

Рисунок 2. Динамика индекса Кердо и неврологического статуса у больных 2 группы.

Вывод. В заключении можно сделать вывод что функциональный исход инсульта зависит от степени напряженности адаптивных реакций и степени и своевременности купирования стрессорных реакций. Избыточное стойкое напряжение симпато-адреналовой системы (симпатикотония) у больных с ОНМК в острейшем периоде приводит к летальному исходу, а переход от симпатикотонии к преобладанию парасимпатического тонуса, отражающий начало процессов долговременной адаптации, является предиктором благоприятного исхода.

Литература/References

1. Виленский, Б. С. Неотложные состояния в неврологии / Б. С. Виленский. - СПб.: ООО Изд-во Фолиант, 2004. - 280 с.
2. Каргин, М. В. Течение церебрального инсульта: неврологические, вегетативные и гемодинамические изменения в остром периоде :Автореф. дисс..... канд. мед. наук / М. В. Каргин. — Пермь, 2000. - 22 с.
3. Фоякин А. В., Суслина З. А., Гераскина Л. А. Кардиологическая диагностика при ишемическоминсульте. – СПб/: ИНКАРТ, 2005. – 224 с.
4. Laowattana S., Zeger S. L., Lima J. A. et al. Leftinsular stroke is associated with adverse cardiacoutcome // Neurology. – 2006. – Vol. 66, № 4. –P. 477–483 (discussion 463).

УДК: 616.831-005.4:616.379-036.82

ҚАНДЛИ ДИАБЕТ ФОНИДА КЕЧУВЧИ ИШЕМИК ИНСУЛЬТЛАРДА ВЕРТИКАЛИЗАЦИЯ АМАЛИЁТИ

Пўлатов Садриддин Сайфуллаевич^{1,а}; Рўзиев Феруз Гиёсович^{2,б}

¹Бухоро давлат тиббиёт институти, т.ф.н.доцент
²РШТЁИМ, Бухоро филиали, невролог
e-mail: sadriddin.nevro78@mail.ru; feruz405@rambler.ru.

ПРАКТИКА ВЕРТИКАЛИЗАЦИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ НА ФОНЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Пулатов Садриддин Сайфуллаевич^{1,а}; Рузиев Феруз Гиёсович^{2,б}

Бухарский государственный медицинский институт, к.м.н. доцент

²Бухарский филиал РНЭЦМП, невролог

e-mail: ^аsadriddin.nevro78@mail.ru; ^бferuz405@rambler.ru.

VERTICALIZATION PRACTICE IN DIABETES AGAINST TRANSMITTED ISCHEMIC STROKE

Pulatov Sadriddin Sayfullaevich^{1,а}; Ruziev Feruz Giyosovich,

Bukhara State Medical Institute, PhD

Bukhara branch of the republican research center of emergency medical care, neurologist

e-mail: ^аsadriddin.nevro78@mail.ru; ^бferuz405@rambler.ru.

АННОТАЦИЯ

Ишемик инсулт ўткир даврида қандли диабет фонидаги 80 нафар ва қандли диабет аниқланмаган 70 нафар беморлар текширилди. Барча беморлар субъектив, объектив, клинко-инструментал ва нейропсихологик текширувлардан ўтказилиб даво муолажалари билан биргаликда вертикализация амалиёти ўтказилди ва қандли диабет билан боғлиқ асоратлар жараёнга таъсири ўрганилди.

Калит сўзлар: ишемик инсулт, қандли диабет, вертикализация, эрта реабилитация

АННОТАЦИЯ

В остром периоде ишемического инсульта обследовано 80 больных сахарным диабетом и 70 больных с недиагностированным сахарным диабетом. Всем больным проведено субъективное, объективное, клинко-инструментальное и нейропсихологическое обследование, проведены процедуры вертикализации в комплексе с лечебными мероприятиями, изучено и проанализировано влияние на этот процесс осложнений сахарного диабета.

Ключевые слова: ишемический инсулт, сахарный диабет, вертикализация, ранняя реабилитация

ABSTRACT

In the acute period of ischemic stroke, 80 patients with diabetes mellitus and 70 patients with undiagnosed diabetes mellitus were examined. All patients underwent subjective, objective, clinical-instrumental, and neuropsychological examinations, underwent verticalization procedures in conjunction with treatment procedures, and the effects of diabetes-related complications on the process were studied and analyzed.

Keywords: ischemic stroke, diabetes mellitus, verticalization, early rehabilitation.

Муаммонинг долзарблиги.

Беморлар имобилизация ҳолатига ўтказилгандан 3 соат ўтиб суяклардан кальция экскрецияси ошиши, бу ўз навбатида суяклардаги ўзгаришларга сабаб бўлишини исботлаган (Б.Иззекий). Хозирги кунда ғарб давлатлари клинкаларида беморлар кома ҳолатида да бўлага ҳам вертикал ҳолатга ўтказишга ҳаракат қилинапти. 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 қатъий ётоқ режмда бир неча кун сақлангандан сўнг тана вазиятлари ўзгариши нодакват реакциялар кузатилиши аниқган, айниқса юрак қон томир касалликлари бор беморларда (Asberg К.Н.) .

Инсульт ривожланишида ҚД нинг нисбий хавф даражаси 1,5-3 га тенг. ҚД билан касалланганларда ишемик инсульт 2-4 баробар кўп кузатилади. [5]. Инсульт ривожланиш хавфи глекемия билан боғлиқлиги UKPDS Тадқиқоти натижарига кўра HbA1c миқдори 1% га камайиши инсульта ривожланиш хавфини 12% , микроангиопатия ўртача 35%, ИМ 14%, юрак етишмовчилиги ривожланишини 12% га камайтиради. HbA1c миқдори 1% га ошиши ИМ ривожланиш хавфини 10% га оширади, ЮИК ва бош мияда қон айланишининг ўткир бузилишидан ўлим кўрсаткичини HbA1c 5,5% дан бошлаб оширади [1].

Қонда глюкоза миқдорининг >13 ммоль/л дан юқори бўлиши жисмоний фаоллик учун вақтинчалик қарши кўрсатма бўлиб ҳисобланади. [2].

Тадқиқот мақсади. Ишемик инсультда қандли диабет билан кечишида вертикализация амалиётини оптималлаштириш.

Тадқиқот материал ва услублари. Тадқиқот ишимиздан назарда тутилган илмий мақсад ва вазифаларни ҳал этиш учун 2020-2021 йилларда Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиали, шошилинич неврология ва нейрореанимация бўлимларида бош мияда қон айланишининг ўткир бузилиши, ишемик тури ташхиси билан қабул қилиниб

даволанган 150 нафар беморлар текшириш ва таҳлил натижалари тақдим этилган. Ишемик инсульт қандли диабет фонида юзага келган беморлар I гуруҳ (асосий)(АГ) 80 нафар бемордан иборат бўлиб аёллар ва эркаклари нисбати 1:1,1 ва ўртача ёш $62,3 \pm 6,2$, II гуруҳ (қийсий,назорат)(НГ) анамнез ва текширувларда қандли диабет аниқланмаган 70 нафар, жинс нисбати 1:2,5 аёллар ва эркаклар устунлиги билан ва ўртача ёш $61,2 \pm 6,9$ ташкил этади.

Таҳлил ва натижалар. Беморлар субъектив, объектив, лаборатор ва инструментал текширувларда қандли диабет сабаб аъзо ва аъзолар тизимларида турли даражада юзага келган ўзгаришлар аниқланди. Ҳар иккала гуруҳ беморларига биринчи ёрдам кўрсатилиб, стандарт даво муолажалари билан биргаликда вертикализация амалиёти ва эрта реабилитация тадбирлари, жумладан психологик реабилитация, физиотерапевтик муолажалар ва даволовчи машқлар тавсия этилди. Беморларнинг ҳолати NIHSS ва Бартель шкалалари ёрадамида тадқиқотнинг 1-2 кунларида ва 7-10 кунларида баҳоланди.

1- жадвал

Тадқиқотнинг асосий гуруҳида қандли диабет асоратлар учраши

Асорат	n	(%)	m
Диабетик ангиопатия	80	100	0
Диабетик ретинопатия	32	40	5,5
Диабетик нефропатия	36	45	5,6
Диабетик полинейропатия 2	68	85	4,0
Диабетик полинейропатия 3	12	15	4,0
Автоном полинейропатия	19	23,75	4,8

Қандли диабет ҳамроҳлик қилаган асосий гуруҳ беморларининг барчаси $n=80$ турли даражада диабетик ангиопатиялар билан асоратланган. Диабетик микроангиопатиялар жами $n=68$, $85 \pm 4,0\%$ ҳолатларда кузатилиб бундан диабетик ретинопатия $n=32$, $40 \pm 5,5\%$, диабетик нефропатия $n=36$, $45 \pm 5,6\%$ аниқланди. Тадқиқот давомида Кокрофт-Голт формуласи ёрадамида КФТ-коптокчалар филтрация тезлигини аниқлаш ва диабетик нефропатиянинг даражаси белгиланди. Тадқиқот натижасидаги амалий тавсияларда невролог ва нейрореаниматолог врачлар диққатини диабетик нефропатияга қаратиш мақсадида қонда креатинин миқдори 120-150 мк.ммоль/л дан юқори бўлган ҳолатларда вертикализация амалиётини

кечиктириш ва нефролог маслаҳати асосида даво муолажаларини давом эттириш тавсия этилди.

Диабетик макроангиопатия сифатда барча беморларда бош миёда кон айланишинг ўткир бузилишини қайд этилиб, шунингдек диабетик полинейропатия 2 даража $n=68$, $85\pm 4,0\%$, диабетик полинейропатия 3 даража $n=12$, $15\pm 4,0\%$ ва автоном полинейропатия $n=19$, $23,75\pm 4,8\%$ ҳолатларда аниқланди.

Асосий гуруҳда қандли диабетнинг асорати сифатида диабетик ретинопатия $n=32$, $40\pm 5,5\%$, ҳолларда кузатилди. Кўз қорачиги D=S бўлиб анизокория аниқланмайди, АГ да $n=1$, $1,25\pm 1,24\%$ беморларда мидриаз аниқланади. Кўзни ҳаракатлантирувчи нервлар парези АГда $n=1$, $1,25\pm 1,24\%$ ҳолатда кузатилиб, НГ да ушбу ҳолат кузатилмади. Кўз олмаси ҳаркати ҳамкорлиги АГ $n=79$, $98,8\pm 1,24\%$ ва НГ $n=70$, $100\pm 0,0\%$ ҳолатларда сақланган. Диплопия АГ $n=6$, $7,5\pm 2,94\%$, НГ $n=1$, $1,4\pm 1,42\%$ аниқланади. Кўзларда горизонтал нистагм АГ $n=14$, $17,5\pm 4,25\%$, НГ $n=16$, $22,9\pm 5,02\%$ ҳолларда кузатилди. Дисфагия хар иккала гуруҳда кузатилиб, АГ $n=10$, $12,5\pm 3,7\%$ ва НГ $n=3$, $4,3\pm 2,42\%$, Дизартия АГ $n=49$, $61,25\pm 5,45\%$, НГ $n=40$, $57,14\pm 5,91\%$ бўлиб, Афазия АГ $n=3$, $3,75\pm 2,12\%$ ва НГ, $n=1$, $1,43\pm 1,42\%$ ташкил этади. Юз нервининг марказий типдаги нейропатияси АГ $n=18$, $22,5\pm 4,67\%$, НГ $n=9$, $12,9\pm 4,0\%$ ҳолатларда кузатилди.

2-жадвал

Тадқиқот гуруҳларида беморларда неврологик статусда юзага келган патологик ўзгаришларни қиёслаш

Кўрсаткич	Асосий гуруҳ (n = 80)			Назорат гуруҳи (n=70)		
	n	%	m	n	%	m
Диплопия	6	7,5	2,94	1	1,4	1,42
III жуфт нерв парези	1	1,25	1,24	0	0	0,0
Юзи ассиметрик	18	22,5	4,67	9	12,9	4,00
Дизартирия	49	61,25	5,45	40	57,1	5,91
Афазия	3	3,75	2,12	1	1,4	1,42
Дисфагия	10	12,5	3,70	3	4,3	2,42
Монопарез	3	3,8	2,12	5	7,1	3,08
гемипарез	73	91,3	3,16	62	88,6	3,80
гемиплегия	4	5	2,44	3	4,3	2,42
параэстезия	69	86,25	3,85	0	0	0,00

гемигипоэстезия	57	71,25	5,06	39	55,7	5,94
гемигиперэстезия	3	3,75	2,12	3	4,3	2,42

Тадқиқот гуруҳларида ҳаракат ва сезги бузилишлари неврологик текширув маълумотларга асосан энгил ҳаракат бузилишлари монопарез типиди АГ n=3, 3,75±2,12% , НГ, n=5, 7,14±3,08% ҳолда кузатилиб, ўрта ва оғир даражада ҳаракат бузилишлари гемипарез АГ n=73, 91,25±3,16%, НГ n=62, 88,57±3,8% ва гемиплегия АГ n=4, 5±2,44%, НГ n=3, 4,29% ҳолатлар кузатилиб АГ беморларида ўрта оғир ва оғир даражадаги ҳаракат бўзилишлари сезилари даражада кўп кузатилиши ҚД нинг микро ва макроангирик асоратлари билан асослаш мумкин. Сезги бузилишлари АГ n=69, 86,2± 3,85% барча мучалар периферик қисмида кузатилишини, анамнездан мавжудлиги ва диабетик полинейропатия билан боғлиқлигини билан асосланади. Шунингдек АГ n=69, 86,2±3,85% беморларда мос равишда парестезия аломатлари кузатилади. АГ n=3, 3,75±2,12%, НГ n=3, 4,3 ± 2,42% ҳолатларда гемигиперэстезия кузатилди. **Тадқиқод давомида бир қатор эрта реабилитация тадбирларини бошлаш бевосита лаборатор кўрсаткичларга кўрсаткичларга боғлиқ эканлиги ўрганилди.**

3-жадвал

Тадқиқот гуруҳларида қон биокимёвий таҳлил натижалари динамикаси

Кўрсаткич	АГ(n=80)	НГ (n=70)	р
	М±m	М±m	(p>0,05)
Мочевина олдинги	8,56±0,45	7,04±0,32	(p>0,01)
Мочевина сўнги	6,89±0,29	6,18±0,27	(p>0,05)
Креатинин олдинги	117,1±4,15	97,66±3,65	(p>0,05)
Креатинин сўнги	101,01±2,87	89,79±2,99	(p>0,001)
Глюкоза 1-2 кун	10,23±0,39	6,23±0,27	(p>0,01)
Глюкоза 3-4 кун	8,95±0,32	5,12±0,08	(p>0,05)
Глюкоза 5-6 кун	8,4±0,29	4,76±0,07	(p>0,001)
Глюкоза 7-8 кун	7,36±0,19		(p>0,05)

Қонда мочевина миқдори АГ даслабки текширувда 8,56±0,45, тадқиқод сўнгида 6,89±0,29 ва НГ даслаб 6,89±0,29 кейин 6,18±0,27, креатинин миқдори эса АГ олдин 117,1±4,15, кейин 101,01±2,87 ва НГ аввал 97,66±3,65, кейин 89,79±2,99 ммоль/л ташкил этди. Қонда мочевина, креатинин ва глюкоза миқдори динамикада назорат қилиб

борилди. Тадқиқоднинг қонда глюкоза миқдори 1-2 кунларида АГ $10,23 \pm 0,39$, НГ $6,23 \pm 0,27$, 3-4 кунларда АГ $8,95 \pm 0,32$, НГ $5,12 \pm 0,08$, 5-6 кунларда АГ $8,4 \pm 0,29$, НГ $4,76 \pm 0,07$ ва 7-8 кунларда АГ $7,36 \pm 0,19$ ташкил этди.

Вертикализация амалиёти қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар бўлмаса, инсультнинг биринчи соатларидан бошлаб эрта реабилитация чораларини кўриш, шу жумладан беморни фаоллаштириш ва эрта муддатларда вертикаллаштиришни амалга ошириш керак.

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

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 узок 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 ҳаётлик кўрсаткичлар нормаллаштирилди, вертикализация амалиёти 24 соатдан сўнг давом эттирилди.

4- жадвал

. Пастки мучаларни пассиф 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 4-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 пассиф вертикализация жараёнида пастки мучалар пассиф 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 беморларнинг ортостазга назорат гуруҳига нисбатан нотурғунлигини кўрсатди.

5- жадвал

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 фониди 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.

Госпитализациянинг дастлабки кунларида PLR тест натижалари бўйича аксарият асосий гуруҳ беморларда ортостатик етишмовчилик белгилари яққол кузатилиши ва BPS тест оғриқ кўрсаткичи нисбаттан 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 нисбаттан секинлик билан манфий натижа курсатиши ва бу ўз навбатида вертикализация жараёни 3-4 кунга кечикишига сабаб бўлишини кузатиш мумкин.

6- жадвал

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 6-жадвалдан кўришиб 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.

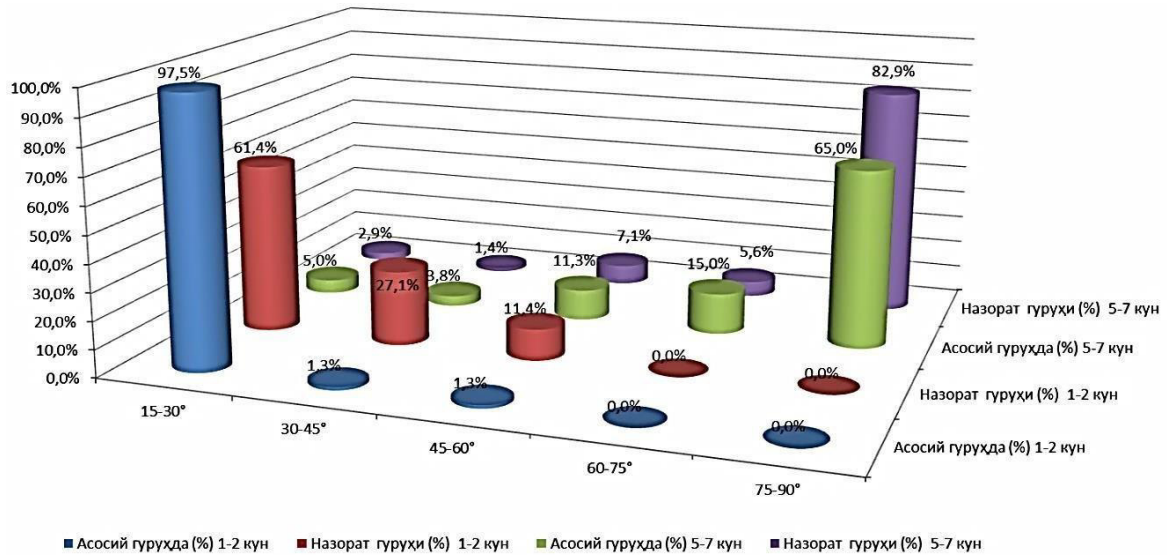
7- жадвал

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.



1 - расм. Тадқиқод гуруҳларида госпитализациянинг 1-2 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%, назорат гуруҳида 61,4% бўлиб, тадқиқоднинг 5-7 кунларида 90° вертикал ҳолатга етказилган беморлар асосий гуруҳ 65,0%, 29,6±0,37 ва назорат гуруҳидан 82,9%, 31,8±0,5 , (p<0,001) ташкил этди ўтказганда беморларнинг назорат гуруҳига нисбатан секинлик билан тик туриш ҳолатига турғунлик шаклланиши кузатилади.

Хулосалар

- 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 нейровизуал шкалалар бўйича неврологик нуқсонларнинг нисбатан кам

тикланганлиги, эрта реабилитация жараёнларини узокроқ давом этиши ва самардорлиги камайишига сабаб бўлади.

Литература/References

1. Латышева В.Я., Чечетин Д.А., Реабилитация двигательной активности пациентов в постинсультном периоде, // Практическое руководство, – Беларусь, – Гомель, – 2015, С.15-57.
2. Морозова Т.Е., Андрущишина Т.Б. Артериальная гипертензия у больных сахарным диабетом – индивидуализированный выбор антигипертензивных лекарственных средств. *Российский кардиологический журнал* № 2 (88) / 2011
3. 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.
4. Ибодуллаев З.Р., Инсульт ва кома. // Тошкент - 2013, С. 17-18.
5. Шавловская О.А, Эффективность тиоктовой (альфа-липоевой) кислоты в терапии диабетической полинейропатии. // Эффективная фармакотерапия. 12/2016. // С. 8 - 14.
6. 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*
7. Исмаилов С.И., Бердыкулова Д.М., Поздние осложнения сахарного диабета у лиц, проживающих в Ташкентской области Республики Узбекистан, // *Международный эндокринологический журнал*, — № 8(48), — 2012,
8. Ражабова Д.Х., Суюнов Н.Д., Узбекистон Республикасида инсульт билан касалланиш тахлили. // Абу Али ибн Сино ва замонавий фармацевтикада инновациялар. // Тошкент. 20 май 2021. С.319-320.
9. Светкина А.А. Психологическая реабилитация больных с ОНМК // *Медицинская психология в России*, — 2016,
10. Татьяна Чистик. Современные подходы к реабилитации больных, перенесших инсульт // «Международный неврологический журнал», – № 7 (93), – 2017, – С. 83-86.
11. Войно-Ясенецко В.Ф. Клинико-психологические особенности пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения в реабилитационном периоде, // *Теория и практика современной науки*, — №10(16), — 2016,
12. Wenli Chen, Qian Ye, Xiangtong Ji, Sicong Zhang, Xi Yang. Mirror neuron system based therapy for aphasia rehabilitation, // *Frontiers in Psychology*, October 2015, Volume 6, P.1-11.
13. Jenni K Burton, Terence J Quinn, Miles Fisher. Diabetes and stroke, // *Practical Diabetes* 2019, 36(4), P.126-131.
14. Rakhmatova Dilbar Ismatilloeyvna, Narzilloeva Sitora Jakhongirovna The effectiveness of neuroprotective therapy in ischemic stroke // *European journal of modern medicine and practice* Vol.2 №1, 2022, P. 17-21
15. Рахматова Д.И., Нарзиллоева С.Ж. Диагностика нарушений деятельности центральной нервной системы при ишемическом инсульте с помощью определения когнитивной дисфункции // *Тиббиётда янги кун. – Бухара, 2022. - №1(39). - С. 225-229.*