

**ТИББИЁТ ХОДИМЛАРИНИНГ КАСБИЙ МАЛАКАСИНИ
РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ
ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.04/30.12.2019 Tib.31.01 РАҚАМЛИ
ИЛМИЙ КЕНГАШ**

РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ

ХИДОЯТОВА ДИЛБАР НАБИЕВНА

**ТРАНЗИТОР ИШЕМИК ХУРУЖЛАРНИНГ ЭТИОПАТОГЕНЕТИК
ТУЗИЛМАСИ ВА БЕМОРЛАРДА ИНСУЛЬТНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ
НУҚТАИ НАЗАРИДАН ДИФФЕРЕНЦИАЛ ЁНДАШУВЛАР**

14.00.13-Неврология

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ ДОКТОРИ (DSc) ДИССЕРТАЦИЯСИ
АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ – 2024

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of the doctor of philosophy (PhD)

Хидоятова Дилбар Набиевна

Транзитор ишемик хуружларнинг этиопатогенетик тузилмаси ва беморларда инсультнинг олдини олиш нуктаи назаридан дифференциал ёндашувлар 3

Хидоятова Дилбар Набиевна

Этиопатогенетическая структура ТИА и дифференцированные подходы к ведению больных в аспекте профилактики инсульта 27

Hidoyatova Dilbar Nabievna

Etiopathogenetic structure of TIA and differentiated approaches to patient management in terms of stroke prevention 51

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ

List of published works..... 61

**ТИББИЁТ ХОДИМЛАРИНИНГ КАСБИЙ МАЛАКАСИНИ
РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ
ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.04/30.12.2019 Тиб.31.01 РАҚАМЛИ
ИЛМИЙ КЕНГАШ**

РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ

ХИДОЯТОВА ДИЛБАР НАБИЕВНА

**ТРАНЗИТОР ИШЕМИК ХУРУЖЛАРНИНГ ЭТИОПАТОГЕНЕТИК
ТУЗИЛМАСИ ВА БЕМОРЛАРДА ИНСУЛЬТНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ
НУҚТАИ НАЗАРИДАН ДИФФЕРЕНЦИАЛ ЁНДАШУВЛАР**

14.00.13-Неврология

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ ДОКТОРИ (DSc) ДИССЕРТАЦИЯСИ
АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ – 2024

Фан доктори (DSc) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий таълим, фан ва инновациялар вазирлиги хузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2020.2.DSc/Tib422 рақами билан рўйхатга олинган.

Диссертация Республика Шошилич Тиббий Ёрдам Илмий Марказида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгашнинг веб-саҳифаси (www.tipme.uz) ва «ZiyoNet» Ахборот-таълим порталида (www.ziynet.uz) жойлаштирилган.

Илмий маслаҳатчи:

Гафуров Бахтияр Гафурович,
тиббиёт фанлар доктори, профессор

Расмий оппонентлар:

Рахимбаева Гульнора Саттаровна,
тиббиёт фанлар доктори, профессор

Абдуллаева Наргиза Нурмаатовна,
тиббиёт фанлар доктори, профессор

Нургужаев Еркин Смагулович,
тиббиёт фанлар доктори, профессор

Етакчи ташкилот:

Озарбайжон давлат тиббиёт университети

Диссертация ҳимояси Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази хузуридаги DSc.04/30.12.2019.Tib.31.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2024 йил «___» _____ кuni соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 100007, Тошкент шаҳри Мирзо Улуғбек тумани, Паркент кўчаси 51-уй. Тел./факс: (+998) 71-268-17-44; e-mail: info@tipme.uz).

Диссертация билан Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази хузуридаги Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (___ рақам билан рўйхатга олинган). Манзил: 100007, Тошкент шаҳри, Мирзо Улуғбек тумани, Паркент кўчаси 51-уй. Тел./факс: (+998) 71-268-17-44.

Диссертация автореферати 2024 йил «___» _____ кuni тарқатилди.
(2024 йил «___» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси).

Х.А.Акилов,
Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш раиси,
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Н.Н.Убайдуллаева,
Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш
илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори

Ф.Х.Муратов,
Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш
кошидаги Илмий семинар раиси ўринбосари,
тиббиёт фанлари доктори, профессор

КИРИШ (фан доктори (DSc) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Мия қон томирлари шикастланиши билан боғлиқ асоратлар сони кўпаймоқда, жумладан бунда мия қон айланишининг вақтинчалик бузилишлари ёки вақтинчалик транзитор ишемик хуружлар (ТИА) муҳим ўрин тутди. Ишемик инсульт ва ТИА ривожланишининг гемодинамик механизми ички уйку артериясининг оғир стенози ва окклюзиясида муҳим рол ўйнайди ва касалликнинг этиопатогенетик тузилишини аниқлаш, инсултнинг олдини олиш нуқтаи назаридан беморларни бошқаришга табақалаштирилган ёндашув ишлаб чиқиш зарурати мавжуд. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) экспертларининг маълумотларига кўра, «ТИА билан касалланиш 50 минг аҳолига 100-100 кишига етади»¹. ТИА касаллигининг шаклланиши ва ривожланиши учун хавф омилларини аниқлаш, касалликни эрта аниқлаш ва унинг асоратларини даволашнинг самарали усулларини ишлаб чиқиш долзарб муаммолардан бири ҳисобланади.

Жаҳонда транзитор ишемик хуружлар бўлган беморларда неврологик ўзгаришларни эрта коррекция қилиш ва асоратларини олдини олиш бўйича тадбирларнинг самарадорлигини оширишга йўналтирилган кенг қамровли илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда. Бу борада, мия қон айланишининг бузилиши учун хавф омилларининг неврологик нуқсонларнинг оғирлигига, когнитив функцияларга ва МАГ окклюзив-стенозли ўчоқлар мавжуд бўлганда ТИА билан оғриган беморларда ИИ ривожланишининг эрта хавфига таъсирини баҳолаш, ТИА ўтказган беморларнинг асосий патогенетик субтипларини клиник ва инструментал таҳлилни ўтказиш, неврологик асоратлар профилактикасини такомиллаштириш, даво мезонларини оптималлаштириш каби йуналишларда олиб боилмоқда. ТИА ўтказган беморларида инсултнинг иккиламчи профилактикасига дифференциал ёндашувлар бўйича тавсиялар ишлаб чиқиш, ИИ билан оғриган беморларда ўртача когнитив бузилишларни деменцияга ўтиш эҳтимолини олдиндан баҳолаш каби алоҳида аҳамият касб этади.

Мамлакатимизда тиббиёт соҳасини ривожлантириш, тиббий тизимни жаҳон андозалари талабларига мослаштириш, жумладан, соматик касалликларни эрта ташхислаш ва самарали даволашга йўналтирилган чора-тадбирлар амалга оширилмоқда. Бу борада 2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегиясининг етти устувор йўналишига мувофиқ аҳолига тиббий хизмат кўрсатиш даражасини янги босқичга кўтаришда «...бирламчи тиббий-санитария хизматида аҳолига малакали хизмат кўрсатиш сифатини яхшилаш...»² каби вазифалар белгиланган. Ушбу вазифалардан келиб чиққан ҳолда, жумладан, транзитор ишемик хуружларни

¹ Creative Commons Attribution Non Commercial-Share Alike. Jeneva-2020. CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <http://www.who.int/>

² Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги 5590-сон «Соғлиқни сақлаш тизимини тудан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар туғрисидаги Фармони

эрта ташхислаш ва башоратлашни муқобиллаштиришни такомиллаштириш мақсадида катор илмий тадқиқотлар ўтказиш мақсадга мувофиқдир.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 12 ноябрдаги ПФ–6110–сон “Бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасалари фаолиятига мутлақо янги механизмларни жорий қилиш ва соғлиқни сақлаш тизимида олиб борилаётган ислохотлар самарадорлигини янада ошириш чора-тадбирлари тўғрисида”, 2018 йил 7 декабрдаги ПФ–5590–сон “Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора–тадбирлар тўғрисида” ги фармонлари, 2018 йил 30 августдаги ПҚ–3925–сон «Аҳолига неврологик ёрдам кўрсатишни такомиллаштириш чора тадбирлари тўғрисида, 2021 йил 25 майдаги ПҚ-5124–сон “Соғлиқни сақлаш соҳасини комплекс ривожлантиришга доир кўшимча чора-тадбирлар тўғрисида” ги қарорлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишда мазкур диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги. Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

Диссертация мавзуси бўйича хорижий илмий-тадқиқотлар шарҳи³. ТИА ўтказган беморларида инсултнинг иккиламчи профилактикасига дифференциал ёндашувлар ишлаб чиқиш ва БМҚАЎБ ўтказган беморларнинг реабилитациясига қаратилган илмий изланишлар жаҳоннинг етакчи илмий марказлари ва олий таълим муассасалари, жумладан: University Georg Thieme Verlag KG Stuttgart, University of South Florida (АҚШ); National Institute of Neurological Disorders and Stroke Bethesda (АҚШ); University of Birmingham (Англия); University of Leeds (Буюк Британия); University Brno (Чехия); University Medical Center Utrecht (Нидерландия); University of Calgary, University of Saskatchewan (Канада); Sapienza University, University of Modena and Reggio Emilia (Италия); University Beijing (Хитой); Radboud University Nijmegen (Нидерландия); Okayama University (Япония); Chongqing Medical University (Хитой); Department of Public Health and Clinical Medicine, Umeå University (Швеция); University Brno (Чехия); Pediatric Neurology, University Hospital of Geneva (Швецария); Department of Neurosurgery, Third Military Medical University (Хитой); Robert Koch Institute (Германия); Institute for Quality and Efficiency in Health Care (Германия); National Institute for Health and Welfare (Финляндия); University of Silesia, Katowice, (Польша); Жаҳон инсултга қарши курашиш ташкилоти (ЖИҚКТ) ҳамда Тошкент тиббиёт академияси ва Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий марказида (Ўзбекистон)да олиб борилмоқда.

³ Диссертация мавзуси бўйича хорижий илмий тадқиқотлар шарҳи: www.unab.cl; www.berkeley.edu; www.neurology.ru; massent.com; www.kangwon.ac.kr/; www.cau.ac.kr; www.bsmu.by; www.uniroma1.it; www.yonsei.ac.kr; www.snu.ac.kr; www.github.com/; www.bsmu.by; www.narmed-u.ac.jp; info@akdeniz.edu.tr ва бошқа манбалар асосида амалга оширилди.

ТИА инсулт ривожланишининг хабарчиси сифатида қаралади, беморнинг ёши, қон босими, неврологик танқисликнинг оғирлиги ва унинг давомийлиги, шунингдек диабетнинг мавжудлиги каби кўрсаткичларга қараб, ИИ ривожланиш эҳтимолини олдиндан аниқлашга имкон берадиган бир нечта прогностик сўровномалар кўриб чиқилган (University Medical Center Utrecht (Нидерландия); University of Calgary, University of Saskatchewan (Канада); Sapienza University, University of Modena and Reggio Emilia (Италия); University Beijing (Хитой); Radboud University Nijmegen (Нидерландия); Окаүама University (Япония); Chongqing Medical University (Хитой)). ТИА турини аниқлаш билан беморни ўз вақтида текшириш энг мос бошқарув тактикасини аниқлаш имконини беради (University Georg Thieme Verlag KG Stuttgart, University of South Florida (АҚШ); National Institute of Neurological Disorders and Stroke Bethesda (АҚШ); University of Birmingham (Англия); University of Leeds (Буюк Британия); University Brno (Чехия)). ТИА учун терапевтик чораларни консерватив, шу жумладан гиперкоагуляция, қон босими, гликемик даражани тузатиш ва ССА ва КЭАЭ каби инвазив усулларга бўлинган (Department of Public Health and Clinical Medicine, Umeå University (Швеция); University Brno (Чехия); Department of Neurosurgery, Third Military Medical University (Хитой)). ТИА билан оғриган беморларда каротид артерияларнинг атеросклеротик ўчоқларининг оғирлигига, беморнинг ёшига қараб консерватив терапия, анамнезида ТИА ва БМҚАЎБ мавжуд беморларда КЭАЭ ва ССА нинг бевосита ва узоқ муддатли натижалари берилган (Robert Koch Institute (Германия); Institute for Quality and Efficiency in Health Care (Германия); National Institute for Health and Welfare (Финляндия); University of Silesia, Katowice, (Польша); Республика шошилинич ёрдам илмий маркази (Ўзбекистан).

Дунёда ТИА ўтказган беморларда неврологик касалликларни олдини олиш, касалликларни эрта ташхислаш, меҳнатга лаёқатли инсонлар орасида ногиронлик кўрсаткичларини камайтириш бўйича қатор, жумладан қуйидаги устувор йўналишларда: ТИАни бошдан кечирган беморларда, унинг патогенетик подтипларига қараб, мия қон айланишининг ўткир бузилишларини ташхислаш ва даволашни такомиллаштириш шулар жумласидандир.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Транзитор ишемик хуружлар - мия, орқа мия ёки ретинанинг маҳаллий ишемияси натижасида ривожланадиган, аммо ишемик зона инфарктининг ривожланишига олиб келмайдиган фокал неврологик дисфункциянинг вақтинчалик эпизодлари хисобланади (Easton JD, 2009). Диаметри 70% дан ошадиган каротид артерияларнинг стенотик шикастланишлари мавжуд бўлганда, ТИАдан кейинги дастлабки 2 йил ичида инсультт хавфи 28% га етиши ва предиктор эканлиги аниқланди (Yavin D, Roberts DJ, 2011). Ишемик инсульт ёки ТИА натижаси мия томирларининг авторегуляцияси механизмларига, қарама-қарши томоннинг каротис артерияларида коллатерал қон айланишининг ҳолатига ва қоннинг реологик хусусиятларига боғлиқ (Кармазановский, Г.Г., 2016). Одамнинг мия гипоперфузиясининг қисқа даврларига тоқат қилиш

қобилияти ўзгарувчан ва кўплаб омилларга, шу жумладан коллатерал оқимга ва кислород етказиб бериш қобилиятига боғлиқ бўлиб, ишемик олдиндан шартлаш ҳодисаси баъзи одамлар учун ҳимоя даражасини таъминлайди (Ҳоо, А.Ҳ., 2018). Кардиоэмболия ТИА ва ишемик инсултларнинг 10% дан 30% гача сабаби бўлиб, унинг ажралиб турадиган хусусияти оғир кечиши ва аниқ неврологик дефицит ҳисобланади, шунингдек, ўлимнинг мустақил башоратчиси сифатида қаралади (Sheehan ОС, Kyne L, Kelly LA, et al., 2017).

Мия томирларининг атеросклерози ишемик инсултнинг барча ҳолатларининг 45% гача сабаб бўлади. Геморрагик инсулт частотасидан тўрт барабар юқори бўлган ишемик инсултларнинг ортиб бораётган частотаси, ТИА нинг юқори частотаси, лакунар мия инфарктлари кўпайиши, такрорий ИИ частотасининг ошиши, шунингдек, сурункали прогрессив цереброваскуляр касалликлар, шу жумладан қон томир деманциясига олиб келиши аниқланган (Гафуров Б.Ҳ., 2022г).

Транзитор ишемик хуружларни эрта ва тўғри ташхислаш ва даволашга қаратилган қатор, жумладан, куйидаги устувор йуналишларда илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда: хасталикнинг продромал босқичининг эрта мотор бўлмаган кўринишларини аниқлаш, уни эрта ташхислаш учун бирламчи тиббий ёрдам даражасида комплекс усулларни такомиллаштириш бўйича тадқиқотлар ўтказиш зарурлиги, касалликнинг ривожланишини олдини олиш ва транзитор ишемик хуружлар ва ишемик инсулт билан хасталанган беморларнинг ҳаётидаги фаол даврни узайтиришга қаратилган даво тактикасини ишлаб чиқиш шулар жумласидандир.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий марказининг илмий-тадқиқот ишлари режасига мувофиқ АДСС - 15.4.2 "Экстра- ва интракраниал мия артерияларининг аневризмалари, малформациялари ва окклюзив шикастланишларини диагностикаси, микрожарроҳлик ва эндоваскуляр даволаш усулларини такомиллаштириш" мавзусидаги илмий лойиҳа доирасида бажарилган (2015–2017 йй.).

Тадқиқотнинг мақсади ТИА ўтказган беморларда инсултнинг иккиламчи профилактикасига дифференциал ёндашувлар бўйича таклиф ва тавсиялар ишлаб чиқишдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

транзитор ишемик атакаларга учраган беморларда АБСД2 шкаласининг прогностик қийматини аниқлаш (ёш, артериал гипертензия, парез ёки афазия мавжудлиги, симптомларнинг давомийлиги 60 дақиқадан ортиқ, қандли диабет);

ТИА ўтказган беморларнинг асосий патогенетик субтипларини клиник ва инструментал кўрсаткичларини қиёсий баҳолаш;

мия қон айланишининг бузилиши учун хавф омилларининг неврологик нуқсонларнинг оғирлигига, когнитив функцияларга ва МАГ окклюзив-стенозли ўчоқлар мавжуд бўлганда ТИА билан оғриган беморларда ИИ

ривожланишининг эрта хавфига (АБСД2 шкаласи бўйича) таъсирини аниқлаш;

каротид артерияларни стентлаш, каротид эндартеректомия ва стенозли шикастланишлар ва каротис артерияларнинг патологик деформациялари учун реконструктив операцияларнинг асосий кўрсаткичларини аниқлаш;

атеросклеротик ўчоқлари ва каротид артерияларининг патологик деформацияси бўлган беморларда каротид эндартеректомия ва реконструктив жарроҳликдан сўнг беморларнинг 30 кунлик, 90 кунлик, 6 ойлик ва 12 ойлик ҳаётини баҳолаш;

асосий артерияларнинг атеросклеротик шикастланиши бўлган беморларда каротид артерия стентидан кейин беморларнинг 30 кунлик, 90 кунлик, 6 ойлик ва 12 ойлик ҳаётини баҳолаш;

каротид артерияларнинг структуравий ва морфологик хусусиятларини рангли дуплекс сканерлаш орқали экстракраниал артерияларнинг атеросклеротик шикастланиши бўлган беморларда ТИА клиник кўриниши билан қиёсий баҳолаш;

эрта ва узоқ муддатли даволаш натижаларини таҳлил қилиш асосида ТИАдан кейин такрорий ишемик инсулт хавфи бўйича каротид эндартеректомия ва каротид артерия стентининг ролини қиёсий жиҳатдан аниқлаш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий маркази клиникасида 2011 йилдан 2022 йилгача ТИА билан даволанган 31 ёшдан 86 ёшгача бўлган 238 бемор олинди.

Тадқиқотнинг предмети сифатида клиник-анамнестик маълумотлар невровизиуал ва радиологик текширувлар ташкил қилди.

Тадқиқотнинг усуллари. Клиник-анамнестик маълумотлар (PRIEST COVID-19 шкаласи, NIHSS шкаласи), ШКГ томонидан баҳолаш, NIHSS, mRs сўровномалари мултислайс компютер томографияси (МСКТ), мултислайс компютер ангиографияси (МСКТА), магнит-резонанс томография (МРТ), транскраниал доплерография (ТДКГ), ва статистик тадқиқот усуллари билан фойдаланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

илк бор транзитор ишемик хуружларнинг патогенези ва кечиш даражаларига қараб инсулт келиб чиқишидаги қиёсий прогностик аҳамияти исботланган;

илк бор инсултни иккиламчи профилактикаси мақсадида транзитор ишемик хуружларга учраган беморларда АБСД2 баҳолаш шкаласи натижаларига кўра келгусидаги инсултни профилактикага қаратилган даволаш режалари такомиллаштирилган;

симптомсиз кечадиган уйқу артерияларининг атеросклерози (стенози) бўлган беморлар орасида транзитор ишемик хуруж ўтказганларда эндоваскуляр даволаш (баллонли ангиопластика ва стент қўйиш) усули самарадорлиги исботланган;

юрак ритмини бузилиши билан кечган транзитор ишемик хуружлар ўтказган беморлар учун инсултни олдини олиш мақсадида консерватив даво

юрак ритмини коррекциялаш ва антикоагулянт дори воситалари қўллаш орқали такомиллаштирилган;

эрта ва узоқ муддатли даволаш натижалар асосида транзитор ишемик хужумдан кейин такрорий ишемик инсулт профилактикасида каротид эндартеректомияга нисбатан каротид артерия стендлаш усули самарадорлиги аниқланган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги ишда қўлланилган назарий ёндашув ва усуллар, олиб борилган тадқиқотнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, тадқиқот иштирокчилари сонининг етарлилиги, миқдорий, экспериментал, ретроспектив, сифатли ҳамда кўп омилли аралашувлар ва статистик текширув усулларига асосланганлиги, барча рақамли маълумотлар замонавий компьютер технологияларини қўллаб ишлов берилганлиги, шунингдек, тадқиқот натижаларининг халқаро ҳамда маҳаллий тадқиқотлар билан таққосланганлиги билан асосланади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти ИИни даволаш ва реабилитация қилишнинг муваффақияти нафақат аниқ ва ўз вақтида ташхис қўйиш, балки яқинда ТИА билан хасталанганлик ҳақидаги фактни, касалликнинг ўзига хос, ноодатий кечишини ҳисобга олиш, модификациялаштирилган реабилитация, дори-дармон терапиясидан фойдаланиш билан боғлиқлиги, шу тариқа ИИда неврологик танқисликнинг тикланишини тезлаштириш, асоратлар сонини, шунингдек, касалликнинг ўлимга олиб келадиган натижаларини камайтириш мумкинлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти олинган маълумотлар ТИА билан хасталанган беморларни махсус даволаш тактикаси қўллаш орқали уларни алоҳида кузатиш, юқори хавф гуруҳига ажратиш даволаш ва реабилитацияси тактикасини белгилаш орқали ногиронлик кўрсаткичларини камайтириш ҳамда шу орқали давлат бюджет маблағларидан янада оқилона фойдаланиш имконини беради, шу орқали неврология соҳаси бўйича ўлим кўрсаткичларини камайтириш билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази эксперт кенгашининг 2023 йил 25 январдаги 16-сон хулосасига кўра:

биринчи илмий янгилик: илк бор транзитор ишемик хуружларнинг патогенези ва кечиш даражаларига қараб инсулт келиб чиқишидаги киёсий прогностик аҳамияти исботланган, ва шу тариқа касалхонага ётқизишнинг янги схемаси ТИА билан оғриган беморларнинг касалликнинг дастлабки босқичида касалликнинг сабабини аниқлаш ва амалда қўлланилган патогенетик терапияни амалга ошириш. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникаси ва Вилоят соматик шифохонаси амалиётга татбиқ этилган (31.05.2023 йилдаги 7н-р/35 12-сонли ҳамда ТТАнинг кўп тармоқли клиникаси бўйича 27.03.2023 йилдаги 04-р\18 сонли буйруқлари билан тасдиқланган). Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: АВСД2 баҳолаш шкаласи натижаларига асосланган диагностика усули ва шу тариқа ТИА билан

касаланган беморларни касалхонага ётқизишнинг янги схемаси ишлаб чиқилган бўлиб, бу касалликнинг сабабини касалликнинг дастлабки босқичида аниқлаш ва патогенетик терапия ўтказиш имконини беради. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: касалхонада даволаниш муддатини қисқартириш ва харажатларни камайтириш ҳисобига иқтисод қилишга эришилган. Хулоса: АВСД2 баҳолаш шкаласидан фойдаланиш (ёш, артериал гипертензия, парез ёки афазия мавжудлиги, симптомларнинг давомийлиги 60 дақиқадан ортиқ, қандли диабет) ва шу тариқа ТИА билан оғриган беморларни касалхонага ётқизишнинг янги схемаси ишлаб чиқилган бўлиб, бу касалликнинг сабабини ташхислашга касалликнинг дастлабки босқичида. касаллик ва патогенетик терапияни ўтказиш имконини беради ва бу еса бир бемор учун 2083097 сўмни иқтисод қилиш имконини берди. Илмий янгиликдан кенгайтирилган ҳолда фойдаланиш: "Ишемик инсултларни келиб чиқишида транзитор ишемик хуружнинг хавф-хатарлиги даражаси" мавзусида илмий янгиликларни бошқа соғлиқни сақлаш муассасаларида жорий этиш бўйича Соғлиқни сақлаш вазирлигига Тиббиёт ходимларини касбий малакасини ривожлантириш марказининг 2023 йил 29 сентябрдаги 7н-з/23-сонли хулосаси юборилган.

иккинчи илмий янгилик: илк бор инсултни иккиламчи профилактикаси мақсадида транзитор ишемик хуружларга учраган беморларда АВСД2 баҳолаш шкаласи натижаларига кўра келгусидаги инсултни профилактикасига қаратилган даволаш режалари такомиллаштирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникаси ва Вилоят соматик шифохонаси амалиётга татбиқ этилган (31.05.2023 йилдаги 7н-р/35 12-сонли ҳамда ТТАнинг кўп тармоқли клиникаси буйича 27.03.2023 йилдаги 04-р\18 сонли буйруқлари билан тасдиқланган). Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: қуйидаги шкалалар бўйича балл тўплаган нейропсихологик тестларнинг таклиф қилинган усуллари тўплами (ММСЕ, Ранкин, шкала НИХСС шкаласи), ўчоқли мия ўзгаришларини аниқлаш (бош миянинг МСКТ, МРТ) ва қон томир ҳавзалари (мия ангиографияси, ултратовуш, дуплекс сканерлаш) субтипни ўз вақтида аниқлашга имкон беради. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги касалхонада даволаниш муддатини қисқартириш ва харажатларни камайтиришдан иборат бўлиб, бу бир беморга 2083097 сўмни иқтисод қилиш имконини берди. Хулоса: ТИА касаллигини ерта ташхислаш паст даражаси ҳамда бу ҳолат шифокорларнинг хавф омиллари ва касалликнинг эрта ҳаракат билан боғлиқ бўлмаган белгиларига етарлича эътибор бермаслиги кейинчалик асоратланган хусусиятлари самарали даволаш учун бир бемор учун 2083097 сўмни иқтисод қилишга эришилади. Илмий янгиликдан кенгайтирилган ҳолда фойдаланиш: "Ишемик инсултларни келиб чиқишида транзитор ишемик хуружнинг хавф-хатарлиги даражаси" мавзусида илмий янгиликларни бошқа соғлиқни сақлаш муассасаларида жорий этиш бўйича Соғлиқни сақлаш вазирлигига Тиббиёт ходимларини касбий малакасини

ривожлантириш марказининг 2023 йил 29 сентябрдаги 7н-з/23-сонли хулосаси юборилган.

учинчи илмий янгилик: симптомсиз кечадиган уйқу артерияларининг атеросклерози (стенози) бўлган беморлар орасида транзитор ишемик хуруж ўтказганларда эндоваскуляр даволаш (баллонли ангиопластика ва стент қўйиш) усули самарадорлиги исботланган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникаси ва Вилоят соматик шифохонаси амалиётга татбиқ этилган (31.05.2023 йилдаги 7н-р/35 12-сонли ҳамда ТТАнинг куп тармоқли клиникаси буйича 27.03.2023 йилдаги 04-р\18 сонли буйруқлари билан тасдиқланган). Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: қон томир хавф омилларининг ТИА кечишига таъсирини баҳолаш ТИА клиник кечишининг кучайишини ўз вақтида олдини олиш имконини беради. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: касалхонада қолиш муддати 10 кундан 8 кунгача қисқартирилди. Беморлар касалхонадан ташқарида бўлган даврда (бошқа тиббиёт муассасаларида даволаниш учун) даволаниш курсининг бир неча кунга қисқариши туфайли дори-дармонларга бўлган эҳтиёж камайди. Хулоса: интеграциялашган диагностика усулидан фойдаланиш касалликнинг сабабини касалликнинг дастлабки босқичида аниқлаш ва патогенетик терапия ўтказиш ва бир беморга 2083097 сум иқтисод килиш имконини берди. Илмий янгиликдан кенгайтирилган ҳолда фойдаланиш: "Ишемик инсултларни келиб чиқишида транзитор ишемик хуружнинг хавф-хатарлиги даражаси" мавзусида илмий янгиликларни бошқа соғлиқни сақлаш муассасаларида жорий этиш бўйича Соғлиқни сақлаш вазирлигига Тиббиёт ходимларини касбий малакасини ривожлантириш марказининг 2023 йил 29 сентябрдаги 7н-з/23-сонли хулосаси юборилган.

тўртинчи илмий янгилик: юрак ритмини бузилиши билан кечган транзитор ишемик хуружлар ўтказган беморлар учун инсултни олдини олиш мақсадида консерватив даво юрак ритмини коррекциялаш ва антикоагулянт дори воситалари қўллаш орқали такомиллаштирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникаси ва Вилоят соматик шифохонаси амалиётга татбиқ этилган (31.05.2023 йилдаги 7н-р/35 12-сонли ҳамда ТТАнинг куп тармоқли клиникаси буйича 27.03.2023 йилдаги 04-р\18 сонли буйруқлари билан тасдиқланган). Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: қон томир хавф омилларининг ТИА кечишига таъсирини баҳолаш ТИА клиник кечишининг кучайишини ўз вақтида олдини олиш имконини беради. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: касалхонада қолиш муддати ўртача 2,2 койка кунга қисқартирилди, бу еса 2083097 сўмни тежаш имконини берди. Хулоса: ТИА касаллиги билан хастланган беморларни эрта босқичда ташхислашни яхшилаш касаллик авж олишини камайтириш ва индивидуаллашган фармакотерапия тавсия қилиш имкониятини берувчи соғлиқни сақлашни бирламчи бўғини шифокорлари учун ТИА касаллиги эрта ташхислаш ва ривожланишини олдини олиш учун дастурий таъминот самарадорлигини

татбиқ этиш орқали бир бемор учун 2083097 сўмни иқтисод қилишга эришилган. Илмий янгиликдан кенгайтирилган холда фойдаланиш: ”Ишемик инсултларни келиб чиқишида транзитор ишемик хуружнинг хавф-хатарлиги даражаси” мавзусида илмий янгиликларни бошқа соғлиқни сақлаш муассасаларида жорий этиш бўйича Соғлиқни сақлаш вазирлигига Тиббиёт ходимларини касбий малакасини ривожлантириш марказининг 2023 йил 29 сентябрдаги 7н-з/23-сонли хулосаси юборилган.

Бешинчи илмий янгилик: эрта ва узоқ муддатли даволаш натижалар асосида транзитор ишемик хужумдан кейин такрорий ишемик инсулт профилактикасида каротид эндартеректомияга нисбатан каротид артерия стендлаш усули самарадорлиги аниқланган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникаси ва Вилоят соматик шифохонаси амалиётга татбиқ этилган (31.05.2023 йилдаги 7н-р/35 12-сонли ҳамда ТТАнинг кўп тармоқли клиникаси буйича 27.03.2023 йилдаги 04-р\18 сонли буйруқлари билан тасдиқланган). Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: қон томир хавф омилларининг ТИА кечишига таъсирини баҳолаш ТИА клиник кечишининг кучайишини ўз вақтида олдини олиш имконини беради. Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги қуйидагилардан иборат: касалхонада қолиш муддати 10 кундан 8 кунгача қисқартирилди. Беморлар касалхонадан ташқарида бўлган даврда (бошқа тиббиёт муассасаларида даволаниш учун) даволаниш курсининг бир неча кунга қисқариши туфайли дори-дармонларга бўлган эҳтиёж камайди. Хулоса: ТИА касаллиги билан хастланган беморларни эрта босқичда ташхислашни яхшилаш касаллик авж олишини камайтириш ва индивидуаллашган фармакотерапия тавсия қилиш имкониятини берувчи соғлиқни сақлашни бирламчи бўғини шифокорлари учун ТИА касаллиги эрта ташхислаш ва инсулт келиб чиқишини олдини олиш учун дастурий таъминот самарадорлигини татбиқ этиш орқали бир бемор учун 2083097 сўмни иқтисод қилиш имконини берган. Илмий янгиликдан кенгайтирилган холда фойдаланиш: ”Ишемик инсултларни келиб чиқишида транзитор ишемик хуружнинг хавф-хатарлиги даражаси” мавзусида илмий янгиликларни бошқа соғлиқни сақлаш муассасаларида жорий этиш бўйича Соғлиқни сақлаш вазирлигига Тиббиёт ходимларини касбий малакасини ривожлантириш марказининг 2023 йил 29 сентябрдаги 7н-з/23-сонли хулосаси юборилган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 3 та илмий-амалий анжуманларда, жумладан, 1 та халқаро ва 2 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Диссертация мавзуси бўйича жами 28 та илмий иш, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссияси томонидан диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 16 та мақола, шу жумладан, 13 таси республика ва 3 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, 6 та боб, хулосалар, амалий тавсиялар, фойдаланилган адабиётлар рўйхати ва иловалардан иборат. Диссертациянинг ҳажми 200 бетни ташкил этади.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида тадқиқот ишининг долзарблиги ва зарурияти асосланган, унинг мақсади ва вазифалари, объекти ҳамда предмети тавсифланган, республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилган, илмий янгилиги ва амалий натижалари баён қилинган, олинган натижаларнинг илмий ҳамда амалий аҳамияти очиқ берилган, тадқиқот натижаларини амалиётга жорий қилиш, нашр этилган ишлар ва диссертация тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг **"Транзитор ишемик хуружнинг этиопатогенетик кўринишларининг замонавий жиҳатлари ва инсултнинг иккиламчи профилактикасига дифференциал ёндашувлар"** деб номланган биринчи бобида адабиётларнинг таҳлилий шарҳи берилган бўлиб, унда маҳаллий ва хорижий тадқиқотлар натижалари таҳлил қилинади. Инсултнинг хавф омиллари ва унинг иккиламчи профилактикасига алоҳида эътибор қаратилди. Ушбу боб адабиёт маълумотларини умумлаштиради ва муаммонинг долзарблигини асослайди.

Диссертациясининг **"Транзитор ишемик хуружларнинг этиопатогенетик тузилмаси ва беморларда инсултнинг олдини олиш бўйича тадқиқот материаллари ва усуллари"** деб номланган иккинчи бобида муаммонинг ечимини таъминлайдиган услубий ёндашувлар ва усуллар келтирилган. Ушбу иш Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий марказида (РШТЁИМ) амалга оширилди: клиник қисми – кардиотерапия ва жарроҳлик реанимация бўлимида, 1-сонли шошилинич неврология бўлимларида, 2-сонли шошилинич неврология бўлимларида, 2-сонли шошилинич жарроҳлик бўлимида (қон томир жарроҳлиги бўлими). Нейровезиуал қисми радиация диагностикаси бўлимида, шу жумладан МСКТ текшируви, МСКТ ангиографияси, ултратовуш усуллари (экстракраниал артерияларнинг доплерографияси, транскраниал доплерография, эхокардиография) ўтказилди. Лаборатория параметрларини ўрганиш РШТЁИМ клиник ва биокимёвий лабораторияларида амалга оширилади.

Биз 238 нафар ТИА клиникаси билан беморларни кузатдик. Дастлаб барча беморлар ТИА ташхиси билан клиникага ётқизилган. Танланган тактикага қараб, беморлар 3 гуруҳга бўлинган: 1 – гуруҳ – консерватив ТИА терапиясидан ўтган 105 бемор; 2 – гуруҳ-каротид эндартерэктомиядан ўтган 90 бемор; 3-гуруҳ-43 беморга каротид артериялари стентлари қўйилган.

ТИА клиникаси билан касалланган 105 бемор консерватив даво қабул қилди. Беморларнинг ўртача ёши 64,5 ва 11,3 ёшни ташкил этди. Текширилган беморлар орасида 74 (70,5%) эркак ва 31 (29,5%) аёл. Беморларнинг энг кўп сони 41-60 ёш оралиғида (33,4%), шунингдек 61-80

ёшда (55,2%) эди. Эркаклар барча ёш гуруҳларида устунлик қилишди. ТИА миянинг барча қон томир ҳавзаларида: ўнг ярим шарнинг ЎМА ҳавзасида – 41 (39,1%) беморда, Чапдаги ЎМА ҳавзасида – 44 (41,9%) беморда ва ВБХ–20 (19%) беморда содир бўлган. Консерватив даво олган беморларда ТИА нинг ўртача давомийлиги $171,5 \pm 139,5$ дақиқани ташкил қилди. Барча беморларда хуши сақланган эди ва Глазго шкаласи бўйича 15 баллга тўғри келди. NIHSS шкаласи бўйича неврологик дефицитнинг оғирлиги $7,4 \pm 2,0$ баллни ташкил этди.

ТИА клиникаси билан касалланган 90 бемор КЭАЭ дан ўтди. Беморларнинг ўртача ёши $61,8 \pm 8,8$ ёшни ташкил этди. Текширилган беморлар орасида 72 (80%) эркак ва 18 (20%) аёл. Беморларнинг энг кўп сони 41-60 ёш оралиғида (38,9%), шунингдек 61-80 ёшда (56,7%) эди. Эркаклар барча ёш гуруҳларида устунлик қилишди. Қон томир ҳавзалари: ўнг ярим шарнинг ЎМА ҳавзасида ТИА 34 (37,8%) беморларда, Чапдаги ЎМА ҳавзасида – 42 (46,7%) беморларда ва ВБХда – 14 (15,5%) беморларда ривожланган. Консерватив даво олган беморларда ТИА нинг ўртача давомийлиги $320,8 \pm 249,8$ дақиқани ташкил қилди. Барча беморларда хуши сақланган эди ва Глазго шкаласи бўйича 15 баллга тўғри келди. NIHSS шкаласи бўйича неврологик дефицитнинг оғирлиги $7,9 \pm 2,8$ баллни ташкил этди.

ТИА клиникаси билан касалланган 43 беморга каротид артерия стенти қўйилди. Беморларнинг ўртача ёши $65,2 \pm 7,8$ ёшни ташкил этди. Текширилган беморлар орасида 32 (74,4%) эркак ва 11 (25,6%) аёл. 40 ёшгача ва 81 ёшдан ошмаган. Беморларнинг энг кўп сони 41-60 ёш оралиғида (20,9%), шунингдек 61-80 ёшда (79,1%) эди. Эркаклар барча ёш гуруҳларида устунлик қилишди. Қон томир ҳавзалари: ўнг ярим шарнинг ЎМА ҳавзасида ТИА 13 (30,3%) беморларда, ЎМА ҳавзасида чап томонда – 20 (46,5%) беморларда ва ВБХ да – 10 (23,2%) беморларда ривожланган (2.9-расм). Консерватив даво олган беморларда ТИА нинг ўртача давомийлиги $225,8 \pm 192,6$ дақиқа Барча беморлар хушида эди ва Глазго шкаласи бўйича 15 баллга тўғри келди. NIHSS шкаласи бўйича неврологик дефицитнинг оғирлиги $7,1 \pm 2,8$ баллни ташкил этди.

Барча текширилган беморлар умумий қабул қилинган клиник ва неврологик текширувдан ўтказилди:

Нейромониторингга қуйидагилар киритилган: неврологик ҳолатни кузатиш. Онг даражаси ва неврологик ҳолатни динамик баҳолаш Глазго, NIHSS, Rankin сўровномаларида амалга оширилди.

Нейровизиуал тадқиқот усуллари: миянинг компьютер томографияси (КТ) «AURALX» томографида (Philips, Голландия) ва кўп тармоқли компьютер томографиясида (МСКТ) - «Brilliance40» («Philips», Голландия).

Анъанавий мия ангиографияси асептик шароитда Universal Philips Allura Xper FD 20 ангиографик комплекси билан жиҳозланган рентген хонасида ўтказилди. Мия ангиографияси сонга кириш орқали амалга оширилди. Жараён маҳаллий анестезия остида Селдингер усули бўйича сон артериясини пункция қилиш билан амалга оширилди.

Мия қон оқимини баҳолаш учун транскраниал Допплерография (ТКДГ) МТ-1010 қурилмасида (MINDRAY компанияси) 2 MHz сенсорли датчик ёрдамида чакка "ойна"си орқали амалга оширилди. Максимал тезлик (V_{max}), чизиқли қон оқими тезлиги (ЛСК), Гостлингга (PI) индекси, шунингдек ярим шар ассиметриясининг коэффициенти баҳоланди. Стандарт текширув протоколи чакка, энса ва орбитал ойналар орқали катта интракраниал артерияларни (олд, ўрта ва орқа мия артериялари) ўз ичига олган.

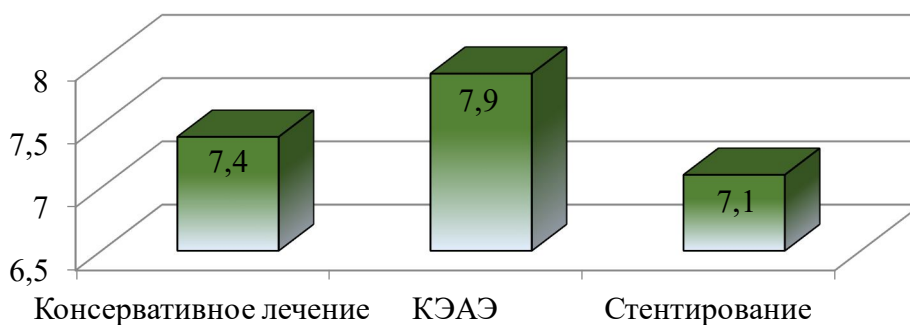
Бошнинг асосий артерияларини рангли дуплекс сканерлаш учун EUB-600 ултратовушли қурилмаси (Hitachi, Япония) 7,5 МГц частотали электрон датчик ёрдамида ишлатилган. Максимал систолик қон оқимининг тезлиги ($Max V$, см/с) ва Пурсило индекси (RI). ёрдамида баҳоланди.

Олинган натижаларнинг статистик таҳлили IBM га мос келадиган компютерда «SPSS for Windows» дастурий таъминот тўпламидан фойдаланган ҳолда, вариацион статистика усулларида фойдаланган ҳолда гуруҳлар томонидан материалларни қайта ишлаш билан амалга оширилди.

Диссертациясининг **"Текшириляётган беморларни клиник ва неврологик баҳолаш"** деб номланган учинчи бобида тасодифий кўрсаткичлар ва нейровизуал маълумотларини ҳисобга олган ҳолда клиник ва неврологик хусусиятлар акс эттирилган.

Консерватив даво билан оғриган беморларда ТИА патогенетик субтиплари таҳлили қуйидагиларни кўрсатди: АТП 46 (43,8%) беморда, КЭП – 19 (18,1%), ЛП – 28 (26,7%), ГДП– 7 (6,7%) да, гидравлик синиш 5 (5) да аниқланган.4,7%) беморлар. КЭАЭ билан оғриган беморлар гуруҳида АТП – 83 (92,2%) билан оғриган беморлар устунлик қилишди, чунки КЭАЭ томирларнинг ўтказувчанлигини тиклаш билан атеросклеротик бляшка олиб ташлашни назарда тутди. Шунингдек, ушбу гуруҳда гемодинамик жиҳатдан аҳамиятли қон томир бурмалари бўлган 7 (7,8%) бемор бор эди, уларда эгилишдан олдин ва кейин қон оқимининг гемодинамик жиҳатдан сезиларли фарқи бўлган гемодинамиканинг маҳаллий бузилиши мавжуд. Каротид артерия стентланган беморлар гуруҳида барча 43 (100%) беморларга ТИА атеротромботик субтипи ташхиси қўйилган. Бу ҳолат, шунингдек, стентлаш фақат атеротромботик бляшка мавжудлигида амалга оширилганлиги ва гемодинамик жиҳатдан муҳим стенозга олиб келиши билан изоҳланади.

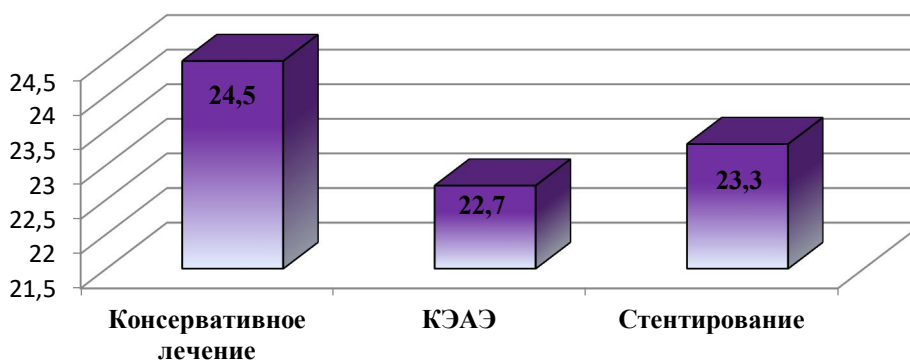
NIHSS шкаласи бўйича неврологик дефицитнинг оғирлигини баҳолашда биз энг аниқ неврологик дефицит КЭАЭ билан касалланган беморлар гуруҳида кузатилганлигини аниқладик, минимал индекс 2 балл ва максимал 16 балл, қабул пайтида НИХСС шкаласи бўйича ўртача балл $7,9 \pm 2,8$ эди 2,8 балл. Кейин консерватив даво билан оғриган беморлар бор, уларнинг минимал балли 3 балл, максимал балли эса 12 балл, NIHSS шкаласи бўйича ўртача балл $7,4 \pm 2,0$ баллни ташкил этди. Стентивациядан ўтган беморларда энг кам аниқ ўчоқли етишмовчилик қайд этилади, қабул пайтида ўртача балл 7,1 ни ташкил этди.2,8 балл, минимал балл 3 балл ва максимал 12 балл. ANOVA зид Univariate таҳлил кўрсаткичлари ҳеч сезиларли даражада муҳим фарқлар бор эди, деб кўрсатди ($F_{ANOVA} = 1,65$ $p > 0,05$) (. 1).



1 расм. Тадқиқот гуруҳларида NIHSS шкаласи бўйича неврологик дефицитнинг ўртача кўрсаткичлари

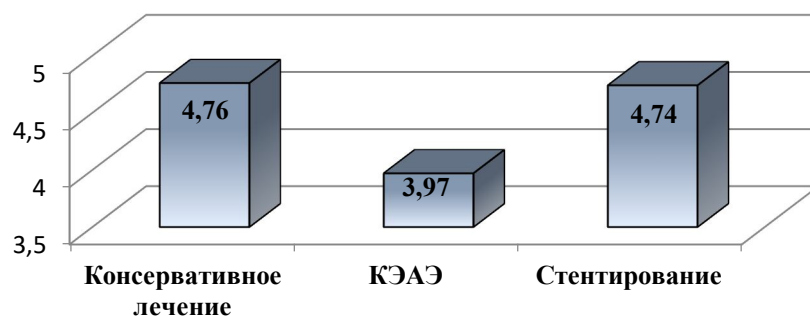
ТИА ривожланиши даврида энг аниқ когнитив бузилишлар КЭАЭ билан оғриган беморларда аниқланди, ўртача MMSE баллари $22,7 \pm 2,8$ 2,8 баллни ташкил этди; стентланган беморларда ўртача балл $23,3 \pm 2,4$ ни ташкил этди; консерватив даво билан оғриган беморларда энг кўп сақланиб қолган когнитив функциялар устунлик қилди - $24,5 \pm 2,4$ балл. Барча уч гуруҳда бу кўрсаткичлар статистик муҳим фарқлар бор эди. ($F_{ANOVA} = 11,91$ $p < 0,01$) (2 расм).

Консерватив даво билан оғриган беморларда АБСД2 шкаласи бўйича ўртача балл $4,8 \pm 1,1$ баллни ташкил этди. 1,1 балл, КЭАЭ ўтказилган беморларда - $4,0 \pm 1,2$ балл, стентланган беморларда - $4,7 \pm 1,1$ балл. Ушбу кўрсаткичлар барча 3 гуруҳларда бир хил эмас эди ва статистик жиҳатдан сезиларли фарқларга эга эди ($F_{ANOVA} = 12,47$ $p < 0,01$).



2 расм. Тадқиқот гуруҳларида MMSE шкаласи бўйича когнитив бузилишнинг ўртача кўрсаткичлари

Шундай қилиб, ўртача балл 4 дан 5 баллгача бўлган, бу ишемик инсултнинг ўртача хавфини кўрсатади, яъни дастлабки 2 кун ичида унинг ривожланиш хавфи 4,1%, биринчи 7 кун ичида - 5,9% ва биринчи 90 кун ичида - 9,8% (3 расм).



3 расм. АБСД2 шкаласи бўйича ўртача балл кўрсаткичлари

Бизга берилган вазифалардан бири когнитив ва мотор бузилишларининг оғирлиги бўйича энг кенг тарқалган хавф омилларининг ролини ўрганишдир. Биз ўрганган хавф омиллари орасида гипертония, қандли диабет, ортиқча вазн ва чекиш бор эди.

Беморда ГБ мавжудлиги ва унинг оғирлик даражаси ЭКГ маълумотларига кўра чап қоринча гипертрофиясининг мавжудлиги ёки йўқлиги билан объектив равишда аниқланди. Ўрганилган барча 3 гуруҳнинг беморлари 2 гуруҳга бўлинган: 1 – гуруҳ-53 (18,7%) ЭКГ маълумотларига кўра СҚК белгилари бўлмаган беморлар, ЭКГ маълумотларига кўра ЧҚК белгилари бўлган 185 (65,3%) беморлар. ЧҚК билан оғриган беморларда ўртача систолик қон босимида сезиларли фарқ йўқ эди (ЧҚК бўлмаган беморларда 158,3 ва 22,5 мм симоб устуниси ва ЛВХ бўлган беморларда 158,3±22,5 мм симоб устуниси, $P>0,05$). НИХСС шкаласи бўйича неврологик дефицитнинг оғирлигида статистик жиҳатдан сезиларли фарқлар ҳам йўқ эди (ЛВХ бўлмаган беморларда НИХСС шкаласи бўйича 7,3 ва ЛВХ бўлган беморларда 7,6 ва 2,4 балл, $p>0,05$). Когнитив функцияларни таҳлил қилишда беморларда сезиларли фарқ кузатилди, шунинг учун ЧҚК билан оғриган беморларда MMSE балли ЧҚК бўлмаган беморларга қараганда паст эди (22,9±2,4 балл ва 26,1±2,2 балл, мос равишда $p<0,01$). ЧҚК билан оғриган беморларда ТИАдан кейин ишемик инсулт хавфи АБСД2 шкаласи бўйича ЧҚК бўлмаган беморларга қараганда статистик жиҳатдан сезиларли даражада юқори эди (4,7±1,2 ва 3,8±1,1 балл, мос равишда $p<0,01$) (1-жадвал).

1-Таблица

ЭКГ маълумотларига кўра чап қоринча гипертрофияси мавжудлигига қараб баъзи клиник кўрсаткичлар

	Қабул қилишда ўртача систолик қон босими	Қабул қилишда ўртача MMSE баллари	Қабул бўйича NIHSS шкаласи бўйича ўртача балл	Қабул қилинганда АБСД2 шкаласи бўйича ўртача балл
ЧҚК кузатилмаган беморлар (n=53).	158,3±22,5	26,1±2,2	7,3±2,7	3,8±1,1

ЧҚК кузатилган беморлар (n=185).	153,7±25,8	22,9±2,4	7,6±2,4	4,7±1,2
P Манна-Уитни	p>0,05	p<0,01	p>0,05	p<0,01

Шу билан бирга, когнитив функциялар (MMSE шкаласи) ва неврологик дефицитнинг оғирлиги (NIHSS шкаласи) кўрсаткичларида сезиларли фарқлар йўқ еди. Ўртача MMSE балл 23,6 ±2,7 ва 22,6± 2,5 балл, ўз навбатида, p>0,05 эди. NIHSS шкаласи бўйича ўртача балл мос равишда 7,5±2,5 ва 7,7±2,3 баллни ташкил этди, p>0,05. Бироқ, қон босимининг пасайиши билан беморларда АБСД2 шкаласи бўйича яхшироқ кўрсаткичлар мавжудлиги тенденцияси аниқланди. Шундай қилиб, ўртача систолик қон босими 180 мм симоб устунидан кам бўлган беморларда. АБСД2 шкаласи бўйича балл 4,3±1,2 балл, ўртача систолик қон босими 180 мм симоб устунидан дан юқори бўлган беморлар учун - 5,0±1,1 (2-жадвал).

2 Жадвал

Клиникага қабул қилиш пайтида ўртача систолик қон босимига қараб баъзи клиник кўрсаткичлар

	Қабул қилишда ўртача MMSE баллари	Қабул бўйича NIHSS шкаласи бўйича ўртача балл	Қабул қилинганда АБСД2 шкаласи бўйича ўртача балл
Қон босими 180 мм.см уст. Кам бўлган беморлар (n=193)	23,6±2,7	7,5±2,5	4,3±1,2
Қон босими 180 мм.см уст. кўп бўлган беморлар (n=45)	22,6±2,5	7,7±2,3	5,0±1,1
P Манна-Уитни	p>0,05	p>0,05	p<0,01

Олинган натижалар қандли диабет билан оғриган беморлар орасида кўрсаткичларнинг статистик жиҳатдан сезиларли фарқларини кўрсатади. Шундай қилиб, қандли диабет билан оғриган 46 беморда когнитив функцияларнинг ёмон кўрсаткичлари аниқланди MMSE шкаласи бўйича 26,1±3,7, қандли диабетсиз беморларда 22,8 ва 2,1 балл, p<0,05. Шунингдек, NIHSS шкаласи бўйича неврологик танқисликнинг оғирлиги қандли диабет билан оғриган беморларда қандли диабет бўлмаган беморларга қараганда юқори эди-11,2±3,5 ва 7,5±2,4, мос равишда p<0,05. Қандли диабет билан оғриган беморларда ишемик инсулт эҳтимоли қандли диабет бўлмаган беморларга нисбатан ҳам юқори эди - - 5,1±1,2 балл, 4,3±1,2 АБСД2 шкаласи бўйича 2 балл, мос равишда p<0,01) (3-жадвал).

3 Жадвал

Беморларда 2-типтаги қандли диабет мавжудлигига қараб баъзи клиник кўрсаткичлар.

	Қабул қилишда ўртача MMSE баллари	Қабул бўйича NIHSS шкаласи бўйича ўртача балл	Қабул қилинганда АБСД2 шкаласи бўйича ўртача балл
Қандли диабетли беморлар (n=46).	26,1±3,7	11,2±3,5	5,1±1,2
Қандли диабетсиз беморлар (n=192).	22,8±2,1	7,5±2,4	4,3±1,2
P Манна-Уитни	p<0,05	p<0,05	p<0,01

Чекишнинг ТИА ва ишемик инсулт ривожланишига салбий таъсири бизнинг тадқиқотимизда ҳам ўз аксини топди. 4-жадвалга мувофиқ, 238 бемордан 118 (49,6%) бемор чекувчилар бўлиб, уларнинг ўртача чекиш тажрибаси 23,9±8,5 йилни ташкил этди ва чекилган сигареталар сони – 13,0±4,1. 120 (50,4%) беморлар чекувчи эмаслиги аниқланди.

4 Жадвал

Чекувчи ва чекмайдиган беморларда баъзи клиник кўрсаткичлар

	Қабул қилишда ўртача MMSE баллари	Қабул бўйича NIHSS шкаласи бўйича ўртача балл	Қабул қилинганда АБСД2 шкаласи бўйича ўртача балл
Чекувчи беморлар (n=118).	16,7±9,1	13,4±9,3	5,2±2,1
Чекмайдиган беморлар (n=120).	23,4±2,5	8,0±2,3	4,6±1,2
P Манна-Уитни	p<0,01	p<0,01	p>0,05

Чекиш когнитив бузилиш ва неврологик ўчоқли касалликларнинг оғирлигига салбий таъсир кўрсатиши аниқланди. Чекишнинг биз томонидан олинган когнитив функцияларга таъсири натижалари шуни кўрсатадики, чекувчи беморларда бу функция чекмайдиган беморларга қараганда анча паст бўлган (16,7±9,1 балла, 23,4±2,5 балл MMSE шкаласи бўйича мос равишда p<0,01). Чекувчи беморларда неврологик дефицитнинг оғирлиги ҳам юқори эди NIHSS шкаласи бўйича 13,4±9,3 балл, чекмайдиганларда 8,0±2,3 балл, p<0,01.

Ортиқча вазн қон томир фалокатини ривожлантириш учун муҳим хавф омилidir. Таҳлил қилиш учун беморлар шартли равишда 2 гуруҳга бўлинган: 1 – гуруҳ – 155 (65,1%) ТВИ 30 дан кам бўлган беморлар, 2-гуруҳ- 83 (34,9%) 30 дан ортиқ ТВИ бўлган беморлар. ТВИ 30: 23,5±2,7 дан кам бўлган беморларда MMSE шкаласи бўйича 23,5±2,7 балл, ТВИ 30 дан кам бўлган беморларда 24,0±2,6 балл, ТВИ 30 дан кам бўлган беморларда 24,0±2,6 балл, p>0,05. 7,5±2,6 баллдан кам бўлган беморларда NIHSS шкаласи бўйича 2,6 балл ва 30 дан кам бўлган беморларда 7,6±2,3 балл ва ТВИ дан юқори бўлган беморларда 7,6±2,3 балл, (p<0,05). Бироқ, тана

вазнининг ортиши ТИАдан кейин ишемик инсулт хавфига таъсир қилади: масалан, ТВИ 30 дан кам бўлган беморларда АБСД2. 4 шкаласи бўйича $4,4 \pm 1,2$ балл, ТВИ 30 дан ортиқ беморларда Эса $4,7 \pm 1,2$ балл аниқланди, бу статистик аҳамиятга эга ($p < 0,05$) (5-жадвал).

Тана вазни индексига қараб баъзи клиник кўрсаткичлар

	Қабул қилишда ўртача MMSE баллари	Қабул бўйича NIHSS шкаласи бўйича ўртача балл	Қабул қилинганда АБСД2 шкаласи бўйича ўртача балл
ТВИ 30 дан кам бўлган беморлар (n=155).	$23,5 \pm 2,7$	$7,5 \pm 2,6$	$4,4 \pm 1,2$
ТВИ 30 дан кўп бўлган беморлар (n=83).	$24,0 \pm 2,6$	$7,6 \pm 2,3$	$4,7 \pm 1,2$
P Манна-Уитни	$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p < 0,05$

Ўрганилган гуруҳларнинг таҳлили шуни кўрсатдики, УУА ва ИУА окклюзияси фақат КЭАЭ ва стентланган беморларда ташхис қўйилган (мас равишда $27,7\%$ ва $9,3\%$), консерватив даво билан оғриган беморларда окклюзив жараёнлар аниқланмаган. Гемодинамик муҳим УУА стенози фақат КЭАЭ ўтказилган 17 ($18,9\%$) беморларда аниқланган. Гемодинамик муҳим ИУА стеноз бор – атеросклеротик каротид зарарланишида энг кенг тарқалган вариант: шундай қилиб, консерватив даволаш олиб борилган беморларда, у КЭАЭ ўтказилган беморларда, 14 ($13,3\%$) беморларда аниқланган .

КЭАЭ қилинган беморлар орасида КИМ ва гемодинамик аҳамиятсиз стеноз қалинлашиши учун бундай морфологик ўзгаришлар аниқланмаган. Каротид артерияларни стентланган орасида КИМ, гемодинамик аҳамиятсиз стеноз ва гемодинамик аҳамиятли стеноз қалинлашиши каби ўзгаришлар аниқланмаган (6-жадвал).

6 Жадвал

Допплерография бўйича каротид артерия ўчоғининг табиатига қараб баъзи клиник кўрсаткичлар

	Қабул қилишда ўртача MMSE баллари	Қабул бўйича NIHSS шкаласи бўйича ўртача балл	Қабул қилинганда АБСД2 шкаласи бўйича ўртача балл	ТИА нинг давомийли Ги
КИМ қалинлашуви (n=35)	$25,0 \pm 2,3$	$7,1 \pm 1,9$	$4,5 \pm 1,1$	$144,4 \pm 143,2$
Гемодинамик аҳамиятсиз стеноз (n=83).	$24,6 \pm 2,4$	$7,1 \pm 1,8$	$4,7 \pm 1,1$	$167,8 \pm 132,3$
Гемодинамик аҳамиятли	$23,3 \pm 2,2$	$7,9 \pm 2,6$	$4,8 \pm 1,6$	$252,9 \pm 153,2$

стеноз 50-70% (n=155)				
Гемодинамик аҳамиятли стеноз 71-89% (n=155)	22,8±2,7	7,3±2,8	4,5±1,1	245,3±196,4
Критик стеноз 90-99% (n=155)	22,5±2,2	8,1±2,5	4,3±1,2	333,1±274,3
Окклюзия (n=155)	22,6±2,9	8,6±3,1	4,3±1,1	344,5±284,5
Гемодинамик аҳамиятли эгилиши (n=155)	25,6±2,6	6,3±2,1	3,6±0,9	179,7±194,9
χ^2 Крускала-Уоллиса	$\chi^2 = 37,8$ p<0,01	$\chi^2 = 12,7$ p<0,05	$\chi^2 = 18,6$ p<0,01	$\chi^2 = 22,2$ p<0,01

MMSE шкаласининг ўртача натижаларини таҳлил қилганда, уйқу артериясининг шикастланиш даражаси ошгани сайин беморларда когнитив функциялар камайишини кузатиш мумкин. Шундай қилиб, КИМ қалинлашиши билан ўртача кўрсаткич MMSE шкаласи бўйича 25 балл, гемодинамик аҳамиятсиз стеноз билан – 24,6 балл, гемодинамик аҳамиятли стеноз билан 50-70% ва 71-90%, бу кўрсаткич мос равишда 23,3 ва 22,8 баллни ташкил этди. Энг паст кўрсаткичлар критик стеноз ва каротид артерияларнинг окклюзияси бўлган беморларда топилган-мос равишда 22,5 ва 22,6 балл. Уйқу артерияларининг гемодинамик жиҳатдан сезиларли эгилиши когнитив функцияларга сезиларли таъсир кўрсатмади-25,6 балл.

Атеросклеротик жараён натижасида келиб чиққан каротид артерияларнинг шикастланиш даражаси ТИА давомийлигига бевосита таъсир қилади. Олинган маълумотларга кўра, каротид артерияларнинг шикастланиши ошгани сайин ТИА вақтининг кўпайиши кузатилиши мумкин. Шундай қилиб, фақат КИМ қалинлашган беморларда ТИА нинг ўртача давомийлиги 144,4 дақиқа, гемодинамик аҳамиятсизстеноз аниқланган беморларда – 167,8 дақиқа, гемодинамик аҳамиятли стенози мавжуд беморларда 50-70% ва 71-90%, ТИА давомийлиги мос равишда 252,9 дақиқа ва 245,3 дақиқа. - ТИА ўртача давомийлиги энг юқори кўрсаткичлари танқидий стеноз ва каротид артерияларнинг тикилиши билан оғриган беморларда содир бўлди. шунга кўра 333,1 мин ва 344,5 мин давом этди.

Диссертацияни **"Вақтинчалик ишемик хуружли беморларда каротид эндартеректомия натижаларини таҳлил қилиш"** деб номланган туртинчи бобида ТИА билан эндартеректомиядан кейин беморларни динамик кузатишга бағишланган. "Яшовчанлик" тушунчаси ИИ ривожланишини ёки маълум бир инсулт туфайли ҳалокатли натижани англатади. Шундай қилиб, текширилган 90 бемордан клиникадаги 2 бемор вафот этди, шу муносабат билан 30 кунлик яшовчанлик таҳлили 88 беморда ўтказила бошланди. Амалга оширилган КЭАЭ самарадорлигини тавсифловчи асосий кўрсаткич такрорий ишемик инсулт билан оғриган беморларнинг сони ҳисобланади.

Шундай қилиб, бизнинг ҳолатларимизда 5 (5,5%) бемор ишемик турга кўра такрорий БМҚАЎБ клиникасини ишлаб чиқдилар (7-жадвал).

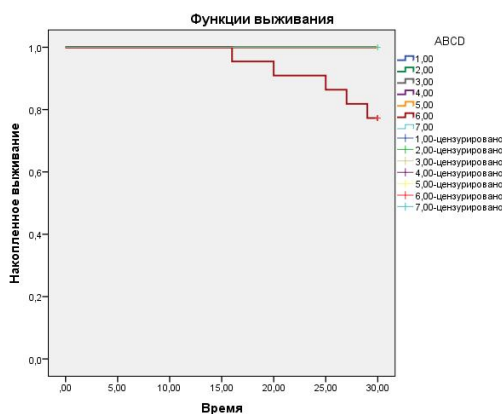
7 Жадвал

30 кунлик яшовчанликнинг асосий кўрсаткичлари.

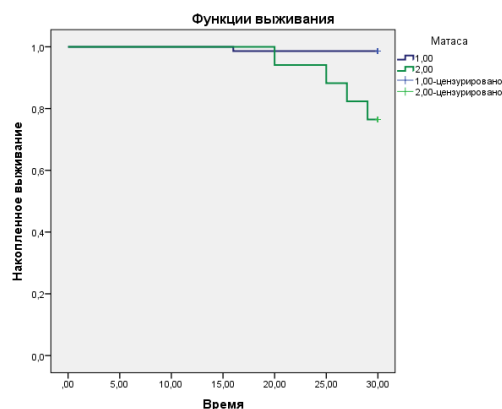
30 кун мобайнида текширилган умумий беморлар сони	30 кун давомида цензураланган беморлар сони	30 кун давомида қайта БМҚАЎБ ўтказган беморлар сони	БМҚАЎБ ўтказган беморлар ичидан вафот этганлари сони	30 кун мобайдан тирик қолган беморлар сони	30 кунлик яшовчанлик.
90	0 (0%)	5 (5,5%)	2 (2,2%)	85 (94,4%)	94,4%

4-расмга кўра, АБСД2 шкаласи бўйича 1, 2, 3, 4, 5 балл бўлган барча беморлар 30 кунлик белгига эришдилар. Қон босими, ТИА давомийлиги ва неврологик дефицитнинг оғирлиги жиҳатидан ёмонроқ кўрсаткичларга эга бўлган 30 балли беморларда 6 кунлик яшовчанлик даражаси 77,3% ни ташкил этди ($2 = 17,03$ $p < 0,01$), яъни беморларнинг бу фоизи ИИ ва ўлимсиз 30 кунлик белгига етди. АБСД2 шкаласи бўйича 2.2 балл бўлган 2 (2%) бемор ҳалокатли натижани кузатилган.

5-расмга кўра, Матас тести салбий бўлган беморларда 30 кунлик яшовчанлик даражаси 98,6% ни ташкил этди, Матас тести ижобий бўлган беморларда бу кўрсаткич 76,5% ни ташкил этди ($\chi^2 = 13,1$ $p < 0,01$). Шунини таъкидлаш керакки, Матас тести ижобий бўлган беморларда 2 (2,2%) ҳалокатли ҳолатлар содир бўлган.



4 расм. Шкала кўрсаткичларига қараб 30 кунлик омон қолиш даражаси АБСД². («1», «2», «3», «4», «5» – 100%; «6»-77,3%; «7»-100%) $\chi^2 = 8,68$ $p > 0,05$

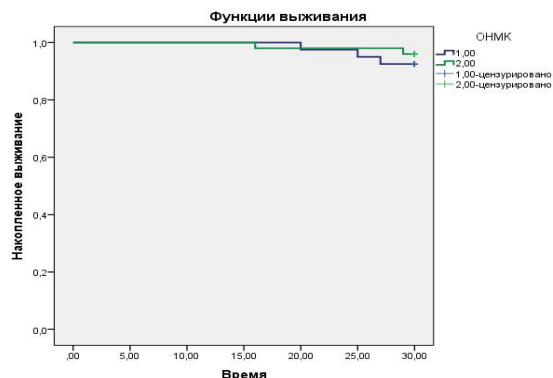
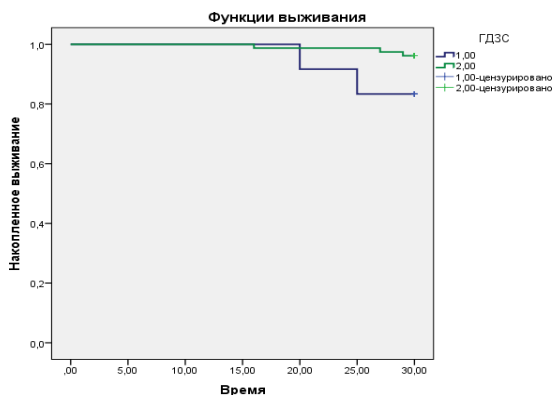


5 расм. Матас тести натижаларига қараб 30 кунлик омон қолиш даражаси (1 - салбий намуна; 2-ижобий намуна). («1»- 98,6% «2»-76,5%) $\chi^2 = 13,1$ $p < 0,01$

КЭАЭ дан кейин яшовчанлик даражасига қарама-қарши томоннинг каротид артерияларининг ҳолати ҳам таъсир қилади. Инсултга қарама-қарши томонда гемодинамик жиҳатдан аҳамиятли стеноз мавжуд бўлганда 30 кунлик яшовчанлик даражаси 83,3% ни, қарама - қарши томонда

гемодинамик жиҳатдан аҳамиятли стеноз бўлмаса-96,2% ни ташкил этди ($\chi^2 = 3,46$ $p > 0,05$) (расм. 6).

БМҚАЎБ тарихи билан оғриган беморларда ИИ ривожланиши билан 30 кунлик яшовчанлик 92,5% ни ташкил этди ва анамнезда БМҚАЎБ йўқлигида - 96% ($\chi^2 = 0,51$ $p > 0,05$) (расм 7).



6 расм. Қарама-қарши томонда гас мавжудлигига қараб 30 кунлик омон қолиш даражаси (1 - қарама-қарши томонда гас мавжуд; 2-қарама-қарши томонда гас йўқ) («1» - 83,3%; «2» - 96,2%) $\chi^2 = 3,46$ $p > 0,05$

7 рас. Илгари ўтказилган БМҚАЎБ мавжудлигига қараб 30 кунлик омон қолиш (1 - анамнезда БМҚАЎБ мавжуд; 2 - анамнезда БМҚАЎБ йўқ) («1» - 92,5%; «2»- 96,0%) $\chi^2 = 0,51$ $p > 0,05$

Ўлимга олиб келадиган 2 (2,2%) ҳолатдан 1 беморда БМҚАЎБ ишемик тури бўлган. Текширилган беморларнинг 3 (3,3%) беморида ишемик турдаги такрорий БМҚАЎБ клиникаси мавжуд.

Шундай қилиб, 80 (88,9%) бемор 0-90 кунлик даврда такрорий БМҚАЎБ ва ҳалокатли натижасиз омон қолди. 90 кундан 31 кунгача бўлган даврда 90 кунлик яшовчанлик даражаси 94,1% ни ташкил этди (8-жадвал).

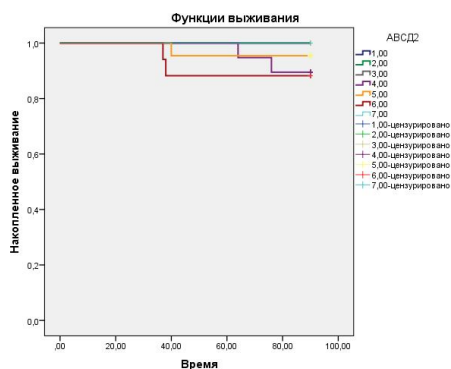
8 Жадвал

90 кунлик яшовчанликнинг асосий кўрсаткичлари.

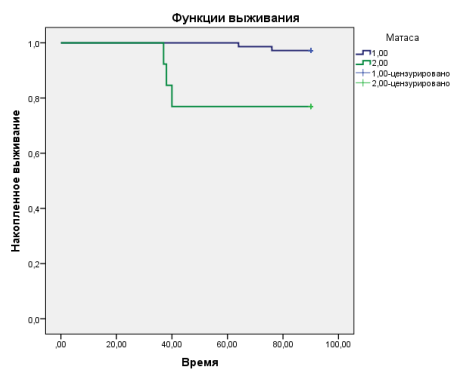
90 кун мобайнида текширилган умумий беморлар сони	90 кун давомида цензуранланган беморлар сони	90 кун давомида қайта БМҚАЎБ ўтказган беморлар сони	БМҚАЎБ ўтказган беморлар ичидан вафот этганлари сони	90 кун мобайнида тирик қолган беморлар сони	90-кунлик яшовчанлик
85	2 (2,2%)	3 (3,3%)	0 (0%)	80 (88,9%)	94,1%

АБСД2 шкаласи кўрсаткичларини таҳлил қилиш унинг яшовчанликга таъсирини кўрсатади. Шундай қилиб, ушбу шкала бўйича паст балл тўплаган беморлар (АБСД2 шкаласи бўйича 2, 3 ва 2 балл 100% яшовчанлик даражасига эга эди, яъни, улар ИИ ва ўлимсиз 90 кунга етди. АБСД2 шкаласи

бўйича ёмон кўрсаткичларга эга беморларда "яшовчанлик даражаси" пастроқ бўлган: 4 балл билан – 89,0%, 5 балл билан – 95,5%, 6 балл билан – 88,2%, $P. 2 = 3,5 p > 0,05$ (расм. 8). Такрорий ИИ ривожланиши билан 3 та ҳолатдан 2 та ҳолатда АБСД2 шкаласи учун кўрсаткич 6 баллни ташкил этди. Матас тестининг ижобий натижалари, шунингдек, 30 кунлик яшовчанлик ИИ ривожланишига салбий таъсир кўрсатди, шунинг учун салбий Матас тести бўлган беморларда 90 кунлик яшовчанлик 97,2% ни ташкил етди ва ижобий тестли беморларда - 76,9%, $\chi^2 = 9,3 p < 0,01$ (9 расм). Матас тести натижасида ижобий бўлган 1 ҳолатда такрорий ИИ ишлаб чиқилди.



8 расм Шкала кўрсаткичларига қараб 90 кунлик омон қолиш даражаси ABCD². («1», «2», «3» – 100%; «4» - 89,5% «5» - 95,5%; «6» - 88,2%; «7» – 100%) $\chi^2 = 3,5 p > 0,05$



9 расм. Матас тести натижаларига қараб 90 кунлик омон қолиш даражаси (1- синама манфий; 2 – синама мусбат). («1»- 97,2% «2»-76,9%) $\chi^2 = 9,3 p < 0,01$

Қарама-қарши томонда гемодинамик жиҳатдан муҳим стенознинг мавжудлиги ёки йўқлигига қараб 90 кунлик яшовчанлик таҳлили сезиларли фарқларни аниқламади. Шу билан бирга, 2 томонлама каротид артерия ўчоғи бўлган барча беморларда бу кўрсаткич 100% ни ташкил этди ва фақат бир томонлама ўчоқ мавжуд бўлганда-93,3%. $\chi^2 = 0,68 p > 0,05$. КЭАЭ дан кейин такрорий ИИ ривожланиши билан 3 бемордан 2 та ҳолатда гемодинамик жиҳатдан аҳамиятли каротид артерия зараланиши ташхиси қўйилган.

Илгари анамнезида ТИА ўтказган ва ТИА дан кейин ўтказилган омилнинг роли 90 кунлик яшовчанликни таҳлил қилишда долзарб бўлиб қолмоқда. Шундай қилиб, илгари БМҚАЎБ ўтказган беморларда 90 кунлик яшовчанлик даражаси 94,6% ни ташкил этди ва анамнезда БМҚАЎБ бўлмаган беморларда бу кўрсаткич 93,8% ни ташкил этди 93,8%, $\chi^2 = 0,03 p > 0,05$. 3 ойдан 6 ойгача бўлган кузатув даври КЭАЭ 80 беморда ўтказилди. Бу даврда, 3 (3,3%) беморлар бизнинг эътиборимиздан четда қолди "ташлаб" кетилган ва цензуранланган мақомини сотиб олди. Ушбу даврда 2 (2,2%) бемор ИИ клиникасини ишлаб чиқди. Шундай қилиб, атиги 75 (83,3%) бемор "6 ой" белгисига етди. Фақат такрорий БМҚАЎБ ва ҳалокатли натижаларни ҳисобга олган ҳолда, 6 ойлик яшовчанлик даражаси (3 ойдан 6 ойгача) 93,8% ни ташкил этди (9-жадвал).

9 Жадвал

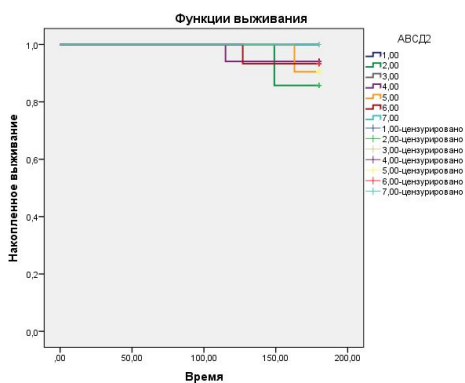
6 ойлик (180 кунлик) яшовчанликнинг асосий кўрсаткичлари.

6 ойлик мобайнида текширилган умумий беморлар сони	3 дан 6 ойгача давомида цензураланган беморлар сони	6 ой давомида қайта БМҚАЎБ ўтказган беморлар сони	БМҚАЎБ ўтказган беморлар ичидан вафот этганлари сони	3 дан 6 ойгача мобайнидан тирик қолган беморлар сони	6 ойлик ЯШОВЧАНЛИК
80	3 (3,3%)	2 (2,2%)	0 (0%)	75 (83,3%)	93,8%

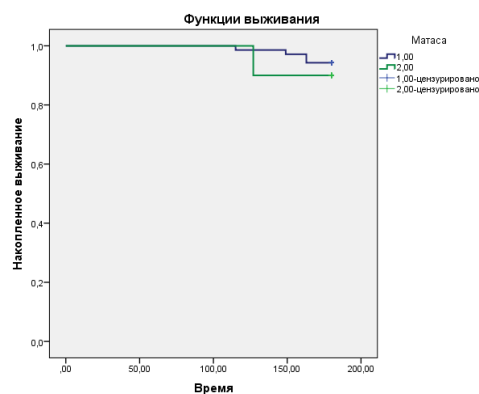
АБСД2 шкаласи ва унинг 6 ойлик яшовчанлик учун КЭАЭ ўтказилган беморларда ТИАдан кейин ИИ ривожланишига таъсири таҳлили тахминан 30 кунлик ва 90 кунлик яшовчанлик билан бир хил қийматларни кўрсатди. Яъни, АБСД2 шкаласи бўйича янада ноқулай ТИА кўрсаткичлари билан яшовчанлик ставкаларини ёмонлаштириш тенденцияси мавжуд. Шундай қилиб, АБСД2 шкаласи бўйича 3, 7 ва 2 балл бўлган барча беморлар ИИ ва ўлим ривожланмасдан 6 ойлик белгигача яшадилар. АБСД2 шкаласи бўйича 6, 4, 5 ва 6 балл бўлган беморларда 2 ойлик яшовчанлик даражаси мос равишда 85,7%, 94,1%, 90,0% ва 93,3% ни ташкил этди. $\chi^2=2,4$ $p>0,05$ (10 расм).

АБСД2 шкаласи бўйича 2.2 балл бўлган беморларда такрорий ИИ нинг 2 (2%) ҳолатлари содир бўлди. Ижобий Матас тестининг мавжудлиги КЭАЭ ўтказилган беморларда 6 ойлик яшовчанликнинг пасайишига ҳам таъсир қилди. Шундай қилиб, 5 беморда 6 ойлик яшовчанлик даражаси 90% бўлган ижобий Матас тести аниқланди. Матас тести салбий бўлган беморларда бу кўрсаткич 94,3% ни ташкил этди 94,3%, $\chi^2 =0,3$ $p>0,05$ (11 расм.)

ИИ ривожланишининг 1 ҳолатида (1,4%) беморга ижобий Матас тести ташхиси қўйилган. Инсултнинг контралатерал томонида каротид артериянинг гемодинамик жиҳатдан аҳамиятли ўчоғи мавжудлиги КЭАЭ қилинган беморларда 6 ойлик яшовчанлик даражасига салбий таъсир кўрсатишда давом этмоқда.



10. 6 расм ўлчов кўрсаткичларига қараб ойлик омон қолиш даражаси



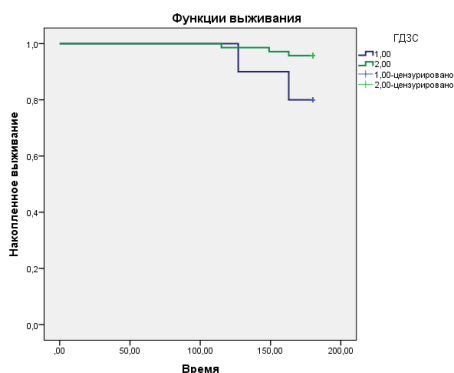
11. 6 расм Матас тести натижаларига қараб ойлик омон қолиш даражаси (1 – салбий

ABCD². («1»-100%; «2»-85,7%; «3»-100%; «4»-94,1%; «5» - 90,5%; «6» - 93,3%; «7»-100%) $\chi^2 = 2,4$ $p > 0,05$

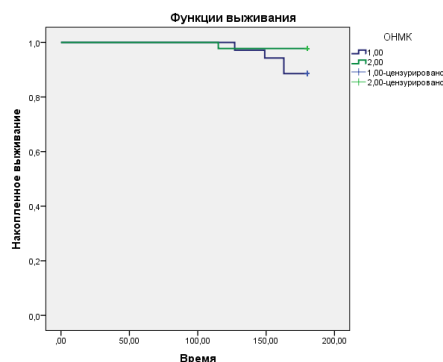
намуна; 2-ижобий намуна). («1»- 94,3% «2» -90,0%) $\chi^2 = 0,3$ $p > 0,05$

Статистик жиҳатдан ишончли кўрсаткичларнинг мавжудлиги бу ҳақиқатни кўрсатади: шундай қилиб, контралатерал инсулт томонида гемодинамик жиҳатдан муҳим стенозли беморларда 6 ойлик яшовчанлик даражаси 80% ни ташкил этди, яъни. Беморларнинг 20% ИИ ривожланган. Инсултнинг қарама-қарши томонида гемодинамик жиҳатдан аҳамиятли каротид стенози бўлмаган беморларда 6 ойлик яшовчанлик даражаси. 95,7%, $\chi^2 = 3,7$ $p > 0,05$ (рис. 12) ташкил этди.

6 ойлик яшовчанлик даражаси билан ўхшаш ҳолат аввалги БМҚАЎБ тарихи бўлган беморларда кузатилади, бу ерда илгари БМҚАЎБ билан касалланмаган беморларга қараганда пастроқ яшовчанлик даражаси кузатилади. Олинган маълумотлар статистик ишончсиз қадриятлар бор эди-да, беморларнинг биринчи гуруҳида 6-ой қолдиқ даражаси 88,6% ни ташкил этди, ва БМҚАЎБ бир тарихи бўлмаган беморларда 97,8%, $\chi^2 = 2,7$ $p > 0,05$ (13 расм).



12. 6 расм (қарама-қарши томонда гдз мавжудлигига қараб ойлик омон қолиш даражаси (1-қарама-қарши томонда гдз мавжуд; 2-қарама-қарши томонда гдз йўқ) (1" - 80,0%; "2" - 95,7%) $P. 2 = 3.7$ $p < 0.01$ » - 80,0%; «2» - 95,7%) $\chi^2 = 3,7$ $p < 0,05$



13. 6 расм илгари ўтказилган БМҚАЎБ мавжудлигига қараб ойлик омон қолиш даражаси (1 - анамнезда БМҚАЎБ мавжуд; 2-анамнезда БМҚАЎБ йўқ) («1» - 88,6%; «2» - 97,8%) $\chi^2 = 2,7$ $p > 0,05$

КЭАЭ дан кейин 6 ойдан 12 ойгача бўлган даврда 75 бемор бизнинг динамик назоратимиз остида қолди. 3 (3,3%) бемор кўздан ғойиб бўлди ва кейинчалик цензура сифатида таҳлил қилинди. 1 (1,1%) бемор кўриб чиқиляётган даврда ИИ клиникаси ривожланди.

Жами 71 (78,8%) бемор "12 ой" вақт белгисига етди, улар амалга оширилган КЭАЭ дан кейин ушбу кузатув даврида ИИ ёки ўлимни ривожлантирмаган. 6 ойдан 12 ойгача бўлган даврда яшовчанлик даражаси 94,7% ни ташкил этди (10-жадвал).

10 Жадвал

12 ойлик (365 кунлик) яшовчанликнинг асосий кўрсаткичлари

12 ойлик	12 ой давомида	12 ой	БМҚАЎБ	365 кун	12 ойлик
----------	----------------	-------	--------	---------	----------

мобайнида текширилган умумий беморлар сони	цензуранган беморлар сони	давомида қайта БМҚАЎБ ўтказган беморлар сони	ўтказган беморлар ичидан вафот этганлари сони	мобайнидан тирик қолган беморлар сони	яшовчанлик
75	3 (3,3%)	1 (1,1%)	0 (0%)	71 (78,8%)	94,7%

АБСД2 шкаласи бўйича баҳоланган ноқулай ТИА баллари 12 ойлик яшовчанликга салбий таъсир кўрсатишда давом этди. Шундай қилиб, АБСД2 шкаласи бўйича 3, 2 ва 2 балли беморларда 100% 12 ойлик яшовчанлик даражаси бор эди. АБСД2 шкаласи бўйича 4, 5 ва 6 балл бўлган беморларда бу кўрсаткич мос равишда 83,3%, 93,8%, 94,7% ва 92,9% ни ташкил этди, $\chi^2 = 2,8$ $p < 0,05$. Такрорий ИИ натижаси билан 1 (1,7%) ҳолатда, АБСД 2 курсида 2 балл ташхис қўйилган, бу ёш, қон босими кўрсаткичлари ва умуман яшовчанлик учун қандли диабет мавжудлигини тасдиқлайди.

Кузатилган 75 беморнинг 9 (9,9%) беморида Матас тести ижобий бўлган. Шу асосда таққосланган гуруҳлар ўртасида статистик жиҳатдан сезиларли фарқлар йўқ эди, аммо Матас тести ижобий бўлган беморларда 12 ойлик яшовчанлик даражаси -93,4% паст бўлган ва ушбу тестнинг салбий кўрсаткичи бўлган беморларда -100%, $\chi^2 = 0,55$ $p > 0,05$. ИИнинг такрорий ривожланишининг 1 (1,1%) ҳолатида Матас тести ижобий қийматга эга эди, бу билвосита гаров айланишининг етишмаслигини тасдиқлайди.

Гемодинамик жиҳатдан аҳамиятли стеноз мавжудлиги билан контралатерал инсулт томонининг каротид артериялари ҳолатининг роли 12 ойлик яшовчанликга салбий таъсир кўрсатди, гарчи бу статистик аҳамиятга эга эмас эди. Шундай қилиб, гемодинамик аҳамиятли стенозли беморларда бу кўрсаткич 94,0% ни, стенозсиз беморларда еса 100% ни ташкил этди $\chi^2 = 0,08$ $p > 0,05$. ИИ тарихи 12 ойлик яшовчанлик даражасига унинг ёмонлашуви томон сезиларли таъсир кўрсатди. Икки гуруҳ беморлари орасида бу кўрсаткичда статистик жиҳатдан аҳамиятсиз фарқ бор. Шундай қилиб, илгари БМҚАЎБ билан оғриган беморларда 12 ойлик яшовчанлик даражаси 93,5% ни, анамнезда БМҚАЎБ бўлмаган беморларда -95,5% ни ташкил этди $\chi^2 = 0,12$ $p > 0,05$.

Биз КЭАЭ ўтказган беморларнинг ҳаёт даражаси таҳлилини ўтказдик. Баҳолаш 0-12 ойлик кузатув даврида амалга оширилди. КЭАЭ билан текширилган 90 бемордан 8 (8,8%) бемор 12 ойлик кузатув давомида цензурага учради, яъни улар бизнинг кўриш майдонимизни тарк этишди ва бизда уларнинг кейинги тақдири ҳақида маълумот йўқ. Такрорий ишемик турдаги БМҚАЎБ бу даврда 11 (12,2%) беморда ривожланган ва 2 (2,2%) клиникада кенг ишемик ўчоқнинг шаклланиши натижасида ҳалокатли натижани ишлаб чиқди, бу эса дислокация синдроми билан мия шиши ривожланишига олиб келди. 71 (78,9%) бемор 12 ойлик даврда ИИ ва ўлим

ривожланмасдан омон қолди. Шундай қилиб, цензура қилинган беморларни ҳисобга олган ҳолда яшовчанлик даражаси 78,9% ни ташкил этди (11-жадвал).

11 Жадвал

0-12 ойлик давр учун асосий яшовчанлик даражаси

0 дан 12 ойгача бўлган даврда кузатилган беморларнинг умумий сони	Улардан 0 дан 12 ойгача бўлган даврда цензураланган беморлар сони	Улардан 0 дан 12 ойгача бўлган даврда такрорий ОНМС билан оғриган беморлар сони	0 дан 12 ойгача бўлган даврда омон қолган беморлар сони	0 дан 12 ойгача бўлган даврда омон қолган беморлар сони	12 ой яшовчанлик имкониятлар (0-12 ой)
90	8 (8,8%)	11 (12,2%)	2 (2,2%)	71 (78,9%)	78,9%

АБСД2 шкаласи қийматларининг 12 ойлик яшовчанликга таъсири таҳлил қилинди. ТИА белгиларининг оғирлик даражаси ва яшовчанлик даражаси ўртасида статистик жиҳатдан муҳим корреляция аниқланди. Шундай қилиб, АБСД2 шкаласи бўйича 3, 7 ва 2 балл бўлган беморларда 12 ойлик яшовчанлик даражаси 100% ни, 2 балл билан – 71,4% ни, 4 балл билан – 78,98% ни, 5 балл билан – 81,0, 6 балл билан – 59,1% ни ташкил этди., $\chi^2 = 12,4$ $p < 0,05$.

КЭАЭ ўтказилган беморларда Матас тести натижаларини таҳлил қилишда 12 ойлик яшовчанлик ставкаларида сезиларли, статистик жиҳатдан муҳим фарқ аниқланди. Матас тестининг ижобий натижаси билан 12 ойлик яшовчанлик даражаси 52,9% ни, Матас тестининг салбий натижаси бўлган беморларда - 84,9% ни ташкил этди. $\chi^2 = 12,5$ $p < 0,01$.

Инсултга нисбатан контралатерал томоннинг каротид артерияларининг ҳолати муҳим рол ўйнайди. Инсултнинг қарама-қарши томонида гемодинамик жиҳатдан муҳим стенознинг мавжудлиги 12 ойлик яшовчанликнинг сезиларли даражада ёмонлашишига олиб келиши мумкин. Шундай қилиб, контралатерал инсулт томонида стеноз билан оғриган беморларда 12 ойлик яшовчанлик даражаси 66,7% ни, стенозсиз беморларда 80,8% ни ташкил этди $\chi^2 = 1,5$ $p > 0,05$.

Диссертациянинг "Вақтинчалик ишемик хуружли беморларда каротид артерияни стентлаш натижаларини таҳлил қилиш" деб номланган бешинчи бобида ТИА билан каротид артерия стентлашдан кейин беморларни динамик кузатишга бағишланган. Каротид артерия стентлаш самарадорлигини баҳолаш учун биз Каплан-Майернинг яшовчанлигини ҳисоблаш усулидан фойдаландик, унга кўра маълум вақт оралиғида омон қолган беморларнинг фоизини аниқлаш мумкин. Шунини аниқлаштириш керакки, бизнинг ишимиздаги "яшовчанлик" атамаси вафот этган

беморларнинг сонини эмас, балки каротид артерияларни стентлашдан кейин ишемик инсулт ривожланган беморларнинг сонини англатади.

Умуман олганда, 30 кунлик яшовчанлик даражасини таҳлил қилиб, биз деярли 100% яшовчанлик даражасини кўрамиз. Шунинг таъкидлаш керакки, 1 беморда клиникада 3 кунлик ССА дан кейин ҳалокатли натижа пайдо бўлди, чунки дастлаб беморнинг аҳволи такрорий ўткир ишемик инсулт ривожланиши натижасида оғир деб ҳисобланган. БМҚАЎБ клиникаси мия устунли тузилмаларининг иштироки билан ажралиб турарди. Шундай қилиб, 42 бемор кузатилди. 30 кунлик кузатув даврида фақат 1 бемор "цензура" мақомига эга бўлди, чунки у бизнинг кўриш соҳамиздан ташқарида эди ва биз унинг кейинги тақдирини ҳақида ҳеч қандай маълумотга эга эмас эдик. Клиника билан оғриган ва 30 кунлик даврда ишлаб чиқилган беморлар кузатилмади. ИИ ва ўлим белгиларисиз 30 кунлик даврга етган беморларнинг умумий сони 41 (95,3%) беморни ташкил этди (12-жадвал).

12 Жадвал

ССАда 30 кунлик яшовчанликнинг асосий кўрсаткичлари

30 кун ичида кузатилган беморларнинг умумий сони	Улардан 30 кун ичида цензура қилинган беморлар сони	Улардан 30 кун ичида такрорий БМҚАЎБ билан оғриган беморлар сони	БМҚАЎБ билан вафот этган беморлар сони. орасидан такрорлаш билан.	30-кун бўйича омон қолган беморлар сони	30 кунлик яшовчанлик имкониятлар.
43	1 (2,3%)	1(2,3%)	1 (2,3%)	41 (95,3%)	95,3%

30 кунлик яшовчанлик кўрсаткичларига таъсир қилувчи омиллардан бири бу АВСД2 шкаласи кўрсаткичи бўлиб, унда беморнинг ёши, ТИА ривожланиш вақтидаги қон босими, неврологик етишмовчиликнинг оғирлиги, ТИА давомийлиги, шунингдек анамнезида қандли диабет мавжудлиги. Фақат 1 ҳолатда ўлим содир бўлганлигини ҳисобга олсак (ҳалокатли натижа), олинган натижалар ишончли эмас, шунинг учун 2, 3, 5 ва 6 балл бўлган беморларда 100% яшовчанлик даражаси ва 4 балл билан – 77,8%.

30 кунлик яшовчанлик таҳлили шунинг кўрсатдики, стентлашнинг қарама-қарши томонида гемодинамик жиҳатдан аҳамиятли стеноз билан оғриган беморларда 30 кунлик яшовчанлик даражаси сезиларли стенозсиз беморларга нисбатан ёмонроқ бўлган-85,7% ва 97,2%, ўз навбатида, $\chi^2 = 1,6$ $p > 0,05$.

Илгари ўтказилган БМҚАЎБ нинг ССА дан кейин 30 кунлик даврда такрорий ИИ ривожланишига таъсирини таҳлил қилиш ўрганилган омиллар ўртасида ўзаро боғлиқлик йўқлигини кўрсатди: илгари ўтказилган БМҚАЎБ бўлмаган беморларда 30 кунлик яшовчанлик даражаси 96,6% ни ташкил этди, анамнезида БМҚАЎБ бўлган беморларда - 92,9%, $\chi^2 = 0,26$ $p > 0,05$.

41 бемор ССАнинг узоқ муддатли натижаларини аниқлаш учун беморни кузатишнинг иккинчи 90 кунлик босқичига киришди. 31 дан 90

кунгача бўлган кузатув даврида беморларда қон томир ходисаларининг "кўтарилиши" кузатилмади, цензурадан ўтган беморлар йўқ эди, 1 (2,3%) ишемик турдаги такрорий БМҚАЎБ клиникасини ишлаб чиқди. Ҳеч қандай ҳалокатли натижалар қайд этилмаган. Беморларнинг 0-90 кунлик давридаги "омон қолганлар" сони 40 (93,0%) беморни ташкил этди ва 90 кунлик яшовчанлик даражаси (30 дан 90 кунгача бўлган давр) 97,6% ни ташкил этди (13-жадвал).

13 Жадвал

ССАда 90 кунлик яшовчанликнинг асосий кўрсаткичлари.

31 дан 90 кунгача бўлган даврда кузатилган беморларнинг умумий сони	Улардан 31 дан 90 кунгача бўлган даврда цензура қилинган беморлар сони	Улардан 31 дан 90 кунгача бўлган даврда такрорий БМҚАЎБ билан оғриган беморлар сони	БМҚАЎБ вафот этган беморлар сони. беморлар орасидан. такрорлаш билан.	0 дан 90 кунгача бўлган даврда омон қолган беморлар сони	90 кунлик яшовчанлик имкониятлар. (31-90 кун)
41	0 (0%)	1 (2,3%)	0 (0%)	40 (93,0%)	97,6%

АБСД2 шкаласи кўрсаткичларига келсак, ИИ ривожланган беморга ушбу шкала бўйича 4 балл ташхиси қўйилганлиги ва шунинг учун 90 кунлик 4 балл билан яшовчанлик даражаси 85,7% ни ташкил қилганлиги аниқланди. Қолган кўрсаткичлар (2, 3, 5 ва 6 балл) билан яшовчанлик даражаси 100% ни ташкил этди, кўрсаткичлардаги фарқлар эса статистик аҳамиятга эга бўлган қийматларга эга эди. $\chi^2 = 4,8$ $p < 0,05$.

Каротид артерия стентининг узоқ муддатли натижаларига қарама-қарши томондан экстракраниал артерияларнинг ҳолати таъсир қилади. Агар дастлаб каротид артерияларнинг икки томонлама шикастланиши бўлса, стентлашдан кейин ИИ ривожланиш эҳтимоли ортади. Шундай қилиб, бизнинг маълумотларимизга кўра, 43 бемордан 7 таси (16,3%) каротид артерияларнинг икки томонлама атеросклеротик ўчоғига эга эди ва қарама-қарши томондан ўчоқнинг табиати гемодинамик аҳамиятга эга эди. 90 кунлик яшовчанлик даражаси 83,3% ни 2 томонлама каротид ўчоқ мавжудлигида ва 100% ни ташкил этди, биттаси йўқлигида $\chi^2 = 5,8$ $p < 0,05$.

Кейинги 90-180 кунлик кузатув босқичини тавсифлаб, каротид артерия стентлашидан кейин ИИ ривожланиш ҳолатлари кўпайган деган хулосага келиш мумкин. Шундай қилиб, 2 (4,6%) бемор 6 ойлик кузатув давомида ва бажарилган ССА фонида ривожланади. Белгиланган кузатилган даврда 1 (2,3%) бемор у билан алоқани йўқотиши ва кейинги алоқа қилишнинг иложи йўқлиги сабабли цензурага учради. 0-180 кунлик омон қолганларнинг умумий сони 37 (86,0%), 3-6 ойлик яшовчанлик 92,5% ни ташкил этди (14-жадвал).

14 Жадвал

6 ойлик (180 кунлик) яшовчанликнинг асосий кўрсаткичлари.

3 ойдан 6 ойгача бўлган даврда кузатилган беморларнинг умумий сони	Улардан 3 ойдан 6 ойгача бўлган даврда цензура қилинган беморлар сони	Улардан 3 ойдан 6 ойгача бўлган даврда такрорий БМҚАЎБ билан оғриган беморлар сони	БМҚАЎБдан вафот этган беморлар сони. беморлар орасидан. такрорлаш билан.	0 ойдан 6 ойгача бўлган даврда омон қолган беморлар сони	6 ой яшовчанлик имкониятлар. (3-6 ой)
40	1 (2,3%)	2 (4,6%)	0 (0%)	37 (86,0%)	92,5%

Бизнинг маълумотларга кўра, АВСД2 шкаласи бўйича паст қийматли, яъни ТИАнинг юмшоқ шакллар (2, 3 ва 6 балл) бўлган беморларда 100% 6 ойлик яшовчанлик даражаси бор эди. (АВСД2 шкаласи бўйича 5 ва 2 балл) ТИА янада оғир шакллари билан беморлар, 6-ой қолдиқ ўз навбатида, 83,3% ва 85,7%, эди, $\chi^2 = 3,2$ $p > 0,05$.

2 бемордан 3 тасида ижобий Матас тести салбий тестга эга беморларга нисбатан паст 6 ойлик яшовчанлик даражасига сабаб бўлди. Ижобий Матас синови билан 6 ойлик яшовчанлик даражаси 33,3% ни ташкил этди ва салбий билан - 97,3%, $\chi^2 = 16,9$ $p < 0,01$.

Икки томонлама ўчоқ билан 6 ойлик яшовчанлик даражаси 60% ни ташкил этди ва бир томонлама билан 97,1%, $\chi^2 = 8,5$ $p < 0,01$. БМҚАЎБ тарихининг ривожланиш ва ССА дан кейинги таъсири ошкор қилинмади. БМҚАЎБ анамнезида бўлган иккала беморда ва анамнезда БМҚАЎБ бўлмаган беморларда 6 ойлик яшовчанлик даражаси 92,6%, анамнезда БМҚАЎБ билан 92,3% ни ташкил этди. 92,3%. $\chi^2 = 0,01$ $p > 0,05$.

180 дан 365 кунгача бўлган вақт оралиғида 37 бемор кузатув остида эди. Белгиланган кузатув даврида такрорий ИИ ва/ёки ҳалокатли натижалар қайд этилмаган. Кузатув даврида 2 бемор "цензура" мақомига эга бўлди, чунки улар билан алоқа узилди. Ўлимга олиб келадиган беморлар кузатилмади. Шундай қилиб, омон қолган беморлар сони, яъни ривожланишсиз беморлар ва 35 (81,4%) еди. 12 ойлик яшовчанлик даражаси 94,6% ни ташкил этди (15-жадвал).

15 Жадвал

12 ойлик (365 кунлик) яшовчанликнинг асосий кўрсаткичлари

6 ойдан 12 ойгача бўлган даврда кузатилган беморларнинг	Улардан 6 ойдан 12 ойгача бўлган даврда цензура қилинган	Улардан 6 ойдан 12 ойгача бўлган даврда такрорий БМҚАЎБ	БМҚАЎБдан вафот этган беморлар сони. беморлар орасидан.	0 ойдан 12 ойгача бўлган даврда омон қолган	12 ой яшовчанлик даражаси
---	--	---	---	---	---------------------------

умумий сони	беморлар сони	билан оғриган беморлар сони	такрорлаш билан.	беморлар сони	(6-12 ой)
37	2 (4,6%)	0 (0%)	0 (0%)	35 (81,4%)	94,6%

АБСД12 шкаласи бўйича 2 ойлик яшовчанлик даражаси 4 балл билан энг паст бўлди ва 80,0% ни ташкил этди, "6" балл билан - 92,3%. 2, 3 ва 5 балларда яшовчанлик 100% ни ташкил этди, $2 = 4.2$ ($p > 0,05$).

ССАдан кейин ИИ ривожланган 4 (9,3%) беморларнинг таҳлил 3 (7,0%) беморлар ижобий Матас тест эканлигини кўрсатди, 2-томонлама гемодинамик муҳим каротид артерия стенози юзага келган беморларда илгари БМҚАЎБ ўтказган. Барча 4 бемор оғир ТИА кўрсаткичи сифатида АБСД² шкаласи бўйича юқори баллга 2 ва 3 балл) эга эди. АБСД² шкаласи бўйича атиги 3 ва 2 балл бўлган беморларда умумий яшовчанлик даражаси 100% ни, 4 балл бўлган беморларда – 44,4%, 5 балл билан – 85,7%, 6 балл билан – 92,3% ни ташкил этди., $2 = 13,9$ $p < 0,01$.

Матас тести ижобий бўлган беморларда 0-12 ой давомида яшовчанлик даражаси 25% ни ташкил этди ва салбий тест билан оғриган беморларда – 87,2%, фарқлар статистик жиҳатдан аҳамиятли, $\chi^2 = 12,0$ $p < 0,01$.

Қарама – қарши томонда стеноз билан оғриган беморларда яшовчанлик даражаси 42,9% ни ташкил этди, гемодинамик жиҳатдан аҳамиятли стеноз бўлмаган беморларда-88,9%, натижалар статистик усуллар билан тасдиқланди ва фарқлар сезиларли қийматларга эга эканлигини кўриш мумкин, , $\chi^2 = 10,4$ $p < 0,01$.

БМҚАЎБ ўтказган беморлар анамнезига келсақ, ССАдан кейин такрорланадиган БМҚАЎБ учун мумкин бўлган хавф омили сифатида, анамнезда БМҚАЎБ билан оғриган беморлар ва анамнезда БМҚАЎБ бўлмаган беморлар ўртасида сезиларли фарқ йўқ деган хулосага келиш мумкин. Умумий яшовчанлик даражасига мос равишда 86,7% ва 79,3% ни ташкил этди $\chi^2 = 0,2$ $p > 0,05$.

Диссертациянинг **"Вақтинчалик ишемик хуружли беморларда консерватив даво натижаларини таҳлил қилиш"** деб номланган олтинчи бобида ТИА билан каротид артерия стентлашидан кейин беморларнинг динамик кўзатуви келтирилган. ТИА учун консерватив терапия даволашнинг асосий босқичи неврологлар бошлайди. Даволаш билан биргаликда ТИА ривожланишининг сабабларини аниқлаш учун нейровизуал, ультратовуш, лаборатория тадқиқот усуллари амалга оширилади. Кўп ҳолларда ТИА ривожланишининг асосий сабаби бўлган уйқу артерияларида патология аниқланганда, КЭАЭ ёки ССА ўтказиш масаласи кўрилади. Бироқ, ушбу даволаш усуллари маълум бир қарши кўрсатмаларга эга ва шунинг учун улардан фойдаланиш чегараланган. Радикал ва инвазив усулларни қўллаш мумкин бўлмаган ҳолларда, ТИА билан оғриган бемор консерватив терапияга ўтказилади ва кейинчалик антиагрегантлар, статинларни узоқ муддатли қабул қилишга ўтказилади. Фақат консерватив даводан ўтиши мумкин бўлган беморларнинг катта фоизини ҳисобга олсақ, бу долзарб усул бўлиб қолмоқда.

Тадқиқотимиз бошида 105 бемор бор эди. 30 кунлик кузатув даврида 1 (0,9%) бемор у билан алоқани йўқотганлиги сабабли цензурага учради ва 7 (6,7%) ИИ клиникасини ишлаб чиқди. Ўлим ҳолатлар кузатилмаган. Шундай қилиб, 30 кунлик давр охирига келиб, 97 (92,4%) бемор БМҚАЎБ ҳолда омон қолди. Фақат ишемик инсултли беморлар сонини ҳисобга олсак (цензурали беморлар бундан мустасно), 30 кунлик яшовчанлик даражаси 93,3% ни ташкил этди.

Барча баллар (3, 4, 5, 6 ва 7 балл) билан 30 кунлик яшовчанлик даражаси юқори кўрсаткичларга эга, бир-биридан кам фарқ қилади ва 93,3 дан 100% гача, $\chi^2 = 0,5$ $p > 0,05$. Шундай қилиб, ТИАдаги беморнинг дастлабки ҳолати 30 кунлик яшовчанлик даражасига таъсир қилмади.

Матас тести натижаларига қараб 30 кунлик яшовчанлик даражаси таҳлили шуни кўрсатдики, коллатерал қон оқимининг ҳолати ИИ ривожланишига таъсир қилади, Шунинг учун Матас тести ижобий бўлган 1 беморнинг 0,9 (4%) биринчи 30 кун давомида ИИ ривожланган. Шу билан бирга, 30 кунлик яшовчанлик даражаси 75% ни ташкил этди ва Матас тести салбий бўлган беморларда бу кўрсаткич 96,0% ни ташкил этди, бу кўрсаткич $\chi^2 = 4,05$ $p < 0,05$.

30 кунлик яшовчанлик даражасига қарама-қарши томоннинг каротид артерияларининг ҳолати ҳам таъсир қилади. Шундай қилиб, қарама-қарши фалаж боғлиқ томонида гемодинамик муҳим стеноз ҳузурида 75% эди, ва қарама – қарши томонида гемодинамик муҳим стеноз йўқлигида-96,0% ($\chi^2 = 4,05$ $p < 0,05$).

Анамнезида БМҚАЎБ бўлган беморларда такрорий БМҚАЎБ ривожланиш эҳтимоли сақланиб қолмоқда, бу бизнинг тадқиқотимиз натижаларидан далолат беради. Шундай қилиб, БМҚАЎБ тарихи билан оғриган беморларда ИИ ривожланиши билан 30 кунлик яшовчанлик 94,3% ни ташкил этди ва анамнезда БМҚАЎБ йўқлигида-95,7% ($\chi^2 = 2,0$ $p < 0,05$).

31 дан 90 кунгача бўлган даврда 100 бемор бизнинг назоратимиз остида эди, улар орасида цензура қилинган беморлар йўқ эди. 7 (6,6%) беморларда ишемик турдаги такрорий БМҚАЎБ клиникаси мавжуд. Ҳеч қандай ҳалокатли ҳолатлар бўлмаган. Шундай қилиб, 93 (88,6%) бемор 90 кунлик даврда такрорий БМҚАЎБ ва ҳалокатли натижаларсиз омон қолди ва 90 кунлик яшовчанлик даражаси 31 дан 90 кунгача 93,0% ни ташкил этди.

АБСД2 шкаласи кўрсаткичларини таҳлил қилганда, ушбу шкала бўйича балл ошгани сайин яшовчанлик даражасини пасайтириш тенденцияси мавжуд. Шундай қилиб, 3 ва 4 балл билан оғриган беморларда 90 кунлик яшовчанлик даражаси 92,9% ва 96,2%, 6 балл билан оғриган беморларда еса 76,5%, $2=10,1$ $p < 0,05$. 7 балли беморга келсак, у бизнинг намунамизда ягона эканлигини ҳисобга олсак, унинг кўрсаткичлари ишончли эмас.

Матас тестининг ижобий натижалари Уиллис доираси фаолиятининг бузилиши туфайли ИИ ривожланишининг сабабидир. Шундай қилиб, бир салбий Матас синов билан оғриган беморларда, 90 кунлик қолдиқ даражаси 93,8% ни ташкил этди, ва ижобий синов билан оғриган беморларда-66,7%, P . $\chi^2=4,3$ $p < 0,05$ (6.8 - расм).

Шунга ўхшаш расм инсултнинг қарама-қарши томонида каротид артерияларнинг гемодинамик жиҳатдан аҳамиятли шикастланиши бўлган беморларда битта бўлмаган беморларга қараганда ривожланади. Шу билан бирга, гемодинамик жиҳатдан аҳамиятли стеноз билан оғриган беморларда жами 90 кунлик яшовчанлик даражаси 66,7 ни ташкил этди ва у ҳолда беморларда—93,8%, $\chi^2 = 4,3$ $p < 0,05$.

Илгари БМҚАЎБ тарихида илгари ўтказилган омилнинг роли 90 кунлик яшовчанлик даражасини таҳлил қилишда шубҳали бўлиб қолмоқда. Шундай қилиб, илгари БМҚАЎБ ўтказган беморларда 90 кунлик яшовчанлик даражаси 90,9% ни ташкил этди ва анамнезда БМҚАЎБ бўлмаган беморларда бу кўрсаткич 94,0% ни ташкил этди, олинган натижалар улар орасида статистик жиҳатдан сезиларли фарқларга эга эмас— $\chi^2 = 0,3$ $p > 0,05$ (6.10 - расм).

3 ойдан 6 ойгача бўлган кузатув даврида консерватив терапия олган 93 бемор бор эди. Бу даврда 1 (0,9%) бемор цензурага учради ва бизнинг кўриш соҳамиздан "тушиб кетди". Ушбу даврда 8 (7,6%) бемор ИИ клиникасини ишлаб чиқди. Шундай қилиб, атиги 84 (80,0%) бемор "6 ой" белгисига етди. Фақат такрорий БМҚАЎБ тезлигини ҳисобга олган ҳолда, цензуранланган беморларни ҳисобга олган ҳолда, 6-3 ой давомида 6 ойлик яшовчанлик даражаси 90,3% ни ташкил этди.

Консерватив даво билан оғриган беморларда АБСД2 шкаласи кўрсаткичларини ва унинг ривожланишига ва ТИАдан кейин таъсирини таҳлил қилганда, АБСД2 шкаласи бўйича юқори балл билан яшовчанлик даражасини пасайтириш тенденциясини кузатиш мумкин. Шундай қилиб, АБСД2 шкаласи бўйича 4 ва 2 балли беморлар 100% ИИ ва ўлим ривожланмасдан 6 ойлик белгигача яшовчанликди. АБСД2 шкаласи бўйича 6 ва 6 балли беморларда 2 ойлик яшовчанлик даражаси мос равишда 88,9% ва 92,9% ни ташкил этди. $\chi^2 = 2,6$ $p > 0,05$.

Ижобий Матас тестининг мавжудлиги консерватив даво билан оғриган беморларда 6 ойлик яшовчанликнинг пасайишига ҳам таъсир қилди. Шундай қилиб, 2 (1,8%) беморда ижобий Матас тести аниқланди, 6 ойлик яшовчанлик даражаси 0% эди, яъни такрорий ИИ ривожланишисиз 6 ойгача яшаган беморлар йўқ эди. Салбий Матас тести бўлган беморларда бу кўрсаткич 92,3% ни ташкил этди. $\chi^2 = 32,9$ $p < 0,01$.

Контралатерал ТИА томонида гемодинамик жиҳатдан аҳамиятли стеноз билан оғриган беморларда бу кўрсаткич 0% ни ташкил этди, яъни.6 ойгача яшаган беморлар йўқ эди. Гемодинамик жиҳатдан аҳамиятли стеноз бўлмаган беморларда бу кўрсаткич 92,3% ни ташкил этди. $\chi^2 = 32,9$ $p < 0,01$.

Консерватив даврдан кейин 6 ойдан 12 ойгача бўлган даврда 84 бемор бизнинг динамик назоратимиз остида қолди. 5 (4,8%) бемор цензурага учради ва бизнинг кўриш соҳамиздан чиқиб кетди. Кўриб чиқиётган даврда 9 (8,6%) беморлар ИИ клиникасини ишлаб чиқдилар, ҳалокатли натижалар қайд этилмади. "12 ой" вақт белгисига етган беморларнинг умумий сони ушбу даврда ИИ ёки ўлимни ривожлантирмаган 70 (66,7%)

беморни ташкил этди. 6 ойдан 12 ойгача бўлган даврда яшовчанлик даражаси 83,3 ни ташкил этди (17-жадвал).

17 Жадвал

Консерватив даво билан оғриган беморларда 12 ойлик (365 кунлик) омон қолишнинг асосий кўрсаткичлари.

6 ойдан 12 ойгача бўлган даврда кузатилган беморларнинг умумий сони	Улардан 6 ойдан 12 ойгача бўлган даврда цензура қилинган беморлар сони	Улардан 6 ойдан 12 ойгача бўлган даврда такрорий БМҚАЎБ билан оғриган беморлар сони	Такрорий БМҚАЎБ дан вафот этган беморлар сони.	0 ойдан 12 ойгача бўлган даврда омон қолган беморлар сони	12 ой омон қолиш имкониятлар. (6-12 ой).
84	5 (4,8%)	9 (8,6%)	0 (0%)	70 (66,7%)	83,3%

АБСД2 шкаласи бўйича олинган натижалар 12 ойлик омон қолишга сезиларли таъсир кўрсатмайди. Баҳолаш мезонлари орасида: 3 балл – 61,5%, 4 балл – 83,3%, 5 балл - 93,8%, 6 балл – 100%, 7 балл-50%. Олинган натижалар ўзаро аниқ фарқларга эга бўлиб, статистик ишончли эди. $\chi^2 = 14,9$ $p < 0,01$.

Матас тести натижаларини таҳлил қилиш унинг Матас тести ижобий бўлган беморларнинг 12 ойлик яшовчанликка таъсири борлигини кўрсатади, аммо Матас тестининг салбий натижаси бўлган беморлар йўқ эди. Шу муносабат билан Матас тестининг ижобий натижаси бўлган беморларда 12 ойлик яшовчанлик даражаси 83,3% ни ташкил этди.

Контралатерал ТИА томонининг каротид артериялари ҳолатининг 12 ойлик яшовчанлик даражасига таъсирини аниқлашнинг иложи бўлмади, чунки каротид артерияларнинг икки томонлама атеросклеротик шикастланиши бўлган беморлар йўқ эди. Бир томонлама каротид артерия ўчоғи билан 12 ойлик яшовчанлик даражаси 83,3% ни ташкил этди.

Анамнезида ИИ ўтказган 12 ойлик яшовчанлик даражасига сезиларли таъсир кўрсатмади. Шундай қилиб, илгари БМҚАЎБ билан оғриган беморларда 12 ойлик яшовчанлик даражаси 96% ни, анамнезда БМҚАЎБ бўлмаган беморларда–78,0% ни ташкил этди. $\chi^2 = 0,7$ $p > 0,05$.

Консерватив даво билан текширилган 105 бемордан 7 (6.7%) бемор 12 ойлик кузатув давомида цензурага учради. Белгиланган даврда 28 (29,4%) беморларда ишлаб чиқилган ишемик турдаги такрорий БМҚАЎБ 70 (66,7%) бемор 12 ойлик даврда ИИ ва ўлим ривожланмасдан омон қолди. Шундай қилиб, цензура қилинган беморларни ҳисобга олган ҳолда яшовчанлик даражаси 66,7% ни ташкил этди (18-жадвал).

18 Жадвал

0-12 ой муддатга консерватив даволаш билан беморларнинг асосий кўрсаткичлари.

0 дан 12 ойгача бўлган даврда кузатилган беморларнинг умумий сони	Улардан 0 дан 12 ойгача бўлган даврда цензуранган беморлар сони	Улардан 0 дан 12 ойгача бўлган даврда такрорий БМҚАЎБ билан оғриган беморлар сони	Такрорий БМҚАЎБдан вафот етган беморлар сони. беморлар орасидан.	0 дан 12 ойгача бўлган даврда омон қолган беморлар сони	12 ой омон қолиш имкониятлар (0-12 ой).
105	7 (6,7%)	28 (29,4%)	0 (0%)	70 (66,7%)	66,7%

ТИА белгиларининг оғирлик даражаси ва яшовчанлик даражаси ўртасида корреляция аниқланди. Шундай қилиб, 12 балли беморларда 4 ойлик яшовчанлик даражаси 74,1% ни, 5 балл билан - 76,9% ни, 6 балл билан - 50% ни, 7 балл билан – 50%) ни ташкил этди. $\chi^2 = 7,3$ $p < 0,05$. яъни, АВСД2 шкаласи бўйича баллар ошиши билан яшовчанлик даражасини пасайтириш тенденцияси мавжуд.

Контралатерал инсулт томонида стеноз билан оғриган беморларда 12 ойлик яшовчанлик даражаси 0% ни ташкил этди, яъни. 12 ойгача яшаган икки томонлама стенозли беморлар йўқ эди. Стенозсиз беморларда бу кўрсаткич 69,3% ни ташкил этди $\chi^2 = 28,9$ $p < 0,01$.

Илгари БМҚАЎБ билан оғриган беморларда 12 ойлик яшовчанлик даражаси 68,6% ни, анамнезда БМҚАЎБ бўлмаган беморларда - 65,7% ни ташкил этди $\chi^2 = 0,08$ $p > 0,05$.

Диссертациянинг «**Вақтинчалик ишемик хужумнинг этиопатогенетик типига қараб даволаш тактикасини танлаш**» деб номланган еттинчи бобида даволашнинг турли босқичларида ТИА билан оғриган беморларни динамик кузатишни тақдим этади. Беморда ТИА типлари мавжудлиги унинг сабабларини аниқлашга ва консерватив, жарроҳлик даволаш ёки стентлаш бўладими, оптимал даволаш турини амалга оширишга қаратилган шошилиш чораларни талаб қилади.

Биринчи босқичда ТИА патогенетик кичик турини аниқлаш керак. Бунинг учун беморда невровизуал тадқиқотлари ўтказилади – миянинг МСКТ ёки МРТ, бунинг асосида ўткир мия қон айланишининг бузилиши ишемик тури ва геморрагик тури билан чиқариб ташланади. Юракнинг ултратовуш текширувлари (экокардиография) юрак патологиясини истисно қилиш учун ҳам ўтказилади, бу кардиоэмболик типнинг ривожланишига олиб келиши мумкин, шунингдек, гемодинамик аҳамиятга эга ўчоқлар диагностикаси учун интра - ва экстракраниал доплер ва Матас тести артериялар ва коллатерал қон оқимининг ҳолатини кўрсатадиган.

Юқоридаги тадқиқот усуллари натижаларига кўра беморлар ТИА патогенетик типига қараб қуйидаги гуруҳларга бўлинган:

1. Атеротромботик тип-атеросклеротик пилакча ривожланиши туфайли артерия орқали қон оқимининг ўтиши бузилиши кузатиладиган типдир. Гемодинамик жиҳатдан аҳамиятли стеноз (70% ёки ундан кўп), шунингдек стенознинг кичикроқ фоизи мавжуд бўлганда, турдаги клиникани ишлаб чиқишда каротид эндартерэктомия ёки каротид артерия стентлаш тавсия этилади.

КЭАЭ учун асосий кўрсаткичлар: 1. ИУА стенози туфайли ТИА ривожланиши билан келгуси кунларда 60% ёки ундан кўп КЭАЭ кўрсатилади; 2. Кичик ишемик инсулт КЭАЭ 14 кундан кейин кўрсатилади; 3. 6-8 ҳафтадан кейин тугалланган ишемик инсулт КЭАЭ; 4. 50% -60% стеноз учун етакчи беқарор АСБ; 5. Каротид артерия стенози 70-99% асимптоматик кечиши; 6. Стенознинг узунлиги 2 см дан ортиқ; 7. Салбий Матас тести.

Каротид артерияларнинг гемодинамик жиҳатдан аҳамиятли шикастланишларини танлаш усули стентлашдир.

Стент учун асосий кўрсаткичлар: 1. 60% дан ортиқ симптоматик стеноз; 2. 75% дан ортиқ асимптоматик стеноз; 3. Стенознинг узунлиги 2 см дан ошмайди; 4. КЭАЭдан кейин рестеноз; 5. Ижобий Матас тести

Матас тест натижаларига алоҳида эътибор қилиш лозим. Ушбу тестнинг ижобий натижаси Виллизиев доирасидаги коллатерал қон айланиши бузилганлигини кўрсатади. Ушбу беморларда КЭАЭ ишемик инсултнинг интраоператив ривожланиш хавфи юқори, ҳатто вақтинчалик шунт ёрдамида ҳам ушбу беморларда танлов усули каротид артерия стентлашидир, унда каротид артерия қон оқимидан ўчирилмайди ва шу билан ИИ интраоператив ривожланиш эҳтимоли чиқариб ташланади.

1. Гемодинамик субтип - бу каротид артерияларда бурмалар ва илмоқлар мавжудлиги туфайли маҳаллий гемодинамика бузилади, бунинг натижасида тезлик градиенти ривожланади, яъни эгилиш зонасига киришдан олдин қон оқимининг тезлиги эгилишнинг чиқиш нуқтасидаги тезликдан сезиларли даражада паст бўлади.

Каротид артерияларда реконструктив операциялар учун асосий кўрсаткичлар: симптоматик гемодинамик аҳамиятли стеноз мавжудлиги ва сезиларли тезлик градиенти билан; ИУА камайиши билан резекция амалга оширилади; уйқу артерияларининг гемодинамик жиҳатдан аҳамиятсиз эгилиши аниқланганда консерватив терапия амалга оширилади.

3. Кардиоэмболик тип-бу миокард инфаркти, юрак клапанлари нуқсонлари ва миокард фибрилляцияси каби юрак касалликлари туфайли юрак бўшлиқларида қон қуйқалари ҳосил бўладиган тип. Беморлар тўғридан-тўғри ва билвосита антикоагулянтлар ёрдамида коагуляция тизимининг коагуляция параметрларини (ПТИ, АЧТВ, МНО) камайтиришга қаратилган консерватив терапияни оладилар.

4. Гемореологик тип-бу гиперкоагуляция синдромининг ривожланиши туфайли микроциркуляция бузилган тип. Бу ҳолат инвазив даволаш усуллари талаб қилмайди. Консерватив терапия сув-электролитлар мувозанатини ва айланма қон ҳажмини тўлдиришга қаратилган.

5. Ноаниқ этиологиянинг ТИА-бу ТИА ривожланишига сабаб бўлган бирон бир омилни ажратиб бўлмайдиган тип. Махсус этиопатогенетик омил йўқлигини ҳисобга олсак, ТИА консерватив терапияси энг мос келади.

Хулоса

1. АБСД2 шкаласи муҳим прогностик қийматга эга. АБСД2 шкаласи бўйича балл қанчалик юқори бўлса, яшовчанлик даражаси паст бўлади. Шундай қилиб, АБСД2 шкаласи бўйича 2 балл бўлган КЭАЭ ўтказилган беморларда 12 ойлик яшовчанлик даражаси (0-12 ой давомида) 100% ни ташкил этди ва 6 балл билан - 59,1% , АБСД2 шкаласи бўйича 2 балл бўлган ССА билан оғриган беморларда 12 ойлик яшовчанлик даражаси (0-12 ой давомида) 100% ни ташкил этди ва 6 пунктда – 92,3%; АБСД2 шкаласи бўйича 2 пунктда консерватив давога эга беморларда 12 ойлик яшовчанлик даражаси (0-12 ой давомида) эди 53,3%, ва 7 балл да-50,0%. ТИА учун ўрганилган хавф омиллари (гипертония, қандли диабет, чекиш, тана вазнининг ортиши) неврологик танқисликнинг оғирлигига, когнитив бузилишларга ва шкаланинг АБСД2 индексига бевосита таъсир қилади.
2. Адабиётга кўра, вертебробазилар ҳавзасидаги ТИА каротид тизимидаги ТИА ҳолатлари сонидан бир неча баравар юқори. Бизнинг тадқиқотимизда каротид тизимида ТИА билан оғриган беморлар устунлик қилади. Каротид артерияларда каротид эндартерэктомия ва каротид артерияларни стентлаш оқланади, чунки каротид артериялар мияни қон билан таъминлашнинг 80% гача таъминлайди.
3. Каротид эндартерэктомия ўтказилган беморларда фақат ТИА атеротромботик ва гемодинамик типлари аниқланган. Каротид артерия стентлаш ўтказилган беморларда фақат ТИА атеротромботик типи хос. Каротид эндартерэктомия ва каротид артерия стентлаш учун кўрсатма фақат ТИА атеротромботик ва гемодинамик типлари билан содир бўлиши мумкин бўлган уйку артерияларининг гемодинамик жиҳатдан муҳим стенози ёки гемодинамик жиҳатдан муҳим деформациясининг мавжудлиги ҳисобланади.
4. Каротид эндартерэктомия умумий 12-ой қолдиқ курси ижобий таъсир кўрсатади. КЭАЭ да 30 кунлик , 90 кунлик ва 6 ойлик омон қолиш даражаси консерватив даводагидан сезиларли фарқ қилмади. Бироқ, 12 ойлик яшовчанлик даражаси (6 дан12 ойгача) ва жами 12 ойлик яшовчанлик даражаси (0-12 ой давомида) КЭАЭ консерватив даволаш усули билан ушбу кўрсаткичларга нисбатан анча юқори эди. КЭАЭ да умумий 12 ойлик яшовчанлик даражаси 78,9% ни ташкил этди. Каротид артерия стенозида умумий 12 ойлик яшовчанлик даражасига ижобий таъсир кўрсатади, 90 кунлик (χ^2 ҳисобланмайдиган), шунингдек 6 ойлик яшовчанлик даражаси консерватив даводагидан сезиларли даражада фарқ қилмади. Бироқ, 12 ойлик омон қолиш даражаси (6 дан12 ойгача) КЭАЭ яшовчанлик даражаси консерватив даводагидан сезиларли даражада фарқ қилмади. Бироқ, 12 ойлик омон қолиш даражаси (0-12 ойгача) консерватив даволаш усулига эга бўлганларга нисбатан ССА сезиларли даражада юқори эди. ССА да умумий 12 ойлик яшовчанлик даражаси цензуранланган беморларни ҳисобга олган ҳолда 81,4% ни ташкил этди.
5. Ультратовуш диагностикаси орқали аниқланган экстракраниал артерияларнинг атеросклеротик зарарланиши билан морфологик ўзгаришлари: интима-медиа комплексининг қалинлашиши, гемодинамик жиҳатдан аҳамиятсиз стеноз, гемодинамик жиҳатдан аҳамиятли 50-70% стеноз, гемодинамик жиҳатдан аҳамиятли 71-90% стеноз, критик стеноз, окклюзия, гемодинамик жиҳатдан

аҳамиятли эгилиш. Ушбу ўзгаришларнинг клиник кўринишлари когнитив бузилиш (ММСЕ шкаласи), неврологик дефицитнинг оғирлиги (NIHSS шкаласи), вақтинчалик ишемик хужумдан кейин ишемик инсульт эҳтимоли даражаси (АБСД² шкаласи), ТИА давомийлиги каби клиник кўрсаткичлар билан баҳоланди.

6. Каротид эндартерэктомия ва каротид артерия стендининг бевосита ва узок муддатли натижаларида сезиларли фарқлар йўқ эди. КЭАЭ - да 30 кунлик яшовчанлик даражаси 94,4% ва ССА-да 95,3% . КЭАЭ - да 90 кунлик омон қолиш даражаси 94,1%, ССА да бўлса– 97,6% . 12 ойлик яшовчанлик (6-12 ой давомида) КЭАЭ да 94,7% ташкил этди, а при ССА – 94,6% . Умумий 12 ойлик яшовчанлик даражаси (0-12 ой давомида) КЭАЭ билан 78,9% ва 81,4% ни ташкил этди . Муайян даволаш усулини танлашда кўрсатмалар ва кузатишлар муҳимдир.

ТИА атеротромботик типи билан каротид эндартерэктомия ёки каротид артерияларни стентлаш амалга оширилади; ТИА гемодинамик типи билан, каротид артериянинг гемодинамик жиҳатдан аҳамиятли эгилиши мавжуд бўлганда, реконструктив жарроҳлик тавсия этилади; каротид артериянинг гемодинамик жиҳатдан аҳамиятсиз эгилиши билан консерватив даво кўрсатилади; кардиоэмболик билан, гемореологик типлар ва ноаниқ этиологияли ТИАларда консерватив терапия тавсия этилади.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/30.12.2019 Tib.31.01 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ ЦЕНТРЕ РАЗВИТИЯ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КВАЛИФИКАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ
РАБОТНИКОВ**

**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ЭКСТРЕННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

ХИДОЯТОВА ДИЛБАР НАБИЕВНА

**ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ТИА И
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ К ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ В
АСПЕКТЕ ПРОФИЛАКТИКИ ИНСУЛЬТА**

14.00.13 - Неврология

**АВТОРЕФЕРАТ ДОКТОРСКОЙ (DSc) ДИССЕРТАЦИИ
ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

ТАШКЕНТ – 2023

Тема диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии Республики Узбекистан № В2020.2.DSc/Tib422.

Диссертация выполнена в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи.

Автореферат диссертации на трех языках (русский, узбекский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета (www.tashpmi.uz) и на Информационно-образовательном портале «ZiyoNet» (www.ziynet.uz).

Научный консультант:

Гафуров Бахтияр Гафурович
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты:

Рахимбаева Гульнара Саттаровна
доктор медицинских наук, профессор

Абдуллаева Наргиза Нурмаатовна
доктор медицинских наук, профессор

Нуржаев Еркин Смагулович
доктор медицинских наук, профессор

**Ведущая организация: Азербайджанский
государственный медицинский
Университет**

Защита диссертации состоится «___» _____ 2024 г. в «___» часов на заседании Научного совета DSc.04/30.12.2019.Tib.31.01 при Центре развития профессиональной квалификации медицинских работников (Адрес: 100007, Ташкент, Мирзо-Улугбекский район, ул. Паркентская, 51. Тел./Факс: (+99871) 268–17–44, e-mail: info@timpe.uz).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников (зарегистрирована за №___). Адрес: 100007, Ташкент, Мирзо-Улугбекский район, ул. Паркентская, 51. Тел./Факс: (+99871) 268–17–44.

Автореферат диссертации разослан «___» _____ 2024 года.

(реестр протокола рассылки № ___ от «__» _____ 2024 года).

Х.А. Акилов
председатель Научного совета по присуждению
ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

Н.Н. Убайдуллаева
ученый секретарь Научного совета
по присуждению ученых степеней, доктор медицинских
наук, доцент.

Ф.Х. Муратов,
Заместитель председателя научного семинара при Научном
совете по присуждению ученых степеней,
доктор медицинских наук, профессор

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора наук (DSc))

Актуальность и востребованность темы диссертации. Растет число осложнений, связанных с повреждением сосудов головного мозга, включая временные нарушения мозгового кровообращения или временные транзисторные ишемические атаки (ТИА), занимающие важную роль в данных состояниях. Гемодинамический механизм развития ишемического инсульта и ТИА играет важную роль при стенозе внутренней сонной артерии тяжелой степени и окклюзии внутренней сонной артерии, кроме этого существует необходимость в разработке дифференцированного подхода к ведению пациентов с точки зрения определения этиопатогенетической структуры заболевания, а также профилактики инсульта. По оценкам экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), «заболеваемость ТИА достигает 100-250 человек на 50 тысяч жителей»⁴. Выявление факторов риска формирования и развития ТИА, разработка эффективных методов ранней диагностики заболевания и лечения его осложнений является одной из актуальных проблем.

В мире осуществляются обширные научные исследования, направленные на повышение эффективности мероприятий по предотвращению развития и ранней коррекции осложнений неврологических изменений у пациентов с транзисторными ишемическими атаками. В связи с этим были проведены исследования, направленные на оценку влияния факторов риска нарушений мозгового кровообращения на тяжесть неврологического состояния, когнитивные функции, а также выявление ранних рисков развития ИИ у пациентов с ТИА при наличии окклюзионно-стенозирующих очагов в магистральных артериях головы (МАГ) при помощи осуществления клинико-инструментального анализа основных патогенетических подтипов пациентов, перенесших ТИА, направленных на улучшение профилактики неврологических осложнений и оптимизации критериев лечения. Особое значение имеет разработка рекомендаций по дифференцированным подходам к вторичной профилактике инсульта у пациентов, перенесших ТИА, а также предварительному оцениванию вероятности развития умеренных когнитивных нарушений у пациентов с ИИ до перехода в деменцию.

В нашей стране реализуются меры, направленные на развитие сферы медицины, адаптацию медицинской системы к требованиям мировых стандартов, включающая раннюю диагностику и эффективное лечение соматических заболеваний. В связи с этим, в рамках повышения уровня медицинского обслуживания населения на новый уровень в соответствии с 7 приоритетными направлениями новой стратегии развития Узбекистана на 2022-2026 годы... были определены «...повышение качества квалифицированного обслуживания населения в первичной медико-

⁴ Creative Commons Attribution Non Commercial-Share Alike. Jeneva-2020. CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <http://www.who.int/>

санитарной службе...»⁵. Исходя из этих задач, целесообразно провести ряд научных исследований, направленных улучшения ранней диагностики транзисторных ишемических атак и разработки их альтернативного прогнозирования.

Данная диссертационная работа вносит определенный вклад по выполнению задач, утвержденных УП РУз № 6110 от 12 ноября 2020 года «О мерах по внедрению совершенно новых механизмов деятельности учреждений первичной медико–санитарной помощи и дальнейшему повышению эффективности реформ в системе здравоохранения», УП-5590 от 7 декабря 2018 года «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан», ПП-3925 от 30 августа 2018 года «О мерах по улучшению оказания неврологической помощи населению», ПП-5124 от 25 мая 2021 года «О дополнительных мерах по всестороннему развитию сектора здравоохранения», и в других нормативно-правовых документах, принятых в данной сфере.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий Республики. Данное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий республики – VI. «Медицина и фармакология».

Обзор международных научных исследований по теме диссертации⁶.

Научные исследования, направленные на разработку дифференцированных подходов к вторичной профилактике инсульта у пациентов, перенесших ТИА, а также на реабилитацию пациентов, перенесших ОНМК проводятся в ведущих исследовательских центрах и университетах мира, в том числе: University Georg Thieme Verlag KG Stuttgart, University of South Florida (США); National Institute of Neurological Disorders and Stroke Bethesda (США); University of Birmingham (Англия); University of Leeds (Великобритания); University Brno (Чехия); University Medical Center Utrecht (Нидерландия); University of Calgary, University of Saskatchewan (Канада); Sapienza University, University of Modena and Reggio Emilia (Италия); University Beijing (Китай); Radboud University Nijmegen (Нидерландия); Okayama University (Япония); Chongqing Medical University (Китай); Department of Public Health and Clinical Medicine, Umeå University (Швеция); University Brno (Чехия); Pediatric Neurology, University Hospital of Geneva (Швейцария); Department of Neurosurgery, Third Military Medical University (Китай); Robert Koch Institute (Германия); Institute for Quality and Efficiency in Health Care (Германия); National Institute for Health and Welfare

⁵ Указ Президента Республики Узбекистан от 7 декабря 2018 года № 5590 "О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения"

⁶ Обзор зарубежных научных исследований по теме диссертации: <http://oxford.university-guides.com>, www.washington.edu, <https://www.universityofcalifornia.edu>, <http://weill.cornell.edu>, <http://upci.upmc.edu>, <http://publichealth.med.miami.edu>, <https://www.mrc.ac.uk>, <http://www.ssmu.ru>, <http://www.ksma.ru>, <http://www.rudn.ru>, <http://patient.ncagp.ru>, <http://www.tma.uz> и других источников.

(Финляндия); University of Silesia, Katowice, (Польша); Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи (Узбекистан).

По данным многочисленных исследований ТИА рассматривается как предвестник развития инсульта, при этом были проанализированы несколько прогностических шкал, позволяющие предварительно определить вероятность развития ИИ в зависимости от таких показателей как возраст больного, артериальное давление, степень выраженности неврологического дефицита и его продолжительность, а также наличие сахарного диабета (University Medical Center Utrecht (Нидерландия); University of Calgary, University of Saskatchewan (Канада); Sapienza University, University of Modena and Reggio Emilia (Италия); University Beijing (Китай); Radboud University Nijmegen (Нидерландия); Okayama University (Япония); Chongqing Medical University (Китай)). Своевременное обследование пациента с определением типа ТИА позволяет определить наиболее подходящую тактику ведения (University Georg Thieme Verlag KG Stuttgart, University of South Florida (США); National Institute of Neurological Disorders and Stroke Bethesda (США); University of Birmingham (Англия); University of Leeds (Великобритания); University Brno (Чехия)). Лечебные мероприятия при ТИА можно разделить на консервативное, включающее в себя коррекцию гиперкоагуляционного состояния, кровяного давления, уровня гликемии, и на инвазивные методы такие как ССА и КЭАЭ (Department of Public Health and Clinical Medicine, Umeå University (Швеция); University Brno (Чехия); Pediatric Neurology, University Hospital of Geneva (Швейцария); Department of Neurosurgery, Third Military Medical University (Китай)). Приведены результаты консервативной терапии, основанные на тяжести очагов атеросклероза сонных артерий у пациентов с ТИА, консервативной терапии, основанной на возрасте пациента, непосредственных и отдаленных результатах КЭАЭ и ССА у пациентов с ТИА и ОНМК в анамнезе (Robert Koch Institute (Германия); Institute for Quality and Efficiency in Health Care (Германия); National Institute for Health and Welfare (Финляндия); University of Silesia, Katowice, (Польша); Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи (Узбекистан)).

Во всем мире осуществляются исследования, направленные на профилактику развития неврологических заболеваний у пациентов, перенесших ТИА, на раннюю диагностику заболеваний, снижение показателей инвалидизации среди работающих людей, в том числе улучшение диагностики и лечения острых нарушений мозгового кровообращения у пациентов, перенесших ТИА, в зависимости от его патогенетических подтипов.

Степень изученности проблемы. Транзиторные ишемические атаки являются временными эпизодами очаговой неврологической дисфункции, которые развиваются в результате локальной ишемии головного, спинного мозга или сетчатки, но не приводящие к развитию инфаркта зоны ишемии (Easton JD, 2009). Установлено, что при наличии стенотических поражений сонных артерий, превышающих 70% в диаметре, риск развития инсульта в

первые 2 года после ТИА достигает 28% и может использоваться в качестве предиктора (Yavin D, Roberts DJ, 2011). Исход ишемического инсульта или ТИА зависит от механизмов ауторегуляции сосудов головного мозга, состояния коллатерального кровообращения в сонных артериях противоположной стороны и реологических свойств крови (Кармазановский Г.Г., 2016). Способность человека переносить короткие периоды гипоперфузии головного мозга изменчива и зависит от многих факторов, включая коллатеральный кровоток и способность снабжать организм кислородом, а феномен ишемического прекондиционирования обеспечивает определенный уровень защиты для некоторых людей (Yoo, A.J., 2018). Кардиоэмболия является причиной от 10% до 30% ТИА и ишемических инсультов, и ее отличительной особенностью является тяжелое течение и выраженный неврологический дефицит, кроме этого данное состояние рассматривается как независимый предиктор смерти (Sheehan O.C., Kyne L., Kelly LA и др., 2017).

Атеросклероз сосудов головного мозга является причиной до 45% всех случаев ишемического инсульта. Отмечается повышенная частота ишемических инсультов, в четыре раза превышающая частоту геморрагических инсультов, высокая частота ТИА, увеличение числа лакунарных инфарктов головного мозга, увеличение частоты рецидивирующих ИИ, а также хронических прогрессирующих цереброваскулярных заболеваний, в том числе приводящих к деменции сосудов (Гафуров Б.Г., 2022г.).

Необходимо проведение исследований по совершенствованию комплексных методов на уровне первичной медицинской помощи для выявления ранних немоторных проявлений продромальной стадии заболевания, его ранней диагностики, предотвращения развития заболевания и разработки лечения, направленного на продление активного периода в жизни пациентов при транзиторных ишемических атаках и ишемическом инсульте.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационная работа выполнена в рамках плана научно-исследовательских работ Республиканского Научного Центра Экстренной Медицинской Помощи за № АДСС – 15.4.2 «Совершенствование диагностики, микрохирургических и эндоваскулярных методов лечения аневризм, мальформаций и окклюзирующих поражений экстра- и интракраниальных церебральных артерий» (2015-2017 гг.)

Цель исследования: Разработка дифференцированных подходов и рекомендаций по вторичной профилактике инсульта у больных, перенесших ТИА.

Задачи исследования:

определить прогностической ценности шкалы ABCD2 у пациентов с транзиторными ишемическими атаками (возраст, наличие артериальной

гипертензии, парезов или афазии, длительность симптомов более 60 минут, сахарный диабет);

провести сравнительную оценку клинических и инструментальных показателей основных патогенетических подтипов пациентов, перенесших ТИА;

оценить влияния факторов риска нарушений мозгового кровообращения на степень выраженности неврологического дефицита, когнитивные функции и ранний риск развития ИИ (по данным шкалы ABCD2) у пациентов с ТИА при наличии очагов окклюзионно-стенозирующих поражений МАГ;

определить основные показания к реконструктивным операциям по стентированию сонных артерий, каротидной эндартерэктомии и реконструктивных операций при стенозирующих поражениях и патологических деформациях сонных артерий;

оценить 30 дневную, 90 дневную, 6 месячную и 12 месячную выживаемость пациентов после каротидной эндартерэктомии и реконструктивных операций у пациентов с атеросклеротическими поражениями и патологической деформацией сонных артерий;

оценить продолжительность жизни пациентов после стентирования сонных артерий в течение 30, 90 дней, а также 6 и 12 месяцев у пациентов с атеросклеротическим поражением магистральных артерий;

провести сравнительную оценку структурно-морфологических особенностей сонных артерий методом цветного дуплексного сканирования и провести сравнительный анализ их с клиническим течением ТИА у больных с атеросклеротическим поражением экстракраниальных артерий.

оценить сравнительное определение роли каротидной эндартерэктомии и стентирования сонной артерии в риске повторного ишемического инсульта после ТИА на основе анализа результатов ранних и отдаленных периодов лечения.

Объектом исследования явились 238 пациентов в возрасте от 31 до 86 лет, пролеченных по поводу ТИА за период с 2011 по 2022 годы, находившихся на лечении в клинике Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Предмет исследования результаты клинико-anamnestических, нейровизуализационных и других радиологических исследований.

Методы исследований. Были использованы клинико-anamnestические данные (шкала PRIEST COVID-19, шкала NIHSS), оценка по ШКГ, по шкалам NIHSS, mRs, мультислайсное компьютерно-томографическое исследование (МСКТ), мультислайсная компьютерно-томографическая ангиография (МСКТА), магниторезонансная томография (МРТ), транскраниальная доплерография (ТДКГ) и статистические методы исследования.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

впервые доказано сравнительное прогностическое значение транзиторных ишемических атак в возникновении инсульта в зависимости от патогенеза и уровня прогрессирования;

впервые по результатам оценочной шкалы ABCD2 у пациентов с транзиторными ишемическими атаками были усовершенствована тактика лечения с целью вторичной профилактики инсульта;

доказана эффективность эндоваскулярного вмешательства (баллонная ангиопластика и стентирование) среди пациентов, перенесших ТИА с бессимптомным течением атеросклероза (стеноза) сонных артерий;

усовершенствована консервативная терапия при ТИА у больных с нарушением сердечного ритма для профилактики возникновения инсульта в виде коррекции нарушенного сердечного ритма и применения антикоагулянтной терапии;

выявлено, что на основании результатов раннего и длительного лечения в профилактике повторного ишемического инсульта после ТИА стентирование является более эффективным методом по сравнению с каротидной эндоартерэктомией.

Достоверность результатов исследования обосновывается теоретическим подходом и методами, использованными в работе, методологической корректностью проведенного исследования, адекватностью количества участников исследования, количественными, экспериментальными, ретроспективными, качественными и многофакторными вмешательствами и статистическими методами обследования, осуществления обработки данных с использованием современных компьютерных технологий, а также сравнение результатов исследований международным и отечественным исследованиями.

Научная и практическая значимость результатов исследования. Научная значимость результатов исследования состоит в том, что успех лечения и реабилитации ИИ связан не только с точной и своевременной диагностикой, но и с фактом недавним заболеванием ТИА с учетом специфического, необычного течения заболевания, модифицированной реабилитацией, и применение медикаментозной терапии, что в итоге способствует ускорению восстановления неврологического дефицита при ИИ, уменьшить количество осложнений, а также фатальных последствий заболевания.

Полученные данные о практической значимости результатов исследования позволяют снизить показатели инвалидизации за счет применения особой тактики лечения пациентов с ТИА, выделить их в группу высокого риска, определить тактику лечения и реабилитации и тем самым более рационально использовать средства государственного бюджета, объясняя тем самым снижение о показателях смертности в области неврологии.

Внедрение результатов исследования. Согласно заключению экспертного совета Научного центра экстренной медицины Республики № 16 от 25 января 2023 года:

первое научное новшество: впервые установлена сравнительная прогностическая значимость патогенеза транзиторных ишемических атак в возникновении инсульта в зависимости от степени течения, и, таким образом, разработана новая схема госпитализации пациентов с ТИА на ранних стадиях заболевания для установления причины заболевания и проведения патогенетической терапии. Внедрение научных инноваций в практику: применено в практике многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии и областной соматической больницы (утверждено на заседании координационно экспертного совета № 7н-р/35 12 от 31.05.23г, а также в многопрофильные клиники ТМА №04н-р/18 от 27.03.23г). Социальная эффективность научного новшества заключается в следующем: разработан метод диагностики, основанный на результатах шкалы оценки ABCD2 и, таким образом, разработана новая схема госпитализации пациентов с ТИА на ранних стадиях заболевания для установления причины заболевания и проведения патогенетической терапии. Экономическая эффективность научного новшества заключается в следующем: экономия была достигнута за счет сокращения продолжительности лечения в стационаре и снижения затрат. Заключение: На основании использования шкалы оценки ABCD2 (возраст, наличие артериальной гипертензии, парезов или афазии, длительность симптомов более 60 минут, сахарный диабет) разработана новая схема госпитализации пациентов с ТИА на ранних стадиях заболевания для установления причины заболевания и проведения патогенетической терапии, позволяющая сэкономить 2083097 сумов на одного пациента. Расширенное использование научных инноваций: в Министерство здравоохранения направлено заключение Центра развития профессиональных компетенций медицинского персонала от 29 сентября 2023 года № 7Н-з/23 о внедрении научных инноваций в другие медицинские учреждения на тему: "Уровень риска транзисторной ишемической атаки при возникновении ишемического инсульта".

второе научное новшество: впервые с целью вторичной профилактики инсульта были усовершенствованы тактика лечения пациентов с транзисторными ишемическими атаками, которым, согласно результатам шкалы оценки ABCD2, были назначены препараты для профилактики последующего инсульта. Внедрение научных инноваций в практику: применено в практике многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии и областной соматической больницы (утверждено на заседании координационно экспертного совета № 7н-р/35 12 от 31.05.23г, а также в многопрофильные клиники ТМА №04н-р/18 от 27.03.23г.). Социальная эффективность научного новшества заключается в следующем: применение предлагаемого набора методов нейропсихологических тестов (MMSE, Ранкин, шкала NIHSS), выявления очаговых изменений головного мозга (МСКТ, МРТ головного мозга) и сосудистых бассейнов (ангиография головного мозга, УЗИ, дуплексное сканирование) позволяют своевременно выявить подтип заболевания. Экономическая эффективность научного новшества заключалась в сокращении продолжительности лечения и

снижении затрат в стационаре, что позволило сэкономить 2083097 сумов на одного пациента. Заключение: для эффективного лечения особенностей осложнений, связанные с низким уровнем ранней диагностики ТИА и недостаточном внимании врачей к факторам риска и признакам заболевания, не связанные с принятием своевременных мер позволяют сэкономить сумму в размере 2083097 сумов на одного пациента. Расширенное использование научных инноваций: в Министерство здравоохранения направлено заключение Центра развития профессиональных компетенций медицинского персонала от 29 сентября 2023 года № 7Н-з/23 о внедрении научных инноваций в другие медицинские учреждения на тему: "Уровень риска транзисторной ишемической атаки при возникновении ишемического инсульта".

третье научное новшество: была доказана эффективность эндоваскулярного вмешательства (баллонная ангиопластика и стентирование) среди пациентов, перенесших ТИА с бессимптомным течением атеросклероза (стеноза) сонных артерий. Внедрение научных инноваций в практику: применено в практике многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии и областной соматической больницы (утверждено на заседании координационно экспертного совета № 7н-р/35 12 от 31.05.23г, а также в многопрофильные клиники ТМА №04н-р/18 от 27.03.23г.). Социальная эффективность научного новшества заключается в следующем: оценка влияния сосудистых факторов риска на течение ТИА позволяет своевременно предотвращать обострение клинического течения ТИА. Экономическая эффективность научного новшества заключается в следующем: продолжительность пребывания в стационаре сокращается с 10 до 8 дней. В период, когда пациенты находились вне стационара (для лечения в других медицинских учреждениях), потребность в медикаментах уменьшилась за счет сокращения курса лечения на несколько дней. Заключение: применение комплексного метода диагностики позволило на начальной стадии заболевания определить причину заболевания и провести патогенетическую терапию и сэкономить сумму в размере 2083097 сумов на одного пациента. Расширенное использование научных инноваций: в Министерство здравоохранения направлено заключение Центра развития профессиональных компетенций медицинского персонала от 29 сентября 2023 года № 7Н-з/23 о внедрении научных инноваций в другие медицинские учреждения на тему: "Уровень риска транзисторной ишемической атаки при возникновении ишемического инсульта".

четвертое научное новшество: была усовершенствована консервативная терапия при ТИА у больных с нарушением сердечного ритма для профилактики возникновения инсульта в виде коррекции нарушенного сердечного ритма и применения антикоагулянтной терапии. Внедрение научных инноваций в практику: применено в практике многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии и областной соматической больницы (утверждено на заседании координационно экспертного совета № 7н-р/35 12 от 31.05.23г, а также в многопрофильные клиники ТМА №04н-

р/18 от 27.03.23г.). Социальная эффективность научного новшества заключается в следующем: уменьшение влияния сосудистых факторов риска на течение ТИА позволяет вовремя предотвратить обострение клинического течения ТИА. Экономическая эффективность научного новшества заключается в следующем: продолжительность пребывания в стационаре сокращается в среднем на 2,2 койко-дня, что позволило сэкономить 2083097 сумов на одного пациента. Заключение: улучшение диагностики пациентов с ТИА на ранней стадии позволило сэкономить 2083097 сумов на одного пациента за счет внедрения программного обеспечения для врачей первичной медико-санитарной помощи с целью ранней диагностики и предотвращения развития заболевания ТИА, что позволяет снизить частоту заболевания и рекомендовать индивидуальную фармакотерапию. Расширенное использование научных инноваций: в Министерство здравоохранения направлено заключение Центра развития профессиональных компетенций медицинского персонала от 29 сентября 2023 года № 7Н-з/23 о внедрении научных инноваций в другие медицинские учреждения на тему: "Уровень риска транзисторной ишемической атаки при возникновении ишемического инсульта".

пятое научное новшество: выявлено, что на основании результатов раннего и длительного лечения в профилактике повторного ишемического инсульта после ТИА стентирование является более эффективным методом по сравнению с каротидной эндоартерэктомией. Внедрение научных инноваций в практику: применено в практике многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии и областной соматической больницы (утверждено на заседании координационно экспертного совета № 7Н-р/35 12 от 31.05.23г, а также в многопрофильные клиники ТМА №04н-р/18 от 27.03.23г.). Социальная эффективность научного новшества заключается в следующем: уменьшение влияния сосудистых факторов риска на течение ТИА позволяет вовремя предотвратить обострение клинического течения ТИА. Экономическая эффективность научного новшества заключается в следующем: продолжительность пребывания в стационаре сокращается с 10 до 8 дней. В период, когда пациенты находились вне стационара (для лечения в других медицинских учреждениях), потребность в медикаментах уменьшилась за счет сокращения курса лечения на несколько дней. Заключение: улучшение диагностики пациентов с ТИА на ранней стадии позволило сэкономить 2083097 сумов на одного пациента за счет внедрения программного обеспечения для врачей первичной медико-санитарной помощи с целью ранней диагностики и предотвращения развития заболевания ТИА, что позволяет снизить частоту заболевания и рекомендовать индивидуальную фармакотерапию. Расширенное использование научных инноваций: в Министерство здравоохранения направлено заключение Центра развития профессиональных компетенций медицинского персонала от 29 сентября 2023 года № 7Н-з/23 о внедрении научных инноваций в другие медицинские учреждения на тему: "Уровень

риска транзисторной ишемической атаки при возникновении ишемического инсульта".

Апробация результатов исследования. Основные результаты исследования были обсуждены на 3 научно-практических конференциях, в том числе, на 1 международных и 2 республиканских.

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 28 научных работ, в том числе 16 журнальных статей, из них 13 в республиканских и 3 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертационных работ.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, 6 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы. Объем диссертации составляет 200 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обоснованы актуальность и востребованность темы диссертации, сформулированы цели и задачи, а также объект и предмет исследования, приведено соответствие исследований приоритетным направлениям развития науки и технологий в Республике Узбекистан, изложены научная новизна и практические результаты исследования, раскрыта теоретическая и практическая значимость полученных результатов, обоснована достоверность полученных данных, даны сведения о внедрении результатов исследования в практику, опубликованных работах, структуре диссертации.

В первой главе диссертации **«Современные аспекты этиопатогенетических проявлений транзиторной ишемической атаки и дифференцированные подходы к вторичной профилактики инсульта»** приведен аналитический обзор литературы, где проанализированы результаты отечественных и зарубежных исследований. Особое внимание уделялось факторам риска развития инсульта и его вторичной профилактики. В данной главе обобщены литературные данные и обоснована актуальность проблемы.

Во второй главе диссертации **«Материалы и методы исследования»** представлены методологические подходы и методы, обеспечивающие решение проблемы. Настоящая работа выполнена в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП): клиническая часть – в отделение кардиотерапевтической и хирургической реанимации, отделениях неотложной неврологии №1, неотложной неврологии №2, отделении экстренной хирургии №2 (отделение сосудистой хирургии). Нейровизуализационная часть выполнена в отделении лучевой диагностики, включающая в себя МСКТ исследование, МСКТ-ангиографию, ультразвуковые методы (доплерография экстракраниальных артерий, транскраниальная доплерография, эхокардиография). Исследование лабораторных параметров – в клинической и биохимической лабораториях РНЦЭМП.

Нами обследовано 238 пациентов с клиникой ТИА. Все больные первоначально поступали в клинику с диагнозом ТИА. В зависимости от

выбранной тактики пациенты были разделены на 3 группы: 1 группа – 105 пациентов, которым проведена консервативная терапия ТИА; 2 группа – 90 пациентов, которым проведена каротидная эндартерэктомия; 3 группа – 43 пациентов, которым проведено стентирование сонных артерий.

105 пациентам с клиникой ТИА была проведена *консервативная терапия*. Средний возраст пациентов составил $64,5 \pm 11,3$ лет. Среди обследованных пациентов 74 (70,5%) мужчин и 31 (29,5%) женщин. Наибольшее количество пациентов было в возрастном диапазоне 41-60 лет (33,4%), а также в возрасте 61-80 лет (55,2%). Во всех возрастных группах преобладали мужчины. ТИА имела место во всех сосудистых бассейнах головного мозга: в бассейне СМА правого полушария – у 41 (39,1%) больного, в бассейне СМА слева – у 44 (41,9%) пациента и в ВББ – у 20 (19%) больного. Средняя продолжительность ТИА у пациентов с консервативным лечением составила $171,5 \pm 139,5$ мин. Уровень сознания у всех пациентов был ясным и соответствовал 15 баллам по шкале Глазго. Степень выраженности неврологического дефицита по шкале NIHSS составил $7,4 \pm 2,0$ балла.

90 пациентам с клиникой ТИА была проведена *КЭАЭ*. Средний возраст пациентов составил $61,8 \pm 8,8$ лет. Среди обследованных пациентов 72 (80%) мужчин и 18 (20%) женщин. Наибольшее количество пациентов было в возрастном диапазоне 41-60 лет (38,9%), а также в возрасте 61-80 лет (56,7%). Во всех возрастных группах преобладали мужчины. Сосудистые бассейны: в бассейне СМА правого полушария ТИА развилась у 34 (37,8%) больного, в бассейне СМА слева – у 42 (46,7%) пациента и в ВББ – у 14 (15,5%) больного. Средняя продолжительность ТИА у пациентов с консервативным лечением составила $320,8 \pm 249,8$ мин. Уровень сознания у всех пациентов был ясным и соответствовал 15 баллам по шкале Глазго. Степень выраженности неврологического дефицита по шкале NIHSS составил $7,9 \pm 2,8$ балла.

43 пациентам с клиникой ТИА было проведено *стентирование сонных артерий*. Средний возраст пациентов составил $65,2 \pm 7,8$ лет. Среди обследованных пациентов 32 (74,4%) мужчин и 11 (25,6%) женщин. В возрасте до 40 лет и старше 81 года не было. Наибольшее количество пациентов было в возрастном диапазоне 41-60 лет (20,9%), а также в возрасте 61-80 лет (79,1%). Во всех возрастных группах преобладали мужчины. Сосудистые бассейны: в бассейне СМА правого полушария ТИА развилась у 13 (30,3%) больного, в бассейне СМА слева – у 20 (46,5%) пациента и в ВББ – у 10 (23,2%) больного (рисунок 2.9). Средняя продолжительность ТИА у пациентов с консервативным лечением составила $225,8 \pm 192,6$ мин. Уровень сознания у всех пациентов был ясным и соответствовал 15 баллам по шкале Глазго. Степень выраженности неврологического дефицита по шкале NIHSS составил $7,1 \pm 2,8$ балла.

Все обследованные больные были подвергнуты общепринятому клиничко-неврологическому обследованию:

Нейромониторинг включал: мониторинг неврологического статуса.

Динамическая оценка уровня сознания и неврологического статуса проводилась по шкалам Glasgow, NIHSS, Rankin.

Нейровизуализационные методы исследования: компьютерная томография (КТ) головного мозга проводилось на томографе «AURALX» («Philips», Голландия), а мультисрезовая компьютерная томография (МСКТ) - на аппарате «Brilliance40» («Philips», Голландия).

Традиционная церебральная ангиография осуществлялась в асептических условиях в рентгеноперационной, оснащенной универсальным ангиографическим комплексом Allura Xper FD 20 фирмы Philips. Церебральная ангиография осуществлялась через бедренный доступ. Процедура проводилась под местной анестезией путем пункции а. Femoralis по методике Сельдингера.

Транскраниальную доплерографию (ТКДГ) для оценки мозгового кровотока выполняли на аппарате MT-1010 (фирмы MINDRAY) с применением 2 МГц датчика через височное «окно». Проводилась оценка максимальной скорости (V_{max}), линейной скорости кровотока (ЛСК), индекс Гостлинга (PI), а также коэффициента межполушарной асимметрии. В стандартный протокол обследования были включены крупные интракраниальные артерии (передняя, средняя и задняя мозговые артерии) через височное, затылочное и орбитальное окна.

Для выполнения *цветного дуплексного сканирования* магистральных артерий головы был использован ультразвуковой аппарат EUB-600 (фирмы Hitachi, Япония) с применением электронного датчика с частотой 7,5 МГц. Оценивали максимальную систолическую скорость кровотока ($Max V$, см/с) и индекс Пурило (RI).

Статистический анализ полученных результатов проводился на IBM-совместимом компьютере с помощью пакета программ «SPSS for Windows» с обработкой материала по группам с помощью методов вариационной статистики.

В третьей главе диссертации **“Клинико-неврологическая оценка обследуемых пациентов”** отражена клинико-неврологическая характеристика с учетом шальных показателей и нейровизуализационных данных.

Анализ патогенетических подтипов ТИА у пациентов с консервативным лечением показал следующее: АТП был диагностирован у 46 (43,8%) пациентов, КЭП – у 19 (18,1%), ЛП – 28 (26,7%), ГДП – у 7 (6,7%), ГРП выявлен у 5 (4,7%) пациентов. В группе пациентов с КЭАЭ преобладали пациенты с АТП – 83 (92,2%) поскольку КЭАЭ подразумевает под собой удаление атеросклеротической бляшки с восстановлением проходимости сосуда. Также в этой группе были 7 (7,8%) пациентов с гемодинамически значимыми изгибами сосудов, при которых отмечается локальное нарушение гемодинамики с гемодинамически значимой разницей в скоростях кровотока до и после изгиба. В группе пациентов со стентированием каротидных артерий у всех 43 (100%) пациентов был диагностирован атеротромботический подтип ТИА. Это обстоятельство также объясняется тем фактом, что стентирование проводилось только при наличии

атеротромботической бляшки, приводящая к гемодинамически значимому стенозу.

При оценке выраженности неврологического дефицита по шкале NIHSS нами установлено, что наиболее выраженный неврологический дефицит наблюдался в группе пациентов, которым была проведена КЭАЭ, минимальный показатель был 2 балла, а максимальный 16 баллов, средний балл по шкале NIHSS на момент поступления составил $7,9 \pm 2,8$ баллов. Далее идут пациенты с консервативным лечением, у которых минимальный показатель был 3 балла, а максимальный – 12 баллов, средний балл по шкале NIHSS составил $7,4 \pm 2,0$ баллов. У пациентов, которым было проведено стентирование отмечается наименее выраженный очаговый дефицит, средний балл на момент поступления составил $7,1 \pm 2,8$ баллов, причем минимальный показатель был 3 балла, а максимальный 12 баллов. Однофакторный дисперсионный анализ ANOVA показал, что достоверно значимых различий в показателях не выявлено ($F_{ANOVA} = 1,65$ $p > 0,05$) (рис. 1).

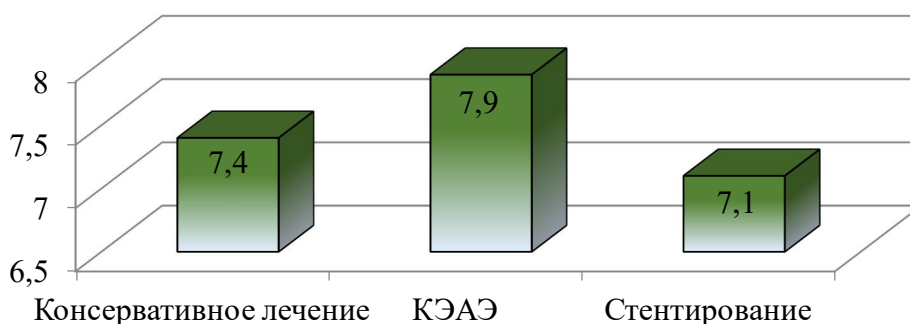


Рис. 1. Средние показатели неврологического дефицита по шкале NIHSS в исследуемых группах

Наиболее выраженные когнитивные нарушения на момент развития ТИА выявлены у пациентов с КЭАЭ, средний показатель по шкале MMSE составил $22,7 \pm 2,8$ баллов; у пациентов со стентированием средний балл составил $23,3 \pm 2,4$; наиболее сохраненные когнитивные функции преобладали у пациентов с консервативным лечением - $24,5 \pm 2,4$ балла. Данные показатели во всех трех группах имели статистически достоверные различия ($F_{ANOVA} = 11,91$ $p < 0,01$) (рис. 2).

Средний балл по шкале ABCD² у пациентов с консервативным лечением составил $4,8 \pm 1,1$ баллов, у пациентов с КЭАЭ – $4,0 \pm 1,2$ балла, у пациентов со стентированием – $4,7 \pm 1,1$ баллов. Данные показатели были не однородными во всех 3 группах и имели статистически достоверные различия ($F_{ANOVA} = 12,47$ $p < 0,01$).

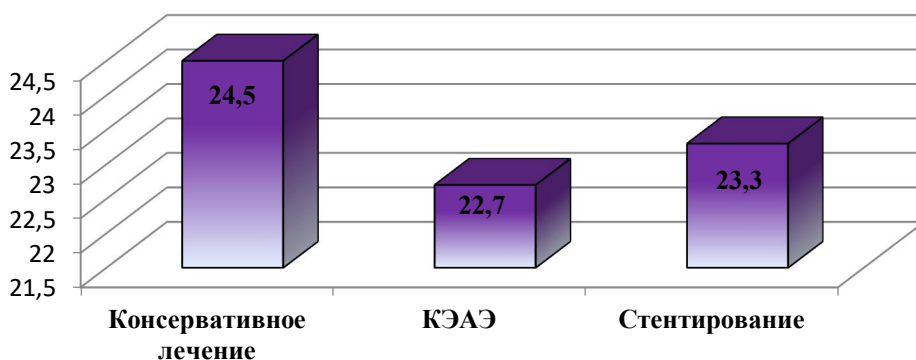


Рис. 2. Средние показатели когнитивных нарушений по шкале MMSE в исследуемых группах

Таким образом, средний балл колебался от 4 до 5 баллов, что указывает на умеренный риск развития ишемического инсульта, т.е. риск его развития в течение первых 2 дней составляет 4,1%, в течение первых 7 дней – 5,9%, и в течение первых 90 дней – 9,8% (рис. 3).

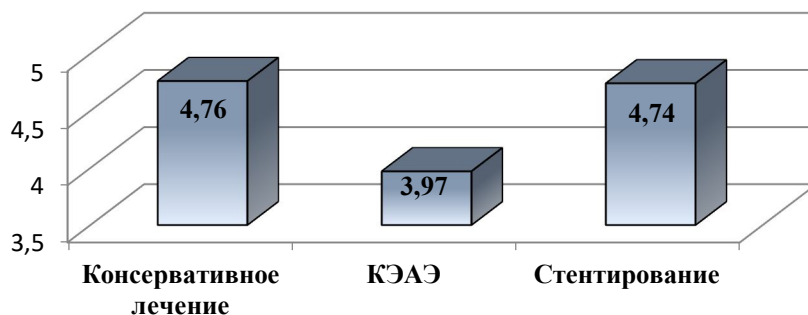


Рис. 3. Показатели среднего балла по шкале ABCD²

Одной из поставленных перед нами задач является изучение роли наиболее часто встречающихся факторов риска на степень выраженности когнитивных и двигательных нарушений. Среди изучаемых нами факторов риска рассматривались гипертоническая болезнь, сахарный диабет, избыточная масса тела и курение.

Наличие у пациента ГБ и степени ее выраженности мы объективно определяли по наличию или отсутствию гипертрофии левого желудочка по данным ЭКГ. Пациенты всех исследованных 3 групп были разделены на 2 группы: 1 группа – 53 (18,7%) пациента без признаков ГЛЖ по данным ЭКГ, 185 (65,3%) пациента с признаками ГЛЖ по данным ЭКГ. У пациентов с ГЛЖ достоверной разницы в показателях среднего систолического АД не отмечалось ($158,3 \pm 22,5$ мм.рт.ст. у пациентов без ГЛЖ и $153,7 \pm 25,8$ мм.рт.ст. – у пациентов с ГЛЖ, $p > 0,05$). Также статистически достоверных различий в степени выраженности неврологического дефицита по данным шкалы NIHSS не наблюдалось ($7,3 \pm 2,7$ баллов по шкале NIHSS у пациентов без ГЛЖ и $7,6 \pm 2,4$ баллов у пациентов с ГЛЖ, $p > 0,05$). Достоверная разница наблюдалась у пациентов при анализе когнитивных функций, так у пациентов с ГЛЖ балл по шкале MMSE был ниже, чем у пациентов без ГЛЖ

(22,9±2,4 баллов и 26,1±2,2 баллов, соответственно, $p<0,01$). Риск развития ишемического инсульта после ТИА у пациентов с ГЛЖ также был статистически достоверно выше, чем у пациентов без ГЛЖ по данным шкалы ABCD² (4,7±1,2 и 3,8±1,1 баллов соответственно, $p<0,01$) (табл. 1).

Таблица 1

Некоторые клинические показатели в зависимости от наличия гипертрофии левого желудочка по данным ЭКГ

	Среднее систолическое АД при поступлении	Средний балл по шкале MMSE при поступлении	Средний балл по шкале NIHSS при поступлении	Средний балл по шкале ABCD ² при поступлении
Пациенты без ГЛЖ (n=53).	158,3±22,5	26,1±2,2	7,3±2,7	3,8±1,1
Пациенты с ГЛЖ (n=185).	153,7±25,8	22,9±2,4	7,6±2,4	4,7±1,2
$P_{\text{Манна-Уитни}}$	$p>0,05$	$p<0,01$	$p>0,05$	$p<0,01$

При этом достоверных различий по показателям когнитивных функций (шкала MMSE) и выраженности неврологического дефицита (шкала NIHSS) выявлено не было. Средний показатель по шкале MMSE составил 23,6±2,7 и 22,6±2,5 баллов соответственно, $p>0,05$. Средний балл по шкале NIHSS составил 7,5±2,5 и 7,7±2,3 баллов соответственно, $p>0,05$. Однако выявлена тенденция того, что при более низких показателях АД у пациентов отмечаются более лучшие показатели по шкале ABCD². Так у пациентов со средним систолическим АД менее 180 мм.рт.ст. балл по шкале ABCD² составил 4,3±1,2 балла, а для пациентов со средним систолическим АД более 180 мм.рт.ст. - 5,0±1,1 (табл. 2).

Таблица 2

Некоторые клинические показатели в зависимости от средних систолических АД на момент поступления в клинику

	Средний балл по шкале MMSE при поступлении	Средний балл по шкале NIHSS при поступлении	Средний балл по шкале ABCD ² при поступлении
Пациенты с АД менее 180 мм.рт.ст.(n=193)	23,6±2,7	7,5±2,5	4,3±1,2
Пациенты с АД более 180 мм.рт.ст. (n=45)	22,6±2,5	7,7±2,3	5,0±1,1
$P_{\text{Манна-Уитни}}$	$p>0,05$	$p>0,05$	$p<0,01$

Полученные результаты показывают о статистически достоверных различиях в показателях среди пациентов с сахарным диабетом. Так, 46 пациентов с сахарным диабетом имели более худшие показатели по когнитивным функциям – 26,1±3,7 баллов по шкале MMSE против 22,8±2,1 балла у пациентов без сахарного диабета, $p<0,05$. Также степень выраженности неврологического дефицита по шкале NIHSS была выше у пациентов с сахарным диабетом, чем у пациентов без сахарного диабета - 11,2±3,5 и 7,5±2,4 соответственно, $p<0,05$. Вероятность развития

ишемического инсульта у пациентов с сахарным диабетом также была выше по сравнению с пациентами не страдающие сахарным диабетом - $5,1 \pm 1,2$ балла, $4,3 \pm 1,2$ по шкале ABCD² соответственно, $p < 0,01$) (табл. 3).

Таблица 3

Некоторые клинические показатели в зависимости от наличия у пациентов сахарного диабета 2 типа.

	Средний балл по шкале MMSE при поступлении	Средний балл по шкале NIHSS при поступлении	Средний балл по шкале ABCD ² при поступлении
Пациенты с СД (n=46).	$26,1 \pm 3,7$	$11,2 \pm 3,5$	$5,1 \pm 1,2$
Пациенты без СД (n=192).	$22,8 \pm 2,1$	$7,5 \pm 2,4$	$4,3 \pm 1,2$
P Манна-Уитни	$p < 0,05$	$p < 0,05$	$p < 0,01$

Негативное влияние курения на развитие ТИА и ишемического инсульта также нашло отражение в нашем исследовании. По данным таблицы 4 из 238 пациентов 118 (49,6%) пациента были курящими, средний стаж курения у которых составил $23,9 \pm 8,5$ лет, а количество выкуриваемых сигарет – $13,0 \pm 4,1$. 120 (50,4%) пациентов были некурящими.

Таблица 4

Некоторые клинические показатели у курящих и некурящих пациентов

	Средний балл по шкале MMSE при поступлении	Средний балл по шкале NIHSS при поступлении	Средний балл по шкале ABCD ² при поступлении
Курящие пациенты (n=118).	$16,7 \pm 9,1$	$13,4 \pm 9,3$	$5,2 \pm 2,1$
Некурящие пациенты (n=120).	$23,4 \pm 2,5$	$8,0 \pm 2,3$	$4,6 \pm 1,2$
P Манна-Уитни	$p < 0,01$	$p < 0,01$	$p > 0,05$

Выяснено, что курение негативно влияет на степень выраженности когнитивных нарушений и неврологических очаговых нарушений. Полученные нами результаты влияния курения на когнитивные функции показывают, что у курящих пациентов данная функция была достоверно ниже, чем у некурящих пациентов ($16,7 \pm 9,1$ балла, $23,4 \pm 2,5$ балла по шкале MMSE соответственно, $p < 0,01$). Показатель степени выраженности неврологического дефицита также был выше у курящих пациентов - $13,4 \pm 9,3$ балла по шкале NIHSS, против $8,0 \pm 2,3$ балла у некурящих, $p < 0,01$.

Избыточный вес является немаловажным фактором риска развития сосудистой катастрофы. Для проведения анализа пациенты были условно разделены на 2 группы: 1 группа – 155 (65,1%) пациентов с ИМТ менее 30, 2 – группа – 83 (34,9%) пациента с ИМТ более 30. Прямых показателей влияния на когнитивные функции и двигательные нарушения у пациентов с ИМТ более 30 выявлено не было: $23,5 \pm 2,7$ балл по шкале MMSE у пациентов с ИМТ менее 30, $24,0 \pm 2,6$ баллов у пациентов с ИМТ более 30, $p > 0,05$. $7,5 \pm 2,6$ балла по шкале NIHSS пациентов с ИМТ менее 30 и $7,6 \pm 2,3$ балла у пациентов с ИМТ более 30, $p > 0,05$. Однако повышенная масса тела имеет

влияние на риск развития ишемического инсульта после перенесенной ТИА: так, пациенты с ИМТ менее 30 имели $4,4 \pm 1,2$ балла по шкале ABCD², а пациенты с ИМТ более 30 - $4,7 \pm 1,2$ балла, что является статистически достоверным показателем ($p < 0,05$) (табл. 5).

Таблица 5

Некоторые клинические показатели в зависимости от индекса массы тела

	Средний балл по шкале MMSE при поступлении	Средний балл по шкале NIHSS при поступлении	Средний балл по шкале ABCD ² при поступлении
Пациенты с ИМТ менее 30 (n=155).	$23,5 \pm 2,7$	$7,5 \pm 2,6$	$4,4 \pm 1,2$
Пациенты с ИМТ более 30 (n=83).	$24,0 \pm 2,6$	$7,6 \pm 2,3$	$4,7 \pm 1,2$
$P_{\text{Манна-Уитни}}$	$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p < 0,05$

Анализ исследуемых групп показал, что окклюзия ОСА и ВСА была диагностирована только у пациентов с КЭАЭ и стентированием (27,7% и 9,3% соответственно) у пациентов с консервативным лечением окклюзионных процессов выявлено не было. Гемодинамически значимый стеноз ОСА был выявлен только у 17 (18,9%) пациентов с КЭАЭ. Гемодинамически значимый стеноз ВСА – наиболее часто встречающийся вариант атеросклеротического поражения каротид: так у пациентов с консервативным лечением он диагностирован у 14 (13,3%) пациентов, у больных с КЭАЭ – у 41 (45,5%) и среди пациентов со стентированием – у 39 (90,7%) пациентов.

Среди пациентов, которым была проведена КЭАЭ, таких морфологических изменений на утолщение КИМ и ГДНС диагностированы не были. Среди пациентов со стентированием сонных артерий такого рода изменений как утолщение КИМ, ГДНС и ГДЗИ диагностированы не были (табл. 6).

Таблица 6

Некоторые клинические показатели в зависимости от характера поражения сонных артерий по данным доплерографии

	Ср. балл по шкале MMSE при поступ-и	Ср. балл по шкале NIHSS при поступ-и	Ср. балл по шкале ABCD ² при поступ-и	Длительность ТИА
Утолщение КИМ, (n=35)	$25,0 \pm 2,3$	$7,1 \pm 1,9$	$4,5 \pm 1,1$	$144,4 \pm 143,2$
Гемодинамически незначимый стеноз (n=83).	$24,6 \pm 2,4$	$7,1 \pm 1,8$	$4,7 \pm 1,1$	$167,8 \pm 132,3$
Гемодинамически значимый стеноз 50-70% (n=155)	$23,3 \pm 2,2$	$7,9 \pm 2,6$	$4,8 \pm 1,6$	$252,9 \pm 153,2$
Гемодинамически значимый стеноз 71-89% (n=155)	$22,8 \pm 2,7$	$7,3 \pm 2,8$	$4,5 \pm 1,1$	$245,3 \pm 196,4$
Критический стеноз 90-99% (n=155)	$22,5 \pm 2,2$	$8,1 \pm 2,5$	$4,3 \pm 1,2$	$333,1 \pm 274,3$

Окклюзия (n=155)	22,6±2,9	8,6±3,1	4,3±1,1	344,5±284,5
Гемодинамически значимый изгиб (n=155)	25,6±2,6	6,3±2,1	3,6±0,9	179,7±194,9
χ^2 Крускала-Уоллиса	$\chi^2 = 37,8$ p<0,01	$\chi^2 = 12,7$ p<0,05	$\chi^2 = 18,6$ p<0,01	$\chi^2 = 22,2$ p<0,01

При анализе средних результатов шкалы MMSE можно наблюдать, что по мере нарастания степени поражения сонных артерий снижаются когнитивные функции у пациентов. Так при утолщении КИМ средний показатель составил 25 баллов по шкале MMSE, при ГДНС – 24,6 баллов, при ГДЗС 50-70% и 71-90% данный показатель составил 23,3 и 22,8 баллов соответственно. Наиболее низкие показатели были выявлены у пациентов с критическим стенозом и окклюзией сонных артерий – 22,5 и 22,6 баллов соответственно. Гемодинамически значимый изгиб сонных артерий существенного влияния на когнитивные функции не оказал – 25,6 баллов.

Степень поражения сонных артерий, обусловленный атеросклеротическим процессом имеет прямое влияние на длительность ТИА. Согласно полученным данным по мере нарастания поражения сонных артерий можно наблюдать увеличение времени ТИА. Так, у пациентов только с утолщением КИМ средний показатель продолжительности ТИА составил 144,4 мин., у пациентов с ГДНС – 167,8 мин, при ГДЗС 50-70% и 71-90% длительность ТИА составила 252,9 мин и 245,3 мин соответственно. Наибольшие показатели средней продолжительности ТИА пришлось на пациентов с критическим стенозом и окклюзией сонных артерий - 333,1 мин и 344,5 мин. соответственно.

Четвертая глава «Анализ результатов каротидной эндартерэктомии у пациентов с транзиторными ишемическими атаками» посвящена динамическому наблюдению больных после эндартерэктомии с ТИА. Под понятием «выживаемость» подразумевается развитие ИИ или летального исхода вследствие данного инсульта. Так, из 90 обследованных пациентов у 2 пациентов в клинике развился летальный исход, в связи с этим анализ 30 дневной выживаемости начал проводится у 88 пациентов. Основным показателем, характеризующим эффективности проведенной КЭАЭ является количество пациентов с повторным ишемическим инсультом. Так, в нашем случае у 5 (5,5%) пациентов развилась клиника повторного ОНМК по ишемическому типу (табл. 7).

Таблица 7

Основные показатели 30 дневной выживаемости.

Общее кол-во наблюдаемых пациентов в течение 30 дней	Из них кол-во цензурируемых пациентов в течение 30 дней	Из них кол-во пациентов с повторным ОНМК в течение 30 дней	Кол-во умерших пациент. из числа пациент. с повт. ОНМК	Кол-во выживших пациентов к 30 дню	30-дневная выживаемость.
90	0 (0%)	5 (5,5%)	2 (2,2%)	85 (94,4%)	94,4%

При обследовании пациентов было выявлено, что у 4 (4,4%) из 5 пациентов по данным ЦДС экстракраниальных артерий имело место двухстороннее гемодинамически значимое поражение сонных артерий, однако операция была проведена только на инсульт зависимой стороне. Следует отметить, что из 5 пациентов у 2 (2,2%) пациентов в результате повторного ОНМК развился летальный исход. Таким образом, 30 дневный срок без развития повторного ИИ и летального исхода достигли 85 пациента (94,4%).

Согласно данным рисунка 4 все пациенты с 1, 2, 3, 4, 5 баллами по шкале ABCD² – достигли 30 дневной отметки. 30 дневная выживаемость у пациентов с 6 баллами, у которых имеет место более худшие показатели по уровню АД, продолжительности ТИА и выраженности неврологического дефицита, составила 77,3% ($\chi^2 = 17,03$ $p < 0,01$), т.е. именно этот процент пациентов достиг отметки в 30 дней без ИИ и летального исхода. У 2 (2,2%) пациента с 6 баллами по шкале ABCD² развился летальный исход.

По данным рисунка 5 30 дневная выживаемость у пациентов с отрицательной пробой Матаса составила 98,6%, у пациентов с положительной пробой Матаса данный показатель составил 76,5% ($\chi^2 = 13,1$ $p < 0,01$). Следует отметить, что 2 (2,2%) случая с летальным исходом имели место у пациентов с положительной пробой Матаса.

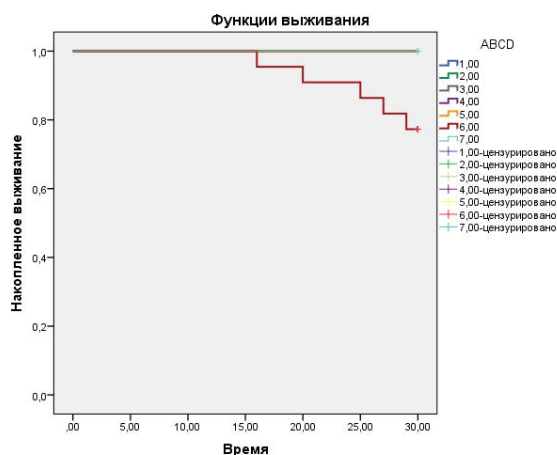


Рис. 4. 30 дневная выживаемость в зависимости от показателей шкалы ABCD². («1», «2», «3», «4», «5» – 100%; «6»- 77,3%; «7»-100%) $\chi^2 = 8,68$ $p > 0,05$

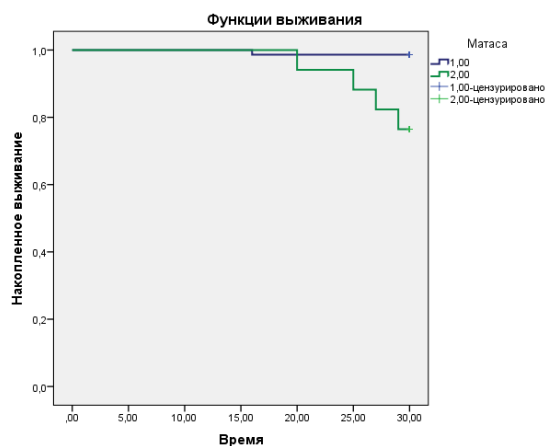


Рис. 5. 30 дневная выживаемость в зависимости от результатов пробы Матаса (1-проба отрицательная; 2 – проба положительная). («1»- 98,6% «2»-76,5%) $\chi^2 = 13,1$ $p < 0,01$

На выживаемость после КЭАЭ также влияет и состояние сонных артерий противоположно стороны. 30 дневная выживаемость при наличии гемодинамически значимого стеноза на противоположной инсульт-зависимой стороне составил 83,3%, а при отсутствии гемодинамически значимого стеноза на противоположной стороне – 96,2% ($\chi^2 = 3,46$ $p > 0,05$) (рис. 6).

У пациентов с ОНМК в анамнезе 30 дневная выживаемость с развитием ИИ составила 92,5%, а при отсутствии ОНМК в анамнезе – 96% ($\chi^2 = 0,51$ $p > 0,05$) (рис. 7).

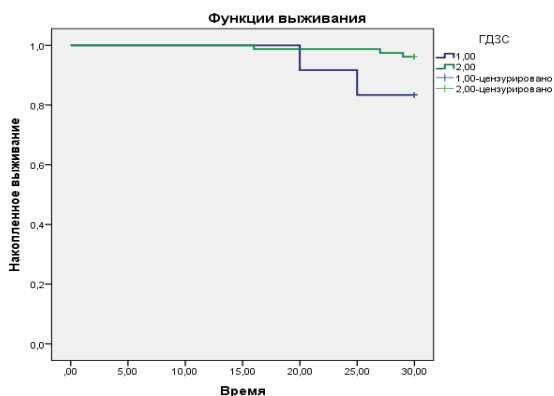


Рис. 6. 30-дневная выживаемость в зависимости от наличия ГДЗС на противоположной стороне (1 - есть ГДЗС на противоположной стороне; 2 - нет ГДЗС на противоположной стороне) («1» - 83,3%; «2» - 96,2%) $\chi^2 = 3,46$ $p > 0,05$

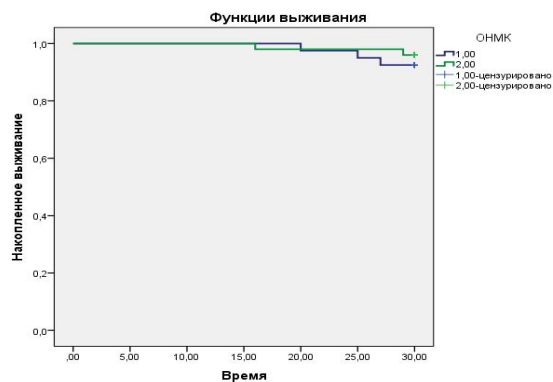


Рис. 7. 30-дневная выживаемость в зависимости от наличия ранее перенесенного ОНМК (1 - есть ОНМК в анамнезе; 2 - нет ОНМК в анамнезе) («1» - 92,5%; «2»-96,0%) $\chi^2 = 0,51$ $p > 0,05$

Из 2 (2,2%) случаев с летальным исходом у 1 пациента в анамнезе имело место ОНМК по ишемическому типу. Из обследованных пациентов у 3 (3,3%) больных отмечается клиника повторного ОНМК по ишемическому типу.

Таким образом, выживших 0-90 дневный период без повторного ОНМК и летального исхода составило 80 (88,9%) пациентов. 90 дневная выживаемость за период с 31 по 90 день составила 94,1% (табл. 8).

Таблица 8

Основные показатели 90 дневной выживаемости.

Общее кол-во наблюдаемых пациентов за период с 31 по 90 день	Из них кол-во цензурируемых пациентов за период с 31 по 90 день	Из них кол-во пациентов с повторным ОНМК за период с 31 до 90 день	Кол-во умерших пациент. из числа пациент. с повт. ОНМК	Кол-во выживших пациентов за период с 0 по 90 день	90-дневная выживаемость. (31-90 дней)
85	2 (2,2%)	3 (3,3%)	0 (0%)	80 (88,9%)	94,1%

Анализ показателей шкалы ABCD² показывает о ее влиянии на выживаемость. Так, пациенты с меньшими показателями поданной шкале (1, 2 и 3 балла по шкале ABCD² имели 100% выживаемость, т.е. достигли 90 дневный срок без ИИ и летального исхода. Пациенты с более худшими показателями по шкале ABCD² имели более низкую «выживаемость»: с 4 баллами – 89,0%, с 5 баллами – 95,5%, с 6 баллами – 88,2%, $\chi^2 = 3,5$ $p > 0,05$ (рис. 8). Из 3 случаев с развитием повторного ИИ в 2 случаях показатель по шкале ABCD² составил 6 баллов. Положительные результаты пробы Матаса так же как и при 30 дневной выживаемости имели негативное влияние на развитие ИИ, так у пациентов с отрицательной пробой Матаса 90 дневная

выживаемость составила 97,2%, а у пациентов с положительной пробой – 76,9%, $\chi^2 = 9,3$ $p < 0,01$ (рис. 9). В 1 случае с положительным результатом пробы Матаса развился повторный ИИ.

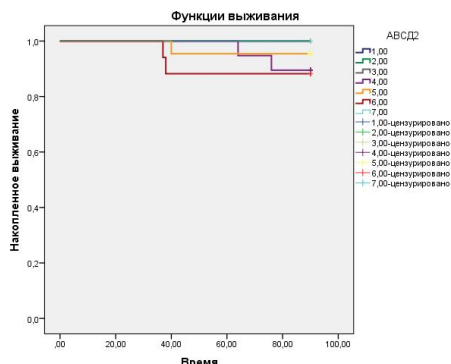


Рис. 8. 90-дневная выживаемость в зависимости от показателей шкалы ABCD². («1», «2», «3» – 100%; «4» - 89,5% «5» - 95,5%; «6» - 88,2%; «7» – 100%) $\chi^2 = 3,5$ $p > 0,05$

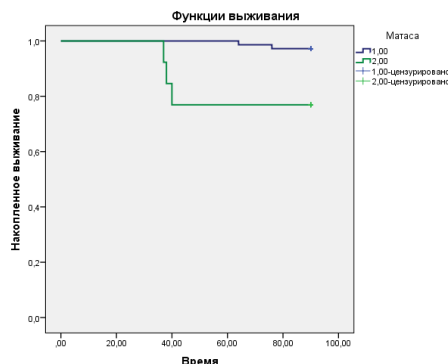


Рис. 9. 90-дневная выживаемость в зависимости от результатов пробы Матаса (1-проба отрицательная; 2 – проба положительная). («1»- 97,2% «2»- 76,9%) $\chi^2 = 9,3$ $p < 0,01$

Анализ 90 дневной выживаемости в зависимости от наличия или отсутствия гемодинамически значимого стеноза на противоположной стороне не выявил достоверных различий. При этом у всех пациентов с 2х сторонним поражением сонных артерий данный показатель составил 100%, а при наличии только одностороннего поражения -93,3%. $\chi^2 = 0,68$ $p > 0,05$. Из 3 пациентов с развитием повторного ИИ после проведенной КЭАЭ в 3 случаях было диагностировано 2 стороннее гемодинамически значимое поражение сонных артерий.

Роль фактора ранее перенесенное в анамнезе ОНМК на развитие ИИ после ТИА остается актуальным и при анализе 90 дневной выживаемости. Так, у пациентов, которые ранее переносили ОНМК, 90 дневная выживаемость составила 94,6%, а у пациентов без ОНМК в анамнезе данный показатель составил 93,8%, $\chi^2 = 0,03$ $p > 0,05$. Период наблюдения от 3 до 6 месяцев был проведен 80 пациентам с КЭАЭ. За этот период 3 (3,3%) пациента «выпали» из поля нашего зрения и приобрели статус цензурированных. У 2 (2,2%) пациентов за данный период развилась клиника ИИ. Таким образом, отметку в «6 месяцев» достигли только 75 (83,3%) пациентов. Учитывая только показатель повторного ОНМК и летального исхода 6 месячная выживаемость (за период с 3 до 6 месяцев) составила 93,8% (табл. 9).

Таблица 9

Основные показатели 6 месячной (180 дневной) выживаемости.

Общее кол-во наблюдаемых пациентов за период с 3 до 6 месяцев	Из них кол-во цензурируемых пациентов за период с 3 до 6 месяцев	Из них кол-во пациентов с повторным ОНМК за период с 3 до 6 месяцев	Кол-во умерших пациент. из числа пациент. с повт. ОНМК	Кол-во выживших пациентов за период с 0 до 6 месяцев	6 месячная выживаемость (3-6 мес.)

80	3 (3,3%)	2 (2,2%)	0 (0%)	75 (83,3%)	93,8%
----	----------	----------	--------	------------	-------

Анализ показателей шкалы ABCD² и ее влияние на развитие ИИ после ТИА у пациентов с КЭАЭ на 6 месячную выживаемость показал примерно те же значение, что и при 30 дневной и 90 дневной выживаемости. То есть сохраняется тенденция ухудшения показателей выживаемости при более неблагоприятных показателях ТИА по шкале ABCD². Так все пациенты с 1, 3 и 7 баллами по шкале ABCD² дожили до 6 месячной отметки без развития ИИ и летального исхода. 6 месячная выживаемость у пациентов с 2, 4, 5 и 6 баллами по шкале ABCD² составила 85,7%, 94,1%, 90,0%, и 93,3% соответственно, $\chi^2=2,4$ $p>0,05$ (рис. 10).

2 (2,2%) случая развития повторного ИИ имели место у пациентов с 6 баллами по шкале ABCD². Наличие положительной пробы Матаса также повлияло на снижение 6 месячной выживаемости у пациентов с КЭАЭ. Так положительная проба Матаса диагностирована у 5 пациентов, при этом 6 месячная выживаемость составила 90%. У пациентов с отрицательной пробой Матаса данный показатель составил 94,3%, $\chi^2 =0,3$ $p>0,05$ (рис. 11).

В 1 случае (1,4%) развития ИИ у пациента была диагностирована положительная проба Матаса. Наличие гемодинамически значимого поражения сонной артерии на контрлатеральной инсульту стороне продолжает оказывать свое негативное влияние на показатель 6 месячной выживаемости у пациентов, которым выполнена КЭАЭ.

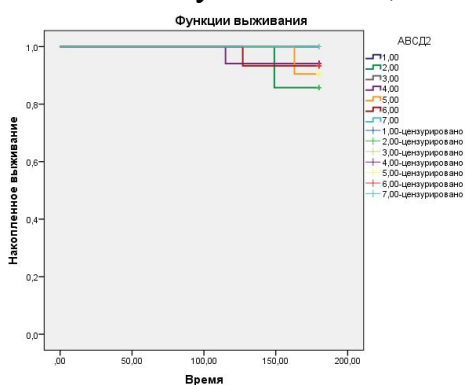


Рис. 10. 6 месячная выживаемость в зависимости от показателей шкалы ABCD². («1»-100%; «2»-85,7%; «3»-100%; «4»-94,1%; «5» - 90,5%; «6» - 93,3%; «7»-100%) $\chi^2 =2,4$ $p>0,05$

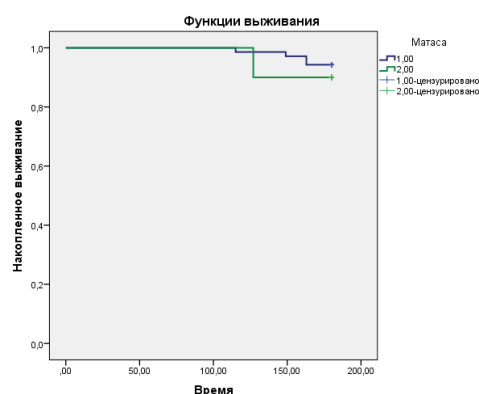


Рис. 11. 6 месячная выживаемость в зависимости от результатов пробы Матаса (1-проба отрицательная; 2 – проба положительная). («1»- 94,3% «2» -90,0%) $\chi^2 =0,3$ $p>0,05$

Наличие статистически достоверных показателей свидетельствует о данном факте: так показатель 6 месячной выживаемости у пациентов с гемодинамически значимым стенозом на контрлатеральной инсульту стороне составил 80%, т.е. у 20% пациентов развился ИИ. У пациентов без гемодинамически значимого стеноза каротид на противоположной инсульту стороне 6 месячная выживаемость составила 95,7%, $\chi^2 =3,7$ $p>0,05$ (рис. 12).

Аналогичная ситуация с 6 месячной выживаемостью прослеживается у пациентов с ранее перенесенным ОНМК в анамнезе, где наблюдаются более

низкие показатели выживаемости, чем у пациентов, которые ранее не переносили ОНМК. Хотя полученные данные имели статистически недостоверные значения, 6 месячная выживаемость у первой группы больных составила 88,6%, а у пациентов без ОНМК в анамнезе – 97,8%, $\chi^2 = 2,7$ $p > 0,05$ (рис. 13).

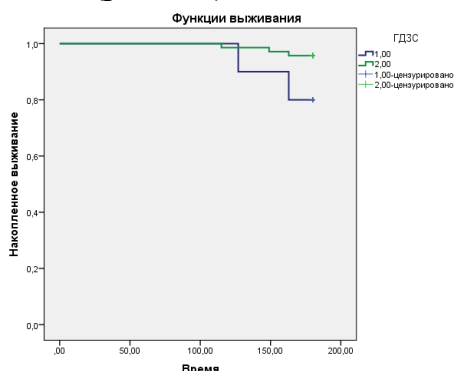


Рис. 12. 6 месячная выживаемость в зависимости от наличия ГДЗС на противоположной стороне (1 - есть ГДЗС на противоположной стороне; 2 - нет ГДЗС на противоположной стороне) (1» - 80,0%; «2» - 95,7%) $\chi^2 = 3,7$ $p < 0,05$

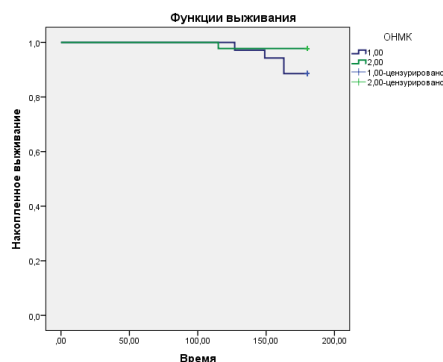


Рис. 13. 6 месячная выживаемость в зависимости от наличия ранее перенесенного ОНМК (1 - есть ОНМК в анамнезе; 2 - нет ОНМК в анамнезе) («1» - 88,6%; «2» - 97,8%) $\chi^2 = 2,7$ $p > 0,05$

За период с 6 до 12 месяцев после проведенной КЭАЭ под нашим динамическим наблюдением оставались 75 пациентов. 3 (3,3%) пациента выпали из поля зрения и в последующем анализировались как цензурируемые. У 1 (1,1%) пациента за рассматриваемый период развилась клиника ИИ.

Всего временную отметку «12 месяцев» достигли 71 (78,8%) пациента, у которых за данный период наблюдения после проведенной КЭАЭ не развился ИИ или летальный исход. Выживаемость за период с 6 до 12 месяцев составила 94,7% (табл. 10).

Таблица 10

Основные показатели 12 месячной (365 дневной) выживаемости

Общее кол-во наблюдаемых пациентов за период с 6 до 12 месяцев	Из них кол-во цензурируемых пациентов за период с 6 до 12 месяцев	Из них кол-во пациентов с повторным ОНМК за период с 6 до 12 месяцев	Кол-во умерших пациент. из числа пациент. с повт. ОНМК	Кол-во выживших пациентов за период 0 до 12 месяцев	12 месячная выживаемость (6-12 мес.)
75	3 (3,3%)	1 (1,1%)	0 (0%)	71 (78,8%)	94,7%

Неблагоприятные показатели ТИА, оцененные по шкале ABCD² продолжали оказывать неблагоприятное воздействие на 12 месячную выживаемость. Так, пациенты с 1, 3 и 7 баллами по шкале ABCD² имели 100% 12 месячную выживаемость. У пациентов с 2, 4, 5 и 6 баллов по шкале ABCD² данный показатель составил 83,3%, 93,8%, 94,7% и 92,9% соответственно, $\chi^2 = 2,8$ $p < 0,05$. В 1 (1,7%) случае с повторным ИИ исходом

диагностировано 6 баллов по шкале ABCD², что подтверждает роль возраста, показателей АД и наличие сахарного диабета на выживаемость в целом.

Из 75 наблюдаемых больных у 9 (9,9%) пациентов проба Матаса имела положительное значение. Статистически достоверных различий между сравниваемыми группами по данному признаку выявлено не было, однако пациенты с положительной пробой Матаса имели более низкие показатели 12 месячной выживаемости -93,4%, а пациенты с отрицательным показателем данной пробы – 100%, $\chi^2 = 0,55$ $p > 0,05$. В 1 (1,1%) случае повторного развития ИИ проба Матаса имела положительное значение, что косвенно подтверждает недостаточность коллатерального кровообращения.

Роль состояния сонных артерий контрлатеральной инсульту стороне с наличием гемодинамически значимого стеноза имело отрицательное влияние на 12 месячное выживание, хотя оно и было статистически не значимым. Так, данный показатель у пациентов с гемодинамически значимым стенозом составил 94,0%, а у пациентов без стеноза – 100%, $\chi^2 = 0,08$ $p > 0,05$. Перенесенный в анамнезе ИИ имел существенное влияние на показатель 12 месячной выживаемость в сторону его ухудшения. Отмечается статистически не достоверная разница по данному показателю среди пациентов двух групп. Так, у больных ранее перенесенным ОНМК показатель 12 месячной выживаемости составил 93,5%, а у пациентов без ОНМК в анамнезе – 95,5%, $\chi^2 = 0,12$ $p > 0,05$.

Нами проведен объединенный анализ выживаемости пациентов, которым была проведена КЭАЭ. Оценка проведена за 0-12 месячный период наблюдения. Из обследованных 90 пациентов с КЭАЭ за 12 месяцев наблюдения 8 (8,8%) пациентов стали цензурированными, т.е. вышли из поля нашего зрения и мы не располагаем информацией о дальнейшей их судьбе. Повторное ОНМК по ишемическому типу развилось за указанный период у 11 (12,2%) пациентов, причем у 2 (2,2%) развился летальный исход клинике в результате формирования обширного очага ишемии, который привел к развитию отека головного мозга с дислокационным синдромом. 71 (78,9%) пациента выжили 12 месячный период без развития ИИ и летального исхода. Таким образом выживаемость с учетом цензурированных пациентов составила 78,9% (табл. 11).

Таблица 11

Основные показатели выживаемости за период 0-12 месяцев

Общее кол-во наблюдаемых пациентов за период с 0 до 12 месяцев	Из них кол-во цензурируемых пациентов за период с 0 до 12 месяцев	Из них кол-во пациентов с повторным ОНМК за период с 0 до 12 месяцев	Кол-во умерших пациент. из числа пациент. с повт. ОНМК	Кол-во выживших пациентов за период с 0 до 12 месяцев	12 месячная выживаемость (0-12 мес.)
90	8 (8,8%)	11 (12,2%)	2 (2,2%)	71 (78,9%)	78,9%

Был проведен анализ влияния значений показателей шкалы ABCD² на 12 месячную выживаемость. Выявлена статистически достоверная корреляционная связь между степенью выраженности признаков ТИА и

степенью выживаемости. Так, у пациентов с 1, 3 и 7 баллами по шкале ABCD2 12 месячная выживаемость составила 100%, с 2 баллами – 71,4%, с 4 баллами – 78,98%, с 5 баллами – 81,0, с 6 баллами – 59,1%, $\chi^2 = 12,4$ $p < 0,05$.

Значительная, статистически достоверная разница в показателях 12 месячной выживаемости выявлена при анализе результатов пробы Матаса у пациентов с КЭАЭ. При положительном результате пробы Матаса 12 месячная выживаемость составила 52,9%, у пациентов с отрицательным результатом пробы Матаса – 84,9%, $\chi^2 = 12,5$ $p < 0,01$.

Важную роль играет состояние сонных артерий контрлатеральной стороны по отношению к инсульту. Наличие гемодинамически значимого стеноза на противоположной стороне инсульта может быть причиной значительного ухудшения 12 месячной выживаемости. Так, у пациентов со стенозом на контрлатеральной инсульту стороне 12 месячная выживаемость составила 66,7%, у пациентов без стеноза – 80,8%, $\chi^2 = 1,5$ $p > 0,05$.

Наличие в анамнезе перенесенное ОНМК, в основе которого лежат патологические изменения в магистральных артериях головы, патологии со стороны сердца, свертывающей системы, может иметь отрицательное влияние на 12 месячную выживаемость. Выявлены статистически различия между пациентами, у которых имелось в анамнезе перенесенное ОНМК и пациентами без ранее перенесенного ОНМК. Так, у пациентов первой группы 12 месячная выживаемость составила 72,5%, у второй группы (без ОНМК в анамнезе) – 84,0%, $\chi^2 = 1,6$ $p > 0,05$.

В пятой главе **«Анализ результатов стентирования сонных артерий у пациентов с транзиторными ишемическими атаками»** посвящена динамическому наблюдению больных после стентирования сонных артерий с ТИА. Для оценки эффективности стентирования сонных артерий применялся нами метод вычисления выживаемости по Каплан-Майеру, согласно которому можно определить процент выживших пациентов в течение определенного временного интервала. Следует уточнить, что под термином **«выживаемость»** в нашей работе подразумевается количество пациентов, у которых после стентирования сонных артерий развился ишемический инсульт, а не количество умерших больных.

В целом, анализируя показатель 30 дневную выживаемость мы видим почти 100% показатель выживаемости. Следует указать, что у 1 пациента после проведения ССА на 3 сутки в клинике развился летальный исход, поскольку изначально состояние пациента было расценено как тяжелое в результате развития повторного острого ишемического инсульта. Клиника ОНМК характеризовалась вовлечением стволовых структур головного мозга. Таким образом, наблюдение проводилось за 42 пациентами. За 30 дневный период наблюдения только 1 пациент приобрел статус «цензурированного» поскольку он выбыл из поля нашего зрения и мы не располагали информацией о дальнейшей его судьбе. Пациентов с клиникой ИИ, развившегося в период 30 дневного срока, не наблюдалось. Общее количество пациентов, достигших 30 дневного срока без признаков ИИ и летального исхода составило 41 (95,3%) пациент (табл. 12).

Таблица 12

Основные показатели 30 дневной выживаемости при ССА

Общее кол-во наблюдаемых пациентов в течение 30 дней	Из них кол-во цензурируемых пациентов в течение 30 дней	Из них кол-во пациентов с повторным ОНМК в течение 30 дней	Кол-во умерших пациент. из числа пациент. с повт. ОНМК	Кол-во выживших пациентов к 30 дню	30-дневная выживаемость.
43	1 (2,3%)	1(2,3%)	1 (2,3%)	41 (95,3%)	95,3%

Одним из факторов, который имеет влияние на показатели 30 дневной выживаемости является показатель шкалы ABCD², включающий в себя данные о возрасте пациента, АД на момент развития ТИА, степень выраженности неврологического дефицита, продолжительность ТИА, а также наличие в анамнезе сахарного диабета. Учитывая тот факт, что только в 1 случае произошло событие (летальный исход), полученные результаты не являются достоверными, так, пациенты с 2, 3, 5 и 6 баллами имели 100% выживаемость, а с 4 баллами – 77,8%.

Анализ 30 дневной выживаемости показал, что пациенты с гемодинамически значимым стенозом на противоположной стентированию стороне имели более худшие показатели по 30 дневной выживаемости по сравнению с пациентами без значимого стеноза: - 85,7% и 97,2% соответственно, $\chi^2 = 1,6$ $p > 0,05$.

Анализ влияния ранее перенесенных ОНМК на развитие повторного ИИ в течение 30 дневного периода после ССА продемонстрировал отсутствие корреляционной связи между изучаемыми факторами: 30 дневная выживаемость у пациентов без ранее перенесенного ОНМК составила 96,6%, у пациентов с ОНМК в анамнезе – 92,9%, $\chi^2 = 0,26$ $p > 0,05$.

На второй 90 дневный этап наблюдения за пациентами для определения отдаленных результатов ССА вышли 41 пациент. За период с 31 по 90 день наблюдения «всплеска» сосудистых событий у пациентов не отмечался, цензурированных пациентов не было, у 1 (2,3%) развилась клиника повторного ОНМК по ишемическому типу. Случаев летального исхода зафиксировано не было. Количество «выживших» 0-90 дневный период пациентов составило 40 (93,0%) больных, а показатель 90 дневной выживаемости (период с 30 до 90 дней) составил 97,6% (табл. 13).

Таблица 13

Основные показатели 90 дневной выживаемости при ССА.

Общее кол-во наблюдаемых пациентов за период с 31 по 90 день	Из них кол-во цензурируемых пациентов за период с 31 по 90 день	Из них кол-во пациентов с повторным ОНМК за период с 31 по 90 день	Кол-во умерших пациент. из числа пациент. с повт. ОНМК	Кол-во выживших пациентов за период с 0 по 90 дней	90-дневная выживаемость. (31-90 дней)
41	0 (0%)	1 (2,3%)	0 (0%)	40 (93,0%)	97,6%

В отношении показателей шкалы ABCD² выявлено, что у пациента с развившимся ИИ было диагностировано 4 балла по данной шкале, в связи с этим 90 дневная выживаемость при 4 баллах составила 85,7%. При остальных показателях (2, 3, 5, и 6 балла) - выживаемость составила 100%, при этом различия в показателях имели статистически достоверные значения, $\chi^2 = 4,8$ $p < 0,05$.

На отдаленные результаты стентирования сонных артерий оказывают влияние состояние экстракраниальных артерий на противоположной стороне. При наличии изначально двухстороннего поражения сонных артерий отмечается повышение вероятности развития ИИ после стентирования. Так, по нашим данным, из 43 пациента у 7 (16,3%) отмечалось двух стороннее атеросклеротическое поражение сонных артерий, причем на противоположной стороне характер поражения носил гемодинамически значимый характер. 90 дневная выживаемость составила 83,3% при наличии 2х стороннего поражения каротид и 100% при отсутствии такового, $\chi^2 = 5,8$ $p < 0,05$.

Характеризуя следующий 91-180 дневный этап наблюдения можно заключить, что отмечается рост числа случаев развития ИИ после проведения стентирования сонных артерий. Так, у 2 (4,6%) пациентов в течение 6 месяцев наблюдения развивается ИИ на фоне проведенного ССА. За указанный наблюдаемый период 1 (2,3%) пациент стал цензурированным из-за потери с ним связи и невозможности дальнейшего контакта. Общее количество выживших 0-180 дневный срок пациентов составило 37 (86,0%), 3-6 месячная выживаемость составила 92,5% (табл. 14).

Таблица 14

Основные показатели 6 месячной (180 дневной) выживаемости.

Общее кол-во наблюдаемых пациентов за период с 3 до 6 месяцев	Из них кол-во цензурируемых пациентов за период с 3 до 6 месяцев	Из них кол-во пациентов с повторным ОНМК за период с 3 до 6 месяцев	Кол-во умерших пациент. из числа пациент. с повт. ОНМК	Кол-во выживших пациентов за период с 0 до 6 месяцев	6 месячная выживаемость. (3-6 мес)
40	1 (2,3%)	2 (4,6%)	0 (0%)	37 (86,0%)	92,5%

По нашим данным пациенты с меньшими значениями по шкале ABCD², т.е. с более легкими формами ТИА (2, 3 и 6 балла), имели 100% 6 месячную выживаемость. Пациенты с более тяжелыми формами ТИА (4 и 5 баллов по шкале ABCD²), 6 месячная выживаемость составила 83,3% и 85,7% соответственно, $\chi^2 = 3,2$ $p > 0,05$.

Положительная проба Матаса у 2 пациентов из 3 явилась причиной низких показателей 6 месячной выживаемости, по сравнению с пациентами с отрицательной пробой. 6 месячная выживаемость при положительной пробе Матаса составила 33,3%, а при отрицательной – 97,3%, $\chi^2 = 16,9$ $p < 0,01$.

При двухстороннем поражении 6 месячная выживаемость составила 60%, а при одностороннем – 97,1%, $\chi^2 = 8,5$ $p < 0,01$. Влияния перенесенного в анамнезе ОНМК на развитие ИИ после ССА выявлено не было. 6 месячная

выживаемость как у пациентов с перенесенным в анамнезе ОНМК, так и у пациентов без ОНМК в анамнезе составила 92,6%, а с ОНМК в анамнезе – 92,3%. $\chi^2 = 0,01$ $p > 0,05$.

Во временном диапазоне со 180 до 365 дня под наблюдением находилось 37 пациента. За указанный период наблюдения случаев развития повторного ИИ и/или летального исхода зарегистрировано не было. 2 пациента за период наблюдения приобрели статус «цензурированных», так как связь с ними была утрачена. Пациентов с летальным исходом не наблюдалось. Таким образом, количество выживших пациентов, имеется в виду пациентов без развития ИИ, составило 35 (81,4%). 12 месячная выживаемость составила 94,6% (табл. 15).

Таблица 15

Основные показатели 12 месячной (365 дневной) выживаемости

Общее кол-во наблюдаемых пациентов за период с 6 до 12 месяцев	Из них кол-во цензурируемых пациентов за период с 6 до 12 месяцев	Из них кол-во пациентов с повторным ОНМК за период с 6 до 12 месяцев	Кол-во умерших пациент. из числа пациент. с повт. ОНМК	Кол-во выживших пациентов за период 0 до 12 месяцев	12 месячная выживаемость (6-12 мес)
37	2 (4,6%)	0 (0%)	0 (0%)	35 (81,4%)	94,6%

Показатель 12 месячной выживаемости по шкале ABCD² при 4 баллах был самым низким и составил 80,0%, при «6» баллах - 92,3%. Выживаемость при 2, 3, и 5 баллах составила 100%, $\chi^2 = 4,2$ $p > 0,05$.

Проба Матаса была положительной только у 1 пациента, однако она не повлияла на показатель 12 месячной выживаемости. В связи с этим у пациентов с отрицательной пробой Матаса показатель составил 94,1%, а с положительной – 100%, $\chi^2 = 0,05$ $p > 0,05$.

12 месячная выживаемость у пациентов с 2 сторонним гемодинамически значимым поражением сонных артерий и ОНМК в анамнезе составила 100%. У пациентов без гемодинамически значимого стеноза 12 месячная выживаемость составила 94,1%; у пациентов без ОНМК в анамнезе - 92,%. $\chi^2 = 1,18$ и $\chi^2 = 0,99$ соответственно ($p > 0,05$).

Всего под нашим наблюдением находилось 43 пациента, которым было проведено ССА по поводу гемодинамически значимого стеноза внутренней сонно артерии, заинтересованной в развитии ТИА. Следует отметить, что у 1 (2,3%) пациента имел место летальный исход в клинике на 3 суки после стентирования в результате ретромбоза стента и развития повторного обширного ИИ с вовлечением стволовых структур головного мозга. В последующем случаев летального исхода у обследованных пациентов не отмечалось. За 12 месячный период 4 (9,3%) пациентов полностью выпали из под нашего наблюдения приобрели статус «цензурированных», в связи с чем отследить дальнейшую их судьбу не представлялось возможным. У 4 (9,3%) пациентов, не смотря на проведенное стентирование сонных артерий, развилась клиника повторного ОНМК по ишемическому типу на стороне

стентирования. Таким образом, общее количество «выживших» пациентов, т.е. пациентов, которые достигли 12 месячного периода без ОНМК и летального исхода, составило 35 (81,4%) пациент. Общая 12 месячная выживаемость составила 81,4% включая цензурированных пациентов.

Анализ 4 (9,3%) пациентов, у которых развился ИИ после ССА, показал, что у 3 (7,0%) пациентов проба Матаса была положительной, имелись 2 сторонние гемодинамически значимые стенозы сонных артерий и ранее переносили ОНМК. У всех 4 пациентов отмечались высокие баллы (5 и 6 баллов) по шкале ABCD² как показатель тяжелой формы ТИА. У пациентов только с 2 и 3 баллами по шкале ABCD² общая выживаемость составила 100%, у пациентов с 4 баллами – 44,4%, с 5 баллами – 85,7%, с 6 баллами – 92,3%, $\chi^2 = 13,9$ $p < 0,01$.

Выживаемость за период 0-12 месяцев у пациентов с положительной пробой Матаса составила 25%, а у пациентов с отрицательной проба – 87,2%, при этом различия носят статистически достоверный характер, $\chi^2 = 12,0$ $p < 0,01$.

У пациентов со стенозом на противоположной выживаемость составила 42,9%, у пациентов без гемодинамически значимого стеноза – 88,9%, полученные результаты были подтверждены статистическими методами и различия имели достоверные значения, $\chi^2 = 10,4$ $p < 0,01$.

В отношении ранее перенесенного в анамнезе ОНМК, как возможного фактора риска повторного ОНМК после ССА, можно сделать заключение, что существенной разницы между пациентами с ОНМК в анамнезе и пациентами без ОНМК в анамнезе выявлено не было. Общая выживаемость составила 86,7% и 79,3% соответственно, $\chi^2 = 0,2$ $p > 0,05$.

В шестой главе диссертации “**Анализ результатов консервативного лечения у пациентов с транзиторными ишемическими атаками**” представлено динамическое наблюдение больных после стентирования сонных артерий с ТИА. Консервативная терапия при ТИА является базисным этапом лечения, с которого начинается лечение невролог. Параллельно лечению проводятся нейровизуализационные, ультразвуковые, лабораторные методы исследования с целью уточнения причин развития ТИА. При выявлении патологии со стороны сонных артерий, которая в большинстве случаев является основной причиной развития ТИА, решается вопрос проведения КЭАЭ или ССА. Однако данные методы лечения имеют определенные противопоказания, в связи с чем применение их ограничено. В тех случаях, когда радикальные и инвазивные методы невозможно применить, пациенту с ТИА проводится консервативная терапия с последующим переводом его на длительный прием антиагрегантов, статинов. Учитывая большой процент больных, которым возможно проведение только консервативного лечения, данный метод сохраняет свою актуальность.

На начало периода состояло 105 пациентов. За 30 дневный период наблюдения 1 (0,9%) пациент стал цензурированным вследствие потери с ним связи, а у 7 (6,7%) развилась клиника ИИ. Случаев летального исхода не наблюдалось. Таким образом, к концу 30 дневного периода без ОНМК

дожили 97(92,4%) пациента. Учитывая количество только пациентов, у которых развился ИИ (без учета цензурированных больных) 30 дневная выживаемость составила 93,3%.

При всех баллах (3, 4, 5, 6 и 7 баллов) показатели 30 дневной выживаемости имеют высокие значения, мало отличаются друг от друга и находятся в диапазоне от 93,3 до 100%, $\chi^2 = 0,5$ $p > 0,05$. Таким образом, изначальное состояние пациента в ТИА не повлияло на показатели 30 дневной выживаемости.

Анализ 30 дневной выживаемости в зависимости от результатов пробы Матаса показал, что состояние коллатерального кровотока влияет на развитие ИИ, так у 1 (0,9%) из 4 пациентов, у которых проба Матаса была положительной, в течение первых 30 дней развился ИИ. При этом 30 дневная выживаемость составила 75%, а у пациентов с отрицательной пробой Матаса данный показатель составил 96,0%, $\chi^2 = 4,05$ $p < 0,05$.

На показатель 30 дневной выживаемости также влияет и состояние сонных артерий противоположно стороны. Так, при наличии гемодинамически значимого стеноза на противоположной инсульт-зависимой стороне составил 75%, а при отсутствии гемодинамически значимого стеноза на противоположной стороне – 96,0% ($\chi^2 = 4,05$ $p < 0,05$).

При перенесенном в анамнезе ОНМК сохраняется вероятность развития повторного ОНМК, о чем свидетельствуют результаты нашего исследования. Так, у пациентов с ОНМК в анамнезе 30 дневная выживаемость с развитием ИИ составила 94,3%, а при отсутствии ОНМК в анамнезе – 95,7% ($\chi^2 = 2,0$ $p < 0,05$).

За период с 31 по 90 день под нашим наблюдением находились 100 пациентов, среди которых цензурированных пациентов не было. У 7 (6,6%) больных отмечается клиника повторного ОНМК по ишемическому типу. Случаев летального исхода не наблюдалось. Таким образом, выживших 90 дневный период без повторного ОНМК и летального исхода составило 93 (88,6%) пациента, 90 дневная выживаемость за период с 31 по 90 день составила 93,0%.

При анализе показателей шкалы ABCD² прослеживается тенденция снижения показателей выживаемости по мере повышения балла по данной шкале. Так, пациенты с 3 и 4 баллами имели 90 дневную выживаемость в 92,9% и 96,2%, а пациенты с 6 баллами – 76,5%, $\chi^2 = 10,1$ $p < 0,05$. Что касается пациента с 7 баллами, то учитывая, что он в нашей выборке является единственным, то его значения не являются достоверными.

Положительные результаты пробы Матаса являются причиной развития ИИ из-за нарушения функционирования Виллизиева круга. Так у пациентов с отрицательной пробой Матаса 90 дневная выживаемость составила 93,8%, а у пациентов с положительной пробой – 66,7%, $\chi^2 = 4,3$ $p < 0,05$ (рисунок 6.8).

Аналогичная картина складывается и у пациентов с гемодинамически значимым поражением сонных артерий на противоположной инсульту стороне, чем у пациентов без такового. При этом всего у пациентов с

наличием гемодинамически значимого стеноза 90 дневная выживаемость составила 66,7, а у пациентов без такового – 93,8%, $\chi^2 = 4,3$ $p < 0,05$.

Роль фактора ранее перенесенное в анамнезе ОНМК на развитие ИИ после ТИА остается сомнительным при анализе 90 дневной выживаемости. Так, у пациентов, которые ранее переносили ОНМК, 90 дневная выживаемость составила 90,9%, а у пациентов без ОНМК в анамнезе данный показатель составил 94,0%, полученные результаты не имеют статистически достоверных различий между собой - $\chi^2 = 0,3$ $p > 0,05$ (рисунок 6.10).

За период наблюдения от 3 до 6 месяцев находилось 93 пациентов, получивших консервативную терапию. За этот период 1 (0,9%) пациент стал цензурированными, «выпав» из поля нашего зрения. У 8 (7,6%) пациентов за данный период развилась клиника ИИ. Таким образом, отметку в «6 месяцев» достигли только 84 (80,0%) пациентов. Учитывая только показатель повторного ОНМК с учетом цензурированных пациентов, 6 месячная выживаемость за период 3-6 месяцев составила 90,3%.

При анализе показателей шкалы ABCD² и ее влияние на развитие ИИ после ТИА у пациентов с консервативным лечением можно проследить тенденцию снижения показателей выживаемости при более высоких баллах по шкале ABCD². Так пациенты с 3 и 4 баллами по шкале ABCD² 100% дожили до 6 месячной отметки без развития ИИ и летального исхода. 6 месячная выживаемость у пациентов с 5 и 6 баллами по шкале ABCD² составила 88,9% и 92,9% соответственно, $\chi^2 = 2,6$ $p > 0,05$.

Наличие положительной пробы Матаса также повлияло на снижение 6 месячной выживаемости у пациентов с консервативным лечением. Так положительная проба Матаса диагностирована у 2 (1,8%) пациентов, при этом 6 месячная выживаемость составила 0%, т.е. пациентов, доживших до 6 месячного срока без развития повторного ИИ не было. У пациентов с отрицательной пробой Матаса данный показатель составил 92,3%, $\chi^2 = 32,9$ $p < 0,01$.

У пациентов с гемодинамически значимым стенозом на контрлатеральной ТИА стороне данный показатель составил 0%, т.е. пациентов, доживших до срока в 6 месяцев, не было. У пациентов без гемодинамически значимого стеноза данный показатель составил 92,3%, $\chi^2 = 32,9$ $p < 0,01$.

За период с 6 до 12 месяцев после консервативного лечения под нашим динамическим наблюдением оставалось 84 пациента. 5 (4,8%) пациента стали цензурируемыми, выпав из поля нашего зрения. У 9 (8,6%) пациента за рассматриваемый период развилась клиника ИИ, случаев летального исхода не отмечалось. Общее количество пациентов, достигших временную отметку «12 месяцев» составило 70 (66,7%) пациента, у которых за данный период не развился ИИ или летальный исход. Выживаемость за период с 6 до 12 месяцев составила 83,3 (табл. 17).

Таблица 17

Основные показатели 12 месячной (365 дневной) выживаемости у пациентов с консервативным лечением.

Общее кол-во наблюдаемых пациентов за период с 6 до 12 месяцев	Из них кол-во цензурируемых пациентов за период с 6 до 12 месяцев	Из них кол-во пациентов с повторным ОНМК за период с 6 до 12 месяцев	Кол-во умерших пациент. из числа пациент. с повт. ОНМК	Кол-во выживших пациентов за период 0 до 12 месяцев	12 месячная выживаемость. (6-12 мес).
84	5 (4,8%)	9 (8,6%)	0 (0%)	70 (66,7%)	83,3%

Результаты, полученные по оценочной шкале ABCD² не продемонстрировали существенного влияния на 12 месячную выживаемость. Мы имеем следующие показатели: пациенты с 3 баллами имели выживаемость 61,5%, 4 балла – 83,3%, 5 балла – 93,8%, 6 балла - 100%, 7 баллов – 50%. Полученные результаты имели существенные различия между собой и были статистически достоверными - $\chi^2 = 14,9$ $p < 0,01$.

Анализ результатов пробы Матаса указывает о наличие влияния ее на 12 месячную выживаемость Пациенты с положительной пробой Матаса, однако пациентов с отрицательным результатом пробы Матаса не было. В связи с этим показатель 12 месячной выживаемости у пациентов с положительным результатом пробы Матаса составил 83,3%.

Определить влияние состояния сонных артерий контрлатеральной ТИА стороне на показатель 12 месячной выживаемости не удалось, так как пациентов с наличием двухстороннего атеросклеротического поражения сонных артерий не было. Показатель 12 месячной выживаемости с односторонним поражением сонных артерий составил 83,3%.

Из обследованных 105 пациентов с консервативным лечением за 12 месяцев наблюдения 7 (6,7%) пациентов стали цензурированными. Повторное ОНМК по ишемическому типу развилось за указанный период у 28 (29,4%) пациентов. 70 (66,7%) пациентов выжили 12 месячный период без развития ИИ и летального исхода. Таким образом, выживаемость с учетом цензурированных пациентов составила 66,7% (табл. 18).

Таблица 18

Основные показатели выживаемости пациентов с консервативным лечением за период 0-12 месяцев.

Общее кол-во наблюдаемых пациентов за период с 0 до 12 месяцев	Из них кол-во цензурируемых пациентов за период с 0 до 12 месяцев	Из них кол-во пациентов с повторным ОНМК за период с 0 до 12 месяцев	Кол-во умерших пациент. из числа пациент. с повт. ОНМК	Кол-во выживших пациентов за период с 0 до 12 месяцев	12 месячная выживаемость (0-12 мес).
105	7 (6,7%)	28 (29,4%)	0 (0%)	70 (66,7%)	66,7%

Выявлена корреляционная связь между степенью выраженности признаков ТИА и степенью выживаемости. Так, 12 месячная выживаемость у пациентов с 4 баллами составила – 74,1%, с 5 баллами - 76,9%, с 6 баллами - 50%, с 7 баллами – 50%), $\chi^2 = 7,3$ $p < 0,05$. Т.е. имеется тенденция к снижению показателей выживаемости по мере увеличения баллов по шкале ABCD².

У пациентов со стенозом на контрлатеральной инсульту стороне 12 месячная выживаемость составила 0%, т.е. пациентов с двух сторонним стенозом, доживших до 12 месяцев, не было. У пациентов без стеноза данный показатель составил 69,3%, $\chi^2=28,9$ $p<0,01$.

У больных с ранее перенесенным ОНМК показатель 12 месячной выживаемости составил 68,6%, а у пациентов без ОНМК в анамнезе – 65,7%, $\chi^2 = 0,08$ $p>0,05$.

В главе семь «**Выбор тактики лечения в зависимости от этиопатогенетического подтипа транзиторной ишемической атаки**» представлено динамическое наблюдение пациентов с ТИА при различных тактиках лечения. Наличие у больного клинки ТИА требует проведение безотлагательных мер, направленных на уточнение ее причин и проведения оптимального вида лечения, будь то это консервативное, оперативное лечение или стентирование.

На первом этапе необходимо определить патогенетический подтип ТИА. Для этого больному проводятся нейровизуализационные исследования – МСКТ или МРТ головного мозга, на основании которых исключается острое нарушение мозгового кровообращения как по ишемическому типу, так по геморрагическому типу. Также проводятся ультразвуковые исследования сердца (эхокардиография) для исключения патологии сердца, которая могла бы привести к развитию кардиоэмболического подтипа, а также доплер интра- и экстракраниальных артерий для диагностики гемодинамически значимых поражений и проведения пробы Матаса, которое указывает на состояние коллатерального кровотока.

Согласно полученным результатам вышеуказанных методов исследования пациенты были разделены на следующие группы в зависимости от патогенетического подтипа ТИА:

1. **Атеротромботический подтип** – подтип, при котором происходит нарушение прохождения тока крови по артерии за счет развития атеросклеротической бляшки. При наличии гемодинамически значимого стеноза (70% и более), а также меньшем проценте стеноза, но развитии клинки ТИА рекомендовано проведение либо каротидной эндартерэктомии, либо стентирования сонных артерий.

Основные показания для КЭАЭ: 1. При развитии ТИА вследствие стеноза ВСА 60% и более КЭАЭ показана в ближайшие дни; 2. Малый ишемический инсульт КЭАЭ показана через 14 дней; 3. Завершенный ишемический инсульт КЭАЭ через 6-8 недель; 4. Нестабильная АСБ, приводящая к стенозу в 50%-60%; 5. Стеноз сонных артерий 70-99% при асимптомном течении; 6. Протяженность стеноза более 2 см; 7. Отрицательная проба Матаса.

Методом выбора при гемодинамически значимом поражении сонных артерий является стентирование.

Основные показания для стентирования: 1. Симптоматические стенозы более 60%; 2. Асимптомные стенозы более 75%; 3. Протяженность стеноза не более 2 см.; 4. Рестеноз после КЭАЭ; 5. Положительная проба Матаса

Следует особо отметить на результаты пробы Матаса. Положительный результат данной пробы указывает на нарушение коллатерального кровообращения по Виллизиевому кругу. КЭАЭ у данных пациентов имеет высокий риск интраоперационного развития ишемического инсульта, даже при применении временного шунта. Методом выбора у этих пациентов является стентирование сонных артерий, при котором не производится выключение сонной артерии из кровотока и, тем самым, исключается вероятность развития ИИ интраоперационно.

2. **Гемодинамический подтип** – подтип, при котором из-за наличия изгибов и петлеобразований в сонных артериях происходит нарушение локальной гемодинамики, в результате которого развивается градиент скорости, т.е. скорость кровотока до вхождения в зону изгиба значительно ниже скорости в месте выхода из изгиба.

Основные показания для реконструктивных операций на сонных артериях: Наличие симптоматического ГДЗИ со значимым градиентом скорости; Проводится резекция с редрессацией ВСА; При выявлении гемодинамически незначимого изгиба сонных артерий проводится консервативная терапия.

3. **Кардиоэмболический подтип** – подтип, при котором вследствие таких заболеваний сердца как инфаркт миокарда, клапанный порок сердца и фибрилляция предсердий, происходит формирования тромбов в полостях сердца. Больные получают консервативную терапию, направленную на снижение коагуляционных показателей (ПТИ, АЧТВ, МНО) свертывающей системы с применением прямых и непрямых антикоагулянтов.

4. **Гемореологический подтип** – подтип, при котором за счет развития гиперкоагуляционного синдрома происходит нарушение микроциркуляции. Данное состояние не требует инвазивных методов лечения. Консервативная терапия направлена на восполнение водно-электролитного баланса и объема циркулирующей крови.

5. **ТИА неуточненной этиологии** – подтип, при котором невозможно выделить какой-либо один фактор, явившийся причиной развития ТИА. Учитывая, что отсутствует конкретный этиопатогенетический фактор, наиболее целесообразным является проведение консервативной терапии ТИА.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Шкала ABCD2 имеет важное прогностическое значение. Чем выше балл по шкале ABCD2, тем ниже выживаемость. Так, у пациентов с КЭАЭ с 1 баллом по шкале ABCD2 12 месячная выживаемость (за период 0 -12 месяцев) составила 100%, а с 6 баллами -59,1% ($\chi^2 = 12,4$ $p < 0,05$); у пациентов со ССА с 2 баллами по шкале ABCD2 12 месячная выживаемость (за период 0 -12 месяцев) составила 100%, а при 6 баллах – 92,3% ($\chi^2 = 13,9$ $p < 0,05$); у пациентов с консервативным лечение при 3 баллах по шкале ABCD2 12 месячная выживаемость (за период 0 -12 месяцев) составила 53,3%, а при 7 баллах-50,0% ($\chi^2 = 7,3$ $p < 0,05$).

2. По данным литературы ТИА в вертебробазилярном бассейне в несколько раз превышает количество случаев ТИА в каротидной системе. В нашей работе преобладают пациенты с ТИА в каротидной системе. Каротидная эндартерэктомия на сонных артериях и стентирование сонных артерий являются наиболее оправданным поскольку сонные артерии обеспечивают до 80% кровоснабжения головного мозга.

3. У пациентов с каротидной эндартерэктомией были диагностированы только атеротромботический и гемодинамический подтипы ТИА. У пациентов со стентированием сонных артерий – только атеротромботический подтип ТИА. Показанием для проведения каротидной эндартерэктомии и стентирования сонных артерий является наличие гемодинамически значимого стеноза или гемодинамически значимой деформации сонных артерий, которые могут иметь место только при атеротромботическом и гемодинамическом подтипах ТИА.

На основании полученных результатов выделены показания для проведения для стентирования сонных артерий, каротидной эндартерэктомии и реконструктивных операций при стенозирующих поражениях и патологических деформациях сонных артерий. Так основными показаниями для стентирования сонных артерий являются: симптоматические стенозы более 60%; асимптомные стенозы более 75%; протяженность стеноза не более 2 см; рестеноз после КЭАЭ; положительная проба Матаса. Основные показания для каротидной эндартерэктомии: при ТИА – КЭАЭ в ближайшие дни; малый ИИ – КЭАЭ через 14 дней; завершённый ИИ – КЭАЭ через 6-8 недель; нестабильная АСБ; протяженность стеноза более 2 см; стеноз 70-99% при асимптомном течении; отрицательная проба Матаса. Основные показания для реконструктивных операций: наличие симптоматического гемодинамически значимого изгиба сонных артерий со значимым градиентом скорости.

4. Каротидная эндартерэктомия положительно влияет на показатель общей 12 месячной выживаемости. 30 дневная ($\chi^2 = 1,18$ $p > 0,05$), 90 дневная ($\chi^2 = 3,38$ $p > 0,05$), а также 6 месячная ($\chi^2 = 4,15$ $p > 0,05$) выживаемость при КЭАЭ достоверно не отличались от таковых показателей при консервативном лечении. Однако показатели 12 месячной выживаемости ($\chi^2 = 6,42$ $p < 0,05$) (за период 6-12 месяцев) и общей 12 месячной выживаемости ($\chi^2 = 6,37$ $p < 0,05$) (за период 0-12 месяцев) при КЭАЭ были достоверно выше по сравнению с таковыми показателями при консервативном методе лечения. Общая 12 месячная выживаемость при КЭАЭ составила **78,9%** с учетом цензурированных пациентов.

Стентирование сонных артерий положительно влияет на показатель общей 12 месячной выживаемости. 30 дневная ($\chi^2 = 0,45$ $p > 0,05$), 90 дневная (χ^2 не рассчитывается), а также 6 месячная ($\chi^2 = 0,87$ $p > 0,05$) выживаемость при ССА достоверно не отличались от таковых показателей при консервативном лечении. Однако показатели 12 месячной выживаемости ($\chi^2 = 4,35$ $p < 0,05$) (за период 6-12 месяцев) и общей 12 месячной выживаемости ($\chi^2 = 5,47$ $p < 0,05$) (за период 0-12 месяцев) при ССА были достоверно выше по сравнению с

такowymi показателями при консервативном методе лечения. Общая 12 месячная выживаемость при ССА составила **81,4%** с учетом цензурированных пациентов.

Консервативная терапия также положительно влияет на показатель общей 12 месячной выживаемости, однако в меньшей степени, чем при КЭАЭ и ССА. Применение консервативной терапии показано при наличии противопоказаний для проведения КЭАЭ и ССА. Общая 12 месячная выживаемость при консервативной терапии составила **66.7%** с учетом цензурированных пациентов.

5. Морфологическими изменениями экстракраниальных артерий, выявленных методами ультразвуковой диагностики, при их атеросклеротическом поражении явились: утолщение комплекса интима-медия, гемодинамически не значимый стеноз, гемодинамически значимый стеноз в 50-70%, гемодинамически значимый стеноз 71-90%, критический стеноз, окклюзия, гемодинамически значимый изгиб. Клинические проявления данных изменений были оценены по таким клиническим показателям как когнитивные нарушения (шкала MMSE), степень выраженности неврологического дефицита (шкала NIHSS), степень вероятности развития ишемического инсульта после транзиторной ишемической атаки (шкала ABCD²), продолжительность ТИА.

6. Достоверных различий в ближайших и отдаленных результатах каротидной эндартерэктомии и стентирования сонных артерий выявлено не было. 30 дневная выживаемость при КЭАЭ составила 94,4%, а при ССА – 95,3% ($\chi^2 = 2,1$ $p > 0,05$). 90 дневная выживаемость при КЭАЭ составила 94,1%, а при ССА – 97,6% ($\chi^2 = 1,1$ $p > 0,05$). 6 месячная выживаемость при КЭАЭ составила 93,8%, а при ССА – 92,5% ($\chi^2 = 0,63$ $p > 0,05$). 12 месячная выживаемость (за период 6-12 месяце) при КЭАЭ составила 94,7%, а при ССА – 94,6% ($\chi^2 = 0,6$ $p > 0,05$). **Общая 12 месячная выживаемость (за период 0-12 месяцев) составила 78,9% при КЭАЭ и 81,4% при ССА** ($\chi^2 = 0,25$ $p > 0,05$). Имеет важное значение соблюдение показаний и противопоказаний в выборе конкретного метода лечения.

При **атеротромботическом** подтипе ТИА проводится каротидная эндартерэктомия или стентирование сонных артерий; при **гемодинамическом** подтипе ТИА при наличии гемодинамически значимого изгиба сонной артерии рекомендуется проведение реконструктивной операции; при гемодинамически не значимом изгибе сонной артерии показано консервативное лечение; при **кардиоэмболическом, гемореологическом** подтипах и при **неуточненной этиологии** ТИА рекомендуется консервативная терапия.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc. 04/30.12.2019 Tib.31.01 FOR THE
AWARDING OF ACADEMIC DEGREES AT CENTER FOR THE
DEVELOPMENT OF PROFESSIONAL QUALIFICATIONS OF MEDICAL
WORKERS**

REPUBLICAN RESEARCH CENTRE OF EMERGENCY MEDICINE

KHIDOYATOVA DILBAR NABIEVNA

**ETIOPATHOGENETIC STRUCTURE OF TIA AND DIFFERENTIATED
APPROACHES TO THE MANAGEMENT OF PATIENTS IN THE
ASPECT OF STROKE PREVENTION**

14.00.13 - Neurology

**DISSERTATION ABSTRACT
OF THE DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD) ON MEDICAL SCIENCES**

TASHKENT – 2023

The theme of doctoral dissertation is registered at the Supreme Attestation Commission at the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan in № B2020.2.DSc/Tib422.

The dissertation was carried out at Republican research centre of emergency medicine

The abstract of the dissertation is posted in two languages (Uzbek, Russian, English (resume)) on the website of the Scientific Council (www.emerg-centre.uz) and on the information and educational portal "Zionet" (www.ziyonet.uz).

Scientific consultant:

Gafurov Bakhtiyar Gafurovich
Doctor of Medicine, Professor

Official opponents:

Raximbaeva Gulnara Satarovna
Doctor of Medicine, Professor

Abdullaeva Nargisa Nurmatovna

Doctor of Medicine, Professor
Nurjaev Erkin Smagulovich
Doctor of Medicine, Professor

Leading organization: Azerbaijan State Medical Universitet

The defense of the dissertation will be held at the meeting of the scientific council numbered DSc.04/30.12.2019.Tib.31.01 at the the Center for the Development of professional qualifications of medical workers (Address: 100007, Tashkent, Mirzo-Ulugbek district, Parkentskaya str., 51. Tel./Fax: (+99871) 268-17-44, e-mail: info@timpe.uz).

The dissertation can be found in the Information Resource Center of the Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers (registered at no. ____). Address: 100007, Tashkent, Mirzo-Ulugbek district, Parkentskaya str., 51. Tel./Fax: (+99871) 268-17-44.

Abstract of dissertation sent out « ____ » _____ 2024.

Registry mailing record No. ____ dated _____ from « ____ »
_____ 2024).

Kh.A. Akilov

Chairman of the Scientific Council for Awarding
Academic Degrees, Doctor of Medical Sciences, Professor

N.N. Ubaydullayeva

Scientific Secretary of the Scientific Council
for Awarding Academic Degrees, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

F.Kh. Muratov

Deputy Chairman of the scientific seminar at the Scientific
Council for Awarding Academic Degrees,
Doctor of Medical Sciences, Professor

INTRODUCTION (abstract of the PhD dissertation)

The purpose of the study: To develop differentiated approaches to secondary prevention of stroke in patients with TIA (conservative, minimally invasive and surgical methods).

Research object. The object of the study was 238 patients aged from 31 to 86 years, treated due to TIA at the clinic of the Republican Research Center of Emergency Medicine for the period from 2011 to 2022.

The scientific novelty of the research is as follows:

the prognostic value in patients who underwent TIA according to the results of the ABCD2 evaluation scale (age, arterial hypertension, presence of paresis or aphasia, duration of symptoms more than 60 minutes, diabetes mellitus) was studied for the first time, and thus, a new scheme of hospitalization of patients with TIA has been developed, which allows diagnosing the cause of the disease at an early stage of the pathology and conducting pathogenetic therapy;

a set of methods of neuropsychological tests with a score on the following scales (MMSE scale, Rankin scale, NIHSS scale), determination of focal changes in the brain (MSCT, MRI of the brain) and the state of the vascular bed (cerebral angiography, Doppler ultrasound, duplex scanning of the main artery of the head) was used for the first time;

an analysis of the influence of vascular risk factors (the degree and prevalence of atherosclerotic lesions of the brachiocephalic arteries, arterial hypertension, coronary artery disease, diabetes mellitus, obesity, smoking) on the course of TIA was carried out;

a relationship between cognitive impairment and the prevalence of atherosclerotic lesions of the brachiocephalic arteries in the vascular territories was identified;

a comparative assessment of methods for the prevention of repeated TIA, medical or surgical (determination of indications for CSA or CEAE), the study of the condition of patients who underwent surgical methods of prevention and treatment, assessment of cognitive functions, the study of short-term and long-term results before and after these methods, which will ensure the optimal choice of prevention and treatment of patients with TIA were conducted for the first time.

Implementation of research results. According to the conclusion of the expert council of the Scientific Center for Emergency Medicine of the Republic No. 16 dated January 25, 2023:

first scientific innovation: for the first time, the comparative prognostic significance of the pathogenesis of transient ischemic attacks in the occurrence of stroke, depending on the degree of the course, has been established, and thus, a new scheme for hospitalization of patients with TIA in the early stages of the disease has been developed to establish the cause of the disease and conduct pathogenetic therapy. Introduction of scientific innovations into practice: applied in the practice of the multidisciplinary clinic of the Tashkent Medical Academy and the regional somatic hospital (approved at a meeting of the coordination expert council No. 7n-r/35 12 dated 05/31/23, as well as in multidisciplinary clinics TMA

No. 04n-r/18 dated 03/27/23). The social effectiveness of the scientific innovation is as follows: a diagnostic method has been developed based on the results of the ABCD2 rating scale and, thus, a new scheme for hospitalization of patients with TIA in the early stages of the disease has been developed to determine the cause of the disease and conduct pathogenetic therapy. The economic efficiency of the scientific innovation is as follows: savings were achieved by reducing the duration of hospital treatment and reducing costs. Conclusion: Based on the use of the ABCD2 rating scale (age, presence of arterial hypertension, paresis or aphasia, duration of symptoms more than 60 minutes, diabetes mellitus), a new scheme for hospitalization of patients with TIA in the early stages of the disease has been developed to determine the cause of the disease and conduct pathogenetic therapy, allowing you to save money 2083097 soums per patient. Expanded use of scientific innovations: the conclusion of the Center for the Development of Professional Competencies of Medical Personnel dated September 29, 2023 No. 7N-z/23 on the introduction of scientific innovations in other medical institutions on the topic: “The level of risk of transistor ischemic attack when an ischemic stroke occurs” was sent to the Ministry of Health.

second scientific innovation: for the first time, for the purpose of secondary prevention of stroke, the treatment tactics of patients with transistor ischemic attacks, who, according to the results of the ABCD2 rating scale, were prescribed drugs to prevent subsequent stroke. Introduction of scientific innovations into practice: applied in the practice of the multidisciplinary clinic of the Tashkent Medical Academy and the regional somatic hospital (approved at a meeting of the coordination expert council No. 7n-r/35 12 dated 05/31/23, as well as in multidisciplinary clinics TMA No. 04n-r/18 dated 03/27/23). The social effectiveness of the scientific innovation is as follows: the use of the proposed set of methods for neuropsychological tests (MMSE, Rankin, NIHSS scale), detection of focal changes in the brain (MSCT, MRI of the brain) and vascular areas (cerebral angiography, ultrasound, duplex scanning) allows timely identify the subtype of the disease. The economic efficiency of the scientific innovation was to reduce the duration of treatment and reduce hospital costs, which made it possible to save money 2083097 soums per patient. Conclusion: for effective treatment of the complications associated with the low level of early diagnosis of TIA and insufficient attention of doctors to risk factors and signs of the disease, not associated with taking timely measures, they can save an amount of 2,083,097 soums per patient. Expanded use of scientific innovations: the conclusion of the Center for the Development of Professional Competencies of Medical Personnel dated September 29, 2023 No. 7N-z/23 on the introduction of scientific innovations in other medical institutions on the topic: “The level of risk of transistor ischemic attack when an ischemic stroke occurs” was sent to the Ministry of Health.

third scientific innovation: the effectiveness of endovascular intervention (balloon angioplasty and stenting) was proven among patients who suffered a TIA with asymptomatic atherosclerosis (stenosis) of the carotid arteries. Introduction of scientific innovations into practice: applied in the practice of the multidisciplinary

clinic of the Tashkent Medical Academy and the regional somatic hospital (approved at a meeting of the coordination expert council No. 7n-r/35 12 dated 05/31/23, as well as in multidisciplinary clinics TMA No. 04n-r/18 dated 03/27/23). The social effectiveness of the scientific innovation is as follows: assessing the influence of vascular risk factors on the course of TIA allows timely prevention of exacerbation of the clinical course of TIA. The economic efficiency of the scientific innovation is as follows: the length of hospital stay is reduced from 10 to 8 days. During the period when patients were outside the hospital (for treatment in other medical institutions), the need for medications decreased by shortening the course of treatment by several days. Conclusion: the use of a comprehensive diagnostic method made it possible to determine the cause of the disease at the initial stage of the disease and carry out pathogenetic therapy and save an amount of 2,083,097 soums per patient. Expanded use of scientific innovations: the conclusion of the Center for the Development of Professional Competencies of Medical Personnel dated September 29, 2023 No. 7N-z/23 on the introduction of scientific innovations in other medical institutions on the topic: “The level of risk of transistor ischemic attack when an ischemic stroke occurs” was sent to the Ministry of Health.

fourth scientific innovation: conservative therapy for TIA in patients with cardiac arrhythmias was improved to prevent stroke in the form of correction of irregular heart rhythm and the use of anticoagulant therapy. Introduction of scientific innovations into practice: applied in the practice of the multidisciplinary clinic of the Tashkent Medical Academy and the regional somatic hospital (approved at a meeting of the coordination expert council No. 7n-r/35 12 dated 05/31/23, as well as in multidisciplinary clinics TMA No. 04n-r/18 dated 03/27/23). The social effectiveness of the scientific innovation is as follows: reducing the influence of vascular risk factors on the course of TIA allows timely prevention of exacerbation of the clinical course of TIA. The economic efficiency of the scientific innovation is as follows: the length of hospital stay is reduced by an average of 2.2 bed days, which saves 2,083,097 soums per patient. Conclusion: improving the diagnosis of patients with TIA at an early stage allowed saving 2,083,097 soums per patient through the introduction of software for primary care physicians for the purpose of early diagnosis and prevention of the development of TIA, which allows reducing the incidence of the disease and recommending individual pharmacotherapy. Expanded use of scientific innovations: the conclusion of the Center for the Development of Professional Competencies of Medical Personnel dated September 29, 2023 No. 7N-z/23 on the introduction of scientific innovations in other medical institutions on the topic: “The level of risk of transistor ischemic attack in the event of an ischemic stroke” was sent to the Ministry of Health.

fifth scientific innovation: it was revealed that based on the results of early and long-term treatment in the prevention of recurrent ischemic stroke after TIA, stenting is a more effective method compared to carotid endarterectomy. Introduction of scientific innovations into practice: applied in the practice of the multidisciplinary clinic of the Tashkent Medical Academy and the regional

somatic hospital (approved at a meeting of the coordination expert council No. 7n-r/35 12 dated 05/31/23, as well as in multidisciplinary clinics TMA No. 04n-r/18 dated 03/27/23). The social effectiveness of the scientific innovation is as follows: reducing the influence of vascular risk factors on the course of TIA allows timely prevention of exacerbation of the clinical course of TIA. The economic efficiency of the scientific innovation is as follows: the length of hospital stay is reduced from 10 to 8 days. During the period when patients were outside the hospital (for treatment in other medical institutions), the need for medications decreased by shortening the course of treatment by several days. Conclusion: improving the diagnosis of patients with TIA at an early stage allowed saving 2,083,097 soums per patient through the introduction of software for primary care physicians for the purpose of early diagnosis and prevention of the development of TIA, which allows reducing the incidence of the disease and recommending individual pharmacotherapy. Expanded use of scientific innovations: the conclusion of the Center for the Development of Professional Competencies of Medical Personnel dated September 29, 2023 No. 7N-z/23 on the introduction of scientific innovations in other medical institutions on the topic: "The level of risk of transient ischemic attack when an ischemic stroke occurs" was sent to the Ministry of Health.

Implementation of the research work results. Methodological recommendations " The risk level of transient ischemic attack on the occurrence of ischemic stroke (approved at the meeting of the Coordination and expert Council of the Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers dated by 31.05.23, No. 7/ 35.12); "Conservative treatment of ischemic stroke in carotid artery stenosis" (approved at the meeting of the Coordinating Expert Council number 4/ 18 dated by 27.03.23) were introduced.

The structure and scope of the dissertation. The dissertation consists of an introduction, 7 chapters, conclusions, summaries, practical recommendations and a list of references. The volume of the dissertation is 200 pages.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ

LIST OF PUBLICATION

I часть (I бўлим, I part)

1. Хидоятова Д.Н., Федин А.И., Маджидова Ё.Н., Ходжаева Д.Т., Абуллаева М.Б., Хайдарова Д.К., Фахрагалиева С.Р. Пути оптимизации терапии постинсультных когнитивных расстройств //Евроазиатический вестник педиатрии. – 2019. - №2(2). – С. 41-45.
2. Хидоятова Д.Н., Абдуллаева М.Б, Маджидова Ё.Н., Абдуллаева Н.Н. Место антиоксидантной и антигипоксической системы в лечении ишемического инсульта, обзор данных клинической эффективности мексидола //Неврология.-2019.- №3. - С. 74-77 14.00 №4
3. Хидоятова Д.Н., Маджидова Ё.Н., Ходжаева Д.Т., Мухаммажсолих Ш.Б. Нарушение мозгового кровообращения при окклюзирующих поражениях сонных артерий //Тиббиётда янги кун. - 2019 – №2 (26). - С. 33-36 14.00.22
4. Hidoyatova D. N., Djalolov F.Z., Zuparova L.M., Karimova O.R. Minimally invasive method for the prevention and treatment of cerebrovascular disorders //American Journal of medicine and medical sciences. – 2019. - №9(12). - С. 487-489. DOI: 10.5923/j.ajmms.20190912.08
5. Hidoyatova D. N., Abdujamilova R.M., Mirkhalilova M.R. Prognostic Value of Various Pathogenetic Variants of Transient Ischemic Attacks //European Journal of Molecular & Clinical Medicine. – 2020, - Volume 7, Issue 11. – P. **
6. Hidoyatova D.N., Zuparova L.M., Mirdjalolov, U.U., Karimova O.R. Anticoagulants and antiagregants in the prevention and treatment of ischemic stroke //Неврология. - 2020. - №2 (82). - С. 77-79 14.00.№4
7. Хидоятова Д.Н., Гофуров Б.Г. Патогенетическая гетерогенность ТИА и вопросы профилактики инсульта //Тиббиётда янги кун, 2020 – №1 (29) С.-185-187 14.00.22
8. Hidoyatova D.N., Abdujamilova R.M, Zuparova L.M, Mirkhfliliva M.R. Prognostic value of various pathogenetic variants of transient ischemic attacks //Uzbek medical journal. – 2021. – С. 52-56
9. Hidoyatova D.N., Djalolov F.Z., Sultanov N.M., Mirdjalolov U.U., Abdujamilova R.M. Secondary prevention of cerebrovascular accidents at occlusive carotid artery lesion // American Journal of medicine and medical sciences. – 2020. - №10(4). – С. 204-208. DOI: 10.5923/j.ajmms.20201004.06
10. Hidoyatova D.N. Prognostic Value of Various Pathogenetic Variants of Transient Ischemic Attack: Review of the Issue //American Journal of Medicine and Medical Sciences 2023, 13(9): 1238-1240. DOI: 10.5923/j.ajmms.20231309.13

II часть (II бўлим, II part)

11. Hidoyatova D. N., Majidova YA.N, Bakhrarov M.S, Maksudova H.N, Nurmukhamedova M.A., Usmanov S.A. Bases of detection treatment and rehabilitation of stroke with motor disorders //Chinese journal of industrial hygiene and occupational diseases 40/13 2022 стр.566-571
12. Hidoyatova D. N., Yokubov B.S, Abdujamilova R.M, Oripova E.S. Crucial problems of prevention of transient ischemic attack and stroke //Asian journal of pharmaceutical and biological research 2022 стр. 363-364
13. Хидоятова Д.Н., Усманова Д.Д., Жўраев Ш.Ж. Деменцияни ташхислаш ва дифференциал ташхислаш ҳамда даволашни такомиллаштириш масалалари //«Ўзбекистон республикида бирлашчи бўғинда болаларга кўрсатилаётган тиббий ёрдам ва соғлом овқатлантириш масалалари» Ҳалқаро иштирокидаги Республика илмий амалий анжумани Тезислар тўплами -2021 стр.63
14. Хидоятова Д.Н. Абдурахманов Р.Ш. Екуббев Б.С. Абдужамилова Р.М. Артериал гипертензия сабаб булган лакунар мия инфаркти Журнал неврология 4 (96) , 2023 Тезис стр.56 14.00 №4
15. Хидоятова Д.Н. Абдужамилова Р.М., Душаева М.С. ТИА: вoпpoc oвыбopе метода вторичной профилактики. Журнал неврология- 4 (96) тезис, 2023 стр. 63 14.00 №4
16. Хидоятова Д.Н. Зупарова Л.М. Абдужамилова Р.М. Екубев Б.С. Инсульт пайдо булишида транзитор ишемик хуружнинг прогностик киймати. Журнал неврология -4(96) 2023 год стр.64 14.00 №4
17. Хидоятова Д.Н. Абдужамилова Р.М. Зупарова Л.М. Мирхалилова М.Р. Транзитор ишемик хуружнинг турли патогенетик вариантларнинг прогностик киймати. Журнал неврология-3 (95) 2023г стр59-61 14.00 №4
18. Хидоятова Д.Н. Абдужамилова Р.М. Екубев Б.С. Уйку артериаларни окклюзион шикастринишларида бош мия кон айланиши бузилишининг иккаламчи профилактикаси. Журнал неврология -3 (95). 2023г стр 6-8. 14.00.№4
19. Хидоятова Д.Н., Абдуллаева М.Б., Маджидова Ё.Н., Абдуллаева Н.Н. Церебральная дисгемия у больных с транзиторно-ишемическими атаками в развитии ишемических инсультов //«Фаол инвестициялар ва ижтимоий ривожланиш йилига» бағишланган Еш Олимлар Кунлари республика илмий – амалий анжумани тўплами. - *****
20. Хидоятова Д.Н. Абдуллаева М.Б., Абдужамилова Р.М. Ишемик инсульт: иккаламчи профилактика, даволаш ва реабилитация: Монография. – Ташкент, 2022. – 156 с.
21. Хидоятова Д.Н. Абдуллаева М.Б. Консервативное лечение ишемического инсульта при стенозах сонных артерий: методические рекомендации. - Тошкент 2023. – 21 с.
22. Гафуров Б.Г., Хидоятова Д.Н. Абдужамилова Р.М. Ишемик инсультларни келиб чиқишида транзитор ишемик хуружнинг хавф хатарлиги даражаси: методические рекомендации. - Тошкент 2023. – 21 с.

23.Хидоятова Д.Н., Абдужамилова Р.М. ТИХ билан касалланган беморларни даволаш тактикасини танлаш алгоритми: DGU 2023 3823 от 28.04.2023