

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
PhD.04/13.05.2020.Tib.93.02 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

ШАДМАНОВА СИДИҚА КУРБОНОВНА

**ЎТКИР МИОКАРД ИНФАРКТИ БОР БЕМОРЛАРДА ЎТКИР ИШЕМИК
ИНСУЛТ РИВОЖЛАНИШИНИНГ КЛИНИК - ФУНКЦИОНАЛ
ПРЕДИКТОРЛАРИ**

14.00.13–Неврология

**тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD)диссертацияси
АВТОРЕФЕРАТИ**

Бухоро– 2021

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси
Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)
Contents of dissertation abstract of the doctor of philosophy (PhD)

Шадманова Сидика Курбоновна

Ўткир миокард инфаркти бор беморларда ўткир ишемик инсулт
ривожланишининг клиник - функционал предикторлари 5

Шадманова Сидика Курбоновна

Клинико-функциональные предикторы развития острого ишемического
инсульта у больных с острым инфарктом миокарда 23

Shadmanova Sidika Kurbonovna

Clinical and functional predictors of the development of acute ischemic stroke in
patients with acute myocardial infarction 41

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works 45

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
PhD.04/13.05.2020.Tib.93.02 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

ШАДМАНОВА СИДИҚА КУРБОНОВА

**ЎТКИР МИОКАРД ИНФАРКТИ БОР БЕМОРЛАРДА ЎТКИР ИШЕМИК
ИНСУЛТ РИВОЖЛАНИШИНИНГ КЛИНИК - ФУНКЦИОНАЛ
ПРЕДИКТОРЛАРИ**

14.00.13–Неврология

**тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD) диссертацияси
АВТОРЕФЕРАТИ**

Бухоро– 2021

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2021.4.PhD/Tib.2198 рақам билан рўйхатга олинган.

Докторлик диссертацияси Бухоро давлат тиббиёт институтида бажарилган.
Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгашнинг веб-саҳифасида (www.bsmi.uz) ва «ZiyoNet» ахборот-таълим порталида (www.ziynet.uz) жойлаштирилган.

Илмий раҳбар:	Ходжиева Дилбар Таджиевна тиббиёт фанлари доктори
Расмий оппонентлар:	Туруспекова Сауле Тлеубергеновна тиббиёт фанлари доктори, профессор (Қозоғистон Республикаси) Джурабекова Азиза Тахировна тиббиёт фанлари доктори, профессор
Етакчи ташкилот:	Тошкент тиббиёт академияси

Диссертация химояси Бухоро давлат тиббиёт институти ҳузуридаги PhD.04/13.05.2020.Tib.93.02 рақамли Илмий кенгашнинг 2021 йил «__» _____ соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 200118, Бухоро шаҳри, Навоий кўчаси, 1-уй. Тел./факс: (99865) 223-00-50, Веб-сайт: www.bsmi.uz, E-mail: buhme@mail.ru).

Диссертация билан Бухоро давлат тиббиёт институти Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (№ _____ рақам билан рўйхатга олинган) (Манзил: 200118, Бухоро шаҳри, Навоий кўчаси, 1-уй. Тел./факс: (99865) 223-00-50, Веб-сайт: www.bsmi.uz, E-mail: buhme@mail.ru).

Диссертация автореферати 2021 йил «__» _____ куни тарқатилган.
(2021 йил «__» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси)

Г.А. Ихтиярова

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш қошидаги илмий семинар раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

С.С. Пўлатов

Илмий даражалар берувчи берувчи илмий кенгаш илмий котиби, тиббиёт фанлари номзоди, доцент

Г.А. Ихтиярова

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш қошидаги илмий семинар раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Дунёда миокард инфаркти фонида кечувчи бош мияда қон айланишининг ўткир бузилиши замонавий неврология амалиётининг энг мураккаб ва оғир асоратларидан бири ҳисобланиб, унинг оқибатида юзага келадиган беморлар ўлими бугунги кунда замонавий неврологиянинг ўрганилиши керак бўлган муҳим омилларидан бири бўлиб келмоқда. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти маълумотига кўра, «...агарда бу эпидемияга қарши муҳим чоралар кўрилмаган тақдирда 2030 йилга қадар дунё аҳолиси орасида инсулт касаллигидан ўлим кўрсаткичлари йилига 7,8 млн кишини ташкил қилади...»¹. Миокард инфаркти фонида кечувчи бош мияда қон айланишининг ўткир бузилиши учраши касалликнинг ўткир даврида 1,3% дан 12,8% ни ташкил қилади, маълум локализацияли ишемик инсултнинг ўзи юрак томонидан бўладиган асоратларга сабаб бўлиши мумкин.

Жаҳон миқёсида, касалликнинг ўткир даврида беморларни қиёсий ташхислаш ва клиникагача башорат қилиш алгоритмини ишлаб чиқиш мақсадида, ишемик инсултнинг миокард инфаркти билан биргаликда кечишининг хавф омиллари ва клиник-функционал хусусиятларини ўрганиш бўйича тадқиқотлар ўтказилмоқда. Миокард инфаркти ва инсулт комбинацияси ҳолатида ташхиснинг мураккаблиги кўпинча мия симптомларининг яққолроқ намоён булиши билан боғлиқ, бу ҳолда юрак ва мия томонидан бўладиган асоратларни олдини олишда муваффақият, замонавий ташхисот усулларида оқилона фойдаланган ҳолда хавф омилларини вақтида тўғри аниқлашга боғлиқ бўлади. Ишемик инсулт ва миокард инфаркти комбинацияси хавф омилларини ўрганиш жуда муҳим бўлиб, бу эса ўз навбатида кейинги тадқиқотлар олиб бориш зарурлигини кўрсатади.

Мамлакатимизда сўнгги йилларда аҳолига тиббий ёрдам кўрсатиш даражаси сифат жиҳатидан яхшиланди, касалликларни самарали даволаш бўйича мақсадли, кенг қўламли чора-тадбирлар кўрилди, замонавий технологиялар жорий этилди, бу эса сезиларли ижобий натижаларга эришиш имконини берди. Миокард инфаркти билан биргаликда ишемик инсултни ташхислаш ва даволашда кенг қўламли дастурий чора-тадбирлар амалга оширилди, натижада касалликнинг оқибатини баҳолаш учун муҳим бўлган ташхислаш мезонлари аниқланди. Ҳозирги вақтда «...2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Ҳаракатлар стратегиясига мувофиқ, мамлакат аҳолисига тиббий ёрдам кўрсатишни, шу жумладан, кексалик даврида ишемик инсулт бўлганларга ёрдамни янада такомиллаштириш режалаштирилган...»².

¹WHO. World health statistics, 2013; WHO.Hearts: technical package for cardiovascular disease management in primary health care, 2018

²Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ-4947-сон «2017–2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида»ги Фармони // www.lex.uz.

Ушбу вазифаларда аҳолига неврологик касалликларни ташхислаш ва даволашда замонавий тиббий хизмат кўрсатиш даражасини янги босқичга кўтариш ва сифатли тиббий хизмат кўрсатишда замонавий технологияларни қўллашни такомиллаштириш орқали ишемик инсулт касалликларини камайтириш имконини беради.

Ушбу диссертация тадқиқотлари маълум даражада 2017 йил 7 февралдаги «2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича ҳаракатлар стратегияси тўғрисида» ПФ-4947-сонли

№ 2-сонли ҳужжатда, 2017 йил 20 июндаги ПҚ-3071-сонли « 2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикаси аҳолисига ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида, 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590-сон Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш тўғрисида», 2018 йил 30 августдаги ПФ-3925-сонли «Аҳолига неврологик ёрдам кўрсатишни яхшилаш чора-тадбирлари тўғрисида», шунингдек, бу соҳада қабул қилинган бошқа меъёрий ҳужжатларда назарда тутилган муаммоларни ҳал қилишга хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги. Мазкур тадқиқот Ўзбекистон Республикаси фан ва технология ривожланишининг VI «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналиши доирасида бажарилди.

Муаммони ўрганилганлик даражаси. Жаҳон олимларининг таъкидлашича, ишемик инсултдан кейин беморларнинг 2% дан 6% и биринчи 3 ойда юрак томонидан келиб чиқадиган сабаблар туфайли вафот этади (Чеснокова Л.Ю. ва ҳаммуал., 2019; Chen Z. et al., 2020). Сўнгги ўн йилликда тадқиқотчиларнинг диққатини икки соҳанинг бирлашувидаги муаммоларни ўрганиш жалб қилмоқда, бунга мисол юрак ва мия ҳолатининг соғлиқ ва касалликдаги муносабатларини ўрганадиган кардионеврология соҳасидир, хусусан, буни ишемик инсулт (ИИ) ва миокард инфаркти (МИ) каби ижтимоий аҳамиятга эга касалликлар мисолида кўриш мумкин. Кўпгина аниқланган маълумотларга кўра, маълум бир локализацияга эга ишемик инсулт юрак асоратлари ривожланишига олиб келиши мумкин (Душчанов Ш.Б., 2012; Фоякин А.В., Гераскина Л.А., Шандалин В.А., 2016; Муллабаева Г.У., 2018; Kitagawa K. et al., 2020).

Олимларнинг маълумотларига кўра, дунёда ҳар йили 6 миллион одам инсултга учрайди. Инсулт муаммоси унинг учраш частотаси, ногиронлик ва ўлим кўрсаткичларининг юқори фоизи туфайли жуда кескин. Ишемик инсултнинг (ИИ) патогенетик гетерогенлик концепциясига кўра, юрак патологияси ўткир цереброваскуляр касалликларнинг ривожланиш сабаблари орасида етакчи ўринлардан бирини эгаллайди (Гудкова В.В., 2012; Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В., 2017; Чичкова М.А. ва ҳаммуал., 2016). Кўпгина тадқиқотларда юрак ва қон томирларни ўрганишнинг замонавий усулларида фойдаланган ҳолда, беморларнинг 70% дан кўпроғида юрак ритмидаги турли хил ўзгаришлари аниқланган, улар нафақат инсултнинг сабаби бўлиб хизмат қилади, балки унинг кечишига ҳам таъсир қилади. Миокард инфаркти ва инсулт комбинацияси ҳолатлари айниқса прогностик

жихатдан хавфли бўлиб ҳисобланади (Дзизинский А.А. ва ҳаммуал., 2013; Vuono A, Gori T., 2019).

Мамлакатимиздаги олимларнинг фикрига кўра, МИ фонидида инсултнинг учраши 1,3% дан 12,8% гача, кўпинча касалликнинг ўткир даврида, биринчи 2 ҳафтада кузатилади. Инсултдан кейинги ногиронлик Ўзбекистонда 83,8%ни ташкил қилади. Ўзбекистонда ҳар йили 60 мингдан ортиқ инсулт ҳолатлари қайд этилади, касалхоналарда ўлим кўрсаткичи 17,3%ни ташкил қилади (Асадуллаев М.М., Вахабова Н.М., 2017; Махкамова Н.У., 2019; Абдуллаева М.Б., 2020). 2017 йилда ўлим сабабларининг умумий тузилишида биринчи ўринни қон айланиш тизими касалликлари эгаллади, уларнинг асосий сабаблари юрак ишемик касаллиги, артериал гипертензия ва уларнинг асоратлари (миокард инфаркти, мия инсулти ва бошқалар) бўлиб ҳисобланади (Махсумов М. Д. ва ҳаммуал., 2015; Ҳайдарова Д.К., 2017; Ҳайдаров Н.К., 2019).

Ўзбекистонда БМҚАЎБ ва ЎМИ ташхислаш ва даволашдаги ютуқларга қарамай, кўплаб масалалар тадқиқот доирасидан ташқарида қолиб кетмоқда, бу эса тўлиқ ечимни тақдим этишга имкон бермайди (Ўринов М.Б., 2018; Турсунов Х.М., 2020; Рахматова Д.Б., 2021). Инсулт ва инфаркт хуружининг турли босқичларида беморларни комплекс реабилитация қилиш масалалари етарлича ўрганилмаган, бирламчи тиббий ёрдам, шифохоналар, реанимация бўлимлари, санаторияларда реабилитация тадбирларининг усуллари, беморларни турли босқичларда соғайиш чоралари, уларга тиббий ёрдам кўрсатиш масалалари ўрганилмаган ва ислоҳ қилинмаган. Ҳозирги вақтда касалхонагача бўлган ёрдам даражаси ва касалхонага ётқизиш даражаси ҳамма жойда, ҳатто йирик шаҳарларда ҳам қониқарли даражада эмас.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги.

Диссертация тадқиқоти Бухоро давлат тиббиёт институти илмий-тадқиқот ишлари режасига мувофиқ №03.2019.PhD.048 “Бухоро худуди иссиқ иқлими шароитида организмнинг патология олди ва патология ҳолатларини эрта ташхислаш, даволаш ва профилактикасига янгича ёндошувларни ишлаб чиқиш”(2017-2021йй.) мавзуси доирасида бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади: ўткир миокард инфаркти бор беморларда ўткир ишемик инсулт ривожланишининг хавф омиллари ва клиник-функционал хусусиятларини аниқлашдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари қуйидагилардан иборат:

биокимёвий хусусиятларни ҳисобга олган ҳолда, ишемик инсултнинг миокард инфаркти билан биргаликда ривожланиши учун етакчи хавф омилларини аниқлаш;

ишемик инсултнинг клиник кўриниши ва биокимёвий ўзгаришларини миокард инфаркти билан биргаликда кечганда, уларда жинслар фарқини ҳамда инсултнинг патогенетик турини ҳисобга олган ҳолда дифференциаллаш;

миокард инфаркти фонидида кечган ишемик инсулт билан оғриган беморларда миядаги ишемик ўчоқларни баҳолаш;

миокард инфаркти фонида ишемик инсулт билан касалланган беморларда ултратовуш текшируви маълумотларига кўра марказий ва мия гемодинамикасининг хусусиятларини баҳолаш;

миокард инфаркти билан биргаликда ишемик инсулт ривожланишининг юқори хавфли гуруҳини аниқлаш мезонларини асослаш ва ўткир даврда беморларни текшириш ва олиб боришда қиёсий ёндашувни ишлаб чиқишдан иборат.

Тадқиқотнинг объекти сифатида Республика шошилинич тез тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиалида миокард инфаркти билан биргаликда ривожланган ишемик инсултнинг ўткир даврида даволанган эркак ва аёл беморларни ташкил этган.

Тадқиқотнинг предметини клиник-неврологик, нейровизуал, лаборатор, ултратовуш текширув натижалари ташкил қилган.

Тадқиқотнинг усуллари.Тадқиқотда клиник-неврологик, лаборатор, ултратовуш, нейровизуал усул ва статистик усуллардан фойдаланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги куйидагилардан иборат:

ишемик инсулт ва миокард инфарктининг биргаликда ривожланишига олиб келадиган энг муҳим хавф омиллари комбинацияси аниқланган;

ишемик инсулт ва миокард инфарктининг биргаликда ривожланганида қоринчалар экстрасистолияси, сурункали юрак етишмовчилиги, миокард инфарктдан кейинги кардиосклероз, бўлмачалар фибриляцияси, ҳамда интима-медиа комплексининг қалинлашуви, каротид ва умуртқа артериялари эгрилигининг прогностик аҳамияти исботланган;

бир вақтнинг ўзида ривожланадиган ишемик инсулт ва миокард инфаркти бўлган беморларда уйку ва умуртқа артериялари деформациясининг юқори частотада учраши аниқланган;

ишемик инсулт ва миокард инфаркти бўлган беморлар бош миясида катта ўлчамли супратенториал ишемик ўчоқларнинг юқори частотаси аниқланган;

миокард инфаркти билан бирга ишемик инсулт ривожланишининг хавфи ҳисобга олинган ҳолда беморларни текширишда дифференциаллашган ёндошув асосланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари куйидагиларданиборат:

клиник, нейровизуал кўрсаткичларни қиёслаш асосида миокард инфаркти фонида ишемик инсулт ривожланишининг асосий хавф омиллари учун прогностик коэффициент аниқланган;

беморларни давомий динамик кузатиш асосида миокард инфаркти ва ишемик инсулт биргаликда кечишида эрта ташхислаш алгоритми ишлаб чиқилган;

мавжуд бўлган ташхислаш дастурлари асосида невролог ва кардиолог шифокорлар учун миокард инфаркти ва ишемик инсулт комбинацияси хавфи бор беморларда дифференциал ёндошув алгоритми таклиф қилинган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги тадқиқотда қўлланилган замонавий, тасдиқланган, бир-бирини тўлдирувчи клиник, лаборатор-инструментал ва статистик усуллар, етарли миқдордаги беморлар, олинган натижаларнинг назарий ва амалий ҳисоб-китобларга мувофиқлиги, олинган

натижаларни хорижий ва маҳаллий тадқиқотлар билан таққослаш, хулоса, олинган натижаларни ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқланганлиги билан изоҳланган.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундан иборатки, ишемик инсулт ва миокард инфаркти комбинацияси ривожланишида беморларнинг хавф гуруҳини аниқлашнинг прогностик мезонларини ишлаб чиқиш. Ишемик инсулт ва миокард инфаркти комбинацияси ривожланишининг патогенетик механизмлари асосида умумий қон таҳлилида унга хос бўлган нейтрофиллар ошиши, лейкоцитоз, лейкоформуланинг чапга силжиши, эритроцитлар чўкиш тезлигининг ошиши, креатинфосфокиназа, лактатдегидрогеназа, аспартатаминотрансфера даражасининг ошиши билан тавсифланади. Ўзаро боғлиқ бўлган инструментал ва лаборатория тадқиқотларини ўтказиш миокард инфаркти билан биргаликда ишемик инсулт хавфини ҳисобга олган ҳолда дифференциал диагностика алгоритмининг оптималлаштириш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти шундан иборатки, амалий соғлиқни сақлашда прогностик жадваллар ёрдамида ишемик инсулт ва миокард инфаркти комбинациясининг ривожланиш хавфи юқори бўлган беморларни тақсимлаш орқали, бундай беморларга юрак мониторингини кучайтириш ва беморларнинг реанимация бўлимида узоқроқ қолиши беморларнинг ҳаёт сифатини 15,2%га яхшилаб, ўлим даражасини 1,6 баробар камайтириш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши.

Ўтқир миокард инфаркти бор беморларда касалликнинг ўтқир даврида ишемик инсулт ривожланишининг клиник-функционал предикторларини ўрганишдан олинган илмий натижалар асосида:

“Ўтқир миокард инфаркти билан оғриган беморларда ўтқир ишемик инсулт ривожланишининг олдиндан аниқлаш усули” номли услубий тавсиянома тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги 12.10.2021 йилдаги 8н-р/911-сон маълумотномаси). Натижада ўтқир миокард инфаркти бор беморларда касалликнинг ўтқир даврида ишемик инсулт ривожланишининг клиник-функционал предикторларини ўрганишдан ташқари, дифференциал диагностика учун клиник ва инструментал текширув усуллариининг натижаларидан фойдаланиш имконини берган;

“Ўтқир миокард инфаркти фонида ишемик инсултни келтириб чиқарадиган хавф омилларини аниқлаш усули” номли услубий тавсиянома тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 12.10.2021 йилдаги 8н-р/881-сон маълумотномаси). Тадқиқот натижаси аниқликни оширишга, инфаркт ва инсултнинг бирламчи тизимда ташхислаш самарадорлигини ошириш имконини берган;

Тадқиқот натижалари Бухоро шаҳар тиббиёт бирлашмаси, Бухоро туман тиббиёт бирлашмаси, “Кармен Плюс” хусусий клиникаси, “Мехригиё-шифо” хусусий клиникаси амалиётига тадбиқ этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 28 октябрдаги 8н-з/389-сон маълумотномаси). Олинган натижаларнинг амалиётга жорий қилиниши миокард инфаркти ва

ишемик инсулти комбинациясини олдиндан аниқлаш, касаллик асоратларини ва ногиронликни камайтириш ва беморлар ҳаёт сифатини яхшилаш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 4 та илмий-амалий анжуманларда, жумладан, 2 та халқаро ва 2 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 16 та илмий иш чоп этилган, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг докторлик диссертациялари асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 7 та мақола, жумладан, 5 таси республика ва 2 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг ҳажми ва тузилиши. Диссертация таркиби кириш, бешта боб, хотима, хулосалар, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 120 бетни ташкил этади.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати асосланган, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари, текширув объекти ва предметлари аниқланган, Ўзбекистон Республикаси фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён қилинган, олинган натижаларнинг ишончилиги асосланган, уларнинг назарий ва амалий аҳамияти очиқ берилган, тадқиқот натижаларини соғлиқни сақлаш амалиётига жорий этилганлиги, апробация натижаси, нашр қилинган мақола, диссертациянинг тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг биринчи бобида **“Миокард инфаркти билан биргаликда ишемик инсултнинг хавф омиллари, клиник кўриниши ва диагностикаси”** юрак-қон томир касалликлари ривожланишининг хавф омиллари, инсулт ва миокард инфаркти комбинациясидаги синдромологиясининг назарий жиҳатлари таҳлил қилинган. Миокард инфаркти билан биргаликда кечувчи ишемик инсултни ташхислашнинг замонавий инструментал ва лаборатор диагностика ва даволаш усулларига бағишланган тадқиқотлар тизимлаштирилган. Сўнги 10 йиллик адабиётларни кўриб чиқиш, мавжуд усулларнинг кўпгина афзалликлари ва камчиликларини кўрсатди, шунингдек, ҳал қилинмаган ёки ўрганилаётган муаммоларнинг аниқлашга ёрдам берган.

Диссертациянинг иккинчи бобида **«Миокард инфаркти фонида ривожланган ишемик инсултли беморларни текшириш усуллари»** клиник материаллар ва усулларнинг (ултратовуш, нейровизуализацион) тадқиқотининг умумий хусусиятларига, шунингдек натижаларни статистик қайта ишлаш усулларига бағишланган асосий масалалар кўриб чиқилган. Тадқиқот 142 беморни клиник, неврологик, инструментал ва лаборатория таҳлилларига асосланган бўлиб, улардан 102 бемор ИИ ва МИ билан касалланган АГ, ўртача ёши $72,3 \pm 5,66$ йил бўлган ва НГ эса 40 та ИИ билан

касалланган, МИ бўлмаган беморларни ўз ичига олди, беморларнинг ўртача ёши $70,8 \pm 6,42$ ёшни ташкил этган.

НГ га киритиш мезонлари: 1) миокард инфарктисиз ИИ; 2) ИИнинг гуруҳлари - АГ диагностик сериясига мувофиқ; 3) 60 ёшдан ошган беморларнинг ёши - АГ бўлган беморларнинг ўртача ёшига тўғри келган.

АГнинг барча беморларига МИ ташхиси қўйилган, аксарият ҳолларда, бу ИИ билан бир вақтда содир бўлган, лекин шу билан бирга МИ ва ИИни ташхислаш кетма-кетлиги ҳар хил бўлган: 43 беморда МИ инсулт билан бир вақтда, қабул қилинганида аниқланган (42,16%), 18 нафар беморда (17,64%) инсулт ташхиси миокард инфарктининг эртаси куни ёки 2-3 кундан кейин ташхисланган, 41 ҳолатда (40,20%) миокард инфаркти инсултнинг 3-14 кунда аниқланган. Шунга кўра, биз учта кичик гуруҳни аниқладик: кардиоцеребрал (КЦ) (МИ ИИдан олдин бўлган), цереброкардиал (ЦК) (ИИ МИдан олдин бўлган) ва қабул қилишда ташхис қўйилган (ҚП) бир вақтнинг ўзида ИИ ва МИ ривожланиши гуруҳи. Беморларнинг кўпчилигида Q-тишли МИ бўлган, 78 ҳолатда (76,47%). Q-тишсиз МИ 24 беморда (23,53%) аниқланган. 45 бемор (44,12%) учун бу такрорий МИ эди. Ўлим ҳолати 74 та ҳолатда (72,55%) кузатилган бўлиб, шулардан 53 беморда Q-тишли МИ (71,62%), қолган 21-беморда Q-тишсиз МИ (28,38%) бўлган.

Кенг қамровли клиник текширувда неврологик, лаборатор, ултратовуш ва нейровизуализацион усуллар, шунингдек, шикоятлар, анамнестик маълумотлар, касалликнинг субъектив ва объектив белгилари, параклиник тадқиқотлар маълумотлари батафсил тақдим этилган форматланган ҳужжатлар ишлатилган.

Беморларни ташхислаш стандартига мувофиқ инсулт ва МИ ташхисини қўйиш учун қуйидаги усуллар қўлланилган: умумий ва биокимёвий қон текшируви (УҚТ), аспартатаминотрансфераза (АСТ), аланинаминотрансфераза (АЛТ), лактатдегидрогеназа (ЛДГ), креатинфосфокиназа (КФК) фаоллигини аниқлаш. Қондаги глюкоза, креатинин, холестерин ва унинг фракциялари, мочевина миқдорини аниқлаш. Қон ивиш тизими кўрсаткичлари қон ивиш вақти, МНО, ПТИ, АҚПВни ўрганиш билан текширилган.

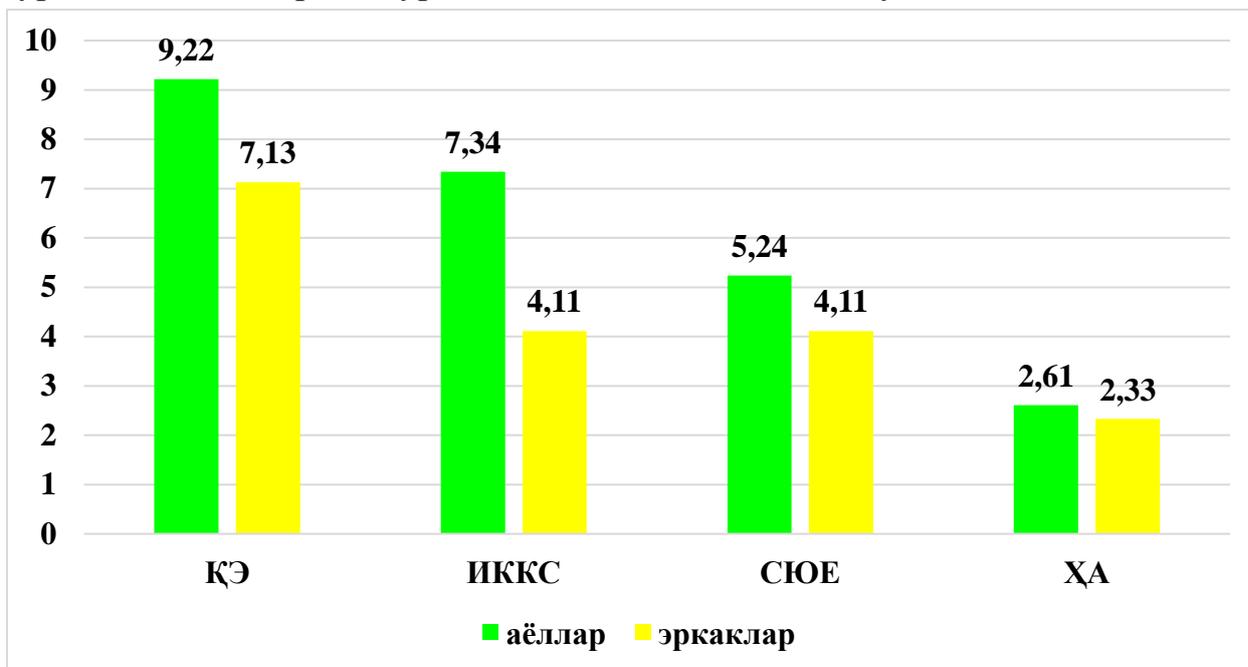
Шунингдек, беморларга брахиоцефал артериялар дуплексли сканерлаш ёрдамида экстракраниал томирлар ултратовуш текшируви, ЭКГ ва ЭХОКГ текширувлари ўтказилган.

Статистик таҳлил "Microsoft Office 2016" лицензияли дастурлар тўплами ёрдамида амалга оширилган. Натижаларнинг статистик таҳлили вариацион статистикасининг умумий қабул қилинган усулларига мувофиқ амалга оширилган.

Диссертациянинг учинчи бобида **«Миокард инфаркти билан биргаликда кечувчи ишемик инсултда беморлардаги хавф омиллари»** ҳар бир юрак –қон томир касалликлари хавф омилларининг прогностик аҳамияти ва уларнинг комбинацияси С. Кулбак таҳлили ёрдамида ўрганилган. ИИ ва МИ комбинацияси учун аҳамиятга эга хавф омиллар прогностик коэффицентлари СЮЕ (ПК - +5,44; Iк - 2,82), ИККС (ПК - +4,91; Iк - 0,62),

ҚЭ (ПК - +3,31, Ік - 0,93), ХА - (ПК - +2,92; Ік - 0,53) ни ташкил қилди, жами улар +16,58 эди, бу +13 прогностик чегарасидан ошган. Бошқа омиллар, масалан, ГК (ПК - +0.26; Ік - 0.21), ЧҚГ (ПК - +0.92, Ік - 0.21,), дислипидемия (ПК - +0.63, Ік - 0.05) пастроқ коэффициентга эга эди, бу эса уларни фақат бошқа омиллар билан биргаликда хавф омиллари сифатида кўриб чиқиш имконини берган. Жинсий фарқларни ҳисобга олган ҳолда таҳлил кўрсатганидек, ИИ ва МИ комбинациясининг прогностик муҳим омиллари аёллар учун биринчи навбатда ҚЭ (ПК - +9.22; Ік - 2.92), ИККС (ПК - +7.34; Ік - 2, 26), СЮЕ (ПК - +5.24; Ік - 2.52), ХА (ПК - +2.61; Ік - 0.72), энг юқори Ік - 2.92 СЮЕга тегишли бўлган. Эркакларда ИИ ва МИ комбинациясини ривожланишининг прогностик муҳим омиллари: ҚЭ (ПК - +7.13; Ік - 1.32), СЮЕ (ПК - +5.92; Ік- 3.83), ИККС (ПК - +4, 11; Ік - 1.21), ХА (ПК - + 2.33; Ік - 0.52). Энг юқори Ік СЮЕда учради (1 -расм).

Шундай қилиб, жинс ва ёшга боғлиқ хавф омилларини ўрганиш шуни кўрсатдики, инсулт ва МИ комбинацияси 70 ёшдан ошган аёлларда кўпроқ учрайди. Эркаклар бу қўшма патологиядан камроқ азият чекишади, уларнинг ўртача ёши аёлларнинг ўртача ёшидан 10 йилга кам бўлиб ҳисобланади.



1- расм. ИИ и МИ комбинациясида аҳамиятга эга хавф омилларининг ПКи жинсга боғлиқ ҳолда кўриниши

ИИ ва МИ комбинациясини келиб чиқиши учун битта беморда ирсий мойиллик, ГК ва дислипидемиядан ташқари , СЮЕ, ИККС, ҚЭ ва ХА каби хавф омилларининг йиғиндиси муҳим аҳамиятга эга.

Инсулт ва МИ комбинацияси учун прогностик жихатдан муҳим хавф омилларида жинсий тафовутлар аниқланди: аёллар учун 70 ёшдан ошганлик, ҚЭ, ИККС, СЮЕ ва ХА, 17 йилдан ошган гипертония касаллиги давомийлиги, дислипидемия; эркаклар учун - 60 ёшдан ошганлик, СЮЕ, ҚЭ, ИККС, ХА, ЧҚГ, чекиш, гипертония касаллиги давомийлиги 7 йилдан ортиқлиги ташкил қилган.

Анамнезида миокард инфаркти бўлганлик, ҚЭ ва СЮЕ – эркаклар ва аёлларда бир хил равишда миокард инфаркти ва ишемик инсулт комбинацияси ривожланиши учун хавф омиллари ҳисобланган.

Диссертациянинг тўртинчи бобида **“Миокард инфаркти билан биргаликда ишемик инсултнинг клиник кўриниши”** асосий гуруҳ (АГ) ва назорат гуруҳи (НГ) даги беморларда инсулт ёки миокард инфарктининг субъектив ва объектив симптомларни жинсга боғлиқ фарқлари ва касалликнинг келиб чиқиш кетма-кетлигига асосан ўрганилган. Иккала гуруҳдаги беморларда ўчоқли симптомлар асосан яримшарлар даражасида бўлиб, пўстлоқ ва пўстлоқ ости соҳаларнинг шикастланишидан далолат беради. АГ беморларида юз мушакларининг марказий фалажи 90,20% ҳолатда учради. Иккинчи ўринда - анизорефлексия (82,35%), учинчи ўринда – патологик пирамидал рефлекслар (71,57%), уларнинг иккаласи ҳам марказий гемипарез ёки гемиплегиянинг намоён бўлиши эди.

Ўчоқли неврологик симптомларни жинс жиҳатидан таққослаганда, АГдаги аёлларда, эркакларга нисбатан статистик жиҳатдан ишонарли даражада қуйидаги белгилар кўпроқ учради: кўрув фалажи, тил девиацияси, афазия, гемиплегия ва гемианестезия, бу инсултнинг оғирлиги ва ўчоқ ўлчамларининг катталигидан далолат беради. Гемиплегия ва кўрув фалажи каби оғир моторли бузилишларнинг умумий частотасини ҳисобга олган ҳолда, АГ даги аёлларда уларнинг статистик жиҳатдан устунлиги аниқланди (аёлларда 93.10% , эркакларда 54.55%, $p<0.001$).

АГ даги беморларда дисфагия (9,80%), нистагм (6,86%), анизокория (5,88%), диплопия (2,94%), гемианопсия (1,96%) каби ВБТ шикастланишининг белгилари сезиларли даражада кам учради, НГда ҳам ўхшаш кўрсаткичлар олинди.

АГ ва НГ даги беморларда касалликнинг субъектив белгилари ўрганилганда қуйидаги маълумотлар олинди. АГдаги беморлар қабул пайтида кўпроқ қўл ва оёқда қувватсизликка (52,94%), асосан эркакларда, иккинчи ўриндаги шикоятга нутқ бузилиши ҳолатлари учради. 36 бемор (35,29%) аҳволи оғирлиги сабабли, афазия, анозогнозия ҳолатлари туфайли шикоят билдира олмади. НГда асосий шикоятлар қўл ва оёқда қувватсизликни (72,5%), нутқ бузилишини (52,5%) ташкил қилди. Бу гуруҳда шикоят билдира олмаган беморлар сони 5 нафарни (12,5%) ташкил қилди (1-жадвал).

Беморлар орасида КЭИ билан оғриган беморлар устунлик қилди (72 бемор (70,6%) АГда ва 26 бемор (65,00%) ТГда). АГда иккинчи ўринда учраган инсулт тури – ГДИ бўлиб, 12 беморда (11,7%) учради, бу гуруҳга марказий гемодинамик параметрларининг пасайиши белгилари (паст қон босими, брадикардия) бўлган беморлар кирган: 8 нафар беморга (7,8%) АТ инсулт ташхиси қўйилган, ЛИ учинчи ўринда - 10 та беморда (9,80%) аниқланди. НГ даги беморларда ИИ нинг кичик гуруҳлари учраши АГдаги кўрсаткичларга ўхшаш бўлди.

КЭИ гуруҳида ИИ + МИ комбинацияси келиб чиқиш хавф омиллари ўрганилганда, АГда СЮЕ ($p<0.001$) ва ИККС ($p<0.01$) кўпроқ учраши аниқланди. Бошқа кўрсаткичлар (қандли диабет, дислипидемия, семириш,

чекиш, ҲА, ҚЭ) бўйича КЭИда НГга нисбатан сезиларли фарк аниқланмаган.

АГда ИИ чап яримшарда 48 беморда (47,06%) учраган, шулардан 45 беморда (44,12%) – ЎМА ҳавзасида ва 3 ҳолатда (2,94%) ОМА ҳавзасида кузатилган ва 45 беморларда (44,12%) ўнг яримшарда учраган, шулардан 43 беморда (42,16%) – ЎМА ҳавзасида ва 2 беморда (1,96%) – ОМА ҳавзасида кузатилган, 9 беморда (8,82%) ВБХда инсулт содир бўлган. Шундай қилиб, АГ даги беморларда КЭИ локализациясининг статистик ишонарли устунлиги аниқланмаган. НГдаги беморларда ҳам КЭИ латерализацияси аниқланмаган 19 беморда (47,50%)- чап яримшарда ва 18 беморда (45,00%) – ўнг яримшарда ЎМА ҳавзасида инсулт локализацияси, 3 беморда (7,50%) ВБХда инсулт бўлган. Шундай қилиб, КЭИ АГ ва НГ даги беморларда ИИ локализацияси ва латерализацияси бўйича ўхшаш кўрсаткичлар олинган.

КЭИ инсултли АГдаги беморларнинг ярмидан кўпида гемиплегия, беморларнинг учдан бирида кўрув фалажи кузатилган.

1-жадвал

АГ ва НГдаги беморлар шикоятлари

Шикоятлар	АГ						НГ					
	Аёллар (n = 58)		Эркалар (n = 44)		Жами (n = 102)		Аёллар (n = 24)		Эркалар (n = 16)		Жами (n = 40)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Бош оғриғи	10	17,2	1	2,3	11	10,8	10	41,7	6	37,5	17*	42,5
Умумий ҳолсизлик	9	20,5	15	25,9	23*	22,6	2	8,3	–	–	2	5,0
Кўкрак қафасидаги оғрик	7	12,1	6	13,6	13*	12,8	–	–	–	–	–	–
Оёқ ва қўлларда қувватсизлик	27	46,6	27	61,4	54	52,9	16	66,7	13	81,3	29	72,5
Сезги бузилишлари	8	13,8	6	13,6	14	13,7	4	16,7	4	25,0	8	20,0
Юз “қийшайиши	10	17,2	21	47,7	31	30,4	5	20,8	6	37,5	11	27,5
Нутқ бузилишлари	22	37,9	21	47,7	43	42,2	13	54,2	8	50,0	21	52,5
Бош айланиши	3	5,2	6	13,6	9	8,8	4	16,7	3	18,8	7	17,5
Мувозанат бузилишлари	3	5,2	6	13,6	9	8,8	4	16,7	3	18,8	7	17,5
Юришда чайқалиш	2	3,5	4	9,1	6	5,9	5	20,8	6	37,5	11	27,5
Кўнгил айниш қусиш	3	5,2	2	4,6	5	4,9	–	–	–	–	–	–
Аҳволи ёмонлиги	25*	43,1	11	25,0	36*	35,3	3	12,5	2	12,5	5	12,5

сабабли шикоят билдира олмайди												
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Изоҳ: *Статистик ишонarli фарқ: * – p < 0,05*

АГдаги беморларнинг оғирроқ ҳолати хақида NIHSS, ГКШ, РШ, РМШ кўрсаткичлари кўрсатади (2-жадвал).

2-жадвал

АГ ва НГда КЭИ ли беморларда шкалалар кўрсаткичлари

Шкала	АГ			НГ		
	Аёллар (n = 39)	Эркаклар (n = 33)	Жами (n = 72)	Аёллар (n = 16)	Эркаклар (n = 10)	Жами (n = 26)
NIHSS	18,4±5,32	15,6±6,17	17,1±5,78**	7,35±2,19	8,3±2,56	7,9±2,55
РШ	4,6±0,54	3,8±0,73	4,2±0,65**	3,4±0,78	3,29±0,29	3,3±0,57
РМШ	1,1±0,82	2,5±2,21	1,8±1,53 **	3,5±2,46	3,3±2,12	3,3±2,18
ГКШ	12,5±3,21	13,2±2,46	13,1±2,16*	14,6±0,86	14,5±0,68	14,6±0,65

Изоҳ: *Статистик ишонarli фарқ: * – p < 0,05, ** – p < 0,01*

АГ да КЭИ бўлган беморларнинг 9 тасида ИИ нинг геморрагик трансформацияси юзага келди (12,50%) (5 эркак ва 1 аёлда), 3 нафарда ўлим ҳолатлари қайд қилинди.

АГда ўпка шиши 10 нафар беморда (13,89%), ЎАТЭ - 4 нафар беморда (5,56%) аниқланди. АГда КЭИ бўлган беморларнинг деярли ярмида пневмония учради, 34 нафар беморда (47,22%). Ўлим ҳолатлари 58 нафар беморда (80,56%) ўртача 7,8 ± 5,25 кундан кейин, 25 беморда (34,72%) – касалхонага ётқизилган куни ёки 2-3 кунда содир бўлган. Ўлим сабаби кўпинча ИИ ва МИ комбинацияси эди.

ТГда ўлим ҳолатлари бўлмади, 6 нафар беморда пневмония кўринишидаги асоратлар ривожланди (23,08%).

АГдаги беморларда ГДИ билан оғриган беморларда марказий гемодинамиканинг яққол бузилишлари аниқланди, 12 нафар беморда (11,67%), 5аёл (8,62%) ва 7 эркак (15,91%), ўртача ёши 68,3 ± 6,9 йил. НГда ИИнинг бу тури 6 беморда учради (5 аёл ва 1 эркак), уларнинг ёши таққосланганда - 70,8 ± 5,17 ёшни ташкил қилган. Шундай қилиб, иккала

гуруҳда ҳам аёллар устунлик қилган. Биз АГ ва НГ ўртасида статистик жиҳатдан муҳим фарқларни топмадик. АГ ва ЛИ билан оғриган беморларнинг клиник кўриниши ТГдаги беморлар билан таққослаб ўрганилган. Бироқ, АГдаги беморларда ИИнинг ГДИ ва ЛИ клиник кўриниши солиштирилганда, ЛИ энгилроқ ўтишини кўрсатувчи ишончли маълумотлар олинган. Бу ўчоқли симптомларни ўрганишда тасдиқланди (3 -жадвал). 3–жадвал кўрсаткичлари шуни кўрсатадики, ТГда ЛИ гуруҳига нисбатан ГДИ бор беморларда гемиплегия каби жиддий ҳаракат бузилишлари, чуқур гемипарез ва кўрув фалажи учраган ($p < 0.05$).

Шкалалар натижаларига асосан АГда ГДИли беморлар НГдаги ЛИли беморларда нисбатан оғир инсулт кечган, NIHSS шкаласи бўйича баландроқ балл кўрсатилган ($p < 0,05$), АГдаги ЛИ бор беморлар ва НГдаги беморларга нисбатан (3 -жадвал).

3-жадвал

АГ ва ТГда ГДИ ва ЛИ ли беморларда ўчоқли белгилар

	АГ				НГ			
	ГДИ (n = 12)		ЛИ (n = 10)		ГДИ (n = 6)		ЛИ (n = 5)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Кўрув фалажи	5	41,67	-	—	1	16,67	—	—
БЛБ асимметрияси	12*	100,0	10	100	3	33,33	1	20,0
Тил девиацияси	7	58,33	7	70,00	3	60,0	1	20,0
Енгил гемипарез	1	8,33	6	60,00	2	40,0	3	60,0
Ўрта гемипарез	4	33,33	3	30,00	2	40,0	2	40,0
Чуқур гемипарез ва гемиплегия	8*	66,67	1	10,00	1	2,0	—	—
Анизорефлексия	9	75,00	7	70,00	4	80,0	3	60,0
Патологик пирамид рефлекслар	10*	83,33	3	30,00	2	40,0	2	40,0
Гемиянестезия	5	41,67	2	20,00	1	20,0	—	—

Дизартрия	6	50,00	5	50,00	2	40,0	1	20,0
Афазия	2	16,67	–	–	3	60,0	–	–

*Изоҳ: статистик ишонarli фарқ: * – $p < 0,05$.*

ГДИли 8 беморда пневмония ҳолатлари учради (66,67%). Ўлим ҳолати 7 беморда (58,33%) 1–9 кун ичида ва 1 беморда (8,33%)– 19 кундан кейин учради.

ЛИ гуруҳларида асоратлар бўлмади. ТГдаги беморларга ўхшаб ЛИ билан оғриган барча беморлар ва АГдаги ГДИли 4 бемор стационардан аҳволи яхшиланиб чиқарилди ва кейинги реабилитация учун йўналтирилди.

АГ ва НГ беморларида шкалалар асосида баҳолаш кўрсаткичлари куйидагича бўлди (4-жадвал).

4-жадвал

АГ ва ТГ беморларида шкала кўрсаткичлари

Шкала	АГ		НГ	
	ГДИ (n = 12)	ЛИ (n = 10)	ГДИ (n = 6)	ЛИ (n = 5)
NIHSS	17,8 ± 6,38*(2)	8,7 ± 5,07	7,1 ± 3,28*(1)	5,4 ± 2,46
РШ	4,6 ± 0,87*(2)	3,3 ± 0,95	3,2 ± 0,51*(1)	3,0 ± 0,68
PMШ	2,23 ± 0,95**(3)	5,2 ± 3,95	5,2 ± 1,29	5,0 ± 3,48
ГКШ	9,5 ± 2,39**(2)	14,5 ± 1,48	15,1 ± 0,0**(1)	15,0 ± 0,0

*Изоҳ: Статистик ишонarli фарқ: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, **;
қавс ичида таққосланаётган устун кўрсатилган*

Шундай қилиб, миокард инфаркти билан биргаликда инсултнинг клиник кўринишини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, ГДИ ва ЛИ билан оғриган беморларда, ГДИ эс-ҳуш бузилиши билан бошланиб, сопор, комага қадар ривожланган, яққол ўчоқли симптоматика, психомотор кўзғалиш билан намоён бўлган, пневмониянинг тез ривожланиши ва беморларнинг учдан икки қисмида ўлим ҳолатлари билан тугаган. МИ билан биргаликда ЛИ ҳам МИ бўлмаганидан кўра оғирроқ кечди, лекин бу беморларда ўлим ҳолатлари кузатилмаган.

Диссертациянинг бешинчи бобида **“Миокард инфаркти билан биргаликда ишемик инсултнинг диагностик инструментал ва лаборатория тадқиқотлари”** олиб борилган инструментал ва лаборатор текшириш маълумотларини қиёсий ўрганишга бағишланган.

Касалхонага ётқизилган беморлардан олинган УҚТ натижалари АГ ва НГда куйидаги кўрсаткичлар бўйича яққол фарқни кўрсатган ЭЧТ ($p < 0.01$), таёқчали нейтрофиллар мавжудлиги ($p < 0.01$), лейкоцитлар сони ($p < 0,05$).

АГда Кребс индекси (нейтрофиллар сонининг лимфоцитлар сонига нисбати) $8,6 \pm 7,75$ ни ташкил қилиб, АГ беморларидан 65 нафар беморда 5 дан юқори кўрсаткичларга етган (63,73%). Таққослаш гуруҳида Кребс индекси $5,9 \pm 4,5$ ни ташкил этган, бу АГга қараганда паст, НГ беморларидан 16 нафар беморда 5дан юқори кўрсаткичлар топилган (40,00%), бу АГга қараганда анча кам учраган ($p < 0,02$). Эозинофиллар сонисида фарқ йўқ эди.

Қондаги лейкоцитар формулада ГДИ ли беморларда яққол ўзгаришлар кузатилган; ЛИ кичик гуруҳга нисбатан лейкоцитлар сонининг статистик жиҳатдан муҳим фарқлари аниқланган ($p < 0,01$). ЭЧТ ГДИ ли беморларда ҳам юқори эди; ушбу кичик гуруҳ беморларида лейкоцитар формуланинг чапга силжишини кўрсатувчи энг кўп сонли нейтрофиллар аниқланган ($p < 0,05$). Қондаги яллиғланишли ўзгаришлар МИ ва пневмониянинг мавжудлиги билан боғлиқ бўлиб, бу гуруҳдаги беморларнинг 66,67 фоизидида ташхис қўйилган.

АГ ва ТГда биокимёвий қон текшируви кўп параметрлар ўртасида фарқ аниқланмаган. Шундай қилиб, ҳар икки гуруҳдаги беморларда гипергликемия аниқланган, ҳар икки гуруҳдаги аёлларда глюкоза даражаси айниқса юқори бўлган. Бу таҳлил барча беморларда қабул қилинган қони ўтказилган, яъни инсултнинг ўткир даврида.

АГ беморларида КФК ва ЛДГ даражаси кескин ошганлиги кўринди, бу тўқима некрозининг ўзига хос бўлмаган реакциясини кўрсатган, бу нафақат МИда, балки оғир инсултда ҳам бўлиши мумкин. АГ да бўлган беморларда АСТ даражасининг ошиши МИ учун патогномоникдир. АГ беморларда қондаги мочевиначининг юқори даражаси марказий гемодинамиканинг бузилиши ва буйрак тўқимасининг гипероперфузияси натижасида унинг буйраклардаги филтрациясининг пасайишини кўрсатган.

Гемостази ўрганиш натижаларини таққослаганда, кўплаб параметрлар бўйича гуруҳлар ўртасида сезиларли фарқлар аниқланмади. Иккала гуруҳда ҳам қон ивишининг фаоллашишига хос бўлган юқори эрувчан фибрин – мономер комплекслар (РФМК, норма - 4 мг / 100 млгача) аниқланган. Бу томир ичи тромб ҳосил бўлишининг юқори хавфини кўрсатади. Шу билан бирга, АГ ва НГ беморларда тромбин вақти ва АГда қон ивиш вақти бир оз ошган ($p < 0,05$). АГ бўлган аёлларда фибриноген даражаси бир оз ошган, бу қон ивиш тизимида ген мутациясига хос ўзгариш бўлиши мумкин. АГда бўлган 10нафар аёлда (17,24%) фибриноген даражаси 5,0 г / лдан юқори бўлган.

Ўтказилган УТДС АГ ва НГда беморларнинг қон томир ривожланиши кўринишларидаги фарқни кўрсатди. Аввало, АГ беморларида УУА да (38,24%), ИУА да (38,24%) ва УАда (44,12%) эгрилик даражасини ва интима-медиа комплекси (ИМК) қалинлашиши $1,3 \pm 0,19$ мм ни кўрсатган, АГ беморларда УАнинг кичик диаметри ва гипоплазияси учраган. АГ беморларида ИУА томирларида қон оқими секинлашиши аниқланган.

АГ ва ТГ беморларида ЭхоКГ текшируви таҳлиллари отилиш фракцияси (ОФ) да сезиларли фарқ аниқланган: АГда $51,7 \pm 12,7$ ва НГдаги беморларда $63,29 \pm 11,3$ ни ташкил қилган ($p < 0,01$). Бошқа параметрлар бўйича сезиларли фарқлар топилмаган.

Бундан ташқари, ушбу текширув АГ беморларида миокард инфаркти белгиси сифатида миокард гипо- ва акинезия зоналарини, 27 нафар беморда аортал клапан етишмовчилигини (26,47%), 47 беморда аортал клапан тавақаларининг фиброзини (46,08%), митрал клапан етишмовчилиги 44 да (43,14%) беморда, барча бўшлиқларнинг кенгайиши 21 беморда (20,59%), ЧҚ аневризмаси 14 нафар (13,73%) беморда аниқланган.

НГ да катта ўчоқли беморлар анча кам эди (КТ натижаларига кўра) – 6 беморда (15.00%) ($p < 0.05$), бу ўчоқларнинг катталиги АГга қараганда кичикроқ эди 28.1 ± 10.2 мм; 77.3 ± 21.2 мм ва 47.1 ± 16.3 мм мос равишда ($p < 0.05$).

АГда 21 нафар беморда (20,59%) катта ўчоқлар топилган, улардан 12 нафариди улар ўнг ярим шарда, 9 нафариди чап ярим шарда жойлашган. Чакка-тепа ва чакка-пешана локализация 9 ҳолатда аниқланган (42,48%), пешана-тепа локализация 7 нафар беморда (33,33%), энса-тепа ва энса-чакка-6 нафар беморда (28,57%) аниқланган. Ўчоқнинг ўртача катталиги $38,1 \pm 19,07$; $33,1 \pm 13$ ва $24,7 \pm 5,03$ мм мос равишда, бу катта ўчоқли кичик гуруҳга қараганда анча паст ($p < 0,05$).

"ИИ + МИ" комбинациясининг шахсий прогноз ривожланиш хавфини аниқлаш учун биз эркалар ва аёллар учун алоҳида прогностик жадваллар ишлаб чиқдик, улар АГда текширилган беморларда аниқланган хавф омилларининг шахсий маълумотларини умумлаштиради (5 ва 6 -жадваллар).

Тасдиқланган стратифицирланган хавф омилларидан ташқари, биз ИИ ва МИ нинг бир вақтда ривожланиши учун муҳим бўлган қўшимча омиллар аниқланган: каротид ва умуртқа артерияларнинг эгриликлари, умуртқа артерияларнинг кичик диаметри ва гипоплазияси ва ИМК қалинлиги $\geq 1,3$ мм

5-жадвал

Эркаларда «ИИ + МИ» комбинацияси хавфи йиғиндиси

Омиллар	ГК <7 йил ПК + 0,8	ГК >7 йил ПК + 3,3	ҲА ПК + 2,3	ИККС ПК + 4,1	СЮЕ ПК + 5,9	ҚЭ ПК + 7,1
ГК <7 йил	-	-	+3,2	+5,1	+6,4	+8,1
ГК > 7 йил	-	-	56,1	+6,9	+8,9	+10,1
ҲА	+3,2	+5,4	-	+5,9	+7,8	+8,9
ИККС	+5,1	+6,9	+6,3	-	+9,9	+10,9
СЮЕ	+7,1	+8,9	+7,8	+9,8	-	+12,9
ҚЭ	+8,1	+10,2	+9,5	+10,9	+12,9	-
ҲА + ИККС	+6,9	+10,1	-	-	+11,9	+13,4
ҲА + СЮЕ	+8,9	+11,4	-	+11,9	-	+14,8
ҲА + ҚЭ	+9,8	+13,1	-	+13,4	+14,9	-

ИККС+С ЮЕ	+11,2	+12,9	+11,8	-	-	+16,9
ИККС + ҚЭ	+11,9	+14,3	+13,2	-	+16,9	-
СЮЕ + ҚЭ	+14,1	+15,8	+14,9	+16,9	-	-

6-жадвал

Аёлларда «ИИ + МИ» комбинацияси хавфи йиғиндиси

Омиллар	ГК<17 йил ПК + 0,7	ГК>17й ил ПК + 4,1	ҲА ПК + 2,6	СЮЕ ПК + 5,2	ИККС ПК + 7,3	ҚЭ ПК + 9,2
ГК< 17 йил	-	-	+2,9	+6,1	+7,9	+10,1
ГК> 17 йил	-	-	+5,9	+8,9	+11,5	+13,8
ҲА	+2,9	+7,1	-	+8,1	+10,1	+12,1
СЮЕ	+6,2	+9,1	+5,9	-	+12,7	+14,5
ИККС	+7,9	+10,9	+10,3	+11,9	-	+15,8
ҚЭ	+10,1	+13,7	+12,1	+14,5	+15,6	-
ҲА +СЮЕ	+9,1	+12,1	-	-	+14,8	+16,5
ҲА +ИККС	+11,5	+13,9	-	+15,2	-	+18,9
ҲА + ҚЭ	+11,8	+16,1	-	+16,9	+18,2	-
ИККС+С ЮЕ	+12,9	+17,2	+14,9	-	-	+19,5
СЮЕ + ҚЭ	+14,9	+17,9	+16,8	-	+22,1	-
ИККС + ҚЭ	+16,9	+21,2	+20,7	+22,1	-	-

Биз олган маълумотлар, касалхонага ётқизилиш пайтида, шунингдек поликлиникада ҳам “ИИ + МИ” комбинациясининг бирламчи ва иккиламчи профилактикаси бўйича чора -тадбирларни ишлаб чиқиш учун хавфларни табақалаштириш учун ишлатилиши мумкин.

“ИИ + МИ” комбинациясини келиб чиқиш хавфининг юқори бўлиши ҳақидаги хулоса прогностик чегарага +13 ва ундан юқори етганда ўрнатилади. Прогностик коэффициент миқдори +6,5 дан кам бўлиши , бу комбинацияни ривожланиш хавфи пастлигидан далолат беради.

Шундай қилиб, миокард инфаркти билан биргаликда кечувчи инсултнинг клиник кўринишини хавф омиллари ва лаборатория ва инструментал тадқиқотлар маълумотларини ўрганиш асосида кўриб чиқиш, умумий этиопатогенетик асосга эга бўлган бу икки касаллик ўртасида яқин алоқани кўрсатди. Бир беморда бир пайтда иккита бундай жиддий касалликнинг ривожланиши - бу инсулт ва МИнинг клиник кўринишларининг оддий қўшилиши эмас, балки ўзаро асоратланиш натижасида умумий клиник

кўриниши юзага келади, бу нафақат неврологик симптомларнинг оғирлиги билан, балки умумий аҳволнинг оғирлиги ва ўлим даражасининг жуда юқорилиги билан намоён бўлади. Клиник кўриниш, хавф омиллари, қўшимча текширувлар маълумотлари мутахассисларни, ҳам кардиолог, ҳам неврологларни ушбу муаммони чуқур ўрганишга йўналтиради, бу эса келажакда ташхислаш, даволаш, реабилитация чоралари самарадорлигини ошириш имконини берган.

ХУЛОСА

1. Ишемик инсулт, айниқса кардиоэмболик тури ва миокард инфаркти комбинацияси билан кечишида гиперферментемиянинг яққол намоён бўлиши (креатинфосфокиназа 87,1% га, аспартатаминотрансфераза 32%га, лактатдегидрогиназа 62,5% га), бу тўқима некрозининг ўзига хос бўлмаган реакцияларини акс эттиради. Яллиғланиш жараёнининг белгилари нейтрофилли лейкоцитоз ($11,1 \pm 2,6$ ва $8,7 \pm 2,9$; $P < 0,05$), лейкоцитар формуланинг чапга силжиси, эритроцитлар чўкиш тезлигининг ошиши ($18,7 \pm 13,7$ ва $14,8 \pm 10,8$ мм/с; $P < 0,05$) ва гиперферментиянинг эрта пайдо бўлиши бу ишемик инсулт ва миокард инфаркти биргаликда кечишининг етакчи хавф омиллари ҳисобланади.

2. Ишемик инсултнинг миокард инфаркти билан биргаликдаги кечиши умум мия ва ўчоқли неврологик белгиларнинг яққолроқ намоён бўлиши билан характерланди: 71 нафар (50%) беморда эс-хуш бузилиши, гемиплегия, афазия ҳолатлари; 47 нафар (33%) беморда кўрув фалажи, анозогнозия; 17 нафар (12,5%) беморда психомотор кўзғалиш кузатилди. Ишемик инсултнинг миокард инфаркти фонида кечиши эркакларга нисбатан аёлларда 1,5 баравар оғир кечиши кузатилди. Беморларнинг 69%ида инсултнинг кардиоэмболик тури аниқланди.

3. Нейровизуал ташхислаш кўрсаткичларига кўра, миокард инфаркти фонида кечадиган ишемик инсулт билан касалланган 43,1% беморларда жуда катта ўлчамли ишемик ўчоқлар ва 20,6% беморларда катта ўлчамли ўчоқлар аниқланди, миокард инфаркти йўқ беморларда бу кўрсаткичлар 32,5% ва 15% ни ташкил қилди.

4. Ишемик инсулт ва миокард инфаркти билан оғриган беморларда марказий ва мия гемодинамикасининг ўзига хос хусусиятлари бўлиб: чап қоринча отилиш фракциясининг пасайиши (21,3%), ички уйқу артериялари орқали қон оқими тезлигининг камайиши бўлиб (32,3%), улар инсулт ривожланишида гемодинамик омил муҳим рол ўйнашини кўрсатиб берди. Кўп беморларда (65,2%) каротид ва умуртқа артерияларида патологик эгрилик борлиги, интима-медиа комплекси қалинлигининг ошиши (1,3 мдан кўп), миокард инфаркти фонида кечадиган ишемик инсулт ривожланишига олиб келувчи омил ҳисобланди.

5. Ишемик инсулт ва миокард инфаркти комбинацияси ривожланиш хавфи юқори бўлган беморларни клиник, биокимёвий ва инструментал текшириш натижалари асосида, ўткир юрак – қон томир патологияси бўлган

беморларда инсулт ривожланишининг хавф прогностик коэффициентини ҳисоблаб, касалликнинг ўткир даврида беморларни олиб боришда қиёсий ёндошув алгоритми ишлаб чиқилди.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ
PhD.04/13.05.2020.Tib.93.02 ПРИ БУХАРСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ
МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ**

БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

ШАДМАНОВА СИДИКА КУРБОНОВНА

**КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ
ОСТРОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ
ИНФАРКТМ МИОКАРДА**

14.00.13 – Неврология

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам

Бухара– 2021

Тема доктора философии (PhD) по медицинским наукам зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан №B2021.4.PhD/Tib.2198

Докторская диссертация выполнена в Бухарском государственном медицинском институте.
Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский и английский (резюме)) размещен на веб-странице научного совета (www.bsmi.uz) и в информационно-образовательном портале “ZiyoNet” (www.ziynet.uz).

Научный руководитель: **Ходжиева Дилбар Таджиевна**
доктор медицинских наук

Официальные оппоненты: **Туруспекова Сауле Тлеубергеновна**
доктор медицинских наук, профессор
(Республика Казахстан)

Джурабекова Азиза Тахировна
доктор медицинских наук, профессор

Ведущее учреждение: **Ташкентская медицинская академия**

Защита диссертации состоится «_____» _____ 2021 года в _____ часов на заседании Научного совета по присуждению ученых степеней PhD.04/13.05.2020.Tib.93.02 при Бухарском государственном медицинском институте (Адрес: 200118, г. Бухара, ул. Навои, дом 1. Тел/факс: +99865 223 00-50, Веб-сайт: www.bsmi.uz, E-mail: buhme@mail.ru).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Бухарского государственного медицинского института (зарегистрирована за №_____). (Адрес: 200118, г. Бухара, ул. Навои, дом 1. Тел/факс: +99865 223 00-50, Веб-сайт: www.bsmi.uz, E-mail: buhme@mail.ru).

Автореферат диссертации разослан «_____» _____ 2021 года
(реестр протокола рассылки № _____ от «_____» _____ 2021 года).

Г.А. Ихтиярова
Председатель научного семинара при
Научном совете по присуждению
ученых степеней, доктор медицинских
наук, профессор

С.С. Пулатов
Ученый секретарь Научного совета по
присуждению ученых степеней,
кандидат медицинских наук, доцент

Г.А. Ихтиярова
Председатель научного семинара при
Научном совете по присуждению
ученых степеней, доктор медицинских
наук, профессор

ВВЕДЕНИЕ (Аннотация диссертации (PhD) доктора философии)

Актуальность и востребованность темы диссертации. В мире острое нарушение мозгового кровообращения на фоне инфаркта миокарда является одним из самых сложных и тяжелых осложнений современной неврологической практики, а связанная с этим смертность пациентов является одним из важных факторов, которые необходимо изучать в современной неврологии. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) «... к 2030 г. прогнозируется рост смертности от инсульта во всем мире до 7,8 млн. человек в год, в случае если не будет предпринято активных глобальных мер по борьбе с этой эпидемией...»¹. Частота ОНМК при инфаркте миокарда (ИМ) колеблется от 1,3% до 12,8%, чаще это наблюдается в остром периоде заболевания, сам ишемический инсульт (ИИ) определенной локализации может явиться причиной развития сердечных осложнений.

Во всем мире в глобальном масштабе проводятся исследования по изучению факторов риска и клинико-функциональных особенностей сочетания ишемического инсульта с инфарктом миокарда с целью разработки алгоритма сравнительной диагностики и доклинического прогноза пациентов в острой фазе заболевания. В случае сочетания инфаркта миокарда и инсульта сложность диагностики часто связана с более выраженным проявлением мозговых симптомов, и в этом случае успех в предотвращении осложнений со стороны сердца и мозга зависит от своевременного и точного выявления факторов риска с использованием современных методов диагностики. Крайне важным является изучение предикторов развития сочетания инсульта и ИМ, что подчеркивает необходимость дальнейших исследований.

В нашей стране, за годы независимости, качественно улучшился уровень оказания медицинской помощи населению, осуществлены целенаправленные широкомасштабные меры для эффективного лечения заболеваний, внедрены современные технологии, позволившие получить ощутимые положительные результаты. В диагностике и лечении ишемического инсульта в сочетании с инфарктом миокарда, также выполнены широкоплановые программные мероприятия, в результате которых установлены диагностические критерии, которые важны для оценки прогноза заболевания. В настоящее время, согласно Стратегии действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан в «...2017-2021 годах, намечается дальнейшее улучшение оказания медицинской помощи населению страны, в том числе и при ишемических инсультах в пожилом возрасте...»².

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит решению задач, предусмотренных в №УП-4947 от 7 февраля 2017 года «О

¹ WHO. World health statistics, 2013; WHO.Hearts: technical package for cardiovascular disease management in primary health care, 2018

² Постановление Президента Республики Узбекистан №ПП-4947 «О Стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан»//www.lex.uz

стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан на 2017-2021 годы», №ПП-3071 от 20 июня 2017 года «О мерах по дальнейшему развитию оказания специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы», № УП-5590 от 7 декабря 2018 года «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения республики Узбекистан», №УП-3925 от 30 августа 2018 года «О мерах по улучшению неврологической помощи населению», а также в других нормативно-правовых документах, принятых в данной сфере.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий Республики. Данное исследование выполнено в соответствии с приоритетными направлениями развития науки и технологии Республики Узбекистан – VI «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. Всемирные ученые подчеркивают, от 2% до 6% больных умирают от кардиальной причины в первые 3 месяца после ИИ (Чеснокова Л.Ю. и соавт., 2019; Chen Z. et al., 2020). В последнее десятилетие большое внимание исследователей привлекает изучение проблем на стыке двух областей знаний, примером тому является кардионеврология, изучающая взаимосвязь работы сердца и мозга в норме и при патологии, в частности при таких социально значимых заболеваниях, как церебральный инсульт и инфаркт миокарда (ИМ). По наиболее достоверным данным ученых, сам ИИ определенной локализации может явиться причиной развития сердечных осложнений (Душчанов Ш.Б., 2012; Фоякин А.В., Гераскина Л.А., Шандалин В.А., 2016; Муллабаева Г.У., 2018; Kitagawa K. et al., 2020).

По данным ученых в мире ежегодно у 6 миллионов человек случается инсульт. Проблема инсульта стоит очень остро в связи со значительной частотой его развития, высоким процентом инвалидизации и смертности. Среди причин развития острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК), согласно концепции патогенетической гетерогенности ишемического инсульта (ИИ), патология сердца занимает одно из ведущих мест (Гудкова В.В., 2012; Чичкова М.А. и соавт., 2016; Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В., 2017). В многих исследованиях с помощью современных методов исследования сосудов и сердца более чем у 70% пациентов выявлены различные сердечные изменения, которые не только выступают как причина инсульта, но и влияют на его течение. Особенно опасны, прогностически неблагоприятны случаи сочетания ИМ и инсульта (Дзизинский А.А., и соавт., 2013; Buono A, Gori T., 2019).

По данным отечественных ученых, частота ОНМК при ИМ колеблется от 1,3% до 12,8%, чаще это наблюдается в остром периоде заболевания, в первые 2 недели. Инвалидность после инсультов в Узбекистане составляет 83,8%. В Узбекистане ежегодно регистрируется более 60 тысяч случаев инсульта, при этом процент госпитальной летальности составляет 17,3% (Асадуллаев М.М., Вахабова Н.М., 2017; Махкамова Н.У., 2019; Абдуллаева М.Б., 2020). В 2017 году в общей структуре причин смертности первое место занимали болезни системы кровообращения, основными причинами которых

являются ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертония и их осложнения (инфаркт миокарда, мозговой инсульт и др.) (Махсумов М. Д. ва ҳаммуал., 2015; Ҳайдарова Д.К., 2017; Ҳайдаров Н.К., 2019).

Несмотря на успехи в диагностике и лечении ОМНК и ОИМ в Узбекистане в силу их разрозненного характера многие вопросы остались за рамками исследований, что не позволяет представить целостную картину (Уринов М.Б., 2018; Турсунов Х.М., 2020; Рахматова Д.Б., 2021). Особенно мало изучены вопросы комплексной реабилитации больных в различных стадиях инсульта и инфаркта, не изучены и не разработаны методы и способы реабилитационных мероприятий в условиях ПМСП, стационарах, отделениях реанимации и интенсивной терапии, в санаториях, меры по оздоровления больных на различных этапах оказания им медицинской помощи больным. В настоящее время догоспитальная помощь и уровень госпитализации остаются неудовлетворительными повсеместно, даже в крупных городах.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в соответствии с планом научно-исследовательских работ Бухарского государственного медицинского института №03.2019.PhD.048 по теме: «Разработка новых подходов ранней диагностики, лечения и профилактики предпатологических и патологических состояний организма в условиях жаркого климата Бухарского региона» (2017-2021 г.).

Целью исследования: выявление факторов риска и клинико-функциональных особенностей развития острого ишемического инсульта у больных с острым инфарктом миокарда.

Задачи исследования:

определить ведущие факторы риска развития ишемического инсульта в сочетании с инфарктом миокарда с учетом биохимической характеристики;

дифференцировать характеристику клинической картины и биохимических изменений ишемического инсульта в сочетании с инфарктом миокарда с учетом гендерных различий, патогенетического подтипа инсульта;

изучить особенности ишемических очагов головного мозга у больных с ишемическим инсультом в сочетании с инфарктом миокарда;

установить особенности центральной и церебральной гемодинамики по данным ультразвукового исследования у больных с ишемическим инсультом в сочетании с инфарктом миокарда;

разработать критерии для выделения группы высокого риска развития сочетания ишемического инсульта и инфаркта миокарда и разработать дифференцированный подход к ведению пациентов в остром периоде.

Объектом исследования являются больные женского и мужского пола с ИИ и ИМ в остром периоде, проходивших лечение в условиях Бухарского филиала Республиканского научно-исследовательского центра экстренной помощи.

Предметом исследования явились результаты клиничко-неврологических, лабораторных, нейровизуализационных исследований.

Методы исследования. Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использованы общеклинические, лабораторные и инструментальные методы исследования.

Научная новизна исследования:

выявлена комбинация наиболее важных факторов риска, приводящих к совместному развитию ишемического инсульта и инфаркта миокарда;

доказаны наиболее значимые факторы риска, в совокупности способствующие сочетанному развитию ишемического инсульта и инфаркта миокарда: желудочковая экстрасистолия, хроническая сердечная недостаточность, постинфарктный кардиосклероз, мерцательная аритмия; доказана прогностическая значимость утолщения комплекса интима – медиа и извитости каротидных и позвоночных артерий;

определена большая частота деформаций сонных и позвоночных артерий у больных с одновременным развитием ишемического инсульта и инфаркта миокарда и установлен вклад гемодинамического фактора в развитие инсульта при инфаркте миокарда;

определение наличия палочкоядерных нейтрофилов, лейкоцитоза со сдвигом формулы влево, ускоренной скорости оседания эритроцитов в общем анализе крови, повышение уровня креатинфосфокиназы, лактатдегидрогеназы, аспартатаминотрансферазы в биохимическом анализе крови больных с ишемическим инсультом говорит о необходимости их включения в группу высокого риска развития комбинации инсульта и инфаркта миокарда;

обоснованы дифференцированные подходы к ведению пациентов с учетом риска развития ишемического инсульта в сочетании с инфарктом миокарда.

Практическая значимость работы:

рекомендуется при сборе жалоб у пациентов с ишемическим инсультом обращать внимание на наличие жалоб на общую слабость, боли в грудной клетке, учитывать возможность анозогнозии и отсутствие жалоб из-за тяжести состояния, что характерно для сочетания инсульта с инфарктом миокарда.

при сборе анамнестических сведений у пациентов с ишемическим инсультом следует выявлять комплекс факторов риска развития комбинации инсульта и инфаркта миокарда (постинфарктный кардиосклероз, хроническая сердечная недостаточность, нарушения ритма сердца) и при их наличии включать больных в группу высокого риска.

при проведении обследования больного с ишемическим инсультом и выявлении у него тяжелого состояния, расстройства сознания, психомоторного возбуждения, выраженного неврологического дефицита с гемиплегией, парезом взора, афазией или анозогнозией с учетом факторов риска развития комбинации инсульта и инфаркта миокарда показано

усиленное кардиологическое обследование и более длительное наблюдение в палате интенсивной терапии.

при проведении ультразвукового дуплексного сканирования следует учитывать, что обнаружение патологической извитости каротидных и позвоночных артерий, утолщение комплекса интима – медиа более 1,3 мм имеют большую прогностическую значимость при одновременном развитии ишемического инсульта и инфаркта миокарда, что требует отнести больного к группе высокого риска.

обнаружение супратенториальных больших и обширных ишемических очагов по данным компьютерной томографии, снижение фракции выброса левого желудочка и скорости кровотока по внутренним сонным артериям должно нацеливать на поиск у пациента с ишемическим инсультом возможного сочетания с инфарктом миокарда.

выделение больных группы высокого риска развития комбинации инсульта и инфаркта миокарда с использованием прогностических таблиц должно индуцировать усиленный кардиомониторинг и более длительное пребывание пациентов в палате интенсивной терапии.

Достоверность результатов исследования обосновывается применением современных методов и подходов, соответствие теоретических данных с полученными результатами, достаточным количеством больных, а также достоверностью полученных результатов по данным клинико-неврологических и статистических исследований, сопоставлением вопросов диагностики и лечебной тактики с данными отечественных и зарубежных исследователей, подтверждением результатов и выводов полномочными структурами.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Научная значимость результатов исследования заключается в разработке прогностических критерий для выделения группы риска больных по развитию сочетанного течения ишемического инсульта и инфаркта миокарда. Дополнены патогенетические механизмы развития комбинации ишемического инсульта и инфаркта миокарда, характеризующиеся сочетанием наличия палочкоядерных нейтрофилов, лейкоцитоза со сдвигом формулы влево, ускоренной скорости оседания эритроцитов в общем анализе крови на фоне повышения уровня креатинфосфокиназы, лактатдегидрогеназы, аспартатаминотрансферазы. Проведение взаимообуславливающих инструментальных и лабораторных исследований позволяет оптимизировать дифференциально-диагностический алгоритм с учетом риска развития ишемического инсульта в сочетании с инфарктом миокарда.

Практическая значимость результатов исследования заключается в том, что в практическое здравоохранение представлены данные факторного анализа выделения больных группы высокого риска развития комбинации инсульта и инфаркта миокарда с использованием прогностических таблиц должно индуцировать усиленный кардиомониторинг и более длительное пребывание пациентов в палате интенсивной терапии, что будет

способствовать повышению качества жизни больных на 15,2%, снижению частоты летальности в 1,6 раз.

Внедрение результатов исследования. На основании полученных научных результатов по изучению клинико-неврологических особенностей сочетанного развития острого ишемического инсульта и инфаркта миокарда:

утверждены методические рекомендации «Способ прогнозирования развития острого ишемического инсульта у больных с инфарктом миокарда», разработанные на основе научных результатов клинических и инструментальных методов исследования (справка Министерства здравоохранения №8н-р/911 от 12.10.2021 г.). Результаты исследования позволили оптимизировать диагностику, сократить продолжительность лечения и профилактику осложнений сочетания ишемического инсульта и миокарда инфаркта;

утверждены методические рекомендации «Способ определения группы риска развития острого ишемического инсульта при остром инфаркте миокарда», разработанные на основе научных результатов (справка Министерства здравоохранения №8н-р/811 от 12.10.2021г.). Результаты внедрения позволили повысить точность и ускорить своевременную диагностику комбинации инфаркта миокарда и ишемического инсульта и повысить эффективность терапии;

полученные результаты внедрены в практическую деятельность Бухарского городского медицинского объединения, Бухарского районного медицинского объединения, частной клиники “Кармэн плюс” и “Мехригиё-шифо” г. Бухары (Заключение Министерства здравоохранения №8н-з/389 от 28 октября 2021г). Внедрение полученных результатов в практическую деятельность улучшило выбор методов диагностики, терапии и профилактики ишемического инсульта в сочетании с инфарктом миокарда, способствовало сокращению продолжительности лечения и количества осложнений.

Апробация полученных результатов. Результаты научного исследования доложены и обсуждены на 4 научно-практических конференциях, в частности в частности 2-х международных и 2 республиканском семинарах и конгрессах.

Опубликованность результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 16 научных работ: из них 7 журнальных статей, в том числе 5 – в журналах РУз и 2 – в зарубежных журналах, рекомендованных ВАК РУз для публикации основных научных результатов диссертации.

Объем и структура диссертации. Диссертационная работа состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы. Объем диссертации составляет 120 страницу.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обоснованы актуальность и востребованность темы диссертации, сформулированы цель и задачи, объект и предмет

исследования, приведено соответствие исследований приоритетным направлениям развития науки и технологий Республики Узбекистан, а также международный обзор по научной работе, изложены научная новизна и практическая значимость исследований, раскрыты теоретическая, практическая необходимость полученных результатов, даны сведения по внедрению результатов исследований в практическое здравоохранение, опубликованным работам и структуре диссертации.

В первой главе диссертации **«Факторы риска, клиническая картина и диагностика ишемического инсульта в сочетании с инфарктом миокарда (обзор литературы)»** проанализированы теоретические аспекты факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, синдромология при комбинации инсульта и инфаркта миокарда, инструментальные и лабораторные методы диагностики ишемического инсульта в сочетании с инфарктом миокарда, систематизированы исследования, посвящённые современным методам диагностики и лечения. Обзор литературы за последние 10 лет показал множество преимуществ и недостатков существующих методов, а также определил нерешенные или требующие уточнения стороны изучаемой проблемы.

Во второй главе диссертации **«Методы обследования больных ишемическим инсультом на фоне инфаркта миокарда»** рассмотрены основные вопросы, посвященные общей характеристике клинического материала и методов (ультразвуковые, нейровизуализационные) исследования, а также методы статистической обработки полученных результатов. Исследование основано на клинико-неврологическом, инструментальном и лабораторном анализе 142 больных, из них 102 пациента составили ОГ с ИИ и ИМ, средний возраст – $72,3 \pm 5,66$ года. В КГ вошли 40 человек с ИИ без ИМ, средний возраст – $70,8 \pm 6,42$ года.

Критерии включения в КГ: 1) ИИ без инфаркта миокарда; 2) подтипы ИИ – в соответствии диагностическому ряду ОГ; 3) возраст больных старше 60 лет – соответственно среднему возрасту больных ОГ.

У большинства он произошел одновременно с ИИ, но при этом сроки выявления ИМ и ИИ были разными: у 43 больных ИМ диагностирован при поступлении одновременно с инсультом (42,16%), 18 больным инсульт диагностирован на следующий день или на 2–3 дня позже установления диагноза ИМ (17,64%), в 41 случаях ИМ выявлен на 3–14-й день инсульта (40,20%). Соответственно этому мы выделили 3 подгруппы: кардиоцеребральная (КЦ) (ИМ поставлен до ИИ), цереброкардиальная (ЦК) (ИИ поставлен до ИМ) и с одновременным развитием ИИ и ИМ, диагностированным при поступлении (ПП).

У большинства пациентов констатировали ИМ с зубцом Q— 78 случаев (76,47%). ИМ без зубца Q-диагностирован у 24 (23,53%) пациентов. Для 45 (44,12%) больных это был повторный ИМ.

Летальный исход наступил в 74 случаях (72,55%), при этом у 53 обследованных был ИМ с зубцом Q (71,62%), у остальных 21 – ИМ без зубца Q (28,38%).

При комплексном клиническом обследовании применялись неврологические, лабораторные, ультразвуковые и нейровизуализационные методы, а также использовалась форматизированная документация с подробным изложением жалоб, анамнестических сведений, субъективных и объективных признаков болезни, данных параклинических исследований.

Для диагностики ОНМК и ИМ в соответствии со стандартом ведения больных использовались следующие методы: общий и биохимический анализ крови (ОАК), определение активности аспартатаминотрансферазы (АСТ), аланинаминотрансферазы (АЛТ), лактатдегидрогеназы (ЛДГ), креатинфосфокиназы (КФК), уровня креатинина, холестерина и его фракций, глюкозы в крови, мочевины. Свертывающую систему крови исследовали с изучением времени свертываемости, МНО, ПТИ, АЧТВ.

Также больным проведены ультразвуковая доплерография экстракраниальных сосудов, дуплексное сканирование с цветовым доплеровским картированием МАГ и ЭхоКГ на ультразвуковом аппарате с доплерографией и с функцией дуплексного сканирования, ЭКГ.

Статистический анализ осуществляли при помощи пакета прикладных лицензионных программ «Statistica 6.0», «Microsoft Office 2016». Статистический анализ результатов проводился в соответствии с общепринятыми методиками вариационной статистики.

В третьей главе диссертации **«Факторы риска у больных с ишемическим инсультом в сочетании с инфарктом миокарда»** описаны прогностическая значимость каждого из факторов риска ССЗ и их совокупности изучены с помощью анализа С. Кульбака.

Прогностически значимыми для развития комбинации ИИ и ИМ оказались ХСН (ПК – +5,44; Iк – 2,82), ПИКС (ПК – +4,91; Iк – 0,62), ЖЭ (ПК – +3,31, Iк 0,93), МА – (ПК – +2,92; Iк – 0,53), в сумме они составили +16,58, что превысило прогностический порог +13. Другие факторы, такие, как ГБ (ПК – +0,26; Iк – 0,21), ГЛЖ (ПК – +0,92, Iк – 0,21), дислипидемия (ПК – +0,63, Iк – 0,05) имели более низкий ПК, что позволило рассматривать их как фоновые признаки, информативность которых в развитии комбинации ИИ и ИМ актуальна только в сочетании с другими факторами.

Как показал анализ с учетом гендерных различий, прогностически значимыми факторами сочетания ИИ и ИМ являются для женщин в первую очередь ЖЭ (ПК – +9,22; Iк – 2,92), ПИКС (ПК – +7,34; Iк – 2,26), ХСН (ПК – +5,24; Iк – 2,52), МА (ПК – +2,61; Iк – 0,72), при этом наиболее высокий Iк – 2,92 имеет ЖЭ. Прогностически значимыми факторами развития комбинации ИИ и ИМ у мужчин являются: ЖЭ (ПК – +7,13; Iк – 1,32), ХСН (ПК – +5,92; Iк – 3,83), ПИКС (ПК – +4,11; Iк – 1,21), МА (ПК – +2,33; Iк – 0,52) с наиболее высоким Iк по ХСН (рис. 1).

Таким образом, изучение гендерных и возрастных факторов у обследованных показало, что комбинация инсульта и ИМ чаще встречается у женщин старше 70 лет. Мужчины реже подвержены этой сочетанной патологии, их средний возраст на 10 лет меньше, чем средний возраст у женщин.

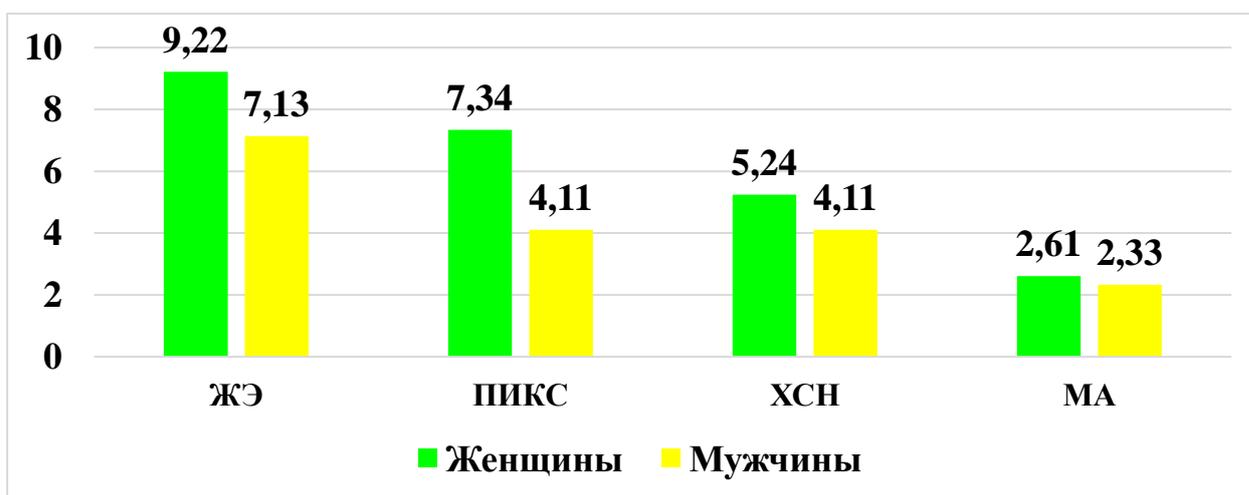


Рис. 1. ПК значимых факторов риска комбинации ИИ и ИМ в зависимости от пола

Для развития сочетания ИИ и ИМ имеет значение наличие у одного больного кроме наследственной отягощенности, ГБ и дислипидемии суммы таких факторов риска, как ХСН, ПИКС, ЖЭ и МА.

Установлены гендерные различия в прогностически значимых факторах риска сочетания инсульта и ИМ: для женщин – возраст старше 70 лет, ЖЭ, ПИКС, ХСН и МА, длительность ГБ более 17 лет, дислипидемия; для мужчин – возраст старше 60 лет, ХСН, ЖЭ, ПИКС, МА, ГЛЖ, курение, длительность ГБ более 7 лет.

ИМ в анамнезе, ЖЭ и ХСН являются факторами риска развития сочетания ИМ и инсульта как у мужчин, так и у женщин.

В четвертой главе «Клиническая картина ишемического инсульта в сочетании с инфарктом миокарда» рассматриваются вопросы изучения клинической картины больных ОГ включало исследование субъективной и объективной симптоматики в сравнении с таковой у лиц ГС с учетом гендерных различий и первоочередности инсульта или ИМ.

Очаговая симптоматика у больных обеих групп была преимущественно полушарной и свидетельствовала о поражении коры и подкорковой области. У пациентов ОГ наиболее часто встречался центральный парез мимической мускулатуры (90,20%). На втором месте – анизорефлексия (82,35%), на третьем – патологические пирамидные рефлексy (71,57%), и то и другое было проявлением центрального гемипареза или гемиплегии.

При сопоставлении очаговой неврологической симптоматики в гендерном аспекте установлено, что у женщин ОГ статистически достоверно чаще, чем у мужчин, встречалась совокупность симптомов: парез зрения, языка, афазия, гемиплегия и гемианестезия, что может свидетельствовать о большей тяжести инсульта и обширности поражения. При учете суммарной частоты тяжелых двигательных нарушений, таких как гемиплегия и парез зрения, получено статистически достоверное их преобладание у женщин ОГ (93,10% против 54,55% у мужчин, $p < 0,001$).

При анализе часто встречаемых жалобах, выявлены следующие показатели (табл.1)

Таблица 1

Жалобы больных ОГ и КГ

Жалобы	ОГ						КГ					
	Женщины (n = 58)		Мужчины (n = 44)		Всего (n = 102)		Женщины (n = 24)		Мужчины (n = 16)		Всего (n = 40)	
	1		2		3		4		5		6	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Головная боль	10	17,2	1	2,3	11	10,8	10	41,7	6	37,5	17*	42,5
Общая слабость	9	20,5	15	25,9	23*	22,6	2	8,3	–	–	2	5,0
Боль в груди	7	12,1	6	13,6	13*	12,8	–	–	–	–	–	–
Слабость в руке и ноге	27	46,6	27	61,4	54	52,9	16	66,7	13	81,3	29	72,5
Нарушение чувствительности	8	13,8	6	13,6	14	13,7	4	16,7	4	25,0	8	20,0
«Перекося» лица	10	17,2	21	47,7	31	30,4	5	20,8	6	37,5	11	27,5
Нарушения речи	22	37,9	21	47,7	43	42,2	13	54,2	8	50,0	21	52,5
Головокружение	3	5,2	6	13,6	9	8,8	4	16,7	3	18,8	7	17,5
Нарушение координации	3	5,2	6	13,6	9	8,8	4	16,7	3	18,8	7	17,5
Шаткость при ходьбе	2	3,5	4	9,1	6	5,9	5	20,8	6	37,5	11	27,5
Тошнота, рвота	3	5,2	2	4,6	5	4,9	–	–	–	–	–	–
Жалоб нет из-за состояния	25*	43,1	11	25,0	36*	35,3	3	12,5	2	12,5	5	12,5

*Примечание. Статистическая значимость различий: * – $p < 0,05$.*

Значительно реже у больных ОГ встречались такие симптомы поражения ВБС, как дисфагия (9,80%), нистагм (6,86%), анизокория (5,88%), диплопия (2,94%), гемианопсия (1,96%), что не имело достоверных отличий от таковых в КГ.

Больные с КЭИ преобладали (72 больных (70,6%) – в ОГ и 26 больных (65,00%) – в ГС). На втором месте по частоте в ОГ был ГДИ – 12 (11,7%), эта группа включала больных с признаками падения параметров центральной гемодинамики (низким АД, брадикардией): у 8 больных (8,7 %) диагностирован АТ. На третьем месте был ЛИ – у 10 больных (9,80%). Число больных в подгруппах с различными подтипами соответствовало таковому в КГ. При изучении факторов риска развития комбинации ИИ + ИМ в подгруппе с КЭИ установлено, что достоверно чаще в ОГ встречались ХСН ($p < 0,001$) и ПИКС ($p < 0,01$). По остальным факторам риска у больных с КЭИ (СД, дислипидемия, ожирение, курение, МА, ЖЭ) достоверных отличий с ГС не установлено.

ИИ в ОГ произошел у 48 (47,06%) больных в левой гемисфере (у 45 (44,12%) – в бассейне СМА и у 3 (2,94%) – в бассейне ЗМА) и у 45 (44,12%) пациентов – справа (у 43 (42,16%) – в бассейне СМА и у 2 (1,96%) – в бассейне ЗМА), у 9 (8,82%) больных инсульт произошел в ВБС. Таким

образом, статистически достоверного превалирования левосторонней локализации КЭИ у больных ОГ не установлено. В ГС также латерализации КЭИ не обнаружено (у 19 (47,50%) пациентов – с левополушарной и у 18 (45,00%) – с правополушарной локализацией очага инсульта в бассейне СМА), 3 (7,50%) больных имели инсульт в ВБС. Следовательно, пациенты с КЭИ ОГ и ГС были сопоставимы по локализации и латерализации ИИ.

Более чем у половины пациентов ОГ с КЭИ имелась гемиплегия, у трети больных выявлялся парез зрения. О большей тяжести инсульта у пациентов ОГ свидетельствовали показатели шкал NIHSS, ШР, ШМР, ШКГ (табл. 2).

Таблица 2

Показатели шкал больных с КЭИ ОГ и КГ

Шкалы	ОГ			КГ		
	Женщины (n = 39)	Мужчины (n = 33)	Всего (n = 72)	Женщины (n = 16)	Мужчины (n = 10)	Всего (n = 26)
	1	2	3	4	5	6
NIHSS	18,4±5,32	15,6±6,17	17,1±5,8 **	7,35±2,19	8,3±2,56	7,9±2,55
ШР	4,6±0,54	3,8±0,73	4,2±0,65**	3,4±0,78	3,29±0,29	3,3±0,57
ШМР	1,1±0,82	2,5±2,21	1,8±1,53 **	3,5±2,46	3,3±2,12	3,3±2,18
ШКГ	12,5±3,21	13,2±2,46	13,1±2,16*	14,6±0,86	14,5±0,68	14,6±0,65

*Примечание. Статистическая значимость различий: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$*

У 9 больных (12,50%) ОГ с КЭИ произошла геморрагическая трансформация ИИ (у 5 мужчин и у 1 женщины), в 3 случаях наступил летальный исход.

Отек легких выявлен у 10 пациентов (13,89%), ТЭЛА – у 4 (5,56%) ОГ. СПОН диагностирован 9 больным (12,50%), почти у половины пациентов с КЭИ в ОГ развилась пневмония – у 34 человек (47,22%). У 58 больных (80,56%) наступил летальный исход в среднем через 7,8±5,25 дня, причем у 25 пациентов (34,72%) – в день госпитализации или на 2–3-й день. Причиной летального исхода чаще была комбинация ИИ и ИМ.

В КГ летальных исходов не было, осложнение в виде пневмонии развилось у 6 больных (23,08%).

Клиническая картина у больных ОГ с ГДИ и ЛИ изучена в сравнении с таковой у лиц КГ. Выраженные нарушения центральной гемодинамики (ГДИ) диагностированы у 12 (11,67%) пациентов ОГ – 5 (8,62%) женщин и 7 мужчин (15,91%), средний возраст – 68,3±6,9 года. В КГ этот подтип ИИ диагностирован 6 больным (5 женщин и 1 мужчина), их возраст был сопоставим – 70,8±5,17 года. Таким образом, в обеих группах преобладали женщины. Нами не установлено статистически достоверных различий между ОГ и КГ. Однако при сравнении показателей клинической картины ГДИ и ЛИ внутри ОГ получены достоверные данные, свидетельствующие, что ЛИ протекал легче. Это подтвердилось и при изучении очаговой симптоматики (табл. 3).

Таблица 3

**Очаговая неврологическая симптоматика у больных
ОГ и КГ с ЛИ и ГДИ**

	ОГ				КГ			
	ГДИ (n = 12)		ЛИ (n = 10)		ГДИ (n = 6)		ЛИ (n = 5)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Парез взора	5	41,67	–	–	1	16,67	–	–
Асимметрия НГС	12*	100,0	10	100	3	33,33	1	20,0
Девияция языка	7	58,33	7	70,00	3	60,0	1	20,0
Легкий гемипарез	1	8,33	6	60,00	2	40,0	3	60,0
Умеренный гемипарез	4	33,33	3	30,00	2	40,0	2	40,0
Глубокий гемипарез и гемиплегия	8*	66,67	1	10,00	1	2,0	–	–
Анизорефлексия	9	75,00	7	70,00	4	80,0	3	60,0
Патологические пирамидные рефлексы	10*	83,33	3	30,00	2	40,0	2	40,0
Гемиянестезия	5	41,67	2	20,00	1	20,0	–	–
Дизартрия	6	50,00	5	50,00	2	40,0	1	20,0
Афазия	2	16,67	–	–	3	60,0	–	–

*Примечание. Статистическая значимость различий: * – $p < 0,05$.*

Из таблицы 3 видно, что в подгруппе с ГДИ статистически достоверно чаще, чем в КГ и в подгруппе с ЛИ (ОГ), встречались такие тяжелые двигательные нарушения, как гемиплегия и глубокий гемипарез, парез взора ($p < 0,05$). Подсчет баллов по шкалам показал, что у пациентов ОГ с ГДИ был тяжелый инсульт, сумма баллов по шкале NIHSS статистически достоверно выше ($p < 0,05$), чем у больных с ЛИ (ОГ) и у пациентов ГС.

Инсульт у 8 пациентов с ГДИ осложнился пневмонией (66,67%). Летальный исход наступил у 7 (58,33%) больных в сроки от 1–9 дней, и у 1 (8,33%) больного – через 19 суток. В группах с ЛИ осложнений не было. Все больные с ЛИ и 4 пациента с ГДИ ОГ были выписаны из стационара с улучшением для дальнейшей реабилитации, так же как все пациенты КГ.

Таблица 4

Показатели шкал больных ОГ и КГ с ГДИ и ЛИ

Шкалы	ОГ		КГ	
	ГДИ (n = 12)	ЛИ (n = 10)	ГДИ (n = 6)	ЛИ (n = 5)
	1	2	3	4
NIHSS	17,8 ± 6,38*	8,7 ± 5,07	7,1 ± 3,28*	5,4 ± 2,46
ШР	4,6 ± 0,87*	3,3 ± 0,95	3,2 ± 0,51*	3,0 ± 0,68
ШМР	2,23 ± 0,95**	5,2 ± 3,95	5,2 ± 1,29	5,0 ± 3,48
ШКГ	9,5 ± 2,39**	14,5 ± 1,48	15,1 ± 0,0**	15,0 ± 0,0

*Примечание. Статистическая значимость различий: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$.*

Таким образом, проведенный анализ клинической картины инсульта в сочетании с ИМ у больных сГДИ и ЛИ показал большую тяжесть ГДИ, который начинался с расстройства сознания и развивался до сопора и комы, проявлялся психомоторным возбуждением с выраженной очаговой неврологической симптоматикой, быстрым развитием пневмонии и летальным исходом у двух третей больных. ЛИ в комбинации с ИМ также протекал тяжелее, чем без ИМ, но летальных исходов у этих больных не было.

Пятая глава «**Диагностические инструментальные и лабораторные исследования при ишемическом инсульте в сочетании с инфарктом миокарда**» посвящена изучению в сравнительном аспекте инструментальных и лабораторных данных. Результаты ОАК, взятых у больных при поступлении в стационар, показали достоверные различия в ОГ и КГ по таким параметрам, как СОЭ ($p < 0,01$), наличие палочкоядерных нейтрофилов ($p < 0,01$), количество лейкоцитов ($p < 0,05$). Индекс Кребса (отношение количества нейтрофилов к числу лимфоцитов) в ОГ составил $8,6 \pm 7,75$, достигая значений выше 5 у 65 пациентов ОГ (63,73%). В группе сравнения индекс Кребса был $5,9 \pm 4,5$, что ниже, чем в ОГ, значения выше 5 выявлены у 16 больных КГ (40,00%), это было достоверно реже, чем в ОГ ($p < 0,02$). По количеству эозинофилов различий не было.

Наиболее выраженные изменения лейкоцитарной формулы крови были у пациентов с ГДИ, получены статистически достоверные различия с подгруппой ЛИ по количеству лейкоцитов ($p < 0,01$). СОЭ была выше также у больных с ГДИ, у пациентов этой подгруппы было выявлено наибольшее количество палочкоядерных нейтрофилов, свидетельствующее о сдвиге лейкоцитарной формулы влево ($p < 0,05$). Воспалительные изменения в крови связаны с наличием ИМ и пневмонии, которая была диагностирована у 66,67% больных этой подгруппы.

Результаты биохимического анализа крови по многим показателям не имели различий между ОГ и ГС. Так, гипергликемия была выявлена у пациентов обеих групп, особенно высоким оказался уровень глюкозы у женщин обеих групп. Данный анализ был проведен у всех больных в день поступления, т.е. в острейший период инсульта, а в ОГ – и ИМ.

В группе ОГ были резко повышены уровень КФК и ЛДГ, свидетельствующие о неспецифической реакции тканевого некроза, что может иметь место не только при ИМ, но и при тяжелом инсульте. Повышение у больных ОГ уровня АСТ является патогномичным для ИМ. Высокий уровень мочевины в крови у больных ОГ свидетельствует о снижении ее фильтрации в почках в результате нарушения центральной гемодинамики и гипоперфузии ткани почек.

При сопоставлении результатов исследования гемостаза не получено достоверных различий между группами по многим параметрам. В обеих группах выявлены высокие растворимые фибрин-мономерные комплексы (РФМК, норма – до 4 мг/100 мл), характерные для активации свертывания крови. Это свидетельствует о высоком риске внутрисосудистого

тромбообразования. При этом у больных ОГ и КГ было несколько повышено тромбиновое время и время свертывания крови в ОГ ($p < 0,05$). Уровень фибриногена оказался несколько повышенным у женщин ОГ, что могло свидетельствовать о мутации генов в системе свертывания крови. У 10 (17,24%) женщин ОГ уровень фибриногена был выше 5,0 г/л.

Проведенные УЗДС продемонстрировали отличия сосудистой картины пациентов ОГ и КГ. В первую очередь обнаружено, что у больных ОГ часто встречаются деформации сосудов в виде извитости ОСА (38,24%), ВСА (38,24%) и ПА (44,12%) и утолщение КИМ – $1,3 \pm 0,19$ мм. Малый диаметр и гипоплазия ПА чаще встречались у больных ОГ. Скорость кровотока по ВСА была снижена у пациентов ОГ.

При проведении ЭхоКГ больным ОГ и КГ установлено достоверное отличие по показателю ФВ: $51,7 \pm 12,7$ – у пациентов ОГ и $63,29 \pm 11,3$ – в КГ ($p < 0,01$). По другим параметрам достоверных отличий не установлено.

Кроме этого, при данном обследовании у пациентов ОГ были выявлены зоны гипо- и акинезии миокарда как признак ИМ, аортальная регургитация – у 27 больных (26,47%), фиброз створок аортального клапана – у 47 (46,08%), недостаточность митрального клапана – у 44 (43,14%), дилатация всех полостей сердца – у 21 (20,59%), аневризма ЛЖ – у 14 (13,73%)

В КГ достоверно меньше было пациентов с обширными очагами (по результатам КТ) – у 6 (15,0%) ($p < 0,05$), размеры этих очагов были также меньше, чем в ОГ – $28,1 \pm 10,2$ мм; $77,3 \pm 21,2$ мм и $47,1 \pm 16,3$ мм соответственно ($p < 0,05$).

Большие очаги выявлены в ОГ у 21 пациента (20,59%), у 12 из них они располагались в правом полушарии, у 9 – в левом. Височно-теменная и височно-лобная локализация выявлена в 9 случаях (42,48%), лобно-теменная – в 7 (33,33%), затылочно-теменная и затылочно-височная – в 6 (28,57%). Средний размер очага составлял $38,1 \pm 19,07$; $33,1 \pm 13$ и $24,7 \pm 5,03$ мм соответственно, что достоверно меньше, чем в подгруппе с обширными очагами ($p < 0,05$).

Для решения вопроса об индивидуальном прогнозе – возможном риске развития комбинации «ИИ + ИМ» нами разработаны прогностические таблицы отдельно для мужчин и женщин, в которых суммируются ПК факторов риска, выявленных у обследованных больных ОГ (таблицы 5 и 6).

Таблица 5

Суммарный риск развития комбинации «ИИ + ИМ» у мужчин

Факторы	ГБ < 7 лет ПК + 0,8	ГБ > 7 лет ПК + 3,3	МА ПК + 2,3	ПИКС ПК + 4,1	ХСН ПК + 5,9	ЖЭ ПК + 7,1
ГБ < 7 лет	-	-	+3,2	+5,1	+6,4	+8,1
ГБ > 7 лет	-	-	56,1	+6,9	+8,9	+10,1
МА	+3,2	+5,4	-	+5,9	+7,8	+8,9
ПИКС	+5,1	+6,9	+6,3	-	+9,9	+10,9
ХСН	+7,1	+8,9	+7,8	+9,8	-	+12,9
ЖЭ	+8,1	+10,2	+9,5	+10,9	+12,9	-

МА + ПИКС	+6,9	+10,1	-	-	+11,9	+13,4
МА + ХСН	+8,9	+11,4	-	+11,9	-	+14,8
МА + ЖЭ	+9,8	+13,1	-	+13,4	+14,9	-
ПИКС + ХСН	+11,2	+12,9	+11,8	-	-	+16,9
ПИКС + ЖЭ	+11,9	+14,3	+13,2	-	+16,9	-
ХСН + ЖЭ	+14,1	+15,8	+14,9	+16,9	-	-

Кроме доказанных стратифицированных факторов риска нами выявлены дополнительные, которые имеют значение в случае одновременного развития ИИ и ИМ: извитость каротидных и позвоночных артерий, гипоплазия и малый диаметр позвоночных артерий, КИМ $\geq 1,3$ мм

Таблица 6

Суммарный риск развития комбинации «ИИ + ИМ» у женщин

Факторы	ГБ<17 лет ПК + 0,7	ГБ>17 лет ПК + 4,1	МА ПК + 2,6	ХСН ПК + 5,2	ПИКС ПК + 7,3	ЖЭ ПК + 9,2
ГБ < 17 лет	-	-	+3,3	+5,9	+8,0	+9,9
ГБ > 17 лет	-	-	+6,7	+9,3	+11,4	+13,3
МА	+3,3	+6,7	-	+7,8	+9,9	+11,8
ХСН	+5,9	+9,3	+6,4	-	+12,5	+14,4
ПИКС	+8	+11,4	+9,9	+12,5	-	+16,5
ЖЭ	+9,9	+13,3	+11,8	+14,4	+16,5	-
МА + ХСН	+8,5	+11,9	-	-	+15,1	+17
МА + ПИКС	+10,6	+14	-	+15,1	-	+19,1
МА + ЖЭ	+12,5	+15,9	-	+17	+19,1	-
ПИКС + ХСН	+13,2	+16,6	+15,1	-	-	+21,7
ХСН + ЖЭ	+15,1	+18,5	+17	-	+21,7	-
ПИКС + ЖЭ	+17,2	+20,6	+19,1	+21,7	-	-

Полученные нами данные также могут быть использованы для стратификации риска как при поступлении в стационар, так и в поликлинике для разработки мероприятий первичной и вторичной профилактики комбинации «ИИ + ИМ».

Заключение о высоком риске развития комбинации «ИИ + ИМ» устанавливается при достижении прогностического порога (+13 и выше). Сумма ПК меньше +6,5, говорит о низком риске развития комбинации.

Таким образом, изучение клинической картины инсульта при сочетании с ИМ с изучением факторов риска и данных лабораторных и инструментальных исследования, показало тесную взаимосвязь этих двух заболеваний, имеющих единую этиопатогенетическую основу. Развитие у одного больного сразу двух таких серьезных заболеваний не является простым сложением клинических картин инсульта и ИМ, а в результате взаимного отягощения формирует общую клиническую картину, для которой характерна не только выраженность неврологического дефицита, общая тяжесть состояния, но и очень высокая летальность. Клиническая картина, факторы риска, данные дополнительных обследований ориентируют специалистов, как кардиологов, так и неврологов, на углубленное изучение данной проблемы, что позволит в дальнейшем согласовать более

эффективную совместную тактику ведения, лечения, восстановления таких больных и разработать действенные методы профилактики.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. При сочетании ишемического инсульта, особенно кардиоэмболического подтипа, и инфаркта миокарда отмечается выраженные проявления гиперферментемии (значительное повышение уровня креатинфосфокиназы на 87,1%, аспартатаминотрансферазы на 32%, лактатдегидрогеназы на 62,5%), что отражает неспецифические реакции тканевого некроза, а также наличие признаков воспалительного процесса (нейтрофильный лейкоцитоз ($11,1 \pm 2,6$ и $8,7 \pm 2,9$; $P < 0,05$), сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение скорости оседания эритроцитов ($18,7 \pm 13,7$ и $14,8 \pm 10,8$ мм.рт.ст; $P < 0,05$)) и выраженная гиперферментемия на ранних периодах заболевания являются ведущими факторами риска развития сочетания ишемического инсульта и инфаркта миокарда.

2. Клиническими особенностями ишемического инсульта в сочетании с инфарктом миокарда являются выраженные общемозговые и очаговые неврологические расстройства: нарушение сознания, гемиплегия, выраженная афазия у 71 больных (50%), парез взора, анозогнозия – у 47 больных (33%), психомоторное возбуждение – у 17 больных (12,5%). У женщин наблюдалось более тяжелое течение инсульта на фоне инфаркта миокарда на 1,5 раза, чем у мужчин. Кардиоэмболический тип инсульта выявлен у 69% пациентов.

3. У пациентов с ишемическим инсультом в сочетании с инфарктом миокарда выявляются супратенториальные большие 20,6%, а у 45,1% – обширные ишемические очаги, превышающие по частоте и размеру очаги у больных без инфаркта миокарда (15% и 32,5% соответственно).

4. Особенности центральной и церебральной гемодинамики у больных с ишемическим инсультом и инфарктом миокарда является снижение фракции выброса левого желудочка (на 21,3%) и скорости кровотока по внутренним сонным артериям (на 32,3%), подтверждающее участие гемодинамического фактора в развитии инсульта. Наличие деформаций сонных и позвоночных артерий в виде извитости, утолщение комплекса интима – медиа сонных артерий (1,3 против 1,1 мм) у 65,2% пациентов чаще способствуют развитию ишемического инсульта одновременно с инфарктом миокарда.

5. По результатам клинического, биохимического и инструментального обследования пациентов с высоким риском развития сочетания ишемического инсульта и инфаркта миокарда, по расчету прогностического коэффициента риска инсульта у пациентов с острой сердечно-сосудистой патологией, разработан дифференцированный подход по ведению больных в остром периоде заболевания.

**SCIENTIFIC COUNCIL PhD.04/13.05.2020.Tib.93.02 ON AWARDING
SCIENTIFIC DEGREES AT THE BUKHARA STATE MEDICAL
INSTITUTE**

BUKHARA STATE MEDICAL INSTITUTE

SHADMANOVA SIDIKA KURBONOVNA

**CLINICAL AND FUNCTIONAL PREDICTORS OF THE DEVELOPMENT
OF ACUTE ISCHEMIC STROKE IN PATIENTS WITH ACUTE
MYOCARDIAL INFARCTION**

14.00.13– Neurology

ABSTRACT

of dissertation of doctor of philosophy (PhD) in medical sciences

Bukhara – 2021

The topic of the dissertation of the Doctor of Philosophy (PhD) in Medical Sciences is registered in the Higher Attestation Commission under the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan under No. B2021.4.PhD/Tib.2198

The doctoral dissertation was completed at the Bukhara State Medical Institute.

The abstract of the dissertation in three languages (Uzbek, Russian and English (summary)) is available on the website of the Science Council (www.bsmi.uz) and in the information and educational portal «ZiyoNet» (www.ziynet.uz).

Supervisor: **Xodjueva Dilbar Tadjievna**
Doctor of Medical Sciences

Official opponents: **Turuspekova Saule Tleubergenovna**
Doctor of Medical Sciences, professor
(The Republic of Kazakhstan)

Djurabekova Aziza Takhirovna
Doctor of Medical Sciences, professor

Lead institution: **Tashkent Medical Academy**

The defense of the dissertation will take place on “_____” of “_____”, 2021 at _____ at a meeting of the Scientific Council PhD04/13.05.2020.Tib.93.02 at the Bukhara State Medical Institute (Address: 200118, Bukhara, st.Navoi, house 1. Tel/fax: +99865 223 00-50, Website: www.bsmi.uz, E-mail: buhme@mail.ru).

The thesis can be found in the Information Resource Center of the Bukhara State Medical Institute (registered under No. _____). (Address: 200118, Bukhara, st. Navoi, house 1. Tel/fax: +99865 223 00-50, Website: www.bsmi.uz, E-mail: buhme@mail.ru).

Thesis abstract has been sent on “_____” of “_____”, 2021
(Mailing protocol register No. _____ from “_____” of “_____”, 2021).

G.A. Ikhtiyarova

Chairman of the Scientific Seminar of the scientific council on awarding of the scientific degrees, Doctor of medical sciences, professor

S.S. Pulatov

Scientific Secretary of the Scientific council on Award of Scientific degrees, Doctor of Philosophy, assistant professor

G.A. Ikhtiyarova

Chairman of the Scientific Seminar of the Scientific Council on awarding of the scientific degrees, Doctor of Medical Sciences, professor

INTRODUCTION (abstract of the PhD dissertation)

The aim of the research: To identify risk factors and clinical and functional features of ischemic stroke combined with myocardial infarction in order to substantiate additions to differential examination of patients in the acute period of the disease and develop an algorithm for individual preclinical prognosis.

The object of study: The objects of the study were female and male patients with MI and IS in the acute period of the disease.

Scientific novelty of the study is as follows:

the most significant risk factors that together contribute to the combined development of ischemic stroke and myocardial infarction were identified: ventricular extrasystole, chronic heart failure, postinfarction cardiosclerosis, atrial fibrillation; the prognostic significance of intima-media thickening and tortuosity of carotid and vertebral arteries was proved;

high frequency of carotid and vertebral artery deformities in patients with simultaneous ischemic stroke and myocardial infarction was shown, and the contribution of hemodynamic factor to stroke development in myocardial infarction was established;

the presence of stab neutrophils, leukocytosis with a shift of the formula to the left, accelerated erythrocyte sedimentation rate in the general blood test, increased levels of creatinephosphokinase, lactatedehydrogenase, aspartateaminotransferase in the biochemical blood test of patients with ischemic stroke indicate the need for their inclusion in the high risk group for the combination of stroke and myocardial infarction.

differentiated approaches to the examination of patients taking into account the risk of ischemic stroke combined with myocardial infarction were substantiated.

Implementation of the research results. Based on the obtained scientific results on the study of clinical and neurological features of the combined development of acute ischemic stroke and myocardial infarction:

Methodological recommendations "Method of predicting the development of acute ischemic stroke in patients with myocardial infarction", developed on the basis of scientific results of clinical and instrumental methods of research (certificate of the Ministry of Health No.8H-p/911 dated 12.10.2021 of the year) were approved. The results of the study allowed optimizing the diagnosis, reducing the duration of treatment and preventing complications of the combination of ischemic stroke and myocardial infarction;

Approved methodological recommendations "Method for determining the risk group for acute ischemic stroke in acute myocardial infarction", developed on the basis of the scientific results (certificate of the Ministry of Health No.8H-p/811 dated 12.10.2021 of the year).The results of introduction allowed to increase the accuracy and speed up the timely diagnosis of myocardial infarction and ischemic stroke combination and to increase the efficiency of therapy;

The results are implemented in the practical work of the Bukhara City Medical Association, Bukhara district medical association, private clinic "Karmen plus" and "Mehrigiyo-shifo" of Bukhara (Conclusion of the Ministry of Health

from 28 october 2021 № 8H-3/389). Implementation of the results in practice improved the choice of methods of diagnosis, therapy and prevention of ischemic stroke combined with myocardial infarction, contributed to reducing the duration of treatment and the number of complications.

The structure and volume of the dissertation. The dissertation was presented on 120 pages consisting of an introduction, 5 chapters, conclusions, a list of used literature and appendixes.

НАШР ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (Часть I; Part I)

1. Shadmanova S.K., Khodjiev D. T., Khaydarova D.K. Clinical And Functional Predictors Of The Development Of Acute Ischemic Stroke InPatients With Acute Myocardial Infarction// European Journal of Molecular & Clinical Medicine. – 2020. –Vol. 7, Issue 7. – P. 5784-5787 (SCOPUS/Q-4.)

2. Ходжиева Д.Т., Шодмонова С.К., Хайдарова Д.К. Факторы риска развития ишемического инсульта на фоне инфарктом миокарда// Журнал неврологии и нейрохирургических исследований. – Тошкент, 2021. -№2. – С.59-64 (14.00.00).

3. Xodjiyeva D.T., Shadmanova S.K. Miokart infarkti va bosh miya qon aylanishining ishemik buzilishining birgalikdagi rivojlanishida yetakchi xavf omillarni o'rganish // Журнал неврологии и нейрохирургических исследований. – Ташкент, 2021. №2. - С. 24-27 (14.00.00).

4. Shadmanova S. K. Study of leading risk factors in the joint development of myocardial infarction and ischemic disorders of the basic circulation // European journal of research development and sustainability. 2021. №5 (Impact Factor:7.455)

5. Ходжиева Д.Т., Шодманова С.К. Ўткир миокард инфаркти билан оғриган беморларда ўткир ишемик инсульт ривожланишини олдиндан аниқлаш // Медицина и инновация. – Ташкент, 2021 (14.00.00)

6. Ходжиева Д.Т., Шодманова С.К. To achieve the goal of the study and to solve the set tasks, general clinical, laboratory and instrumental research methods were used // Тиббиётда янги кун. - Ташкент, 2021. №4 (14.00.00. №22).

7. Shadmanova S.K. To examine the risk factors leading to the concomitant development of acute disorders of the blood supply of myocardial infarction and bismus// Новый день в медицине. – Бухара, 2021. №5. - С. 125-129 (14.00.00. №22).

II бўлим (Часть II; Part II)

8. Shadmanova S.K., Bafaeva Z.B. Research of the Main Risk Factors of Joint Development of Myocardial Infarction and Ischemic Diseases // Central Asian journal of social sciences and history. Espana, 2021. №11. -P. 81-85.

9. Khodjiyeva D. T., Shadmanova S.K. Clinical and functional predictors of the development of acute ischemic stroke in patients with acute myocardial infarction // International Journal for Innovative Engineering and Management Research. 2021. -P. 233-236.

10. Shodmonova S. K. Risk factors for the development of ischemic stroke in the background of myocardial infarction // XIII Глобальные науки и инновации 2021: Центральная Азия. – Нур-Султан, Казахстан, 2021. №2. -С. 16-20.

11. Shadmanova S. K. Features of the development of ischemic stroke in patients with acute myocardial infarction // Международная конференция «Инновационное развитие науки и образования». Сборник научных трудов Павлодар, Республика Казахстан. 2021. -С. 23-26.

12. Khodjiyeva D. T., Shadmanova S.K. The study of identification of the main risk factors for the joint development of myocardial infarction and ischemic diseases of cerebral circulation // Salon Bio & Construction. - Strasbourg, France, 2021. -P. 43-45.

13. Shadmanova S.K. Study of leading risk factors in the joint development of myocardial infarction and ischemic disorders of the basic circulation // Modern views and research Materials of the international scientific and practical conference. - England, 2021.-P.12-15.

14. Шадманова С.К. Ходжиева Д.Т. Ўткир миокард инфаркти билан оғриган беморларда ўткир ишемик инсульт ривожланишини олдиндан аниқлаш усули: услубий тавсиянома 2021. 22б.

15. Шадманова С.К. Ходжиева Д.Т. Способ определения группы риска развития острого ишемического инсульта при остром инфаркте миокарда: методические рекомендации. Ташкент, 2021. 24б.

16. Шадманова С.К. Ходжиева Д.Т. Ўткир миокард инфаркти бўлган беморларда ўткир ишемик инсульт ривожланишини баҳолаш бўйича электрон дастур: ЭҲМ учун дастур. DGU 12188.