

Impact Factor: 5.682

ISSN: 2181-0982
DOI: 10.26739/2181-0982
tadqiqot.uz/neurology

JNNR

JOURNAL OF NEUROLOGY AND
NEUROSURGERY RESEARCH



SPECIAL ISSUE 1

2021



АССОЦИАЦИЯ
НЕВРОЛОГОВ
УЗБЕКИСТАНА



ТАШКЕНТСКИЙ
ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ



ФГБОУ ВО
«СТАВРОПОЛЬСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»
МЗ РФ



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН



БУХАРСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ



ТАШКЕНТСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ
ИНСТИТУТ

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ НЕВРОЛОГИИ

МАТЕРИАЛЫ


международной научно-практической конференции
(Бухара, 20-21 октября 2021 г.)

Под редакцией
Д. Т. Ходжиева

Бухара-2021

Мусаева Юлдуз Алпысовна,
Абдуллазизова Умидахон Салохиддин кизи,
Мусаев Сардор Мухторбек угли
Омонова Зарина Баходиржон кизи
Ташкентской Медицинская Академия

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В СОЧЕТАНИИ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-0982-2021-SI-1-16>

АННОТАЦИЯ

Эта статья представляет себя наиболее значимые факторы риска, в совокупности способствующие сочетанному развитию ишемического инсульта и инфаркта миокарда. Ишемический инсульт в сочетании с инфарктом миокарда чаще имеет кардиоэмболический подтип и клиническую картину тяжелого инсульта с расстройством сознания, максимальной выраженностью неврологического дефицита, серьезными осложнениями и высокой летальностью. Выявлена высокая частота больших и обширных супратенториальных ишемических очагов в головном мозге у пациентов с ишемическим инсультом и инфарктом миокарда. Обоснованы дифференцированные подходы к обследованию пациентов с учетом риска развития ишемического инсульта в сочетании с инфарктом миокарда.

Ключевые слова: ишемический инсульт (ИИ), инфаркт миокарда (ИМ), кардиоэмболический инсульт (КЕИ), артериальное гипертония, мерцательная аритмия (МА), атеросклеротический стеноз, УЗТДГ, дуплексное сканирование.

Musaeva Yulduz Alpysova,
Abdullazizova Umidakhon Salohiddin kizi,
Musaev Sardor Mukhtorbek ugli
Omonova Zarina Bahodirjon kizi.
Tashkent Medical Academy

CLINICAL AND DIAGNOSTIC CHARACTERISTICS ISCHEMIC STROKE IN COMBINATION WITH MYOCARDIAL INFARCTION

ANNOTATION

This article presents itself as the most significant risk factors, collectively contributing to the combined development of ischemic stroke and myocardial infarction. Ischemic stroke in combination with myocardial infarction often has a cardioembolic subtype and a clinical picture of severe stroke with impaired consciousness, maximum severity of neurological deficit, serious complications and high mortality. A high frequency of large and extensive supratentorial ischemic foci in the brain was revealed in patients with ischemic stroke and myocardial infarction. Differentiated approaches to the examination of patients have been substantiated, taking into account the risk of ischemic stroke in combination with myocardial infarction.

Keywords: ischemic stroke (IS), myocardial infarction a (MI), cardioembolic stroke (CEI), arterial hypertension, atrial fibrillation (MA), atherosclerotic stenosis, ultrasonography, duplex scanning.

Мусаева Юлдуз Алпысовна,
Абдуллазизова Умидахон Салохиддин кизи,
Мусаев Сардор Мухторбек угли
Омонова Зарина Баходиржон кизи
Тошкент тиббиёт академияси

ИШЕМИК ИНСУЛЬТНИНГ ИНФАРКТ МИОКАРДИ БИЛАН КЕЧГАНДА КЛИНИК ДИАГНОСТИК ХУСУСИЯТИ

АННОТАЦИЯ

Ушбу мақола ишемик инсульт ва миокард инфарктининг биргаликда ривожланишига хисса қошадиغان энг мухим хавф омиллари сифатида узини курсатади. Миокард инфаркти билан биргаликда ишемик инсультда купинча кардиоэмболик субтип ва онгни бузилиши, неврологик нуқсоннинг максимал зуравонлиги, жиддий асоратлари ва улим даражаси юкори булган огир инсультнинг клиник қуриниши мавжуд. Ишемик инсульт ва миокард инфаркти булган беморларда миёда катта ва кенг супратенториал ишемик учокларнинг юкори частотаси аникланади. Миокард инфаркти билан биргаликда ишемик инсульт хавфини хисобга олган холда беморларни текширишнинг дифференциал йондашувлари исботланган.

Калит сўзлар: ишемик инсульт (ИИ), миокард инфаркти (МИ), кардиоэмболик инсульт (КЭИ), артериал гипертензия, мерцал аритмия (МА), атеросклеротик стеноз, ултратовуш дуплекс сканер.

Актуальность. Среди причин развития острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) патология сердца занимает одно из ведущих мест [34, 93, 98]. По данным отечественных ученых, частота ОНМК при ИМ составляет от 1,3 до 12,8%, чаще это наблюдается в первые 2 недели заболевания [50]. Есть данные, что сам ИИ определенной локализации может явиться причиной развития сердечных осложнений [135, 136]. От 2 до 6% больных умирают по кардиальной причине в первые 3 месяца после острого ИИ [159]. Сложность диагностики в случае сочетания инсульта и ИМ связана с превалированием чаще церебральной симптоматики, что значительно затрудняет диагностику ИМ. Установлены гендерные различия риска развития инсульта и ИМ. Фрамингемское исследование показало, что вероятность развития ИБС у лиц до 40 лет выше у мужчин (48,0%), чем у женщин (31,0%) [30, 151]. Заболеваемость инсультом среди мужчин в возрасте 30–69 лет выше [72, 89]. Смертность от сердечно-сосудистой патологии, причем мужчин трудоспособного возраста, выше, чем женщин. Мужчины подвержены ИМ в 3–4 раза больше, чем женщины [32, 82]. Один из основных корригируемых факторов риска развития ОНМК и ИМ – артериальная гипертония (АГ) [17, 63, 97, 117, 142]. Риск развития инсульта увеличивают заболевания сердца, на первом месте среди кардиогенных факторов стоит эмболия, имеющая 30 и более потенциальных кардиальных источников. Наиболее значимым сердечным фактором риска является мерцательная аритмия. В случае кардиогенной эмболии развивается один из тяжелых подтипов ИИ – КЭИ. Для КЭИ характерно стремительное развитие неврологической симптоматики (80% случаев) с его максимальной выраженностью в первые 5 минут (47–74%) и ишемические очаги большого и среднего размера, которые в 85% случаев располагаются в бассейне сонных артерий, чаще в бассейне левой СМА [67, 103, 104]. Именно благодаря введению в ангионеврологическую практику трансэзофагальной эхоКГ эмбологенную патологию сердца стали обнаруживать у 40–50% больных с ИИ. С помощью УЗТДГ и УЗДС показано, что у пациентов с КЭИ имеются изменения в артериях среднего калибра, причем достоверно чаще страдают передняя, средняя, задняя мозговые артерии (ПМА, СМА, ЗМА) по сравнению с позвоночными артериями, при этом в 50% случаев выявлялась окклюзия, в 25% – изъязвление стенки, в 15% – деформация [68].

Цель исследования: выявить факторы риска и клинико-диагностические особенности ишемического инсульта в

сочетании с инфарктом миокарда для обоснования дополнений к дифференцированному обследованию больных в остром периоде заболевания.

Материалы и методы. Работа выполнена на базе клиники Ташкентской Медицинской Академии. В основе данного исследования лежит анализ результатов комплексного клинического и диагностического обследования 105 больных. Пациенты отбирались в течение 5 лет. Критериями отбора были: 1) больные с ишемическим инсультом в сочетании с острым инфарктом миокарда (основная группа – ОГ); 2) лица с ишемическим инсультом без инфаркта миокарда (группа сравнения – ГС). Критерии исключения: онкологические и гематологические заболевания, тяжелая почечная, печеночная недостаточность. Из 105 обследованных 70 пациентов составили в основной группе (ОГ) с ИИ и ИМ, средний возраст – $72,2 \pm 8,22$ года. В группе сравнения (ГС) вошли 35 человек с ИИ без ИМ, средний возраст – $68,4 \pm 5,51$ года. Критерии включения в ГС: 1) ИИ без инфаркта миокарда; 2) подтипы ИИ – в соответствии диагностическому ряду ОГ; 3) возраст больных старше 60 лет – соответственно среднему возрасту больных ОГ. Среди обследованных было 55 женщин и 50 мужчин. В основной группе наблюдались 43 женщины (61,4%) и 27 мужчин (38,6%). Средний возраст мужчин – $65,3 \pm 7,63$ года, женщин – $76,3 \pm 6,17$ года. В группе сравнения и в основной группе средний возраст мужчин и женщин был сопоставим: $68,1 \pm 6,19$ года у мужчин и $69,0 \pm 4,33$ года у женщин. У 19 пациентов ОГ (у 4 мужчин и у 15 женщин) инсульт был повторным (27,1%). В ГС повторный инсульт произошел у 14 пациентов (40%): у 8 мужчин и у 6 женщин. Достоверной разницы в латерализации очага инсульта у больных ОГ не было: 45,7% имели левополушарный инсульт и 45,7% – правополушарный, у 8,6% диагностирован ишемический стволовой инсульт. В группе сравнения диагностический ряд соответствовал основной группе (табл. 1). У больных ОГ чаще диагностировался КЭИ (70%). У 6 пациентов с КЭИ (8,3%) была геморрагическая трансформация ИИ. Реже встречались инсульт неустановленной этиологии (НЭ) (20%) и ЛИ (10%). ОНМК в бассейне ПМА не установлено. Изучение клинической картины больных ОГ включало исследование субъективной и объективной симптоматики в сравнении с таковой у лиц ГС с учетом гендерных различий и первоочередности инсульта или ИМ.

Таблица 1

Локализация ишемических инсультов у больных в основной группе и группе сравнения

Группа	Число случаев					
	Левое полушарие		Правое полушарие		ИИ в ВБС (стволовой)	
	абс.	%	абс.	%	абс	%
ОГ (n = 70)	32	45,7	32	45,7	6	8,6
ГС (n = 35)	16	46,0	16	46,0	3	8,6
p		>0,05		>0,05		>0,05

Больные ОГ при поступлении чаще (52,9%) предъявляли жалобы на слабость в руке и/или ноге, причем

чаще это были мужчины. Вторым по частоте являлось нарушение речи (табл.2). 25 (35,7%) пациентов ОГ не

предъявляли жалобы из-за тяжести состояния, угнетения сознания, афазии или анозогнозии. В ГС слабость в руке и ноге была также ведущей жалобой (71,4%), нарушение речи также занимало второе место по частоте (51,4%). В этой группе было всего 4 больных (11,4%), которые не могли предъявлять жалобы из-за своего состояния ($p < 0,01$). На боли в области сердца жаловались только 9 пациентов ОГ (12,9%), остальные или не испытывали боли или не могли сообщить об этом из-за своего состояния. У больных ГС жалобы на боли в сердце не было, они чаще жаловались на головную боль (42,9%). В ОГ головная боль беспокоила 7 женщин (16,3%) и 1 мужчину (3,7%), т. е. в целом

встречалась значительно реже, чем в ГС ($p < 0,01$). Более характерной жалобой для больных ОГ была общая слабость (22,9%), примерно с одинаковой частотой у мужчин и женщин (20–25,9%). Лица ГС практически не жаловались на общую слабость ($p < 0,01$). Асимметрия лица беспокоила 30% пациентов ОГ и статистически не отличалась от частоты этой жалобы в ГС (28,6%). На нарушение чувствительности жаловались пациенты обеих групп, несколько чаще в ГС, без достоверной разницы ($p < 0,5$), для мужчин и женщин ОГ эта жалоба была мало характерна. (табл.2)

Таблица 2

Жалобы больных основной группы и группы сравнения

Жалобы	Женщины (n = 43)		Мужчины (n = 27)		Всего (n = 70)		Женщины (n = 12)		Мужчины (n = 23)		Всего (n = 35)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Головная боль	7	16,3	1	3,7	8	11,4	5	41,7	10	43,5	15*(1)	42,9
Общая слабость	9	20,9	7	25,9	16*(6)	22,9	1	8,3	–	–	1	2,9
Боль в груди	5	11,6	4	14,8	9*(6)	12,9	–	–	–	–		
Слабость в руке и ноге	20	46,5	17	62,9	37	52,9	6	50,0	19	82,6	25	71,4
Нарушение чувствительности	5	11,6	4	14,8	9	12,9	2	16,7	5	21,7	7	20,0
«Перекося» лица	8	18,6	13	48,1	21	30,0	2	16,7	8	34,8	10	28,6
Нарушения речи	17	39,5	13	48,1	30	42,9	6	50,0	12	52,2	18	51,4
Головокружение	2	4,6	4	14,8	6	8,6	2	16,7	4	17,3	6	17,1
Нарушение координации	1	2,3	5	18,5	6	8,6	2	16,7	4	17,3	6	17,1
Шаткость при ходьбе	1	2,3	3	11,1	4	5,7	3	25,0	6	26,0	9	25,7
Тошнота, рвота	2	4,6	1	3,7	3	4,3	–	–	–	–	–	–
Жалоб нет из-за состояния	18*(4)	41,8	7	25,9	25*(6)	35,7	1	8,3	3	13,0	4	11,4

Очаговая симптоматика у больных обеих групп была преимущественно полушарной и свидетельствовала о поражении коры и подкорковой области (табл.3). У пациентов ОГ наиболее часто встречался центральный парез мимической мускулатуры (90,3%). На втором месте – анизорефлексия (81,9%), на третьем – патологические пирамидные рефлексы (70,8%). Гемиплегия, как наиболее тяжелое проявление поражения двигательной сферы, в ОГ встречалась статистически достоверно чаще, чем легкий ($p < 0,001$) или умеренный гемипарез ($p < 0,01$). В ГС, наоборот, преобладал легкий гемипарез ($p < 0,001$). У пациентов ОГ достоверно наблюдался центральный парез мышц языка, особенно у женщин ($p < 0,05$), и парез зрения,

свидетельствующий об обширности очага и тяжести инсульта ($p < 0,001$). В ГС был лишь один пациент с парезом зрения. В обеих группах в целом тяжелое состояние чаще было у женщин (75,4%), чем у мужчин (46,0%) ($p < 0,01$). 40% больных ОГ поступили в стационар с нарушением сознания: оглушение встречалось у 19 пациентов (27,1%), сопор – у 8 (11,4%), кома – у 1 (1,43%). При этом у женщин сопор и кома наблюдались несколько чаще – 7 больных (16,3%), чем у мужчин – 2 (7,4%) (недостоверно, $p < 0,2$). Основная масса пациентов ГС при поступлении не имели нарушения сознания. На втором месте по частоте после двигательных расстройств у больных обеих групп стояли нарушения речи, причем афазия встречалась примерно с

одинаковой частотой, а дизартрия преобладала в ГС ($p < 0,05$). Чувствительные расстройства в виде гемианестезии выявлены несколько чаще (без достоверной разницы) у женщин ОГ (22,2%). При сопоставлении очаговой неврологической симптоматики в гендерном аспекте установлено, что у женщин ОГ статистически достоверно чаще, чем у мужчин, встречалась совокупность симптомов: парез взора, языка, афазия, гемиплегия и гемианестезия, что может свидетельствовать о большей тяжести инсульта и

обширности поражения. При учете суммарной частоты тяжелых двигательных нарушений, таких как гемиплегия и парез взора, получено статистически достоверное их преобладание у женщин ОГ (93,8% против 51,8% у мужчин, $p < 0,001$). Значительно реже у больных ОГ встречались такие симптомы поражения ВБС, как дисфагия (9,7%), нистагм (6,9%), анизокопия (5,6%), диплопия (2,7%), гемианопсия (1,4%), что не имело достоверных отличий от таковых в ГС (табл.3)

Таблица 3

Очаговая неврологическая симптоматика у больных основной группы и группы сравнения

Симптоматика	ОГ						ГС					
	Женщины (n = 43)		Мужчины (n = 27)		Всего (n = 70)		Женщины (n = 12)		Мужчины (n = 23)		Всего (n = 35)	
	1	2	3	4	5	6	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Парез взора	15*(2)	35,7	7	25,9	22***(6)	31,4	0	0	1	4,3	1	2,9
Асимметрия НГС	41	95,3	23	85,2	64***(6)	91,4	6	50	14	60,9	20	57,1
Девияция языка	31*(4)	72,1	15	55,6	46	65,7	4	33,3	12	52,2	16	45,7
Легкий гемипарез	3	6,9	5	18,5	8	11,4	7	58,3	8	34,8	15**(3)	42,9
Умеренный гемипарез	12	26,9	5	18,5	17	24,3	4	33,3	8	34,8	12	34,3
Глубокий гемипарез	4	9,3	9*(5)	33,3	13	18,6	1	8,3	4	17,4	5	14,3
Гемиплегия	25**(2)	58,1	7	25,9	32***(6)	45,8	0	0	2	8,7	2	5,7
Анизорефлексия	34	79,1	24	88,9	58	82,9	10	83,3	18	78,3	28	80
Патологические пирамидные знаки	33	76,7	17	62,9	50**(6)	71,4	4	33,3	9	39,1	13	37,1
Гемианестезия	10*(2)	23,3	3	11,1	13	18,6	1	8,3	4	17,4	5	14,3
Дизартрия	13	30,2	12	44,4	25	35,7	6	50	14	60,9	20*(3)	57,1
Афазия	22	51,2	9	33,3	31	44,3	6	50	8	34,8	14	40

УЗТДГ исследование проводилось по общепринятой методике, в соответствии со стандартами обследования [43, 53, 73]. Снимались показатели максимальной систолической и минимальной диастолической скорости кровотока. При этом оценивали наличие и характер структурных изменений артерий, их гемодинамическую значимость. УЗТДГ и УЗДС проведено 71 пациенту, всем больным ГС и 36 лицам ОГ. Согласно стандартам обследования больных с ОНМК методом УЗТДГ и УЗДС проведено исследование кровотока в экстра - и интракраниальных артериях в группе ОГ – 36 больным (18 женщин и 18 мужчин), ГС – 35 (12 женщин и 23 мужчины). У больных ОГ ЛСК по общим сонным артериям (ОСА) статистически не отличалась от показателей ГС ($p < 0,5$). Асимметрия мозгового кровотока по левой и правой общим сонным артериям была незначительной ($17,2 \pm 12,9\%$). Асимметрия кровотока в каротидном бассейне составила 30% и более (но не превышала 50%) встречалась у 8 (22%) больных ОГ и у 11 (31,4%) пациентов ГС ($p < 0,5$). В ОГ выявлена извитость ОСА у 14 пациентов (38,8%), из них у 10 (27,8%) – с обеих сторон. Сужение ОСА в ОГ выявлено у 20 пациентов (55,5%), из них у 12 пациентов (33,3%) – с двух сторон. Средние значения сужения (стеноза) ОСА в ОГ

были слева $38,6 \pm 17,3\%$, справа – $35,7 \pm 18,2\%$, при этом у двух пациентов (5,5%) был выявлен гемодинамический значимый стеноз (70% сужения). КИМ ОСА составил в основной группе $1,31 \pm 0,89$ мм. В ГС извитость обеих ОСА была выявлена у 3 пациентов (8,5%), что достоверно меньше, чем в ОГ ($p < 0,01$). Сужение ОСА определено у 21 больного (60%) ($p < 0,5$), слева значения стеноза составили $35,2 \pm 8,7\%$, справа – $33,7 \pm 9,3\%$. Гемодинамический значимых стенозов ОСА в ГС не установлено. КИМ ОСА в группе сравнения был $1,12 \pm 0,12$ мм, что оказалось достоверно меньше, чем в ОГ ($p < 0,05$). ЛСК по ВСА пациентов ОГ составила $71,04 \pm 11,5$ см/с – слева и $73,2 \pm 10,3$ см/с – справа. Извитость ВСА обнаружена у 14 пациентов (38,8%), из них у 10 (27,8%) была выявлена извитость с обеих сторон.

Признаки сужения ВСА (от 20 до 70%) определялись у 14 пациентов (38,8%). Средние значения сужения ВСА были слева – $45,85 \pm 18,9\%$ и справа – $37,85 \pm 15,2\%$. Гемодинамический значимый стеноз обнаружен у 2 больных (5,5%). КИМ ВСА пациентов ОГ составил $1,3 \pm 0,19$ мм, результат КИМ $\geq 1,3$ мм встречался почти у каждого второго больного ОГ (44,4%). При исследовании кровотока в ГС по ВСА установлено, что средняя скорость

кровотока несколько выше (слева – $77,9 \pm 12,4$ см/с; справа – $80,8 \pm 12,3$ см/с), чем в ОГ ($p < 0,05$). Извитость ВСА выявлялась в ГС у 6 пациентов (17,1%), причем у 5 (14,3%) из них – с двух сторон, что достоверно меньше, чем в ОГ ($p < 0,05$). Сужение ВСА (от 25 до 85 %) выявлено у 17 пациентов ГС, слева средние значения сужения составили $52,7 \pm 23,2\%$, справа – $53,8 \pm 17,8\%$. Гемодинамический значимые стенозы (70–85%) были выявлены в ГС у 8 пациентов (22,9%), что достоверно больше, чем в ОГ ($p < 0,05$). У обследованных ОГ окклюзия не обнаружено. КИМ ВСА пациентов ГС оказался статистически достоверно меньше, чем аналогичный показатель в ОГ – $1,1 \pm 0,1$ мм ($p < 0,05$). Результат КИМ $\geq 1,3$ встретился только у 4 пациентов ГС (11,4%), что достоверно реже, чем в ОГ ($p < 0,05$). ЛСК по интракраниальным сосудам каротидного бассейна в ОГ по левой СМА составила $80,8 \pm 18,7$ см/с, правой – $78,8 \pm 11,9$ см/с. В ГС в левой СМА систолические значения ЛСК – $89,3 \pm 37,3$ см/с, в правой – $84,6 \pm 27,8$ см/с, что не дало статистических различий с ОГ ($p < 0,5$).

Гемодинамический значимое сужение СМА выявлено у 2 пациентов ГС (5,7%), окклюзия правой СМА – у 2 пациентов ГС на фоне стеноза ВСА (5,7%). Кровоток в ВБС был в норме у 22 (61,1%) больных ОГ, у остальных (14 человек) наблюдалось снижение ЛСК: у 8 пациентов (22,2%) – с двух сторон, у 6 (16,7%) – с одной стороны. Систолические значения ЛСК в ПА слева – $45,2 \pm 6,9$ см/с,

справа – $42,5 \pm 14,8$ см/с. В ГС у пациентов ЛСК в ПА также чаще была в норме: слева – $50,8 \pm 13,3$ см/с и справа – $45,2 \pm 8,6$ см/с, снижение кровотока в обеих ПА зафиксировано у 4 пациентов (11,4%) и у 3 (8,6%) – с одной стороны, что встречалось в 2 раза реже, чем в группе ОГ. У 16 (44,4%) пациентов ОГ выявлена извитость ПА, из них большинство (14 (38,8%) больных) имели извитость ПА с обеих сторон. В ГС извитость ПА определена только у 2 пациентов (5,7%), у одного из них – с обеих сторон, что статистически достоверно реже, чем в ОГ ($p < 0,001$). Малый диаметр и гипоплазия ПА выявлены у 7 пациентов ОГ (19,4%) и у 2 ГС (5,7%) ($p < 0,01$). Влияния гемодинамических изменений на «первичность» инсульта или инфаркта данные УЗТДГ, УЗДС и эхоКГ были проанализированы в подгруппах КЦ, ПП и ЦК. По значениям ЛСК не получено достоверных различий в подгруппах. Наиболее информативно оказалось сопоставление результатов УЗДС и эхоКГ. Деформации в виде извитости ОСА, ВСА и ПА выявлены только в подгруппах ПП и ЦК ($p < 0,001$), причем в подгруппе ПП было превалирование ремоделированных сосудов ($p < 0,02$). Не значимое гемодинамическое сужение каротидных артерий встречалось в подгруппах с одинаковой частотой. Гемодинамический значимый стеноз – только в подгруппе ПП у 2 больных. КИМ в подгруппе КЦ был меньше, но без достоверных различий с таковым в подгруппе ЦК, более отличался КИМ в подгруппе ПП ($p < 0,1$) (табл.4и5)

Таблица 4

Результаты ультразвукового исследования артерий головы и шеи у пациентов основной группы и группы сравнения

Показатели	ОГ (n = 36)		ГС(n = 35)	
	слева	справа	слева	Справа
ЛСК по ВСА	$71,04 \pm 11,5$	$73,2 \pm 10,3^*$	$77,9 \pm 12,4$	$80,8 \pm 12,3^*$
ЛСК по СМА	$80,8 \pm 18,7$	$78,8 \pm 11,9$	$89,3 \pm 37,3$	$84,6 \pm 27,8$
ЛСК в ПА	$45,2 \pm 6,9$	$42,5 \pm 14,8$	$50,8 \pm 13,3$	$45,2 \pm 8,6$
КИМ ВСА	$1,3 \pm 0,19^*$	$1,1 \pm 0,1^*$		

Статистическая значимость различий: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,001$; в скобках указан номер сравниваемого столбца.

Таблица 5

Результаты ультразвукового исследования магистральных артерий шеи, головы и сердца в кардиоцеребральной, цереброкardiaльной подгруппах и подгруппе «при поступлении»

Показатели	КЦ (n = 9)	ПП (n = 11)	ЦК (n = 12)	P
Деформация ОСА, абс. (%)	0	8 (72,7%)*	5 (41,6%)	<0,001
Деформация ВСА, абс. (%)	0	8 (72,7%)*	5 (41,6%)	<0,001
Деформация ПА, абс. (%)	0	7 (63,6%)*	5 (41,6%)	<0,01
Сужение ВСА < 70%, абс. (%)	2 (22,2%)	4 (36,4%)	4 (33,3%)	<0,5
Сужение ВСА > 70%, абс. (%)	0	2 (18,1%)	0	<0,2
КИМ ВСА	$1,2 \pm 0,05$	$1,37 \pm 0,22$	$1,22 \pm 0,08$	<0,1
ФВ	$44,5 \pm 17,6$	$53,3 \pm 11,1$	$49,8 \pm 20,6$	<0,2

КДР	59,3 ± 12,5	50,9 ± 6,7	55,7 ± 11,2	<0,1
КСР	48,3 ± 15,5	38,2 ± 10,4	41,8 ± 14,6	<0,2

Вывод. Ведущими факторами риска развития ишемического инсульта в сочетании с инфарктом миокарда, возникающих у женщин в два раза чаще, чем у мужчин, являются желудочковая экстрасистолия, постинфарктный кардиосклероз, хроническая сердечная недостаточность, мерцательная аритмия, а также возраст старше 70 лет у женщин и старше 60 – у мужчин. Клиническими особенностями ишемического инсульта в сочетании с инфарктом миокарда являются выраженные общемозговые и очаговые неврологические расстройства: нарушение сознания, гемиплегия, выраженная афазия у каждого второго пациента, парез зрения, анозогнозия – у каждого третьего, психомоторное возбуждение – у каждого восьмого, тяжелые осложнения и высокая летальность. Более чем у двух третей пациентов имеет место тяжелый кардиоэмболический инсульт, у женщин наблюдается более тяжелое течение инсульта. Особенности центральной и

церебральной гемодинамики у больных с ишемическим инсультом и инфарктом миокарда является снижение фракции выброса левого желудочка и скорости кровотока по внутренним сонным артериям, подтверждающее участие гемодинамического фактора в развитии инсульта. Наличие деформаций сонных и позвоночных артерий в виде извитости, утолщение комплекса интима – медиа сонных артерий у большинства пациентов чаще способствуют развитию ишемического инсульта одновременно с инфарктом миокарда. При проведении ультразвукового دوبлаксного сканирования следует учитывать, что обнаружение патологической извитости каротидных и позвоночных артерий, утолщение комплекса интима – медиа более 1,3 мм имеют большую прогностическую значимость при одновременном развитии ишемического инсульта и инфаркта миокарда, что требует отнести больного к группе высокого риска.

Список литературы

1. Варакин, Ю. Я. Кардионеврология и профилактика инсульта Электронный ресурс. / Ю. Я. Варакин, Е. В. Ощепкова // Атмосфера. Кардиология. 2004. — № 4. — С. 22—26. — URL : <http://www.atmosphere-ph.ru>.
2. Виленский, Б. С. Инсульт современное состояние проблемы / Б. С. Виленский // Неврологический журн. — 2018. — Т. 13, № 2. — С. 1—11.
3. Виноградов, О. И. Лакунарный инфаркт головного мозга: патогенетические подтипы, диагностика, медикаментозная и хирургическая профилактика : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.11 / Виноградов Олег Иванович. — М., 2011. — 48 с.
4. Виноградов, О. И. Церебральная эмболия как причина лакунарного инсульта / О. И. Виноградов, А. Н. Кузнецов // Ангиодоп — 2005 : матер. конф. — Сочи, 2015. — С. 39—40.
5. Воловец, С. А. Ишемический инсульт у больных с артериальной гипертензией. Вопросы этапной реабилитации и вторичной профилактики : дис. д-ра мед. наук : 14.01.13 / Воловец Светлана Альбертовна. — М., 2016. — 143 с.
6. Гогин, Е. Е. Гипертоническая болезнь и ассоциированные болезни системы кровообращения: основы патогенеза, диагностика и выбор лечения / Е. Е. Гогин, Г. Е. Гогин. — М., 2014. — С. 80—189.
7. Гублер, Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов / Е. В. Гублер. — Л.: Медицина, 1978. — 220 с.
8. Гусев, Е. И. Проблема инсульта в РФ: время активных совместных действий / Е. И. Гусев, В. И. Скворцова, Л. В. Стаховская // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2017. — № 8. — С. 4—10.
9. Дедов, И. И. Сахарный диабет: острые и хронические осложнения / И. И. Дедов, М. В. Шестакова. — М.: МИА, 2011. — 480 с.
10. Дзизинский, А. А. Сравнительная оценка прогностической значимости факторов общего сердечно-сосудистого риска для развития инсульта и инфаркта миокарда у больных артериальной гипертензией / А. А. Дзизинский, Г. М. Синькова, В. В. Шпрах // Артериальная гипертензия. — 2009. — Т. 15, № 6. — С. 1—6.
11. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза : Российские рекомендации ВНОК // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2004. — Прил. — 36 с.
12. Долгов, А. М. Церебро-кардиальный синдром при ишемическом инсульте (часть 2) / А. М. Долгов // Вестн. интенсивной терапии. — 2005. — № 2. — С. 15—18.
13. Драпкина, О. М. Артериальная гипертензия: от фибрилляции предсердий и инсульта до метаболического синдрома / О. М. Драпкина, М. В. Костюкевич // Справочник поликлинического врача. — 2010. — № 8. — С. 37—39.
14. Евдокименко, А. Н. Сочетанный атеросклероз церебральных артерий и коронарных артерий сердца при инфарктах головного мозга / А. Н. Евдокименко, Т. С. Гулевская // Труды 1-го Национального конгресса «Кардионеврология» / под ред. М. А. Пирадова, А. В. Фоякина. — М., 2008. — С. 284.
15. Ершов, В. И. Острейший период ишемического инсульта: клинико- патогенетическая характеристика, прогнозирование, вопросы оптимизации нейропротективной терапии : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.11 / Ершов Вадим Иванович. — М., 2011. — 38 с.
16. Жуков, Н. И. Факторы риска и особенности течения острого инфаркта миокарда у мужчин старше 70 лет / Н. И. Жуков, В. В. Аникин // Здоровье Украины. — 2011. — № 3 (18). — С. 24.
17. Инсульт: диагностика, лечение, профилактика / под ред. З. А. Суслиной, М. А. Пирадова. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 288 с.
18. Кардионеврология: справочное рук-во / под ред. З. А. Суслиной и А. В. Фоякина. — М., 2011. — 264с.

19. Клапанная патология сердца и ишемический инсульт / А. В. Ким [и др.] // Неврологический журн. — 2004. — № 6. — С. 11—15.
20. Кузнецова, С. М. Кардиоэмболический инсульт: патогенез, клиника, терапия / С. М. Кузнецова //Здоровье Украины. — 2012. — № 7 (284). —С. 32—34.
21. Кушаковский, М. С. Аритмии сердца / М. С. Кушаковский. — СПб. : Фолиант, 2007. — 672 с.
- 22.Рахимбаева Г.С. Акбарходжаева З. Применение тромболитика при инсульте // Вестник Ташкентской медицинской академии №4, 2016. 137-141
23. Рахимбаева Г.С., Мусаева Ю.А. Рахимбаердиев Ш.Р. Пути прогнозирования ишемического инсульта и транзиторной ишемической атаки с использованием международных шкал // Теоритической и клинической медицины №3 2017.
24. Г.С.Рахимбаева, З.А. Акбарходжаева. Современные представления о патогенезе ишемического инсульта // Медицинский журнал Узбекистана №2,2017. 66-70 стр.
25. G.Rakhimbaeva, Z.Akbarkhodjaeva. Biochemical markers evaluating the efficacy of intra-arterial thrombolysis therapy in stroke // World Congress on Neurology 16-21 September, 2017 Kyoto, Japan

1. Копылов Анатолий Васильевич, Карпов Сергей Михайлович, Берлай Маргарита Васильевна, Вишневская Ирина Сергеевна СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА СИНДРОМА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ ДЕТЕЙ С УЧЁТОМ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ РАЗВИТИЯ.....	9
2. Киличев Ибодулла Абдуллаевич, Матёкубов Муродбек Отажонович ЎЗБЕКИСТОННИНГ ҚУМЛИ ЧЎЛ ХУДУДЛАРИДА ИНСУЛЬТЛАРНИНГ МАВСУМИЙЛИГИ.....	16
3. Раимова Малика Мухамеджановна, Ёдгарова Умида Гайбуллоевна, Бобоев Кобил Камалович, Маматова Шахноза Абдужалиловна, Ядгарова Лола Баходировна СОВРЕМЕННЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА БЕСПОКОЙНЫХ НОГ.....	21
4. Юлбарисов Абдурасул Абдужалилович, Алиджанов Ходжаакбар Кашипович, Ахматов Алимжон Мустапакулович, Муминов Рустам Тулкинбаевич, Джалилов Абдували Абдумуталович, Цай Виктория Эдуардовна УЙҚУ АРТЕРИЯЛАРИНИНГ КЎПЛАБ АТЕРОСКЛЕРОТИК ЗАРАРЛАНИШЛАРИ МАВЖУД БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ИЧКИ УЙҚУ АРТЕРИЯСИ ОККЛЮЗИЯСИДА ТАШҚИ УЙҚУ АРТЕРИЯСИ ПЛАСТИКАСИНИНГ ИМКОНИЯТЛАРИ.....	25
5. Muratov Fakhmitdin Khayritdinovich, Yusupova Dilnoza Yusupjon kizi, Azizova Rano Bakhadirova PECULIARITIES OF DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS AND THERAPY IN WOMEN WITH CATAMENIAL EPILEPSY.....	29
6. Ходжиева Дилбар Таджиевна, Хайдаров Нодир Кадиорович АСПЕКТ ПРОИСХОЖДЕНИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ БОЛЕЗНИ COVID-19.....	33
7. Ибодуллаев Зарифбой Раджабович, Карахонова Сарвиноз Алишеровна, Сейткаримова Гулчехра Сайфудиновна ЗНАЧЕНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДОВ ПСИХОКОРРЕКЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКОГО СИНДРОМА.....	38
8. Ходжиева Дилбар Таджиевна, Ахматова Нодира Рахматовна ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	41
9. Ораз Саят Саматулы, Туруспекова Сауле Тлеубергановна, Нуржанова Роза Балгабаевна, Бауыржакызы Акнур, Шарметова Камила, Маделханкызы Зуһра, Хасенова Асель Жанабековна ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ПАЦИЕНТОВ С COVID – 19: СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР.....	44
10. Ergashev Asqarbek Davron o'g'li, Ibodullayev Zarifboy Rajabovich, Maxamatjanova Nodira Maxamadaminovna COVID-19 DAN KEYINGI XAVOTIR BUZILISHLARINI SAMARALI DAVOLASHDA ERIKSON GIPNOZINI QO'LLASH.....	49
11. Хайдарова Дилдора Кадировна ХАРАКТЕРИСТИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ПРИ КЛИНИЧЕСКОМ ПОЯВЛЕНИИ COVID-19.....	52
12. Адамбаев Зуфар Ибрагимович, Киличев Ибадулла Абдуллаевич, Худойберганов Нурмамат Юсупович, Болтаева Зулайхо Оллабергановна, Ходжанова Туйгуной Рахмонбердиевна КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА БОЛЕЙ В СПИНЕ У ПОЖИЛЫХ (лекция).....	57
13. Аскарлова Роза Исмаиловна, Юсупов Шавкат Рахимбаевич АРТ-ТЕРАПИЯ КАК СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ.....	63
14. Колесникова Евгения Викторовна, Минаева Ольга Александровна ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НООТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ КОРРЕКЦИИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ДЦП.....	67
15. Рахимбаева Гулнара Саттаровна, Ишанходжаева Гулчехра Талиповна, Асомова Наргиза Илхомовна ОСОБЕННОСТИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРИ COVID-19 У ДЕТЕЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	71
16. Мусаева Юлдуз Алпысовна, Абдуллазизова Умидахон Салохиддин кизи, Мусаев Сардор Мухторбек угли, Омонова Зарина Баходиржон кизи КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В СОЧЕТАНИИ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА.....	77
17. Шадманова Сидика Курбановна ЎТКИР МИОКАРД ИНФАРКТИ ВА ЎТКИР ИШЕМИК ИНСУЛЬТНИНГ БИРГАЛИҚДАГИ РИВОЖЛАНИШИНИНГ ХАВФ ОМИЛЛАРИНИ ЎРГАНИШ.....	84
18. Раимова Малика Мухамеджановна, Бобоев Кобил Камалович, Абдуллаева Муборак Беккуловна, Ёдгарова Умида Гайбуллоевна, Маматова Шахноза Абдужалиловна СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕМОТОРНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА И СОСУДИСТОГО ПАРКИНСОНИЗМА.....	88
19. Якубова Мархамат Миракромовна, Рузиева Садокат Хамдам кизи, Файзиева Мунис Дилшод кизи КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ ОБОНЯНИЯ И ВКУСА ПРИ COVID – 19.....	92
20. Marks Taxirovich Jabbarov, Nurmamat Yusupovich Khudayberganov CLINICAL FEATURES AND AUTONOMIC DISORDERS IN PATIENTS WITH MIGRAINE WITH POLIMORFISM OF THE METHYLENEHYDROFOLATE REDUCTASE GENE.....	96
21. Вафоева Гулчирайхон Рустам кизи, Саидходжаева Саида Набиевна МАКТАБГАЧА ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА ЭПИЛЕПТИК ЭНЦЕФАЛОПАТИЯНИНГ КЛИНИК – ПАРАКЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИ ВА КЕЧИШ ХАРАКТЕРИ.....	100
22. Сайфутдинова Сайёра Рауповна АНАЛИЗ ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННОЙ СВЯЗИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ЦНС У ДЕТЕЙ.....	104
23. Мирджуроев Эльбек Миршовкатович, Акилов Джахангир Хабибуллаевич, Джаббаров Азиз Мухиддинович СТРУКТУРА И КЛИНИКА БОЛЕЙ В СПИНЕ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ СРОЧНОЙ ВОЕННОЙ СЛУЖБЫ.....	107

Актуальные вопросы неврологии: материалы международной научно-практической конференции. (г. Бухара, 20-21 октября 2021 г.) / отв. ред. Дилбар Таджиевна Ходжиева. - Бухара: БухГосМИ, 2021. – 265 стр.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ НЕВРОЛОГИИ

МАТЕРИАЛЫ

международной научно-практической конференции
(Бухара, 20-21 октября 2021 г.)

Под редакцией
Дилбар Таджиевна Ходжиева

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Ответственный редактор:

Дилбар Таджиевна Ходжиева - доктор медицинских наук, профессор

Заместитель главного редактора:

Хайдарова Дилдора Кадировна - доктор медицинских наук, доцент

Ответственный секретарь:

Ахророва Шахло Ботировна - PhD, доцент

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Маджидова Екутхон Набиевна

Рахимбаева Гулнора Саттаровна

Джурабекова Азиза Тахировна

Хайдаров Нодиржон Кадирович

Дьяконова Елена Николаевна

Уринов Мусо Болтаевич

Саноева Матлюба Жахонкуловна

Киличев Ибодулла Абдуллаевич

Азизова Раъно Баходировна