



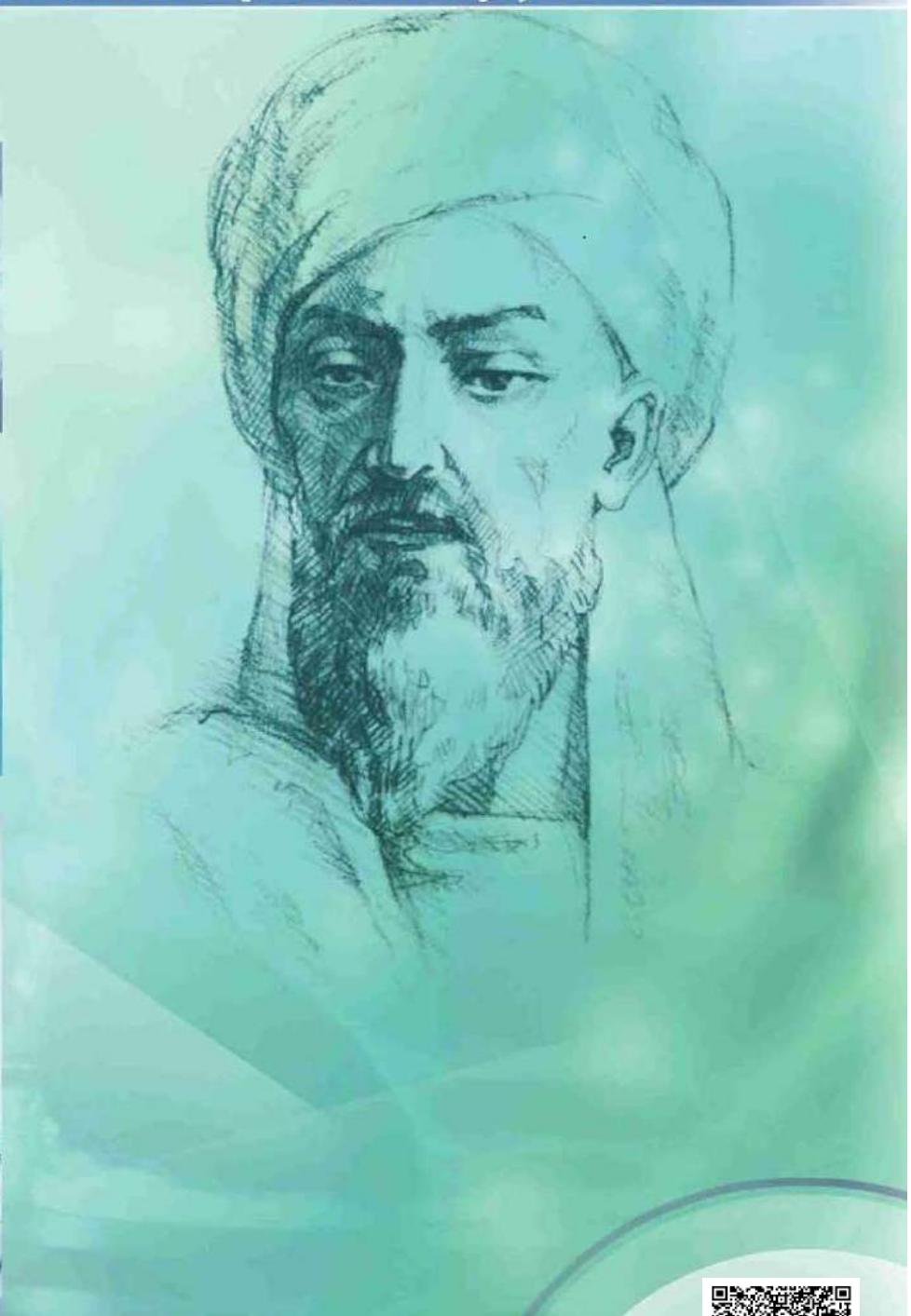
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

10 (60) 2023

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
М.А. АБДУЛЛАЕВА
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. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
ХАСАНОВА Д.А.
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
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)
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 (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

10 (60)

2023

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

октябрь

Received: 10.09.2023, Accepted: 20.09.2023, Published: 10.10.2023.

УДК 616 -005:504.75.05/470

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ КОРНИ ПЕРВИЧНОЙ, ВТОРИЧНОЙ, ТРЕТИЧНОЙ И ЧЕТВЕРТИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИНСУЛЬТА В РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНАХ СОВРЕМЕННОГО МИРА

Мамасалиев Н.С. <https://orcid.org/0000-0002-5013-9647>

Умурзакова Г.И. <https://orcid.org/0000-0003-1580-1129>

Усмонов Б.У. <https://orcid.org/0000-0001-7092-0003>

Бобаев У.Н. Email: BoboevU@mail.ru

Андижанский государственный медицинский институт Узбекистан, Андижан, Отабекова 1 Тел: (0-374) 223-94-60. E.mail: info@adti

АФ РНЦЭМП Андижан Узбекистан и Ошский Государственный Университет Ош, Кыргызстан

✓ *Резюме*

Ишемический инсульт является основной причиной неврологической заболеваемости и смертности. Цель этой обзорной статьи — обобщить факты, касающиеся ишемического инсульта и его различных аспектов в такой стране, как Кыргызстан, где ресурсы ограничены, а система здравоохранения недостаточно развита. Нет доступных крупномасштабных эпидемиологических исследований для определения истинной заболеваемости инсультом в Кыргызстане. Мы провели исследование, чтобы определить распространенность нескольких важных факторов риска инсульта среди пациентов г. Оша. Мы также использовали существующие данные из литературы, чтобы сравнить общую заболеваемость инсультом в Кыргызстане с заболеваемостью в развитых странах.

Ключевые слова: инсульт, Кыргызстан, вариабельность, эпидемиология, факторы риска.

ZAMONAVIY DUNYONING TURLI MINTAQALARIDA INSULTNING BIRLAMCHI, IKKILAMCHI, UCHINCHI VA TO'RTLAMCHI PROFILAKTIKASINING EPIDEMIOLOGIK ILDIZLARI

Mamasaliev N.S., Umurzakova G.I., Usmonov B.U., Bobaev U.N.

Andijon davlat tibbiyot instituti O'zbekiston, Andijon, Otabekov 1 Tel: (0-374) 223-94-60. E.mail: info@adti

AF RSCEM Andijon O'zbekiston va O'sh Davlat Universiteti O'sh, Qirg'iziston

✓ *Rezyume*

Ishemik insult nevrologik kasalliklar va o'limning asosiy sababidir. Ushbu sharh maqolasining maqsadi Qirg'iziston kabi resurslari cheklangan va sog'liqni saqlash tizimi rivojlanmagan mamlakatda ishemik insult va uning turli jihatlari haqidagi faktlarni umumlashtirishdir. Qirg'izistonda insultning haqiqiy holatlarini aniqlash uchun keng ko'lamlı epidemiologik tadqiqotlar mayjud emas. Biz O'sh shahridagi bemorlar orasida insultning bir necha muhim xavf omillarining tarqalishini aniqlash maqsadida tadqiqot o'tkazdik. Shuningdek, Qirg'izistondagi insultning umumiy ko'rsatkichlarini rivojlangan mamlakatlardagi bilan solishtirish uchun adabiyotdagi mayjud ma'lumotlardan foydalandik.

Kalit so'zlar: *insult, Qirg'iziston, o'zgaruvchanlik, epidemiologiya, xavf omillari.*

EPIDEMIOLOGICAL ROOTS OF PRIMARY, SECONDARY, TERTIARY AND QUATERNARY STROKE PREVENTION IN VARIOUS REGIONS OF THE MODERN WORLD

Mamasaliev N.S., Umurzakova G.I., Usmonov B.U., Bobaev U.N.

Andijan State Medical Institute Uzbekistan, Andijan, Otabekov 1 Tel: (0-374) 223-94-60. E-mail: info@adti

AF RNTsEMP Andijan Uzbekistan and Oshsky Gosudarstvennyy University Osh, Kyrgyzstan

✓ *Resume*

Ischemic stroke is the leading cause of neurological morbidity and mortality. The purpose of this review article is to summarize the facts regarding ischemic stroke and its various aspects in a country like Kyrgyzstan where resources are limited and the healthcare system is underdeveloped. There are no large-scale epidemiological studies available to determine the true incidence of stroke in Kyrgyzstan. We conducted a study to determine the prevalence of several important risk factors for stroke among patients in Osh. We also used existing data from the literature to compare the overall incidence of stroke in Kyrgyzstan with the incidence in developed countries.

Key words: *stroke, Kyrgyzstan, variability, epidemiology, risk factors.*

Актуальность

ажно подчеркнуть, что одним из главных звеньев патогенеза инсультов является АГ.

Именно она ответственна, как уже упоминалось выше, за инсультов.

По данным Forouzanyar M.H. et al. (2017) в настоящее время 1 млрд людей в мире страдают АГ, к 2025 г. ожидают, что число больных с гипертонией достигнет 1,5 млрд [23].

В Российской популяции, по утверждению С.А. Бойцова и соавт. (2014), распространенность АГ по сравнению с данными мониторинга, выросла с 39,7% (в том числе среди женщин - 40,5%, среди мужчин - 38,1%) до 43,4%, при этом наиболее значимый рост до 45,4% отмечен в мужской популяции [1].

Значительно важным показателем в качестве фактора риска инсультов, является вариабельность АГ (это колебание АД, превышавшие его физиологические значения) [10].

Важной научной темой является суточная вариабельность АД: АД достигает минимума около 3 часов утра, плавно нарастает до 5 часов утра и начинает резко увеличиваться за час до пробуждения. Продемонстрировано, что в предутренние часы наблюдается пик инсульта, инфаркта миокарда, а также внезапной сердечной смерти [4].

В исследовании Kario K. et al. (2005) утверждено, что риск инсульта у больных с утренним подъемом АД более чем на 55 мм.рт.ст. в 2,7 раза выше, чем у пациентов с величиной утренних подъемов менее 55 мм.рт.ст. [26].

Во многих исследованиях, по данным мета анализа, показано, что между 6 часами утра и 12 часами дня, по сравнению с другими суточными интервалами на 40% выше риск развития инфаркта миокарда, на 29% выше риск внезапной смерти и на 49% выше риск инсульта. Т.е. каждый 11 инфаркт миокарда, каждая 15-я внезапная смерть и каждый 8-й инсульт ассоциируются с утренним повышением АД [51]. Поэтому наиболее эффективными анти гипертензивными препаратами являются те, которые контролируют вариабельность АД в ранние утренние часы.

При выборе анти гипертензивной терапии следует учитывать коморбидный фон и/или факторы риска, особенно метаболический синдром, сахарный диабет и хроническую болезнь почек и предпочтение необходимо отдавать фиксированным комбинациям [20,44,49].

Достижение целевых значений АД - является основной задачей профилактической / медикаментозной терапии инсультов у больных с АГ.

В исследованиях последних лет выделены патогенетические варианты и подтипы инсульта.

Так, White H. и соавт. (2005), Bum J.K. и соавт (2014) показали, что в настоящее время лидирует представление, согласно которому атеросклеротический инсульт, кардиоэмбolicкий инсульт и лакунарный инсульт являются этиологически и патогенетически самостоятельными подтипами ишемического инсульта. Они отличаются друг от друга конечным механизмом формирования ишемического очага и лежащими в их основе-системными нарушениями [16,50].

С учетом этих особенностей Amarenco P. и соавт. (2013) разработы и модифицированы патогенетические и фенотипические классификации ишемического инсульта, произведен поиск генетических маркеров отдельных его типов [12].

Li L. и соавт. (2015) считают, что точное установление патогенетического типа ишемического инсульта по сей день затруднительно (из-за малой доступности мультимодальной высокопольной МРТ и недостаточного использования ультразвуковой диагностики), это заключение, несомненно указывает на необходимость поиска маркеров подтипов инсульта на уровне популяции в сфере факторов риска [32].



Kim J.S. и соавт. (2013) и Hart R.J. и соавт. (2014) в своих крупных исследованиях также показали, что указанная проблема очень актуальна (особенно при малых подкорковых инфарктах, при локальном атероматозе перфорирующей артерии и корковых территориальных и инфарктах на фоне кардиальной эмболии), поскольку инструментальная диагностика при этом далеко не всегда позволяет решить проблему ввиду недостаточной разрешающей способности методов ангиовизуализации и/или сложности идентификации эмболических событий [24,27].

В научных исследованиях классификация инсультов по патогенетическим подтипу проводится в основном по классификации SSS-TOAST (этиологическая классификация ишемических инсультов - Stop Stroke Study, основанная на результатах исследования -Triad of Org in Acute Stroke Treatment) [11].

Имеются особенности неврологического статуса и клинического исхода острого периода атеротромботического инсульта (АТИ), кардиоэмболического инсульта (КЭИ) и лакунарного инсульта (ЛИ).

В одних популяциях отмечается высокая частота распространенности АТИ и низкая КЭИ. В других, например, в европейских популяциях по данным Kim B.S. et al. [28] и Bogiatzi C. et al. резко отличаются доля отмеченных подтипов ишемического инсульта - составляя 12% против 28% и частоты КЭИ постоянно растет с каждым годом [13].

В работе Palacio S. и соавт. (2014) продемонстрирована связь ЛИ с нарушением углеводного обмена. По представленным данным этих авторов видно, что у популяции пациентов с СД риск развития ЛИ увеличивается в 2 раза [41].

Максимальная частота выявления инфаркта головного мозга, ИИ (АТИ, ЛИ, КЭИ) во многих исследованиях при выполнении КТ/МРТ и шкал оценки отмечались ранние признаки церебральной ишемии, в частности ASPECTS [21,25,34].

В результатах исследований Millera T.R. и соавт. (2015) имеет подтверждение более частое вовлечение вертебробазилярного бассейна (ВББ) у пациентов с ЛИ по сравнению с таковыми у больных с АТИ и КЭИ. Это объясняется тем, что гематоэнцефалический барьер более уязвим (нарушение гематоэнцефалического барьера имеет большую роль в развитии болезни мелких сосудов) именно в ВББ [35].

В целом, из литературных данных следует отметить, что пациенты с разными патогенетическими вариантами ИИ различаются выраженностью и представленностью кардиоваскулярных фактора с риска, клинической картиной (показатели шкалы, NIHSS, ИМР и МШР - в баллах, гемиплегия, дисфазия, дизартрия, синдром игнорирования) и исходом заболевания. Рассмотрение и анализ этих вопросов в разных популяциях, отличающихся эпидемиологическими/региональными особенностями, является востребованной и актуальной научной проблемой.

Исходя из результатов исследований последних лет, можно сделать вывод о неоднородности современной популяции с точки зрения инцидента / распространенности инсульта и частоты факторов риска этой патологии. Вероятно, что с факторами риска инсульта и/или ССЗ среди населения обеспечит не только профилактику острых и хронических нарушений мозгового кровообращения, но и будет способствовать снижению уровня "конечных твердых точек" профессионального сгорания и лучшему качеству их профессиональной работы в будущем. Выявление особенности эпидемиологических условий и ситуаций в отношении инсультов среди населения определенного региона (высокогорье, низкогорье, равнина и т.д.) могут способствовать разработке дифференцированных программ профилактики. Такие выводы были сделаны в примере других хронических и острых неинфекционных заболеваний [22,43,46,48].

Сегодняшний врач первичного звена, в том числе невропатолог, это специалист, который в своем интеллектуальном/профессиональном багаже интегрирует не только клинические медицинские знания, но и профилактическую медицину. Проведение активных профилактических мероприятий среди населения в настоящее время требует мотивированного обучения врачей; создания адаптированных моделей для усвоения умений и навыков профилактического консультирования, изучения вклада каждого фактора риска в развитии ССЗ, ХНИЗ и в том числе, инсультов для сохранения активного долголетия пациентов с инсультом.

Повышение охвата населения профилактикой-приоритетная задача современной науки и здравоохранения мира, такого характера выводы и рекомендации бросаются в глаза во всех современных рекомендациях и результатах крупных исследований [7,8,9,52].

Вишнякова А.Ю. и соавт. (2020) показали, что атеросклероз сонных артерий является одной из основных причин ишемического инсульта. Авторами проводилось изучение наличия и выраженности атеросклеротических изменений экстракраниальных отделов сонных артерий в острейшем периоде каротидного ишемического инсульта.

В группу исследований ретроспективно были включены данные ультразвукового дуплексного сканирования 660 пациентов с каротидным ИИ в бассейне средней мозговой артерии. У 72,1% случаев с установленным вариантом ИИ имел место атеротромботический, у 25,2% - кардиоэмболический, у 1,8% - гемодинамический и у 0,9% - лакунарный инсульт. Группа контроля сформирована из 903 асимптомных пациентов.

Признаки атеросклероза общих сонных артерий у асимптомных пациентов отмечались в 60% случаев, внутренних сонных артерий - в 50% случаев, они несколько чаще обнаруживались у мужчин и коррелировали с возрастом. При ИИ частота выявления признаков атеросклероза совпадала с таковой 7 асимптомных лиц [3].

В других клинических руководствах и работах современных исследователей также в качестве одной из причин инсульта рассматривается каротидный атеросклероз, а также его разнообразные осложнения [15,29,36].

По представленным данным American Heart Association (2017) частота церебральных инфарктов, непосредственно связанных с атеросклеротическим поражением сонных артерий, составляет около 20-25% [17].

В исследованиях Pelisek J. и соавт. (2012) и Topol E. (2005) утверждены, что основными осложнениями атеросклероза, приводящая к развитию инсульта, является тромбоз в месте локализации атеросклеротической бляшки и артерио - артериальная тромбоэмболия в случае его фрагментации, либо артерио - артериальная атероэмболия в случаях, когда эмболами становятся элементы бляшки [42,47].

В качестве эффективных методов диагностики атеросклеротического поражения сонных артерий рекомендуются ультразвуковые методы. Ультразвуковое сканирование, по утверждению в работах Leeyuk V.C. et al.(2007,2012) и Naidich J. et al. (2018), используется при инсульте как с целью установления причин его развития, так и для решения других связанных с проводимым лечением задач [2,30].

Naidich J. и соавт. (2018), Leeyuk V.C. и соавт. (2012) также утверждают, что ультразвуковые методы обладают рядом преимуществ: неинвазивностью, отсутствием лучевой нагрузки, возможностью проведения процедур у постели больного, а также удовлетворительными показателями воспроизведимости и точности [2,40].

В представленных результатах исследований Ю.В. Мернаковой и соавт. (2014) отмечено преобладание нестенозирующего характера атеросклероза общей сонной артерии среди обследованных. Авторами изучалась распространенность стенозов сонных артерий в случайной выборке неорганизованной популяции 25-64 лет, оцененной в рамках многоцентрового наблюдательного исследования ЭССЕ-РФ [5].

В исследовании Mischia J. и соавт. (2017) отмечается, что частота атеросклеротического стеноза сонных артерий с редукцией просвета более 50% по диаметру варьирует в пределах от 20 до 8% и во многом зависит от выборки лиц, включенных в анализ [33].

Результаты ряда исследователей свидетельствуют о нецелесообразности сплошного скрининга каротидных стенозов среди населения [36].

Однако, по последним рекомендациям американской кардиологической ассоциации (2018) по первичной профилактике инсульта может быть показан скрининг каротидных стенозов у взрослых лиц старше 65 лет, которые имеют 3 и более факторы риска развития инсульта [15].

Во многих странах существуют государственные организации и/или научные общества, которые разрабатывают обновленные национальные рекомендации в отношении политики скрининга или кардиоваскулярной профилактики каждые 3-5 лет.

Таблица 1.1.
Канадский опыт проведения скрининг-профилактики в первичном звене медицинской помощи (цит. из Драпкина О.М.)

Исследования и скрининг-тесты	21-49 лет	50-65 лет	Старше 65 лет
1	2	3	4
Физический осмотр	АГ, ИМТ, объем талии	АГ, ИМТ, объем талии	АГ, ИМТ, объем талии
Скрининг тест на когнитивные нарушения			Если есть жалобы на нарушение памяти, беспокойство у членов семьи, опекунов
Падения			Опрос
Инфекции, передаваемые половым путем	Гонорея, Хламидии, ВИЧ, гепатит среди лиц с высоким риском		
Сахарный диабет	Тест на уровень, если HbA1c, FINDRISK>14	Тест на уровень, если HbA1c, FINDRISK>14	Тест на уровень, если HbA1c, FINDRISK>14
Уровень липидов	Оценка риска скрининг-теста у мужчин >40	Оценка риска скрининг-теста у женщин >50 или постменопауза	Оценка риска
Оценка зрения	19-40 лет каждые 10 лет, 41-49 каждые 5 лет (если нет высокого риска-диабет, АГ, миопия-чаще)	50-55 лет каждые 5 лет, 50-64 каждые 3 года (если нет высокого риска-диабет, АГ, миопия-чаще)	Ежегодно
Колоректальный РНК		Анализы кала на скрытую кровь (FIT или FOBT), иммунологические исследования кала на скрытую кровь (fecal immuno-chemical tests) FOBT-fecal occult blood test чвляковая проба	FIT или FOBT каждые 2 года, сigmoidoscopy каждые 10 лет до 75 лет
Остеопороз		При наличии факторов риска	Женщины и мужчины
Женщины- рак шейки матки	С 25 лет и /или с начала сексуальных контактов каждые 3 года, если результат нормальный	Каждые 3 года, если результат нормальный	Каждые 3 года, если результат нормальный. Прекратить в 69 лет, если в течении 10 лет были нормальные результаты
Женщины РМЖ		Маммография каждые 2 года	Маммография каждые 2 года, прекратить в 75 лет
			УЗИ мужчин - курильщиков в 65-75 лет

2 Драпкина О.М., Самородская И.В. Скрининг: терминология, принципы и международный опыт. - VIDOX. - 2019. - с.47-48.

В то же время любые (терапевтические или хирургические) вмешательства, направленные на снижение риска развития инсульта у асимптомных пациентов, признаются эффективными, что как утверждают современные исследователи, обосновывает формирование целевых групп лиц для осуществления профилактических мероприятий [39].

По представленным результатам исследований, в целом можно будет заключить, что умеренные стенозы сонных артерий обоснованно можно расценивать как потенциально опасные для развития ишемического инсульта, как и высокие.

C. Mirray и соавт. (2018) подтверждая это мнение утверждает, что “нестабильные атеросклеротические бляшки” в сонной артерии могут быть причиной инсульта в качестве источника эмболии даже при умеренном стенозе [37]. Увеличение степени стеноза повышает риск развития ишемического инсульта [45].

Считается, что для выявления/диагностики “нестабильных” бляшек, наряду со степенью стеноза и его распространностью по утверждению других исследователей, необходимо также обратить внимание на эхокардиографические особенности бляшки [14,31].

Из изложенных данных очевидно, что несмотря на наличие международного опыта по проведению эпидемиологических исследований и профилактических осмотров, современные исследователи и практикующие врачи столкнулись с множеством, особенно региональных проблем в выборе цереброваскулярных заболеваний, подлежащих скринингу, методов скрининга- эпидемиологии и оценка эффективности программ до нозологической диагностики и профилактики [6,9,12,18,19].

Во многих странах при проведении скрининг-профилактических исследований применяется

- Update on age- appropriate preventive measures and screening for Canadian primary care providers
- Канадские рекомендации по профилактическим осмотрам и скринингу. Этот метод представлен в таблице №1.1. (цитирован из Драпкина О.М. и Самородской И.В., 2019)²

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бойцов С.А., Баланова Ю.А., Шальнова С.А., Деев А.Д., Артамонова Г.В. и др. Артериальная гипертония среди лиц 25 – 64 лет: распространность, лечение и контроль. По материалам исследования ЭССЕ // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2014; (4):4-12. doi: 10.15829/172 – 8800 – 2014 – 4 – 4 – 14.
2. Бывальцев Б.А., Белых Е.Г., Жданович Г.С. Нетравматические внутричерепные кровоизлияния // Здоровья, медицинская экология, наука. – 2015; 2:32-34.
3. Вишнякова А.Ю., Бердалин А.Б., Головин Д.А., Лелюк С.Э. и др. Эхографические особенности атеросклеротического поражения экстракраниальных отделов сонных артерий при каротидном ишемическом инсульте. // Профилактическая медицина. – 2020;23(4):88-93.
4. Евсютина Ю.В. Современные возможности контроля артериального давления и снижения сердечно – сосудистых рисков // Медицинский совет. 2019;16:94-95.
5. Жернакова Ю.В., Кавешников В.С., Серебрякова В.Н., Трубачева И.А. и др. Распространенность каротидного атеросклероза в неорганизованной популяции Томска // Системные гипертензии. - 2014; 11(4):37-41.
6. Касумова Ф.Н., Касумова Ф.З. Длительная антигипертензивная терапия и цереброваскулярные осложнения // Нейрологический журнал. 2018;23:93-96.
7. Калинина А.М., Гомова Т.А., Кушунина Д.В., Соин И.А. и др. Профилактическая активность врачей – терапевтов амбулаторно – поликлинический учреждений как важный фактор эффективности диспансеризации и диспансерного наблюдения (региональный опыт) // Профилактическая медицина. - 2016; 4:15-20.
8. Калинина А.М. Conceptual basis of preventive counselling in patients with chronic non – communicable diseases and their risk factors // Kardiovaskulyarnaya terapia i profilactika. - 2012; 4:4-7.
9. Кравцова Т.Ю., Заривчацкий М.Ф., Желобов В.Г., Блинов С.А., Бачева М.В. Профилактическая медицина – концептуальные проблемы образовательной деятельности // Профилактическая медицина. - 2020; 23(4):36-38. <https://doi.org/10.17116/profmed20202304136>.
10. Феськова А.А., Перцев А.В., Резова Н.В. Вариабельность артериального давления у лиц молодого возраста // Молодой ученый. 2017; (55):92-94. Режим доступа: <https://moluch.ru/archive/139/39130>.
11. Aly H., Benner T., Arsava E.M., Fuie K.L., Signal A.B., Jensen M.B. et al. A computerized algorithm for etiologic classification of ischemic stroke: the Causative classification of stroke system. Sorensen AG stroke. 2007; 38(11):2979-84.

12. Amarenco P., Bogousslavsky J., Caplan L.R., Donnoh G.A., Wolf M.E., Henneric M.G. The ASCOD phenotyping of Ischemic stroke (Updated ASGO Phenotyping). *Cerebrovasc. Dis.* 2013; 36:1-5.
13. Bogiatzi C. Hackam D.G., McLeod A.I., Spence I.D. Secular trends in ischemic stroke subtypes and stroke risk factors. *Stroke.* 2014; 45(11):3208-13.
14. Brinjikji W., Rabinstein A., Lanzino G. et al. Ultrasound Characteristics of Symptomatic Carotid Plaques: A systematic Review and Meta – Analysis // *Cerebrovascular Diseases.* - 2015; 40(3 - 4):165-175. <https://doi.org/10.1159/000437339>.
15. Brott TG, Halperin J.L. Abara S., Bacharach S.M. et al. 2011 ASA/ACCF/AHA/AANN/AANS/ACR/ASNR/CNS/SAIP/ACAI/SIR/SNIS/SYM/SVS Guideline on the Management of patients with Extracranial Carotid and Vertebral Artery Disease: Executive Summary // *J Am Coll Cardiol.* - 2011; 57(8):1002-1042. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2010.11.005>.
16. Bum J.K., Jong S.K., Ische stroke subtype classification: An Asian Viewpoint. *J. Stroke.* 2014; 16(1):8-17.
17. Correction to Heart Disease and Stroke Statistics – 2017 Update: A Report From the American Heart Association // *Circulation.* - 2017; 136(10). <https://doi.org/10.1161/cir.000000000000530>.
18. CyganKiewicz I., Zareba W. Heart rate variability // *Hand Clin Neurol.* 2013;117:380-91.
19. EOK/EOAГ Рекомендации по лечению больных с артериальной гипертензией // Российский кардиологический журнал. – 2018; 23(12):145-224.
20. Elliott W.J., Meyer P.M. Incident diabetes in clinical trials of antihypertensive drugs: a network meta – analysis // *Lancet.* - 2007;369(9557):201-6. doi: 10.1016/s0140 – 6736 (07) 60108 – 1.
21. El – Koussy M., Schorth G., Brekenfeld C., Arhold M. Imaging of acute ischemic stroke. *Eur. Neural.* 2014; 72(5 - 6):309-16.
22. Federalnyj proekt «Ukreplenie obshchestvennogo zdorov'ya». Accessed December 10.2019. [https://www.rosminzdrav.ru/poleznye - resursy/natsproektzdravvoranenie/zorh](https://www.rosminzdrav.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravvoranenie/zorh).
23. Forouzanfar M.H., Liu P., Roth G.A., Ng M. et al. Global Burden of Hypertension and Systolic Blood Pressure of at Least 110 to 115 mm Hg, 1990 – 2015 // *JAMA.* - 2017; 317 (2):165-80. doi: 10.1001/jama. 2016. 19043.
24. Hart R.G., Diener H.C., Coutts S.B., Eastoh J.D., Granger C.B., O'Donnell M.J. et al. Embolic strokes of undetermined source: the case for a new clinical construct. *Lancet Neurol.* 2014; 13(4):429-38.
25. Horning C.R., Bouer T., Simon C., Trittmacher S., Dorndorf W. Hemorrhagic transformation in cardioembolic cerebral infarction. *Stroke.* 1993; 24(3):465-8.
26. Kario K., Pickering T.C. Umeda Y., Hoshide S. et al. Morning surge in blood pressure as a predictor of silent and clinical cerebrovascular disease in elderly hypertensives: a prospective study // *Circulation.* - 2003; 107(10):1401-5. doi: 10.1161/01.cir.000056521.67546. aa.
27. Kim J.S., Yoon Y. Single subcortical infarction associated with parental arterial disease: important yet neglected sub – type of atherothrombotic stroke. *Int. J. Stroke.* 2013; 8;197-203.
28. Kim B.J., Kim J.S. Ischemic stroke subtype classification: an asian viewpoint. *Stroke.* 2014; 16(1):8-17.
29. Klinicheskoe rykovodstvo. *Stroke.* Pod red. Skvortsovoy V.I. M.: MED pressinform; 2008.
30. Lelyuk V.G., Lelyuk S.E. Ultrasound angiology. 3 rd ed. M.: Real Time; 2007.
31. Liem M., Kennedy F., Bonati L., Van der Lugt A. et al. Investigations of Carotid Stenosis to Identify Vulnerable Atherosclerotic Plaque and Determine Individual Stroke Risk // *Circulation Journal.* - 2017; 81(9):1246-1251. <https://doi.org/10.1253/circj.cj-16-1284>.
32. Li L., Yih G.S., Geraghty O.C., Schulz U.G., Kuker W., Mehta Z., Rothwell P.M. Incidence, outcome risk factors and long – term prognosis of cryptogenic transient ischaemic attack and ischaemic stroke: a population – based study. *Lancet Neurol.* 2015; 14:903-13.
33. Meschia J., Klaas J., Brows R., Brott T. Evaluation and Management of Atherosclerotic Carotid Stenosis // *Mayo Clin Proc.* - 2017;92(7):1144-1152. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2017.02.020>.

34. Mih W.K., Park K.K., Kim Y.S. Park H.C. Kim J.Y., Park S.P., Sun C.K. Atherothrombotic middle cerebral artery territory infarction: topographic diversity with common occurrence of concomitant small cortical and subcortical infarcts. *Stroke*. 2000; 31(9):2055-61.
35. Miller T.R., Shivashahkaz R., Mossa – Basha M., Gahdhi D. Reversible. Cerebral Vasoconstrictive clinical course // *Am. J Neuroradiol* 2015; 36(8):1392-9.
36. Mortimer R., Nachiappan S., Howlett D. Carotid artery stenosis screening where are we now ? // *Br J Radiol.* - 2018;91(1090):201703-80. <https://doi.org/10.1259/bir.20170380>.
37. Murray C., Nahar T., Kalashyan H., Becher H. et al. Ultrasound assessment of carotid arteries: Current concepts, methodologies, diagnostic criteria, and technological advancements // *Echocardiography*. – 2018; 35(12):2079-2090.
38. Naidich J., Weiss A., Grimaldi G., Kohn N. et al. Carotid Ultrasound Examinations: Indications Correlated With Abnormal Findings//*Ultrasound Q.* - 2018; 34(3):183-185. <https://doi.org/10.1097/rug.0000000000000371>
39. Naslund U., Ng N, Lundgren A., Pharm E. et al. VIPVIZA trial group. Visualization of asymptomatic atherosclerotic disease for optimum cardiovascular prevention (Vipviza): a pragmatic, open – label, randomized controlled trial // *The Lancet*. - 2019; 393(10167):133-141. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)32818-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)32818-6).
40. Neurosonology and neuroimaging of stroke. Ed by Lelyuk V.G., Gubskoj L.V. M.: MED press - inform; 2012.
41. Palacio S., McClure L.A., Behavente O.R., Bazah C. 3 rd, Pergole P., Hart R.G. Lacunar stroke in patients with diabetes: risk factors, location, and prognosis. *Stroke*. 2014; 45(9):2689-94.
42. Pelisek J., Eckstein H., Zernecke A. Pathophysiological Mechanisms of Carotid Plaque Vulnerability: Impact on Ischemic Stroke // *Arch Immunol Ther Exp Warsz.* - 2012; 60(6):431-440.
43. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Accessed January 18. 2020.
44. Scuteri A., Laurent S., Cucca F., Cockcroft J. et al. Metabolic syndrome across Europe: different clusters of risk factors // *Eur J Prev Cardiol.* - 2015; 22(4):486-90. doi: 10.177/2047487314525529.
45. Sheehan O, Kye L, Kelly L., Hannan N., Mamane M. et al. Population – Based Study of ABCD 2 Score, Carotid Stenosis, and Atrial Fibrillation for Early Stroke Prediction After Transient Ischemic Attack // *Stroke*. - 2010; 41(5):844-849. <https://doi.org/10.1161/Strokeaha.109.571844>.
46. Time to deliver: report the WHO independent High – level Commission on Non communicable Diseases. Accessed January 18.2020. <https://appa.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272710/9789789241514163 - eng. pdf?ua=1>.
47. Topol E. *Atlas of Atherothrombosis*. London: Current Medicine Group; 2005.
48. United Nation, World Population Ageing 2013. UN Department of Economic and Social Affairs, Population Division. New York, NY: ST/ESA/SER.A/ 348; 2013. Accessed June 20, 2020.
49. Volpe M., Rump C.L., Ammentorp B., Laeis P. Efficacy and safety of triple antihypertensive therapy with the olmesartan/amlodipine/hydrochlorothiazide combination // *Clin Drug investing.* - 2012; 32:649-3. doi: 10.2165/116366320 – 000 000 000 00000.
50. White H., Boden – Albala B., ang C., Elkind M.S., Rundek T., Wright C. Betal. Ischemic stroke subtype incidence among whites, blacks, and Hispanics: the Northern Manhattan Study. *Circulation* 2005; 111:1327-31.
51. Williams B., Mancia G., Spiering W., Agabiti Roselli E. et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension // *Eur Heart J.* - 2018; 39(33):3021-3102. doi:10.1093/euheart/ ehy 339.
52. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic. Enforcing advertising bans, promotion and sponsorship of tobacco products. Brief Summary. Geneva, Switzerland: WHO Press, 2009. <https://apps.who.int/iris/bitstream/Landle/10665/8538/WHO NMH PND 13.2. rus.pdf>.

Поступила 10.09.2023

