

БОШ МИЯДА ҚОН АЙЛАНИШИ ЎТКИР БУЗИЛИШЛАРИ ҚАНДЛИ ДИАБЕТ II ТИП БИЛАН КЕЧГАНДА БЕМОРЛАР ВЕРТИКАЛИЗАЦИЯСИГА ТАЪСИР ҚИЛУВЧИ ОМИЛЛАР

Ф.Ф.Рўзиев

*Бухоро давлат тиббиёт институти,
РШТЁИМ Бухоро филиали*

Тавсифи: Инсультларда реабилитация даволашнинг жуда муҳим қисми бўлиб, реабилитация жараёни қанчалик тез бошланса ва комплекс тадбирларни ўз ичига олса реабилитация эффе́ктивлиги шунча юқори бўлади. Қандли диабет гиперлекемия, макро ва микроангиопатиялар фонида атеросклероз, юрак ишемик касаллиги, нейропатия, нефропатия ва ретинопатия каби асоратлари билан ишемик инсульт кечишини сезиларли мураккаблаштиради. ҚД II – тип билан оғриган беморларда инсульт 4-7 марта кўпроқ кўзатилади. [2.] Ишемик инсульт кузатилган беморларнинг 30 % да қандли диабет кузатилади. HbA1c миқдори ўзгармаган ва бирламчи аниқланган қандли диабет ҳолатлари ҳам бош миёда қон айланишининг ўткир бузилиши ҳолатлари кузатилиб 20% ўлим ва аксария ногронлик ҳолатларига сабаб бўлади. [3.]

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

ФАКТОРЫ ВЛИЯЮЩИЕ НА ВЕРТИКАЛИЗАЦИЮ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ ЦИРКУЛЯЦИИ В МОЗГЕ

Ф.Г.Рузиев

Аннотация: Реабилитация при инсульте - очень важная часть лечения, и чем раньше начне́я реабилитационный процесс, включающий комплексные меры, тем выше эффе́ктивность реабилитации. Сахарный диабет значительно осложняет течение ишемического инсульта такими осложнениями, как атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, нейропатия, нефропатия и ретинопатия на фоне гиперлейкемии, макро- и микроангиопатий. У пациентов с сахарный диабет II типа инсульт встречае́я в 4-7 раз чаще. [2.] Сахарный диабет наблюдае́я у 30% больных ишемическим инсультом. Частота HbA1c в неизмененном виде и первично диагностированный сахарный диабет также наблюдае́я в случаях острых нарушений кровообращения в головном мозге, что приводит к 20% смертей и большинству случаев инвалидизации. [3.]

Ключевые слова: инсульт, сахарный диабет, вертикализация и ранняя реабилитация

FACTORS AFFECTING VERTICALIZATION OF PATIENTS WITH ACTUAL DISORDER DIABETES TYPE II IN THE BRAIN CIRCULATION

F.G.Ruziev

Description: Rehabilitation in strokes is a very important part of treatment, and the sooner the rehabilitation process begins and includes comprehensive measures, the higher the rehabilitation effectiveness. Diabetes mellitus significantly complicates the course of ischemic stroke with complications such as atherosclerosis, ischemic heart disease, neuropathy, nephropathy and retinopathy against the background of hyperleukemia, macro- and microangiopathies. Stroke is 4-7 times more common in patients with diabetes mellitus type II. [2.] Diabetes mellitus is observed in 30% of patients with ischemic stroke. Cases of undiagnosed and primarily diagnosed diabetes mellitus in HbA1c have also been observed in cases of acute circulatory disorders in the brain, leading to 20% of deaths and most cases of disability. [3.]

Key words: stroke, diabetes mellitus, verticalization and early rehabilitation.

Қон томир касалликлари биринчи навбатда асосий чуқур ва узок муддатли ногиронлик сабаби бўлиб қолишда давом этмоқда. Замонавий жамиятнинг энг муҳим муаммоларидан бири бўлиб, ногиронлик даражаси бир йилдан кейин қон томиридан кейин 76 дан 85% гачани ташкил этади, 10-12% дан кўп бўлмаган ишга қайтади инсультдан кейинги беморлар ва 25-30% умрининг охиригача чуқур ногирон бўлиб қоладилар. [1.]

Инсульт муаммоси ҳар йили янада долзарб бўлиб бормоқда, чунки турли ёш гуруҳларида инсульт ҳолатлари кўпаймоқда. Статистикага кўра, инсульт ўлим кўрсаткичи юқорилиги билан бирга бирламчи ногиронлик сабаблари орасида биринчи ўринда туради. Инсультдан ўтказган кишиларнинг 15% дан кўпроғи ишга қайтмайди, 35% эса ногирон бўлиб, умрининг охиригача тиббий ва ижтимоий ёрдамга муҳтож бўлиб қолади. [4.]

Берилган маълумотлар гувоҳлик беради бош миёда қон айланишининг ўткир етишмовчилигини бошдан кечирган беморларни реабилитация қилиш самарадорлигини янада такомиллаштириш ва ошириш зарурлиги бугунги куннинг долзаб масалларидан биридир.. Беморларни бошқаришга комплекс ёндашув инсультдан кейин у жисмоний, эрготерапевтик, нейропсихологик, психотерапевтик, ижтимоий ва маиший реабилитациясини, шунингдек инсультнинг иккиламчи профилактикани таъминлайди. Муҳим таъсирга эришиш учун реабилитация чоралари зарур беморларни бошқаришнинг кўп тармоқли тамойилига риоя қилиш керак. Қон томир етишмовчилиги

кузатилган беморларни реабилитация қилиш имкон қадар эрта бошлаш керак. Шартлар ва шунга мувофиқ, ҳар бир ўзига хос масалалар ва уни амалга ошириш хусусиятларини бемор касалхонага ётқизилган пайтдан бошлаб вазият муҳокама қилиниши керак. Қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар бўлмаса, инсултнинг биринчи соатларидан бошлаб реабилитация чораларини, шу жумладан беморни фаоллаштириш ва вертикаллаштиришни амалга ошириш керак.

Эрта реабилитациянинг афзалликлари – ривожланиши мумкин бўлган асоратлар қорин бўшлиғи муаммолари, контрактура, оғрик, аспирацион пневмония, тромбоэмболия, сийдик ва нажасни тутиб тура олмаслик, ич қотиши, тушкунлик, йиқилиш ва синиш кабилар олдини олиш; Тезроқ ва беморнинг функцияларини тўлиқ тиклаш проприорецептив сезувчанликни, психо -эмоционал ҳолатни нормаллаштириш; Бемор ва унинг қариндошлари билан мулоқот ва кайфият кўтарилиши беморни даволаниш учун муҳим мотивациядир .

Эрта пассив вертикализация тик ҳолатига мустақил ўтиш имконияти бўлмаганда амалга оширилади ва умумий ҳолатнинг оғирлиги туфайли бу лавозимда қолишнинг мумкин эмаслиги. Ушбу процедуранинг мақсадлари: ортостатик машғулотлар; восита фаоллигини вегетатив қўллаб -қувватлаш; восита афферентациясини сақлаш ва тиклаш; вестибуляр ва постурал рефлексларнинг тоник ва динамик фаоллигига ижобий таъсир; нафас олиш функциясини яхшилаш; ичак ва қовуқни бўшатишнинг рефлекс механизмларини сақлаб қолиш.

Миллий инсулт ассоциациясининг экспертлар гуруҳи ишлаб чиқилди кўрсатмалар, беморнинг аҳволига қўйиладиган талаблар, оғир неврологик касалликларга чалинган беморларни вертикаллаштиришга қарши кўрсатмалар, шунингдек унинг протоколлари кузатиладиган тадбирлар инсултдан кейин беморларни эрта реабилитация қилиш дастурини амалга оширишда. [1.]

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% интенсив терапия ва реанимация бўлимларида 48 соатдан ортиқ вақт давомида сақланади. Инсултларнинг ўткир даврида реабилитация тадбирлари ўтказишга нафақат ўчоқли неврологик етишмовчиликлар, шу билан биргаликда вегетатив нерв тизими шикастланишлари, жумладан ортостатик гипотензия ривожланиши ҳам сезиларли мураккаблик туғдиради.

Иммобилизацион синдром (ИС) - реабилитация жараёнининг энг муаммоли тадбири бўлиб ҳисобланади. Бош миёда қон айланишининг ўткир бузилиши кузатилган беморларнинг 65-80% қисми иммобилизацион синдромга муҳтождир. ИС–комплекс полиорган

бузилишлар ва нофизиологик органик бузилишлар мажмуи натижасида ҳамда марказий ва периферик асаб тизимларининг ўткир шикастланишларида беморнинг мотор ва когнитив фаоллигини чекланишидир. Ушбу симптомокомплекслар, хусусан юрак қон томирлари фаолияти етишмовчилиги ортостатик етишмовчилик (ОСЕ) ва гравитацион градиент (ГГ) бузилишига олиб келади. [5.]

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

Гравитацион градиент (ГГ) - ернинг турли гравитация майдонларида тананинг турли ҳолатлари муносабати, ҳаётий муҳим жиҳатларнинг сақлаб қолиш қобилияти, айниқса мураккаб рефлекслар сериотипини таъминлаш хусусиятидир. [6.]

Ушбу клиник тадқиқоддан мутахасислар 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. Шунингдек беморларда вертикализация жараёнини амалга оширишда тавсияларни янгилашда клиник маълумотлар ва умумлаштирилган тадқиқод натижалари хулосаларини тадбиқ этишни ўз ичига олади.

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

Материаллар ва услублар. Бизнинг клиник тадқиқодимизда 2021 йил январь - июнь ойларида РШТЎИМ Бухоро филиалида “Бош мия қон айланишининг ўткир бузилиши, ишемик тури, қандли диабет 2 тип фониди” ташхиси билан даволанаётган 80 нафар ва “Бош мия қон айланишининг ўткир бузилиши, ишемик тури” ташхиси билан даволанаётган 70 нафар бемор иштирок этди.

Асосий гуруҳни ишемик инсульт, анамнезда қандли диабет 2 типи билан даволаниб келган ҳамда лаборатор текширувларда қандли диабет аниқланган беморлар, таққослаш гуруҳини эса ишемик инсульт ташхиси қўйилган анамнезида ва лаборатор текширувларда қандли диабет аниқланмаган беморлар

ўз ичига олди. Текширувга олинган беморларда қуйидаги баҳолаш мезонларига қатъий эътибор берилди: ишемик инсульт ривожланиш сабаби ва миянинг қайси артериясида жойлашганидан қатъий назар, касаллик бошланишидан дастлабки 24 соатда госпитализация қилинган 46-71 ёшдаги, турли жинсдаги, NIHSS шкаласи бўйича ҳаракат фаолияти бузилиши 15 баллдан кам бўлмаган беморлар қамраб олинди.

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

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

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

Тадқиқодга қуйидаги ҳолатлардаги беморлар жалб этилмади: эс ҳуши сопор ва кома даражасидаги, тана ҳарорати 37,2°C дан юқори бўлган, систолик қон босими 160 мм. симоб устунидан, диастолик қон босими 100 мм.симоб устунидан юқори, юрак қон томир етишмовчилиги оғир даражаси, ўпка артерияси тромбоэмболияси, миокард инфаркти ўткир даври, юрак ритми бузилишлари оғир даражаси кузатилган беморлар, диабетик нефропатиянинг 4-5 босқичларидаги беморлар. Сўнги танлов талаби асосида ишемик инсультнинг кардиоэмболик тури билан оғриган беморлар нисбати сезиларли камайди.

Тадқиқотда терапевтик ойна вақтидан ўтган, ишемик инсульт ташхиси тасдиқланган барча беморлар мия шишига қарши, нейропротекция ва қон реологиясини яхшиловчи препаратлар билан даволаниш давомида вертикализация амалиёти, психологик реабилитация, физиотерапевтик муолажалар ва даволовчи машқлар ёрдамида эрта реабилитация тадбирлари олиб борилди.

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

Беморлар соматик ҳолати, PLR ва BPS test натижаларига кўра функционал кроватда 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 $0-15^{\circ}$; натижалар манфий бўлганда $15-30^{\circ}$ бурчак остида узоқ муддат тананинг бош ёки белдан юқори қисми сақланди. Касаллик бошланганда 2 суткасида сўнг PLR ва BPS test манфий бўлган беморларда тана ҳолати $30^{\circ}-45^{\circ}-60^{\circ}-75^{\circ}-90^{\circ}$ бурчак остига босқичма босқич ўтказилди. Тана ҳолати 15° кўтарилганда 15 дақиқада давомида нафас сони, пульс, артериал қон босими ва SPO2 назоратда сақланди. Клиник кўрсаткичлар ўзгариши 20% дан юқори бўлмаган ҳолатларда амалиёт 15 дақиқа давом эттирилди ва тана ҳолати олдинги вазиятга қайтарилди, бемор 2 соат тинч ҳолатда сақлангандан сўнг олдинги ҳолатга қўшимча яна 15° га вертикаллаштирилди. Клиник кўрсаткичлар ўзгариши 20% дан юқори бўлган ҳолатларда бемор тезда олдинги ҳолатга қайтарилди ва ҳаётик кўрсаткичлар нормаллаштирилди, вертикализация амалиёти 24 соатдан сўнг давом эттирилди. [11.]

Жадвал 1. Беморлардаги асосий клиник хусусиятлар.

Асосий кўрсаткичлар		I гуруҳ Асосий гуруҳ	II гуруҳ Назорат гуруҳи
Жами беморлар		80(100%)	70 (100%)
Жинси	Эркак	41 (52,5%)	50 (71,4%)
	Аёл	39 (47,5%)	20 (28,6%)
Ёши(йил)		$62,3 \pm 6,2$	$61,2 \pm 6,9$
Типи	Ишемик	80 (100%)	70(100%)
	Гемморагик	-	-
Зарарланиш ўчоғи ўлчам, см ² (n=132)		$28,1 \pm 32,2$	$16,2 \pm 22,4$
Зарарланиш, Локализацияси	Ўнг ярим шар	42(52,5%)	34(48,8%)
	Чап ярим шар	31 (38,8%)	27(38,6%)
	Мия устуни	7(8,7%)	9 (12,9%)
Ишемик инсульт патогенетик типи	Атеротромботик	42 (52,5%)	44 (62,9%)
	Кардиоэмболик	6 (7,5%)	5(7,1 %)
	Лакунар	12(15,0%)	9 (12,9%)
	Бошқа сабаб	2 (2,5%)	3 (4,3%)
	Аниқланмаган	18(22,5%)	9(12,9%)
Касаллик бошгандан тадқиқодгача		$17,1 \pm 20,9$	$14,4 \pm 17,5$
Тана вазни индекси , кг/м ³		$29,3 \pm 3,3$	$28,8 \pm 3,2$

Жадвал 2. Қандли диабет билан боғлиқ кўрсаткичлар

Асосий кўрсаткичлар	I гуруҳ Асосий гуруҳ	II гуруҳ Назорат гуруҳи
Қонда глюкоза	10,2±9,0 ммоль\л	5,5±1,9 ммоль\л
HgA1	7,6±3,6 %	4,7±2,3 %
Қонда мочевино	8,6±9,4 ммоль\л	7,04 ± 2,5 ммоль\л
Қонда креатинин	117,1±55,0 мкмоль\л	102,01±32,5 мкмоль\л
Диабетик нефропатия I	n=25, (31,3 %)	-
Диабетик нефропатия II	n=6, (7,5 %)	-
Диабетик полинейропатия II	n=68, (85,0 %)	-
Диабетик полинейропатия III	n=12, (15,0 %)	-
Диабетик энцефалопатия	n=24, (30 %)	-

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

Асосий ва қўшимча гуруҳларни кенг миқёсда таққослаш:

Тадқиқоднинг асосий ўлчов мезонларидан бири барча беморларда n=150 (100%) ҳолатда ҳаракат фаолиятининг бузилиши кузатилишидир. Асосий ва қўшимча гуруҳларда қуйидаги нисбатда ўчоқли симптомлар ҳам кузатилган: прозопарез - 46 (57,5%) ва 28 (40,0%) беморда, сезги бузилиши - 70 (87,5%) ва 47 (67,1 %), дизартирия 19 (23,7%) ва 23(32,9%), афазия 4 (5,0%) ва 4 (5,7%), диплопия 9 (11,25 %) ва 3 (4,3%) ҳолатларда, ҳаракат фаолияти бузилиши гемипарез ёки гемиплегия типиди 75 (93,8%) ва 52 (74,3%), сезги бузилишлари 70 (87,5%) ва 34(48,6%), ҳолатларда кузатилган. NIHSS шкаласи бўйича ўртача асосий гуруҳ беморларда 14,4±4,2 баллни ва қўшимча гуруҳда 11,2±5,3 баллни ташкил қилди.

Тадқиқоднинг 5 суткасида асосий гуруҳ беморларида қон босими даслабки кўрсаткичдан ўртача - (p=0,01) ва кўтарилиш бурчаги 30° ва 60° (p=0,005) шунингдек, бошланғич ва сўнгги ҳолатларда қон босимининг кўрсаткичларининг (p=0,001 ва p=0,001 мос равишда) пасайиши кузатилди.

Стабилашган гемодинамик кўрсаткичли беморларда 5-7 суткаларда кўтарилиш бурчаги 30°, 45°, 60° 75° ва 90° га етказилди. Даволанишнинг 5 ва 7 кунларида қон босими нормаллашиб, асосий ва қўшимча гуруҳларда қон босимида сезиларли фарқи кузатилмади.

Асосий шарт адекват ортостатик ҳолатга стабил гемодинамика билан эришишдир. Адабиётларда систолик артериал қон босимнинг 20 мм с.у. дан ортиқ пасайиши ортостатик гипотензия сифатида баҳоланади. [9.] Мияда қон айланишининг етишмовчилиги белгилари кузатилганда машғулоти тўхтатиш керак. Бундан ташқари кўнгил айланиш ва қушиш, бош айланиши, шунингдек эс ҳуши бузилишлари кузатилиши ҳам вертикализацияни ёмон қабул қилиш сифатида баҳоланади [10.]

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

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

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

Жадвал- 3. Пастки мучаларни пасив букиш (PLR) тест натижалари.

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

PLR test натижалари 3-жадвалдан кўриниб турибдики, асосий гуруҳда тадқиқод гуруҳига нисбатан дастлабки кундаларда PLR тести кўп сонли беморларда мусбат бўлиб ($p \leq 0,001$), кейинги 3-5 кунларда ҳам назорат гуруҳига нисбатан юқори кўрсаткичда сақланди. Асосий гуруҳ беморларида дастлабки

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

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

BSP test	Асосий гуруҳда (n)	Асосий гуруҳда (%)	Назорат гуруҳи(n)	Назорат гуруҳи (%)
тўлиқ манфий	41	51,3	55	78,6
1-2 кун мусбат	29	36,3	11	15,7
3-4 кун мусбат	10	12,5	3	4,3
5-7 кун мусбат	0	0,0	1	1,4
Жами	n - 80		n - 70	

Тадқиқот натижаларимизга кўра, ишемик инсульт қандли диабет фонида кечаётган беморларда оғриқ интенсивлиги BPS test дастлабки кунда 48,7% ва назорат гуруҳида 21,4% беморлар даражасида мусбат бўлиб даво курси мобайнида кўрсаткичлар, 3-4 кунларда асосий гуруҳ 12,5% , $12,8 \pm 0,2$ ва назорат гуруҳида 4,3% , $27,6 \pm 0,4$ беморларда мусбат натижа беради. BPS test бўйича оғриқ интенсивлиги 1-2 баллдан юқори бўлган ҳолатлар вертикализация амалиёти кечиктирилишга сабаб бўлди.

Жадвал-5. Тадқиқоднинг 1-2 кунларида вертикализация натижалари

Вертикализация 1-2 кун	Асосий гуруҳда (n)	Асосий гуруҳда (%)	Назорат гуруҳи(n)	Назорат гуруҳи (%)
15-30°	78	97,5	43	61,4
30-45°	1	1,25	19	27,1
45-60°	1	1,25	8	11,4
60-75°	0	0	0	0
75-90°	0	0	0	0
Жами	n-80		n-70	

Юқоридаги 5-жадвалдан кўриниб турибдики, текширувнинг 1-2 кунларида вертикализацияни олиб бориш асосий гуруҳда 15-30°да 78 нафар (97,5%) беморда бажарилган бўлса, 30-45° ва 45-60° бурчак остида вертикализация қилиш 1 тадан (1,25%) беморда олиб борилди. Назорат гуруҳ беморларда эса 1-2 кунларда вертикализация 15-30°да 43 нафар (61,4%) беморда, 30-45° 19 нафар (27,1%) ва 45-60° 8 (11,4%) беморда ўтказишга имкон бўлди. ($p \leq 0,01$), Иккала гуруҳда ҳам бирорта беморда 60-90° бурчак остида вертикализация бажарилмади.

Жадвал-6. Тадқиқоднинг 5-7 кунларида вертикализация натижалари

Вертикализация 5-7 кун	Асосий гурухда (n)	Асосий гурухда (%)	Назорат гурухи(n)	Назорат гурухи (%)
15-30°	4	5,0	2	2,9
30-45°	3	3,8	1	1,4
45-60°	9	11,3	5	7,1
60-75°	12	15,0	4	5,7
75-90°	52	65,0	58	82,9
Жами	n-80		n-70	

Тадқиқоднинг 5-7 кунларида 75-90° вертикализация ортостазга эришган беморлар асосий гуруҳда 65% ва назорат гуруҳидан 82,9% ташкил этди.

Натижаларда, пассив вертикализация жараёнида 1-2 кунларда қандли диабет фонида кечувчи ишемик инсультга чалинган беморларда пассив вертикализация тадбирлари 15-30° сақланган беморлар 97,5%, назорат гуруҳида 61,4% бўлиб, тадқиқоднинг 5-7 кунларида 90° вертикал ҳолатга етказилган беморлар асосий гуруҳ 65,0%, $29,6 \pm 0,37$ ва назорат гуруҳидан 82,9%, $31,8 \pm 0,5$, ($p < 0,001$) ташкил этди ўтказганда беморларнинг назорат гуруҳига нисбаттан секинлик билан тик туриш ҳолатига турғунлик шаклланиши кузатилади.

Хулоса қилиб айтганда, ишемик инсульт қандли диабет фонида кечаётган беморларда вертикализация жараёни нисбатан секин бўлиб, узоқ давом этиши, шунингдек ортостатик етишмовчиликлар, диабетик полинейропатия ва диабетик нефропатиянинг турли даражаларда намоён бўлиши вертикализация ва NIHSS шкаласи бўйича неврологик нуқсонларнинг нисбатан кам тикланганлиги, эрта реабилитация жараёнларини узоқроқ давом этиши ва самардорлиги камайишига сабаб бўлади.

Адабиётлар рўйхати:

1. Ковальчук В.В., Гусев А.О., Баранцевич Е.Р., Ранняя вертикализация в программе реабилитации пациентов, перенесших инсульт, // Газета невролога, №3 2018, — С.2-5.

2. 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.

3. Антонова К.В., Танащян 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.

4. Скрининг диагностика асимптомной стадии хронической сосудисто-мозговой недостаточности в условия первичного звено здравоохранения, информационная письмо. Ташкент 2010 .

5. Верешагин Н.В., Пирадов М.А. “Инсульт: муаммосини баҳолаш” Неврология журнали. Москва 1999; № 5: 4–7 бетлар.
6. М.М. Танамян, К.В. Антонова, О.В. Лагода, М.Ю. Максимова, М.В. Глебов, А.А. Шабалина, “Қандли диабет 2 тип фонида бош миёда қон айланишининг ўткир бузилишлари” «Неврология илмий маркази» РАМН (Москва) Клиник неврология, Сони . № 3 2014, 4-8 бетлар.
7. Шмонин А.А. Современные подходы к реабилитации пациентов с инсультом, 12-е занятие, Санкт-Петербург 2014-2015.
8. Б.Н. Маньковский, Инсульт у больных сахарным диабетом, г. Киев, Журнал Практическая ангиология: 2-1' 2010
9. Kenny, R. Head-up tilt: a useful test for investigating unexplained syncope / R. Kenny, J. Bayliss, A. Ingram // Lancet. . - № 1. - P. 1352-1354.
10. Vaddadi, G. Postural syncope: mechanisms and management / G. Vaddadi, E. Lambert, S. Corcoran // The Medical Journal of Australia. -2007. -№ 187. P. 299-304.
11. Лукьянов А.Л., Ранняя вертикализация в остром периоде церебрального инсульта, автореферат , 2013, Москва