишемическим инсультом в стадии реабилитации», // Российский медицинский журнал, — №3, — 2013, — С.23-27.
113. Сорокоумов В.А., Вознюк И.А., Полякова А.В., Полушин А.Ю. «Особенности пассивной вертикализации пациентов с гемодинамически значимыми стенозами прецеребральных артерий в остром периоде инсульта», // Артериальная гипертензия, — Том 19, — № 5, — 2013, — С.449-457.
114. Строков И.А., Захаров В.В., Строков К.И., «Диабетическая энцефалопатия», Лекция. Бюллетень медицинской науки №4 (10) 2018 // С 30-38.
115. Танащян М.М., Антонова К.В., Раскуражев А.А., «Диабетическая полинейропатия». Медицинский совет №17, 2017 // С - 72-77.
116. Танащян М.М., Антонова К.В., Лагода О.В., Максимова М.Ю., Глебов М.В., Шабалина А.А., «Острые нарушения мозгового кровообращения и сахарный диабет 2 типа»,// Клиническая неврология, Том 8, — №3, 2014, С.4-8.
117. Танащян М.М., Орлов С.В., Медведев Р.Б.,Лагода О.В., Омельченко Н.Г., Глотова Н.А., «Метаболический синдром и нарушения мозгового кровообращения», //Клинический разбор, Том 3. № 3, — 2019, С.41-45.
118. Танащян М.М., Щепанкевич Л.А., Орлов С.В., Теленкова Н.Г., Шабалина А.А., Костырева М.В. «Гемореология и гемостаз у больных с ишемическим

инсультом на фоне сахарного диабета 2 типа и метаболического синдрома», // Клиническая неврология, – Том 8, – №3, – 2014, – С.14-20.

119. Татьяна Чистик, «Современные подходы к реабилитации больных, перенесших инсульт», // «Международный неврологический журнал», – № 7 (93), – 2017, – С. 83-86.

120. Татьяна Чистик, «Комплексный подход к терапии нарушений мозгового кровообращения», // Медицина неотложных состояний, № 7(78), 2016, С. 66.

121. Татьяна Чистик., «Нейрореабилитация пациентов с инсультом: потребности и реалии сегодняшнего дня», // Міжнародний неврологічний журнал, – № 8(70), – 2014, – С.76-84.

122. ТОВАЖНЯНСКАЯ Е.Л., ДУБИНСКАЯ О.И., БЕЗУГЛАЯ И.О., НАВРУЗОВ М.Б., «Нарушение ауторегуляции мозгового кровотока как фактор развития мозговых дисциркуляций при сахарном диабете 2-го типа». // Международный неврологический журнал, – 2012 № 4 (50), – С.43-47.

123. Урунов Д.А. , М.К. Агзамов, Х.У. Урунов., «Комплексное медикаментозное лечение - путь к ранней реабилитации больных с ишемическим инсультом», // «Nevrologiya» 2(58), 2014 С-76-77.

124. Урунов Д.А., Агзамов М.К., «Ранняя реабилитация больных с ишемическим инсультом в клинике экстренной неврологии», // Неврология, 2 (62) — 2015, — С. 67-68.

125. Федин А.И., Солопова И.А., Тихонова Д.Ю., Гришин А.А., «Медицинские технологии нейрореабилитации двигательных нарушений в остром периоде инсульта», // Вестник РГМУ, — 2012, — №1, — С. 47–52.

126. Фломин Ю.В., Гуляева М.В., Самосюк Н.И., Гаврылив И.Р., Кушнеренко О.Л., Асташкина Н.В., Матяш Ю.А., «Лечение инсульта в стационаре: ключевые факторы, определяющие исходы болезни», // Международный неврологический журнал, — № 7(69), — 2014, — С.83-94.

127. Хамроева Ю. С., Кодирова Ш. С., Джабборова М. Б., «Артериал гипертензия ва қандли диабетнинг 2 тури билан касалланган беморларда юрак ва қонтомирнинг ҳафли омиллари», //Доктор ахборотномаси, № 2,2019,С.121-123.

128. Хасанова Д.Р., Житков Ю.В., Табиев И.И.,«Комплексная реабилитация пациентов с постинсультными синдромами», // журнал медицинской совет. – 2016. – №8, – С.18-23.

129. Ходжиева Д.Т., Бобокулов Г.Д., Хайдарова Д.К.,«Дифференциально – диагностические критерии различных форм инсульта»./"/Журнал неврологии И нейрохирургических исследований", №1. 2020;- С. 31-35.

-
130. Чуприна С.Е., Небогина О.В., «Реабилитация постинсультного пациента: роль врача общей практики (врача-терапевта)», // Регулярные выпуски «РМЖ» — №9, — от 29.05.2017, — С. 579-584.
131. Шавловская О.А., «Эффективность тиоктовой (альфа-липоевой) кислоты в терапии диабетической полинейропатии», // Эффективная фармакотерапия. 12/2016. // С. 8 - 14.
132. Шахпаронова Н.В., Кадыков А.С., Кашина Е.М., «Реабилитация больных, перенесших инсульт. Восстановление двигательных, речевых, когнитивных функций», // Трудный пациент, №11, 2012, том 10, — С. 22-26.
133. Шестакова М.В., «Сахарный диабет и хроническая болезнь почек: современная диагностика и лечение». Вестник. РАМН /2012/ № 1, // С - 45-48.
134. Шинкоренко О.В., «Особенности ухода за пациентами, перенесшими инсульт», // Форум долгосрочной опеки, — № 4 (4), — 2014,— С.16-19.
135. Шишкова В.Н., Ременник А.Ю., Керимова Е.И., «Современные возможности улучшения восстановительного потенциала у пожилых пациентов после ишемического инсульта», // Consilium Medicum, — 2019; — 21 (9), С.24–28.
136. Шмонин А.А., «Современные подходы к реабилитации пациентов с инсультом», //Элективный курс «Введение в ангионеврологию», – 12-е занятие, – Санкт-Петербург 2014-2015, – С.51.
137. Штефану Савину, Лубне Бхатти, коллегам из Европейского офиса ВОЗ.«Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Республики Белоруссия», // STEPS-исследования, – ВОЗ, STEPS– 2017, – С.98.
138. Щепанкевич Л.А., Вострикова Е.В., Пилипенко П.И., Ахундова Л.Э., Федорова К.О., «Клинические особенности ишемического инсульта, развившегося на фоне сахарного диабета 2 типа», // Медицина и образование в Сибири, — № 3, — 2012, — С.3-8.
139. Щепанкевич Лариса Александровна, «Ишемический инсульт у больных с сахарным диабетом 2 типа: кровь и сосудистая стенка», // Диссертация, —Место защиты: ФГБУ "Научный центр неврологии", —РАМН,— Москва, — 2014, — С.- 206.
140. Энеева М.А., «Немедикаментозные методы восстановительного лечения с применением усиленной наружной контрпульсации у пациентов, перенесших ишемический инсульт». // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И.Пирогова 2015, т. 10, № 4, С.36-40.

141. Ястребцева И.П., Кочетков А.В., Николаева С.В., «Функциональное восстановление моторики после инсульта с позиций доказательной медицины», // Неврология Психиатрия, — № 4 (121), — 2016, — С.26-29.
142. Ястребцева И.П., Николаева С.В., Баклушина Е.А., «Восстановление функциональной активности верхней конечности у пациентов с церебральным инсультом». // Медицинская реабилитация, — № 12 (129), — 2016, — С.27–30.
143. Bjorn Reuter, Christoph Gumbinger, Tamara Sauer. «Access, timing and frequency of very early stroke rehabilitation» – insights from the Baden-Wuerttemberg stroke registry, // BMC Neurology, — 2016, — 16:222, — P.2-10.
144. Brittany M. Young, Zack Nigogosyan, Veena A. Nair. «Case report: post-stroke interventional BCI rehabilitation in an individual with preexisting sensorineural disability», // Frontiers in Neuroengineering, June 2014, Volume 7, Article 18, P.1-12.
145. Ceren Eyileten, Agnieszka Kaplon-Cieslicka, Dagmara Mirowska-Guzel. «Antidiabetic Effect of Brain-Derived Neurotrophic Factor and Its Association with Inflammation in Type 2 Diabetes Mellitus», // Journal of Diabetes Research, Volume 2017, P.1-14.
146. Chien-Chang Liao, Chun-Chuan Shih, Chun-Chieh Yeh., «Impact of Diabetes on Stroke Risk and Outcomes», // Medicine V.94, Number 52, 12. 2015, P.1-8.
147. Christian Urbanek, Viola Gokel, Anton Safer, Heiko Becher, Armin J. Grau. «Low self-reported sports activity before stroke predicts poor one-year-functional outcome after first-ever ischemic stroke in a population-based stroke register», // BMC Neurology, —2018, — 18:181, — P. 2-10.
148. Danielle Sweetnam, Andrew Holmes, Kelly A. Tennant, Akram Zamani., «Diabetes Impairs Cortical Plasticity and Functional Recovery Following Ischemic Stroke», // The Journal of Neuroscience, April 11, 2012, 32(15): P. 5132–5143.
149. Deepti Navaratna, Shu-zhen Guo, Kazuhide Hayakawa, Xiaoying Wang. «Decreased Cerebrovascular Brain-Derived Neurotrophic Factor–Mediated Neuroprotection in the Diabetic Brain», // DIABETES, V. 60, JUNE 2011, — P.1791-1796.
150. Dirk Sander, Christian Weimar, Peter Bramlage. «Microalbuminuria indicates long-term vascular risk in patients after acute stroke undergoing in-patient rehabilitation», // BMC Neurology, — 2012, — 12:102, P.2-9.
151. Elizabeth R. Seaquist, Dianne Figlewicz Lattemann, and Roger A. Dixon., «American Diabetes Association Research Symposium: Diabetes and the Brain», // Diabetes, vol. 61, december 2012, P. 3056-3062.

152. Fred Stephen Sarfoa, Linda Meta Mobulac, Osei Sarfo-Kantanka. «Estimated glomerular filtration rate predicts incident stroke among Ghanaians with diabetes and hypertension», // Journal of the Neurological Sciences 396 (2019) P.140–147.
153. Gargya Malla, D.Leann Long, Suzanne E.Judd. «Does the Association of Diabetes With Stroke Risk Differ by Age, Race, and Sex.» Results From the REasons for Geographic and Racial Differences in Stroke (REGARDS) Study, // Diabetes Care Volume 42, October 2019, P.1966–1972.
154. Giuseppe Patti, Ilaria Cavallari, Felicita Andreotti. «Prevention of atherothrombotic events in patients with diabetes mellitus: from antithrombotic therapies to new-generation glucose-lowering drugs»,// Nature reviews Cardiology, volume 16, 02.2019, P.113-130.
155. Golden Sh.H, Brigg F.H. Williams K, Karen Stolka, R. Samuel Mayer, MD «Management of Diabetes During Acute Stroke and Inpatient Stroke Rehabilitation» // Arch Phys Med Rehabil Vol 86, 23 January 2019., C. 2377 - 2384.
156. James F. Meschia, Cheryl Bushnell, Bernadette Boden-Albala., «Guidelines for the Primary Prevention of Stroke»,// Stroke. 2014 December; 45(12): P. 3754–3832.
157. Jenni K Burton, Terence J Quinn, Miles Fisher. «Diabetes and stroke», // Practical Diabetes 2019, 36(4), P.126-131.
158. Jennifer K Ferris, Sue Peters, Katlyn E Brown. «Type-2 diabetes mellitus reduces cortical thickness and decreases oxidative metabolism in sensorimotor regions after stroke», //Journal of Cerebral Blood Flow & Metabolism, — 2018, — Vol. 38(5), — P.823–834.
159. Jin A. Yoon, Deog Young Kim, Min Kyun Sohn, Jongmin Lee., «Factors associated with improvement or decline in cognitive function after an ischemic stroke in Korea: the Korean stroke cohort for functioning and rehabilitation (KOSCO) study», // BMC Neurology, —2017 , — №17:9, — P.2-12.
160. Johannes Boltze, Jaroslaw A. Aronowski, Jerome Badaut., «New Mechanistic Insights, Novel Treatment Paradigms, and Clinical Progress in Cerebrovascular Diseases», // Frontiers in Aging Neuroscience, Yauary 2021 , Volume 13, P.1-15.
161. Katarzyna K. Snarska, Hanna Bachyrzewska-Gajewska. «Hyperglycemia and diabetes have different impacts on outcome of ischemic and hemorrhagic stroke», // Arch Med Sci, № 1, February 2017, P.100-108.
162. Kwolek A., Wieliczko E. , «Rehabilitation after stroke in patients with diabetes mellitus»//. Neurol Neurochir Pol. Jan-Feb 2000;34(1):P-49-60.

163. Kyo Chul Seo, Hyeon Ae Kim., «The effects of ramp gait exercise with PNF on stroke patients' dynamic balance», // 8471J. Phys. Ther. Sci. Vol. 27, No. 6, P.1747-1749.
164. L Kiers, S M Davis, R Larkins, J Hopper, B Tress, S C Rossiter, J Carlin, S Ratnaik., «Stroke topography and outcome in relation to hyperglycaemia and diabetes», // Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry 1992;55: P. 263-270.
165. Laura N. Medford-Davis, MD; Gregg C. Fonarow, MD; Deepak L. Bhatt «Impact of Insurance Status on Outcomes and Use of Rehabilitation Services in Acute Ischemic Stroke: Findings From Get With The Guidelines-Stroke», //Journal of the American Heart Association, № 10. 2016, P. 24.
166. Lijing L. Yan, Chaoyun Li, Jie Chen, Jaime Miranda RongLu. «Prevention, management, and rehabilitation of stroke in low-and middle-income countries». // NeurologicalSci 2 (2016) P. 21–30 .
167. Lik-Hui Lau, Jeremy Lew, Karen Borschmann,VincentThijs, ElifIEkinc. «Prevalence of diabetes and its effects on stroke outcomes: A meta-analysis and literature review», // J Diabetes Investig Vol. 10 No. 3 May 2019, P.780-792.
168. Lik-Hui Lau, Jeremy Lew, Karen Borschmann,VincentThijs, ElifIEkinc «Prevalence of diabetes and its effects on stroke outcomes A meta-analysis and literature review», Мета анализ, J Diabetes Investig 2019; 10 P.780–792
169. Maiko YAGI, SatoWATANABE, Chika KONDO, Yukiko KAIHOKO., «Assessment of factors associated with prominent changes in blood pressure during an early mobilization protocol for patients with acute ischemic stroke after mechanical thrombectomy», // Phys Ther Res 19: 1-7, 2016, P-1-7.
170. Marina Gabriel-Salazar, Anna Morancho,Susana Rodriguez., «Importance of Angiogenin and Endothelial Progenitor Cells After Rehabilitation Both in Ischemic Stroke Patients and in a Mouse Model of Cerebral Ischemia», // Frontiers in Neurology, June 2018 | Volume 9, P.2-16.
171. Matthew E. Ehrlich, Li Liang, Haolin Xu, Andrzej S. «Intravenous Tissue Plasminogen Activator in Acute Ischemic Stroke Patients with History of Prior Stroke Plus Diabetes», // HStroke. 2019 June ; 50(6): 1497–150.
172. Moira K. Kapral MD MSc, Baiju R. Shah MD PhD, Michael E., «Hospital admission for stroke or transient ischemic attack among First Nations people with diabetes in Ontario: a population-based cohort study»,// CMAJ OPEN, 8(1), 2020 Joule Inc. or its licensors, P.156-162.
173. Moshiur Rahman Khasru, A.K.M. Salek, Mohammad Moniruzzaman, Tangila Marzen., «Early versus late rehabilitation for stroke survivors: A prospective study»,// BSMMU J 2017; 10: P. 204-209.

174. Nima Ahmed, Vitor A Queiroz Mauad, Olga Gomez-Rojas. «The Impact of Rehabilitation-oriented Virtual Reality Device in Patients With Ischemic Stroke in the Early Subacute Recovery Phase: Study Protocol for a Phase III, Single-Blinded, Randomized, Controlled Clinical Trial», //Journal of Central Nervous System Disease, — Volume 12, — 2020, — P.1–11.
175. Nurdan Paker, Derya Buğdaycı, Berna Zelik, Feride Sabırlı, Ayşe Nur Bardak «Functional recovery in stroke patients with and without diabetes mellitus», // Turk J Phys Med Rehab 2016;62(3):P. 201-205.
176. Nurdan Paker, Derya Buğdaycı, Berna Zelik, Feride Sabırlı, Ayşe Nur Bardak, Turk J., «Functional recovery in stroke patients with and without diabetes mellitus», // Phys Med Rehab, 2016;62 , №3, P.201-205.
177. Nyo Nyo Tun, Ganesan Arunagirinathan, Sunil K Munshi, Joseph M., «Pappachan Diabetes mellitus and stroke: A clinical update»,// World J Diabetes», 2017 June 15; 8(6): P. 235-248.
178. Pollock A, Baer G, Campbell P, Choo PL, Forster A, Morris J., «Physical rehabilitation approaches for the recovery of function and mobility following stroke» (Review),// Cochrane Database of Systematic Reviews, P.395.
179. Poonam Chaturvedi¹, Ajai Kumar Singh¹, Vandana Tiwari., «Diabetes mellitus type 2 impedes functional recovery, neuroplasticity and quality of life after stroke», // Journal of Family Medicine and Primary Care, — Volume 9, —Issue 2, February 2020, — P.1035-1041.
180. Rian Q. Landers-Ramos¹, Monica C. Serra, Jacob B. Blumenthal, Alice S. Ryan «Type 2 diabetes and older age contribute to elevated plasma microparticle concentrations independent of chronic stroke», // Exp Physiol. 2018, November; 103(11): P. 1560–1570.
181. Rosy Walters, Janice M Collier, Lillian Braighi Carvalho., «Exploring post acute rehabilitation service use and outcomes for working age stroke survivors (≤65 years) in Australia, UK and South East Asia: data from the international AVERT trial»,// Walters R, et al. BMJ Open 2020, P.1-10.
182. Sherita Hill Golden, Felicia Hill-Briggs, Kathleen Williams., «Management of Diabetes During Acute Stroke and Inpatient Stroke Rehabilitation!», // Arch Phys Med Rehabil Vol 86, December 2005, P.-2377- 2384.
183. Sherita Hill Golden, MD, MHS, Felicia Hill-Briggs, PhD, Kathleen Williams., «Management of Diabetes During Acute Stroke and Inpatient Stroke Rehabilitation», // Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 23 January 2019, P.2076-2084.

КИРИШ	4
I БОБ. ҚАНДЛИ ДИАБЕТ ФОНИДА ШАКЛЛАНГАН ИШЕМИК ИНСУЛЬТНИНГ, КЛИНИК КЎРИНИШИ, ХАВФ ОМИЛЛАРИДА ВА ЭРТА РЕАБИЛИТАЦИЯНИНГ АҲАМИЯТИ (адабиётлар шарҳи)	6
§1.1 Қандли диабет фонида шаклланган ишемик инсультнинг клиник тавсифи, эпидемиологияси ва этиопатогенетик таснифлари.....	6
§1.2 Қандли диабет фонида шаклланган ишемик инсультнинг асосий лаборатор-клиник ўзгаришларининг ўзига хослиги	11
§1.3 Қандли диабет фонида шаклланган ишемик инсультнинг нейровизуализацион таҳлилнинг ўзига хослиги.....	7
§1.4. Қандли диабет фонида шаклланган ишемик инсультларни даволаш ва эрта реабилитациясида замонавий усуллар тавсифи	19
§1.5. Илмий тадқиқотда таҳлил қилинган беморлар тавсифи.....	33
§ 1.6. Илмий тадқиқот усуллари	34
1.6.1. Клиник, инсультрументал-нейровизуализацион усуллар тавсифи.....	34
1.6.2. Лаборатор текширув усуллар тавсифи	42
§ 1.7. Тадқиқот натижаларининг статистик таҳлили.....	44
II БОБ. КЛИНИК-НЕВРОЛОГИК, ЛАБОРАТОР-ИНСТРУМЕНТАЛ ТЕКШИРУВ НАТИЖАЛАРИ (олинган шахсий натижалар таҳлили).....	46
§2.1. Клиник ва неврологик текширув натижалари	46
§2.2. Лаборатор-диагностик кўрсаткичлар таҳлили	55
§2.3. Қандли диабет фонида шаклланган ишемик инсультда инструментал-нейровизуализацион текширув натижалари	60
§2.4. Ишемик инсульт ўтказган беморларда касаллик этиологиясига кўра дифференцирлашган даво таҳлили	66
III БОБ. ЭРТА РЕАБИЛИТАЦИЯ ТАДБИРИ ЎТКАЗИШ НАТИЖАЛАРИ - НИНГ ДИНАМИК ТАҲЛИЛИ	69
3.1. Беморларда тавсия этилган вертикализация амалиётининг тавсифи ...	75
3.2. Қандли диабет фонида шаклланган ишемик инсультнинг комплекс эрта	

реабилитация тадбирларини ташкиллаштириш принципи.....	75
3.2.1. Психологик реабилитация натижалари	79
3.2.2. Физиотерапевтик реабилитация натижалари	82
3.2.3. Даволовчи машқлар натижалари	84
§ 3.3. Тадқиқот гуруҳларида эрта реабилитациянинг клиник ва неврологик ўзгаришлар хусусияти.....	84
Фойдаланилган адабиётлар рўйхати	101
Мундарижа	118