



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

9 (83) 2025

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Ташкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

10 (84)

2025

октябрь

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com E:
ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

УДК 616.831-005.4:616.379-036.82

БОШ МИЯДА ҚОН АЙЛАНИШИ ЎТКИР БУЗИЛИШИДА ВЕРТИКАЛИЗАЦИЯСИГА ТАЪСИР ҚИЛУВЧИ ОМИЛЛАР

Рўзиев Ф.Ф. <https://orcid.org/0009-0008-7217-900X>

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро Давлат Тиббиёт Институти, Ўзбекистон, г. Бухоро ш,
Ғиждувон кўчаси 23. Тел: +998 (65) 2230050 email: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Инсулт ўткир даври ўта оғир кечиши, асоратланиш даражаси ва ўлим кўрсаткичининг юқорилиги билан ажралиб туради. Касалликнинг ўткир даврида умумий неврологик эс-хуш бузилишлари, энцефалопатия, тутқаноқ хуружлари, ҳамда ўчоқли неврологик этишмовчиликлар ва соматик асоратлар ётоқ жаралар, гипостатик пневмония, тромбозмболиялар, сийдик йўллари инфекцияси каби асоратлар олдини олишда беморларда эрта реабилитация тадбирлари, вертикализация амалиёти ўтказилиши асоратланишда эрта реабилитациянинг аҳамияти ўрганилиб ва таҳлил қилинади.

Калит сўзлар: Инсулт, эрта асоратлар, эрта реабилитация.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВЕРТИКАЛИЗАЦИЮ ПРИ ОСТРОМ НАРУШЕНИИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Рўзиев Ф.Ф. <https://orcid.org/0009-0008-7217-900X>

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,
г. Бухара, ул. Гиждуванский 23. Тел: +998 (65) 2230050 email: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Инсулт характеризуется очень тяжелым течением острого периода, высокой частотой осложнений и высокой летальностью. В остром периоде заболевания, при общих неврологических расстройствах сознания, энцефалопатиях, судорогах, а также очаговом неврологическом дефиците и соматических осложнениях, таких как пролежни, гипостатическая пневмония, тромбозмболия, инфекция мочевыводящих путей, ранние реабилитационные мероприятия, практика вертикализации у больных, важность ранней реабилитации была изучена и проанализирована.

Ключевые слова: Инсулт, ранние осложнения, ранняя реабилитация

FACTORS INFLUENCING VERTICALITY IN ACUTE DISORDER OF BLOOD CIRCULATION IN THE HEAD

Ruziev F.G. <https://orcid.org/0009-0008-7217-900X>

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1 Tel:
+998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Resume

Stroke is characterized by a very severe course of the acute period, a high rate of complications and a high mortality rate. In the acute period of the disease, general neurological disorders of consciousness, encephalopathy, seizures, as well as focal neurological deficits and somatic complications, such as bedsores, hypostatic pneumonia, thromboembolism, urinary tract infection, early rehabilitation measures, verticalization practice in patients, the importance of early rehabilitation has been studied and analyzed.

Keywords: Stroke, early complications, early rehabilitation.

Долзарблиги

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

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.]

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 реабилитациясига комплекс ёндашув инсультдан кейин у жисмоний, эрготерапевтик, нейропсихологик, психотерапевтик, ижтимоий ва маиший реабилитациясини, шунингдек инсультнинг иккиламчи профилактикани таъминлашни талаб этади. Муҳим натижага эришиш учун кўп тармоқли тамойили реабилитация чораларига 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, инсультнинг биринчи соатларидан бошлаб эрта реабилитация чораларини кўриш, шу жумладан беморни фаоллаштириш ва вертикаллаштиришни амалга ошириш керак.

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.

Материал ва тадқиқот усуллари

Бизнинг клиник тадқиқодимизда 2021 йил январь - июнь ойларида РШТЁИМ Бухоро филиалида “Бош миё қон айланишининг ўткир бузилиши, ишемик тури, қандли диабет 2 тип фониди” ташҳиси билан даволанаётган 80 нафар ва “Бош миё қон айланишининг ўткир бузилиши, ишемик тури” ташҳиси 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 ташҳиси 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 миёянинг 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 миё ва бўйин қон томирларини дуплекс сканирлаш (ДС) бир вақтнинг ўзида Sono Scape, SSI 5000 аппарати ёрдамида ўтказилди.

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

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°; натижалар манфий бўлганда 15-30° бурчак остида узок 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% 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 ҳаётлик кўрсаткичлар нормаллаштирилди, вертикализация амалиёти 24 соатдан сўнг давом эттирилди [11].

Жадвал 1. Беморлардаги асосий клиник кўрсаткичлар

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 ± 6,2	61,2 ± 6,9
Типи	Ишемик	80 (100%)	70(100%)
	Гемморагик	-	-
Зарарланиш ўчоғи ўлчам мм (n=148)		27,6 ±32,2	29,8 ±22,4
Зарарланиш ўчоғи зичлиги		+20,0 - +25,1 ЕД	+20,2 - + 25,6 ЕД
Зарарланиш, Локализацияси	Ўнг ярим шар	42(52,5%)	34(48,8%)
	Чап ярим шар	31 (38,8%)	27(38,6%)
	Миё устуни	7(8,7%)	9 (12,9%)
Ишемик инсульт патогенетик тип	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 (соат)		17,1±20,9	14,4±17,5
Тана вазни индекси , кг/м ³		29,3±3,3	28,8±3,2

Юқоридаги “жадвал 1” да беморларнинг асосий клиник кўрсаткичлари асосий гуруҳда ишемик инсульт қандли диабет билан биргаликда келган ҳолатлар n=80 ва назорат гуруҳида ишемик инсульт диабет ҳамроҳлик қилмаган ҳолатда n = 70 беморлар тадқиқодга иштирок этди. 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 устун зарарланиши кузатилган. Ҳар икки гуруҳ беморларда ишемик инсультнинг аксарият ҳолларда гипертония касаллиги ҳамроҳлиги билан кечиши кузатилди.

Анамнездан асосий гуруҳ беморлар қўшимча гуруҳ беморларидан беморларидан фаркли равишда аксарият қисми гипогликемик, антиагрегант ва антигипертензив воситалар қабул қилиб келган. Шунингдек қандли диабет билан оғриган беморларда қандли диабет асоратлари диабетик нефропатия I даража $n=25$, (31,3 %), диабетик нефропатия II даража $n=6$, (7,5 %), диабетик полинейропатия II даража $n=68$, (85,0 %), диабетик полинейропатия III даража $n=12$, (15,0 %) ва диабетик энцефалопатия $n=24$, (30 %) ҳолатларда кузатилди.

Асосий ва қўшимча гуруҳларни невролик белгиларни таққослаш:

Тадқиқоднинг асосий ўлчов мезонларидан бири барча беморларда $n=150$ (100%) ҳолатда ҳаракат фаолиятининг бузилиши кузатилади. 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 %), дизартрия 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 $14,4 \pm 4,2$ баллни ва қўшимча гуруҳда $11,2 \pm 5,3$ 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. Стабиллашган гемодинамик кўрсаткичли беморларда 5-7 суткаларда кўтарилиш бурчаги 30° , 45° , 60° 75° ва 90° га етказилди. Даволанишнинг 5 ва 7 кунларида қон босими нормаллашиб, асосий ва 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 қусиш, бош айланиши, шунингдек эс хуши 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 диабетсиз (қўшимча гуруҳ) беморларда вертикализация ва эрта реабилитация жараёнида мослашувчанлиги ва натижалари таққосланди. Беморларни пассив вертикализация қилишда, шу жумладан нафас ва юрак қон томир тизими фаолияти назорати остида 30° , 45° , 60° , 75° ва 90° бурчакка босқичма-босқич кўтарилди.

Жадвал- 3 Пастки мучаларни пассив 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 кунларда PLR тести кўп сонли беморларда мусбат бўлиб ($p \leq 0,001$), кейинги 3-5 кунларда ҳам назорат гуруҳига нисбатан юқори кўрсаткичда сақланди. Асосий гуруҳ

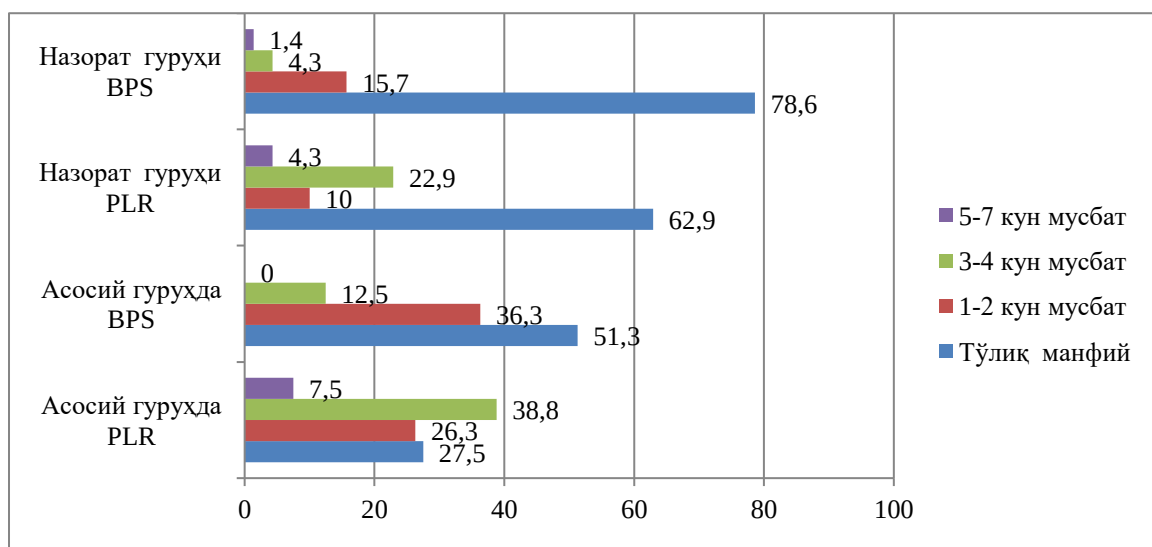
беморларида дастлабки кунда пассив вертикализация жараёнида пастки мучалар пассив тести (PLR test) 72,5% ҳолатларда мусбат бўлиб назорат гуруҳида 37,1% бўлиб, специфик даво муолажалари ва эрта реабилитация тадбирлари ҳамкорлигида касалликнинг 5-7 кунларида асосий гуруҳда 7,5% , 12,8±0,2 ва назорат гуруҳида 4,3% , 27,6±0,4 гача ($p \leq 0,001$) пасайиши кузатилди ва бу қандли диабет билан оғриган ишемик инсультга чалинган беморларнинг 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 ± 0,2 ва назорат гуруҳида 4,3% , 27,6 ± 0,4 беморларда мусбат натижа беради. BPS test бўйича оғриқ интенсивлиги 1-2 баллдан юқори бўлган ҳолатлар вертикализация амалиёти кечиктирилишга сабаб бўлди.

Расм 1. PLR ва BPS тестларининг динамикаси



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	

Госпитализациянинг дастлабки кунларида PLR тест натижалари бўйича аксарият асосий гуруҳ беморларда ортостатик етишмовчилик белгилари яққол кузатилиши ва BPS тест оғрик кўрсаткичи нисбаттан кучли бўлиб даволанишнинг 5-7 кунларида PLR ва BPS тестлари натижалари манфий бўлиши аксарият беморларда вертикализацияга кўрсатма бўлиб ҳисобланди. “Расм 1” да тестлар натижалари асосий гуруҳда назорат гуруҳига нисбаттан секинлик билан манфий натижа курсатиши ва бу ўз навбатида вертикализация жараёни 3-4 кунга кечикишига сабаб бўлишини кузатиш мумкин.

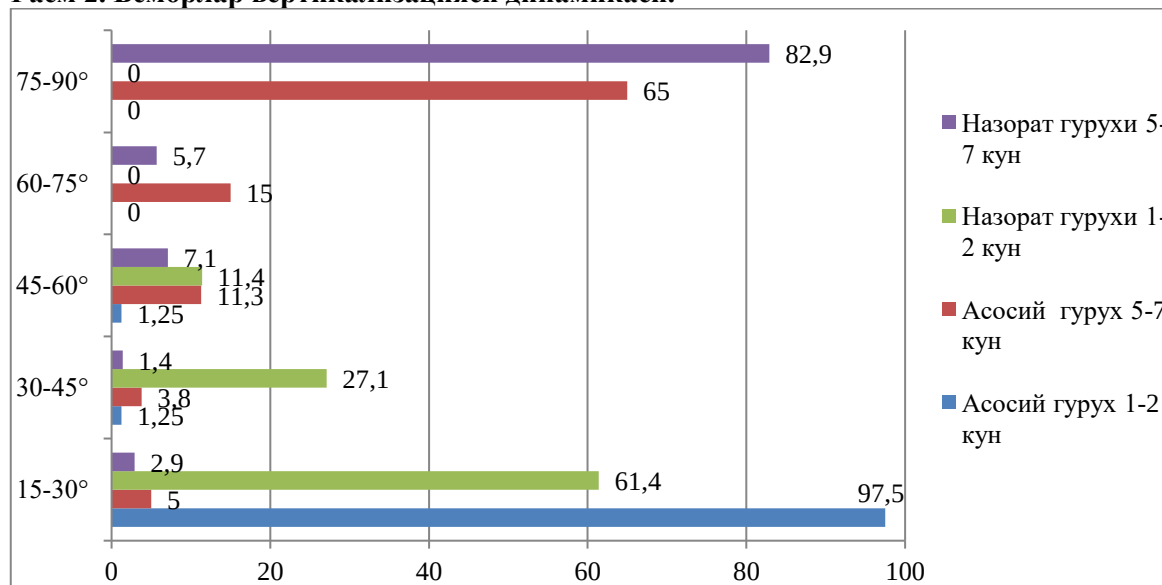
Юқоридаги 5-жадвалдан кўрииб турибдики, текширувнинг 1-2 кунларида вертикализацияни олиб бориш асосий гуруҳда 15-30° да 78 нафар (97,5%) беморда бажарилган бўлса, 30-45° ва 45-60° бурчак остида вертикализация қилиш 1 тадан (1,25%) беморда олиб борилди. Назорат гуруҳ беморларда эса 1-2 кунларда вертикализация 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 гуруҳда (n)	Асосий гуруҳда (%)	Назорат гуруҳи(n)	Назорат гуруҳи (%)
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.

Расм 2. Беморлар вертикализацияси динамикаси.



Асосий гуруҳ беморларинг 97,5% ва назорат гуруҳидан 61,4% дастлабки кунларда 15-30° да сақланиб, 5-7 кунларда 75-90° вертикализацияга эришган беморлар асосий гуруҳда 65% ва назорат гуруҳда 82,9 % ни ташкил қилши, қандли диабет ўзининг клиник кечиши ва асоратлари билан вертикализация жараёни нисбаттан секин кечишини кўрсатади.

Хулоса

Хулоса қилиб айтганда, ишемик инсульт қандли диабет фонида кечаётган беморларда вертикализация жараёни секин бўлиб, нисбатан узоқ давом этади.

Қандли диабет фонида кечувчи ишемик инсультларда эс ҳуш 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 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 2018;3:2-5.
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 2013;4:83-89.
3. 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):20-25.
4. Скрининг-диагностика асимптомной стадии хронической сосудисто-мозговой недостаточности в условиях первичного звена здравоохранения, информационная письмо. Ташкент 2010.
5. Верещагин Н.В., Пирадов М.А. "Инсульт: муаммосини баҳолаш" // Неврология журналы. Москва 1999;5:4-7.
6. Танашян М.М., Антонова К.В., Лагода О.В., Максимова М.Ю., Глебов М.В., Шабалина А.А. "Қандли диабет 2 тип фонида бош миёда қон айланишининг ўткир бузилишлари" «Неврология илмий маркази» РАМН (Москва) // Клиник неврология, 2014;3:4-8.
7. Шмонин А.А. Современные подходы к реабилитации пациентов с инсультом, 12-е занятие, Санкт-Петербург 2014-2015.
8. Маньковский Б.Н. Инсульт у больных сахарным диабетом, г. Киев, // Журнал Практическая ангиология 2010;2:1.
9. Kenny R. Head-up tilt: a useful test for investigating unexplained syncope / R. Kenny, J. Bayliss, A. Ingram // Lancet. 2020;1:1352-1354.
10. Vaddadi G. Postural syncope: mechanisms and management / G. Vaddadi, E. Lambert, S. Corcoran // The Medical Journal of Australia. 2007;187:299-304.

Қабул қилинган сана 20.08.2025