

**ТОШКЕНТ ВРАЧЛАР МАЛАКАСИНИ ОШИРИШ ИНСТИТУТИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.27.06.2017.Tib.31.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

АТАНИЯЗОВ МАХСУДЖАН КАМАЛАДДИНОВИЧ

**БОШ МИЯ МАГИСТРАЛ АРТЕРИЯЛАРИНИНГ
СТЕНОЗЛАНУВЧИ ЗАРАРЛАНИШИДА БЕМОРЛАРНИ
ОЛИБ БОРИШ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИНИНГ ЯНГИ
ТЕХНОЛОГИЯСИНИ КЛИНИК-ПАТОГЕНЕТИК
АСОСЛАШ**

**14.00.13 – Неврология
14.00.34 – Юрак ва қон-томир жарроҳлик**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ – 2019

**Тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD)
диссертацияси автореферати мундарижаси**

**Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)
по медицинским наукам**

**Contents of dissertation abstract of the doctor of philosophy (PhD)
on medical sciences**

Аганиязов Махсуджан Камаладдинович

Бош мия магистрал артерияларининг стенозланувчи зарарланишида
беморларни олиб бориш ва реабилитациясининг янги технологиясини
клиник-патогенетик асослаш 3

Аганиязов Махсуджан Камаладдинович

Клинико-патогенетические обоснование новых технологий
ведения и реабилитации больных со стенозирующим поражением
магистральных артерий головы..... 27

Ataniyazov Makhsudjan Kamaladdinovich

Clinical and pathogenetic substantiation of new technologies for the
management and rehabilitation of patients with stenosing lesion of the
main arteries of the head 51

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works 55

ТОШКЕНТ ВРАЧЛАР МАЛАКАСИНИ ОШИРИШ ИНСТИТУТИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.27.06.2017.Tib.31.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

АТАНИЯЗОВ МАХСУДЖАН КАМАЛАДДИНОВИЧ

БОШ МИЯ МАГИСТРАЛ АРТЕРИЯЛАРИНИНГ
СТЕНОЗЛАНУВЧИ ЗАРАРЛАНИШИДА БЕМОРЛАРНИ
ОЛИБ БОРИШ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИНИНГ ЯНГИ
ТЕХНОЛОГИЯСИНИ КЛИНИК-ПАТОГЕНЕТИК
АСОСЛАШ

14.00.13 – Неврология
14.00.34 – Юрак ва қон-томир жарроҳлик

ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ

ТОШКЕНТ – 2019

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси хузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2017.2.PhD/Tib168 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Тошкент тиббиёт академиясида бажарилган.

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

Илмий раҳбарлар:

Раҳимбаева Гульнора Саттаровна
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Суннатов Равшан Джалилович
тиббиёт фанлари доктори

Расмий оппонентлар:

Маджидова Якутхон Набиевна
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Асамов Равшан Эркинович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Етакчи ташкилот:

С.Д. Асфендияров номли Қозоғистон миллий тиббиёт университети

Диссертация ҳимояси Тошкент врачлар малакасини ошириш институти хузуридаги DSc.27.06.2017.Tib.31.01 рақамли илмий кенгашнинг 2019 йил «__» _____ соат ____ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 100007, Тошкент, Мирзо-Улуғбек тумани, Паркент кўчаси, 51-уй. Тел/факс: (99871) 268-17-44; e-mail: info@tipme.uz.)

Диссертация билан Тошкент врачлар малакасини ошириш институтининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (_____ рақами билан рўйхатга олинган). Манзил: 100007, Тошкент, Паркент кўчаси, 51-уй.

Диссертация автореферати 2018 йил «__» _____ куни тарқатилди.

(2018 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, доцент

Б.Г. Гафуров

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

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Цереброваскуляр касалликлар орасида кенг тарқалган бош мия магистрал артериялари атеросклерози бугунги кунда неврологиянинг ва ангионеврологиянинг долзарб муаммоларидан бўлиб, дунё аҳолисининг катта ёшли қатлами орасида тобора кўп учраётган касалликлар жумласига киради. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг прогностик маълумотларига кўра «2000 йилда цереброваскуляр касалликлардан ўлим кўрсаткичи 15 миллионга етган бўлса, бу кўрсаткич 2020 йилда 1,5 бараварга, яъни 25 миллионгача ошади»¹. Шубҳасиз, бош мия магистрал артериялари (БММА)нинг стенозланувчи зарарланиши оқибатида ривожланувчи цереброваскуляр, айниқса меҳнатга лаёқатли инсонлар орасида кўп тарқалмоқда. Жаҳон миқёсида цереброваскуляр касаллик, юрак ишемик касаллигидан сўнг ўлимнинг иккинчи сабабчиси бўлиб, барча ўлимларнинг 10% ни ташкил этади (5,4 млн. киши). Айтиш жоизки, «80–85% ҳолатларда церебрал ишемик инсультлар БММАнинг зарарланиши сабабли рўй беради ва бу уларнинг юрак-қон томир касалликларининг умумий структурасида ўлим ва ногиронлик даражаси юқори бўлганлиги билан боғлиқ»².

Бугунги кунда жаҳонда тиббий хизмат кўрсатишни янги даражага кўтариш борасида сурункали цереброваскуляр етишмовчилик (СЦВЕ)ни жарроҳлик даволашдан кейин юзага келадиган неврологик асоратларнинг олдини олиш усулларини такомиллаштиришга қаратилган илмий тадқиқотларга алоҳида эътибор қаратилмоқда. Бу борада БММАнинг стенозланувчи зарарланиши билан касалланган беморларни каротид эндартерэктомия (КЭАЭ) усули билан даволагандан кейин юз берадиган когнитив ва неврологик бузилишларни эрта аниқлаш, беморлар ҳаёт сифати ва меҳнат қобилиятини тиклаш салоҳияти кўрсаткичларини яхшилаш учун олиб бориладиган чора-тадбир турлари, муддати ва давомийлигини аниқлаб беришга қаратилган илмий тадқиқотлар жуда муҳим аҳамият касб этади.

Мамлакатимизда БММАнинг атеросклеротик стенозланувчи зарарланиши билан хасталанган беморларни жарроҳлик йўли билан даволагандан кейин уларнинг меҳнат қобилиятини тиклаш чора-тадбирларини такомиллаштиришга алоҳида эътибор қаратилмоқда. 2017–2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Ҳаракатлар стратегиясида «аҳолига тиббий ва ижтимоий-тиббий хизмат кўрсатиш қулайлиги ҳамда сифатини ошириш, аҳоли ўртасида соғлом турмуш тарзини шакллантириш»³ вазифалари белгиланган. Шунга боғлиқ ҳолда, КЭАЭ жарроҳлик амалиётидан кейинги меҳнат қобилиятини тиклаш даврида сурункали цереброваскуляр етишмовчилик билан оғриган беморларнинг ҳаёт

¹ Скворцова В.И., Евзельман М.А. Ишемический инсульт. – Орел: Труд, 2014. -С.404. WHO's annual World Health.

² Heart Disease and Stroke Statistics-2009 Update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee / D.Lloyd-Jones [et al.] // Circulation. – 2015 Jan 27. –Vol. 119, N3. – pp. 480–86.

³ Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ-4947-сонли «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида»ги Фармони.

сифати ва меҳнат қобилиятини тиклаш салоҳиятини аниқлаш аҳоли учун тиббий-ижтимоий ёрдам кўрсатиш тизимини янада ривожлантириш ва такомиллаштиришни таъминлайди, ўз навбатида, аҳолининг ҳаёт фаолиятини яхшилаш, касаллик даражасини пасайтириш ва умр кўриш давомийлигини ошириш тиббиётнинг долзарб йўналиши ҳисобланади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ-4947-сонли «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида»ги Фармони, 2018 йил 25 январдаги ПҚ-3494-сонли «Шошилиш тиббий ёрдам тизимини жадал такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги, 2017 йил 20 июндаги ПҚ-3071-сонли «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017–2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Қарорлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъерий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишда ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига боғлиқлиги. Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналиши доирасида бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Бугунги кунда СЦВЕ касаллик структураси ва аҳолининг ўлим кўрсаткичларида муҳим ўринни эгаллайди. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг маълумотларига кўра ҳар 100000 киши орасида қон айланиш тизими касалликлари 5800 тани ташкил қилади ва уларнинг сони кўпайиб бормоқда. Республикада 100000 аҳоли учун ишемик инсультлар (ИИ) сони 150 дан ошади. Мамлакат бўйича уларнинг умумий миқдори 66000 тани ташкил этиб, ИИ ва геморрагик инсульт 4,8:1 нисбатни ташкил қилади. Афсуски, бугунги кунда Ўзбекистонда ўз-ўзига хизмат кўрсата олмайдиган ногиронлар сони 150000 нафардан ортиқ [Гафуров Б.Г. 2016].

Каротид эндартерэктомиа СЦВЕда узок муддатли таъсирга эга бўлган амалиёт ҳисобланади. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг статистик маълумотларига кўра дунёда йилига 1 миллиондан ортиқ КЭАЭ амалиёти амалга оширилади. Йил давомида АҚШда каротид артериялар бўйича 140000 дан зиёд амалиёт амалга оширилади, яъни 100000 аҳолига 52 та амалиёт тўғри келади. Европада йилига 100000 аҳоли ичида 16 та КЭАЭ амалиёти амалга оширилади [Albers G.W.2014]. Россияда йил давомида брахиоцефал артерияларда ўтказилган амалиётлар (ЖССТнинг 2008 йилги статистик маълумотларга кўра) тахминан 8000 ни ташкил этади ва амалиётга эҳтиёж йилига 100 дан 120 мингтагача етади [Покровский А.В. 2015]. Айни пайтда Ўзбекистонда йилига 700–800 дан зиёд реконструктив жарроҳлик амалиётлари бажарилмоқда, эҳтиёж эса йилига 20–22 мингтани ташкил этади [Каримов Ш.И. 2016].

Баъзи ҳолларда КЭАЭдан сўнг неврологик аломатларнинг пайдо бўлиши билан уйқу артерияларида рестеноз ўртача 15% га ривожланиши мумкин. Рестеноз содир бўлиш тезлигини камайтириш муаммоси ҳали ҳам долзарблигича қолмоқда, чунки рестенознинг 13,5% гача кузатилиши неврологик аломатларнинг қайта ривожланишига сабаб бўлади. Каротид эндартерэктомиядан сўнг рестенознинг ривожланиши 0,9% дан 36% гача ўзгариб туради [А. Schanzer 2012, F. Flugi 2015]. Маълумотларнинг бундай ўзгариб туриши «рестеноз» тушунчасининг ягона мезонлари мавжуд эмаслиги, амалиёт ўтказган беморларнинг турли кузатув муддатининг ва усулларининг шартларига боғлиқдир. Юқори маълумот берувчи дуплекс сканерлаш тадқиқот усуллари шуни кўрсатмоқдаки, рестенознинг аниқ даражаси клиник мезонлар бўйича ҳисоблаб чиқилганидан анча юқоридир. Кўпчилик муаллифлар «рестеноз» тушунчасига фақат функционал нуқтаи назардан қарайдилар, яъни унинг гемодинамикага (стеноз даражаси 50–60% дан юқори) таъсир этишини ҳисобга оладилар [Скворцова В.И. 2014, N. Hudorovic 2016].

Ангиожарроҳликнинг ривожланиши каротид артерияларида олиб борилган амалиётлар сонининг бир неча баробар ўсиши билан эмас, балки уларнинг натижалари сезиларли даражада яхшиланиши билан баҳоланади. Юқорида айтиб ўтилган маълумотлар қуйидагиларни таъкидлаш имконини беради: каротид эндартерэктомия амалиёти кенг тарқалган бўлса ҳам, ушбу жарроҳлик амалиёти натижалари, жумладан, рестеноз ривожланиши ҳақида аниқ маълумотлар йўқ. Жарроҳлик ёки терапевтик усул билан даволанадиган бош мия магистрал артерияларнинг гемодинамик аҳамиятли стеноз шикастланишига чалинган беморларда инсулт содир бўлиш тезлигини таққослаш бўйича маълумотлар мавжуд эмас [Печенкин А.А. 2014]. Бундан ташқари, каротид эндартерэктомиядан кейин СЦВЕ билан оғриган беморларнинг ҳаёт сифати ва меҳнат қобилиятини тиклаш салоҳияти кўрсаткичлари, шунингдек, амалиётдан кейинги даврларда беморларга қараш масалалари ҳозирги кундаги маҳаллий ва хорижий адабиётларда етарлича акс эттирилмаган.

Диссертация мавзусининг диссертация бажарилган олий-таълим муассасаси илмий тадқиқот ишлари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Тошкент тиббиёт академиясининг илмий тадқиқот режасига мувофиқ «Бош мия магистрал артерияларининг стенозланувчи зарарланиши билан оғриган беморлар меҳнат қобилиятини тиклаш ва унинг диагностик алгоритмининг ишлаб чиқиш» (2010–2018 йй.) илмий лойиҳаси доирасида амалга оширилган.

Тадқиқотнинг мақсади бош мия магистрал артерияларининг стенозланувчи зарарланиши билан хасталанган беморларда клиник-неврологик ва гемодинамик бузилишларни баҳолаш негизида беморларни кузатиш, даволаш тактикаси ва операциядан кейинги даврда уларнинг меҳнат қобилиятини тиклашни оптималлаштиришдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

каротид эндартерэктомия амалиётини бошдан ўтказган беморларни даволашдан кейинги 3, 6 ва 12 ойлик муддатларда церебрал динамика, неврологик мақом ва когнитив функциялар динамикасини баҳолаш;

ўткир инсультнинг бирламчи ва иккиламчи профилактикасида цереброваскуляр касалликка чалинган беморларни даволашнинг консерватив ва жарроҳлик усуллари аҳамиятини аниқлаш;

каротид эндартерэктомия ўтказган беморлар меҳнат қобилиятини тиклаш босқичларида уларнинг ҳаёт сифати динамикасини, шунингдек, терапияга жарроҳлик ёки консерватив ёндашувларда меҳнат қобилиятини тиклаш салоҳияти кўрсаткичлари динамикасини баҳолаш;

каротид эндартерэктомия ўтказилган амалиётдан кейинги эрта ва кеч даврларда беморларни кузатиш ва даволаш чора-тадбирларини ишлаб чиқиш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида 2010–2018 йилларда Тошкент тиббиёт академиясининг 2-клиникаси, Республика ихтисослаштирилган ангионеврология маркази ва Тошкент тиббиёт академиясининг 1-клиникасида консерватив даволанган 41 ёшдан 72 ёшгача бўлган уйқу артерияларида гемодинамик аҳамиятли (60% дан юқори) атеросклеротик стенози мавжуд, сурункали цереброваскуляр етишмовчилик билан касалланган 280 нафар беморлар олинган.

Тадқиқотнинг предмети сифатида махсус неврологик ва нейропсихологик шкалалар, уйқу артерияларни дуплекс сканерлаш ва мультиспирал компьютер томографик ангиография текшируви натижалари олинган.

Тадқиқот усуллари. Диссертацияда клиник маълумотлар, анамнез, беморлар психик мақомини баҳолашнинг қисқача шкаласи (Mini Mental State Examination (MMSE)), беморлар функционал фаоллик даражасини аниқлаш шкаласи (Бартел), беморлар ҳаёт сифатини аниқлашда EQ-5D сўровномаси, даволанишдан кейинги беморлар меҳнат қобилиятини тиклаш салоҳияти даражалари ва ангиологик текширувлардан (транскраниал доплерография, уйқу артерияларини дуплекс сканерлаш, бўйин ва бош мия қон томирлар МСКТ ангиографияси) ҳамда статистик усуллардан фойдаланилди.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

илк маротаба каротид артерияларнинг гемодинамик аҳамиятли стенози ва сурункали цереброваскуляр етишмовчилик билан хасталанган беморлар меҳнат қобилиятини тиклаш даврида инсульт ривожланиши ва ўлим ҳолатлари бўйича жарроҳлик ва консерватив даволаниш самарадорлиги баҳоланган;

илк маротаба даволаш усулларига боғлиқ ҳолда бош магистрал артерияларининг гемодинамик аҳамиятли стенози ва сурункали цереброваскуляр етишмовчилиги билан хасталанган беморларнинг меҳнат қобилиятини тиклаш кўрсаткичлари ва ҳаёт сифати баҳоланган;

каротид эндартерэктомия ўтказилган беморлар меҳнат қобилиятини тиклаш учун даволаш курсларининг ҳажми ва муддати ишлаб чиқилган;

бош мия магистрал артерияларининг атеросклеротик стенозланувчи зарарланишида диагностик чора-тадбир усуллари такомиллаштирилган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагидан иборат:

КЭАЭ ўтказилган беморларга қараш ва уларнинг меҳнат қобилиятини тиклаш дастурларига ёндашувларни ишлаб чиқиш ва татбиқ этиш беморларда амалиётдан кейинги асоратларни камайтиришга, транзитор ишемик хуруж (ТИХ) ва церебрал ишемик инсульт каби бош мия қон томирлари касаллигининг қайта ривожланишига йўл қўймаслик имконини яратган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги уларнинг замонавий услуб ва воситалардан фойдаланган ҳолда ўтказилганлиги, клиник, инструментал, ва статистик текшириш усуллари асосида амалга оширилганлиги, барча рақамли маълумотлар замонавий компьютер технологиялари ёрдамида олингани, назарий ва амалий тадқиқотларнинг ўзаро адекватлиги ҳамда амалиётга жорий қилинганлиги билан асосланади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти дунёда СЦВЕнинг эрта диагностикаси илмий изланишлар предмети ҳисобланиши ҳамда нафақат даво муолажаларини ўз вақтида бошлаш, балки касаллик ривожланиб борган сари бемор ва унинг қариндошларини ижтимоий-психологик қўллаб-қувватлашни таъминлаш зарурлигига асосланади. БММА зарарланишининг асорати узоқ муддатли ногиронлик билан кечиши, беморларнинг даволаниши ва парвариши учун иқтисодий сарф-харажатларнинг кўплиги беморларнинг махсус муассасаларга ётқизирилиши билан боғлиқ. Ушбу касалликнинг биринчи йилида беморларни фаол даволаш ва уларнинг меҳнат қобилиятини тиклаш учун сарф қилинадиган маблағ умумий харажатларнинг фақат 20–25% ни, бироқ инсультдан кейин 1 йил ва ундан кўп бўлган вақтда парвариш ва меҳнат қобилиятини тиклаш уларнинг 75–80% ни ташкил этади. БММА атеросклерози сабабли ривожланган СЦВЕга чалинган беморларда когнитив бузилишлар ҳамда неврологик аломатларни КЭАЭ жарроҳлик усули билан бартараф қилиш ва ушбу амалиётдан кейин бир йил давомида ўтказилган даволаш ва меҳнат қобилиятини тиклаш чора-тадбирлари бемор ҳаёт сифати ҳамда меҳнат қобилиятини тиклаш салоҳияти кўрсаткичларининг яхшиланиб бориши билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти меҳнат қобилиятини тиклашнинг 3, 6 ва 12 ойгача бўлган даврида СЦВЕ касаллиги билан чалинган беморларнинг натижаларини ўрганиш ва жарроҳлик амалиётидан кейин меҳнат қобилиятини тиклаш салоҳияти даражасининг беморлар орасида 45,5% ҳолатларда юқори, 39,6% ҳолатларда қониқарли даражада кузатилиши билан изоҳланди. Тадқиқот натижалари шундан далолат бердики, БММАНинг стенозланувчи зарарланишларида ишемик инсультнинг бирламчи профилактикасини сифатли таъминлаш мақсадида олиб борилаётган консерватив даволаш усулига қараганда каротид эндартерэктомиyani жарроҳлик усули билан даволаш хавфсиз бўлиб, у юқори клиник ва иқтисодий самарадорликка эришиш имконини беради.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Бош мия магистрал артерияларининг стенозланувчи зарарланиши билан ўтказилган КЭАЭ амалиётидан кейинги даврларида беморларнинг когнитив ва функционал фаолиятини, ҳамда ҳаёт сифатини яхшилаш мақсадида олиб бориладиган меҳнат қобилиятини тиклаш чора – тадбирларини такомиллаштириш бўйича олинган илмий натижалар асосида:

«Каротид эндартерэктомия билан беморларни амалиётдан кейинги даврида даволашнинг нейропротектив ёндашувлари» номли услубий тавсиянома тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2018 йил 12 декабрдаги 8н-р/351-сон маълумотномаси). Мазкур услубий тавсиянома бош мия магистрал артерияларининг стенозланувчи зарарланишлари мавжуд, СЦВЕ нинг симптомли босқичи билан хаталанган беморларнинг КЭАЭ амалиётидан кейинги даврларида меҳнат қобилиятини тиклаш самарадорлигини ошириш имконини берган;

СЦВЕ билан хасталанган беморларни жарроҳлик ва консерватив даволаш самарадорлигини ошириш мақсадида олинган илмий натижалар Ўзбекистон Республикасининг даволаш-профилактика муассасаларига, хусусан, Гулистон тумани тиббиёт бирлашмаси ва Тошкент вилояти кўп тармоқли тиббиёт маркази амалиётига татбиқ этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2018 йил 14 декабрдаги 8н-д/273-сон маълумотномаси). КЭАЭ амалиётидан кейинги даврларида ўз вақтида ўтказилган нейропротектив даволаниш чора-тадбирлари СЦВЕ нинг III даражаси билан хасталанган беморларнинг 57,2%да меҳнат қобилиятини тиклаш салоҳияти кўрсаткичларини юқори даражада кузатилиш, ушбу беморларнинг ҳаёт сифатини 39,7%га яхшилаш ва меҳнат қобилиятини тиклашнинг кейинги даврларида беморларнинг нейропротектив воситаларига бўлган талабини уч карра қисқартириш, ҳамда СЦВЕ нинг IV даражаси билан оғриган беморларнинг эса 35,7%да меҳнат қобилиятини тиклаш салоҳияти кўрсаткичларини юқори даражада кузатилиш, ушбу беморларнинг ҳаёт сифатини 44,9%га яхшилаш ва меҳнат қобилиятини тиклашнинг кейинги даврларида беморларнинг нейропротектив дори воситаларига бўлган талабини икки карра қисқартириш имконини яратган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 2 та халқаро ва 6 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилиниши. Диссертация мавзуси бўйича 27 та илмий иш чоп этилган, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялари асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 7 та мақола, жумладан, 5 таси республика ва 2 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг ҳажми ва тузилиши. Диссертация таркиби кириш, 5 та боб, хулоса, фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 117 бетни ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида ўтказилган тадқиқотларнинг долзарблиги ва зарурати асосланган, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари ҳамда объект ва предметлари тавсифланган, республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён қилинган, олинган маълумотларнинг назарий ва амалий аҳамияти очиб берилган, тадқиқот натижаларини амалиётга жорий қилиш, нашр этилган ишлар ва диссертациянинг тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг «**Сурункали церебро-вакуляр етишмовчилиги билан оғриган беморларни ташхислаш ва даволаш масалаларининг замонавий ҳолати**» деб номланган биринчи бобида адабиётлар шарҳи келтирилган. Шарҳда сурункали церебро-вакуляр етишмовчиликда каротид жарроҳликнинг асосий муаммолари ва ишемик инсультнинг ижтимоий-иқтисодий аҳамияти ва эпидемиологик масалалари таҳлил қилинган. Ушбу бобда сурункали церебро-вакуляр етишмовчиликнинг этиопатогенези, таснифи, клиник кўриниши ва ташхислаш усуллари ёритиб берилган. Сурункали церебро-вакуляр етишмовчиликни жарроҳлик ва консерватив усуллар билан даволашга бўлган замонавий ёндашувлар акс эттирилган.

Диссертациянинг «**Тадқиқот материаллари ва текшириш услублари**» деб номланган иккинчи бобида ушбу ишда қўлланилган асосий текширув материаллари ва усуллари баён қилинган. Проспектив текширувга уйқу артерияларида гемодинамик аҳамиятли (60% дан юқори) стенотик зарарланишга эга, 41 ёшдан 72 ёшгача бўлган сурункали церебро-вакуляр етишмовчилик касаллигининг А.В Покровский (1979 йил) таснифи бўйича I, II, III, IV босқичлари билан оғриган 280 нафар бемор киритилган бўлиб, улар 2 гуруҳга ажратилди:

1-гуруҳга 69 ёшгача (ўртача ёш $55,3 \pm 1,2$) Тошкент тиббиёт академиясининг 2-клиникаси ангионеврология бўлимида очиқ усулда каротид эндартер-эктомиа амалиёти ўтказилган 140 нафар бемор киритилган (96 эркак (68,6%) ва 44 аёл (31,4%)).

2-гуруҳга 72 ёшгача (ўртача ёш $56,5 \pm 1,1$) Тошкент тиббиёт академиясининг 1-клиникаси неврология бўлимида стационар шароитда консерватив даво муолажаларини қабул қилган 140 нафар бемор киритилган (79 эркак (56,4%) ва 61 аёл (43,6%)).

Барча беморлар тадқиқотнинг 3, 6, 12 ойлари давомида кузатувда бўлган.

Тадқиқот натижалари жинси ва ёши бўйича (ўртача ёши $58,5 \pm 1,03$) мос келувчи 30 нафар амалда соғлом шахслар (17 нафар эркак (56,7%) ва 13 нафар аёл (43,3%)) кирган назорат гуруҳи билан таққосланди. Назорат гуруҳини шакллантиришда субъектив шикоятлари ва объектив неврологик аломатлари йўқлиги мезонлари ҳисобга олинди.

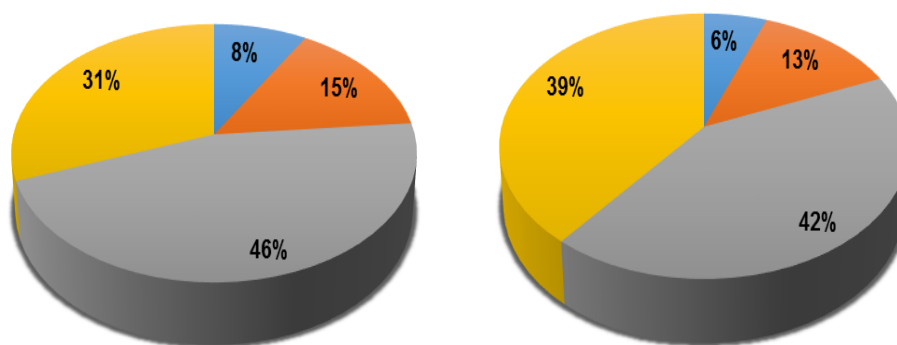
Ҳар икки гуруҳда ҳам беморларнинг жинси бўйича тақсимланиши 1-жадвалда келтирилган.

1-жадвал.

Ҳар иккала гуруҳдаги беморларнинг жинси бўйича тақсимланиши

Гуруҳлар	Жинси		Жами
	Эркак	Аёл	
I гуруҳ	n=96	n=44	n=140
	68,6%±1,7	31,4%±1,3	%
II гуруҳ	n=79	n=61	n=140
	56,4 %±1,3	43,6%±1,4	%
Жами:	n=175	n=105	n= 280
	62,5%±1,5	37,5%±1,2	

А.В. Покровский таснифига кўра сурункали церебро-васкуляр етишмовчилик босқичлари бўйича иккала гуруҳдаги беморларнинг тақсимланиши аниқлик учун 1-расмда келтирилган.



■ I даража ■ II даража ■ III даража ■ IV даража

1-расм. Иккала гуруҳдаги беморларнинг СЦВЕ босқичлари бўйича тақсимланиши.

Тадқиқот ўтказилаётган иккала гуруҳдаги беморлар орасида ҳамроҳ касалликлар учраши (2-жадвал).

2-жадвал.

СЦВЕ билан оғриган беморларда ҳамроҳ касалликлар хусусиятлари ва содир бўлиш тезлиги

Беморлар сони	Артериал гипертензия + Атеросклероз		ЮИК		Анамнезда инфаркт миокард		Қандли диабет		Оёқ артериялари зарарланиши	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Асосий гуруҳ n=140	124	88,6	47	33,6	7	5	28	20	33	23,5
Таққослаш гуруҳи n=140	126	90	16	11,4	-	-	30	21,7	9	6,4

Барча беморлар стандарт усул бўйича қуйидаги текширувлардан ўтказилди: клиник-неврологик текширув, ЭКГ, эхокардиография, кўкрак аъзолари рентгенографияси, шунингдек, ультратовуш текшируви ва МСКТ-ангиография текшируви, MMSE шкаласи бўйича рухий ҳолат кўрсаткичлари, EQ-5D

сўровномаси бўйича беморлар ҳаёт сифати ва даволанишдан сўнг меҳнат қобилиятини тиклаш салоҳияти. Шунингдек, Бартел шкаласи ёрдамида СЦВЕнинг IV бочқичи билан оғриган беморлар функционал фаолияти ҳам баҳоланди.

Олинган натижаларнинг статистик таҳлили ўртача арифметик катталиқ (М), ўртача арифметик катталиқ хатолиги (м), чизикли корреляцион коэффициент (р), ишончлилик коэффициентида иборат вариацион статистика усули ёрдамида ўтказилди. Ўртача фарқларнинг ишончлилиги ишонч оралиғи 95% бўлган ҳолда Стьюдент мезони бўйича баҳоланди ($p < 0,05$).

Диссертациянинг «**Бош мия магистрал артерияларининг атеросклеротик стенозланиши мавжуд беморларни жарроҳлик ва консерватив коррекциялаш**» деб номланган учинчи бобида СЦВЕ билан хасталанган беморларни консерватив даволаш ва КЭАЭ амалиёти кўринишлари келтирилган. Биринчи гуруҳдаги беморларнинг уйқу артерияларида амалга ошириладиган жарроҳлик амалиётининг кўринишлари 3-жадвалда кўрсатилган.

3-жадвал.

Уйқу артерияларида КЭАЭ амалиёти турлари

Амалиёт турлари	Беморлар сони	
	абс.	%
Классик КЭАЭ	102	72,9
Эверсион КЭАЭ	38	27,1
Жами:	140	100

Ҳар иккала гуруҳдаги барча беморлар шифохонадан чиқарилгандан кейин 3, 6 ва 12 ой давомида невролог ва ангионевролог назорати остида навбатдаги реабилитацион консерватив даво муолажаларини қабул қилишди:

1. Иккала гуруҳдаги барча беморлар икки карралик антиагрегант (75 мг ацетилсалицил кислотаси + 75 мг клопидогрел), гиполипидемик (симвостатин, аторвостатин 20мг/кунига) ва антигипертензив муолажаларни (АПФ-ингибитори периндоприл 4/8мг ёки лизиноприл 5 ёки 10 мг/кунига, кальций каналларини блоклаш учун амлодипин 5 ёки 10 мг/кунига) йил давомида қабул қилиши ва кейинчалик бир неча йиллар давомида ушбу муолажаларни узлуксиз давом эттириши тавсия этилди.

2. I гуруҳдаги СЦВЕ нинг I, II, III босқичга эга барча беморларга юқоридаги узлуксиз базис терапия фонида операция давомида бош мияни медикаментоз ҳимояси учун ИУАни сиқиш вақтида ва ИУА бўйлаб қон оқимини юбориш вақтида тўсатдан гиперфузия билан боғлиқ интраоперацион церебрал ишемия (ТИХ ва ИИ лар) асоратлар сонини қайд этилишини камайтириш мақсадида фақат Холин альфосцерат 4 мл – 1000 мг воситаси ва ушбу гуруҳдаги СЦВЕ нинг IV босқичга эга, яъни ишемик инсульт ўтказган барча беморларга эса юқоридаги узлуксиз базис терапия фонида Цитиколин 4 мл -1000 мг воситаси билан биргаликда Холин альфосцерат 4 мл – 1000 мг воситаси 100 мл физиологик эритмада эритилиб вена ичига томчилаб қўлланилди.

3. Реабилитация даврининг 3, 6, 12 ой кузатув даврларида иккала гуруҳдаги беморларга узлуксиз базис терапия фонида, неврологик синдромларни, когнитив бузилишларни коррекциялаш ҳамда ривожланишини

тўхтатиш ва беморни функционал активлик даражасини тиклаш орқали беморлар ҳаёт сифатини, реабилитация кўрсаткичларини яхшилаш учун ушбу комбинацион нейропротектив даво муолажалар, яъни Цитиколин 4 мл – 1000 мг/кунига физиологик эритмада эритилиб вена ичига томчилаб 10 кун, сўнг ушбу воситанинг суспензияси 2 мл (200 мг) суспензияси кунига 3 марта 45 кун давомида, ҳамда Холин альфосцерат 4 мл – 1000 мг/кунига физиологик эритмада эритилиб вена ичига томчилаб 10 кун, сўнг эса ушбу воситанинг 400 мг капсуласи кунига 3 маҳал 30 кун давомида ичиш тавсия этилиб борилди.

4. Бундан ташқари ИИ асоратлари билан амалиёт ўтказган ва ўтказмаган беморларни кузатув даврларида реабилитация қилиш мақсадида янги технологик, яъни кинезотерапия, махсуслаштирилган тренежёр (МОТО med ёрдамида), даволаш гимнастикалари, махсус электр массаж ва селектив вибростимуляция каби усуллар қўлланилди.

Даволашнинг фармакологик бўлмаган усуллари орасида барча беморларга спиртли ичимликларни истеъмол қилиш ва чекишни тўхтатиш, гипо-холестеринли диета ва жисмоний фаолият туридан сақланиш ҳамда психофизик стресслар олдини олиш тавсия этилди.

Диссертациянинг «Сурункали цереброваскуляар етишмовчилиги билан хасталанган беморларни жарроҳлик ва консерватив йўл билан даволаш натижаларининг қиёсий баҳолаш» деб номланган тўртинчи бобда жарроҳлик ва консерватив усул билан даволанган беморларнинг реабилитацион даволаниш босқичида клиник-неврологик хусусиятлари, ангиологик натижалари, шунингдек, СЦВЕга чалинган беморларни жарроҳлик ва консерватив даволаш натижалари таҳлил қилинган.

4-жадвалдан кўриниб турибдики, I гуруҳдаги беморларнинг амалиётдан кейинги меҳнат қобилиятини тиклаш даврида субъектив аломатлар ва неврологик синдромларнинг сезиларли даражада камайиши статистик жиҳатдан кузатилган.

4-жадвал.

3, 6 ва 12 ойлик кузатув натижалари бўйича III даражали СЦВЕ (n = 64) билан хасталанган биринчи гуруҳ беморларининг клиник хусусиятлари

I гуруҳ СЦВЕ III (n=64)								
Касаллик аломатлари	Амалиётгача		Амалиётдан 3 ой ўтиб		Амалиётдан 6 ой ўтиб		Амалиётдан 12 ой ўтиб	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Асосий субъектив аломатлар:								
Бош оғриғи	59	92,2±3,4	49	76,6±5,3*	39	60,9±6,1***, ^	25	39,1±6,1***, ^^
Бош ва қулоқдаги шовқин	40	62,5±6,1	32	50,0±6,3	10	15,6±4,6***, ^^	5	7,8±3,4***, ^^
Бош айланиши	51	79,7±5,1	49	76,6±5,3	35	54,7±6,3**, ^	28	43,8±6,3***, ^^
Хотира пасайиши	29	45,3±6,3	29	45,3±6,3	21	32,8±5,9	13	20,3±5,1**, ^^

Асосий неврологик синдромлар:								
Пирамидал	64	100	61	95,3±2,7	44	68,8±5,8***,^^^	36	56,3±6,3***,^^^
Вестибулоатаксик	50	78,1±5,2	50	78,1±5,2	37	57,8±6,2*,^	30	46,9±6,3**,^^
Амиостатик	3	4,7±2,7	4	6,3±3,0	3	4,7±2,7	5	7,8±3,4
Псевдобульбар	34	53,1±6,3	32	50,0±6,3	12	18,8±4,9***,^^	7	10,9±3,9***,^^^

Изоҳ: * - амалиётгача бўлган кўрсаткичларнинг қиёсий ишончлилиги *-P<0,05; **-P<0,01; ***-P<0,001 ^ - 3 ойлик кўрсаткичларнинг қиёсий ишончлилиги ^-P<0,05; ^^ - P<0,01; ^^ - P<0,001

3, 6 ва 12 ойлик кузатув даврида СЦВЕнинг III даражаси билан оғриган II гуруҳ беморларида ҳам бош мия сурункали ишемиясини ЎзРССВ стандарти бўйича вазоактив, нейропротектив, гиполлипидемик ва антиагрегант воситалар билан муолажа қилиш натижасида неврологик тикланиш жараёнлари кузатилди, аммо 5-жадвалда кўрсатилгандек, ушбу гуруҳ беморларда субъектив аломатлар ва неврологик синдромларнинг камайиши кузатув даврида камроқ намоён бўлди.

5-жадвал.

3, 6 ва 12 ойлик консерватив даволаниш натижалари бўйича III даражали СЦВЕ (n= 59) билан хасталанган иккинчи гуруҳ беморларининг клиник хусусиятлари

II гуруҳ СЦВЕ III (n=59)								
Касаллик аломатлари	Даволанишгача		Даволанишдан 3 ой ўтиб		Даволанишдан 6 ой ўтиб		Даволанишдан 12 ой ўтиб	
	абс.	%	абс.	%	%	абс.	%	абс.
Асосий субъектив аломатлар:								
Бош оғриғи	42	71,1±5,4	37	62,7±4,3*	34	57,6,9±6,4* **,^	30	50,8±4,1* **,^^^
Бош ва кулоқдаги шовқин	57	96,6±4,2	50	84,7±6,3	39	66,1±6,2*** ,^^^	32	54,2±5,1* **,^^^
Бош айланиши	29	49,1±4,3	27	45,8,6±2,1	20	33,9±5,3**, ^	22	37,3±4,7* **,^^
Хотира пасайиши	46	77,9±6,1	30	50,8±4,2	34	57,6±5,9	32	54,2±5,1* *,^^
Асосий неврологик синдромлар:								
Пирамидал	59	100	57	96,6±4,4	44	74,5±5,1*** ,^^^	48	85,23±2,3 ***,^^^
Вестибулоатаксик	39	66,1±4,2	30	50,8±6,2	35	59,3±4,1*,^	40	67,7±6,3* *,^^
Амиостатик	8	13,6±5,7	8	13,6±5,7	12	20,3±5,7	11	18,6±4,1
Псевдобульбар	52	88,1±5,1	50	84,7±4,1	35	59,3±3,4*** ,^^	39	66,1±5,7* **,^^^

Изоҳ: *- даволанишгача қиёсий ишончлилиги * - P<0,05; ** - P<0,01; ***- P<0,001; ^ - даволанишдан сўнг қиёсий ишончлилиги ^ - P<0,05; ^^ - P<0,01; ^^ - P<0,001; ° - асосий гуруҳ билан қиёсий ишончлилиги ° - P<0,05; °° - P<0,01; °°° - P<0,001;

Кузатувнинг барча даврларида Бартель шкаласи ёрдамида ҳар иккала гуруҳ беморларининг функционал фаоллик даражаси баҳоланди. 6-жадвалдан

кўриниб турибдики, ҳар иккала гуруҳдаги ИИ ўтказган беморларда Бартел шкаласи бўйича функционал фаолликнинг ошиши аниқланди.

6-жадвал.

Иккала гуруҳдаги беморларнинг Бартел шкаласи кўрсаткичлари

Гуруҳлар	Бартел шкаласи			
	Даволанишгача	3 ойдан сўнг	6 ойдан сўнг	12 ойдан сўнг
I гр (n=43)	69,0±2,0	69,8±2,1	75,9±1,9*,^	79,7±2,0**,^^
II гр (n=55)	60,0±1,8	62,7±1,6	69,9±2,1*,^	71,2±1,8**,^^

Изоҳ:* - даволанишгача бўлган кўрсаткичларнинг қиёсий ишончилиги *-P<0,05; **-P<0,01; ***-P<0,001 ^ - 3 ойлик кўрсаткичларнинг қиёсий ишончилиги ^-P<0,05; ^^ - P<0,01; ^^ - P<0,001

Ҳар иккала гуруҳ беморларда когнитив танқислик ва меҳнат қобилиятини тиклаш давридаги даволаниш жараёнида унинг динамикасини кузатиш учун когнитив фаолиятни баҳолашнинг қисқача MMSE ҳалқаро шкаласи қўлланилди (7-жадвал).

7-жадвал.

Ҳар иккала гуруҳ беморларнинг MMSE шкаласи бўйича кўрсаткичлари

Гуруҳлар	MMSE шкаласи			
	Даволанишгача	3 ойдан сўнг	6 ойдан сўнг	12 ойдан сўнг
СЦВЕнинг III босқичи (ДЦЭ)				
I гр (n=64)	24,5±0,48	25,5±0,42	26,3±0,35*	26,5±0,34**
II гр (n=59)	23,2±0,32	23,0±0,51	24,1±0,37*	24,5±0,39**
СЦВЕнинг IV босқичи (ИИ)				
I гр (n=43)	23,4±0,39	24,3±0,37	25,7±0,40***,^	26,3±0,35***,^^
II гр (n=55)	21,8±0,32	22,3±0,43	22,7±0,35***,^	23,7±0,35***,^^

Изоҳ:* - даволанишгача бўлган кўрсаткичларнинг қиёсий ишончилиги *-P<0,05; **-P<0,01; ***-P<0,001 ^ - 3 ойлик кўрсаткичларнинг қиёсий ишончилиги ^-P<0,05; ^^ - P<0,01; ^^ - P<0,001

Ушбу 7-жадвалдан кўриниб турибдики, СЦВЕнинг III босқичи билан оғриган ҳар иккала гуруҳ беморларининг (бош мия сурункали ишемиясининг субкомпенсациялашган босқичида, инсультгача бўлган ҳолатда) MMSE шкаласи бўйича ўртача кўрсаткичлари биринчи гуруҳда 24,5±0,48 баллни ва иккинчи гуруҳда эса 23,2±0,32 баллни ташкил этди, яъни I гуруҳдаги беморларда деменциядан олдинги ҳолат, II гуруҳдаги беморларда эса текширув натижаларига кўра енгил даражали деменция ҳолати аниқланди. Амалиёт ўтказилган беморларнинг даволаниб, меҳнат қобилиятини тиклаш босқичларида MMSE шкаласи бўйича кўрсаткичлари сезиларли даражада яхшиланди, бир йилдан сўнг эса ушбу кўрсаткичлар меъёр даражасига етди.

СЦВЕнинг III босқичи билан оғриган II гуруҳ беморларининг MMSE шкаласи кўрсаткичлари бўйича ўтказилган консерватив даво муолажаларидан сўнг ҳам ижобий натижа қайд этилди, лекин даволанишнинг дастлабки

давридан то бир йил ўтган давргача ушбу кўрсаткич ўртача $24,5 \pm 0,39$ баллни ташкил этди ва у 37,2% беморларда деменция, 51,1% беморларда эса енгил когнитив бузилиш деб баҳоланди.

Транскраниал доплерография (ТКДГ) маълумотларига кўра, жарроҳлик йўли билан даволаниш натижасида интракраниал артерияларда қон оқим тезлигининг ошиши етарли даражада яққол намоён бўлди; бундай ҳолда периферик қаршилиқ кўрсаткичи ва пульсацион кўрсаткичларнинг пасайиши қайд этилди. I гуруҳдаги беморлар уйқу артериясининг зарарланган томонида бош мия ўрта артериясидаги (БМЎА) қон оқимининг солиштирма баҳоланиши систолик, диастолик кўрсаткичлар ва ўртача қон оқими тезлигининг 31,8%, 39,7% ва 33,2% га ўсишини кўрсатди (8-жадвал).

8-жадвал.

Асосий гуруҳдаги беморларнинг интракраниал артерияларида қон оқими кўрсаткичларининг динамикаси

Артерия	Кўрсаткичлар	Амалиётгача	Амалиётдан сўнг	6 ойдан сўнг	12 ойдан сўнг
БМЎА	Vp (см/с)	$\frac{63,4 \pm 1,8}{60,9 \pm 1,6}$	$\frac{83,1 \pm 3,0^{***}}{80,7 \pm 2,6^{***}}$	$\frac{80,6 \pm 2,8^{***}}{78,4 \pm 2,1^{***}}$	$\frac{74,8 \pm 2,4^{**\circ}}{72,6 \pm 2,1^{***\circ}}$
	Vd (см/с)	$\frac{26,7 \pm 1,0}{24,2 \pm 0,8}$	$\frac{37,0 \pm 0,8^{***}}{34,1 \pm 1,1^{***}}$	$\frac{35,3 \pm 0,9^{***}}{32,8 \pm 0,8^{***}}$	$\frac{31,9 \pm 0,9^{***\circ\circ}}{29,5 \pm 0,8^{***\circ\circ}}$
	Vm (см/с)	$\frac{38,5 \pm 1,1}{37,3 \pm 1,2}$	$\frac{51,2 \pm 1,8^{***}}{49,8 \pm 1,6^{***}}$	$\frac{50,4 \pm 1,4^{***}}{48,2 \pm 1,2^{***}}$	$\frac{46,7 \pm 1,3^{***\circ}}{44,5 \pm 1,1^{***\circ}}$
	RI	$\frac{0,58 \pm 0,004}{0,60 \pm 0,005}$	$\frac{0,55 \pm 0,003^{***}}{0,58 \pm 0,004^*}$	$\frac{0,56 \pm 0,005^*}{0,58 \pm 0,003^{**}}$	$\frac{0,57 \pm 0,004^{\circ\circ}}{0,59 \pm 0,005}$
	PI	$\frac{0,95 \pm 0,007}{0,98 \pm 0,010}$	$\frac{0,90 \pm 0,005^{***}}{0,94 \pm 0,008^*}$	$\frac{0,90 \pm 0,004^{***}}{0,95 \pm 0,006^*}$	$\frac{0,92 \pm 0,006^{**\circ}}{0,97 \pm 0,008^{\circ}}$
АА	Vp (см/с)	$51,3 \pm 1,3$	$55,9 \pm 1,7^*$	$55,2 \pm 1,4^*$	$53,7 \pm 1,4$
	Vd (см/с)	$24,8 \pm 0,7$	$28,3 \pm 0,8^{**}$	$27,5 \pm 0,7^*$	$26,4 \pm 0,7$
	Vm (см/с)	$31,6 \pm 0,8$	$34,7 \pm 1,0^*$	$34,1 \pm 0,9^*$	$32,8 \pm 0,8$
	RI	$0,52 \pm 0,002$	$0,49 \pm 0,004^{***}$	$0,50 \pm 0,003^{***\circ}$	$0,51 \pm 0,005^{\circ}$
	PI	$0,84 \pm 0,010$	$0,80 \pm 0,012^*$	$0,81 \pm 0,014$	$0,83 \pm 0,013$

Изоҳ: қаср чизигидан пастдаги қон оқими кўрсаткичлари чап томон, қаср чизигидан юқоридаги қон оқими кўрсаткичлари ўнг томон артериясига тегишли. * - даволанишгача бўлган кўрсаткичлар таққосланишининг ишончлилиқ фарқи (* - $P < 0,05$; ** - $P < 0,01$; *** - $P < 0,001$); ° - даволанишдан сўнгги кўрсаткичлар таққосланишининг ишончлилиқ фарқи (° - $P < 0,05$; °° - $P < 0,01$; °°° - $P < 0,001$).

II гуруҳдаги беморлар уйқу артериясининг зарарланган томонида бош мия ўрта артериясидаги қон оқимининг солиштирма баҳоланиши систолик, диастолик кўрсаткичлар ва ўртача қон оқими тезлигининг 28,3%, 37,3% ва 28,1% га ўсишини кўрсатди (9-жадвал).

9-жадвал.

Таққослаш гуруҳидаги беморларнинг интракраниал артерияларида қон оқими кўрсаткичларининг динамикаси

Артерия	Кўрсаткичлар	Амалиётгача	Амалиётдан сўнг	6 ойдан сўнг	12 ойдан сўнг
БМЎА	Vp (см/с)	$\frac{63,4 \pm 1,8}{60,9 \pm 1,6}$	$\frac{80,9 \pm 2,6^{***}}{78,6 \pm 2,3^{***}}$	$\frac{75,6 \pm 2,0^{***}}{73,8 \pm 1,9^{***}}$	$\frac{71,2 \pm 2,1^{*,\circ}}{69,5 \pm 1,8^{**, \circ}}$
	Vd (см/с)	$\frac{26,7 \pm 1,0}{24,2 \pm 0,8}$	$\frac{36,5 \pm 0,9^{***}}{33,4 \pm 0,9^{***}}$	$\frac{33,1 \pm 0,9^{***, \circ}}{30,7 \pm 0,8^{***, \circ}}$	$\frac{30,4 \pm 0,7^{*, \circ\circ\circ}}{28,6 \pm 0,7^{**, \circ\circ\circ}}$
	Vm (см/с)	$\frac{38,5 \pm 1,1}{37,3 \pm 1,2}$	$\frac{49,2 \pm 1,4^{***}}{47,9 \pm 1,3^{***}}$	$\frac{46,3 \pm 1,3^{***, \wedge}}{44,8 \pm 1,1^{***, \wedge}}$	$\frac{43,8 \pm 1,2^{**, \circ}}{42,1 \pm 1,1^{*, \circ\circ}}$
	RI	$\frac{0,58 \pm 0,004}{0,60 \pm 0,005}$	$\frac{0,55 \pm 0,003^{***}}{0,58 \pm 0,004^*}$	$\frac{0,56 \pm 0,002^{***, \circ}}{0,58 \pm 0,003^{**}}$	$\frac{0,57 \pm 0,004^{\circ\circ}}{0,59 \pm 0,005}$
	PI	$\frac{0,95 \pm 0,007}{0,98 \pm 0,010}$	$\frac{0,90 \pm 0,004^{***}}{0,94 \pm 0,005^{**}}$	$\frac{0,92 \pm 0,005^{**, \circ, \wedge}}{0,96 \pm 0,006^{\circ}}$	$\frac{0,93 \pm 0,006^{*, \circ\circ\circ}}{0,97 \pm 0,008^{\circ\circ}}$
АА	Vp (см/с)	$51,3 \pm 1,3$	$55,7 \pm 1,5^*$	$54,5 \pm 1,4$	$52,6 \pm 1,4$
	Vd (см/с)	$24,8 \pm 0,7$	$27,9 \pm 0,8^*$	$26,7 \pm 0,7$	$25,5 \pm 0,7^{\circ}$
	Vm (см/с)	$31,6 \pm 0,8$	$34,6 \pm 0,8^*$	$33,9 \pm 0,8$	$32,5 \pm 0,8$
	RI	$0,52 \pm 0,002$	$0,50 \pm 0,003^{***, \wedge}$	$0,51 \pm 0,002^{**, \circ, \wedge}$	$0,52 \pm 0,004^{\circ\circ}$
	PI	$0,84 \pm 0,010$	$0,80 \pm 0,013^*$	$0,82 \pm 0,011$	$0,83 \pm 0,012$

Изоҳ: қаср чизигидан пастдаги қон оқими кўрсаткичлари чап томон, қаср чизигидан юқоридаги қон оқими кўрсаткичлари ўнг томон артериясига тегишли. * - даволанишгача бўлган кўрсаткичлар таққосланишининг ишончлилиқ фарқи (* - P<0,05; ** - P<0,01; *** - P<0,001); ° - даволанишдан сўнгги кўрсаткичлар таққосланишининг ишончлилиқ фарқи (° - P<0,05; °° - P<0,01; °°° - P<0,001); ^ - асосий гуруҳ билан таққосланишининг ишончлилиқ фарқи (^ - P<0,05; ^^ - P<0,01).

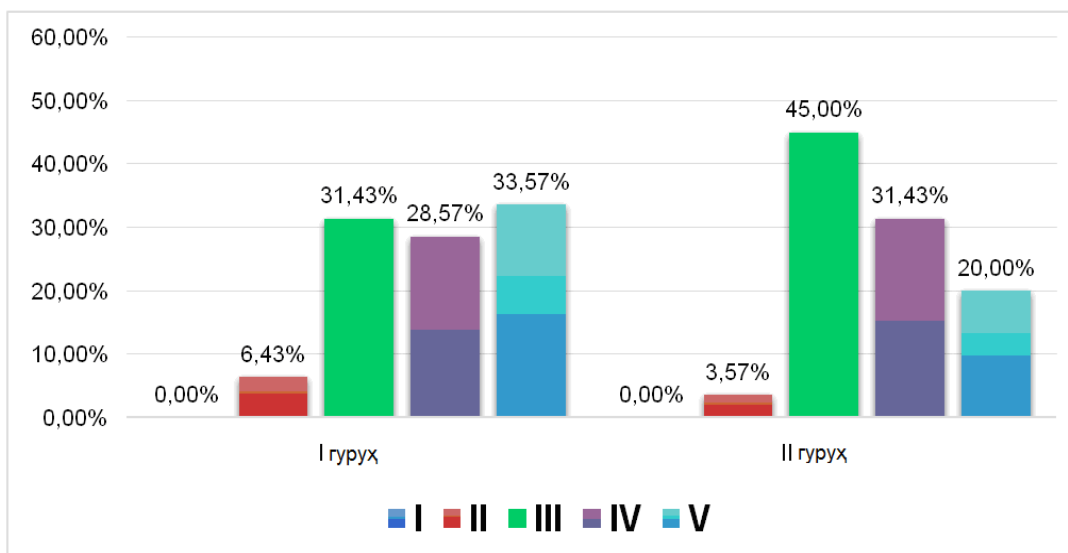
Ҳар иккала гуруҳ беморлари дуплекс сканерлаш (ДС) ёрдамида текширилганда ипсилатериал уйқу артерияларининг зарарланиш даражаси ва хусусиятлари аниқланади. Ушбу маълумотлар 10-жадвалда тақдим этилган.

10-жадвал.

Уйқу артерияларнинг стенозланиш даражалари

УА стенозланиш даражаси	I гуруҳ (n=140)	II гуруҳ (n=140)
60–70%	66 (47,1%)	51 (36,4%)
70–80%	38 (27,1%)	42 (30,0%)
80–90%	26 (18,6%)	41 (29,3%)
>90%	10 (7,2%)	6 (4,3%)

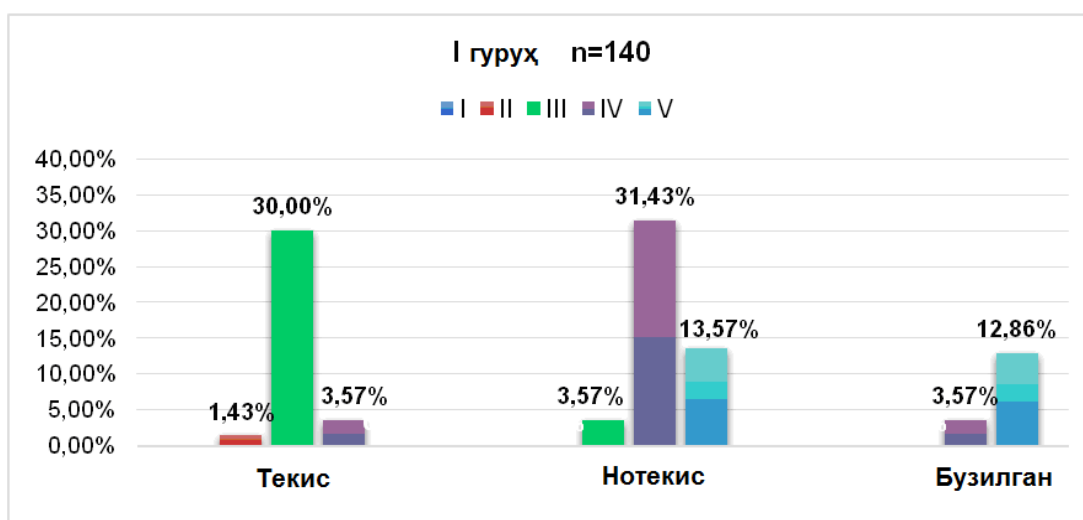
Жадвалдан кўришиб турибдики, ҳар иккала гуруҳ беморларининг ярмида (биринчиси 57,2% ва иккинчиси 53,5%) ички уйқу артериясининг стенозланиши 60–70% ни ташкил қилди. Шунинг таъкидлаб ўтиш керакки, иккинчи гуруҳ беморларда ички уйқу артериясининг «критик» деб номланувчи стенозланиши кўпроқ аниқланди. Хуллас, дуплекс сканерлаш маълумотларига кўра ички уйқу артериясининг 80% дан юқори даражада стенозланиши иккинчи гуруҳдаги беморларда 29,3%, биринчи гуруҳдаги беморларда 18,6% ни ташкил қилган.



2-расм. Ҳар иккала гуруҳ беморлар уйқу артерияларидаги атеросклеротик пилакчаларнинг тақсимланиши (n=280)

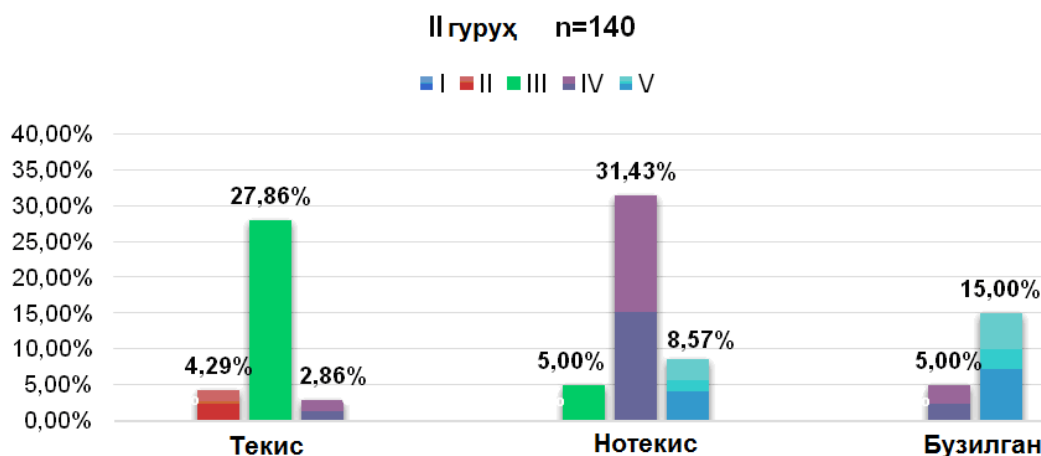
Биринчи ва иккинчи гуруҳ беморларини текшириш жараёнида атеросклеротик пилакчаларнинг (АСП) қуйидаги турлари аниқланди (2-расм). Ҳар иккала гуруҳдаги кўпчилик беморларда АСПнинг III (38,2%), IV (30,0%) ва V турлари (26,8%) кўпроқ аниқланди. АСПнинг II тури (5,0%) кам ҳолларда аниқланиб, I тури эса текширув жараёнида аниқланмади.

Биринчи гуруҳ беморларда текширув натижасига кўра IV и V турдаги пилакчалар орасида яраланган ёки юзаси нотекис бўлган АСПлар кўпроқ аниқланди, юзаси текис бўлган пилакчалар эса III тур пилакчалари орасида кўпроқ аниқланди (3-расм).



3-расм. Биринчи гуруҳ беморларда АСП турларнинг хусусиятлари n=140.

Иккинчи гуруҳда ҳам текширув натижасига кўра IV и V турдаги пилакчалар орасида яраланган ёки юзаси нотекис бўлган АСПлар кўпроқ аниқланади, юзаси текис бўлган пилакчалар эса III турдаги пилакчалар орасида кўпроқ аниқланди (4-расм).



4-расм. Иккинчи гуруҳ беморларда АП турларнинг хусусиятлари n=140.

ТИХ ўтказган беморларнинг аксариятида юзаси нотекис ва яраланган АСПлар аниқланди. Дисциркулятор энцефалопатия билан оғриган беморларда эса юзаси текис бўлган АСПлар аниқланди. Шундай қилиб, уйқу артерияларнинг гемодинамик аҳамиятли стенозланувчи зарарланишларида бош мия қон айланиши бузилиши аломатлари атеросклеротик пиллакчаларнинг турлари, юзаси ва жойлашишига боғлиқ бўлди. Бош миёда қон айланишнинг аломатли бузилишлари юзаси нотекис бўлган IV ва V турдаги АСПларга боғлиқ деб баҳоланди.

I гуруҳдаги 140 та беморнинг бўйин ва бош мия қон томирларида мульти-спирал компьютер томографик ангиография (МСКТА) текшируви ўтказилди (5-расм).



5-расм. Бўйин томирларининг турли кўринишдаги патологиялари.

Ушбу беморлар МСКТА ёрдамида текширилганида интракраниал томирларда қуйидаги патологиялар аниқланди: 10 та беморда (9,3%) бош миёнинг чап ўрта артерияси стенози (БМЎА), 17 та беморда (15,8%) бош миёнинг ўнг ўрта артерияси гипоплазияси (БМЎА), 7 та беморда (6,5%) умуртқа артериясининг экстра ва интракраниал қисми гипоплазияси ёки аплазияси; 74 та беморда эса (69,2%) ўнг ёки чап орқа қўшувчи артерияларнинг мавжуд эмаслиги аниқланди (6-расм).



6-расм. Бош мия томирларининг турли кўринишдаги патологиялари.

Биринчи гуруҳ (n=140) беморларининг амалиёт ўтказилган УАсида 3 ойдан сўнг ДС текширув натижаларига кўра 20% гача рестеноз ҳолати 3 та (2,1%) беморда аниқланди, бу даврда қолган беморларда рестеноз ҳолатлари аниқланмади. 6 ойдан сўнг эса 20% гача рестеноз ҳолати 5 та (3,6%), 20–30% гача рестеноз ҳолати 2 та (1,4%), ва битта беморда эса 59% гача рестеноз ҳолатлари аниқланди. 12 ойдан сўнг эса 20% гача рестеноз ҳолати 8 та (5,7%), 20–30% гача рестеноз ҳолати 4 та (2,9%), 30–59% гача рестеноз ҳолати эса 3 та (2,1%) беморда аниқланди. Бу даврда эса қолган беморларда рестеноз ҳолатлари кузатилмади (11-жадвал).

11-жадвал.

Биринчи гуруҳдаги беморларнинг кузатув даврида амалиёт бажарилган уйқу артериялари ҳолати (n=140)

Кузатиш муддати	Беморлар сони (умумий сонидан %)					
	Стеноз 20% гача	Стеноз 20–30%	Стеноз 30–59%	Стеноз 60–79%	Стеноз 80–99%	Окклюзия
3 ойгача	3 (2,1%)	-	-	-	-	-
6 ойгача	5 (3,6%)	2 (1,4%)	1(0,7%)	-	-	-
12 ойгача	8 (5,7%)	4 (2,9%)	3 (2,1%)	-	-	-

Уйқу артерияларида аввал 60% дан юқори стеноз бўлган II гуруҳда (n=140) 3 ойдан сўнг 21 та (15,0%) беморда стеноз даражасининг 80–90% га ўсиши, уйқу артерияларида 85–90 % дан юқори критик стеноз бўлган 11 та (7,8%) беморда ушбу артерияларнинг окклюзияланиши аниқланди. 6 ойдан сўнг эса 63 та (45%) беморда стеноз даражаси 80–90% га, уйқу артерияларида 85–90 % дан юқори критик стеноз бўлган 28 та (20%) беморда ушбу артерияларнинг окклюзияланиши аниқланди. 12 ойдан сўнг эса 84 та (60%) беморда стеноз даражаси 80–90% га, уйқу артерияларида 85–90 % дан юқори критик стеноз бўлган 37 та (26,4%) беморда эса ушбу артерияларнинг окклюзияланиши аниқланди, қолган беморларда стеноз даражасининг ўсиши аниқланмади (12-жадвал).

Дастлаб уйқу артериясининг >60% стенозига эга бўлган II гуруҳ беморларда кузатув муддатларига боғлиқ ҳолда ички уйқу артериясининг ҳолати (n=140)

Кузатув муддати	Беморлар сони (%)		
	Стеноз 60–79%	Стеноз 80–99%	Окклюзия
3 ой	108 (77,2%)	21 (15,0%)	11 (7,8%)
6 ой	49 (35,0%)	63 (45,0%)	28 (20,0%)
12 ой	19 (13,6%)	84 (60,0%)	37 (26,4%)

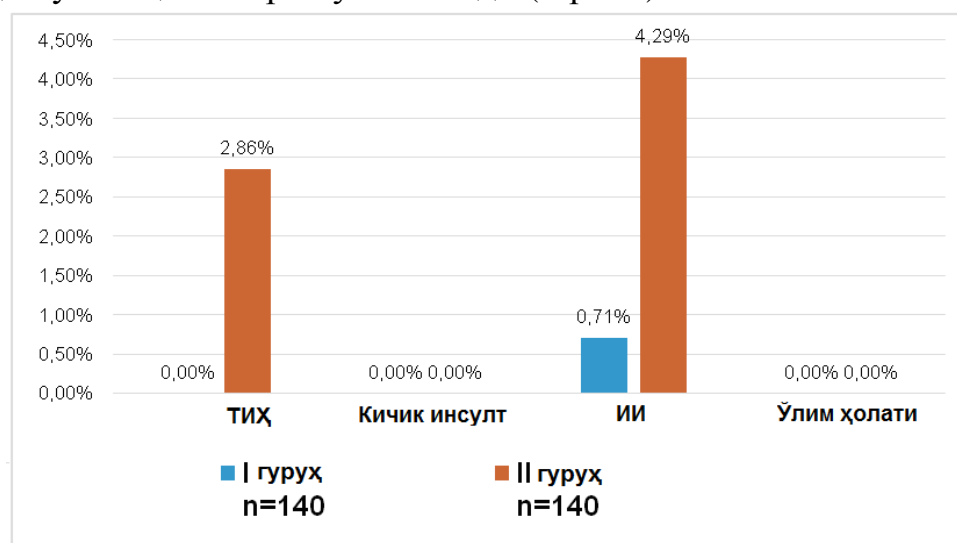
Тақдим этилган жадвалда биринчи гуруҳдаги беморларда рестеноз ва иккинчи гуруҳдаги беморларда стеноз даражасининг ўсиши ошиб бормоқда. Бу ҳолатни атеросклеротик жараённинг ўзига хос кечиши билан тушунтириш мумкин.

Узоқ муддатли кузатувларнинг клиник натижаларини баҳолаш мезонлари куйидагилар ҳисобланди:

- 1) транзитор ишемик хуруж (ТИХ) ривожланиши;
- 2) ишемик инсульт (ИИ) ривожланиши;
- 3) ўлим ҳолати.

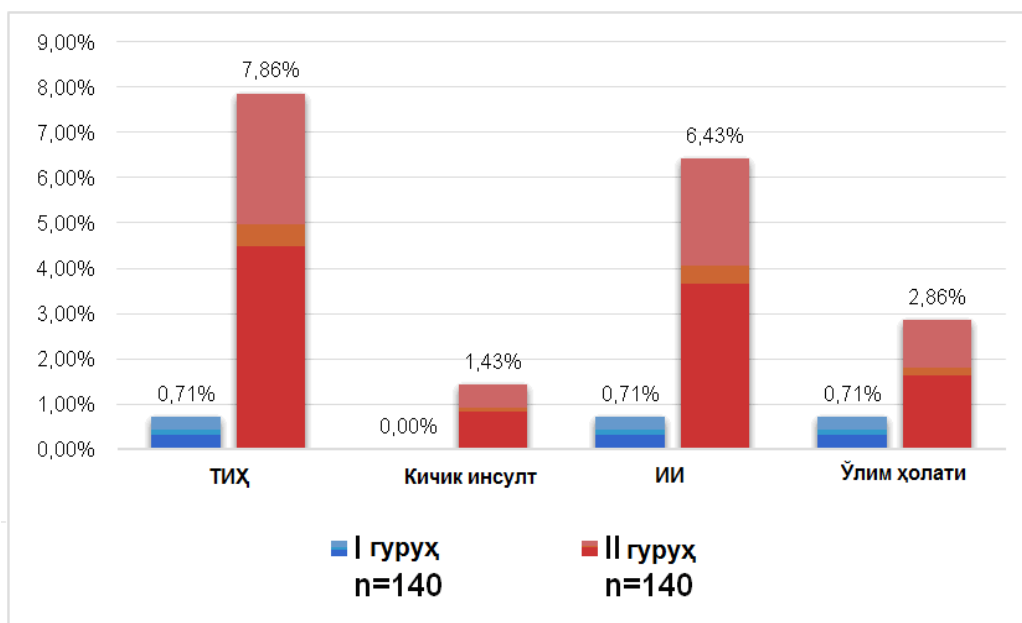
Ҳар иккала гуруҳда ҳам яқин муддатларда ва 3 ой мобайнида ТИХ, ИИ ва ўлим ҳолатлари, шунингдек, неврологик мақомда ўзгаришлар қайд қилинмади.

Бизнинг кузатувларимизда I гуруҳда КЭАЭдан кейинги 6 ой мобайнида СЦВЕнинг I, II, III босқичларида ТИХ ва бош миёда қон айланишининг ўткинчи ўткир бузилиш хуружлари тўхтади. СЦВЕнинг III босқичи билан оғриган 1 та беморда (0,71%) КЭАЭ амалиётидан кейин операция қилинган уйқу артерияси томонида ИИ ривожланди. II гуруҳ беморларда 6 ой давомида консерватив терапия курси шароитида СЦВЕнинг III босқичи билан оғриган 4 та (2,86%) беморда ТИХ; СЦВЕнинг III ва IV босқичлари билан оғриган 6 та (4,29%) беморда стенозланган томирлар ҳавзасида ИИ кузатилди. Иккита гуруҳда ҳам ўлим ҳолатлари кузатилмади (7-расм).



7-расм. 6 ой муддатда беморлар катамнези.

I гуруҳда, КЭАЭ амалиётдан кейин 12 ой ўтиб, СЦВЕнинг II босқичи билан оғриган 1 та беморда (0,71%) қайта ТИХ қайд қилинди. СЦВЕнинг III босқичи билан оғриган битта (0,71%) бемор қандли диабет асорати сабабли вафот этди, шунингдек, СЦВЕнинг III босқичи билан оғриган 1 та (0,71%) бемор ИИни бошидан ўтказди. II гуруҳда 12 ой давомида СЦВЕнинг III босқичи билан хасталанган 11 та (7,86%) беморда ТИХ қайд қилинди, стенозланган томирлар ҳавзаларида «кичик» инсулт типидagi мия қон айланиши бузилишлари СЦВЕнинг III босқичи билан хасталанган 2 та (1,43%) беморда, СЦВЕнинг III ва IV босқичлари билан касалланган 9 та (6,43 %) беморда ИИ кузатилди. Шунингдек, 4 та (2,86%) бемор ИИ асоратлари ва ёндош касалликлари сабабли вафот этди (8-расм).



8-расм. 12 ой муддатда беморлар катмнези.

Олинган маълумотлар асосида қуйидаги хулосаларни баён қилиш мумкин: церебрал гемодинамика ва нейрометаболик жараёнларни яхшилашга қаратилган препаратлар, антигипоксантилар, антиагрегантлар, гипохолестеринемик воситаларни ўз ичига олган консерватив муолажа билан II гуруҳ беморларини даволаш улардаги когнитив функцияларни, церебрал гемодинамикани ишонarli яхшилаши мумкин, лекин 33,3% ҳолатда СЦВЕнинг ИИ ва ўлим каби фатал асоратларининг олдини ола олмайди.

Демак, БММАнинг стенозланувчи зарарланишида КЭАЭ амалиётининг ўтказилиши инсулт ва ўлим ҳолатининг олдини олишга имкон беради.

Тадқиқотимиз натижалари асосида бундай муолажа ўтказилишининг мақсадга мувофиқлиги тасдиқланди.

Диссертациянинг «**Сурункали церебро-васкуляр етишмовчилиги мавжуд беморларда 3, 6 ва 12 ойлик динамик кузатув натижалари бўйича ҳаёт сифати ва меҳнат қобилиятини тиклаш салоҳиятини баҳолаш**» деб номланган учинчи бобида даволаш услубларига боғлиқ ҳолда СЦВЕ мавжуд

беморларда EQ-5D сўровномаси бўйича ҳаёт сифати ва меҳнат қобилиятини тиклаш салоҳияти кўрсаткичларининг динамикаси баҳоланди.

СЦВЕнинг III ва IV босқичлари билан хасталанган беморларнинг ҳаёт сифатини аниқлаш учун биз EuroQol-5D (EQ-5D) сўровномасини қўлладик (13-жадвал).

13-жадвал.

Гуруҳлар	EuroQol-5D сўровномаси (5 дан 15 баллгача)			
	амалиётгача	3 ойдан кейин	6 ойдан кейин	12 ойдан кейин
СЦВЕнинг III босқичи (ДЦЭ)				
I гр (n=64)	8,8±0,23	8,2±0,23	7,1±0,22***,^^	6,3±0,19***,^^^
II гр (n=59)	9,4±0,18	9,1±0,21	8,4±0,31**,^^	8,1±0,32***,^^^
<i>Изоҳ: * - амалиётгача кўрсаткичлар билан солиштирилганда ишонарли ***-P<0,001</i>				
<i>^ - 3 ойлик кўрсаткичлар билан солиштирилганда ишонарли ^^ - P<0,01; ^^ - P<0,001</i>				
СЦВЕнинг IV босқичи (ИИ)				
I гр (n=43)	11,3±0,31	10,2±0,34*	8,5±0,34*,^^	7,8±0,40***,^^^
II гр (n=55)	13,1±0,38	12,6±0,31*	12,4±0,41*,^^	12,4±0,44**,^^^
<i>Изоҳ: * - амалиётгача кўрсаткичлар билан солиштирилганда ишонарли *-P<0,05; ***-P<0,001</i>				
<i>^ - 3 ойлик кўрсаткичлар билан солиштирилганда ишонарли ^^ - P<0,01; ^^ - P<0,001</i>				

СЦВЕнинг III ва IV босқичлари билан оғриган ҳар иккала гуруҳ беморларини текшириш натижаларига кўра даволаш шароитида меҳнат қобилиятини тиклаш салоҳияти даражасининг кўрсаткичи қуйидагича бўлди (14-жадвал).

14-жадвал.

Гуруҳлар	Меҳнат қобилиятини тиклаш салоҳияти даражалари (I дан IV гача)			
	I (РП йўқлиги)	II (паст РП)	III (ўрта РП)	IV (юқори РП)
СЦВЕ III босқичи (ДЦЭ)				
I гр (n=64)	-	7,4±0,12	23,8±0,11***,^^	32,8±0,10***,^^^
II гр (n=59)	-	21,9±0,14	16,7±0,17**,^^	20,4±0,19***,^^^
<i>Изоҳ: * - амалиётгача кўрсаткичлар билан солиштирилганда ишонарли ***-P<0,001</i>				
<i>^ - 3 ойлик кўрсаткичлар билан солиштирилганда ишонарли ^^ - P<0,01; ^^ - P<0,001</i>				
СЦВЕ IV босқичи (ИИ)				
I гр (n=43)	5,3±0,21	9,2±0,14*	15,8±0,24*,^^	12,7±0,10***,^^^
II гр (n=55)	17,2±0,28	24,2±0,11*	7,2±0,41*,^^	6,4±0,44**,^^^
<i>Изоҳ: * - амалиётгача кўрсаткичлар билан солиштирилганда ишонарли *-P<0,05; ***-P<0,001</i>				
<i>^ - 3 ойлик кўрсаткичлар билан солиштирилганда ишонарли ^^ - P<0,01; ^^ - P<0,001</i>				

14-жадвалдан кўришиб турганидек, СЦВЕнинг III босқичи билан хасталанган I гуруҳ беморларда меҳнат қобилиятини тиклаш салоҳиятининг юқори даражаси 32,8%, меҳнат қобилиятини тиклаш салоҳиятининг ўрта даражаси 23,8% ва меҳнат қобилиятини тиклаш салоҳиятининг паст даражаси

7,4% ҳолатларда кузатилди. II гуруҳда СЦВЕнинг III босқичида меҳнат қобилиятини тиклаш салоҳиятининг юқори даражаси 20,4%, ўртача даражаси 16,7% ва паст даражаси 21,9% беморларда кузатилди. СЦВЕнинг IV босқичи билан касалланган I гуруҳ беморларда меҳнат қобилиятини тиклаш салоҳиятининг юқори даражаси 12,7%, ўртача даражаси 15,8%, паст даражаси 9,2% ва меҳнат қобилиятини тиклаш салоҳиятининг йўқлиги 5,3% ҳолатларда кузатилди. II гуруҳда СЦВЕнинг IV босқичида меҳнат қобилиятини тиклаш салоҳиятининг юқори даражаси 6,4%, ўртача даражаси 7,2%, паст даражаси 24,2% ва меҳнат қобилиятини тиклаш салоҳиятининг йўқлиги 17,2% беморларда кузатилди.

ХУЛОСА

1. Тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, беморлар меҳнат қобилиятини тиклаш даволаш босқичларида СЦВЕнинг III босқичи билан хасталанган I гуруҳ беморларда бош ва қулоқдаги шовқин аломатлари кузатув даврининг 3-ойида камайди. Псевдобульбар ва вестибулоатаксик ўчоқли неврологик синдромларнинг ушбу гуруҳ беморларда амалиётдан кейинги 3, 6 ва 12 ойлик кузатув давомида статистик жиҳатдан камайиши II гуруҳ беморлари натижаларига нисбатан ижобий бўлганлиги аниқланди.

2. СЦВЕнинг III ва IV босқичи билан хасталанган ва амалиёт ўтказилган беморларнинг MMSE шкаласи бўйича кўрсаткичлари кузатув даврининг 12-ойида ($26,5 \pm 0,34$) меъёрий даражагача тикланди. СЦВЕнинг III ва IV босқичи билан хасталанган II гуруҳ беморларда ҳам ижобий натижалар кузатилди, аммо уларнинг MMSE шкаласи бўйича кўрсаткичлари ўртача $24,5 \pm 0,39$ баллни ташкил этиб, 51,1% беморларда когнитив бузилишлар енгил даражада деб баҳоланди.

3. Кузатув натижаларига кўра уйқу артерияларида ўтказилган КЭАЭ жарроҳлик амалиётидан кейин 12 ойгача бўлган даврда 7,9% беморларда 20% гача, 10,0% беморларда 30% гача ва 6,4% беморларда 30% дан 59% гача рестеноз ҳолатлари кузатилди. Уйқу артерияларида 60% ва ундан юқори стеноз даражасига эга бўлган II гуруҳнинг 60% беморларда стеноз даражасининг ўсиши критик даражагача кузатилиб, 26,4% беморларда эса ушбу стенозланган артерияларнинг окклюзияланиши аниқланди.

4. Тадқиқот натижаларига кўра 12 ойгача бўлган кузатув даврида I гуруҳдаги беморлар орасида ўлим ҳолати 0,71% ни, II гуруҳдаги беморлар орасида эса ўлим ҳолати 2,86% ни ташкил этди. ТИХ ва ИИ кузатилиши I гуруҳда 0,71% ни ташкил этган бўлса, II гуруҳда эса ТИХ ҳолати 7,86% ни, кичик инсульт ҳолати 1,43% ни ва ИИ ҳолати 6,43% ни ташкил қилди.

5. Каротид эндартерэктомия жарроҳлик амалиёти даволанишнинг 1-босқичидир. Уйқу артерияларининг атеросклеротик зарарланишида беморлар диспансер назоратига муҳтож бўлиб, уларнинг узоқ муддат давомида антиагрегант, гипотензив ва гиполипидемик воситалар билан даволаниши

КЭАЭ амалиётидан кейинги даврларда рестеноз ривожланиш хавфини камайтиради.

6. Каротид эндартерэктомия жарроҳлик амалиёти беморларнинг ҳаёт сифат кўрсаткичларини 51,8% гача ва меҳнат қобилиятини тиклаш салоҳиятини 45,5% ҳолатларда юқори, 39,6% ҳолатларда эса ўрта (қоникарли) даражагача яхшилади.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.27.06.2017.Tib.31.01 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ ТАШКЕНТСКОМ ИНСТИТУТЕ
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ**

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

АТАНИЯЗОВ МАХСУДЖАН КАМАЛАДДИНОВИЧ

**КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ НОВЫХ
ТЕХНОЛОГИЙ ВЕДЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ
СО СТЕНОЗИРУЮЩИМ ПОРАЖЕНИЕМ МАГИСТРАЛЬНЫХ
АРТЕРИЙ ГОЛОВЫ**

**14.00.13 – Неврология
14.00.34 – Сердечно-сосудистая хирургия**

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PhD)
ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

ТАШКЕНТ – 2019

Тема докторской (PhD) диссертации зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за № В2017.2.PhD/Tib168.

Диссертация выполнена в Ташкентском медицинском академии.

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

Научные руководители: **Рахимбаева Гульнора Саттаровна**
доктор медицинских наук, профессор

Суннатов Равшан Джалилович
доктор медицинских наук

Официальные оппоненты: **Маджидова Якутхон Набиевна**
доктор медицинских наук, профессор

Асамов Равшан Эркинович
доктор медицинских наук, профессор

Ведущая организация: **Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова**

Защита диссертации состоится «__» _____ 2019 г. в ____ час на заседании Научного совета по присуждению ученых степеней DSc.27.06.2017.Tib.31.01 при Ташкентском институте усовершенствования врачей (Адрес: 100007, г. Ташкент, Мирзо-Улугбекский район, улица Паркентская, дом 51. Тел/факс: (+99871) 268-17-44; e-mail: info@tipme.uz).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Ташкентского института усовершенствования врачей (зарегистрирована за №____) (Адрес: 100007, г. Ташкент, Мирзо-Улугбекский район, улица Паркентская, дом 51. Тел/факс: (+99871) 268-17-44).

Автореферат диссертации разослан «__» _____ 2018 год.

(Протокол рассылки № ____ от «__» _____ 2018 года).

Х.А. Акилов

председатель Научного совета по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

Н.Н. Убайдуллаева

ученый секретарь Научного совета по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, доцент

Б.Г. Гафуров

председатель научного семинара при Научном совете по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации (PhD) доктора философии)

Актуальность проблемы и востребованность темы диссертации. Атеросклероз магистральных артерий головы, широко распространенный среди цереброваскулярных заболеваний, является одним из актуальных вопросов неврологии и ангионеврологии и входит в состав наиболее распространенных заболеваний среди пожилых людей мира. По прогностическим данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), «если в 2000 году смертность от цереброваскулярных заболеваний составила 15 миллионов человек, эта цифра возрастет в 2020 году в 1,5 раза, т.е. до 25 миллионов»¹. Очевидно, цереброваскулярное заболевание, развивающееся из-за стенозирующих поражений магистральных артерий головы (МАГ), особенно распространено среди трудящихся. В мировом масштабе цереброваскулярное заболевание является второй причиной смерти после сердечной ишемической болезни, на которую приходится около 10% всех смертей (5,4 млн. человек). Стоит отметить, что «церебральные ишемические инсульты происходят в 80–85% случаев из-за поражений МАГ, и это связано с высоким уровнем смертности и инвалидности в общей структуре сердечно-сосудистых заболеваний»².

В настоящее время в мире для оказания медицинской услуги на новом уровне особое внимание уделяется научным исследованиям, направленным на совершенствование методов профилактики неврологических осложнений после хирургического лечения хронической сосудисто-мозговой недостаточности (ХСМН). В связи с этим очень важны научные исследования по раннему выявлению когнитивных и неврологических расстройств после лечения больных с атеросклеротическим стенозирующим поражением магистральных артерий головы методом каротидной эндартерэктомии (КЭАЭ), определению типов, времени и продолжительности мер по улучшению качества жизни и индекса реабилитационного потенциала больных.

В нашей стране особое внимание уделяется совершенствованию мер по реабилитации больных с атеросклеротическим стенозирующим поражением магистральных артерий головы после хирургического лечения. В соответствии по Стратегией действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан, в 2017–2021 годы обозначены задачи по «повышению качества и удобства оказания медицинских и медико-социальных услуг для населения, формированию здорового образа жизни населения»³. В связи с этим, определение качество жизни и реабилитационного потенциала больных с хронической сосудисто-мозговой недостаточностью в реабилитационном периоде, после вмешательства КЭАЭ, дает нам дальнейшее развитие и совершенствование системы медико-социальной помощи населению для

¹ Скворцова В.И., Евзельман М.А. Ишемический инсульт. – Орел: Труд, 2014. – С. 404. WHO's annual World Health.

² Heart Disease and Stroke Statistics-2009 Update: a Report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee / D.Lloyd-Jones [et al.] // Circulation. – 2015 Jan 27. – Vol. 119, N3. – pp. 480–86.

³ Указ Президента Республики Узбекистан №УП-4947 «О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан» от 7 февраля 2017 г.

обеспечения его полноценной жизнедеятельности, снижение показателей заболеваемости и повышение продолжительности жизни являются актуальными направлениями медицины.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, предусмотренных в Указе Президента Республики Узбекистан №УП-4947 «О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан» от 7 февраля 2017 г., Постановлениях Президента Республики Узбекистан №ПП-3494 «О мерах по ускоренному совершенствованию системы экстренной медицинской помощи» от 25 января 2018 г. и № ПП-3071 «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017–2021 годы» от 20 июня 2017 г., а также в других нормативно-правовых актах, связанные с этой деятельностью.

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

Степень изученности проблемы. Сегодня хроническая сосудисто-мозговая недостаточность (ХСМН) занимает всё большее место в структуре заболеваний и особенно в смертности населения. По данным Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, на 100000 населения болезни системы кровообращения составляют около 5800 и имеют тенденцию к росту. По данным Б.Г.Гафурова (2016), количество ишемических инсультов на 100000 населения превышает 150, а всего по республике фиксируется около 66000 инсультов, причем соотношение ИИ и геморрагического инсульта составляет 4,8:1. К сожалению, сегодня в Узбекистане число инвалидов, которые не могут обслуживать сами себя, превышает 150000 человек.

Каротидная эндартерэктомия считается операцией с долговременным эффектом при ХСМН. По статистике ВОЗ, в мире ежегодно выполняется более 1 млн. КЭАЭ. За год в США выполняется более 140000 операций на сонных артериях, то есть 52 операции на 100000 населения. В Европе ежегодно на 100000 населения выполняется 16 КЭАЭ (Albers G.W., 2014). За год в России (по статистике ВОЗ в 2008 г.) выполняется около 8000 операций на брахиоцефальных артериях (БЦА), а потребность составляет от 100 до 120 тыс. операций в год (Покровский А.В., 2015). В настоящее время в Узбекистане выполняется более 700–800 реконструктивных операций в год, а потребность составляет около 20–22 тыс. операций в год (Каримов Ш.И., 2016).

В некоторых случаях после КЭАЭ возможно развитие рестеноза сонной артерии в среднем до 15%, при котором появляется неврологическая симптоматика. До настоящего времени проблема снижения их частоты является актуальной, поскольку до 13,5% рестенозов ведут к возобновлению неврологической симптоматики на фоне кажущегося полного благополучия. Частота рестенозов после каротидной эндартерэктомии варьирует в широких

пределах и составляет от 0,9% до 36% (Schanzer A., 2012; Fluri F., 2015). Такой разброс данных связан как с отсутствием единых критериев понятия «рестеноз», так и разных методов и сроков наблюдения оперированных пациентов. Высокоинформативные методы исследования, такие как дуплексное сканирование, показывают, что истинная частота рестеноза значительно превышает рассчитываемую только по клиническим критериям. Большинство авторов понятие «рестеноз» рассматривается только с функциональной точки зрения, т.е. когда он влияет на гемодинамику (степень стенозирования более 50–60%) (Скворцова В.И., 2014; Hudorovic N., 2016).

Прогресс ангиохирургии сопровождается не только неуклонным ростом числа выполняемых вмешательств на сонных артериях, но и заметным улучшением их результатов. Вышеизложенное позволяет утверждать следующее: при широкой распространенности каротидной эндартерэктомии отсутствуют четкие данные по исходам этих оперативных вмешательств в части развития рестенозов. Отсутствуют данные о сопоставлении частоты инсультов у больных с гемодинамически значимым стенозирующим поражением МАГ, подвергшихся хирургическим либо терапевтическим методам лечения (Печенкин А.А., 2014). Также в настоящее время в отечественной и зарубежной литературе не нашли достаточного отражения вопросы качества жизни и индекса реабилитационного потенциала больных с ХСМН после каротидной эндартерэктомии, а также ведения больных в отдаленном послеоперационном периоде.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационная работа выполнялась согласно научно-исследовательским планам Ташкентской медицинской академии и в рамках научного проекта «Разработка алгоритма диагностики при реабилитации больных со стенозирующим поражением магистральных артерий головы».

Цели исследования: наблюдать больных на основании изучения клинико-неврологических и гемодинамических нарушений со стенозирующим поражением МАГ, оптимизировать лечебную тактику и реабилитацию их в постоперационном периоде.

Задачи исследования:

изучить динамику неврологического статуса, когнитивных функций и церебральной динамики у больных, перенесших КЭАЭ после лечения через 3, 6 и 12 месяцев;

определить значение консервативных и хирургических методов лечения больных с ЦВЗ в первичной и вторичной профилактике острого инсульта;

оценить динамику качества жизни больных, перенесших КЭАЭ на этапах реабилитационного лечения, а также динамику индекса реабилитационного потенциала при хирургическом и консервативном подходах к терапии;

разработать меры по наблюдению и лечению больных, перенесших операцию КЭАЭ в раннем и позднем постоперационном периодах.

Объектом исследования были 280 больных в возрасте от 41 до 72 лет с хронической сосудисто-мозговой недостаточностью (ХСМН) с гемодинамически значимым (более 60%) стенозирующим поражением сонных артерий, которые получали курс консервативной терапии во II клиники Ташкентской медицинской академии, в Республиканском специализированном центре ангионеврологии и в I клинике Ташкентской медицинской академии.

Предмет исследования: специальные неврологические и нейропсихологические шкалы, результаты дуплексного сканирования сонных артерий, МСКТ ангиография сосудов шеи и головного мозга.

Методы исследования. В диссертационной работе использовано клинические данные, анамнез, краткая шкала оценки психического статуса (Mini Mental State Examination (MMSE)), шкала Бартела для определения уровня функциональной активности больного, качества жизни больных по опроснику EQ-5D и уровень реабилитационного потенциала больных после лечения, ангиовизуализационных (транскраниальная доплерография, дуплексное сканирование сонных артерий, МСКТ ангиография сосудов шеи и головного мозга) исследований, а также статистических методов исследования.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

впервые оценена эффективность хирургических и консервативных методов лечения относительно развития инсульта и летальности в реабилитационном периоде больных ХСМН с гемодинамически значимым стенозом каротидных артерий;

впервые дана оценка индекса реабилитационного потенциал и качества жизни больных ХСМН с гемодинамически значимым стенозом магистральных артерий головы в зависимости от выбранных методов терапии;

разработаны объем, кратность и сроки реабилитационных курсов терапии для больных, перенесших КЭАЭ;

усовершенствованы методы диагностических мер при атеросклеротических стенозирующих поражениях магистральных артерий головы.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

разработка и внедрение подходов ведения и реабилитационных программ для больных, перенесших КЭАЭ, позволяют уменьшить послеоперационные осложнения у больных, провести профилактику развития повторных мозговых сосудистых катастроф, таких как транзиторная ишемическая атака и церебральный ишемический инсульт.

Достоверность результатов исследования обосновывается использованием современных методов и средств, проведенных на основе клинических, инструментальных и статистических методов исследования, обработкой всех цифровых данных исследования с использованием современных компьютерных технологий, адекватностью полученных результатов теоретических и практических исследований и внедрением в практическую деятельность.

Научная и практическая значимость результатов исследования. Научная значимость результатов исследования основана на том, что ранняя

диагностика ХСМН в мире является предметом научных исследований и предусматривает не только своевременное лечение, но и необходимость обеспечения социально-психологической поддержки пациента и его родственников по мере прогрессирования заболевания. Течение осложнений поражения МАГ с долгосрочной нетрудоспособностью и высокие экономические затраты для лечения и ухода за больными связаны с помещением больных в специализированные учреждения. Анализ прямых экономических расходов на проблему инсульта показал, что на активное лечение и реабилитацию больных в течение первого года заболевания приходится лишь 20–25% общих затрат, тогда как на долечивание, уход и реабилитацию через 1 год и более после развития инсульта 75–80%. Устранение хирургическим методом КЭАЭ когнитивных нарушений и неврологических симптомов у больных с ХСМН, который развивался из-за атеросклероза МАГ, и меры, принятые в течение года после операции, направленные на долечивание и реабилитацию, объясняются улучшением качества жизни и индекса реабилитационного потенциала больного.

Практическое значение данных исследования объясняется изученностью результатов больных ХСМН в течение 3, 6 и 12 месяцев реабилитации, в 45,5% случаев высокими уровнями и в 39,6% случаев удовлетворительными уровнями индекса реабилитационного потенциала среди больных после хирургической операции. Результаты исследования показали, что проведение каротидной эндартерэктомии у больных при стенозирующем поражении магистральных артерий головы более безопасно, по сравнению с консервативным лечением, с целью качественного обеспечения первичной профилактики ишемического инсульта, что приводит к достижению более высокой клинической и экономической эффективности.

Внедрение результатов исследования. На основании научных результатов по улучшению когнитивной и функциональной активности пациентов и реабилитационных мероприятий по улучшению качества жизни в послеоперационном периоде КЭАЭ, при стенозе магистральных артерий головного мозга:

утверждено методические рекомендации «Нейропротективные подходы в терапию послеоперационного периода больных с каротидной эндартерэктомией» (заключение Министерства здравоохранения №8н-р/351 от 12.12.2018). Данное руководство представляет рекомендации по улучшению послеоперационного периода КЭАЭ при стенозе магистральной артерии головного мозга, а также повышению эффективности реабилитационных мероприятий у больных с симптомным течением ХСМН;

полученные результаты – повышения эффективности хирургического и консервативного лечения пациентов с ХСМН – были внедрены в лечебно-профилактических учреждениях Республики Узбекистан, в частности, в практику Гулистанского районного медицинского объединения и Ташкентского областного многопрофильного медицинского центра (заключение

Министерства здравоохранения №8н-д/273 от 14.12.2018). Нейропротекторные терапевтические меры в послеоперационный период КЭАЭ показало, что реабилитационный потенциал значительно увеличился у 57,2% пациентов с ХСМН III степенью, при этом отмечалось улучшение качества жизни этих пациентов на 37,2% случаев, а также трехкратно уменьшилась потребность в нейропротективных процедурах в постреабилитационный период, в свою очередь, уровень реабилитационного потенциала увеличился у 35,7% пациентов с IV степенью ХСМН, при этом отмечалось улучшение качества жизни этих пациентов на 44,9% случаев со снижением потребности в нейропротективной терапии в реабилитационный период в двое.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 2 международных и 6 республиканских научно-практических конференциях.

Публикации результатов исследования. По теме диссертации всего опубликовано 27 научных работ, из них 7 научных статей, в том числе 5 в республиканских и 2 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертационная работа состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов и списка использованных литератур, изложена на 117 страницах.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обосновываются актуальность и востребованность проведенного исследования, цель и задачи исследования, охарактеризованы объект и предмет исследования, показано соответствие его приоритетным направлениям развития науки и технологий Республики Узбекистан, излагаются научная новизна и практические результаты исследования, раскрываются научная и практическая значимость полученных результатов, степень их внедрения в практическое здравоохранение, сведения по опубликованным работам и структуре диссертации.

В первой главе диссертации **«Современное состояние вопросов диагностики и лечения больных с хронической сосудисто-мозговой недостаточностью»** приводится обзор литературы. В обзоре проанализированы основные проблемы каротидной хирургии при хронической сосудисто-мозговой недостаточности. Раскрыты вопросы социально-экономической значимости и эпидемиологии ишемического инсульта. Даются этиопатогенез, классификации, клинические проявления и методы диагностики хронической сосудисто-мозговой недостаточности. Отражены современные подходы к хирургическому и консервативному лечению хронической сосудисто-мозговой недостаточности.

Во второй главе диссертации **«Общая характеристика клинического материала и методов обследования»** описаны материалы и методы

исследования, использованные в данной работе. В проспективное исследование вошли 280 больных с I, II, III, IV степенью хронической сосудисто-мозговой недостаточности, которые имели одностороннее гемодинамически значимое стенозирующее поражение сонных артерий.

Больные были разделены на две группы. В I группу (основная группа) включены 140 больных с гемодинамически значимым стенозирующим поражением сонных артерий (более 60%) с I, II, III, IV степенью ХСМН по классификации А.В. Покровского (1979), которым была выполнена открытая каротидная эндартерэктомия (КЭАЭ) в отделении ангионеврологии 2-й клиники Ташкентской медицинской академии. В этой группе 96 мужчин (68,6%) и 44 женщины (31,4%), возраст которых варьировал от 42 до 69 лет; средний возраст составил $55,3 \pm 1,2$ лет.

Во II группу (группа сравнения) включены 140 больных с гемодинамически значимым стенозирующим поражением сонных артерий (более 60%) с I, II, III, IV степенью ХСМН, которые прошли курс консервативной терапии в отделении неврологии 1-й клиники Ташкентской медицинской академии. Из них 79 мужчин (56,4%) и 61 женщина (43,6%), возраст которых варьировал от 41 до 72 лет; средний возраст составил $56,5 \pm 1,1$ лет. Все больные наблюдались в динамике через 3, 6 и 12 месяцев в 1- и 2-й клиниках Ташкентской медицинской академии.

Сравнение результатов исследований проводили с контрольной группой, в которую вошли 30 здоровых добровольцев (17 мужчин, 56,7% и 13 женщин, 43,37%), сопоставимых по возрастному цензу (средний возраст $58,5 \pm 1,03$ лет). Критерием включения являлось отсутствие субъективных жалоб и объективной неврологической симптоматики.

Распределение больных по полу в обеих группах показано в табл. 1.

Таблица 1

Распределение больных в обеих группах по полу

Группа	Пол		Всего
	Муж	Жен	
I группа	n=96	n=44	n=140
	68,6%±1,7	31,4%±1,3	%
II группа	n=79	n=61	n=140
	56,4 %±1,3	43,6%±1,4	%
Всего	n=175	n=105	n= 280
	62,5%±1,5	37,5%±1,2	

Оценка выраженности хронической сосудисто-мозговой недостаточности больных обеих группы в соответствии с классификацией А.В. Покровского для наглядности представлена на рис. 1.

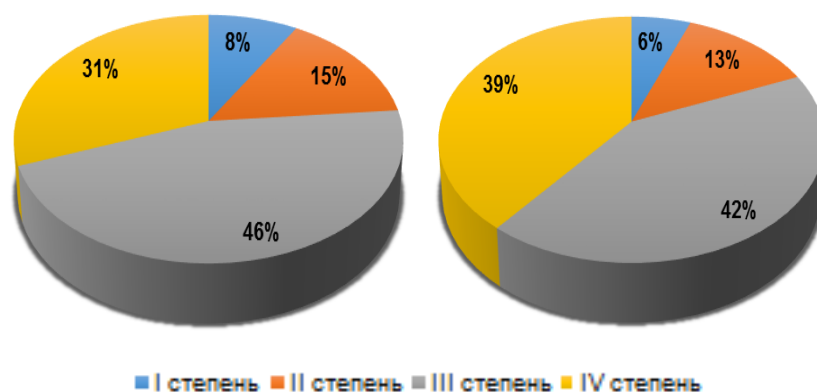


Рис. 1. Распределение больных обеих группы по степени ХСМН

Среди обследованных (табл. 2) больных обеих групп были следующие сопутствующие заболевания.

Таблица 2

Характеристика и частота сопутствующих заболеваний у больных при ХСМН

Кол-во больных	Артериальная гипертензия + атеросклероз		ИБС		Инфаркт миокард в анамнезе		Сахарный диабет		Поражения артерий ног	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Основная группа, n=140	124	88,6	47	33,6	7	5	28	20	33	23,5
Группа сравнения, n=140	126	90	16	11,4	-	-	30	21,7	9	6,4

Всем больным проводилось клиничко-неврологическое обследование по стандартным методикам – ЭКГ, эхокардиография, рентгенография органов грудной клетки, а также комплекс инструментальных методов исследования – ультразвуковые и МСКТ-ангиографические данные, показатели умственного состояния по шкале MMSE, качество жизни больных по опроснику EQ5D и реабилитационный потенциал больных после лечения. А также оценивали состояние функциональной активности у больных с IV степенью ХСМН по шкале Бартела.

Статистический анализ полученных результатов проводили методами вариационной статистики, включающими вычисление средней арифметической величины (M), ошибки средней арифметической величины (m), выражающей надежность полученной средней величины изучаемого признака, коэффициента линейной корреляции (r), t-доверительного коэффициента (критерий достоверности различия Стьюдента–Фишера). Достоверность средних различий оценивалась на основе критерия Стьюдента при 95%-ном доверительном интервале ($p < 0,05$).

В третьей главе диссертации «Хирургическая и консервативная коррекция больных с атеросклеротическим стенозирующим поражением магистральных артерий головы» приведены виды операции КЭАЭ и консервативные лечения больных с ХСМН.

Виды оперативных вмешательств у больных первой группы на СА представлены в табл. 3.

Таблица 3

Характеристика видов операция КЭАЭ на СА

Вид операции	Кол-во больных абс. %	
Классическая КЭАЭ	102	72,9
Эверсионная КЭАЭ	38	27,1
Всего	140	100

После выписки из стационара все больные обеих групп получали следующую реабилитационную медикаментозную терапию через 3, 6 и 12 месяцев и в обязательном порядке находились под наблюдением в динамике невролога и ангиохирурга.

1. У всех пациентов в обеих группах были применены двухкратные антиагреганты (75 мг ацетилсалициловой кислоты + 75 мг клопидогрела), гиполипидемические (симвостатин, аторвостатин 20 мг/день) и антигипертензивные препараты (ингибиторы АПФ - периндоприл 4 или 8 мг/день, лизиноприл 5 или 10 мг/день, амлодипин 5 или 10 мг/день для блокирования кальциевых каналов), данная схема была рекомендованна для применения в течении нескольких лет беспрерывно.

2. Больным с ХСМН I, II, III степени на фоне непрерывной базисной терапии, указанной выше, для медикаментозной защиты мозга на протяжении операции во время спазма ВСА, а также для предотвращения осложнений после интраоперационной церебральной ишемии (ТИА и ИИ), связанной с внезапной гиперперфузией во время сдавливания ВСА был применен препарат Холин альфасцерат 4 мл – 1000 мг, а также больным IV степени ХСМН совместно с вышеуказанной схемой базисной терапии назначался Цитиколином 4 мл – 1000 мг в комплексе с Холин альфасцератом по 4 мл – 1000 мг в разведенном в 100 мл физиологического раствора в\в капельно.

3. В период реабилитации, 3, 6, 12 месячном периоде наблюдения обеих групп на фоне непрерывной базисной терапии, для коррекции неврологических синдромов, когнитивных расстройств, а также для предотвращения прогресса данных расстройств и восстановления функциональной активности больных, по средствам которых достигалось павышение качества жизни больных, улучшение реабилитационных показателей использовалась и рекомендовалась следующая нейропротективная комбинация лечения, а именно Цитиколин 4 мл – 1000 мг/день в разведении в физиологическом растворе в\в капельно 10 дней, после чего данный препарат в виде суспензии по 2 мл (200 мг) 3 раза в день курсом 45 дней, а также Холин альфосцерат по 4 мл – 1000 мг/день в разведении с физиологическом растворе в\в капельно 10 дней, с переходом данного препарата на капсульную форму по 400 мг 3 раза в день на протяжении 30 дней.

4. Кроме того, больные с осложненным ИИ, которые перенесли и не перенесли операцию, за период наблюдения в качестве реабилитационных мероприятий проводились следующие современные технологии, такие как кинезотерапия, специализированные тренажёр (при помощи MOTO med), лечебная гимнастика, специальный электронный массаж и селективная вибростимуляция.

Больным обеих групп из немедикаментозного лечения были рекомендованы остановка употребления спиртных напитков, прекращение курения, употребление гипохолестериновой диеты, а также избегание физической нагрузки и психо-эмоциональных стрессовых ситуаций.

В четвертой главе диссертации «Сравнительная оценка отдаленных исходов хирургического и консервативного лечения больных с хронической сосудисто-мозговой недостаточностью» проводится анализ клинико-неврологической характеристики, ангиовизиуализационных результатов оперированных и неоперированных больных на этапах реабилитационного лечения, а также результатов хирургического и консервативного лечения больных с ХСМН.

Как видно из табл. 4, у больных I группы отмечался более значительный регресс, как субъективных симптомов, так и неврологических синдромов, который носил статистически достоверный характер на этапах реабилитационного лечения в постоперационном периоде.

Таблица 4

Клиническая характеристика больных первой группы с III степенью ХСМН (n=64) по итогам 3, 6 и 12-месячного наблюдения

I группа ХСМН III (n=64)								
Симптом заболевания	до операции		через 3 месяца		через 6 месяцев		через 12 месяцев	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Основные субъективные симптомы								
Головная боль	59	92,2±3,4	49	76,6±5,3*	39	60,9±6,1***, ^	25	39,1±6,1***, ^^^
Шум в ушах и в голове	40	62,5±6,1	32	50,0±6,3	10	15,6±4,6***, ^^	5	7,8±3,4***, ^^
Головокружение	51	79,7±5,1	49	76,6±5,3	35	54,7±6,3***, ^	28	43,8±6,3***, ^^
Снижение памяти	29	45,3±6,3	29	45,3±6,3	21	32,8±5,9	13	20,3±5,1**, ^^
Основные неврологические синдромы								
Пирамидный	64	100	61	95,3±2,7	44	68,8±5,8***, ^^	36	56,3±6,3***, ^^^
Вестибулоатактический	50	78,1±5,2	50	78,1±5,2	37	57,8±6,2*, ^	30	46,9±6,3**, ^^
Амиостатический	3	4,7±2,7	4	6,3±3,0	3	4,7±2,7	5	7,8±3,4
Псевдобульбарный	34	53,1±6,3	32	50,0±6,3	12	18,8±4,9***, ^^	7	10,9±3,9***, ^^^

Примечание: * – достоверно по сравнению с показателями до * – P<0,05; ** – P<0,01; *** – P<0,001; ^ – достоверно по сравнению с показателями 3 месяцев ^ – P<0,05; ^^ – P<0,01; ^^^ – P<0,001.

Среди неврологических синдромов через 6 и 12 месяцев установлено, что в I группе у больных отмечалось достоверное уменьшение частоты псевдобульбарного синдрома и его клинических симптомов. Пирамидный и вестибулоатактический синдромы у больных с III степенью ХСМН в течение 3, 6 и 12-месячного наблюдения четко статистически достоверно снижались ($p < 0,001$) на этапах реабилитационного лечения в постоперационном периоде.

В динамике проведенной консервативной терапии через 3, 6 и 12 месяцев установлено, что восстановительные процессы наблюдались и у II группы больных с III степенью ХСМН на фоне принятой по стандарту МЗ РУз терапии хронической ишемии мозга вазоактивными, нейропротективными, гиполипидемическими и антиагрегантными препаратами, однако, как видно из табл. 5, у больных этой группы динамика регресса как субъективных симптомов, так и неврологических синдромов была менее выражена.

Таблица 5

Клиническая характеристика больных второй группы с III степенью ХСМН (n=59) по итогам 3, 6 и 12-месячного консервативного лечения

II группа ХСМН III (n=59)								
Симптом заболевания	до лечения		через 3 месяца		через 6 месяцев		через 12 месяцев	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Основные субъективные симптомы								
Головная боль	42	71,1±5,4	37	62,7±4,3*	34	57,6,9±6,4***, ^	30	50,8±4,1* **, ^^^
Шум в ушах и в голове	57	96,6±4,2	50	84,7±6,3	39	66,1±6,2***, ^^^	32	54,2±5,1* **, ^^^
Головокружение	29	49,1±4,3	27	45,8,6±2,1	20	33,9±5,3***, ^	22	37,3±4,7* **, ^^^
Снижение памяти	46	77,9±6,1	30	50,8±4,2	34	57,6±5,9	32	54,2±5,1* **, ^^^
Основные неврологические синдромы								
Пирамидный	59	100	57	96,6±4,4	44	74,5±5,1***, ^^^	48	85,23±2,3***, ^^^
Вестибулоатактический	39	66,1±4,2	30	50,8±6,2	35	59,3±4,1*, ^	40	67,7±6,3* **, ^^^
Амиостатический	8	13,6±5,7	8	13,6±5,7	12	20,3±5,7	11	18,6±4,1
Псевдобульбарный	52	88,1±5,1	50	84,7±4,1	35	59,3±3,4***, ^^^	39	66,1±5,7* **, ^^^

Примечание: * – сравнения с до лечения * - $P < 0,05$; ** - $P < 0,01$; *** – $P < 0,001$; ^ – сравнения с после лечения ^ - $P < 0,05$; ^^ – $P < 0,01$; ^^^ – $P < 0,001$; ° – сравнения с основной группой ° - $P < 0,05$; °° – $P < 0,01$; °°° – $P < 0,001$.

В течение всего периода наблюдений больным обеих обследованных групп проводилась оценка динамики функционального состояния по шкале Бартела (данная шкала отражает балльную активность возможности больного самостоятельно передвигаться, принимать пищу, одеваться и т.д и оценивается

от 1 балла до 100 баллов). Как видно из табл. 6 в обеих группах со стойкими последствиями ИИ было отмечено повышение функциональной активности по шкале Бартела (табл. 6).

Таблица 6

Группа	Шкала Бартела			
	до	через 3 месяца	через 6 месяцев	через 12 месяцев
I гр (n=43)	69,0±2,0	69,8±2,1	75,9±1,9*,^	79,7±2,0**,^^
II гр (n=55)	60,0±1,8	62,7±1,6	69,9±2,1*,^	71,2±1,8**,^^

Примечание: * – достоверно по сравнению с показателями до * – P<0,05; ** – P<0,01; *** – P<0,001; ^ – достоверно по сравнению с показателями 3 месяцев ^ – P<0,05; ^^ – P<0,01; ^^ – P<0,001.

Для объективной оценки когнитивного дефицита и его динамики в процессе реабилитационного лечения у больных в обеих группах нами была использована международная краткая шкала оценки когнитивных функций – MMSE (табл. 7).

Таблица 7

Группа	Шкала MMSE			
	до	через 3 месяца	через 6 месяцев	через 12 месяцев
III степень ХСМН (ДЦЭ)				
I гр (n=64)	24,5±0,48	25,5±0,42	26,3±0,35*	26,5±0,34**
II гр (n=59)	23,2±0,32	23,0±0,51	24,1±0,37*	24,5±0,39**
IV степень ХСМН (ИИ)				
I гр (n=43)	23,4±0,39	24,3±0,37	25,7±0,40***,^	26,3±0,35***,^^
II гр (n=55)	21,8±0,32	22,3±0,43	22,7±0,35***,^	23,7±0,35***,^^

Примечание: * – достоверно по сравнению с показателями до * – P<0,05; ** – P<0,01; *** – P<0,001; ^ – достоверно по сравнению с показателями 3 месяцев ^ – P<0,05; ^^ – P<0,01; ^^ – P<0,001.

Как видно из табл. 7, у больных обеих обследуемых групп с ХСМН III степени (доинсультные состояния, обусловленные субкомпенсированной стадией хронической ишемии мозга) средний балл по шкале MMSE составлял 24,5±0,48 (I гр.) и 23,2±0,32 (II гр.), что свидетельствовало о наличии умеренных когнитивных нарушений в I группе и легкой деменции во II группе по результатам, включающим способность к ориентации, запоминанию, вниманию и счету, способности к воспроизведению речи, конструктивному праксису. На этапах реабилитационного лечения четко прослеживалась тенденция к улучшению и через год у оперированных больных показатели шкалы MMSE приблизились к норме (27–30 баллов), носили статистически достоверный характер и отражали наличие легких когнитивных нарушений.

Во II обследуемой группе с ХСМН III степени на этапах консервативной терапией также отмечалась положительная динамика, однако средние показатели шкалы MMSE через год от начала терапии в среднем составили

лишь $24,5 \pm 0,39$ балла и были расценены у 37,2% больных как деменция и у 51,1% больных как умеренное когнитивное расстройство.

По данным транскраниальной доплерографии (ТКДГ), на фоне хирургического лечения в динамике отмечался достаточно выраженный и устойчивый эффект – увеличение линейной скорости кровотока в интракраниальных артериях; при этом было отмечено снижение индекса периферического сопротивления и пульсационного индекса. Сравнительная оценка мозгового кровотока в средних мозговых артериях (СМА) у больных I группы показала наличие тенденции к увеличению пиковой, диастолической составляющей и средней скорости кровотока на 31,8%, 39,7% и 33,2%, особенно это было выражено на стороне пораженной СА (табл. 8).

Таблица 8

Динамика показателей мозгового кровотока в интракраниальных артериях у больных основной группы

Артерия	Показатель	До операции	После операции	Через 6 месяцев	Через 12 месяцев
СМА	Vp (см/с)	$\frac{63,4 \pm 1,8}{60,9 \pm 1,6}$	$\frac{83,1 \pm 3,0^{***}}{80,7 \pm 2,6^{***}}$	$\frac{80,6 \pm 2,8^{***}}{78,4 \pm 2,1^{***}}$	$\frac{74,8 \pm 2,4^{**\circ}}{72,6 \pm 2,1^{***\circ}}$
		$\frac{26,7 \pm 1,0}{24,2 \pm 0,8}$	$\frac{37,0 \pm 0,8^{***}}{34,1 \pm 1,1^{***}}$	$\frac{35,3 \pm 0,9^{***}}{32,8 \pm 0,8^{***}}$	$\frac{31,9 \pm 0,9^{**\circ\circ\circ}}{29,5 \pm 0,8^{***\circ}}$
	Vm (см/с)	$\frac{38,5 \pm 1,1}{37,3 \pm 1,2}$	$\frac{51,2 \pm 1,8^{***}}{49,8 \pm 1,6^{***}}$	$\frac{50,4 \pm 1,4^{***}}{48,2 \pm 1,2^{***}}$	$\frac{46,7 \pm 1,3^{***\circ}}{44,5 \pm 1,1^{***\circ}}$
		RI	$\frac{0,58 \pm 0,004}{0,60 \pm 0,005}$	$\frac{0,55 \pm 0,003^{***}}{0,58 \pm 0,004^*}$	$\frac{0,56 \pm 0,005^*}{0,58 \pm 0,003^{**}}$
	PI	$\frac{0,95 \pm 0,007}{0,98 \pm 0,010}$	$\frac{0,90 \pm 0,005^{***}}{0,94 \pm 0,008^*}$	$\frac{0,90 \pm 0,004^{***}}{0,95 \pm 0,006^*}$	$\frac{0,92 \pm 0,006^{**\circ}}{0,97 \pm 0,008^{\circ}}$
ОА	Vp (см/с)	$51,3 \pm 1,3$	$55,9 \pm 1,7^*$	$55,2 \pm 1,4^*$	$53,7 \pm 1,4$
	Vd (см/с)	$24,8 \pm 0,7$	$28,3 \pm 0,8^{**}$	$27,5 \pm 0,7^*$	$26,4 \pm 0,7$
	Vm (см/с)	$31,6 \pm 0,8$	$34,7 \pm 1,0^*$	$34,1 \pm 0,9^*$	$32,8 \pm 0,8$
	RI	$0,52 \pm 0,002$	$0,49 \pm 0,004^{***}$	$0,50 \pm 0,003^{***\circ}$	$0,51 \pm 0,005^{\circ}$
	PI	$0,84 \pm 0,010$	$0,80 \pm 0,012^*$	$0,81 \pm 0,014$	$0,83 \pm 0,013$

Примечание: тв числителе представлены значения кровотока артерий слева, в знаменателе кровотока артерий справа. * - достоверное различие по сравнению с показателями до лечения (* – $P < 0,05$; ** – $P < 0,01$; *** – $P < 0,001$); ° – достоверное различие по сравнению с показателями после лечения (° – $P < 0,05$; °° – $P < 0,01$; °°° – $P < 0,001$).

Сравнительная оценка мозгового кровотока в средних мозговых артериях у больных контрольной группы с достоверным улучшением показала увеличение пиковой, диастолической составляющей и средней скорости кровотока на 28,3%, 37,3% и 28,1%, особенно это было выражено на стороне пораженного сосуда (табл. 9).

Таблица 9

Динамика показателей мозгового кровотока в интракраниальных артериях контрольной группы

Артерия	Показатель	До лечения	После лечения	Через 6 месяцев	Через 12 месяцев
СМА	Vp (см/с)	$\frac{63,4 \pm 1,8}{60,9 \pm 1,6}$	$\frac{80,9 \pm 2,6^{***}}{78,6 \pm 2,3^{***}}$	$\frac{75,6 \pm 2,0^{***}}{73,8 \pm 1,9^{***}}$	$\frac{71,2 \pm 2,1^{*,\circ}}{69,5 \pm 1,8^{*,\circ}}$
	Vd (см/с)	$\frac{26,7 \pm 1,0}{24,2 \pm 0,8}$	$\frac{36,5 \pm 0,9^{***}}{33,4 \pm 0,9^{***}}$	$\frac{33,1 \pm 0,9^{***,\circ}}{30,7 \pm 0,8^{***,\circ}}$	$\frac{30,4 \pm 0,7^{*,\circ\circ\circ}}{28,6 \pm 0,7^{*,\circ\circ\circ}}$
	Vm (см/с)	$\frac{38,5 \pm 1,1}{37,3 \pm 1,2}$	$\frac{49,2 \pm 1,4^{***}}{47,9 \pm 1,3^{***}}$	$\frac{46,3 \pm 1,3^{***,\wedge}}{44,8 \pm 1,1^{***,\wedge}}$	$\frac{43,8 \pm 1,2^{*,\circ}}{42,1 \pm 1,1^{*,\circ}}$
	RI	$\frac{0,58 \pm 0,004}{0,60 \pm 0,005}$	$\frac{0,55 \pm 0,003^{***}}{0,58 \pm 0,004^*}$	$\frac{0,56 \pm 0,002^{***,\circ}}{0,58 \pm 0,003^{**}}$	$\frac{0,57 \pm 0,004^{\circ\circ}}{0,59 \pm 0,005}$
	PI	$\frac{0,95 \pm 0,007}{0,98 \pm 0,010}$	$\frac{0,90 \pm 0,004^{***}}{0,94 \pm 0,005^{**}}$	$\frac{0,92 \pm 0,005^{*,\circ,\wedge}}{0,96 \pm 0,006^{\circ}}$	$\frac{0,93 \pm 0,006^{*,\circ\circ\circ}}{0,97 \pm 0,008^{\circ\circ}}$
ОА	Vp (см/с)	$51,3 \pm 1,3$	$55,7 \pm 1,5^*$	$54,5 \pm 1,4$	$52,6 \pm 1,4$
	Vd (см/с)	$24,8 \pm 0,7$	$27,9 \pm 0,8^*$	$26,7 \pm 0,7$	$25,5 \pm 0,7^{\circ}$
	Vm (см/с)	$31,6 \pm 0,8$	$34,6 \pm 0,8^*$	$33,9 \pm 0,8$	$32,5 \pm 0,8$
	RI	$0,52 \pm 0,002$	$0,50 \pm 0,003^{***,\wedge}$	$0,51 \pm 0,002^{*,\circ,\wedge}$	$0,52 \pm 0,004^{\circ\circ}$
	PI	$0,84 \pm 0,010$	$0,80 \pm 0,013^*$	$0,82 \pm 0,011$	$0,83 \pm 0,012$

Примечание: в числителе представлены значения кровотока артерий слева, в знаменателе кровотока артерий справа: * – достоверное различие по сравнению с показателями до лечения (* – P<0,05; ** – P<0,01; *** – P<0,001); ° – достоверное различие по сравнению с показателями после лечения (° – P<0,05; °° – P<0,01; °°° – P<0,001); ^ – достоверное различие по сравнению с основной группой (^ – P<0,05; ^^ – P<0,01).

При дуплексном сканировании определили характер и степень поражения ипсилатеральных сонных артерий у больных в обеих группах. Эти данные представлены в табл. 10.

Таблица 10

Степень поражения СА	I группа (n=140)	II группа (n=140)
60-70%	66 (47,1%)	51 (36,4%)
70-80%	38 (27,1%)	42 (30,0%)
80-90%	26 (18,6%)	41 (29,3%)
>90%	10 (7,2%)	6 (4,3%)

Из представленных в таблице данных видно, что у половины больных в обеих группах (57,2% в первой и 53,5% во второй) степень стеноза внутренней сонной артерии была в пределах 60–70%. Следует отметить, что так называемый «критический» стеноз внутренней сонной артерии чаще выявлялся во второй группе. Так, по данным дуплексного сканирования стеноз внутренней сонной артерии более 80% имелся у 29,3% больных второй группы и лишь у 18,6% больных первой группы.

При исследовании у больных первой и второй группы были выявлены следующие типы атеросклеротических бляшек (АБ) (рис. 2). У большинства пациентов обеих групп были выявлены АСБ III типа (38,2%), IV типа (30,0%) и

V типа (26,8%). В меньшей степени выявлены II типа АСБ (5,0%), АСБ I типа не выявлено.

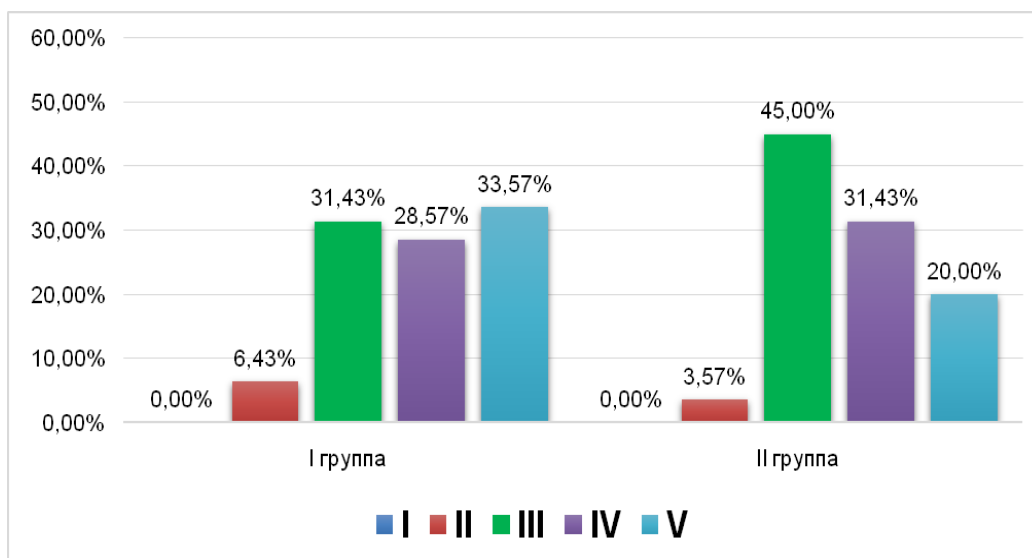


Рис. 2. Распределение атеросклеротических бляшек сонных артерии по типам у больных в обеих группах (n=280)

При исследовании у больных первой группы изъязвленная структура АСБ или ее неровной контур чаще обнаруживались при IV и V типах бляшек, ровный контур АСБ чаще обнаруживался при III типе бляшек (рис. 3).

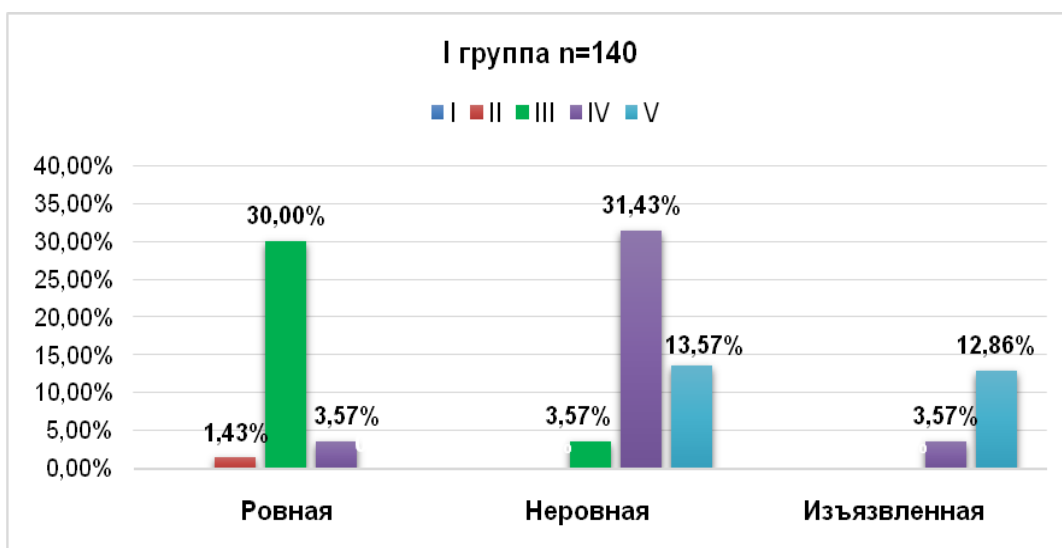


Рис. 3. Характеристика поверхностей разных типов АСБ у больных первой группы n=140

Во второй группе тоже изъязвленная структура АСБ или ее неровной контур чаще обнаруживались при IV и V типах бляшек, ровный контур АСБ чаще обнаруживался при III типе бляшек (рис. 4).

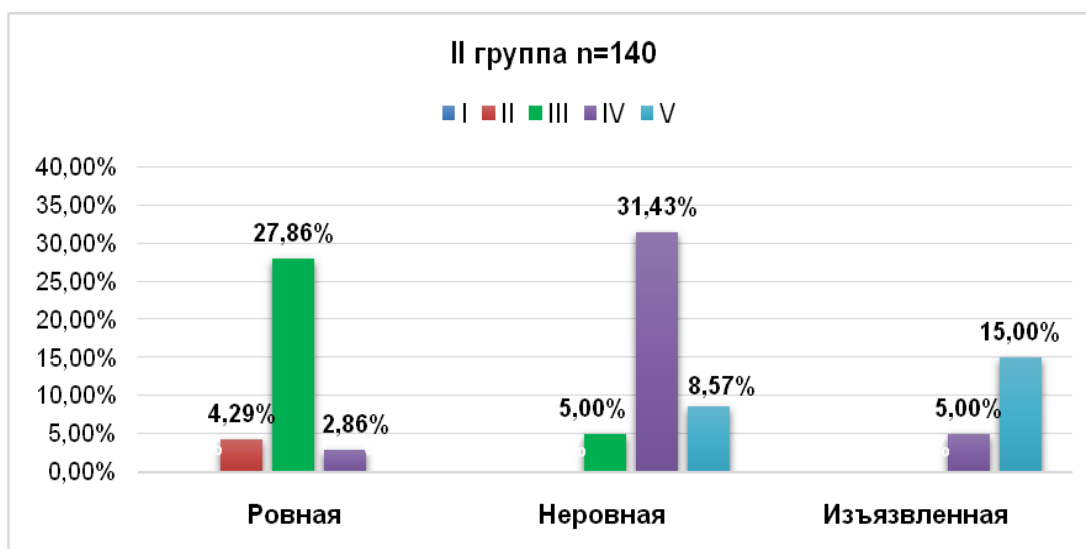


Рис. 4. Характеристика поверхностей разных типов АСБ у больных второй группы n=140

У большинства пациентов, перенесших ТИА, выявлен неровный и изъязвленный контур АСБ. Пациенты с дисциркуляторной энцефалопатией имели ровную поверхность атеросклеротической бляшки. Таким образом, симптоматика нарушения мозгового кровообращения при гемодинамически значимых стенозирующих поражениях сонных артерий зависела от типов атеросклеротической бляшки, её поверхности и расположения. Причинами симптомного нарушения мозгового кровообращения в основном были бляшки с неровной поверхностью при IV и V типах АСБ.

Мультиспиральная компьютерная томографическая ангиография (МСКТА) сосудов шеи и головного мозга была проведена 140 больным в I группе, данные которой совпадали с результатами ДС (рис. 5).



Рис. 5. Различные виды патологии сосудов шеи

При МСКТА у этих больных была выявлена следующая патология интракраниальных сосудов: у 10 больных (9,3%) стеноз средней мозговой

артерии (СМА) слева, у 17 больных (15,8%) гипоплазия средней мозговой артерии (СМА) справа, у 7 больных (6,5%) гипоплазия и аплазия экстра- и интракраниальных частей ПА; у 74 больных (69,2%) отсутствовала либо правая, либо левая задняя соединительная артерия (рис. 6).



Рис. 6. Различные виды патологии сосудов головного мозга

При исследовании методом ДС БЦА в I группе (n=140) через 3 месяца после операции отмечался рестеноз у 3 (2,1%) больных с оперированной СА до 20 %, у остальных больных рестенозы не наблюдались. Через 6 месяцев у 5 (3,6%) больных с оперированной СА рестеноз отмечался до 20%, у 2 (1,4%) больных от 20% до 30%, лишь у одного больного (0,7%) отмечался рестеноз 59%. Через 12 месяцев у 8 (5,7%) больных рестеноз отмечался до 20%, у 4 (2,9%) больных от 20% до 30%, у 3 (2,1%) больных отмечался рестеноз от 30% до 59%. У остальных больных рестенозы не наблюдались (табл. 11).

Таблица 11

Состояние оперированной сонной артерии в зависимости от сроков наблюдения у больных первой группы (n=140)

Срок наблюдения	Количество пациентов, % от общего числа					
	Стеноз до 20%	Стеноз 20-30%	Стеноз 30-59%	Стеноз 60-79%	Стеноз 80-99%	Окклюзия
До 3 месяцев	3 (2,1%)	-	-	-	-	-
До 6 месяцев	5 (3,6%)	2 (1,4%)	1 (0,7%)	-	-	-
До 12 месяцев	8 (5,7%)	4 (2,9%)	3 (2,1%)	-	-	-

При исследовании методом дуплексного сканирования сонных артерий у больных II группы (n=140), ранее имевших стеноз сонной артерии более 60 %, через 3 месяцев у 21 (15,0%) больного отмечался рост степени стеноза,

достигший 80–90%; у 11 (7,8%) больных, ранее имевших критической стеноз сонной артерии более 85–90%, через 3 месяца отмечалась окклюзия в этих артериях. Через 6 месяцев у 63 (45%) больных отмечался рост степени стеноза, достигший 80–90%; у 28 (20%) больных, ранее имевших критической стеноз сонной артерии более 85–90%, через 6 месяцев отмечалась окклюзия в этих артериях. Через 12 месяцев у 84 (60%) больных отмечался рост степени стеноза, достигший 80–90%, у 37 (26,4%) больных, ранее имевших критической стеноз сонной артерии более 85–90 %, через 12 месяцев отмечалась окклюзия в этих артериях, у остальных больных увеличения стеноза не выявлено (табл. 12).

Таблица 12

Состояние внутренней сонной артерии у больных, ранее имевших стеноз >60%, в зависимости от сроков наблюдения во второй группе (n=140)

Срок наблюдения	Количество пациентов, %		
	Стеноз 60-79%	Стеноз 80-99%	Окклюзия
3 месяца	108 (77,2%)	21 (15,0%)	11 (7,8%)
6 месяцев	49 (35,0%)	63 (45,0%)	28 (20,0%)
12 месяцев	19 (13,6%)	84 (60,0%)	37 (26,4%)

Как следует из представленных в таблице данных, с течением времени частота выявления рестеноза у больных первой группы и рост стенозов у больных второй группы возрастают, что может быть объяснено естественным течением атеросклеротического процесса.

Критериями оценки клинических результатов в отдаленном периоде наблюдения у больных обеих групп считалось: развитие транзиторной ишемической атаки (ТИА); развитие ишемического инсульта (ИИ); летальность.

В ближайшем периоде и в течение первых трех месяцев ТИА, ИИ и летальных исходов, а также ухудшения в неврологическом статусе у больных в обеих группах не отмечалось.

В наших наблюдениях первой группы после операции КЭАЭ в течение 6 месяцев у больных I, II, III степенью ХСМН полностью прекратились приступы ТИА и ПНМК. У 1-го (0,71%) больного с III степенью ХСМН после операции КЭАЭ наблюдался ИИ на стороне оперируемой СА.

Во второй группе из неоперированных больных в течение 6 месяцев на фоне проведенного курса консервативной терапии у 4 (2,86%) больных с III степенью ХСМН наблюдались ТИА; у 6 (4,29%) больных с III и IV степенью ХСМН наблюдались ИИ в бассейнах стенозированных сосудов. Летальность в обеих группах не наблюдалась (рис. 7).

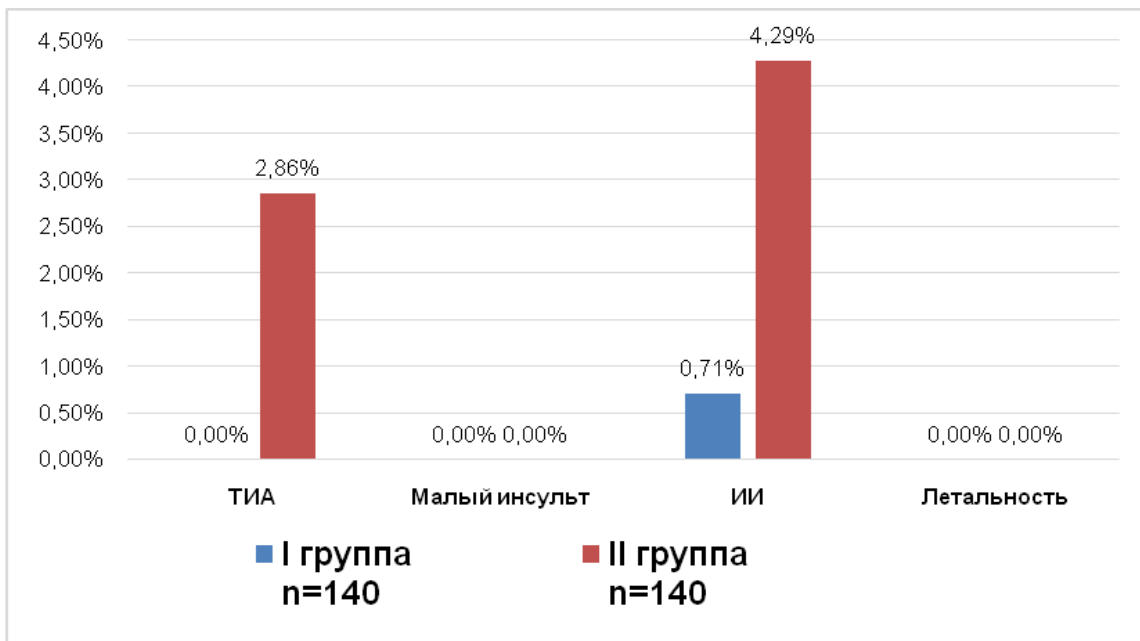


Рис. 7. Катамнез больных за 6-месячный период

В течение 12 месяцев в первой группе после операции КЭАЭ у 1-го больного (0,71%) со II степенью ХСМН отмечалась повторная ТИА. Один (0,71%) больной с III степенью ХСМН скончался от осложнения сахарного диабета, а также 1 (0,71%) пациент с III степенью ХСМН перенес ИИ.

Во второй группе в течение 12 месяцев у 11 (7,86%) больных с III степенью ХСМН отмечалась ТИА, нарушение мозгового кровообращения по типу «малого» инсульта в бассейнах стенозированных сосудов наблюдалось у 2 (1,43%) больных с III степенью ХСМН, у 9 (6,43 %) больных с III и IV степенью ХСМН наблюдались ИИ. А также 4 (2,86%) больных скончались от осложнении ИИ и сопутствующих заболеваний (рис. 8).

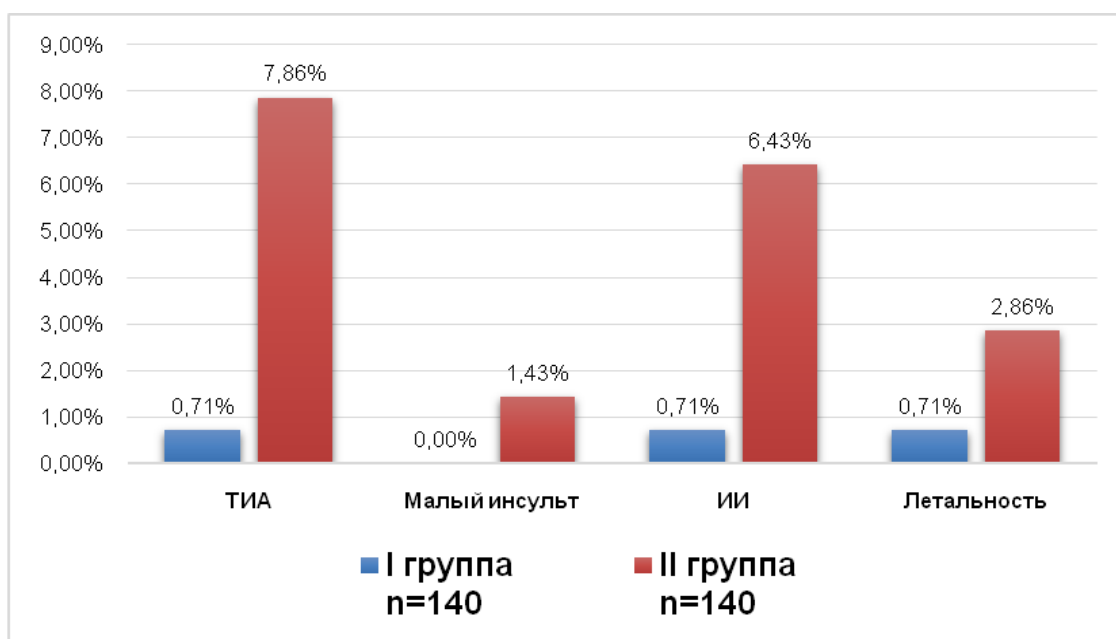


Рис. 8. Катамнез больных за 12-месячный период

Полученные данные позволили сделать вывод о том, что трехкратные повторные курсы консервативного лечения больных второй группы, включающего препараты по улучшению церебральной гемодинамики и нейрометаболических процессов, аптигипоксанта, антиагреганты, гипохолестеринемические средства, способны улучшить когнитивные показатели больных, достоверно улучшить церебральную гемодинамику, однако в 33,3% случаев не в состоянии предотвратить фатальные осложнения ХСМН в виде ИИ и летальности.

Следовательно, проведение оперативного вмешательства КЭАЭ у больных со стенозирующим поражением МАГ в значительной степени способствует предотвращению инсульта и летальности.

Фактически по результатам нашего исследования становится очевидной необходимость своевременного проведения такого лечения.

В пятой главе диссертации «**Оценка степеней качества жизни и реабилитационного потенциала больных с хронической сосудисто-мозговой недостаточностью по итогам 3-, 6- и 12-месячного динамического наблюдения**» приводится динамика показателей качества жизни по опроснику EQ-5D и реабилитационного потенциала больных с хронической сосудисто-мозговой недостаточностью в зависимости от избранных методов лечения всех групп.

Итак, для определений качества жизни больных с III и IV степенью ХСМН обеих группах нами был использован опросник EuroQol-5D (EQ-5D) (табл. 13).

Таблица 13

Группа	Опросник EuroQol-5D (от 5 до 15 баллов)			
	до	через 3 месяца	через 6 месяцев	через 12 месяцев
III степень ХСМН (ДЦЭ)				
I гр. (n=64)	8,8±0,23	8,2±0,23	7,1±0,22***,^^	6,3±0,19***,^^^
II гр. (n=59)	9,4±0,18	9,1±0,21	8,4±0,31**,^^	8,1±0,32***,^^^
* – достоверно по сравнению с показателями до *** – P<0,001; ^ – достоверно по сравнению с показателями 3 месяцев ^^ – P<0,01; ^^^ – P<0,001.				
IV степень ХСМН (ИИ)				
I гр. (n=43)	11,3±0,31	10,2±0,34*	8,5±0,34*,^^	7,8±0,40***,^^^
II гр. (n=55)	13,1±0,38	12,6±0,31*	12,4±0,41*,^^	12,4±0,44**,^^^
* – достоверно по сравнению с показателями до * – P<0,05; *** – P<0,001; ^ – достоверно по сравнению с показателями 3 месяцев ^^ – P<0,01; ^^^ – P<0,001.				

По результатам исследования больных с III и IV степенью ХСМН в обеих группах на фоне лечения индекс уровня реабилитационного потенциала был следующим (табл. 14).

Таблица 14

Группа	Уровень реабилитационного потенциала (от I до IV)			
	I (отсутствие РП)	II (низкий РП)	III (средний РП)	IV (высокий РП)
III степень ХСМН (ДЦЭ)				
I гр. (n=64)	-	7,4±0,12	23,8±0,11***, ^^	32,8±0,10***, ^^
II гр. (n=59)	-	21,9±0,14	16,7±0,17**, ^^	20,4±0,19***, ^^
<i>* – достоверно по сравнению с показателями до *** – P<0,001; ^ – достоверно по сравнению с показателями 3 месяцев ^^ – P<0,01; ^^ – P<0,001.</i>				
IV степень ХСМН (ИИ)				
I гр. (n=43)	5,3±0,21	9,2±0,14*	15,8±0,24*, ^^	12,7±0,10***, ^^
II гр. (n=55)	17,2±0,28	24,2±0,11*	7,2±0,41*, ^^	6,4±0,44**, ^^
<i>* – достоверно по сравнению с показателями до * – P<0,05; *** – P<0,001; ^ – достоверно по сравнению с показателями 3 месяцев ^^ – P<0,01; ^^ – P<0,001.</i>				

Как видно из табл. 14, у больных с ХСМН III степени высокий уровень РП наблюдался у 32,8%, средний уровень РП у 23,8% и низкий уровень РП у 7,4% случаев I группы. Во II группе высокий уровень РП наблюдался у 20,4%, средний уровень РП у 16,7% и низкий уровень РП у 21,9% больных с ХСМН III степени. В обеих группах ни у одного больного не наблюдалось отсутствия РП.

У больных с ХСМН IV степени высокий уровень РП наблюдался у 12,7%, средний уровень РП у 15,8%, низкий уровень РП у 9,2%, отсутствие РП наблюдалось у 5,3% случаев I группы. Во II группе высокий уровень РП наблюдался у 6,4%, средний уровень РП у 7,2%, низкий уровень РП у 24,2%, отсутствие РП наблюдалось у 17,2% больных с ХСМН IV степени.

ВЫВОДЫ

1. Результаты исследования показали, что у больных в I группе с III степенью ХСМН в динамике через 3 месяца отмечалось достоверное уменьшение шума в ушах и в голове, а также псевдобульбарные и вестибулоатактические синдромы в течение 3, 6 и 12-месячного наблюдения статистически достоверно улучшались ($p<0,001$) на этапах реабилитационного лечения по сравнению с больными второй группы.

2. На этапах реабилитационного лечения у оперированных больных с ХСМН III и IV степени показатели шкалы MMSE приблизились к норме $26,5\pm 0,34$ балла, носили статистически достоверный характер. Во II группе больных с ХСМН III и IV степени также отмечалась положительная динамика, однако средние показатели шкалы MMSE через год составили $24,5\pm 0,39$ балла и были расценены у 51,1% больного как умеренное когнитивное расстройство.

3. Проведенные этапные исследования выявили, что через 12 месяцев после КЭАЭ отмечался рестеноз у 5,7% больных до 20%, у 2,9% больных до

30% и у 2,1% больных от 30% до 59%, гемодинамически значимого рестеноза не наблюдалось. У больных II группы, ранее имевших стеноз сонной артерии 60%, через 12 месяцев у 60% больных отмечался рост степени стеноза, который достиг критического уровня и у 26,4% больных, ранее имевших критический стеноз сонной артерии, отмечалась окклюзия ВСА.

4. Динамическое наблюдение больных в течение одного года показало, что в I группе летальность составила 0,71%, тогда как во II группе 2,86%. Эпизоды ТИА и ИИ у больных I группы отмечались в 0,71% случаев, у больных II группы эпизоды ТИА наблюдались в 7,86% случаев, малый инсульт 1,43% случаев и ИИ 6,43% случаев, что свидетельствует о явной эффективности хирургических методов профилактики инсультов перед консервативной терапией при гемодинамически значимых поражениях сонных артерий.

5. Операция КЭАЭ является лишь этапом лечения, больные с атеросклерозом сонных артерий нуждаются в диспансерном наблюдении и длительном лечении дезагрегантами, гипотензивными препаратами и статинами, снижающими риск развития рестеноза после КЭАЭ.

6. Операция каротидная эндартерэктомия улучшает качество жизни больных до 51,8% и реабилитационный потенциал на высоком уровне до 45,5% случаев и в среднем уровне до 39,6% случаев.

**SCIENTIFIC COUNCIL No.DSc.27.06.2017.Tib.31.01
ON AWARD OF SCIENTIFIC DEGREES AT TASHKENT
INSTITUTE OF POSTGRADUATE MEDICAL EDUCATION**

TASHKENT MEDICAL ACADEMY

ATANIYAZOV MAKHSUDJAN KAMALADDINOVICH

**CLINICAL AND PATHOGENETIC SUBSTANTIATION OF NEW
TECHNOLOGIES FOR THE MANAGEMENT AND REHABILITATION OF
PATIENTS WITH STENOSING LESION OF THE MAIN ARTERIES OF
THE HEAD**

**14.00.13 –Neurology
14.00.34 – Cardiovascular Surgery**

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

TASHKENT-2019

The theme of doctoral (PhD) dissertation was registered by the Supreme Attestation Commission of the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan under No.B2017.2.PhD/Tib168.

The doctoral (PhD) dissertation was carried out at Tashkent Medical Academy.

The abstract of the dissertation was posted in three (Uzbek, Russian, English (resume)) languages on the website of the Scientific Council at www.tipme.uz and on the website of «ZiyoNet» Information and Educational Portal at www.ziynet.uz.

Scientific supervisors: **Rakhimbaeva Gulnora Sattarovna**
Doctor of Medicine, Professor

Sunnatov Ravshan Jalilovich
Doctor of Medicine

Official opponents: **Madjidova Yakutkhon Nabievna**
Doctor of Medicine, Professor

Asamov Ravshan Erkinovich
Doctor of Medicine, Professor

Leading organization: **Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov**

The defense of the doctoral dissertation will be held on «___» _____ 2019, at _____ at the meeting of the Scientific Council No.DSc.27.06.2017.Tib.31.01 at Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education (Address: 51 Parkent str., Mirzo Ulugbek district, 100007 Tashkent. Tel./fax: (+99871) 268-17-44, e-mail: info@tipme.uz).

The doctoral dissertation can be looked through in the Information Resource Centre of Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education (registered under No.____). Address: 51 Parkent str., Mirzo Ulugbek district, 100007 Tashkent. Tel./fax: (+99871) 268-17-44.

The abstract of the dissertation was distributed on «___» _____ 2018.

(Registry record No. _____ dated «___» _____ 2018)

Kh.A. Akilov

Chairman of the Scientific Council on Award of Scientific Degrees, Doctor of Medicine, Professor

N.N. Ubaydullaeva

Scientific Secretary of the Scientific Council on Award of Scientific Degrees, Doctor of Medicine, Associate Professor

B.G. Gafurov

Chairman of the Scientific Seminar of the Scientific Council on Award of Scientific Degrees, Doctor of Medicine

INTRODUCTION (abstract of the PhD dissertation)

The aim of the research is to observe patients with stenosing lesion of the main arteries of the head on the basis of studying clinical, neurological and hemodynamic disorders, and to optimize treatment tactics and their rehabilitation in the postoperative period.

The tasks of the research are:

studying the dynamics of neurological status, cognitive functions and cerebral dynamics in patients, who underwent carotid endarterectomy, after treatment within 3, 6 and 12 months;

determining the importance of conservative and surgical methods of treating patients with cerebrovascular diseases in the primary and secondary prevention of acute stroke;

assessing the dynamics of the quality of life of patients, who underwent carotid endarterectomy, at rehabilitation treatment stages, as well as the dynamics of the rehabilitation potential index in surgical and conservative approaches to therapy;

working out measures for the observation and treatment of patients, who underwent carotid endarterectomic operation, in the early and late postoperative periods.

The object of the research were 280 patients aged 41 to 72 years with chronic cerebrovascular insufficiency with hemodynamically significant (more than 60%) stenotic lesion of the carotid arteries who received a conservative therapy at Clinic No.2 of Tashkent Medical Academy, the Republican Specialized Center for Angioneurology and Clinic No.1 of Tashkent Medical Academy.

Scientific novelty of the research is as follows:

For the first time, the effectiveness of surgical and conservative methods of treatment has been evaluated with regard to the development of stroke and mortality in the rehabilitation period of patients, who underwent chronic cerebrovascular insufficiency with hemodynamically significant stenosis of the carotid arteries;

For the first time, an assessment has been made of the rehabilitation potential index and the quality of life of patients, who underwent chronic cerebrovascular insufficiency with hemodynamically significant stenosis of the main arteries of the head, depending on the chosen therapy methods;

The volume, frequency and duration of rehabilitation therapy courses have been worked out for patients who underwent carotid endarterectomy;

The methods of diagnostic measures have been improved for atherosclerotic stenosing lesions of the main arteries of the head.

Implementation of the research results. Based on the scientific results on improving the cognitive and functional activity of patients and rehabilitation measures to improve the quality of life in the postoperative period of CEAE, with stenosis of the main arteries of the brain:

"Neuroprotectiv approaches to the treatment of postoperative patient with carotid endarterectomy" (Reference No. 8n-p/351 of the Ministry of Health dated December 12, 2018). This manual provides recommendations for improving the postoperative period of CEAE in the stenosis of the main artery of the brain, as well

as improving the effectiveness of rehabilitation measures in patients with symptomatic CCI (chronic cerebrovascular insufficiency);

The obtained results - improving the efficiency of surgical and conservative treatment of patients with chronic blood pressure disease - were introduced in medical institutions of the Republic of Uzbekistan, in particular, in the Gulistan regional medical association and the Tashkent regional multidisciplinary medical center (Reference No. 8n-d/273 of the Ministry of Health dated December 14, 2018). During the postoperative period after carotid endarterectomy neuroprotective therapeutic measures showed that the rehabilitation potential increased significantly in 57.2% of patients with grade III of chronic cerebro-vascular insufficiency, and there was an improvement in the quality of life of these patients on 37.2% of cases, and the need for neuroprotective procedures in post-rehabilitation the period decreased in three times. At the same time, the level of rehabilitation potential increased in 35.7% of patients with grade IV chronic cerebro-vascular insufficiency, and there was an improvement in the quality of life of these patients on 44.9% of cases with a decrease in needs in neuroprotective therapy in the rehabilitation period in two times.

Publication of the research results. On the theme of the dissertation a total of 27 scientific works were published. Of these, 7 articles were published in scientific journals recommended by the Supreme Attestation Commission of the Republic of Uzbekistan for publishing the main scientific results of doctoral dissertations, including 5 in republican and 2 in foreign journals.

The structure and volume of the dissertation. The dissertation was presented on 117 pages consisting of an introduction, five chapters, conclusions and a list of used literature.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; Part I)

1. Рахимбаева Г.С., Суннатов Р.Д., Атаниязов М.К. Значение мультиспиральной компьютерной томографической ангиографии в диагностике состояния внутримозгового кровообращения у больных с стенозирующим поражением сонных артерий // «Неврология» илмий-амалий журнали. – Ташкент, 2010. – № 2. С. 29–32 (14.00.00, №14).

2. Каримов Ш.И., Рахимбаева Г.С., Атаниязов М.К. Анализ отдаленных результатов операций каротидной эндартерэктомии при стенозирующих поражениях сонных артерий // «Ангиология и сосудистая хирургия» Официальный журнал Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов. – Москва, 2010. – Том 16, № 3. – С. 103-106 (14.00.00, №82).

3. Рахимбаева Г.С., Атаниязов М.К. Результаты операции каротидной эндартерэктомии при стенозирующих поражениях сонных артерий у больных с хронической ишемией головного мозга // Тошкент тиббиёт академияси ахборотномаси. – Ташкент, 2015. – № 4.– С. 83-85 (14.00.00, №13).

4. Rakhimbaeva G.S., Ataniyazov M.K. A comparative clinical and catamnestic analysis of long-term results of carotid endarterectomy in stenosing carotid lesions // European Science Review. - Austria, 2015 - № 11-12. pp. 47-48 (14.00.00., №19).

5. Зокирова М.Ф., Атаниязов М.К. Когнитивные функции у больных со стенозирующими поражениями сонных артерий после каротидной эндартерэктомии // «Неврология»илмий-амалий журнали. – Ташкент, 2016. – № 1. – С. 11–13 (14.00.00, №14).

6. Атаниязов М.К. Возможности мультиспиральной компьютерной томографической ангиографии при сосудистых заболеваниях головного мозга // Вестник экстренной медицины, илмий-амалий журнали. – Ташкент, 2016. – № 1. - С. 92-93 (14.00.00, №15).

7. Атаниязов М.К. Сравнительный клинико-катамнестический анализ отдаленных результатов каротидной эндартерэктомии при стенозирующих поражениях сонных артерий // Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. – Ташкент, 2016. – № 2.– С. 23-26 (14.00.00, №17).

II бўлим (II часть; Part II)

8. Атаниязов М.К. Катамнез больных с хронической сосудисто-мозговой недостаточностью по данным 12-месячного наблюдения / «Ёш олимлар кунлари» конференциялари материаллари тўплами. – Ташкент, 2010. – С. 162-164.

9. Rakhimbaeva G.S., Ataniyazov M.K. The analysis of long-term results of carotid endarterectomy in stenosing damages of carotid artery // Abstracts of the 14th Congress of the European Federation of Neurological Societies. – Geneva, Switzerland, 2010.

10. Рахимбаева Г.С., Атаниязов М.К. Сравнительная оценка отдаленных результатов лечения хронической сосудисто-мозговой недостаточности при стенозирующем поражении сонных артерий / Материалы Республиканской научной конференции «Хроническая сосудисто-мозговая недостаточность». – Ташкент, 2010. – С. 135-137.

11. Рахимбаева Г.С., Атаниязов М.К. Значение мультиспиральной компьютерной томографической ангиографии в диагностике у больных со стенозирующим поражением сонных артерий / Материалы Республиканской научной конференции «Хроническая сосудисто-мозговая недостаточность». – Ташкент, 2010. – С. 36-38.

12. Rakhimbaeva G.S., Ataniyazov M.K.. The value of multispiral computer tomography in diagnostics of intracerebral blood circulation state in patients suffered ischemic stroke // International Journal of Stroke World Stroke Congress. – Seoul, Korea, 2010.

13. Рахимбаев Б.М., Атаниязов М.К. Коррекция когнитивных нарушений у больных с дисциркуляторной энцефалопатией // «Неврология» илмий-амалий журнали. – Ташкент, 2010. – № 4. – С. 92.

14. Рахимбаева Г.С., Атаниязов М.К. Анализ отдаленных результатов операций каротидной эндартерэктомии при стенозирующих поражениях сонных артерий // «Неврология» илмий-амалий журнали. – Ташкент, 2010. – № 4. – С. 118.

15. Рахимбаева Г.С., Атаниязов М.К. Комбинированные препараты в лечении хронической ишемии мозга // «Medical Express» илмий-амалий журнали. – Ташкент, 2011. – № 1. – С. 65-67 (14.00.00, №12).

16. Рахимбаева Г.С., Атаниязов М.К. Седативные препараты в общеврачебной практике // «Medical Express» илмий-амалий журнали. – Ташкент, 2011. – № 1. – С. 62-64.

17. Рахимбаева Г.С., Атаниязов М.К. Динамика состояния когнитивных функций у больных, перенесших двустороннюю каротидную эндартерэктомию // «Неврология» илмий-амалий журнали. – Ташкент, 2011. – № 4. – С. 82.

18. Rakhimbaeva G.S., Rakhimbaev B.M., Ataniyazov M.K. Changes in the state of cognitive functions in patients undergoing bilateral carotid endarterectomy // The International Conference on Heart & Brain. Final program and abstracts – Paris, France, 2012.

19. Рахимбаева Г.С., Куранбаева С.Р., Атаниязов М.К. Значение дуплексного сканирования сосудов шеи в скрининг-диагностике стенозирующего поражения магистральных артерий головы / Материалы Республиканской научной конференции «Актуальные вопросы хирургии хронической сосудисто-мозговой недостаточности». – Ташкент, 2013. – С. 84-86.

20. Каримов Ш.И., Рахимбаева Г.С., Суннатов Р.Д., Атаниязов М.К. Сравнительная оценка отдаленных результатов лечения хронической сосудисто-мозговой недостаточности при стенозирующем поражении сонных артерий / Материалы Республиканской научной конференции «Некоторые

вопросы диагностики и лечения хронической сосудисто-мозговой недостаточности». – Ташкент, 2014. – С. 27-29.

21. Rakhimbaeva G.S., Tadjenov M.S., Ataniyazov M.K. Dynamics of cognitive functions condition in patients after bilateral carotid endarterectomy // The 83rd European Atherosclerosis Society Congress. Final program and abstracts. – Glasgow, 2012

22. Rakhimbaeva G.S., Ataniyazov M.K. Analysis of the effectiveness of CEA and evaluation factors affecting its long-term results // The XXI World Congress on Parkinson's Disease and Related Disorder. – Milan, Itale, 2015.

23. Eshongqulova N.Y., Ataniyazov M.K. The importance of multislice computed tomographic angiography in the diagnosis of intracranial circulation in patients with the stenotic lesion // Young Scientist Day Topical Issues in Medicine Materials of the 5th Scientific-Practical Conference. – Tashkent, 2016. p. 129.

24. Рахимбаева Г.С., Атаниязов М.К., Гиязитдинова Э.И. Менеджмент диагностики и лечения нейропатической боли // «Неврология» илмий-амалий журнали. – Ташкент, 2017. – № 3. – С. 4-6.

25. Рахимбаева Г.С., Атаниязов М.К., Акбарходжаева З.А. Лекарственные сборы в коррекции невротических нарушений // «Неврология» илмий-амалий журнали. – Ташкент, 2017. – № 4. – С. 19-21.

26. Рахимбаева Г.С., Атаниязов М.К. Оценка эффективности ганглиозидов при ишемическом мозговом инсульте // «Неврология» илмий-амалий журнали. – Ташкент, 2017. - № 4. – С. 72-73.

27. Рахимбаева Г.С., Атаниязов М.К. Оценка степени качества жизни и реабилитационного потенциала больных с хронической сосудисто-мозговой недостаточностью / Материалы Республиканской научной конференции «Современные вопросы хронической сосудисто-мозговой недостаточности». – Ташкент, 2018. – С. 73-75.

Автореферат «Til va adabiyot ta'limi» журналі тахририятида тахрирдан
ўтказилди (30.11.2018 йил).

Босишга рухсат этилди: «___» _____ 2018 йил.
Бичими 60x84 ¹/₁₆, «Times New Roman»
гарнитурлада рақамли босма усулида босилди.
Шартли босма табағи 3,7. Адади: 100. Буюртма: № 374.

Ўзбекистон Республикаси ИИВ Академияси,
100197, Тошкент, Интизор кўчаси, 68.

«АКАДЕМИЯ НОШИРЛИК МАРКАЗИ»
Давлат унитар корхонасида чоп этилди.