



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 (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

9 (83)

2025

сентябрь

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616.831-005.8:616.12-008.331.1

ФАКТОРЫ РИСКА И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТИА

Уринов Мусо Болтаевич <https://orcid.org/0009-0007-1852-5744>

E-mail: urinov.muso@bsmi.uz

Мустафоева Мухаммад Олим угли <https://orcid.org/0009-0006-9534-7040>

E-mail: mustafoeyvmuxammad800@gmail.com

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,
г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Частота ТИА у пожилых пациентов высока, а их структура характеризуется преобладанием сосудистых факторов риска, преимущественным поражением женщин и тенденцией к более тяжелым формам течения. Эти данные подчеркивают необходимость ранней диагностики и активного вторичного профилактического вмешательства в данной возрастной группе.

Ключевые слова: ТИА, гендер, факторы риска

RISK FACTORS AND FEATURES OF TIA COURSE

Urinov Muso Boltaevich <https://orcid.org/0009-0007-1852-5744>

Mustafoeva Muhammad Olim ugli <https://orcid.org/0009-0006-9534-7040>

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

The incidence of TIA in elderly patients is high, and their structure is characterized by a predominance of vascular risk factors, a predominant lesion in women, and a tendency to more severe forms of the course. These data emphasize the need for early diagnosis and active secondary preventive intervention in this age group.

Key words: TIA, gender, risk factors

Актуальность

Транзиторные ишемические атаки (ТИА) являются одним из самых распространенных предвестников ишемического инсульта. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), распространенность ТИА в мире составляет от 0,5 до 2% населения, причем этот показатель значительно варьирует в зависимости от региона, возраста и пола пациентов [2, 3, 4, 5]. Ежегодная заболеваемость ТИА составляет примерно 50–100 случаев на 100 000 населения [7, 9, 11]. Более высокие показатели наблюдаются среди пожилых людей: в возрастной группе старше 65 лет частота ТИА достигает 150–200 случаев на 100 000 населения [3, 6, 8, 13].

Цель исследования: изучить факторы риска и особенности течения транзиторные ишемические атаки (ТИА).

Материал и методы

Исследование проводилось как клиническое исследование с целью изучения факторов риска транзиторных ишемических атак (ТИА) у жителей Кашкадарьинской области, а также разработки оптимизированных профилактических мероприятий.

За три года исследования диагноз ТИА был поставлен у 176 пациентов, лечившихся в неврологического отделения Кашкадарьинского филиала РНЦЭМП (2022-2024 г). Больные с

ТИА были разделены на две группы исследования основную группу (ОГ) составили 113 (64,2%) человек, проживающих в городских условиях, средний возраст - $61,6 \pm 11,7$ и группу сравнения (ГС) составили 63 (35,8%) пациентов, проживающие в сельской местности, средний возраст $62,1 \pm 13,3$. В обеих группах преобладали женщины (55,8% в ОГ и 60,7% в ГС), что, вероятно, связано с большей продолжительностью жизни женщин и их высокой настороженностью в отношении своего здоровья. Мужчины составляли 44,2% в ОГ и 39,3% в ГС. Различия между группами по гендерному составу не достигли статистической значимости ($p > 0,05$).

В целом, градация ТИА по тяжести согласно классификации Шмидта (1970) показала, что легкая форма (эпизоды длительностью 5–10 минут) отмечалась у 33,0% пациентов, средняя (до нескольких часов) — у 40,7%, тяжелая (более нескольких часов, но не более суток) — у 26,3% пациентов. При этом у пациентов пожилого возраста чаще регистрировались среднетяжелые и тяжелые формы ТИА, что может быть связано с более выраженными сосудистыми изменениями и сниженной церебральной перфузией (рис. 1).

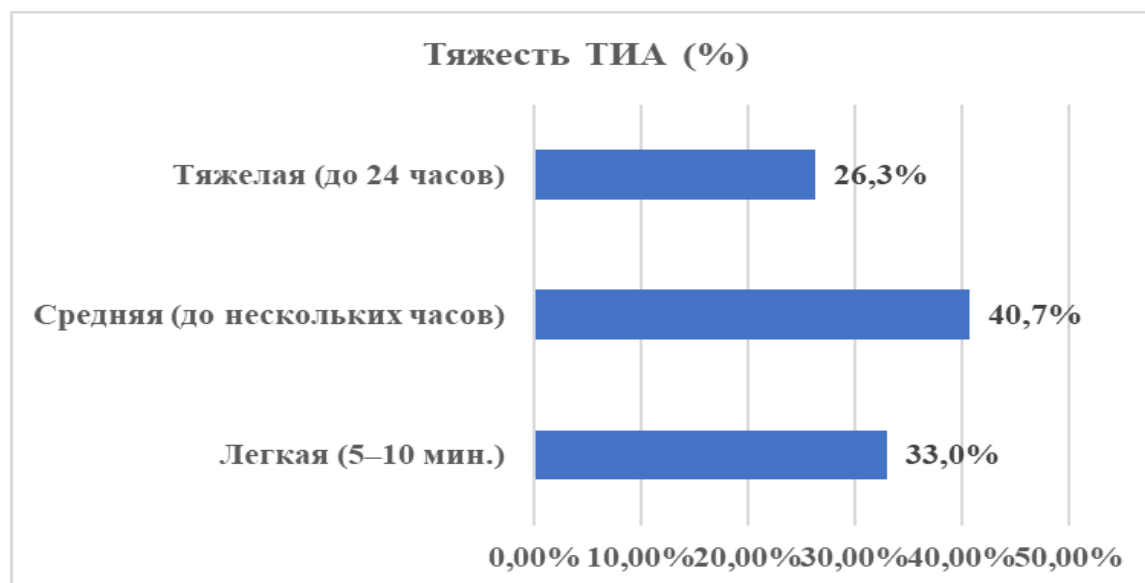


Рисунок -1. Градация ТИА по тяжести.

Таблица 3.4 демонстрирует распределение тяжести ТИА в городской (ОГ) и сельской (ГС) группах и общее распределение по выборке ($n = 176$).

Лёгкая степень (I, 5–10 мин.): в городской популяции доля лёгких ТИА составляет 22,1% (25 из 113), тогда как в сельской — 50,8 % (32 из 63). В целом лёгкие атаки фиксируются у трети пациентов (32,9%, 57 из 176). Различие между ОГ и ГС статистически значимо ($p < 0,001$), что указывает на большую долю лёгких приступов в сельской местности.

Средняя степень (II, до нескольких часов): почти половина городских пациентов переносит атаки средней тяжести (46,9 %, 53 из 113), в то время как в селе — лишь 30,1 % (19 из 63). В выборке в целом среднетяжёлые ТИА составляют 40,9 % (72 из 176). Различие также значимо ($p < 0,001$).

Тяжёлая степень (III, до 24 ч): тяжёлые атаки отмечены у 30,9 % горожан (35 из 113) и у 19,04 % сельских жителей (12 из 63), что в сумме даёт 26,1 % всех случаев (46 из 176). И здесь наблюдается статистически значимое превосходство доли тяжёлых приступов в городской популяции ($p < 0,001$).

Таким образом, в сельской группе значительно чаще встречаются лёгкие формы ТИА, тогда как в городской — среднетяжёлые и тяжёлые, что отражает различия клинического профиля и, возможно, доступности или скорости оказания неотложной помощи в разных сообществах.

Гендерный анализ показал, что женщины составляют 63,2% среди пациентов с ТИА, что согласуется с общепопуляционной тенденцией более высокой продолжительности жизни у женщин и их большей обращаемости за медицинской помощью. У мужчин ТИА чаще

регистрировались в возрасте 60–74 лет, тогда как у женщин более высокая частота отмечалась в старческом возрасте (75 лет и старше), что, вероятно, связано с более выраженными гормональными и сосудистыми изменениями в постменопаузальный период.

Кроме того, в целом, среди пациентов ОГ отмечалась большая доля случаев средней и тяжелой степени ТИА. Так, средняя по тяжести ТИА была зафиксирована у 47,2% пациентов ОГ, тогда как в ГС данный показатель составил 35,9% ($p < 0,05$). Доля тяжелых ТИА (до 24 часов) также была выше в основной группе — 30,7% против 21,4% в группе сравнения ($p < 0,05$). Различия являются статистически значимыми, что подтверждает важность учета указанных факторов риска при прогнозировании течения заболевания.

Таблица-1

Градация ТИА по тяжести в группах

Тяжесть ТИА	ОГ (город) n=113		ГС (село) n=63		Всего n=176		p=
	абс	%	абс	%	абс	%	
Лёгкая (I ст., 5–10 мин.)	25	22,1	32	50,8	57	32,3	<0,001
Средняя (II ст., до нескольких часов)	53	46,9	19	30,1	72	40,9	< 0,001
Тяжёлая (III ст., до 24 ч)	35	30,9	12	19,0	47	26,7	< 0,001

Таким образом, частота ТИА у пожилых пациентов высока, а их структура характеризуется преобладанием сосудистых факторов риска, преимущественным поражением женщин и тенденцией к более тяжелым формам течения. Эти данные подчеркивают необходимость ранней диагностики и активного вторичного профилактического вмешательства в данной возрастной группе.

Кардиоваскулярные заболевания (КВЗ) являются ключевыми триггерами развития транзиторных ишемических атак (ТИА), что подтверждается высокой частотой артериальной гипертензии (72,3% у городских пациентов и 75,2% у сельских, $p > 0,05$), атеросклероза магистральных артерий (63,2% и 67,6%, $p > 0,05$) и фибрилляции предсердий (28,1% и 32,4%, $p > 0,05$) (рисунок-2).



Рисунок 2. Основные факторы риска у пациентов с ТИА

Сравнение между городской и сельской популяцией показало отсутствие статистически значимых различий по основным кардиоваскулярным факторам риска. Тем не менее, хроническая ишемия миокарда (ХИМ) регистрировалась чаще у сельских пациентов (35,9%) по сравнению с городскими (31,2%), что может быть связано с более поздним выявлением

сердечно-сосудистых заболеваний и меньшей доступностью специализированной медицинской помощи в сельской местности (рис. 2).

При анализе факторов риска в группах было выявлено, что дислипидемия наблюдалась примерно у половины пациентов обеих групп (48,5% в ОГ и 51,7% в ГС, $p>0,05$), что свидетельствует о важности липидного обмена в развитии ишемических атак. Курение оказалось несколько более распространенным среди городских пациентов (34,2%) по сравнению с сельскими (29,7%), что может быть связано с различиями в образе жизни и уровнем осведомленности о вреде курения.

Метаболические нарушения также играют важную роль в патогенезе ТИА. Сахарный диабет 2 типа выявлен чаще у жителей города (25,8% против 17,2% у сельских, $p<0,05$), что, вероятно, связано с меньшей медицинской настороженностью, менее доступными возможностями контроля гликемии и различиями в пищевых привычках (таблица -2).

Таблица -2

Кардиоваскулярные и метаболические факторы риска ТИА у жителей города и села

Параметр	ОГ (n=231)		ГС (n=63)		p
	абс	%	абс	%	
Артериальная гипертензия	167	72,3	109	75,2	$>0,05$
Атеросклероз магистральных артерий	146	63,2	98	67,6	$>0,05$
Фибрилляция предсердий	65	28,1	27	18,6	$<0,05$
Сахарный диабет 2 типа	60	25,8	25	17,2	$<0,05$
Ожирение	49	21,2	18	12,4	$<0,05$

Ожирение и метаболический синдром также были несколько чаще выявлены у городских жителей (21,2% и 26,2% соответственно) по сравнению с сельской популяцией (12,4% и 12,9%). Однако разница не достигла статистической значимости ($p<0,05$).

Гиподинамия (низкая физическая активность) была более выражена в городской группе (51,7%) по сравнению с сельской (16,3%), что, возможно, объясняется изменением образа жизни городского населения – уменьшением традиционной физической нагрузки, особенно в старших возрастных группах, и увеличением времени, проводимого в малоподвижных занятиях.

Наиболее распространенными факторами риска в обеих группах были артериальная гипертензия (72,3% в ОГ и 75,2% в ГС), атеросклероз магистральных артерий (63,2% и 67,6%), а в ОГ также фибрилляция предсердий, сахарный диабет и гиподинамия. Эти факторы традиционно связаны с развитием ТИА и имеют важное значение для вторичной профилактики.

Заключение

Таким образом, кардиоваскулярные факторы риска одинаково распространены среди пациентов с ТИА, независимо от места проживания, что подчеркивает важность своевременной диагностики и коррекции ЦВЗ как в городе, так и в сельской местности. Хроническая ишемия миокарда, сахарный диабет 2 типа, ожирение и метаболический синдром несколько чаще выявляются у жителей городской местности, что требует более интенсивного контроля метаболических нарушений в этой популяции. Гиподинамия чаще встречается у городских пациентов, что может указывать на необходимость дополнительной мотивации к физической активности и профилактическим программам. Жители города чаще курят, страдают ожирением и метаболическими нарушениями, что свидетельствует о различных поведенческих паттернах риска.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга, М.: Медицина, 2001; 328 стр.
2. Крылов В.В., Никитин А.С., Дашьян В.Г., Буров С.А., Петриков С.С., Асратян С.А. Хирургия массивного ишемического инсульта. – М. ГЭОТАР-Медиа, 2016.
3. Медико-демографические показатели Российской Федерации в 2012 году` 2013: Стат. справочник/Минздрав России. – М., 2013; 180 стр.
4. Никитин А.С., Крылов В.В., Буров С.А., Петриков С.С., Асратян С.А., Камчатнов П.Р., Кемеж Ю.В., Белков М.В., Завалишин Е.Е. Дислокационный синдром у больных со злокачественным течением массивного ишемического инсульта. Журнал неврологии и психиатрии имени С.С.Корсакова 3 Спецвыпуск «Инсульт»: 2015; 20-26 стр.
5. Саломова Н.К. Особенности течения и клинико-патогенетическая характеристика первичных и повторных инсультов // Central Asian Journal of Medical and Natural Science. 2021; 249-253 стр.
6. Саломова Н. К., Рахматова С.Н. Оптимизация ранней реабилитации пациентов с повторным ишемическим и геморрагическим инсультом // Журнал неврологических и нейрохирургических исследований. 2021; 71-76 стр.
7. Стаховской Л.В., Инсульт. Руководство для врачей // Под редакцией. Котова. Издательство МИА, 2014; 400 стр.
8. Тул Дж.Ф., Гусев Е.И., Сосудистые заболевания головного мозга /перевод с англ. Под ред акад. РАМН Е.И. Гусева, проф. А.Б. Гехт. Руководство для врачей: 6 изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007; 608 стр.
9. Хеннерици М.Г., Богуславски Ж., Сакко Р.Л.; перевод с английского; под общей редакцией чл.-корр. РАМ Скворцовой В.И. Инсульт: Клиническое руководство 2-е изд. – М.: МЕД пресс-инфо, 2018; 224 стр.
10. Evolving Paradigms in Neuroimaging of the Ischemic Penumbra Chelsea S. Kidwell, MD; Jeffry R. Alger, PhD; Jeffrey L. Saver, MD, Stroke.2004; 2662-2665 стр.
11. Ferro JM, Correia M, Pontes C, Baptista MV, Pita F Cerebral vein and dural sinus thrombosis in Portugal: 1980-1998. Cerebrovasc Dis. 2001;11(3):177
12. Gotoh M, Ohmoto T, Kuyama H Experimental study of venous circulatory disturbance by dural sinus occlusion. Acta Neurochir (Wien). 1993;124(2-4):120.
13. Qureshi A.I., Suarez J., Yahia A.M. et al. Timing of neurological deterioration in massive middle cerebral artery infarction: a multicenter review. Crit. Care Med 2003;31:272-277.
14. Liebeskind DS, Jüttler E, Shapovalov Y, Yegin A, Landen J, Jauch EC Cerebral Edema Associated With Large Hemispheric Infarction. Stroke. 2019;50(9):2619. Epub 2019 Aug 20.
15. Markus H.S., Cerebral perfusion and stroke. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2004; 75: C. 353–361.
16. Coutinho JM, Ferro JM, Canhão P, Barinagarrementeria F, CantúC, Boussier MG, Stam J Cerebral venous and sinus thrombosis in women. Stroke. 2009;40(7):2356. Epub 2009 May 28.
17. Salomova N.Q. Measures of early rehabilitation of speech disorders in patients with hemorrhagic and ischemic stroke // Europe's Journal of Psychology.2021;17(3):185-190.
18. Saposnik G, Barinagarrementeria F, Brown RD Jr, Bushnell CD, Cucchiara B, Cushman M, deVeber G, Ferro JM, Tsai FY Diagnosis and management of cerebral venous thrombosis: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2011;42(4):1158. Epub 2011 Feb 3.
19. Schwab S, Aschoff A, Spranger M, Albert F, Hacke W The value of intracranial pressure monitoring in acute hemispheric stroke. Neurology. 1996;47(2):393.
20. Stam J Thrombosis of the cerebral veins and sinuses. N Engl J Med. 2005;352(17):1791.
21. Wijidicks E., Diringer M. Middle cerebral artery territory infarction and early brain swelling: progression and effect of age on outcome. Mayo Clin. Proc 1998;73(9):829-836.

Поступила 01.08.2025