



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIOVIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

3 (65) 2024

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
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
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. САФОВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
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)
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)

3 (65)

2024

март

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616.237-618.43.56

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОДТИПОВ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

¹Камалова М.И. <https://orcid.org/0000-0001-7248-1200>

²Хайдаров Н.К. <https://orcid.org/0000-0001-2445-1100>

¹Исломов Ш.Э. <https://orcid.org/0211-1323-7009-0989>

¹Самаркандский государственный медицинский университет Узбекистан, г.Самарканд, ул. Амира Темура, Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

²Ташкентский государственный стоматологический институт Узбекистан, Ташкент, улица Таракиёт, 103 тел: +998(71) 230-20-72 E mail: info@tsdi.uz

✓ Резюме

Показатель смертности при сосудистых заболеваниях головного мозга - один из наиболее высоких в мире. В структуре общей смертности населения инсульт занимает второе место, уступая лишь кардиальной патологии; 30-дневная летальность составляет 35%, а в течение года умирают примерно 50% больных, т.е. каждый второй. Инвалидизация после перенесенного инсульта составляет 3,2 на 10 000 населения, занимая первое место среди всех причин первичной инвалидности.

Ключевые слова: микрососуды ткани головного мозга, ишемический инсульт, зоны, женщины, фертильный возраст, артериолы и прекапилляры, микрогематомы.

CLINICAL CHARACTERISTICS OF VARIOUS PATHOGENETIC SUBTYPES OF ISCHEMIC STROKE IN WOMEN OF FERTILE AGE

¹Kamalova M.I. <https://orcid.org/0000-0001-7248-1200>

²Khaydarov N.K. <https://orcid.org/0000-0001-2445-1100>

¹Islomov Sh.E. <https://orcid.org/0211-1323-7009-0989>

¹Samarkand State Medical University Uzbekistan, Samarkand, st. Amir Temur, Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

²Tashkent State Dental Institute Uzbekistan, Tashkent, Tarakkiyot street, 103 Tel: +998(71) 230-20-72 E mail: info@tsdi.uz

✓ Resume

The mortality rate for vascular diseases of the brain is one of the highest in the world. In the structure of the total mortality of the population, stroke ranks second, second only to cardiac pathology; the 30-day mortality rate is 35%, and approximately 50% of patients die during the year, i.e. every second. Disability after a stroke is 3.2 per 10,000 population, ranking first among all causes of primary disability.

Keywords: microvessels of brain tissue, ischemic stroke, zones, women, fertile age, arterioles and precapillaries, microhematomas.

FERTIL YOSHDAGI AYOLLARDA ISHEMIK INSULTNING TURLI PATOGENETIK SUBTIPLARINING KLINIK XUSUSIYATLARI

¹Kamalova M.I. <https://orcid.org/0000-0001-7248-1200>

²Khaydarov N.K. <https://orcid.org/0000-0001-2445-1100>

¹Islomov Sh.E. <https://orcid.org/0211-1323-7009-0989>

¹Samarqand davlat tibbiyot universiteti O'zbekiston, Samarqand, st. Amir Temur, Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

²Toshkent Davlat stomatologiya instituti O'zbekiston, Toshkent sh., Taraqqiyot ko'chasi, 103-uy Tel: +998(71) 230-20-72 Elektron pochta: info@tsdi.uz

✓ **Rezyume**

Insult kasalliklar ichida o'lim darajasi bo'yicha dunyodagi eng yuqori ko'rsatkichlga ega kasalliklardan biri hisoblanadi. Aholining umumiy o'limi tarkibida insult ikkinchi o'rinda turadi, bu faqat yurak patologiyasidan keyin ikkinchi o'rinda turadi; 30 kunlik o'lim 35% ni tashkil qiladi va bir yil ichida bemorlarning taxminan 50% vafot etadi, ya'ni, har ikkinchi odam. Insultdan keyin nogironlik har 10 000 aholiga 3,2 ni tashkil qiladi va birlamchi nogironlikning barcha sabablari orasida birinchi o'rinda turadi.

Kalit so'zlar: miya to'qimalarining mikrotomirlari, ishemik insult, sohalar, ayollar, fertile yosh, arteriolalar va prekapillar, mikrogematomalar.

Актуальность

Проблема мозгового инсульта остается одной из центральных в клинической неврологии и является не только медицинской, но и социальной проблемой. В мире ежегодно инсульт поражает около 6 млн. человек, каждые 3 минуты кто-то из наших соотечественников впервые переносит инсульт. В Узбекистане за последние годы имеет место заметный рост заболеваемости инсультом, что делает проблему cerebrovasкулярной патологии одной из самых актуальных [1]. Инсульт накладывает особые обязанности на членов семьи больного и является тяжелым социально-экономическим бременем для общества. К труду возвращается не более 15% выживших больных, а 20-25% больных до конца жизни нуждаются в посторонней помощи [3]. Иная ситуация наблюдается в экономически развитых странах Западной Европы и США, Канаде, Японии. Сложилась устойчивая тенденция к снижению заболеваемости и смертности от cerebrovasкулярной патологии главным образом за счет активной профилактики инсульта, проводимой в национальном масштабе и при финансовой поддержке правительства, например, в Японии на 67%, а в США на 42% [9].

Представляется чрезвычайно важным, что в России от cerebrovasкулярной патологии люди умирают в более молодом возрасте, чем в странах Запада. Так, в США среди всех случаев смерти от болезней системы кровообращения менее 10% приходится на возраст до 65 лет, в то время как в России в этом возрасте умирают 30% больных [5]. При этом увеличивается заболеваемость лиц трудоспособного возраста. Показатель смертности при сосудистых заболеваниях головного мозга - один из наиболее высоких в мире. В структуре общей смертности населения инсульт занимает второе место, уступая лишь кардиальной патологии; 30-дневная летальность составляет 35%, а в течение года умирают примерно 50% больных, т.е. каждый второй [4]. Инвалидизация после перенесенного инсульта составляет 3,2 на 10 000 населения, занимая первое место среди всех причин первичной инвалидности [7].

Мозговой инсульт у женщин молодого возраста из разряда казуистики стал повседневной реальностью и часто встречается в клинической практике невролога и порой вызывает существенные трудности в диагностике, тактике ведения таких больных [6]. В вопросах лечения и профилактики врачи больше ориентированы на лиц пожилого и старческого возраста [10].

Женщины фертильного возраста (15 до 49 лет) являются социально значимой частью общества в силу активной занятости во многих сферах деятельности и перспектив воспроизводства народонаселения. В литературах практически отсутствуют работы, анализирующие различные особенности инсульта у женщин преобладают описания отдельных наблюдений, небольших по численности клинических групп. Это свидетельствует о необходимости уточнения многих вопросов изучаемой проблемы и обуславливает актуальность настоящего исследования [11].

Цель исследования: клинические особенности разных патогенетических подтипов ишемического инсульта у женщин фертильного возраста в зависимости от факторов и фоновых заболеваний

Материал и методы

В период с 2021-2024 гг. в танатологическом отделе Республиканского патологоанатомического центра проведен ретроспективный анализ среди 150 больных ишемического инсульта у женщин фертильного возраста (от 15 до 49 лет). Клинико-анамнестический метод включал изучение жалоб, историю развития заболевания, неврологического статуса, анализ лабораторных дан мозговых артерий. Существование

подобных аномалий, кроме того, резко ограничивало возможности включения окольного кровообращения после развития ишемического инсульта.

У женщин фертильного возраста фоновые заболевания определяют патогенетический вариант ишемического инсульта. Выявлено преобладание артериальной гипертензии и аномалии магистральных и мозговых артерий при гемодинамическом инсульте, артериальной гипертензии при лакунарном инсульте (ЛКИ); нарушения сердечного ритма, хронической ревматической болезни сердца, ишемической болезни сердца (ИБС) при кардиоэмболическом инсульте (КЭИ), артериальной гипертензии в сочетании с атеросклерозом при атеротромботическом инсульте (АТИ). Отмечено превалирование атеросклероза, ИБС, транзиторных ишемических атак, хронической ревматической болезни сердца у мужчин, а сахарного диабета и нарушений ритма сердца — у женщин. У всех пациентов преобладала полушарная локализация ишемии. У больных с АТИ имело место мерцающее развитие очаговой неврологической симптоматики в течение суток. Тяжесть вертебробазилярных АТИ и КЭИ подтверждалась преобладанием нарушения сознания и дыхательных расстройств, выраженным и стойким неврологическим дефицитом, высоким процентом летальных исходов. При ЛКИ неврологические расстройства минимальны.

Патогенетический подтип ИИ определялся по алгоритму рейтингового тестирования 8 клинико-параклинических признаков. Статистический анализ данных выполнен с использованием пакетов программы Statistica 6.0 (StatSoft, Inc., США). При $p < 0,05$ различия считались статистически достоверными.

Результат и обсуждение

Клинические проявления разных подтипов ишемического инсульта у женщин фертильного возраста определенным образом зависят от характера фонового заболевания, его стадии и течения. Общим для всех инсультов у них было внезапное начало на фоне длительно существующих фоновых заболеваний, а развитию всех подтипов ишемического инсульта предшествовала декомпенсация церебральной гемодинамики. Артериальная гипертензия (АГ) II стадии наблюдалась при всех подтипах ишемического инсульта с преобладанием при гемодинамическом инсульте (ГДИ), лакунарном инсульте (ЛКИ), атеротромботическом инсульте (АТИ), в том числе в сочетании с атеросклерозом, причем 64,3% трудоспособных пациентов до развития ишемического инсульта не получали адекватной терапии, а в 23,7% случаях АГ была выявлена впервые. У 43,9% больных продолжительность АГ составила 5—7 лет, у 9,3% имела кризовое течение. Атеросклероз у пациентов трудоспособного возраста был представлен чаще среди больных АТИ и реже — при ЛКИ, ГДИ и КЭИ. У 65,4% пациентов с ИИ выявлена наследственная отягощенность по сердечнососудистой патологии. Нарушение сердечного ритма наблюдалось у 61,5% пациентов с кардиоэмболическим инсультом (КЭИ) и у 4,8% больных с ГДИ. При этом только 54,7% пациентов систематически принимали противоаритмические препараты и только 7,5% — антиагреганты. Отмечено, что при персистирующей и постоянной формах фибрилляции предсердий (ФП) риск развития транзиторных ишемических атак (ТИА) значительно возрастает ($p < 0,05$). Ишемическая болезнь сердца (ИБС) чаще регистрировалась при АТИ и КЭИ, составляя благоприятный фон для последующих сосудистых катастроф. В связи с учащением приступов стенокардии 10,6% пациентов с АТИ и 12,9% с КЭИ были первоначально госпитализированы в кардиологическое отделение. У 8,5% пациентов с АТИ и 11,5% с КЭИ непосредственно перед развитием ишемического инсульта отмечались ТИА. Это, по-видимому, было обусловлено более выраженным системным поражением сосудистого бассейна при атеросклерозе и его сочетанием с АГ при кардиальной патологии, которая могла быть как следствием, так и составляющей патологического процесса.

Хроническая ревматическая болезнь сердца (ХРБС) имела место у 15,4% пациентов с КЭИ и 3,2% пациентов с ГДИ. Активность ревматического процесса была выявлена у 2 пациентов. В 2 наблюдениях КЭИ развился после операции — рестеноза левого атриовентрикулярного отверстия, в 2 — после протезирования аортального клапана, в 3 — после аортокоронарного шунтирования на фоне терапии варфарином. У 4 пациентов тромбоэмболия отмечалась на фоне инфаркта миокарда. Согласно литературным данным, число известных потенциальных кардиальных источников эмболии постоянно увеличивается и составляет на сегодняшний день

около 30 вариантов [5]. Среди больных с ГДИ трудоспособного возраста аномалии строения магистральных и мозговых артерий имели место в 30,6% случаях. Наибольшее значение имели гипоплазия сосудов виллизиева круга и недостаточность развития анастомозов между конечными ветвями

В последние годы отмечается «омоложение» инсульта, что связано с ростом экстремальных факторов и воздействий, усложнением и ускорением трудовых процессов, ритма жизни в целом, с психоэмоциональными перегрузками, гиподинамией. Несмотря на достигнутые успехи современной ангионеврологии, многие проблемы инсульта оказались недостаточно изученными. Интересна и не полностью раскрыта концепция факторов риска и фоновых заболеваний в развитии ишемического инсульта (ИИ) с учетом его гетерогенности у лиц трудоспособного возраста [4].

Анализ локализации очага ишемии в зависимости от подтипа ИИ у больных какой-либо закономерности не выявил, при всех подтипах ИИ преобладала полушарная локализация очага ишемии. Локализация ИИ в вертебробазилярном бассейне составляла от 11,5 до 13%.

Клинические проявления разных подтипов ИИ были сходными, характеризовались преобладанием очаговой неврологической симптоматики над общемозговой. Неврологическая симптоматика при каждом подтипе ИИ определялась локализацией ишемического очага, соответствующего вовлеченному в процесс сосудистому бассейну. Общемозговая симптоматика в остром периоде, по-видимому, была обусловлена отеком головного мозга, гипертензионным синдромом, дисгемодинамическими нарушениями. У 76,9% больных с АТИ имело место постепенное, мерцающее развитие очаговой неврологической симптоматики в течение 24-48 часов.

Среди анализируемых клинических подтипов ИИ у больных трудоспособного возраста самыми тяжелыми были АТИ и КЭИ. Тяжесть вертебробазилярных АТИ и КЭИ подтверждалась преобладанием нарушения сознания ($p < 0,05$) и дыхательных расстройств ($p < 0,05$) при этой локализации процесса. К концу первой недели общемозговая симптоматика практически полностью регрессировала ($p < 0,05$) при ГДИ и ЛКИ, сохраняясь у 20-30% больных с АТИ и у 10-20% пациентов с КЭИ полушарной и вертебробазилярной локализацией процесса соответственно.

При вертебробазилярной локализации очага максимальная выраженность очаговой неврологической симптоматики ($p < 0,05$) с наименьшей положительной динамикой симптомов к концу первой недели ($p < 0,05$) отмечена при АТИ. К концу недели при АТИ и КЭИ альтернирующие синдромы составили 23,3 и 20%; вестибуломозжечковые - 73,3 и 40%, бульбарный синдром - 30 и 20%, псевдобульбарный - 16,7 и 10%, гемипарез - 6,7 и 10% соответственно. Более легкое течение инсульта этой локализации у больных трудоспособного возраста имело место при ГДИ и ЛКИ. Динамика очаговой симптоматики при разных подтипах полушарного ИИ была сходной с таковой при ИИ в вертебробазилярной системе. Самым тяжелым по выраженности и отсутствию регресса неврологического дефицита был АТИ. При ЛКИ неврологические расстройства были минимальными.

К концу месяца неблагоприятные исходы с наличием неврологического дефицита, отсутствием трудовой и бытовой адаптации наблюдались у 58,6% пациентов трудоспособного возраста, перенесших АТИ и КЭИ, что в известной степени определялось локализацией очага, его размерами, особенностью формирования коллатерального кровоснабжения, своевременным восстановлением кровотока, максимально нарушенным при АТИ и КЭИ. Летальные исходы при локализации очага в вертебробазилярном бассейне составили 20% при КЭИ и 20% при АТИ, а в каротидном бассейне независимо от латерализации очага — 5,9% при КЭИ и 11,8% при АТИ. Все это подтверждает тяжесть локализации АТИ и КЭИ в вертебробазилярном бассейне ($p < 0,05$), а АТИ - в каротидном ($p < 0,05$).

Выводы

Таким образом, у женщин фертильного возраста фоновые заболевания определяют патогенетический подтип ИИ. Выявлено преобладание АГ и аномалии магистральных и мозговых артерий при ГДИ, АГ при ЛКИ, нарушения сердечного ритма, ХРБС, ИБС при КЭИ, АГ в сочетании с атеросклерозом и сахарным диабетом при АТИ. Неврологическая симптоматика при каждом подтипе ИИ определялась локализацией очага, причем преобладала

полушарная локализация очага ишемии. Следует создать регистр у женщин имеющих факторы риска и фоновые заболевания, для целенаправленной и своевременной профилактики ишемического инсульта

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ilkhomovna, K. M., Eriyigitovich, I. S., & Kadyrovich, K. N. (2020). Morphological Features of microvascular Tissue of the Brain at hemorrhagic stroke. // The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research, 2020; 2(10): 53-59.
2. Kadyrovich, K. N., Erkinovich, S. K., Ilhomovna, K. M. (2021). Microscopic Examination Of Postcapillary Cerebral Venues In Hemorrhagic Stroke. // The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research, 3(08), 69-73.
3. Камалова, М. И., Хайдаров, Н. К. (2020). Prevention and risk factors for brain infarction (literature review). Журнал неврологии и нейрохирургических исследований, 1(2)..
4. Khodjieva D. T., Khaydarova D. K., Khaydarov N. K. Complex evaluation of clinical and instrumental data for justification of optive treatment activites in patients with resistant forms of epilepsy // American Journal of Research. USA. – 2018; 11-12: 186-193.
5. Kamalova M. I., Khaidarov N. K., Islamov S. E. Pathomorphological Features of hemorrhagic brain strokes // Journal of Biomedicine and Practice. 2020; 101-105.
6. Khodjieva D. T. et al. Optimization of the diagnosis and treatment of early neurological complications in cardio embolic stroke // European Journal of Molecular Clinical Medicine. – 2020; 7(7): 2020.
7. Ilkhomovna K. M., Kadyrovich K. N., Eriyigitovich I. S. Clinical and demographic quality of life for patients with ischemic stroke in Uzbekistan // ACADEMICIA: An International Multidisciplinary Research Journal. 2020; 10(10): 883-889.
8. Kamalova M., Khaidarov N. Assessment of quality of life in ischaemic stroke patients // Збірник наукових праць Scientia. – 2021.
9. Камалова М. И., Исламов Ш. Э., Хайдаров Н. К. Современные представления о факторах риска и профилактики инфаркта головного мозга (обзор литературы) // Журнал неврологии и нейрохирургических исследований. 2020; 1:3.
10. Камалова М. И., Хайдаров Н. К. Предупреждение и факторы риска инфаркта головного мозга (Литературный обзор) // Журнал неврологии и нейрохирургических исследований. – 2020;1(2).
11. Хайдаров Н. К., Тешаев Ш. Ж., Камалова М. И. RISK Factors And Mechanisms Of Oncology In Women (Literature Review) // Журнал Неврологии и нейрохирургических исследований. 2023;4.

Поступила 20.02.2024