

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО»

УДК 616.831-005

На правах рукописи

ТАДЖИДИНОВ ТОДЖИДДИН БАХРУЛЛОЕВИЧ

**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И
ФАКТОРЫ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У
ЖЕНЩИН В ГИССАРСКОМ РАЙОНЕ**

14.02.02 - Эпидемиология

14.01.11 – Нервные болезни

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Душанбе – 2025

Работа выполнена на кафедре неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессора М.Г. Гулямова Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино.

Научный руководитель: **Рахмонов Рахматулло Азизович** - доктор медицинских наук

Научный консультант: **Абдуллозода Саид Муртазо** - доктор медицинских наук, профессор кафедры эпидемиологии имени профессора Х.К. Рофиева Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино

Официальные оппоненты: **Талабзода Мухаммадали Сайф** – доктор медицинских наук, профессор кафедры эпидемиологии и инфекционных болезней Таджикского национального университета.

Нургужаев Еркын Смагулович – доктор медицинских наук, профессор кафедры нервных болезней НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова».

Ведущая организация: Самаркандский государственный медицинский университет Республики Узбекистан

Защита диссертации состоится «26» 12 2025 года в 13⁰⁰ часов на заседании диссертационного совета 6D.КOA-032 при ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Адрес: 734026, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. Сино 29-31 tajmedun.@tj,

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино

Автореферат разослан «24» 12 2025г.

**Ученый секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинских наук**



Усмони Г.М.

Введение

Актуальность темы исследования. Инсульт представляет собой одну из наиболее острых и широко распространенных угроз здоровью населения планеты, оказывающую существенное влияние на социально-экономическую сферу и приводящую к значительному сокращению продолжительности и качества жизни людей.

Результаты масштабного исследования Global Burden of Diseases, охватывающего период 1990–2013 гг., показали устойчивый рост смертности от острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) во всех странах и возрастных когортах. Поскольку инсульт остаётся одной из ведущих причин инвалидизации и преждевременной смертности, отмечаемая динамика оказывает значительное негативное воздействие на глобальную социально-экономическую ситуацию. Согласно статистическим данным за 2013 год, совокупная заболеваемость ОНМК достигла 25,7 миллиона случаев, при этом ишемический инсульт (ИИ), составляющий 71% всех эпизодов, занимал ведущее место среди цереброваскулярных патологий. Число летальных исходов вследствие инсульта составило 6,5 миллиона, более половины которых были обусловлены именно ИИ [Стаховская Л.В., 2013; Feigin V.L., 2017; Johnson C.O., 2019].

Качество жизни после инсульта значительно ухудшается. Поразительно, но основной причиной инвалидизации населения является ОНМК. После инсульта более половины пациентов становятся полностью зависимыми от посторонней помощи [Mozaffarian D., 2016; Fridman S., 2020].

Статистика последних десятилетий свидетельствует о том, что в развитых странах удалось добиться существенного снижения заболеваемости инсультом. Систематическая работа по нормализации артериального давления и борьбе с курением позволила переломить негативную тенденцию и открывает перспективы для дальнейшего улучшения ситуации.

Демографические изменения, такие как старение населения и снижение смертности от других причин, создают предпосылки для увеличения числа случаев инсульта, несмотря на успехи в профилактике. По сравнению с 2012 годом количество пациентов, перенесших инсульт, ожидается увеличиться на 3,4 миллиона человек к 2030 году [ВОЗ, 2021].

Инсульт представляет собой одну из наиболее серьезных угроз здоровью населения нашей страны. Пациенты, столкнувшиеся с этой болезнью, вынуждены бороться с тяжелыми последствиями, медицинские работники испытывают колоссальную нагрузку, а общество несет огромные экономические потери [Katsanos A.H., 2021].

Министерство здравоохранения Республики Таджикистан сообщает о более 26 000 случаях инсульта в год. Из этого числа около четырех тысяч человек погибают в течение первых семи дней после инсульта, что свидетельствует о высоком уровне смертности, который наблюдается в остром периоде заболевания. В результате тяжелых последствий инсультов и недостаточной реабилитации еще около трех тысяч человек умирают в течение тридцати дней после выписки из медицинских учреждений.

Учитывая масштабы проблемы инсульта, характеризующейся не только высокой смертностью, но и значительным социально-экономическим ущербом, становится очевидной необходимость формирования системного подхода к профилактике и лечению этого заболевания на уровне государства.

Гендерные особенности течения ИИ недостаточно изучены. Существует острая необходимость в проведении дополнительных исследований, направленных на выявление факторов риска, усугубляющих состояние женщин в остром периоде заболевания. Необходимость проведения комплексных исследований, направленных на изучение прогностических маркеров ИИ, обусловлена отсутствием отечественных данных в этой области. Результаты таких исследований позволят разработать новые междисциплинарные подходы к лечению и профилактике данного заболевания [Максимова М.Ю., 2018; Тибеккина Л.М., 2018; Nannoni S., 2021].

Таким образом, одним из важнейших направлений изучения мозгового инсульта является изучение эпидемиологии, структуры, факторов риска, а также особенностей развития и протекания данного заболевания в регионах с различными геоклиматическими и социально-бытовыми условиями. Между тем, исследований, включающих отдельный субъект – ишемический инсульт (ИИ) у лиц женского пола г. Гиссар Республики Таджикистан не имеется, что делает актуальным настоящее исследование для выявления возможностей снижения распространённости и уменьшению тяжёлых последствий инсульта.

Степень научной разработанности изучаемой проблемы. Проблема мозгового инсульта представляет собой многогранный научный и социально-экономический вызов, требующий междисциплинарного подхода к её изучению. Современные исследования охватывают широкий спектр аспектов, начиная с детального анализа патогенеза, включающего гипоперфузию мозговой ткани, цитотоксический и вазогенный отёки, провоспалительные реакции, геморрагическую трансформацию и метаболические нарушения, и заканчивая изучением факторов риска, которые подразделяются на немодифицируемые (возраст, пол, расовая принадлежность) и модифицируемые (артериальная гипертензия, фибрилляция предсердий, атеросклероз, ишемическая болезнь сердца)

Установлено, что ишемический инсульт, на долю которого приходится 71% всех cerebrovasкулярных событий, обладает доминирующим вкладом в структуру заболеваемости и смертности, что связано с его патофизиологическими особенностями и ранними неврологическими осложнениями

Несмотря на значительный прогресс в понимании механизмов развития инсульта, многие аспекты остаются неизученными, включая гендерные различия в течении заболевания, которые усугубляют клинический прогноз, особенно среди женщин, подверженных более высокому риску депрессивных и когнитивных нарушений

Социально-экономическое бремя инсульта, включая значительные финансовые издержки, которые в США составили 73,7 миллиарда долларов в 2010 году с прогнозируемым увеличением до 1,52 триллиона долларов к 2050 году, подчёркивает необходимость разработки эффективных профилактических стратегий

Реабилитационные мероприятия, направленные на восстановление функциональных способностей пациентов, оказываются недостаточными для обеспечения качественного восстановления, что актуализирует проблему создания новых междисциплинарных подходов, включающих как медицинские, так и социальные меры

Ведущие направления исследований сосредоточены на выявлении биомаркеров, разработке персонализированных методов лечения с учётом генетических и эпигенетических факторов, а также на оптимизации профилактических мероприятий, ориентированных на снижение модифицируемых факторов риска

Таким образом, несмотря на достигнутый прогресс, проблема мозгового инсульта остаётся крайне актуальной, требуя дальнейшего углублённого изучения патогенетических механизмов, реабилитационных стратегий и междисциплинарных решений для минимизации его медицинских и социально-экономических последствий.

Связь исследования с программами (проектами), научной тематикой. Диссертационная работа выполнялась в рамках Государственной программы по реабилитации инвалидов 2017-2020 гг, а также в рамках выполнения Постановления Правительства Республики Таджикистан от 3 декабря 2012 года, за №676 «О перспективах профилактики и контроля неинфекционных заболеваний и травматизма в Республике Таджикистан на 2013-2023 годы» и от 28 февраля 2022 года, за №116 «О национальном плане действий по подготовке Республики Таджикистан для ратификации и реализации Конвенции о правах инвалидов».

Общая характеристика исследование

Цель исследования. Осуществить комплексную оценку клинико-эпидемиологичес-

ких характеристик и выявить значимые факторы риска развития ишемического инсульта у женщин на примере Гиссарского района для обоснования эффективных подходов к его профилактике и лечению.

Задачи исследования:

1. Изучить половозрастную структуру острых нарушений мозгового кровообращения и выявить гендерные особенности распространённости ишемического инсульта среди населения Гиссарского района.
2. Оценить распространённость и значимость ведущих кардиометаболических факторов риска ишемического инсульта у женщин в сочетании с уровнем коморбидной нагрузки.
3. Проанализировать структуру подтипов ишемического инсульта у женщин, включая ковид-ассоциированный подтип, с определением их частоты, клинических характеристик и связи с летальностью.
4. Разработать и научно обосновать комплекс профилактических и организационно-лечебных мероприятий, направленных на повышение эффективности медицинской помощи женщинам с ишемическим инсультом.

Объект исследования. На I этапе исследования за период наблюдения были заполнены регистры Мозгового инсульта (МИ) на 856 человек. Из них 469 (54,8%) составили пациенты женского пола - $66,4 \pm 13,1$, средний возраст - и 387 (45,2%) человек - пациенты мужского пола, средний возраст - $57,5 \pm 18,6$ ($p < 0,05$). На II этапе из всех пациентов с ИИ пациенты женского пола составили 364 (56,3%), средний возраст - $65,3 \pm 16,4$, пациенты мужского пола составили 283 (43,7%) человек, средний возраст - $60,6 \pm 15,7$.

Предмет исследования. Предметом исследования было изучение этиологических факторов риска, демографические аспекты, социальный статус, место жительства, сроки от начала заболевания и поступления в клинику, развившиеся осложнения и наличие коморбидных заболеваний у больных с ОНМК. Также анализированы корреляционные взаимосвязи клинико-инструментальных показателей с уровнем летальности и тяжестью ОНМК.

Научная новизна. Впервые дана эпидемиологическая характеристика ИИ у лиц женского пола г. Гиссар. Впервые в результате скрининга ИИ г. Гиссар изучена распространённость факторов риска развития ИИ, структуру ИИ, смертность при ИИ у лиц женского пола в сопоставлении с аналогичными показателями у лиц мужского пола г. Гиссар. Выявлены специфические факторы развития ИИ, которые характерны только для женщин, в том числе воздействие эндогенных и экзогенных половых гормонов и влияние репродуктивного периода. Выявлен и обоснован как новый фактор риска ишемического инсульта - коронавирусная инфекция. Выявлены факторы, влияющие на качество медицинской помощи при ИИ на догоспитальном и госпитальном этапе. Разработан алгоритм мероприятий по профилактике ишемического инсульта в изучаемом регионе с учётом особенностей заболевания у лиц женского пола. Впервые изучена динамика первичной инвалидизации при ИИ, доли повторных случаев ИИ у лиц женского пола в сопоставлении с аналогичными показателями у лиц мужского пола г. Гиссар.

Теоретическая и научно-практическая значимость исследования

Проведённое исследование обладало высокой теоретической и научно-практической значимостью благодаря комплексному и междисциплинарному подходу к изучению ИИ у лиц женского пола в условиях конкретного регионального контекста, что позволило существенно расширить существующие представления о гендерно-специфической эпидемиологии, патогенезе и факторах риска данного заболевания. Впервые была сформирована углублённая эпидемиологическая характеристика ИИ у женщин с детализированным анализом заболеваемости, структуры, смертности и динамики инвалидизации, что создало предпосылки для разработки адаптированных профилактических стратегий, ориентированных на эту группу пациентов.

Выявление и теоретическое обоснование коронавирусной инфекции как принципиально нового фактора риска ишемического инсульта внесло значительный вклад в концептуализацию патофизиологических взаимосвязей между инфекционно-воспалительными процессами и цереброваскулярной патологией. Данный аспект, представляющий научную новизну, позволил пересмотреть и расширить подходы к стратификации риска, профилактике и терапии инсульта в условиях воздействия новых инфекционных вызовов, что оказалось особенно актуальным в контексте пандемий.

Углублённое исследование специфических факторов, связанных с женским полом, включая влияние эндогенных и экзогенных половых гормонов, а также репродуктивных особенностей, предоставило возможность для развития теоретических основ патогенеза ишемического инсульта. Эти данные имели ключевое значение для создания гендерно-ориентированных терапевтических и профилактических программ, направленных на снижение риска заболевания и улучшение его клинических исходов.

Практическая значимость исследования заключалась в разработке регионально-ориентированного алгоритма профилактических мероприятий, основанного на детальном анализе специфики ишемического инсульта у женщин. Данный алгоритм учитывал не только традиционные факторы риска, но и их гендерные и социально-демографические модификации, что обеспечило повышение эффективности профилактических интервенций. Анализ факторов, обуславливавших качество медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах, позволил оптимизировать организационно-управленческие процессы в здравоохранении, направленные на снижение летальности и улучшение прогностических исходов заболевания.

Результаты исследования обладали прикладным значением для разработки программ обучения медицинских работников, занимающихся профилактикой, диагностикой и лечением инсульта, а также для формирования рекомендаций, адаптированных под особенности женской популяции. Кроме того, выявление корреляционных взаимосвязей между клинико-инструментальными показателями, тяжестью состояния и летальностью создало основу для дальнейшего совершенствования методов диагностики и реабилитации. Собранные данные стали важным вкладом в развитие медицинской статистики и аналитических систем, сформировав платформу для будущих фундаментальных и прикладных исследований в области неврологии и эпидемиологии.

Положения, выносимые на защиту.

1. Проведённое исследование позволило выявить половые различия в структуре острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК), при которых у мужчин наблюдалось преобладание в молодом и среднем возрасте (16,0% и 25,3% против 14,5% и 23,2% соответственно), тогда как в категории ишемического инсульта (ИИ) женщины составили 56,3% всех случаев при гендерном индексе 1,3:1. Указанные данные свидетельствуют о высокой эпидемиологической значимости гендерных аспектов в популяционной структуре ОНМК, требующих углублённого анализа. Женщины с ИИ характеризовались достоверным преобладанием тяжёлых коморбидных состояний, подтверждённых индексом по Charlson M.E. (22,0% против 17,3% у мужчин, $p < 0,05$). Основные факторы риска у женщин включали артериальную гипертензию (89,8%, $p < 0,001$), фибрилляцию предсердий (20,1%), сахарный диабет 2 типа (37,1% против 25,6%, $p < 0,05$) и метаболический синдром (69,8% против 36,7%, $p < 0,005$), что указывает на выраженную гендерно-специфическую предрасположенность к сосудистым катастрофам, обусловленную как эндогенными, так и экзогенными факторами.
2. Анализ подтипов ишемического инсульта у женщин продемонстрировал преобладание атеротромботического (31,6%), кардиоэмболического (20,1%), лакунарного (19,0%) и гемодинамического (8,8%) подтипов, что отражает сложную морфофункциональную гетерогенность патогенеза. Указанные данные определяют необходимость индивидуализации диагностических и терапевтических подходов с учётом особенностей патогенетического

профиля. Установлено, что коронавирусная инфекция в анамнезе достоверно чаще встречалась у женщин с ИИ (73,6% против 62,2% у мужчин), что позволило обосновать выделение ковид-ассоциированного инсульта в качестве самостоятельного подтипа ИИ. Однако доля данного подтипа у женщин была ниже (13,7% среди женщин с ИИ), что подчёркивает необходимость дальнейшего изучения взаимосвязи патогенетических механизмов COVID-19 и цереброваскулярной патологии с учётом гендерных различий.

3. Женщины с ИИ демонстрировали более высокую летальность (24,5% против 21,6% у мужчин) и значительные задержки доставки в стационар (17,3%, $p < 0,001$), что существенно ухудшало прогноз заболевания. Разработанный комплекс профилактических мероприятий, учитывающий выявленные особенности гендерно-специфической структуры факторов риска, подтипов инсульта и ковид-ассоциированного подтипа, обеспечивает научно обоснованную основу для совершенствования системы медицинской помощи и снижения тяжести заболевания.

Степень достоверности результатов

Достоверность результатов исследования обеспечена использованием репрезентативной выборки из 856 пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения, стандартизированных диагностических методов, включая современные нейровизуализационные технологии, и строгих статистических подходов к анализу данных (χ^2 , U-критерий Манна-Уитни, регрессионный анализ). Обоснованность выводов подтверждена статистической значимостью выявленных различий ($p < 0,001$) и воспроизводимостью результатов, а также комплексным сравнительным анализом клинико-эпидемиологических характеристик пациентов женского и мужского пола. Использование систематизированного регистра мозгового инсульта и учёт региональных особенностей исключают случайные ошибки и гарантируют высокий уровень доказательности и объективности представленных данных.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Цель, задачи и тематика исследования, а также применённые в ходе работы клинико-инструментальные методы диагностики и лечения соответствуют паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальностям 14.02.02. – Эпидемиология, 14.11.01. – Нервные болезни.

Личный вклад соискателя ученой степени в исследование

Автор принимал личное участие на всех этапах сбора материала: был координатором организации скрининговых исследований, приглашал и контролировал участников при проведении дополнительных методов обследования, организации консультации узких специалистов, контролировал аккуратность и точность ввода данных в базу через интернет, обработку и анализ полученного научного материала, формулирование основных положений диссертации

Апробация и реализация результатов диссертации

Основные результаты диссертационного исследования прошли апробацию на научно-практических конференциях различного уровня, включая республиканские и международные форумы, где были представлены доклады, посвящённые гендерно-специфическим особенностям ишемического инсульта и новым факторам риска, включая ковид-ассоциированный подтип. Отдельные положения работы обсуждались на заседаниях кафедры неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессора М.Г. Гулямова, а также на межкафедральных совещаниях ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино».

Реализация результатов исследования осуществлена путём внедрения разработанных рекомендаций по профилактике ишемического инсульта у лиц женского пола в практическую деятельность учреждений здравоохранения г. Гиссар. Разработанный алгоритм мероприятий был адаптирован для использования в рамках региональных программ профилак-

тики сосудистых заболеваний и применён в обучении медицинского персонала на курсах повышения квалификации. Итоговые данные включены в методические рекомендации для врачей-неврологов и терапевтов, направленные на совершенствование диагностики, профилактики и лечения ишемического инсульта с учётом гендерных особенностей.

Публикации результатов диссертации. По результатам диссертации опубликовано 41 научных работ, в том числе 11 статьи в рецензируемых журналах из перечня ВАК при Президенте Республики Таджикистан, а также 30 работ в материалах научно-практических конференций.

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 181 странице компьютерного текста (шрифт Times New Roman-14, интервал 1,5) включает введение, общую характеристику работы, обзор литературы, материал и методы исследования, 2 главы собственных исследований, обсуждение результатов, выводы, рекомендации по практическому использованию результатов и список литературы. Диссертация иллюстрирована 35 таблицами и 18 рисунками. Библиография содержит 149 источников, из которых 38 являются русскоязычными и 111 англоязычными источниками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

С целью проведения данного исследования на территории районов Республиканского подчинения и дальнейшего их расширения по всей Республике Таджикистан в качестве пилотного объекта исследования был избран Гиссарский район. Кроме того, в данном районе имеется четкое разграничение на городские и сельские популяции, что дало возможность проведения сравнительного анализа заболеваемости МИ между ними. Население по оценке на 1 января 2022 года составляло 331 400 человек.

Характеристика обследованных лиц, этапы и методы исследования.

Исследование проводилось на базе кафедры неврологии и основ медицинской генетики ТГМУ им. Абуали ибн Сино и включало в себя ретроспективно-проспективным метод исследования пациентов регистром МИ. Были получены данные о больных, находившихся на стационарном лечении в неврологических отделениях Национального медицинского центра Республики Таджикистан, проживающие на территории Гиссарского района, за период с 1 января 2022 г. по 31 декабря 2023 г. с подтвержденным клиническим диагнозом ОНМК, по ишемическому или геморрагическому типу, или ТИА.

ОНМК, с которым пациент был принят в стационар и зарегистрирован в базе данных, стало опорным случаем для последующего анализа.

В ходе нашего исследования были использованы несколько ключевых методов, включая информационно-аналитический, ретроспективный, клинический и статистический подходы. Такой многогранный методологический подход позволил не только детально изучить собранный материал, но и обеспечить высокую степень достоверности полученных данных. Каждый из использованных методов сыграл важную роль в обеспечении комплексного анализа исследуемой проблемы, что позволило выявить объективные закономерности и факторы, влияющие на развитие инсульта. Диагностика инсульта в нашем исследовании проводилась в строгом соответствии с МКБ-10, что соответствует рекомендациям ВОЗ, утвержденным в 1992 году.

Пациентов исследовали в два этапа- на первом этапе провели скрининговое исследование больных госпитальной группы в остром периоде ОНМК за 2 года (с 1 января 2022 по 31 декабря 2023 гг.) в Гиссарском районе; на втором этапе после выборки с учетом параметров включения и исключения были выделены пациенты только с ИИ, которые были раз-

делены на группы для выявления весомых отличий в изучаемых параметрах. В течение периода наблюдения, на первом этапе нашего исследования, мы собрали и заполнили регистры МИ для 856 пациентов. Среди них преобладали женщины, составляя 54,8% выборки (469 человек) со средним возрастом $66,4 \pm 13,1$ года. Мужчины были представлены 387 пациентами (45,2%), и их средний возраст был значительно ниже, составляя $57,5 \pm 18,6$ года ($p < 0,05$). Второй этап исследования был посвящен формированию гомогенной группы пациентов для дальнейшего анализа. В соответствии с установленными критериями отбора и исключения, в исследование были включены только пациенты, перенесшие ИИ. С целью изучения возможных гендерных особенностей течения заболевания, пациенты были разделены на две группы в зависимости от пола.

Критерии включения пациентов в данное исследование были четко определены и основывались на нескольких ключевых параметрах. В первую очередь, в исследование допускались только лица, достигшие 18-летнего возраста, что гарантировало участие исключительно взрослых пациентов. Во-вторых, обязательным условием было наличие подтвержденного диагноза ИИ, установленного с помощью методов нейровизуализации, таких как КТ или МРТ. Диагностика должна была быть проведена в промежутке от 24 до 72 часов с момента появления первых симптомов инсульта, что обеспечивало сбор наиболее точных и актуальных данных.

Кроме того, участие в исследовании требовало обязательного подписания информированного согласия каждым пациентом, подтверждающего его добровольное участие. В случае, если пациент был недееспособен по состоянию здоровья, право подписывать согласие предоставлялось его законным представителям, что гарантировало соблюдение этических принципов и защиту прав участников исследования.

Критерии исключения из данного исследования основывались на нескольких важных факторах. Прежде всего, пациенты, не удовлетворяющие основным критериям включения, автоматически исключались из исследования. Во-вторых, если предварительный диагноз ИИ, поставленный при поступлении, не находил подтверждения в стационаре с помощью нейровизуализационных методов, такие пациенты также исключались из выборки. Дополнительными исключаящими факторами являлось наличие у пациента серьезных сопутствующих заболеваний. В частности, это онкологические заболевания, тяжелые формы ИБС, ОИМ, а также хронические формы недостаточности жизненно важных органов, таких как легкие, почки и печень. Пациенты с подобными патологиями могли иметь осложнения, способные существенно повлиять на результаты исследования и их достоверность. Также исключались лица с ВИЧ-инфекцией, так как данное состояние может оказывать влияние на общее состояние организма и усложнять течение инсульта, что могло бы затруднить объективную оценку результатов исследования.

2.2. Методы исследования

Диагностика ИИ проводилась в три этапа: *первый этап* - на основании анамнестических сведений о возникновении заболевания, наличие в анамнезе сосудистых заболеваний или ФР инсульта, неврологического осмотра, проводилась дифференциальная диагностика с другими острыми состояниями, связанными с поражением головного мозга; *второй этап* - верифицировался тип инсульта (геморрагический или ишемический) при проведении компьютерной томографии головного мозга; на *третьем этапе* с помощью клинических, лабораторных и инструментальных исследований устанавливался патогенетический подтип ИИ.

Исследование было направлено на изучение влияния различных факторов на риск

развития инсульта. В качестве исследуемых характеристик были выбраны как немодифицируемые факторы, такие как пол, возраст и семейная история ССЗ.

Оценивались следующие модифицируемые ФР инсульта: курение, злоупотребление алкоголем, низкая физическая активность; сопутствующие заболевания – сахарный диабет (СД), избыточная масса тела и ожирение – по повышению индекса массы тела (по формуле Кетле – масса тела в кг/рост, в м²), ишемическая болезнь сердца (ИБС), артериальная гипертензия (АГ). Диагностика форм ИБС проводилась по информативной анкете ВОЗ и по доказанным признакам перенесенного ОИМ на ЭКГ.

Оценка состояния сознания, исходной тяжести инсульта и динамики неврологического дефицита основывалась на результатах клинического осмотра и тестирования по ряду международных шкал: шкала Глазго - для определения степени угнетения сознания; шкала NINSS (the National Institutes of Health Stroke Scale) - для обобщенной оценки клинического состояния больного в остром периоде инсульта; модифицированная шкала Рэнкина (mRS): данная шкала считается универсальным инструментом, широко используемый в неврологии для оценки нарушений после инсульта.

На аппарате Hitachi-902 проводились анализы холестерина и глюкозы в крови с использованием реактивов Roche Diagnostics. Утром образцы крови брали натощак из локтевой вены после двенадцати-четырёх часов голодания. По международным стандартам биохимические методы использовались для определения холестерина. При уровне холестерина выше 6,5 ммоль/л диагностируют гиперхолестеринемию, а при уровне глюкозы выше 6 ммоль/л - гипергликемию.

Визуализирующие исследования проводились специалистом отделения ультразвуковой диагностики. Всем пациентам экстренно проводили КТ или МРТ с участием дежурного невролога в течение 25 минут после поступления в стационар, с быстрым получением результатов. Применение методов нейровизуализации позволило оценить объем и топографию поражения. Основным диагностическим методом являлась КТ на 6-срезовом томографе Philips 2008 года выпуска. В 30% случаев для получения более детальной информации использовали МРТ на 1,5-тесловом аппарате Philips.

Результаты исследования

На I этапе нашего исследования были изучены характеристики ОНМК у лиц Гиссарского района (и города, села). Доля больных с ИИ среди всех ОНМК составила 75,6% (647 пациентов). Из всех пациентов с ИИ пациенты мужского пола составили 364 (56,3%), средний возраст - 65,3±16,4, пациенты женского пола составили 283 (43,7%) человек, средний возраст - 60,6±15,7. Гендерный индекс составил 1.3:1 в пользу женщин с ИИ.

В таблице 1. показано распределение пациентов по полу, возрасту и структуре ОНМК, а также доля выживших и умерших. По таблице видно, что среди всех ОНМК имеется некоторое преобладание доли лиц мужского пола в молодом и среднем возрасте над женским полом (16,0% и 25,3% против 14,5% и 23,2 % соответственно).

Проценты в таблице исчислялись среди количества пациентов мужчин и женщин в строке по отношению к общему количеству пациентов в данной категории («всего»), а доля пациентов «всего» разного пола от общего количества пациентов в данной категории ОНМК). С возрастом наблюдается рост доли женщин, составляющий 29,4% и 32,8% в пожилых и старческих группах соответственно, в то время как среди мужчин эти показатели равны 27,6% и 31,0%.

В категории ИИ преобладали женщины (56,3%), тогда как мужчины составляли 43,7%. В категории ГИ наблюдалось значительное преобладание мужчин (58,1%) по сравнению с женщинами (41,9%). В категории ТИА также больше женщин — 56,1%, тогда как мужчины составляли 43,9% (табл.1).

Таблица 1. Распределение пациентов по возрасту в зависимости от вида ОНМК

Категории	пол	18–44 г.	45–59 г.	60–74 г.	75–90 г.	Всего абс (%)	χ^2 (пол)	p (пол)	χ^2 (возраст)	p (возраст)
ОНМК всего	м	62 (16,0%)	98 (25,3%)	107 (27,6%)	120 (31,0%)	387 (45,2%)	4,12	0,042	9,81	0,021
	ж	68 (14,5%)	109 (23,2%)	138 (29,4%)	154 (32,8%)	469 (54,8%)				
ИИ	м	47 (16,6%)	82 (29,0%)	79 (27,9%)	75 (26,5%)	283 (43,7%)	2,83	0,094	6,47	0,091
	ж	51 (14,0%)	89 (24,5%)	108 (29,7%)	116 (31,9%)	364 (56,3%)				
ГИ	м	9 (18,0%)	10 (20,0%)	12 (24,0%)	19 (38,0%)	50 (58,0%)	1,41	0,236	5,88	0,118
	ж	5 (13,9%)	9 (25,0%)	9 (25,0%)	13 (36,1%)	36 (41,9%)				
ТИА	м	6 (11,1%)	5 (9,3%)	17 (31,5%)	25 (46,3%)	53 (43,9%)	0,67	0,412	4,33	0,228
	ж	12 (17,4%)	11 (15,9%)	21 (30,4%)	25 (36,2%)	69 (56,1%)				
Выжившие	м	41 (13,8%)	89 (24,4%)	94 (28,3%)	137 (37,8%)	361 (45,1%)	5,21	0,023	12,47	0,006
	ж	41 (13,8%)	94 (24,9%)	111 (29,4%)	116 (30,8%)	362 (45,3%)				
Умершие	м	21 (23,3%)	24 (26,7%)	23 (25,6%)	22 (24,4%)	90 (45,7%)	6,18	0,013	10,92	0,014
	ж	23 (21,5%)	20 (18,7%)	47 (43,9%)	17 (15,9%)	107 (54,3%)				

Примечание: статистический анализ выполнен с использованием критерия χ^2 Пирсона (для сравнения долей между группами). По возрасту достоверные различия выявлены в тех же категориях ($p = 0,021$; $0,006$; $0,014$ соответственно), что указывает на чёткую зависимость исхода от возраста.

Распределение случаев ОНМК по месяцам года демонстрирует выраженную сезонность с пиком заболеваемости весной (31,4%) и минимумом летом (19,6%). Статистически достоверные различия между сезонами ($p < 0,001$) указывают на наличие значимого сезонного фактора (табл.1). Женщин с ОНМК летом было 33,3%, мужчин – 29,2%, по остальным сезонам недостоверно преобладали лица мужского пола с ОНМК (табл.2).

Таблица 2. Распределение случаев ОНМК по сезонам года в зависимости от пола

Категория	Пол	n	Осень n (%)	Зима n (%)	Лето n (%)	Весна n (%)	χ^2	p
ОНМК всего	м	387	101 (26,1%)	94 (24,3%)	79 (20,4%)	113 (29,2%)	3,52	0,319
	ж	469	112 (23,9%)	112 (23,9%)	89 (19,0%)	156 (33,3%)		
	всего	856	213 (24,9%)	206 (24,1%)	168 (19,6%)	269 (31,4%)		
ИИ	м	283	72 (25,4%)	60 (21,2%)	84 (29,7%)	67 (23,7%)	4,81	0,187
	ж	364	94 (25,8%)	72 (19,8%)	117 (32,1%)	81 (22,3%)		
	всего	647	166 (25,7%)	132 (20,4%)	201 (31,1%)	148 (22,9%)		
ГИ	м	50	16 (32,0%)	14 (28,0%)	9 (18,0%)	11 (22,0%)	1,84	0,606
	ж	36	10 (27,8%)	7 (19,4%)	9 (25,0%)	10 (27,8%)		
	всего	86	26 (30,2%)	21 (24,4%)	18 (20,9%)	21 (24,4%)		
ТИА	м	54	12 (22,2%)	14 (25,9%)	13 (24,1%)	15 (27,8%)	0,37	0,947
	ж	69	17 (24,6%)	14 (20,3%)	18 (26,1%)	20 (29,0%)		
	всего	123	29 (23,6%)	28 (22,8%)	31 (25,2%)	35 (28,5%)		

Примечание: статистический анализ выполнен с использованием критерия χ^2 Пирсона для оценки сезонных различий в частоте инсультов и транзиторных атак у мужчин и женщин.

Распределение случаев ИИ по сезонам года демонстрирует выраженную сезонную зависимость с максимумом в летние месяцы (31,1%) и статистически значимым снижением в весенний (20,4%) и зимний (22,9%) периоды ($p < 0,05$). Что касается лиц женского пола, то

среди пациентов с ИИ, госпитализированных летом- они преобладали 32,1% (мужчин было 29,7%) (табл.3.2).

Среди лиц с ГИ наибольшее количество лиц было осенью -30,2% пациентов, меньшее летом – 20,9%. Среди лиц с ГИ осенью преобладали мужчины – 32,0%, женщин было 27,8%) (табл. 2).

Эпидемиологические показатели ИИ в Гиссарском районе в зависимости от пола. На II этапе исследования, согласно цели и задачам, а также критерия включения-исключения, были отобраны пациенты с ИИ в количестве 647 пациентов. Лица женского пола составили 56,3% (n=364) лиц мужского пола составили 43,7% (n=283).

При исследовании возрастного состава пациентов с ИИ можно сказать, что среди женщин преобладали лица пожилого и старческого возраста, среди мужчин имелся некоторый перевес – самый большой процент с ИИ наблюдался у лиц среднего возраста.

Что касается социального статуса пациентов с ИИ, что процент городских жителей среди лиц женского пола был выше по сравнению с мужским полом. Среди женщин преобладали не работающие, на пенсии и лица, имеющие инвалидность по сравнению с мужчинами - 51,9%, 61,5%, 15,9% против 26,1%, 54,4%, 11,0% соответственно. Среди женщин преобладали лица с высшим образованием 31,3% против 24,0% у мужчин с ИИ. Среди мужчин преобладали лица, имеющие незаконченное высшее, среднее специальное, среднее общее образование 25,8%, 30,7%, 19,4% против этих значений у женщин 23,9%, 29,4%, 15,4% соответственно. Что касается семейного статуса среди мужчин достоверно чаще встречались вдовцы и разведенные лица – 26,1% и 12,7% соответственно. У женщин чаще встречались замужние лица 48,4%. При исследовании режима труда и отдыха у больных с ИИ было выявлено, что большой процент пациентов, особенно среди мужчин имеют рабочий день до 20-00 и больше – 75,6%, имеют сон меньше 7- часов – 73,7%, около половины мужчин (45,2%) не имеют выходного дня. У женщин также имелись лица с нарушениями режима труда и отдыха, но их доля была достоверно меньше, чем у мужчин – 38,1%, 60,9%, 32,5% соответственно.

Анализ сезонной распространенности ИИ показал, что летний период характеризуется максимальной частотой случаев (31,1%), статистически значительно превышающей показатели весеннего (20,4%) и зимнего (22,9%) периодов ($p < 0,05$). Что касается лиц женского пола, то среди пациентов с ИИ, госпитализированных летом- они преобладали 32,1% (мужчин было 29,7%) – процент исчислялся от всех пациентов в категории ИИ.

Мы также изучили гинекологический анамнез. У пациенток были выявлены следующие ранее перенесенные гинекологические заболевания. У женщин с хирургической менопаузой чаще встречались миома матки, воспалительные заболевания придатков, гиперпластические процессы эндометрия, эндометриоз и доброкачественные опухоли яичников, ставшие причинами оперативного вмешательства. У пациенток с ИИ основными причинами операций были миома матки (24,5%), доброкачественные опухоли яичников (10,2%) и патология шейки матки (23,9%).

На момент обследования пациентки находились в состоянии постменопаузы, которая продолжалась от 7 до 27 лет, при этом средняя продолжительность составила $13,2 \pm 11,9$ лет. Возраст наступления менопаузы варьировался: у женщин с естественной менопаузой он составил $49,6 \pm 1,2$ года, тогда как у пациенток с хирургической менопаузой этот показатель был ниже — $47,3 \pm 2,4$ года ($p < 0,05$).

Репродуктивный анамнез. Среди женщин, страдающих ИИ, 348 пациенток (95,6%) имели в анамнезе хотя бы одну беременность, что свидетельствует о высокой частоте репродуктивных событий в данной выборке. При этом 356 женщин (97,8%) сообщили о том, что у них были роды, что еще раз подчеркивает значительную роль репродуктивной истории в жизни этих пациенток. Интересно, что у 319 женщин (87,6%) в анамнезе имелись более одного медицинского аборта, что указывает на высокий уровень искусственного прерывания беременности среди обследованных пациенток.

Таблица 3. Особенности менопаузы у пациенток с ИИ

Женщины, n=364		n	%
Возраст наступления менархе	≤ 10 лет	46	12,6
	10-12 лет	186	51,1
	в 13 лет	132	36,3
Возраст наступления менопаузы	естественная	245	67,3
	хирургическая	119	32,7
Постменопаузальная заместительная гормональная терапия	Да	114	31,3
	нет	250	68,7

Таблица 3 показывает, что у 12,6% женщин с ИИ менархе наступает в возрасте 10 лет и младше, а у 51,1% — в возрасте от 10 до 13 лет. Эти цифры показывают, что значительная часть случаев менархе происходит в раннем возрасте. Повышенный уровень эстрадиола, часто сопровождающий детское ожирение, может стать одним из факторов, обуславливающих наблюдаемые изменения. Согласно некоторым исследованиям, раннее менархе связано с более высоким риском развития сахарного диабета 2-го типа, фактора риска ИИ. Ожирение, вероятно, существовало до начала менархе и могло способствовать его раннему появлению.

Литературные данные показывают, что у женщин репродуктивного возраста риск ССЗ ниже, чем у мужчин того же возраста с похожим образом жизни. Однако у женщин с ранней менопаузой этот риск увеличивается. После менопаузы соотношение меняется: двусторонняя овариэктомия до 50 лет связана с повышенной смертностью от ССЗ, особенно без заместительной гормональной терапии. Это указывает на защитную роль яичниковых гормонов, снижение которых после менопаузы резко увеличивает риск ССЗ.

В нашем исследовании довольно большой процент женщин (32,7%) имели хирургическую менопаузу. Исследование, охватывающее широкий круг женщин, выявило обратную связь между продолжительностью репродуктивного периода и риском ССЗ: более поздняя менопауза и более длительный промежуток между менархе и менопаузой ассоциировались с более низким 10-летним риском.

Недостаточно исследований связывает раннюю менопаузу с риском развития ССЗ. Эстроген, как известно, снижает активность печеночной липазы. В менопаузе снижение уровня эстрогена может негативно влиять на липидный профиль, повышая риск сердечно-сосудистых заболеваний. В этот период содержание липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) увеличивается, а содержание липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) уменьшается. Структура ЛПВП также меняется: мелкие частицы защищают сосуды меньше, чем крупные. Эти изменения в липидном профиле могут привести к развитию атеросклероза.

Заместительную гормональную терапию получали 31,3% женщин с ИИ (табл.3). Некоторые исследования указывают на то, что прием эстрогенов, как с прогестагеном, так и без него, может повысить риск инсульта на 27-39%. В исследовании «Инициатива по охране здоровья женщин» женщины, принимающие комбинированную ЗГТ, имели в 1,31 раза более высокий риск инсульта и ишемического инсульта по сравнению с теми, кто не принимал ЗГТ. **Факторы риска ИИ.** У женщин, перенесших ИИ, АГ является наиболее распространенным фактором риска. 327 пациенток, или 89,8 % женщин с ИИ, получили этот диагноз. Эти пациенты часто страдают от АГ, что подтверждает ее важную роль в развитии ССЗ, таких как ИИ. АГ повышает риск образования тромбов и повреждений сосудов, что увеличивает риск развития ИИ у женщин.

Таблица 4. Факторы риска пациентов с ИИ

Факторы риска	Мужчины, n = 283	Женщины, n = 364	χ^2	p
Артериальная гипертензия	239 (84,5%)	327 (89,8%)	4,09	0,043
ИБС	82 (29,0%)	147 (40,4%)	8,94	0,003
ФП	50 (17,7%)	73 (20,1%)	0,59	0,443
Атеросклероз	187 (66,1%)	277 (76,1%)	8,06	0,005
Сахарный диабет 2 типа	75 (26,5%)	135 (37,1%)	8,10	0,004
Метаболический синдром	104 (36,7%)	254 (69,8%)	60,73	<0,001
Бронхиальная астма	41 (14,5%)	22 (6,0%)	11,31	0,001
ХОБЛ	72 (25,4%)	9 (2,5%)	64,22	<0,001
Курение	143 (50,5%)	8 (2,2%)	215,41	<0,001
Коронавирусная инфекция (COVID-19)	176 (62,2%)	268 (73,6%)	9,14	0,002

Примечание: статистический анализ выполнен с использованием критерия χ^2 Пирсона для сравнения частоты факторов риска между мужчинами и женщинами.

Сопутствующие заболевания сердца выявлены у 40,4% женщин с ИИ, у мужчин достоверно меньше встречалась эта патология – в 29,0% случаев. Курение как фактор риска отмечен у мужчин в достаточно высоком проценте – 50,5%, у женщин высокозначимо этот фактор был меньше – 2,2% случаев ($p < 0,001$). 20,1% случаев ФП были диагностированы у женщин. Кроме того, у женщин была более высокая частота случаев СД-2 типа 37,1%, чем у мужчин — 25,6% ($p < 0,05$). СД-2 типа чаще встречался у лиц женского пола в 37,1% случаях (у мужчин этот показатель был значимо меньше – в 26,5% случаях).

Метаболический синдром (МС) преобладал в группе у женщин – почти в два раза в 69,8% случаях, по сравнению с мужчинами – 36,7% ($p < 0,005$). Коронавирусная инфекция в анамнезе отмечена у 73,6% женщин с ИИ, и у 62,2% мужчин с ИИ.

Коморбидный индекс по Charlson M.E. тяжелой степени преобладал у 22,0% пациентов женского пола с ИИ, это достоверно больше такого же показателя у пациентами мужского пола с ИИ – 17,3% ($p < 0,05$). У пациентов значимо был более высокий % пациентов со средней степенью коморбидности среди лиц женского пола – 36,8% против 32,9% ($p < 0,05$) доли пациентов мужского пола со средней степенью коморбидности

Распределение пациентов по разновидности регулярно принимаемых медикаментозных препаратов представлены в работе. До референсного инсульта сердечно-сосудистые препараты назначались нечасто. Примерно треть пациенток (31,3%) получали антигипертензивную терапию, что свидетельствует о том, что у многих женщин было контролируемое артериальное давление до развития инсульта. Тем не менее, другие лекарства для лечения ССЗ назначались еще реже. Это может быть результатом неадекватной профилактической терапии или недооценки риска осложнений ССЗ. У мужчин только пятая часть получали антигипертензивную терапию (21,9%).

Доля пациенток с ИИ с тяжелой степенью коморбидности по Чарльсону была статистически значимо выше, чем у мужчин (22,0% против 17,3%, $p < 0,05$). Адекватная медикаментозная терапия ССЗ до инсульта была недостаточной. Антигипертензивные препараты были основным компонентом медикаментозного лечения у 31,3% женщин, в то время как другие лекарственные средства назначались менее активно. Антигипертензивная терапия была назначена менее чем четверти мужчин (21,9%).

По результатам физикального, лабораторного и инструментального обследования у всех выявлен центральный (абдоминальный) тип ожирения. Среднее значение окружности талии (ОТ) у женщин с МС (254) было выше, чем у мужчин с Мс (104) - $112,3 \pm 3,7$ см и $102,7 \pm 2,3$ см соответственно. У пациентов с ИИ встречались чаще такие категории МС «как центральный (абдоминальный) тип ожирения + АД + повышенный уровень ТГ + сниженный уровень ХС ЛПВП + повышенный уровень ХС ЛПНП» и «центральный (абдоминальный) тип ожирения + АД + НТГ». Причем у женщин процент был больше.

У женщин с ИИ чаще встречается гипертрофия ЛЖ небольшая относительная дилатация ПЖ и ПП, диастолическая дисфункции ЛЖ, снижение Sm фиброзного кольца митрального и трехстворчатого клапанов по сравнению с мужчинами с ИИ. Гипертрофия ЛЖ у пациентов с ИИ коррелирует с возрастом, показателем коморбидности по индексу Charlson, со средним САД за ночь, вариабельностью САД.

Инсомнические расстройства субъективные (жалобы) и объективные (анкетирование) у больных с ИИ чаще встречались у лиц женского пола и по оценкам шкал были более выражены. Для оценки влияния выбранных потенциальных прогностических факторов развития ИИ мы применили регрессию Кокса. Шкала оценки риска ИИ построена на основании невыполнения ликвидации моделируемых ФР по профилактике ИИ.

В течение первых 7-10 часов после появления симптомов в группе- женщин было 54,4% (198 чел), в группе мужчин – 20,2% (142 чел). Значительный процент пациентов был доставлен в период более 10 часов – 17,3% и 16,6% соответственно. Время доставки пациентов в стационар было статистически значимо дольше, чем у пациентов мужского пола ($p < 0,001$), что свидетельствует о более позднем обращении за медицинской помощью среди женщин. Недостаточная осведомленность населения о признаках инсульта является ключевым фактором, препятствующим своевременному обращению за медицинской помощью.

Показана доля пациентов, которым произведена (или не произведена) КТ-диагностика при поступлении во временном аспекте. Более чем в трех четвертях случаев (72,3% у женщин и 75,3% у мужчин) КТ проводилась не ранее чем через 7-10 часов от момента возникновения первых симптомов инсульта. Отсутствие КТ наблюдалось у значительной части пациенток (25%) и у 20% пациентов мужского пола.

Летальность, как и заболеваемость, значительно возрастает с увеличением возраста. В группе от 18 до 44 лет этот показатель составляет 4,1%, а у пациентов в возрасте от 75 до 90 лет он достигает 35,1%. Общий уровень летальности при ИИ был на уровне 23,2%, с некоторыми гендерными различиями: среди мужчин этот показатель составил 21,6%, тогда как у женщин он был выше и достигал 24,5%.

Молодые пациенты с инсультом демонстрировали более низкие показатели летальности по сравнению с пожилыми и старыми пациентами. Причем у женщин в молодом и среднем возрасте она была ниже мужской летальности (3,9 и 4,3%; 11,2% и 15,9% соответственно), в более старших возрастных категориях увеличивается женская летальность по сравнению с мужской (32,4% и 26,6%; 36,2% и 33,3% соответственно).

Наш анализ сроков наступления летальных исходов при ИИ показал, что 52,0% случаев смерти происходят в остром периоде, который охватывает первые пять суток после начала заболевания. Это показывает, что основной причиной смерти является не доступность медицинской помощи или характер проведения диагностических и лечебных процедур, а именно тяжесть самой болезни и скорость ее развития на начальных этапах (рис. 4.1).

Стрессовые тенденции были обнаружены в результате первого в Гиссарском районе исследования, проведенного с целью регистрации случаев МИ. Результаты показали, что среди местного населения наблюдается значительная заболеваемость инсультом. Это обуславливает высокие показатели смертности и летальности от ОНМК.

В результате анализа собранных статистических данных было обнаружено несколько важных проблем с организацией работы ангионеврологической службы, и были сделаны необходимые изменения. Изменения привели к увеличению госпитализации пациентов с инсультом, что привело к значительной улучшению диагностики и снижению количества случаев с диагнозом «инсульт не уточнённый». Внедрение регистра заболеваний улучшило связь между различными уровнями здравоохранения, от первичного звена (семейные врачи) до третичного звена (специализированные отделения Национального госпиталя). Благодаря этому улучшению специалисты могли работать теснее на разных этапах лечения, что привело к улучшению консультативной и лечебной помощи, в том числе для пациентов, кото-

рые продолжают лечение на дому.

Учитывая важнейшую роль, которую играют МИ в контексте медико-социальных проблем, а также необходимость постоянного контроля и анализа ключевых эпидемиологических показателей, особенно в условиях продолжающегося реформирования системы здравоохранения Таджикистана, было принято решение о дальнейшем продолжении программы регистра МИ. Данный регистр станет важным инструментом для анализа текущей ситуации и поможет в долгосрочном планировании и развитии ангио-неврологической службы. Продолжение работы программы позволит не только повысить эффективность оказания медицинской помощи, но и выработать новые стратегии для профилактики, ранней диагностики и лечения инсультов, что в перспективе должно снизить заболеваемость и смертность от ОНМК в стране.

При сравнении структуры ИИ в зависимости от пола были получены следующие данные. У женщин атеротромботический подтип (АТ) ИИ наблюдался у 115 (31,6%) пациентов, кардио-эмболический (КЭ) ИИ – у 73 (20,1%), больные с лакунарным подтипом (ЛИ) ИИ составили 19,0% (n=69), пациенты с гемодинамическим (ГД) – 8,8% (n=32).

Появился еще один подтип инсульта - ковид-ассоциируемый инсульт, который правомерно можно выделить как самостоятельный подтип ишемического инсульта. У женщин его доля была достоверно ниже - у 13,7% всех пациентов женского пола (50 больных)

Достоверные различия между полами получены по категориям АТ и КЭ, ковид-ассоциируемый инсульт был определен у 43 (15,2%) пациентов всего этот новый подтип инсульта по клинике был похож на лакунарный инсульт, причем наблюдался от одного до 3-х лакунарных инсультов в одном или двух полушариях, временной отрезок между ними составлял от трех дней до 60 дней, наблюдались сочетанные поражения головного мозга – тромбоз венозного синуса + геморрагический инсульт (1,5%), ИИ + геморрагический инсульт (2,7%), ИИ + спинальный инсульт (1,1%).

Ковид-ассоциированный инсульт чаще регистрировался в молодом и среднем возрасте, чаще у женщин. Так, в молодом и среднем возрасте доля ковид-ассоциированного инсульта составила 45,1% и 19,1% соответственно, что достоверно больше доли этих видов ИИ у мужчин - 40,4% и 15,9% соответственно.

Доля ковид-ассоциированного инсульта с возрастом резко уменьшается и у мужчин и у женщин, возможно течение КВИ в этом стерто, и эти инсульты попадают под категорию АТ инсультов.

В связи с появлением еще одного вида инсультов в структуре ИИ мы обследовали пациентов на факт КВИ в анамнезе, связь тяжести КВИ с развитием ИИ.

Необходимо отметить, что в свете последних лет коронавирусная инфекция (КВИ) ассоциировалась со многими неврологическими осложнениями, в том числе и с МИ. Мы рассмотрели долю обследуемых пациентов с ИИ, которые перенесли КВИ. По результатам можно сказать, что достаточно большой процент пациентов имели в анамнезе КВИ.

В острейшем периоде оценка тяжести состояния пациента с ИИ (в основном с тяжелыми формами инсультов) проводилась по шкале Глазго. В острейшем периоде (от 1 до 5 дней) инсульта данная оценка должна применяться для всех исследуемых пациентов. В динамике в остром периоде эта шкала применяется к выжившим пациентам. В исследовании анализировались истории болезни пациентов с ИИ, и оценка по шкале ком Глазго проводилась не всегда, только в 50,7 % случаях.

Динамика изменения неврологического дефицита по оценкам, проведенным по разным, принятым в медицинских исследованиях, оценочным тестам и шкалам. Были рассмотрены показатели как межгрупповые, так и гендерные различия внутри каждой группы. Балльная выраженность неврологической симптоматики оценивалась по шкале NIHSS.

Динамика неврологических расстройств имела гендерные особенности: у женщин симптомы были более выражены (16,3 балла), но темпы восстановления были медленнее (11,4 балла), в отличие от мужчин (14,2 балла и 9,2 балла соответственно, $p < 0,05$).

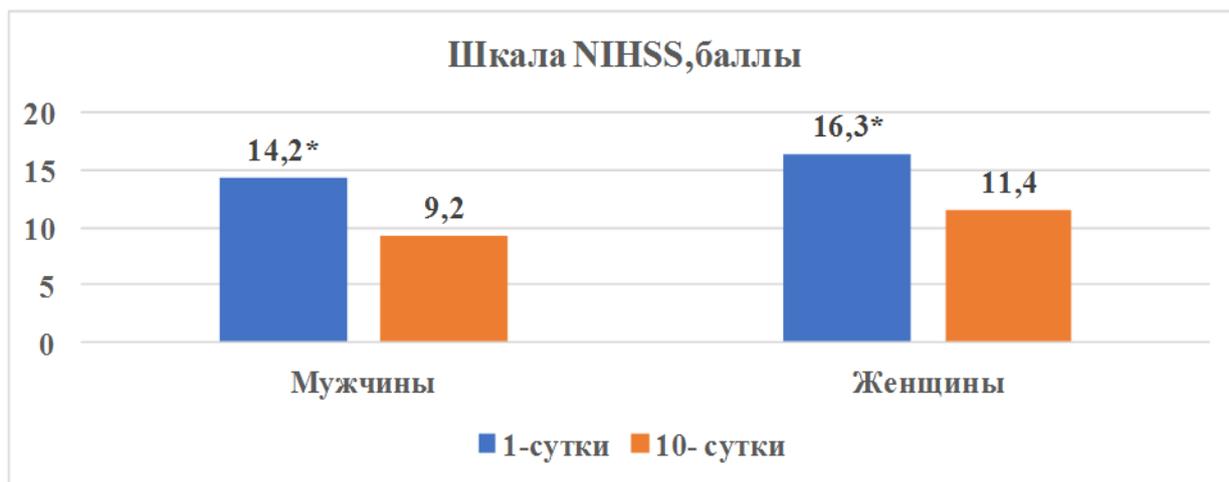


Рисунок 1. Оценка неврологического статуса в динамике заболевания у больных в остром периоде ОНМК по шкале NIHSS, баллы

*Примечание: *-достоверно по сравнению с данными 1 сутки (*- $p < 0,05$).*

Регрессия Кокса была использована для оценки влияния прогностических факторов на качество медицинской помощи при ИИ как на догоспитальном, так и на госпитальном этапах. Тест правдоподобия показал чрезвычайно высокую статистическую значимость модели ($p = 0,0005$), что позволяет отвергнуть нулевую гипотезу. Многофакторный регрессионный анализ Кокса помог выбрать наиболее веские факторы, влияющие на качество медицинской помощи при ИИ на догоспитальном и госпитальном этапе. Это зависит от большого количества факторов (мы проанализировали 23 переменных). При рассмотрении структуры причин не удовлетворительной медицинской помощи пациентам с ИИ были выбраны следующие факторы: вызов «СП после 10 часов с момента ИИ»; «отсутствие врачебной бригады СП»; «неправильная диагностика ИИ»; «отсутствие КТ-исследования головного мозга

Анализ Кокса выявил значимые факторы, влияющие на качество медицинской помощи при ИИ на госпитальном и догоспитальном этапе (было проанализировано 36 переменных). При рассмотрении структуры причин не удовлетворительной медицинской помощи пациентам с ИИ были выбраны следующие факторы:

- госпитализация после 10 часов с момента ИИ
- отсутствие КТ-исследования головного мозга
- долгое время-провождения в приемном покое
- несвоевременная диагностика подтипа ИИ
- отсутствие эндоваскулярной тактики лечения ИИ

Рекомендации по профилактике ишемического инсульта в изучаемом регионе с учётом особенностей заболевания у лиц женского пола будут состоять в том, чтобы соблюдать все пункты данной шкалы и стремиться набрать более высокий балл.

ВЫВОДЫ

1. Среди всех острых нарушений мозгового кровообращения отмечалось преобладание мужчин молодого и среднего возраста (16,0 % и 25,3 %) над женщинами (14,5 % и 23,2 % соответственно). В структуре ишемического инсульта преобладали женщины - 56,3 % против 43,7 % мужчин. Средний возраст пациенток составил $65,3 \pm 16,4$ года. Гендерный индекс равнялся 1,3:1 в пользу женщин. Наибольшая частота инсульта у женщин приходилась на летний период (33,3 %), тогда как у мужчин - на весенне-осенние месяцы [1-А, 9-А, 10-А].
2. У женщин чаще выявлялись артериальная гипертензия (89,8 %), сахарный диабет 2

типа (37,1 %), метаболический синдром (69,8 %) и фибрилляция предсердий (20,1 %). Индекс коморбидности Charlson ≥ 5 наблюдался у 22,0% женщин, и эта когорта характеризовалась выраженной кардиометаболической нагрузкой, что определяет более тяжёлое течение и худший прогноз инсульта [2-А, 3-А, 4-А, 5-А, 7-А].

3. Коронавирусная инфекция в анамнезе зафиксирована у 73,6 % женщин и 62,2 % мужчин. Выделен ковид-ассоциированный подтип инсульта (13,7 % у женщин), характеризующийся сочетанными тромботическими и воспалительными механизмами [11-А, 36-А].
4. Среди подтипов ишемического инсульта у женщин чаще встречался атеротромботический вариант (31,6 %), затем кардиоэмболический (20,1 %), лакунарный (19,0 %) и гемодинамический (8,8 %). Госпитальная летальность составила 24,5 % у женщин. Поздняя госпитализация (более 10 часов от начала заболевания) отмечена у 17,3 % женщин, что увеличивало вероятность тяжёлых исходов и ограничивало возможности тромболитической терапии [6-А, 8-А, 9-А].
5. Разработана и предложена комплексная система профилактических мероприятий, включающая шкалу стратификации риска, образовательные подходы для населения, расширение возможностей ранней диагностики, укрепление ангионеврологической службы и интеграцию догоспитального, амбулаторного и стационарного звеньев здравоохранения. Реализация данной стратегии обеспечивает основу для повышения эффективности профилактики ишемического инсульта у женщин и устойчивого снижения показателей смертности и инвалидизации в Республике Таджикистан [9-А, 10-А].

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Следует внедрить систему «инсультного кода» для ускоренной госпитализации пациентов с подозрением на инсульт и обеспечить их доставку в специализированные центры в пределах 6 часов от начала симптомов. Важно обучить персонал скорой помощи и поликлиник алгоритму FAST, сократить время «дверь–КТ» до 25 минут, а также внедрить контроль за временными интервалами на всех этапах оказания помощи.
2. Рекомендуется повсеместное использование компьютерной томографии при подозрении на инсульт, ранняя стратификация подтипов ишемического инсульта (атеротромботический, кардиоэмболический, лакунарный, гемодинамический, ковид-ассоциированный) и последующее применение таргетной терапии. Следует развивать эндоваскулярные методы лечения в региональных центрах для повышения эффективности реперфузионных мероприятий.
3. Профилактическая работа должна быть сосредоточена на контроле артериальной гипертензии, сахарного диабета 2 типа, ожирения, метаболического синдрома, фибрилляции предсердий и нарушений сна. Необходимо проводить регулярный скрининг женщин старше 40 лет с формированием «паспорта сосудистого риска» и ежегодным мониторингом показателей артериального давления, гликемии, липидного профиля и массы тела.
4. Для системного контроля качества медицинской помощи необходимо создать цифровой регистр, включающий данные о времени дебюта симптомов, подтипе инсульта, полу, применённой терапии, исходах и сроках госпитализации. Регулярный анализ этих данных позволит выявлять узкие места и повышать эффективность профилактических мер.
5. Рекомендуется организация специализированных центров для женщин, перенёсших инсульт, с участием невролога, кардиолога, эндокринолога, физиотерапевта и психолога. Вторичная профилактика должна учитывать патогенетический подтип инсульта и коморбидный профиль пациентки. Следует обеспечить контроль приверженности терапии и обучать родственников принципам ухода и раннего выявления рецидива.

Список литературы

1. Feigin V.L., Norrving B., Mensah G.A. Global burden of stroke [Текст] // *Circulation Research*. – 2017. – Т. 120, №3. – С. 439–448.
2. Johnson C.O., Nguyen M., Roth G.A. [и др.]. Global, regional, and national burden of stroke, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 [Текст] // *The Lancet Neurology*. – 2019. – Т. 18, №5. – С. 439–458.
3. Стаховская Л.В. Инсульт. // *Руководство для врачей*. - Москва. - 2013. – С. 400.
4. Fridman S. et al. Stroke risk, phenotypes, and death in COVID-19: Systematic review and newly reported cases. // *Neurology*. – 2020. - №95 (24). - 3373-3385. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000010851>.
5. Mozaffarian D. et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2016 Update. // *Circulation*. – 2016. - №133 (4). – P. 338-360.
6. Всемирная организация здравоохранения. Продолжительный рабочий день – причина роста смертности в результате болезней сердца и инсульта [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news/item/17-05-2021-long-working-hours-increasing-deaths-from-heart-disease-and-stroke-who-ilo> (дата обращения: 23.11.2024).
7. Katsanos A.H. et al. The Impact of SARS-CoV-2 on Stroke Epidemiology and Care: A Meta-Analysis. // *Ann Neurol*. – 2021. - №89 (2). – P. 380-388. <https://doi.org/10.1002/ana.25967>.
8. Nannoni S. et al. Stroke in COVID-19: A systematic review and meta-analysis. // *Int J Stroke*. – 2021. - №16 (2). – P. 137-149. <https://doi.org/10.1177/1747493020972922>.
9. Максимова М.Ю., Москвичева А.С., Четкин А.О. Факторы риска развития ишемического инсульта в артериях каротидной системы у мужчин и женщин [Текст] // *Анналы клинической и экспериментальной неврологии*. – 2018. – Т. 12, №4. – С. 5–11.
10. Тибеккина Л.М., Пушкарев М.С., Филатов А.А., Золотов В.Д., Кушниренко Я.Н. Гендерные и возрастные особенности факторов риска инсульта [Текст] // *Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения*. – 2018. – Т. 13, №3. – С. 165–170

Публикации по теме диссертации

Статьи в рецензируемых журналах

- [1-А] Таджидинов, Т.Б. / Эпидемиологическая характеристика и ведущие факторы риска инсульта в Гиссарском районе [Текст] / Т.Б. Таджидинов, Р.А. Рахмонов, Б.Т. Тоджиддинов, З.Р. Тоиров // *Здравоохранение Таджикистана*. – Душанбе – №3. – 2014. – С. 104-108.
- [2-А] Таджидинов, Т.Б. / Выявление хронических форм цереброваскулярных заболеваний в учреждениях первичного звена здравоохранения Республики Таджикистан [Текст] / Т.Б. Таджидинов, Р.А. Рахмонов, М.М. Джалолова, М.Б. Исоева // *Здравоохранение Таджикистана*. – Душанбе – №3. – 2014. – С. 15-19.
- [3-А] Таджидинов, Т.Б. / Клинические особенности и основные факторы риска начальных форм цереброваскулярной болезни [Текст] / Т.Б. Таджидинов, Р.А. Рахмонов, М.Б. Исоева, М.М. Джалолова // *Вестник Авиценны*. – №3, 2015г. – С. 88-92.
- [4-А] Таджидинов, Т.Б. / Омилҳои хатаровари сактаи мағзӣ дар байни аҳолии деҳоти Ҷумҳурии Тоҷикистон [Матн] / Т.Б. Таджидинов, Р.А. Рахмонов, М.Б. Исоева, Б.С. Тоджиддинов // *Авҷи Зухал*. - №4. - 2015. - С. 36-40.
- [5-А] Таджидинов, Т.Б. / Нарушение сердечной деятельности у больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения [Текст] / Т.Б. Таджидинов, Р.А. Рахмонов, М.О. Исрофилов // *Здравоохранение Таджикистана*. – №3. – 2016. – С. 114-116.
- [6-А] Таджидинов, Т.Б. / Симптоматическая эпилепсия у больных с инсультом [Текст] / Т.Б. Таджидинов, Р.А. Рахмонов, М.Б. Исаева, М.О. Исрофилов // *Здравоохранение Таджикистана*. – Душанбе – №2. – 2016. – С. 36-40.
- [7-А] Таджидинов, Т.Б. / Суммарный сердечно-сосудистый риск – новый подход к прогнозированию инсульта [Текст] / Т.Б. Таджидинов, Р.А. Рахмонов, М.Б. Исоева, Д.П. Зуурбекова // *Вестник Авиценны*. – №4. – 2017. – С. 471-475.

- [8-А] Таджидинов, Т.Б. / Хусусиятҳои нишонаҳои манбавии сактаҳои пахншудаи камхунӣ дар кӯдакон [Матн] / Т.Б. Таджидинов, М.Б. Исаева, Ш.Р. Рабоева, Н.А. Зарипов // Авҷи Зухал. – №1. – 2023. – С. 66-68.
- [9-А] Таджидинов, Т.Б. / Пахншавӣ ва хосиятҳои асосии сактаи ишемикӣ дар занон [Матн] / Т.Б. Таджидинов, С.М. Абдуллозода, Н.А. Зарифӣ, С.Н. Абдуллоева, М.Б. Исоева // Авҷи Зухал. – №3. – 2024. – С. 92-99.
- [10-А]. Таджидинов, Т.Б. Анализ эпидемиологической ситуации по цереброваскулярным заболеваниям в Таджикистане за последнее десятилетие (2014-2023гг.) [Текст] / Т.Б. Таджидинов, С.М. Абдуллозода, Н.А. Зарифи, М.Б. Исоева // Симург. – 2024. - № 4 – С. 99-110.
- [11-А]. Таджидинов, Т.Б. Патогенетические факторы риска ишемического инсульта у лиц женского пола в гиссарском районе [Текст] / Т.Б. Таджидинов, С.М. Абдуллозода, Н.А. Зарифи, М.Б. Исоева // Симург. – 2025. - № 3 – С. 97-108.

Статьи и тезисы в журналах и сборниках конференций

- [12-А] Таджидинов, Т.Б. Факторы риска и клинические особенности инсульта в Республике Таджикистан [Текст] / Т.Б. Таджидинов, Р.А. Рахмонов, М.М. Джалолова, М.Б. Исоева // Эпидемиология неинфекционных заболеваний и реабилитация инвалидов в Республике Таджикистан. – Душанбе. - 2014. – С. 82–86.
- [13-А] Таджидинов, Т.Б. Эффективность церебролизина в лечении инсульта [Текст] / Т.Б. Таджидинов, М.О. Исрофилов, М.М. Асоев // Материалы IX годичной научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием «Достижения и перспективы развития медицинской науки». – Душанбе. - 2014. – С. 21.
- [14-А] Таджидинов, Т.Б. Применение семакса в лечении острейшего периода инсульта [Текст] / Т.Б. Таджидинов, М.М. Джалолова, М.Б. Исоева // Материалы IX научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием «Достижения и перспективы развития медицинской науки». – Душанбе. - 2014. – С. 18.
- [15-А] Таджидинов, Т.Б. Гемореология и гемостаз при ишемических инсультах [Текст] / Т.Б. Таджидинов, Р.А. Рахмонов, М.О. Исрофилов // Материалы 62-й научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино, посвящённой 20-летию Конституции Республики Таджикистан «Медицинская наука и образование». – Душанбе. - 2014. - Т. 2. – С. 78–79.
- [16-А] Таджидинов, Т.Б. Наследственные формы гипертонической болезни, осложнившейся инсультом [Текст] / Т.Б. Таджидинов, М.Б. Исоева, М.М. Джалолова // Материалы X научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием «Внедрение достижений медицинской науки в клиническую практику». – Душанбе. - 2015. – С. 46.
- [17-А] Таджидинов, Т.Б. Выпадение полей зрения при инсульте [Текст] / Т.Б. Таджидинов, Р.А. Рахмонов, М.Б. Исоева, М.М. Джалолова // I съезд офтальмологов Республики Таджикистан с международным участием «Актуальные вопросы офтальмологии Таджикистана». – Душанбе. - 2015. – С. 188–191.
- [18-А] Таджидинов, Т.Б. Эффективность ранней реабилитации ишемического инсульта [Текст] / Т.Б. Таджидинов, Р.А. Рахмонов, М.Б. Исоева, М.М. Джалолова // Материалы IV научно-практической конференции санатория «Зумрад». – Душанбе. - 2015. – С. 153–156.
- [19-А] Таджидинов, Т.Б. Эпидемиология и ведущие факторы риска мозгового инсульта у сельского населения Республики Таджикистан [Текст] / Т.Б. Таджидинов, Р.А. Рахмонов, М.О. Исрофилов // Материалы 63-й научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино, посвящённой 20-летию Конституции Республики Таджикистан «Вклад медицинской науки в оздоровление семьи». – Душанбе. - 2015. - Т. 1. – С. 264–267.

- [20-А] Таджидинов, Т.Б. Этиологические аспекты вторичного ишемического инсульта [Текст] / Т.Б. Таджидинов, Г.Ш. Давлатмирова, М.О. Исрофилов // Материалы XI научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием «Медицинская наука: достижения и перспективы». – Душанбе. - 2016. – С. 92.
- [21-А] Таджидинов, Т.Б. Особенности профилактики повторного ишемического инсульта [Текст] / Т.Б. Таджидинов, Р.А. Рахмонов // Материалы XI научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием «Медицинская наука: достижения и перспективы». – Душанбе. - 2016. – С. 96–98.
- [22-А] Таджидинов, Т.Б. Выявление и оценка когнитивных расстройств у пациентов с последствиями перенесённого нарушения мозгового кровообращения [Текст] / Т.Б. Таджидинов, Н.А. Зарипов, Д.П. Зуурбекова // Материалы XIII научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием «Медицинская наука: новые возможности», посвящённой Году развития туризма и народных ремёсел. – Душанбе. - 2018. – С. 95.
- [23-А] Таджидинов, Т.Б. Омилҳои хавф ва хусусиятҳои клиникии вайроншавии хунгардиши мағзи сарӣ [Матн] / Т.Б. Таджидинов, Саёхатхони Р., Ф.М. Мачидова // Материалы XIII научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием «Медицинская наука: новые возможности», посвящённой Году развития туризма и народных ремёсел. – Душанбе. - 2018. – С. 94.
- [24-А] Таджидинов, Т.Б. Применение препарата «элфунат» в терапии нарушений мозгового кровообращения [Текст] / Т.Б. Таджидинов, Р.А. Рахмонов, Т.В. Мадаминава // Труды региональной конференции «Инновации и актуальные вопросы неврологии» и I съезда неврологов Республики Таджикистан. – Душанбе. - 2018. – С. 171–177.
- [25-А] Tadzhidinov, T.B. Symptomatic epilepsy in patients with the stroke [Текст] / T.B. Tadzhidinov, R.A. Rahmonov, D.P. Zuurbecova, D.U. Kosimova // Материалы 66-й научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, в рамках которой проходит Симпозиум детских хирургов «Хирургия пороков развития у детей». – Душанбе. - 2018. – С. 388–391.
- [26-А] Таджидинов, Т.Б. Клинико-эпидемиологические особенности инсультов в Гиссарском районе [Текст] / Т.Б. Таджидинов, Х.А. Тоджиддинов, Д.П. Зуурбекова // Материалы XIV международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов, посвящённой Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019–2021). – Душанбе. - 2019. – С. 96.
- [27-А] Таджидинов, Т.Б. Психосоциальные аспекты в реабилитации инсульта [Текст] / Т.Б. Таджидинов, М.О. Исрофилов, Ферузаи Искандари // Материалы XIV международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов, посвящённой Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019–2021). – Душанбе. - 2019. – С. 96–97.
- [28-А] Таджидинов, Т.Б. Гипертонические кризы как фактор риска развития инсульта [Текст] / Т.Б. Таджидинов, С.Х. Азизов, М.Б. Исоева // Материалы XIV международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов, посвящённой Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019–2021). – Душанбе. - 2019. – С. 15.
- [29-А] Таджидинов, Т.Б. Вайроншавии фаъолияти дил дар беморони гирифтори сактаи мағзи сар [Матн] / Т.Б. Таджидинов, М.О. Исрофилов, П.Ш. Холмуродов // Материалы XIV международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов, посвящённой Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019–2021). – Душанбе. - 2019. – С. 46.
- [30-А] Таджидинов, Т.Б. Венозные тромбозы у больных с инсультом [Текст] / Т.Б. Таджидинов, М.Т. Ганиева, М.Б. Исаева, М.Дж. Исокова // Материалы международной научно-практической конференции (67-й годичной), посвящённой 80-летию ТГМУ им. Абуали ибни Сино и «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019–2021)». – Душанбе. -

2019. – С. 54–55.

[31-А] Тадждинов, Т.Б. Аломати «донаи олуболу» дар кӯдакони бо сактаи пахншудаи камхунӣ [Текст] / Т.Б. Тадждинов, Абдул Разоқ Муско, М.Ю. Қаҳорова // Материалы XV международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов, посвящённой «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019–2021)». Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки. – Душанбе. - 2020. – С. 87–88.

[32-А] Тадждинов, Т.Б. Этиологические аспекты развития повторного инсульта [Текст] / Т.Б. Тадждинов, М.Б. Исоева, М. Садуллоева // Материалы XV международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов, посвящённой «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019–2021)». Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки. – Душанбе. - 2020. – С. 87–88.

[33-А] Тадждинов, Т.Б. Применение дивазы в лечении ишемического инсульта [Текст] / Т.Б. Тадждинов, М.О. Исрофилов, Б.Т. Тодждинов, Г.Ш. Давлатмирова // Материалы XV международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов, посвящённой «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019–2021)». Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки. – Душанбе. - 2020. – С. 37.

[34-А] Тадждинов, Т.Б. Особенности ишемического инсульта у пациента с рассеянным склерозом [Текст] / Т.Б. Тадждинов, Н.Н. Алифшоева, Ш.Р. Рабоева // Материалы XVI международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов, посвящённой «30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019–2021)». Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений. – Душанбе. - 2021. – С. 359.

[35-А] Тадждинов, Т.Б. Эпидемиология факторов риска инсульта в Гиссарском районе [Текст] / Т.Б. Тадждинов, М.Т. Ганиева // Материалы XVI международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов, посвящённой «30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019–2021)». Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений. – Душанбе. - 2021. – С. 287–288.

[36-А] Тадждинов, Т.Б. Ковид, ассоциированный ишемическим инсультом, осложнённый мукормикозом [Текст] / Т.Б. Тадждинов, М.Т. Ганиева, Н.Н. Алифшоева // Материалы XVI международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов, посвящённой «30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019–2021)». Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений. – Душанбе. - 2021. – С. 286–287.

[37-А] Тадждинов, Т.Б. Постинсультная головная боль и её клинические характеристики [Текст] / Т.Б. Тадждинов, Н.Н. Алифшоева, Г.Ш. Давлатмирова // Материалы XVI международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов, посвящённой «30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019–2021)». Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений. – Душанбе. - 2021. – С. 224–226.

[38-А] Тадждинов, Т.Б. Геморрагический инсульт: факторы риска, клиника, диагностика, лечение [Текст] / Т.Б. Тадждидинов, Исаева М.Б., Косимов С.С. // Материалы XVII международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов «Актуальные вопросы современных научных исследований». – Душанбе. - 2022. - Т. 1. – С. 70.

[39-А] Тадждинов Т.Б. Применение L-ледизина в лечении острейшего периода инсульта [Текст] / Т.Б. Тадждинов, Исаева М.Б., Рабоева Ш.Р. // Материалы XVIII научно-практической конференции молодых учёных и студентов ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» с международным участием «Наука и инновации в медицине». – Душанбе. - 2023. - Т. 1. – С. 134.

[40-А] Тадждинов, Т.Б. Нарушения памяти у больных с хроническим нарушением мозгового кровообращения [Текст] / Т.Б. Тадждинов, Годжиддинов Х.А., Юлчиев М.Ю. // Материалы XVIII научно-практической конференции молодых учёных и студентов ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» с международным участием «Наука и инновации в медицине». – Душанбе. - 2023. - Т.1. – С. 132.

[41-А] Тадждинов, Т.Б. Особенности когнитивных нарушений при гипертонической энцефалопатии [Текст] / Т.Б. Тадждинов, М.Б. Исаева, Ш.Р. Рабоева // Материалы XVIII научно-практической конференции молодых учёных и студентов ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» с международным участием «Наука и инновации в медицине». – Душанбе. - 2023. - Т.1. – С. 56.

Список сокращений и условных обозначений

АГ	Артериальная гипертензия
АТ	Атеротромботический инсульт
COVID-19 / КВИ	Coronavirus Disease 2019 (Коронавирусная инфекция 2019 года)
ГД	Гемодинамический инсульт
ИБС	Ишемическая болезнь сердца
ИИ	Ишемический инсульт
КЭ	Кардиоэмболический инсульт
КТ	Компьютерная томография
ЛИ	Лакунарный инсульт
ЛПВП	Липопротеины высокой плотности
ЛПНП	Липопротеины низкой плотности
МИ	Мозговой инсульт
МРТ	Магнитно-резонансная томография
NIHSS	National Institutes of Health Stroke Scale (шкала инсульта Национального института здоровья США)
ОИМ	Острый инфаркт миокарда
ОНМК	Острые нарушения мозгового кровообращения
СД	Сахарный диабет
ССЗ	Сердечно-сосудистые заболевания
ФП	Фибрилляция предсердий
ФР	Фактор риска
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ЭКГ	Электрокардиография
ЗГТ	Заместительная гормональная терапия
ЦНС	Центральная нервная система

МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ ТАҲСИЛОТИИ
«ДОНИШГОҲИ ДАВЛАТИИ ТИББИИ ТОЧИКИСТОН
БА НОМИ АБУАЛӢ ИБНИ СИНО»

УДК 616.831-005

Бо ҳуқуқи дастнавис

ТАДЖИДИНОВ ТОЧИДДИН БАҲРУЛЛОЕВИЧ

**ВИЖАГИҲОИ КЛИНИКИЮ ЭПИДЕМИОЛОГӢ ВА ОМИЛҲОИ
ХАВФИ САКТАИ КАМХУНИИ МАҒЗИ САР ДАР
ЗАНОНИ НОҲИЯИ ҲИСОР**

14.02.02 - Эпидемиология

14.01.11 - Бемориҳои асаб

Автореферат

барои дарёфти дараҷаи илмии
номзади илмҳои тиббӣ

Душанбе – 2025

Пажуҳиш дар кафедраи асабшиносӣ, психиатрия ва психологияи тиббии ба номи профессор М. Ғуломов Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино анҷом дода шудааст.

Рохбари илмӣ:

Раҳмонов Раҳматулло Азизович - доктори илмҳои тиббӣ

Мушовири илмӣ:

Абдуллозода Саид Муртазо - доктори илмҳои тиббӣ, профессори кафедраи эпидемиология ба номи профессор Ҳ.Қ. Рофиев, Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино

Муқарризони расмӣ:

Талабзода Муҳаммадалӣ Сайф - д.и.т., профессори кафедраи эпидемиология ва бемориҳои сироятии Донишгоҳи миллии Тоҷикистон.

Нургужаев Эркин Смагулович, д.и.т., профессори кафедраи бемориҳои асаби “Донишгоҳи миллии тиббии Қазоқистон ба номи С.Д. Асфендияров”.

Ташкилоти пешбар:

Донишгоҳи давлатии тиббии Самарқанд Ҷумҳурии Ўзбекистон

Ҳимояи рисолаи илмӣ «26» 17 соли 2025, соати 13⁰⁰ дар ҷаласаи шурои диссертатсионии 6D.KOA-032 назди Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино баргузор мегардад. Суроға: 734026, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, кӯчаи Сино 29-31, tajmedun.@tj,

Бо диссертатсия дар китобхонаи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «24» 11 2025с ирсол гардид.

**Котиби илмии
шурои диссертатсионӣ,
доктори илмҳои тиббӣ**

Г. М. Усмонӣ

Муқаддима

Мубрами мавзу таҳқиқот. Сактаи мағзи сар яке аз таҳдидҳои шадид ва густурда ба саломатии аҳолии ҷаҳон буда, ба рушди иҷтимоию иқтисодии сайёра таъсири назаррас мерасонад ва боиси коҳиши назарраси давомнокии умр ва сифати зиндагии одамон мегардад.

Натиҷаҳои таҳқиқоти калонтарини Global Burden of Diseases, ки давраи 1990-2013-ро дарбар мегирад, нишон дод, ки фавт аз ихтилолоти шадиди хунгардиши мағзи сар (ИШХМС) дар ҳама кишварҳо ва гурӯҳҳои синнусолӣ афзудааст. Азбаски сактаи мағзи сар яке аз сабабҳои асосии маъҷубӣ ва марги бармаҳал аст, ин тамоюл ба вазъи иҷтимоию иқтисодии саросари ҷаҳон таъсири манфии ҷиддӣ мерасонад. Тибқи омори соли 2013, сатҳи бемории сакта тақрибан ба 25,7 миллион ҳолат расидааст. Сактаи камхунии мағзи сар (СКМС), ки 71% ҳамаи ҳолатҳоро ташкил медиҳад, сабаби асо-сии бемории рағҳои мағзи сар мебошад. Фавт аз сактаи мағзи сар 6,5 миллион нафарро таш-кил дод, ки дар ин ҳол беш аз нисфи ин фавтҳо бар асари СКМС будааст [Стаховская Л.В., 2013; Feigin V.L., 2017; Johnson C.O., 2019].

Сифати ҳаёт пас аз сактаи мағзи сар ба таври назаррас табоҳ мегардад. Тааҷҷубовар аст, ки ИШХМС сабаби асосии маъҷубшавии аҳоли мебошад. Баъди сактаи мағзи сар, беш аз нисфи беморон комилан ба нигоҳубини шахсони дигар вобаста мешаванд [Mozaffarian D., 2016; Fridman S., 2020].

Омори даҳсолаҳои охир нишон медиҳад, ки кишварҳои пешрафта ба коҳиши назарраси гирифторӣ ба бемории сактаи мағзи сар ноил шудаанд. Кӯшишҳои муназзам барои ба эътидол овардани фишори шараёнӣ ва мубориза бо тамокукашӣ ин тамоюли манфироси шикаста, дурнамои беҳшавии вазъияти минбаъдаро фароҳам оварданд.

Тағйироти демографӣ, аз қабилҳои пиршавии аҳоли ва коҳиши фавт аз дигар сабабҳо, сарфи назар аз пешрафтҳо дар пешгирии сактаи мағзи сар, заминаҳои афзоиши фароҳам меоранд. Интизор меравад, ки шумораи беморони сактаи мағзи сар дар муқоиса бо соли 2012 то соли 2030 3,4 миллион нафар афзоиш ёбад [ТУТ, 2021].

Сактаи мағзи сар яке аз хатарҳои ҷиддӣ ба саломатии аҳоли дар кишвари мо мебошад. Бемороне, ки ин бемориро аз сар мегузаронанд, маҷбур мешаванд, ки бо оқибатҳои вазнин мубориза баранд, кормандони соҳаи тиб фишори зиёдро таҳаммул мекунанд ва ҷомеа талафоти бузурги иқтисодӣ мебинад [Katsanos A.H., 2021].

Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар як сол дар бораи беш аз 26 000 мавриди гирифторӣ ба сактаи мағзӣ иттилоъ медиҳад. Аз ин шумор тақрибан 4000 нафар дар давоми ҳафт рӯзи аввали баъди сакта фавт мекунанд, ин нишон медиҳад, ки сатҳи баланди фавт дар марҳилаи шадиди беморӣ мушоҳида мешавад. Бар асари оқибатҳои вазнини сактаи мағзи сар ва офиятбахшии нокифоя дар давоми 30 рӯзи баъди руҳсатшавӣ аз муассисаҳои тиббӣ тақрибан 3000 нафари дигар мефавтанд.

Бо дарназардошти микёси проблемаҳои сактаи мағзи сар, ки на танҳо бо сатҳи баланди фавт, балки бо хасороти назарраси иҷтимоию-иқтисодӣ тавсиф мешавад, зарурати муносибати системавӣ ба пешгирӣ ва табобати ин беморӣ дар сатҳи давлатӣ возеҳ аст.

Вижагиҳои гендерии сактаи камхунӣ ҳанӯз ба қадри кофӣ омӯхта нашудаанд. Таҳқиқоти иловагӣ ҷиҳати муайян кардани омилҳои хавфи табоҳсозии ҳолати занон дар марҳилаи шадиди беморӣ зарур аст. Зарурати таҳқиқоти ҳамачониба, ки ба омӯзиши аломатҳои пешгӯии сактаи мағзи сар нигаронида шудааст, бо набудани маълумоти ватанӣ дар ин соҳа вобаста аст. Натиҷаҳои чунин таҳқиқот имкон медиҳанд, ки равишҳои нави байнисоҳавӣ оид ба табобат ва пешгирии ин беморӣ таҳия карда шаванд [Максимова М.Ю., 2018; Тибекина Л.М., 2018; Nannoni S., 2021].

Ҳамин тариқ, яке аз муҳимтарин самтҳои таҳқиқоти сактаи мағзи сар омӯзиши эпидемиология, сохтор, омилҳои хавф, инкишоф ва ҷараёни ин беморӣ дар минтақаҳои дорои шароити гуногуни ҷуғрофӣ ва иҷтимоию маишӣ мебошад. Бо вучуди ин, оид ба таҳқиқи СКМС дар занон дар шаҳри Ҷисори Ҷумҳурии Тоҷикистон ҳеҷ гуна

таҳқиқоти махсус вучуд надорад. Ин таҳқиқотро барои муайян кардани имкониятҳои коҳиш додани густариши он ва коҳиш додани оқибатҳои вазнини он мубрам мегардонад.

Дарачаи коркардшавии илмӣ проблемаи таҳқиқшаванда. Проблемаи сактаи мағзи сар омили гуногунҷабҳаи илмӣ ва иҷтимоӣ-иқтисодӣ мебошад, ки муносибати байнисоҳавӣ барои омӯзиши онро талаб мекунад. Таҳқиқоти ҷорӣ доираи васеи ҷанбаҳоро дар бар мегирад, аз таҳлили муфассали патогенез, аз ҷумла гипоперфузияи бофтаҳои мағзи сар, варами ситотоксикӣ ва вазогенӣ, воқунишҳои илтиҳобӣ, табаддулоти геморрагӣ ва ихтилоли мубодилаи моддаҳо, то омӯзиши омилҳои хавф, ки ба тағйирнашаванда (синну сол, ҷинс, тааллуқоти наҷодӣ) тағйирёбанда (фишорбаландии шараёни, фибрилятсияи атриоз, атеросклероз, бемории ишемияи дил) тақсим карда мешаванд. Муқаррар карда шудааст, ки сактаи ишемикӣ, ки 71% тамоми ҳолатҳои мағзи сарро ташкил медиҳад, дар сохтори бемориҳо ва фавт саҳми бартаридоштаро соҳиб аст, ки бо вижагиҳои патофизиологияи он ва оризаҳои барвақти асаб алоқаманд аст.

Сарфи назар аз пешрафти назаррас дар идроки механизмҳои пайдоиш ва рушди сактаи мағзи сар, бисёр ҷанбаҳо, аз ҷумла фарқиятҳои гендерӣ дар ҷараёни беморӣ, ки пешгуи клиникаро табоҳтар месозанд, махсусан дар байни занон, ки дар маърази хатари баланди депрессивӣ ва маърифатӣ қарор доранд, омӯхта нашудаанд. Бори иҷтимоӣ-иқтисодии сактаи мағзи сар, аз ҷумла харочоти назарраси молиявӣ дар Иёлоти Муттаҳида, ки дар соли 2010 73,7 миллиард долларро ташкил дод ва пешбинӣ шудааст, ки то соли 2050 то 1,52 триллион доллар афзоиш ёбад, зарурати таҳияи стратегияҳои муассири пешгирикунандаро таъкид менамояд.

Тадбирҳои офиятбахшӣ, ки ба барқарорсозии қобилиятҳои функционалии беморон нигаронида шудаанд, барои таъмини офиятбахшии босифат нокифоя буда, зарурати равишҳои нави байнисоҳавӣ, ки ҳам тадбирҳои тиббӣ ва ҳам иҷтимоиро дар бар мегиранд, тақозо мекунанд.

Таҳқиқоти пешбар ба муайян кардани биомаркерҳо, таҳияи методҳои муолиҷаҳои фардӣ, ки омилҳои генетикӣ ва эпигенетикиро ба инобат мегиранд ва муносибсозии ҷораҳои пешгирикунандаи ба коҳишдиҳии омилҳои хавфи тағйирёбанда нигаронидашударо мутамаказ менамоянд.

Ҳамин тариқ, сарфи назар аз пешрафтҳои бадастомада, проблемаи сактаи мағзи сар хеле мубрам боқӣ монда, омӯзиши минбаъдаи механизмҳои патогении он, стратегияҳои барқарорсозӣ ва тасмимоти байнисоҳавиро барои кам кардани оқибатҳои тиббӣ ва иҷтимоӣ-иқтисодии он тақозо мекунад.

Робитаи таҳқиқот бо барномаҳо (лоиҳаҳо), мавзӯҳои илмӣ. Таҳқиқоти диссертатсионӣ дар доираи Барномаи давлатии тавонбахшии маъҷубон барои солҳои 2017-2020, инчунин дар доираи татбиқи Қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 3 декабри соли 2012, № 676 «Дар бораи дурнамои пешгирӣ ва назорати бемориҳои ғайригузаранда ва осебҳо дар Ҷумҳурии Тоҷикистон 2013-2023» ва аз 28 феввали соли 2022, № 116 «Дар бораи Нақшаи миллии ҷорабиниҳо оид ба омода намудани Ҷумҳурии Тоҷикистон ба тасвиб ва татбиқи Конвенсия дар бораи ҳуқуқҳои маъҷубон» иҷро шудааст.

Тавсифоти умумии таҳқиқот

Мақсади таҳқиқот. Амалӣ намудани арзёбии ҳамаҷонибаи тавсифоти клиникаию эпидемиологӣ ва муайян кардани омилҳои асосии хатари сактаи камхунии мағзи сар дар занон дар мисоли ноҳияи Ҳисор бо истифода ба мақсади асоснок кардани равишҳои муассир барои пешгирӣ ва муолиҷаи он.

Вазифаҳои таҳқиқот:

1. Омӯзиши сохтори синнусолӣ ва ҷинсии ихтилолоти шадиди хунгардиши мағзи сар ва муайян кардани вижагиҳои гендерии густариши сактаи камхунии мағзи сардар байни аҳолии ноҳияи Ҳисор.

2. Баҳодиҳии паҳншавӣ ва аҳамиятнокии омилҳои асосии хавфи кардиометаболикии сактаи камхунии мағзи сар дар занон, дар якҷоягӣ бо сатҳи сарбории коморбидӣ.

3. Таҳлили сохтори зернавҳои сактаи камхунии мағзи сар дар занон, аз ҷумла зернавӣ бо ковид алоқамандбуда, муайян кардани басомади онҳо, тавсифоти клиникӣ ва робита бо ғавт.

4. Коркард ва аз ҷиҳати илмӣ асоснок кардани маҷмуи тадбирҳои профилактики, ташкилию муолиҷавӣ, ки ба баланд бардоштани самараи ёрии тиббӣ ба занони гирифтори сактаи камхунии мағзи сар.

Объекти таҳқиқот. Дар марҳилаи I таҳқиқот, сабти сактаи мағзи сари (ИИ) 856 нафар беморон дар давраи мушоҳида анҷом дода шуд. Аз ин шумора 469 нафар (54,8%) занони дорои синну соли миёнаи $66,4 \pm 13,1$, ва 387 нафар (45,2%) мардони дорои синну соли миёнаи $57,5 \pm 18,6$, ($p < 0,05$) ташкил доданд. Дар марҳилаи II аз ҳамаи беморони гирифтори СКМС 364 нафарро (56,3%) занони дорои синну соли миёнаи $65,3 \pm 16,4$ беморони мардро бошад, 283 нафар (43,7%) дорои синну соли миёнаи $60,6 \pm 15,7$ ташкил медоданд.

Мавзӯи таҳқиқот. Мавзӯи таҳқиқот омӯзиши омилҳои хавфи этиологӣ, ҷанбаҳои демографӣ, вазъи иҷтимоӣ, ҷойи истиқомат, замони фарорасии беморӣ ва ворид шудан ба клиника, оризаҳои бавучудода ва мавҷудияти бемориҳои ҳамроҳ дар беморони гирифтори ИШХМС буд. Ҳамчунин таносуби байни шохисҳои клиникӣ афзорӣ ва сатҳи ғавт ва ИШХМС низ мавриди таҳлил қарор дода шуд.

Навгони илмӣ. Барои нахустин бор тавсифи эпидемиологӣ сактаи ишемикии занон дар шаҳри Ҳисор фароҳам гардид. Бори аввал скрининги бемории СКМС дар Ҳисор ба мо имкон дод, ки паҳншавии омилҳои хавфи сактаи ишемикӣ, сохтори он ва ғавт ба сабаби сактаи камхунии мағзи сар дар занон дар қиёс бо чунин нишондиҳандаҳои мардон дар шаҳри Ҳисор омӯхта шавад. Омилҳои мушаххаси рушди СКМС, ки танҳо ба занон хосанд, аз ҷумла таъсири гормонҳои ҷинсии эндогенӣ ва экзогенӣ, инчунин таъсири давраи насловарӣ муайян карда шуданд. Сирояти коронавирус ҳамчун омилҳои нави хатарӣ сактаи камхунии мағзи сар муайян ва тасдиқ карда шуд. Омилҳои, ки ба сифати ёрии тиббии сактаи камхунии мағзи сар дар марҳилаҳои пеш аз беморхона ва дар беморхона таъсир мерасонанд, муайян карда шуданд. Алгоритми тадбирҳои пешгирии СКМС дар минтақаи таҳқиқот бо назардошти вижаҳои ин беморӣ дар занон таҳия карда шуд. Бори аввал динамикаи маъҷубии аввалия ҳангоми сактаи камхунии мағзи сар ва таносуби ҳолатҳои такроршавандаи СКМС дар занон нисбат ба мардон дар шаҳри Ҳисор омӯхта шуд.

Аҳамияти назариявӣ ва илмӣ амалии таҳқиқот

Таҳқиқот анҷом додашуда ба туфайли равиши ҳамаҷониба ва байнисоҳавӣ ба омӯзиши сактаи камхунии мағзи сар дар занон дар заминаи мушаххаси минтақавӣ аз аҳамияти баланди назариявӣ, илмӣ ва амалӣ бархурдор буда, тасаввуроти мавҷударо дар бораи эпидемиологияи хоси гендерӣ, патогенез ва омилҳои хавфи ин беморӣ ба таври назаррас тавсеа бахшид. Бори аввал тавсифоти амиқи эпидемиологӣ СКМС дар занон бо таҳлили муфассали бемориҳо, сохтор, ғавт ва динамикаи маъҷубӣ таҳия карда шуд. Ин барои таҳияи стратегияҳои мутобиқшудаи пешгирикунанда, ки ба ин гурӯҳи беморон нигаронида шудаанд, роҳ кушод. Ошкорсозии омилҳои нави хатарӣ сактаи камхунии мағзи сар ба концептуаликунони робитаҳои патофизиологӣ байни равандҳои сирояти илтиҳобӣ ва патологияи рағҳои мағзи сар мусоидат кардааст. Ин навоари илмӣ ба мо имкон дод, ки равишҳоро ба табақабандии хатарҳо, пешгирий ва муолиҷаи сактаи мағзи сар дар заминаи ситезаҳои нави сирояти махсусан дар шароити пандемия собитгардида мавриди бознигарӣ ва тавсеа қарор диҳем.

Омӯзиши амиқи омилҳои бо ҷинси занона иртиботдошта бо шумули таъсири гормонҳои ҷинсии эндогенӣ ва экзогенӣ, инчунин вижаҳои насловарӣ имкон дод, ки заминаи назариявӣ патогенези сактаи камхунии мағзи сар таҳия карда шавад. Ин маълумот

барои таҳияи барномаҳои табототи ва профилактикии хоси гендерӣ, ки ба коҳиш додани хатари беморӣ ва беҳтар кардани натиҷаҳои клиникии он нигаронида шудаанд, муҳим буданд.

Аҳамияти амалии таҳқиқот дар таҳияи алгоритми мушаххаси минтақавии тадбирҳои пешгирикунанда дар асоси таҳлили муфассали хусусиятҳои хоси СКМС занон буд. Алгоритми мазкур на танҳо омилҳои анъанавии хатар, балки тағйироти хоси гендерӣ ва иҷтимоию демографии онҳоро низ ба назар гирифта, ба ин васила самаранокии тадбирҳои пешгирикунандаро баланд мебардорад. Таҳлили омилҳое, ки сифати ёрии тиббиро дар марҳилаҳои пеш аз беморхона ва беморхона муайян мекунад, имкон дод, ки равандҳои ташкилӣ ва идоракунӣ дар соҳаи тандурустӣ ба коҳиши сатҳи ғавт ва беҳтар намудани натиҷаҳои пешгӯӣ равона карда шаванд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ҷиҳати таҳияи барномаҳои таълимӣ барои мутахассисони соҳаи тиб, ки ба пешгирӣ, ташхис ва муолиҷаи сактаи мағзи сар машғуланд, инчунин барои таҳияи тавсияҳо, ки ба эҳтиёҷоти мушаххаси занон мутобик карда шудаанд, аҳамияти амалӣ доштанд. Ғайр аз он, муайян кардани таносуби байни нишондиҳандаҳои клиникӣ ва афзорӣ, шиддати сактаи мағзи сар ва ғавт барои тақмили минбаъдаи усулҳои ташхис ва барқарорсозӣ замина фароҳам овард. Маълумоти ҷамъовардашуда ба рушди омори тиббӣ ва системаҳои таҳлилий саҳми назаррас гузошта, платформаи таҳқиқоти зербиноӣ ва амалӣ дар соҳаи неврология ва эпидемиологияро ташкил дод.

Нуктаҳои асосии барои химоя пешниҳодшаванда:

1. Таҳқиқот фарқиятҳои гендериро дар сохтори ихтилолоти шадиди хунгардиши мағзи сар (ИШХМС) ошкор намуд, ки мардон дар беморони ҷавон ва миёнасол бартарӣ доранд (мутаносибан 16,0% ва 25,3% нисбат ба 14,5% ва 23,2%). 56,3%) дар ҳоле, ки ҳамаи ҳолатҳои сактаи камхунии мағзи сар занон ташкил медиҳанд, ки таносуби гендерӣ 1,3:1 аст. Ин маълумот аҳамияти баланди эпидемиологии ҷанбаҳои гендериро дар сохтори аҳолии ИШХМС нишон медиҳанд, ки таҳлили амиқро талаб мекунад.
2. Занони гирифтори СКМС бо бартарии назарраси шароити вазнини ҳамроҳӣ тавсиф карда шуданд, ки онро шохиси Чарлсон М.Е. тасдиқ кардааст (22,0% нисбат ба 17,3% дар мардон, $p < 0,05$). Омилҳои асосии хавф дар занҳо фишорбаландии шараёнӣ (89,8%, $p < 0,001$), фибрилятсияи шараёнӣ (20,1%), диабетии навъи 2 (37,1% нисбат ба 25,6%, $p < 0,05$) ва алоими метаболикӣ (69,8% нисбат ба 36,7%, $p < 0,000$) буданд, майл ба патологияҳои рағҳо аз сабаби омилҳои эндогенӣ ва экзогенӣ доштанд.
3. Сирояти коронавирӣ дар занони гирифтори СКМС (73,6% нисбат ба 62,2% дар мардон) ба таври назаррас бештар мушоҳида карда шуд, ин ба мо имкон дод, ки таснифоти сактаи мағзи сар бо ковид алоқамандро ҳамчун зернавъи мустақили сактаи камхунии мағзи сарасоснок кунем. Бо вучуди ин, ҳиссаи ин зергурӯҳ дар занон камтар буд (13,7% дар байни занони гирифтори СКМС), ки зарурати омӯзиши минбаъдаи робитаи байниҳамдигарии механизмҳои патогенетикии ковид ва патологияи мағзи сарро бо назардошти фарқиятҳои гендерӣ таъкид мекунад.
4. Таҳлили зернавъҳои сактаи камхунии мағзи сар дар занон бартарияти зергурӯҳҳои атеротромботикӣ (31,6%), кардиоэмболӣ (20,1%), лакунарӣ (19,0%) ва гемодинамикӣ (8,8%)-ро нишон доданд, ки гетерогенӣ мураккаби морфофункционалии патогенезро инъикос мекунад. Ин маълумот зарурати фардикунонии равишҳои ташхис ва муолиҷаро бо назардошти вижагии мушаххаси патогенетикӣ муайян мекунад.
5. Занони гирифтори сактаи камхунии мағзи сар сатҳи баланди ғавт (24,5% нисбат ба 21,6% дар мардон) ва таъхирҳои назарраси расондан ба беморхона (17,3%, $p < 0,001$) нишон доданд, ки он пешгӯиро ба таври назаррас табохтар кард. Маҷмӯи тадбирҳои пешгирикунанда бо дарназардошти вижагиҳои муайяншудаи сохтори мушаххаси гендерии омилҳои хавф, зернавъҳои сактаи мағзи сар ва зернавъи бо ковид алоқамандбуда барои тақмили низоми ёрии тиббӣ ва коҳиш додани шиддати беморӣ заминаи илмӣ асоснок фароҳам меорад.

Дарачаи эътимоднокии натиҷаҳо

Эътимоднокии натиҷаҳои таҳқиқот бо истифодаи намунагирии намоёндагии 856 нафар беморони гирифтори ихтилолоти шадидаи хунгардиши мағзи сар, методҳои меъригардидаи ташхис, аз ҷумла технологияҳои муосири нейровизуалӣ ва равишҳои ҷиддии омӯри ба таҳлили маълумот (χ^2 , U-меъри Mann-Whitney таҳлили қажқароӣ) таъмин карда мешавад. Асоснокии бозёфтхоро аҳамияти омӯри фарқиятҳои муайяншуда ($p < 0,001$) ва такроршавандагии натиҷаҳо, инчунин таҳлили ҳамаҷонибаи муқоисавии вижагиҳои клиникӣ ва эпидемиологии беморони зан ва мард тасдиқ мекунад. Истифодаи регистри сактаҳои мағзӣ ва баррасии вижагиҳои минтақавӣ ҳамоҷиҳои тасодуфиро баргараф мекунад ва сатҳи баланди далелҳо ва объективияти маълумоти пешниҳодшударо кафолат медиҳад.

Мутобиқати диссертатсия ба шиносномаи ихтисоси илмӣ

Мақсад, вазифаҳо ва мавзӯи таҳқиқот, инчунин усулҳои клиникӣ афзори ташхис ва табобати дар ҷараёни таҳқиқот истифодашаванда ба шиносномаи Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯйи ба ихтисосҳои 14.02.02. – Эпидемиология, 14.11.01. – Бемориҳои асаб мувофиқат мекунад.

Саҳми шахсии доктараи дараҷаи илмӣ

Муаллиф дар ҳама марҳилаҳои ҷамъоварии маълумот шахсан иштирок дошт: ӯ омӯзиши скринингро ҳамроҳанг мекард, иштирокдоронро ҳангоми методҳои иловагии таҳқиқот даъват ва назорат мекард, машваратҳо бо мутахассисони махсусро ташкил карда, дурустӣ ва дақиқии воридшавии маълумотро ба пойгоҳи додаҳои онлайн назорат мекард, маълумотҳои илмӣ ба дастомадаро коркард ва таҳлил намуда, нуктаҳои асосии рисолаи илмиро таҳия кардааст.

Тасвир ва татбиқи натиҷаҳои диссертатсия

Натиҷаҳои асосии таҳқиқоти диссертатсионӣ дар конференсияҳои илмию амалӣ дар сатҳҳои гуногун, аз ҷумла форумҳои миллӣ ва байналмилалӣ тасвир ва санҷида шуданд, ки дар он мақолаҳо оид ба вижагиҳои гендерии сактаи камхунии мағзи сар ва омилҳои нави хатар, аз ҷумла зернавъи бо ковид алоқамандшуда пешниҳод карда шуданд. Нуктаҳои алоҳидаи таҳқиқот дар маҷлисҳои машваратии кафедраи асабшиносӣ, психиатрия ва психологияи тиббии ба номи М. Ғуломов, инчунин дар маҷлисҳои байникафедравии Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино мавриди баррасӣ қарор гирифтаанд. Натиҷаҳои таҳқиқот тавассути татбиқи тавсияҳои таҳияшуда оид ба пешгирии СКМС занон дар фаъолияти амалии муассисаҳои тандурустии шаҳри Ҳисор амалӣ карда шуданд. Алгоритми таҳияшудаи тадбирҳо барои истифода дар доираи барномаҳои минтақавии пешгирии бемориҳои рағҳо мутобиқ карда шуда, дар таълими кормандони соҳаи тиб дар курсҳои тақмили ихтисос татбиқ карда мешавад. Маълумоти ниҳой ба тавсияҳои методологӣ барои невропатологҳо ва терапевтҳо, ки ба беҳтар кардани ташхис, пешгирӣ ва табобати сактаи камхунии мағзи сар бо назардошти фарқиятҳои гендерӣ нигаронида шудаанд, дохил карда шудаанд.

Интишори натиҷаҳои диссертатсия. Аз рӯйи натиҷаҳои рисола 41 мақолаи илмӣ, аз ҷумла 11 мақола дар маҷаллаҳои тақризишавандаи феҳристи аз ҷониби Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон воридшуда, инчунин 30 мақола дар маҷмуаҳои конференсияҳои илмию малӣ ба таърифи расидаанд.

Ҳаҷм ва сохтори диссертатсия. Рисолаи илмӣ дар ҳаҷми 181 саҳифаи матни компютерӣ (хуруфи 14 Times New Roman, 1,5 фосила) пешниҳод шудааст. Он аз муқаддима, тавсифи умумии таҳқиқот, баррасии адабиёт, мавод ва методҳои таҳқиқотӣ, ду боби таҳқиқоти худии муаллиф, муҳокимаи натиҷаҳо, хулосаҳо, тавсияҳо оид ба татбиқи амалии натиҷаҳо ва рӯйхати адабиёт иборат аст. Дар рисолаи илмӣ 35 ҷадвал ва 18 расм оварда шудааст. Библиография 149 маъхазро дар бар мегирад, ки 38-то ба забони русӣ ва 111-то ба забони англисӣ мебошанд.

МУҲТАВОИ ТАҲҚИҚОТ

Барои гузаронидани ин таҳқиқот дар худуди ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ ва минбаъд дар саросари Ҷумҳурии Тоҷикистон васеъ намудани он, ноҳияи Ҳисор ҳамчун мақоми таҷрибавӣ интихоб карда шуд. Ғайр аз он, ин ноҳия байни аҳолии шаҳр ва деҳот тафовути возеҳ дорад ва имкон медиҳад, ки таҳлили муқоисавии гирифташавӣ ба сактаи камхунии мағзи сар байни онҳо амалӣ карда шавад. Шумораи тахминии аҳоли то 1 январи соли 2022 331,400 нафарро ташкил мекард.

Тавсифоти шахсони таҳқиқгардида, марҳилаҳо ва методҳои таҳқиқот.

Таҳқиқот дар кафедраи асабшиносӣ ва асосҳои генетикаи тиббии Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино гузаронида шуда, таҳқиқоти ретроспективӣ-проспективии беморонро бо истифода аз феҳристи СКМС дар бар мегирад. Маълумот дар бораи бемороне, ки дар шӯъбаҳои асабшиносии Маркази миллии тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон, аз ноҳияи Ҳисор дар давраи аз 1 январи соли 2022 то 31 декабри соли 2023 таҳти муолиҷаи бистарӣ қарор доранд, бо ташҳиси клиникаи тасдиқшудаи ИШХМ, инфаркти ишемикӣ ё геморрагикии ишемикӣ ё геморрагикии ишемиявӣ ҷамъоварӣ карда шуданд.

ИШХМ, ки бо он бемор ба беморхона бистарӣ шуд ва дар пойгоҳи маълумот сабт шуда буд, барои таҳлили минбаъда ҳамчун ҳолати асосӣ хидмат мекард.

Дар раванди таҳқиқот мо якчанд методҳои калидӣ, аз ҷумла равишҳои иттилоотӣ-таҳлилӣ, ретроспективӣ, клиникӣ ва омори мавриди истифода қарор додем. Ин равиши бисёрҷабҳаи методологӣ на танҳо барои баррасии муфассали маводи ҷамъовардашуда имкон дод, балки дараҷаи баланди эътимоднокии маълумоти гирифташударо низ таъмин намуд. Ҳар як методи истифодашуда дар таъмини таҳлили ҳамаҷонибаи проблемаи таҳқиқшаванда нақши калон бозид, ки ин имкон дод, ки қонуниятҳои объективӣ ва омилҳои, ки ба инкишофи сактаи мағзи сар таъсир мерасонанд, муайян карда шаванд. Ташҳиси сактаи мағзи сар дар таҳқиқоти мо қатъиян мувофиқи МКБ-10 гузаронида шуд, ки ба тавсияҳои тасвибшудаи ТУТ дар соли 1992 мувофиқат мекунад.

Муоинаи беморон дар ду марҳила гузаронида шуд: дар марҳилаи аввал омӯзиши скрининги беморони дар беморхона бистарӣшуда дар марҳилаи ИШХМ дар тӯли ду сол (аз 1 январи соли 2022 то 31 декабри соли 2023) дар ноҳияи Ҳисор; дар марҳилаи дуюм, пас аз интихоб, бо дарназардошти шохисҳои дохилкунӣ ва истисно, танҳо беморони гирифтори СКМС муайян ва ба гурӯҳҳо тақсим карда шуданд, то фарқиятҳои назаррас дар нишондиҳандаҳои таҳқиқшавандаро муайян кунанд. Дар давраи мушоҳида, дар марҳилаи аввали таҳқиқоти мо, мо сабтҳои СКМС -ро барои 856 нафар бемор ҷамъоварӣ ва анҷом додем. Дар байни онҳо занон бартарӣ дошта, 54,8%-и интихобшудагонро (469 нафар) бо синну соли миёна $66,4 \pm 13,1$ сол ташкил медоданд. Мардонро 387 нафар бемор (45,2%) намоёндагӣ қарданд ва синну соли миёнаи онҳо ба таври назаррас пасттар, дар $57,5 \pm 18,6$ сол буд ($p < 0,05$). Марҳилаи дуюми таҳқиқот ба ташкили як гурӯҳи яқсонӣ беморон барои таҳлили минбаъда бахшида шуда буд. Мувофиқи меъёрҳои муқарраршудаи интихоб ва истисно, танҳо бемороне, ки аз СКМС гузаштаанд, ба таҳқиқот дохил карда шуданд. Барои омӯзиши вижаҳои эътимолӣ гендерии ҷараёни беморӣ, беморон аз рӯи ҷинс ба ду гурӯҳ тақсим карда шуданд.

Меъёрҳои дохилшавӣ барои беморон дар ин таҳқиқот ба таври возеҳ муайян карда шудаанд ва ба якчанд нишондиҳандаҳои асосӣ асос ёфтаанд. Аввалан, танҳо шахсони синнашон аз 18 сола ва калонтар ҳуқуқ доштанд дар таҳқиқот иштирок кунанд. Дуюм, ташҳиси тасдиқшудаи сактаи мағзи сар, ки бо истифода аз методҳои нейровизуалӣ ба монанди КТ ё МРТ муқаррар карда шудааст, ҳатмӣ буд. Ташҳис бояд дар давоми 24 то 72 соат пас аз фарорасии нишонаҳои сакта анҷом дода мешуд, ки ҷамъовариҳои дақиқтарин ва мубрамтарин маълумотро таъмин мекард.

Ғайр аз он, иштирок дар таҳқиқот аз ҳар як бемор талаб мекард, ки варақаи розигии огоҳонаро имзо кунад, ки иштироки ихтиёрии онҳоро тасдиқ мекунад. Дар ҳолатҳое, ки бемор бинобар вазъи саломатӣ ғайриқобили амал доништа шудааст, намояндагони қонунии онҳо ба варақаи розигӣ имзо гузоштан, риояи принципҳои ахлоқӣ ва ҳифзи ҳуқуқи иштирокдорони таҳқиқот ваколатдор карда шудаанд.

Меъёрҳои истисно барои ин таҳқиқот ба якчанд омилҳои муҳим асос ёфтаанд. Аввалан, бемороне, ки ба меъёрҳои асосии дохилшавӣ ҷавобгӯ набуданд, худ ба худ аз таҳқиқот хориҷ карда шуданд. Сониян, агар ташҳиси пешакии сактаи камхунии мағзи сар ҳангоми қабул дар беморхона бо истифода аз методҳои нейровизуалӣ тасдиқ карда нашавад, ин беморон низ аз намуна хориҷ карда шуданд. Омилҳои иловагии истисно мавҷудияти бемориҳои вазнинро дар бар мегиранд. Инҳо саратон, шаклҳои вазнини бемории ишемияи дил, сактаи шадиди миокард ва ноқомии музмини узвҳои ҳаётан муҳим, аз қабилӣ шуш, гурда ва чигарро дар бар мегирифтанд. Дар беморони гирифтори чунин патологияҳо метавонанд мушқилот дошта бошанд, ки метавонанд ба натиҷаҳои таҳқиқот ва эътибори онҳо таъсир расонанд. Шахсони гирифтори сирояти ВНМО низ истисно карда шуданд, зеро ин ҳолат метавонад ба неқӯаҳволии умумӣ таъсир расонад ва ҷараёни сактаро душвор созад, ки метавонад ба арзёбии объективии натиҷаҳои таҳқиқот халал расонад.

2.2. Методҳои таҳқиқот

Ташҳиси сактаи камхунии мағзи сар дар се марҳила гузаронида шуд: *марҳилаи якум* –дар асоси маълумоти анамнестикӣ дар бораи фарорасии беморӣ, таърихи бемории рағҳо ё омилҳои хавфи сакта ва муоинаи неврологӣ иборат буд. Ташҳиси дифференсиалӣ бо дигар ҳолатҳои шадиди марбут ба осеби мағзи сар гузаронида шуд. *Марҳилаи дуюм* санҷиши навъи сактаро (геморрагикӣ ё ишемикӣ) бо истифодаи скани томографияи компютери майна дар бар мегирифт. *Марҳилаи сеюм* бо истифода аз таҳқиқоти клиникӣ, озмоишгоҳӣ ва афзорӣ муқаррар кардани зернавъи патогенетикии сактаи камхунии мағзи сар иборат буд.

Ҳадафи таҳқиқот омӯзиши таъсири омилҳои гуногун ба хавфи инкишофи сакта аст. Омилҳои тағйирнаёбанда ба монанди ҷинс, синну сол ва таърихи оилавии бемориҳои дилу рағҳо (БДР) ҳамчун тавсифоти таҳқиқот интихоб карда шуданд.

Омилҳои зерини хавфи тағйирёбанда барои сактаи мағзи сар арзёбӣ шуданд: тамокукашӣ, сӯиистифодаи машрубот, фаъолияти ками ҷисмонӣ; бемориҳои ҳамроҳ – диабети қанд (ДҚ), вазни зиёдӣ ва фарбеҳӣ - дар асоси афзоиши шохиси вазни бадан (бо истифода аз формулаи Кетле - вазни бадан дар кг/қад, дар m^2), фишорбаландии шараёнӣ (ФШ) ва бемории ишемикии дил (БИД) арзёбӣ карда шуданд. Ташҳиси намудҳои БИД бо истифода аз саволномаи ТУТ ва аломатҳои ЭКГ-и собитшудаи ИШМ қаблӣ анҷом дода шуд.

Арзёбии ҳолати шуури бемор, шиддати ибтидоии сактаи мағзи сар ва динамикаи норасоии неврологӣ дар асоси натиҷаҳои ташҳиси клиникӣ ва санҷиш бо истифода аз як қатор микёсҳои байналмилалӣ: чадвали Глазго - барои муайян кардани дараҷаи ихтилолоти шуур; чадвали NIHSS (the National Institutes of Health Stroke Scale) барои арзёбии умумии ҳолати клиникии бемор дар марҳилаи шадиди сактаи майнаи сар; чадвали тағйирёфтаи Ранкин (mRS): ин чадвал як афзори универсалӣ ҳисобида мешавад, ки дар неврология барои арзёбии ихтилолоти пас аз сактаи мағзи сар истифода мешавад.

Санҷиши холестирин ва глюкозаи таркиби хун бо истифода аз реагентҳои Roche Diagnostics дар дастгоҳи Hitachi-902 гузаронида шуд. Намунаҳои хун субҳ аз рағҳои варидии оринҷ пас аз дувоздаҳ-чор соати гуруснагӣ гирифта шуданд. Мувофиқи стандартҳои байналмилалӣ барои муайян кардани холестирин методҳои биохимиявӣ истифода мешуданд. Ҳангоми аз 6,5 ммоль / л боланд будани сатҳи холестирин гиперхолестеринемия ва дар ҳоле ки сатҳи глюкоза аз 6 ммоль / л баланд бошад, гипергликемия ташҳис карда мешавад.

Таҳқиқоти аёнро мутахассиси шӯъбаи ташҳиси ултрасадо анҷом додааст. Ҳама беморон дар давоми 25 дақиқаи ворид шудан ба беморхона бо иштироки невропатологи

навбатдор ТК ё МРТ-и фаврӣ гузаронида шуданд, ки натиҷаҳои зуд ба даст оварданд. Истифодаи методҳои нейровизуалӣ имкон дод, ки андоза ва топографияи осеб арзёбӣ гардад. Методи асосии ташхис ин ТК дар сканери 6-буришии Philips-и истеҳсоли соли 2008 будааст. Дар 30% ҳолатҳо МРТ дар сканери 1,5 теслии Philips барои гирифтани иттилооти муфассал истифода мешуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот

Мо дар марҳалаи якуми таҳқиқоти худ тавсифоти ИШХМ дар сокинони ноҳияи Ҳисор (аз ҷумла дар шахру дехот) баррасӣ намудем. Саҳми беморони гирифтори СКМС дар байни ҳамаи ИШХМ 75,6% (647 нафар бемор) буд. Аз ҳамаи беморони гирифтори СКМС 364 нафар (56,3%) мардон буда, синну соли миёна $65,3 \pm 16,4$ ва 283 нафар (43,7%) занон буда, синни миёна $60,6 \pm 15,7$ буд. Шохиси гендерӣ 1,3: 1 ба нафъи занони гирифтори ИИ мусоидат мекунад.

Ҷадвали 1 тақсими беморонро аз рӯи ҷинс, синну сол ва сохтори ИШХМ, инчунин саҳми начотёфтагон ва фавтидагонро нишон медиҳад. Ҷадвал нишон медиҳад, ки дар байни ҳамаи ИШХМ мардони ҷавон ва миёнасол нисбат ба ҷавондухтарон каме бартарӣ доранд (мутаносибан 16,0% ва 25,3% нисбат ба 14,5% ва 23,2%).

Ҷоизҳо дар ҷадвал аз рӯи шумораи беморони мард ва зан дар як сатр нисбат ба шумораи умумии беморони категорияи мазкур («умум» ва саҳми «умумии» беморони ҳар як ҷинс аз шумораи умумии беморон дар категорияи додасудаи ИШХМ ҳисоб карда шуданд. Бо мурури синну сол ҳиссаи занон афзоиш ёфта, дар гурӯҳҳои пиронсолон 29,4 фоиз ва 32,8 фоизро ташкил дод, дар байни мардон бошад, ин нишондиҳандаҳо 27,6 фоиз ва 31,0 фоизро ташкил дод.

Дар категорияи сактаи камхунӣ занон бартарӣ доранд (56,3%) ва мардон 43,7% -ро ташкил медиҳанд. Дар категорияи сактаи хунрезӣ бартарии назарраси мардон (58,1%) нисбат ба занон (41,9%) ба назар мерасад. Дар категорияи сактаи тезгузаранда низ занон бартарӣ доштанд – 56,1% ва мардон 43,9% (Ҷадвали 1).

Ҷадвали 1. Тақсими беморон аз рӯи синну сол вобаста ба навъи ИШХМ

Категориҳо	ҷинс	18–44 с.	45–59 с.	60–74 с.	75–90 с.	Ҳамагӣ (%)	χ^2 (ҷинс)	p (ҷинс)	χ^2 (синну сол)	P (синну сол)
ИШХМ ҳамагӣ	М	62 (16,0%)	98 (25,3%)	107 (27,6%)	120 (31,0%)	387 (45,2%)	4,12	0,042	9,81	0,021
	З	68 (14,5%)	109 (23,2%)	138 (29,4%)	154 (32,8%)	469 (54,8%)				
Сактаи камхунӣ	М	47 (16,6%)	82 (29,0%)	79 (27,9%)	75 (26,5%)	283 (43,7%)	2,83	0,094	6,47	0,091
	З	51 (14,0%)	89 (24,5%)	108 (29,7%)	116 (31,9%)	364 (56,3%)				
Сактаи хунрезӣ	М	9 (18,0%)	10 (20,0%)	12 (24,0%)	19 (38,0%)	50 (58,0%)	1,41	0,236	5,88	0,118
	З	5 (13,9%)	9 (25,0%)	9 (25,0%)	13 (36,1%)	36 (41,9%)				
Сактаи тезгузаранда	М	6 (11,1%)	5 (9,3%)	17 (31,5%)	25 (46,3%)	53 (43,9%)	0,67	0,412	4,33	0,228
	З	12 (17,4%)	11 (15,9%)	21 (30,4%)	25 (36,2%)	69 (56,1%)				
Зиндамондагон	М	41 (13,8%)	89 (24,4%)	94 (28,3%)	137 (37,8%)	361 (45,1%)	5,21	0,023	12,47	0,006
	З	41 (13,8%)	94 (24,9%)	111 (29,4%)	116 (30,8%)	362 (45,3%)				
Фавтидагон	М	21 (23,3%)	24 (26,7%)	23 (25,6%)	22 (24,4%)	90 (45,7%)	6,18	0,013	10,92	0,014
	З	23 (21,5%)	20 (18,7%)	47 (43,9%)	17 (15,9%)	107 (54,3%)				

Эзоҳ: Таҳлили оморӣ бо истифода аз санчиши χ^2 меъёри Пирсон (барои муқоисаи таносуб байни гурӯҳҳо) гузаронида шуд. Тафовутҳои бозғатимод дар як категорияҳои синну сол пайдо шуданд (мутаносибан $p = 0,021; 0,006; 0,014$), ки робитаи равшани байни натиҷа ва синну солро нишон медиҳад.

Тақсимои ҳодисаҳои ИШХМ аз рӯи моҳҳои сол мавсимӣ будани равшанро нишон медиҳад, ки авҷи беморӣ ба фасли баҳор (31,4%) ва ҳадди ақали гирифторшавӣ ба тобистон (19,6%) рост меояд. Фарқиятҳои аз ҷиҳати оморӣ муҳим байни фаслҳо ($p < 0,001$) мавҷудияти омили назарраси мавсимиро нишон медиҳанд (Ҷадвали 1). Дар фасли тобистон 33,3%-и ИШХМ -ро занон, 29,2%-ро мардон ташкил медиҳанд; дар фаслҳои боқимонда эҳтимоли каме бештар дар мардон ба ИШХМ дучор мешуданд (Ҷадвали 2).

Ҷадвали 2. Тақсимои ҳолатҳои ИШХМ аз рӯи мавсим вобаста ба ҷинс

Категория	Ҷинс	n	тирамоҳ n (%)	зимистон n (%)	тобистон n (%)	бахор n (%)	χ^2	p
ИШХМ ҳамагӣ	м	387	101 (26,1%)	94 (24,3%)	79 (20,4%)	113 (29,2%)	3,52	0,319
	з	469	112 (23,9%)	112 (23,9%)	89 (19,0%)	156 (33,3%)	5,48	0,140
	ҳамагӣ	856	213 (24,9%)	206 (24,1%)	168 (19,6%)	269 (31,4%)	8,92	0,030
Сактаи камхунӣ	м	283	72 (25,4%)	60 (21,2%)	84 (29,7%)	67 (23,7%)	4,81	0,187
	з	364	94 (25,8%)	72 (19,8%)	117 (32,1%)	81 (22,3%)	6,41	0,093
	ҳамагӣ	647	166 (25,7%)	132 (20,4%)	201 (31,1%)	148 (22,9%)	9,63	0,022
Сактаи хунрезӣ	м	50	16 (32,0%)	14 (28,0%)	9 (18,0%)	11 (22,0%)	1,84	0,606
	з	36	10 (27,8%)	7 (19,4%)	9 (25,0%)	10 (27,8%)	0,63	0,889
	ҳамагӣ	86	26 (30,2%)	21 (24,4%)	18 (20,9%)	21 (24,4%)	2,15	0,542
Сактаи тезгузаранда	м	54	12 (22,2%)	14 (25,9%)	13 (24,1%)	15 (27,8%)	0,37	0,947
	з	69	17 (24,6%)	14 (20,3%)	18 (26,1%)	20 (29,0%)	0,64	0,887
	ҳамагӣ	123	29 (23,6%)	28 (22,8%)	31 (25,2%)	35 (28,5%)	0,71	0,870

Эзоҳ: Таҳлили оморӣ бо истифода аз χ^2 меъёри Пирсон барои арзёбии фарқиятҳои мавсимӣ дар басомади сакта ва ҳамлаҳои муваққатӣ дар мардон ва занон гузаронида шуд.

Тақсимои мавсимии ҳолатҳои сактаи камхунии мағзи сар вобастагии возеҳ аз мавсимиро нишон медиҳад, ки авҷи он дар моҳҳои тобистон (31,1%) ва коҳиши аз ҷиҳати оморӣ муҳим дар фасли баҳор (20,4%) ва зимистон (22,9%) аст ($p < 0,05$). Дар байни беморони гирифтори СКМС, ки дар тобистон дар беморхона бистарӣ шудаанд, занон бартарӣ дошта, 32,1% (мардон 29,7%)ро ташкил медиҳанд (Ҷадвали 2).

Дар байни беморони гирифтори сактаи хунрезӣ (СХ) шумораи бештари онҳо дар тирамоҳ (30,2%) ва пас аз он дар тобистон (20,9%) камтар аст. Дар байни беморони гирифтори СХ тирамоҳ мардон 32,0 фоиз ва занон 27,8 фоизро ташкил медиҳанд (Ҷадвали 2).

Нишондиҳандаҳои эпидемиологии СКМС дар ноҳияи Ҳисор аз рӯи ҷинс. Дар марҳилаи дуҷуми таҳқиқот, 647 нафар беморони гирифтори СКМС мувофиқи ҳадафҳо, вазифаҳо ва меъёрҳои дохилшавӣ-истисноӣ интихоб карда шуданд. Занон 56,3% ($n=364$) ва мардон 43,7% ($n=283$)-ро ташкил доданд.

Ҳангоми баррасии тақсимои синнусолии беморони гирифтори СКМС маълум гардид, ки дар байни занон пиронсолон ва куҳансолон бартарӣ доранд, дар ҳоле, ки аз ҷумлаи мардон гирифтори СКМС миёнсолҳо камтаранд.

Дар робита ба вазъи иҷтимоии беморони гирифтори СКМС занон дар шаҳрҳо нисбат ба мардон фоизи бештар доштанд. Дар байни занон бекорон, нафақахӯрон ва маъҷубон нисбат ба мардон бештар: 51,9%, 61,5% ва 15,9% дар муқоиса бо 26,1%, 54,4% ва 11,0%. Дар байни занон шахсони дорои таҳсилоти олӣ бештар буд: 31,3% нисбат ба 24,0% дар байни мардон гирифтори СКМС. Дар байни мардон аксарият маълумоти олии нопурра, миёнаи махсус, миёнаи умумӣ (25,8%, 30,7%, 19,4%) доранд, дар муқоиса бо ҳамин нишондиҳанда барои занон (23,9%, 29,4%, 15,4%). Оид ба вазъи оилавӣ, бевазанон ва шахсони аз шавҳар ҷудошуда дар байни мардон ба таври назаррас бештар паҳн шудаанд – мутаносибан 26,1% ва 12,7%. Дар байни занон шахсони оиладор бештар (48,4%) ба назар мерасанд. Омӯзиши режими кор ва истироҳат дар беморони гирифтори СКМС нишон дод,

ки фоизи зиёди беморон, махсусан, дар байни мардон, то соати 20:00 ва бештар аз он – 75,6%, камтар аз 7 соат хоб мекунад – 73,7% ва тақрибан нисфи мардон (45,2%) рӯзи истироҳат надоранд. Дар байни занон шахсони дорои режими номунтазами кор ва истироҳат низ буданд, вале саҳми онҳо нисбат ба мардон хеле паст буд – мутаносибан 38,1%, 60,9%, 32,5%. Таҳлили паҳншавии мавсимии СКМС нишон дод, ки давраи тобистон бо сатҳи баландтарини гирифтормаъӣ (31,1%) тавсиф карда мешавад, ки аз ҷиҳати омӯри ба таври назаррас аз баҳор (20,4%) ва зимистон (22,9%) зиёдтар аст ($p < 0,05$).

Дар байни беморони гирифтормаъӣ СКМС, ки дар тобистон дар беморхона бистарӣ шудаанд, занон аксариятро ташкил медиҳанд (32,1%) (мардон 29,7%) - ин фоиз аз ҳисоби ҳамаи беморони категорияи СКМС ҳисоб карда шудааст.

Мо инчунин таърихи гинекологиро баррасӣ кардем. Дар беморон бемориҳои зерини гинекологии қаблан сипаригардида муайян карда шуданд. Заноне, ки бо усули ҷарроҳии менопауза гирифторманд, бештар ба миомии бачадон, бемориҳои илтиҳобии изофаузвҳо, равандҳои гиперплазияи эндометрия, эндометриоз ва омосҳои некхими тухмдонҳо дучор мешуданд, ки боиси ҷарроҳӣ мешуданд. Дар беморони гирифтормаъӣ СКМС сабабҳои асосии ҷарроҳӣ миомии бачадон (24,5%), эндометриоз (17,0%), омосҳои некхими тухмдон (10,2%) ва патологияи гарданаки бачадон (23,9%) буданд.

Дар вақти муоина беморон баъди ҳайзбинӣ буда, давомнокии ҳайзбинӣ аз 7 то 27 солро ташкил медиҳад, давомнокии миёна $13,2 \pm 11,9$ солро ташкил медиҳад. Синну соли ҳайзбинӣ гуногун буд: дар занони дорои ҳайзбинии табиӣ он $49,6 \pm 1,2$ сол буд, дар ҳоле ки дар беморон ҳайзбинии ҷарроҳӣ ин нишондиҳанда камтар буд — $47,3 \pm 2,4$ сол ($p < 0,05$).

Анамнези наслораӣ. Дар байни занони гирифтормаъӣ ИИ, 348 нафар беморон (95,6%) таърихи ҳадди аққал як ҳомиладорӣ доштанд, ки ин аз басомади баланди ҳодисаҳои наслораӣ дар ин намуна шаҳодат медиҳад. Гузашта аз ин, 356 нафар занон (97,8%) дар бораи таваллуд гузориш дода, нақши муҳими таърихи наслораиро дар ҳаёти ин беморон таъкид карданд. Ҷолиб он аст, ки 319 нафар зан (87,6%) дар анамнези зиёда аз як исқоти тиббӣ доштаанд, ки ин сатҳи баланди исқоти маснуъӣ дар байни беморони пурсишшударо нишон медиҳад.

Ҷадвали 3. Вижагиҳои менопауза дар беморони гирифтормаъӣ СКМС

Занҳо, n=364		n	%
Синни фарорасии менархе	≤ 10 сола	46	12,6
	10-12 сола	186	51,1
	дар 13 солагӣ	132	36,3
Синни фарорасии менопауза	таббӣ	245	67,3
	пас аз ҷарроҳӣ	119	32,7
Табобати гормоналии ҷонишини баъди-менопаузаъӣ	ха	114	31,3
	не	250	68,7

Ҷадвали 3 нишон медиҳад, ки 12,6% занони гирифтормаъӣ СКМС дар синни 10-солагӣ ва хурдтар ҳайз медиҳанд ва 51,1% аз синни 10 то 13-сола ҳайз мебинанд. Ин рақамҳо нишон медиҳанд, ки қисми зиёди ҳайзбинӣ дар синни барвақт рух медиҳад. Сатҳи баланди эстрадиол, ки аксар вақт фарбеҳии кӯдакиро ҳамроҳӣ мекунад, метавонад омили тағйироти мушоҳидашуда бошад. Тибқи баъзе таҳқиқот, ҳайзбинии барвақт бо хатари баланди инкишофи диабетти навъи 2, омили хатари СКМС алоқаманд аст. Эҳтимол, фарбеҳӣ пеш аз ҳайзбинӣ вучуд дошт ва шояд ба пайдоиши барвақти он мусоидат кунад.

Маълумоти адабиёт нишон медиҳад, ки занони синну соли наслораӣ нисбат ба мардони ҳамон синну сол, ки тарзи ҳаёти шабеҳ доранд, хатари камтари бемории дилу рағҳоро (БДР) доранд. Аммо, ин хатар дар занони дорои менопаузаии барвақтӣ меафзояд. Пас аз менопауза таносубҳо тағйир меёбанд: овариэктомияи дучониба то синни 50-солагӣ бо афзоиши фавт аз дилу рағҳо махсусан бидуни табобати ивазкунандаи гормон алоқаманд

аст. Ин аз нақши муҳофизатии гормонҳои тухмдон шаҳодат медиҳад, ки коҳиши онҳо пас аз менопауза хатари бемориҳои дилу рағҳоро ба таври назаррас афзоиш медиҳад.

Дар таҳқиқоти мо, фоизи нисбатан баланди занон (32,7%) аз менопаузаии ҷарроҳӣ гузаштаанд. Ин таҳқиқот, ки доираи васеи занонро дар бар мегирад, робитаи баръакси байни давомнокии давраи насловарӣ ва хатари бемориҳои дилу рағро муайян кард: дертар менопауза ва фосилаи дарозтари байни ҳайзбинӣ ва менопауза бо хатари камтари 10 сол алоқаманд буд.

Таҳқиқоти нокифоя менопаузаии барвақтиро бо хатари бемориҳои дилу рағҳо алоқаманд мекунад. Эстроген, тавре ки маълум аст, фаъолнокии липазаи ҷигарро коҳиш медиҳад. Ҳангоми менопауза, коҳиши сатҳи эстроген метавонад ба профили липидҳо таъсири манфӣ расонад ва хатари бемориҳои дилу рағҳоро зиёд кунад. Дар ин давра сатҳи липопротеинҳои зичии паст (ЛЗП) зиёд мешавад, дар ҳоле ки сатҳи липопротеинҳои зичии баланд (ЛЗБ) коҳиш меёбад. Сохтори ЛЗБ низ тағйир меёбад: зарраҳои хурд рағҳои хунгардро нисбат ба зарраҳои калон камтар муҳофизат мекунад. Ин тағйирот дар профили липидҳо метавонанд ба рушди атеросклероз боис гардад.

Табобати ивазкунандаи гормоналиро 31,3% занони гирифтори СКМС гирифтанд (Ҷадвали 3). Баъзе таҳқиқот нишон медиҳанд, ки истеъмоли эстрогенҳо бо прогестоген ё бидуни он метавонад хатари сактаро 27-39% зиёд кунад. Дар таҳқиқоти “Ташаббуси саломатии занон”, заноне, ки табобати ивазкунандаи гормониро мегиранд, нисбат ба онҳое, ки намегиранд, хатари сакта ва сактаи камхунии мағзи сар 1,31 маротиба зиёдтар будааст.

Омилҳои хавфи сактаи камхунӣ. Дар заноне, ки дорои СКМС мебошанд, фишорбаландӣ, омили маъмултарини хатар аст. 327 нафар беморон ё 89,8% занони гирифтори СКМС ин ташхисро гирифтанд. Ин беморон аксар вақт аз фишорбаландӣ азоб мекашанд, ки нақши муҳими онро дар рушди бемориҳои дилу рағҳо, аз қабيلي СКМС тасдиқ мекунад. Фишорбаландии шараёнӣ хатари лахташавии хун ва осеби рағҳоро зиёд мекунад, ки ин хатари СКМС -ро дар занон афзоиш медиҳад.

Ҷадвали 4. Омилҳои хавф барои беморони гирифтори СКМС

Омилҳои хавф	Мужчины, n = 283	Женщины, n = 364	χ^2	p
Фишорбаландии шараёнӣ	239 (84,5%)	327 (89,8%)	4,09	0,043
БИД	82 (29,0%)	147 (40,4%)	8,94	0,003
ФД	50 (17,7%)	73 (20,1%)	0,59	0,443
Атеросклероз	187 (66,1%)	277 (76,1%)	8,06	0,005
Диабети қанди навъи 2	75 (26,5%)	135 (37,1%)	8,10	0,004
Алоими метаболикӣ	104 (36,7%)	254 (69,8%)	60,73	<0,001
Астмаи бронхиалӣ	41 (14,5%)	22 (6,0%)	11,31	0,001
БМОШ	72 (25,4%)	9 (2,5%)	64,22	<0,001
Тамокукашӣ	143 (50,5%)	8 (2,2%)	215,41	<0,001
Сирояти коронавирусӣ	176 (62,2%)	268 (73,6%)	9,14	0,002

Эзоҳ: Таҳлили омории бо истифода аз χ^2 меёри Пирсон барои арзёбии фарқиятҳои мавсимӣ дар басомади сакта ва ҳамлаҳои муваққатӣ дар мардон ва занон гузаронида шуд.

Дар 40,4% занони гирифтори СКМС бемории дилу рағҳо дар муқоиса бо мардон (29,0%) ба таври назаррас камтар мушоҳида шудааст. Тамокукашӣ ҳамчун омили хавф дар фоизи назарраси мардон (50,5%) қайд карда шудааст, дар ҳоле ки он дар занон (2,2%) хеле паст буд ($p < 0,001$). Ҳодисаҳои АФ дар занон (20,1%) ташхис карда шуданд. Ғайр аз он, занон (25,6%) нисбат ба мардон гирифтори диабетии навъи 2 (37,1%) зиёдтар буданд ($p < 0,05$). Диабети навъи 2 дар занон (37,1%) нисбат ба мардон (26,5%) бештар маъмул аст.

Синдроми метаболикӣ (СМ) дар занон (69,8%) нисбат ба мардон (36,7%) бештар ба мушоҳида мерасад ($p < 0,005$). Таърихи сирояти коронавирус дар 73,6% занони гирифтори СКМС ва дар 62,2% мардони гирифтори бемории мазкур сабт шудааст.

Индекси ҳамбастагӣ тибқи Чарлсон М.Е. дар 22,0% занони гирифтори СКМС пайдо шуд, ки нисбат ба ҳамин нишондиҳанда барои мардони гирифтори СКМС ба таври назаррас баландтар аст - 17,3% ($p < 0,05$). Фоизи назарраси беморони занони гирифтори бемории ҳамшафати миёна (36,8%) дар муқоиса бо 32,9% ($p < 0,05$) дар байни мардони гирифтори бемории миёна бештар аст.

Тақсимооти беморон аз рӯи намуди доруҳои мунтазам гирифташуда дар таҳқиқоти ҳозир оварда шудааст. Пеш аз СКМС, доруҳои дилу рағҳо хеле кам таъин карда мешуданд. Тақрибан сеяки беморони занона (31,3%) табобати зидди фишорбаландӣ гирифтанд, ки ин нишон медиҳад, ки бисёре аз занон фишори хунро пеш аз сактаи мағзи сар назорат мекарданд. Бо вучуди ин, доруҳои дигар барои муолиҷаи бемориҳои дилу рағҳо ҳатто камтар таъин карда шуданд. Ин метавонад аз сабаби муолиҷаи нокифояи профилактикӣ ё ноидида гирифтани хатари оризаҳои бемориҳои дилу рағҳо бошад. Дар байни мардон танҳо аз панҷ як ҳиссаи муолиҷаи зидди фишорбаландӣ (21,9%) гирифта шудааст.

Саҳми занони дорои СКМС гирифтори бемории вазнин аз рӯи чадвали Чарлсон нисбат ба беморони мардон аз ҷиҳати оморӣ хеле баланд буд (22,0% нисбат ба 17,3%, $p < 0,05$). Табобати доруворӣ мувофиқ барои бемориҳои дилу рағҳо пеш аз сактаи мағзи сар нокифоя буд. Доруҳои зидди фишорбаландӣ дар 31,3% занон ҷузъи асосии табобати доруворӣ буданд, дар ҳоле ки дигар доруҳо камтар фаъол таъин карда шуданд. Табобати зидди фишорбаландӣ ба камтар аз чоряки мардон (21,9%) таъин шудааст.

Дар асоси натиҷаҳои муоинаи ҷисмонӣ, озмоишгоҳӣ ва афзорӣ дар ҳамаи беморон навъи фарбеҳии марказӣ (шикамӣ) муайян карда шуд. Давраи миёнаи камар (ДК) дар занони гирифтори сактаи камхунӣ (254) нисбат ба мардони гирифтори сактаи камхунӣ (104) баландтар буд - мутаносибан $112,3 \pm 3,7$ см ва $102,7 \pm 2,3$ см. Дар беморони гирифтори сактаи камхунӣ категорияҳои синдроми метаболикӣ бештар мушоҳида мешуданд: "фарбеҳии марказӣ (шикамӣ) + фишори шараёнӣ + баландшавии ТГ + паст ЛЗП + баландшавии ЛЗБ-С" ва "фарбеҳии марказӣ (шикамӣ) + фишори баланди хун + баландшавии ТГ." Гузашта аз ин, фоиз дар занон баландтар буд.

Занони гирифтори СКМС нисбат ба мардони гирифтори ин беморӣ эҳтимоли бештари гипертрофияи меъдачаи чап, васеъшавии нисбатан сабуки меъдачаи чап ва РА, дисфунксияи диастоликии меъдачаи чап ва кам шудани ҳалқаи митралӣ ва трикуспид Sm доранд. Гипертрофияи меъдачаи чап дар беморони гирифтори сактаи камхунӣ мағзи сар бо синну сол, индекси ҳамбастагии Чарлсон, миёнаи САД шабонарӯзӣ ва тағйирёбии САД алоқаманд аст.

Ихтилоли беҳобӣ, ҳам субъективӣ (шикоятҳо) ва ҳам объективӣ (ба саволнома) дар беморони гирифтори СКМС бештар маъмул буданд ва аз рӯи арзёбии микёс шадидтар буданд.

Барои арзёбии таъсири омилҳои эҳтимолии пешгӯии интиҳобшуда барои рушди СКМС, мо регрессияи Коксро истифода бурдем. Микёси арзёбии хатари сактаи камхунӣ мағзи сар ба ноқомии бартараф кардани омилҳои моделшудаи хатар барои пешгирии СКМС асос ёфтааст.

Дар давоми 7-10 соати аввали пас аз фарорасии нишонаҳо 54,4% (198 нафар бемор) занон ва 20,2% (142 нафар бемор) мардон буданд. Фоизи назарраси беморон дар давоми 10 соат қабул карда шуданд - мутаносибан 17,3% ва 16,6%. Муддати бистарии беморони зан нисбат ба мардон ба таври оморӣ ба таври назаррас дарозтар буд ($p < 0,001$), ки аз таъхир дар ҷустуҷӯи ёрии тиббӣ дар байни занон шаҳодат медиҳад. Огоҳии нокифояи аҳоли аз нишонаҳои сакта омили асосии пешгирии ёрии саривактӣ тиббӣ мебошад.

Саҳми бемороне, ки ҳангоми қабул аз ташҳиси ТК гузаштаанд (ё нагузаштаанд) аз ҷиҳати замон нишон дода мешавад. Дар зиёда аз чор се ҳиссаи ҳолатҳо (72,3% дар занон ва 75,3% дар мардон) сканери ТК на дертар аз 7-10 соат пас аз пайдо шудани нишонаҳои аввали сакта гузаронида шуд. Дар қисми зиёди беморони занона (25%) ва дар 20% беморони мардон, сканери ТК гузаронида нашудааст.

Сатҳи фавт, ба монанди беморшавӣ, бо афзоиши синну сол ба таври назаррас меафзояд. Дар гурӯҳи аз 18 то 44-сола ин нишондиҳанда 4,1% ва дар беморони аз 75 то 90-сола ба 35,1% мерасад. Сатҳи умумии фавт аз сактаи камхунии мағзи сар 23,2%, бо баъзе фарқиятҳои гендерӣ: дар байни мардон 21,6%, дар байни занон бошад, баландтар буда, ба 24,5% расидааст (Чадвали 4.3).

Беморони ҷавони гирифтори сактаи мағзи сар дар муқоиса бо беморони солхӯрда ва пиронсолон сатҳи пасти фавтро нишон доданд. Гузашта аз ин, фавти занони ҷавон ва миёнасол нисбат ба мардон камтар буд (мутаносибан 3,9% ва 4,3%; 11,2% ва 15,9%). Дар гурӯҳҳои синну соли калон фавти занон нисбат ба мардон (мутаносибан 32,4% ва 26,6%; 36,2% ва 33,3%) зиёд шудааст.

Таҳлили мо дар бораи замони фавт аз СКМС нишон дод, ки 52,0% фавтҳо дар давраи шадид, ки панҷ рӯзи аввали пас аз фарорасии бемориро дар бар мегирад, рост меояд. Ин нишон медиҳад, ки сабаби асосии марг на мавҷудияти ёрии тиббӣ ё хусусияти расмиёти ташхисию муолиҷавӣ, балки вазнинии ҳуди беморӣ ва суръати пешрафти он дар марҳилаҳои аввалия мебошад.

Тамоюлҳои стресс дар аввалин таҳқиқоте, ки дар ноҳияи Ҳисор оид ба бақайдгирии ҳолатҳои сактаи мағзи сар гузаронида шуд, муайян гардид. Натиҷаҳо нишон доданд, ки шумораи зиёди сактаи мағзи сар дар миёни аҳолии маҳаллӣ ба мушоҳида мерасад. Ин ба сатҳи баланди фавт ва марги марбут ба сактаи мағзи сар мусоидат мекунад.

Дар натиҷаи таҳлили маълумоти омории андухташуда якҷанд масъалаҳои муҳимми ташкили хизмати неврологии рағхоро ошкор намуда, дигаргуниҳои зарурӣ ба амал бароварда шуданд. Ин тағйирот боиси афзоиши бистаришавии беморони СКМС шуд, ки ба беҳбудии чашмгире дар ташхис ва коҳиши теъдоди мубталоён бо ташхиси "сактаи дақиқношуда" боис гардид. Татбиқи феҳристи бемориҳо робитаи зинаҳои гуногуни ниғаждорӣ тандурустиро аз кӯмаки аввалия (табибони оилавӣ) то ёрии сеюм (шӯъбаҳои махсуси Беморхонаи миллӣ) беҳтар намуд. Ин беҳбудӣ ба мутахассисон имкон дод, ки дар марҳилаҳои гуногуни табобат бо ҳам зичтар кор кунанд ва дар натиҷа машварат ва табобат беҳтар шуд, аз ҷумла барои бемороне, ки муолиҷаро дар хона идома медиҳанд. Бо дарназардошти нақши ҳалқунанда, ки сактаи мағзи сар дар заминаи масъалаҳои тиббию иҷтимоӣ мебозад, инчунин зарурати мониторинг ва таҳлили доимии нишондиҳандаҳои асосии эпидемиологӣ, бахусус дар заминаи ислоҳоти ҷорӣ дар соҳаи тандурустӣ дар Тоҷикистон, тасмим гирифта шуд, ки барномаи сабти сактаи мағзи сар идома дода шавад. Ин феҳрист воситаи муҳими таҳлили вазъи кунунӣ шуда, банақшагирии дарозмуддат ва рушди ҳадамоти рағҳо ва асабҳо мусоидат мекунад. Идомаи барнома на танҳо самаранокии ёрии тиббиро беҳтар мекунад, балки стратегияҳои нави пешгирӣ, ташхиси барвақтӣ ва муолиҷаи сактаи мағзи сарро таҳия мекунад, ки дар ниҳояти кор бояд мизони гирифторӣ ва фавти сактаи мағзи сарро дар кишвар коҳиш диҳад.

Ҳангоми муқоисаи сохтори СКМС вобаста ба ҷинс маълумоти зерин ба даст оварда шуданд. Дар занон зергурӯҳи атеротромботикии (АТ) СКМС дар 115 нафар бемор (31,6%), сактаи ишемикии кардиоэмболӣ (КЭ) дар 73 нафар (20,1%), сактаи ишемикии лакунарӣ (ЛИ) дар 19,0% (n=69) ва гемодинамикӣ (ХГ=8,8) дар 20% мушоҳида шудааст.

Як зернавӣи дигари сактаи мағзи сар пайдо шуд: сактаи ба ковид алоқаманд, ки онро қонунан метавон ҳамчун зернавӣи алоҳидаи сактаи камхунии мағзи сар фарқ кард. Паҳншавии он дар занон хеле паст буд, ки 13,7% ҳамаи беморони занро (50 нафар бемор) ташкил медиҳад.

Тафовути назаррас байни ҷинсҳо барои категорияҳои АТ ва КЭ мушоҳида карда шуданд. Дар 43 нафар бемор (15,2%) сакта бо ковид муайян карда шуд. Аксар вақт, ин зергурӯҳи нави сактаи мағзи сар дорои хусусиятҳои клиникии шабеҳи сактаи лакунарӣ буда, аз як то се зарбаи лакунарӣ дар як ё ҳарду нимкура мушоҳида мешуд ва фосилаи замони байни онҳо аз се то 60 рӯзро ташкил меод. Зарарҳои якҷояи мағзи сар мушоҳида

шуданд: тромбози синусҳои венозӣ + сактаи геморрагӣ (1,5%), сактаи камхунӣ мағзи сар+ сактаи геморрагӣ (2,7%) ва сактаи ишемикӣ + сактаи ҳароммағзӣ (1,1%).

Сактаи мағзи сар, ки бо ковид алоқамандбуда, бештар дар беморони ҷавон ва миёнасол, аксаран дар занон ба қайд гирифта шудааст. Ҳамин тариқ, дар беморони ҷавон ва миёнасол ҳиссаи сактаҳои бо ковид алоқамандбуда мутаносибан 45,1% ва 19,1% -ро ташкил дод, ки нисбат ба таносуби ин намуди сактаи мағзи сар дар мардон - мутаносибан 40,4% ва 15,9% зиёд аст.

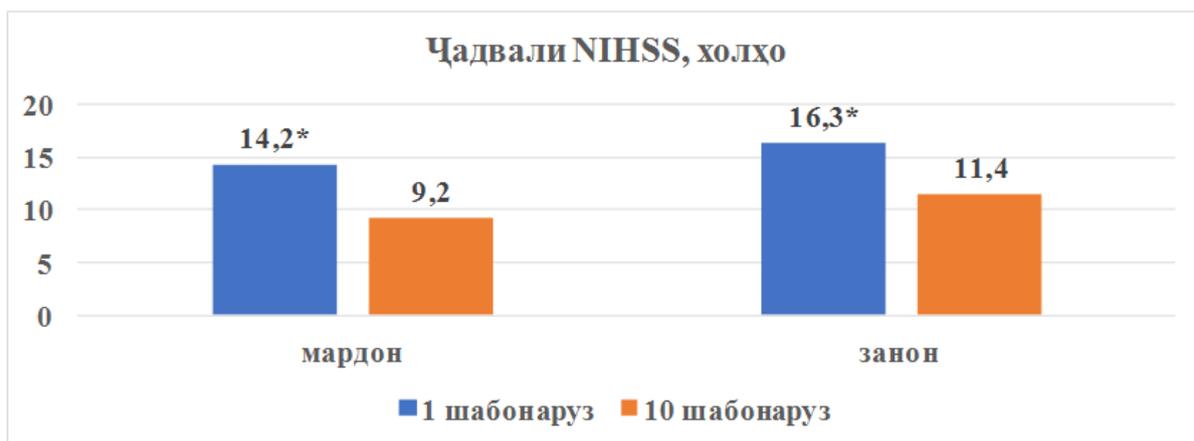
Саҳми сактаҳои бо ковид алоқамандбуда вобаста ба синну сол дар мардон ва занон якбора коҳиш меёбад. Эҳтимол меравад, ки ҷараёни ковид никобшуда бошад ва ин сактаҳо ба категорияи сактаҳои АТ дохил мешаванд.

Дар робита ба пайдоиши як навъи дигари сактаи мағзи сар дар сохтори ДИ, мо беморонро барои таърихи ковид ва робитаи байни шиддати ковид ва рушди СКМС мушоҳида кардем.

Бояд қайд кард, ки солҳои охир сирояти कोरोनाвирус бо оризаҳои зиёди неврологӣ, аз ҷумла сактаи мағзи сар алоқаманд буд. Мо саҳми беморони гирифтори сактаи камхунӣ, ки ковид доштанд, тафтиш кардем. Аз руи натиҷа гуфтан мумкин аст, ки фоизи хеле зиёди беморон собиқаи гирифтории ковидро доштанд.

Дар марҳилаи шадид, вазнинии беморони гирифтори сактаи камхунӣ мағзи сар бо истифода аз чадвали Глазго арзёбӣ карда шуд. Ин арзёбӣ бояд барои ҳамаи бемороне, ки дар марҳилаи шадид омӯхта шудаанд (1 то 5 рӯз) истифода шавад. Дар марҳилаи шадид, ин миқёс ба беморони зиндамонда татбиқ карда мешавад. Таҳқиқот сабтҳои тиббии беморони гирифтори сактаи ишемикиро таҳлил кард ва чадвали Глазго на ҳамеша, танҳо дар 50,7% ҳолатҳо истифода мешуд.

Динамикаи тағйирёбии норасоии неврологӣ бо истифода аз санчишҳои гуногуни арзёбӣ ва миқёсҳои дар таҳқиқоти тиббӣ қабулшуда арзёбӣ карда шуданд. Тафовутҳои байни гурӯҳҳо ва гендерӣ дар ҳар як гурӯҳ баррасӣ карда шуданд. Шиддати нишонаҳои неврологӣ бо истифода аз чадвали NIHSS арзёбӣ карда шуд. Динамикаи ихтилоли асаб вижагиҳои гендерӣ дошт: дар занон нишонаҳо бештар ба назар мерасанд (16,3 балл), аммо суръати шифоёбӣ нисбат ба мардон сусттар буд (11,4 балл, мутаносибан 14,2 балл ва 9,2 балл, $p < 0,05$).



Расми 1. Арзёбии ҳолати неврологӣ дар динамикаи бемории беморони гирифтори давраи шадиди ИШХМ бо истифода аз чадвали NIHSS, ҳолҳо

Эзоҳ: * - боэътимод дар муқоиса бо маълумоти 1 шабонарӯз (* - $p < 0,05$).

Регрессияи Кокс барои арзёбии таъсири омилҳои пешгӯӣ ба сифати кӯмаки тиббӣ барои СКМС ҳам дар марҳилаҳои пеш аз беморхона ва ҳам дар беморхона истифода шудааст. Санчиши эҳтимолият аҳамияти ниҳоят баланди омории амсиларо нишон дод ($p = 0,0005$), ки ба мо имкон медиҳад, фарзияи сифриро рад кунем. Таҳлили бисёрҷонибаи регрессионии Кокс ба мо кӯмак кард, ки омилҳои муҳимтаринро интихоб кунем, ки ба сифати

кӯмаки тиббӣ барои СКМС ҳам дар марҳилаҳои пеш аз беморхона ва ҳам дар беморхона таъсир расонанд. Ин аз шумораи зиёди омилҳо вобаста аст (мо 23 тағйирёбандаро таҳлил намудем). Ҳангоми баррасии сохтори сабабҳои расонидани ёрии тиббии ғайриқаноатбахш ба беморони гирифтори сактаи камхунии мағзи сар омилҳои зерин интиҳоб карда шуданд: даъват кардани ёрии таъҷилии тиббӣ пас аз 10 соати фарорасии СКМС; набудани гурӯҳи тиббии таъҷилӣ; "Ташҳиси нодурусти СКМС "; "набудани таҳқиқоти ТК-и мағзи сар".

Таҳлили Кокс омилҳои муҳимро муайян кард, ки ба сифати ёрии тиббии беморони СКМС дар марҳилаҳои дар беморхона ва берун аз беморхона таъсир мерасонанд (36 тағйирёбанда таҳлил карда шуданд). Ҳангоми баррасии сохтори сабабҳои расонидани ёрии тиббии ғайриқаноатбахш ба беморони СКМС омилҳои зерин интиҳоб карда шуданд:

- бистарӣ шудан дар беморхона пас аз 10 соат аз оғози СКМС
- набудани таҳқиқоти томографияи мағзи сар
- муддати дарозро гузаронидан дар ҳучраи ёрии қабули беморон
- ташҳиси ботаъхири зернавъи СКМС
- набудани муолиҷаи эндоваскуляри барои СКМС

Тавсияҳо оид ба пешгирии сактаи камхунии мағзи сар дар минтақаи таҳқиқотӣ бо назардошти хусусиятҳои хоси ин беморӣ дар занон аз риояи ҳама нуктаҳои ин миқёс ва талош барои ноил шудан ба баҳои баланд иборат хоҳад буд.

ХУЛОСАҲО

1. Дар байни ҳамаи ихтилолоти шадиди хунгардиши мағзи сар, бартарии мардони ҷавон ва миёнсол (16,0% ва 25,3%) нисбат ба занон (14,5% ва 23,2%) мушоҳида шудааст. Дар сохтори сактаи камхунии мағзи сар дар занон бартарӣ доранд: 56,3% нисбат ба 43,7% мардон. Синну соли миёнаи занони бемор $65,3 \pm 16,4$ солро ташкил дод. Шохиси гендерӣ 1,3:1 ба нафъи занон буд. Мизони бештари сакта дар занон дар фасли тобистон (33,3%), дар мардон бошад, дар фаслҳои баҳору тирамоҳ ба қайд гирифта шудааст [1-М, 9-М, 10-М].
2. Занон бештар ба фишорбаландии шараёнӣ (89,8%), диабетии навъи 2 (37,1%), синдроми метаболикӣ (69,8%) ва фибрилятсияи атриалӣ (20,1%) гирифтдор шудаанд. Дар 22,0% занҳо нишондиҳандаи ≥ 5 нишондиҳандаи ҳамбастагии Чарлсон мушоҳида шудааст ва ин гурӯҳ бо фишори назарраси кардиометаболикӣ тавсиф шудааст, ки чараёни шадидтар ва ҳолати табоҳтари сактаи мағзи сарро пешгӯӣ мекунад [11-М, 36-М].
3. Дар анамнез сирояти коронавирус дар 73,6% занон ва 62,2% мардон ба қайд гирифта шудааст. Як зернавъи сактаи мағзи сар, ки бо ковид алоқаманд аст, муайян карда шуд (13,7% дар занон), ки бо механизмҳои яққояи тромботикӣ ва илтиҳобӣ тавсиф мешавад [11-М, 36-М].
4. Дар байни зернавъҳои сактаи камхунии мағзи сар дар занон сактаҳои атеротромбӣ бештар маъмуланд (31,6%), пас аз он кардиоэмболӣ (20,1%), лакунари (19,0%) ва гемодинамикӣ (8,8%) қойгир шудаанд. Фавт дар беморхона 24,5% занонро ташкил дод. Дар 17,3% занон дар беморхона дер бистарӣ шудани (зиёда аз 10 соат пас аз оғоз) мушоҳида шудааст, ки эҳтимолияти оқибатҳои вазнинро зиёд мекунад ва дастрасии табобати тромболитикиро маҳдуд мекунад [6-М, 8-М, 9-М].
5. Низомии маҷмуи тадбирҳои пешгирикунанда, аз ҷумла миқёси табақабандии хатарҳо, равишҳои таълимӣ барои аҳоли, васеъ намудани имкониятҳои ташҳиси барвақтӣ, таҳкими хизматрасонии ангионеврологӣ, ҳамгирии хизматрасонии тиббии пеш аз беморхона, амбулаторӣ ва статсионарӣ таҳия ва пешниҳод карда шуд. Татбиқи стратегияи мазкур барои баланд бардоштани самаранокии пешгирии сактаи камхунии мағзи сар дар занон ва коҳиши устувори фавт ва маъҷубӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон замина фароҳам меорад [9-М, 10-М].

ТАВСИЯҲОИ АМАЛӢ

1. Барои тезонидани бистарисозии беморони гирифтори бемории сактаи мағзи сар ва расонидани онҳо ба марказҳои махсусгардонидашуда дар давоми 6 соат пас аз фарорасии нишонаҳо бояд системаи "коди сактаи майна сар" ҷорӣ карда шавад. Кормандони ёри таъҷилӣ ва амбулаторияҳоро дар алгоритми FAST омӯзонидан, вақти сканкунии "дар – ТК" то 25 дақиқа кам кардан ва мониторинги вақтро дар ҳама марҳилаҳои нигоҳубин амалӣ кардан муҳим аст.
2. Истифодаи васеи томографияи компютерӣ дар ҳолатҳои гумонбаршудаи сактаи майнаи сар, стратификатсияи барвақти зернавъҳои сактаи камхунии мағзи сар (атеротромботикӣ, кардиоэмболӣ, лакунарӣ, гемодинамикӣ, бо ковид алоқаманд) ва табобати минбаъдаи мақсаднок тавсия дода мешавад. Барои баланд бардоштани самаранокии чорабиниҳои реперфузионӣ методҳои муолиҷаи эндоваскулярӣ бояд дар марказҳои минтақавӣ кор карда шаванд.
3. Икдомиоти пешгирикунанда бояд ба назорати фишорбандии шараёнӣ, диабетӣ навъи 2, фарбеҳӣ, синдроми метаболикӣ, фибрилятсияи атриалӣ ва ихтилоли хоб равона карда шавад. Занони аз 40-сола боло бояд мунтазам аз муоина гузаронида шаванд, ки онҳо "шиносномаи хатари рағҳо" таҳия кунанд ва ҳар сол фишори хун, гликемия, профили липидҳо ва вазни баданро назорат кунанд.
4. Барои мониторинги мунтазами сифати ёрии тиббӣ бояд феҳристи рақамӣ таъсис дода шавад, ки маълумотро дар бораи вақти пайдоиши аломатҳо, зернавъи сактаи мағзи сар, чинс, муолиҷаи истифодашуда, натиҷаҳо ва давомнокии бистарӣ дар беморхонаро дар бар мегирад. Таҳлили мунтазами ин маълумот барои ошкор намудани монеаҳо ва баланд бардоштани самаранокии тадбирҳои пешгирикунанда ёрӣ мерасонад.
5. Барои занони гирифтори сактаи камхунии мағзи сар марказҳои махсусгардонидашуда бо ҷалби невропатолог, кардиолог, эндокринолог, физиотерапевт ва равоншинос тавсия дода мешавад. Пешгирии сонавӣ бояд зергурӯҳи патогенетикии сактаи мағзи сар ва профили бемориҳои ҳамроҳи беморро ба назар гирад. Риояи муолиҷа бояд назорат карда шавад, ба ҳешовандон дар бораи принсипҳои нигоҳубин ва барвақт ошкор кардани такрори беморӣ маълумот дода шавад.

Руйхати адабиётҳо

1. Feigin V.L., Norrving B., Mensah G.A. Global burden of stroke [Текст] // *Circulation Research*. – 2017. – Т. 120, №3. – С. 439–448.
2. Johnson C.O., Nguyen M., Roth G.A. [и др.]. Global, regional, and national burden of stroke, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 [Текст] // *The Lancet Neurology*. – 2019. – Т. 18, №5. – С. 439–458.
3. Стаховская Л.В. Инсульт. // *Руководство для врачей*. - Москва. - 2013. – С. 400.
4. Fridman S. et al. Stroke risk, phenotypes, and death in COVID-19: Systematic review and newly reported cases. // *Neurology*. – 2020. - №95 (24). - 3373-3385. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000010851>.
5. Mozaffarian D. et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2016 Update. // *Circulation*. – 2016. - №133 (4). – P. 338-360.
6. Всемирная организация здравоохранения. Продолжительный рабочий день – причина роста смертности в результате болезней сердца и инсульта [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news/item/17-05-2021-long-working-hours-increasing-deaths-from-heart-disease-and-stroke-who-ilo> (дата обращения: 23.11.2024).
7. Katsanos A.H. et al. The Impact of SARS-CoV-2 on Stroke Epidemiology and Care: A Meta-Analysis. // *Ann Neurol*. – 2021. - №89 (2). – P. 380-388. <https://doi.org/10.1002/ana.25967>.
8. Nannoni S. et al. Stroke in COVID-19: A systematic review and meta-analysis. // *Int J Stroke*. – 2021. - №16 (2). – P. 137-149. <https://doi.org/10.1177/1747493020972922>.

9. Максимова М.Ю., Москвичева А.С., Чечеткин А.О. Факторы риска развития ишемического инсульта в артериях каротидной системы у мужчин и женщин [Текст] // *Анналы клинической и экспериментальной неврологии*. – 2018. – Т. 12, №4. – С. 5–11.
10. Тибекина Л.М., Пушкарев М.С., Филатов А.А., Золотов В.Д., Кушниренко Я.Н. Гендерные и возрастные особенности факторов риска инсульта [Текст] // *Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения*. – 2018. – Т. 13, №3. – С. 165–170

**Интишорот аз руйи мавзӯи диссертатсия
Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда**

- [1-М] Таджидинов, Т.Б. / Эпидемиологическая характеристика и ведущие факторы риска инсульта в Гиссарском районе [Текст] / Т.Б. Таджидинов, Р.А. Рахмонов, Б.Т. Тоджиддинов, З.Р. Тоиров // *Здравоохранение Таджикистана*. – Душанбе – №3. – 2014. – С. 104-108.
- [2-М] Таджидинов, Т.Б. / Выявление хронических форм цереброваскулярных заболеваний в учреждениях первичного звена здравоохранения Республики Таджикистан [Текст] / Т.Б. Таджидинов, Р.А. Рахмонов, М.М. Джалолова, М.Б. Исоева // *Здравоохранение Таджикистана*. – Душанбе – №3. – 2014. – С. 15-19.
- [3-М] Таджидинов, Т.Б. / Клинические особенности и основные факторы риска начальных форм цереброваскулярной болезни [Текст] / Т.Б. Таджидинов, Р.А. Рахмонов, М.Б. Исоева, М.М. Джалолова // *Вестник Авиценны*. – №3, 2015г. – С. 88-92.
- [4-М] Таджидинов, Т.Б. / Омилҳои хатаровари сактаи мағзӣ дар байни аҳолии деҳоти Чумхурии Тоҷикистон [Матн] / Т.Б. Таджидинов, Р.А. Рахмонов, М.Б. Исоева, Б.С. Тоджиддинов // *Авҷи Зӯҳал*. - №4. - 2015. - С. 36-40.
- [5-М] Таджидинов, Т.Б. / Нарушение сердечной деятельности у больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения [Текст] / Т.Б. Таджидинов, Р.А. Рахмонов, М.О. Исрофилов // *Здравоохранение Таджикистана*. – №3. – 2016. – С. 114-116.
- [6-М] Таджидинов, Т.Б. / Симптоматическая эпилепсия у больных с инсультом [Текст] / Т.Б. Таджидинов, Р.А. Рахмонов, М.Б. Исаева, М.О. Исрофилов // *Здравоохранение Таджикистана*. – Душанбе – №2. – 2016. – С. 36-40.
- [7-М] Таджидинов, Т.Б. / Суммарный сердечно-сосудистый риск – новый подход к прогнозированию инсульта [Текст] / Т.Б. Таджидинов, Р.А. Рахмонов, М.Б. Исоева, Д.П. Зуурбекова // *Вестник Авиценны*. – №4. – 2017. – С. 471-475.
- [8-М] Таджидинов, Т.Б. / Хусусиятҳои нишонаҳои манбавии сактаҳои паҳншудаи камхунӣ дар кӯдакон [Матн] / Т.Б. Таджидинов, М.Б. Исаева, Ш.Р. Рабоева, Н.А. Зарипов // *Авҷи Зӯҳал*. – №1. – 2023. – С. 66-68.
- [9-М] Таджидинов, Т.Б. / Паҳншавӣ ва хосиятҳои асосии сактаи ишемикӣ дар занон [Матн] / Т.Б. Таджидинов, С.М. Абдуллозода, Н.А. Зарифӣ, С.Н. Абдуллоева, М.Б. Исоева // *Авҷи Зӯҳал*. – №3. – 2024. – С. 92-99.
- [10-М]. Таджидинов, Т.Б. Анализ эпидемиологической ситуации по цереброваскулярным заболеваниям в Таджикистане за последнее десятилетие (2014-2023гг.) [Текст] / Т.Б. Таджидинов, С.М. Абдуллозода, Н.А. Зарифи, М.Б. Исоева // *Симург*. – 2024. - № 4 – С. 99-110.
- [11-М]. Таджидинов, Т.Б. Патогенетические факторы риска ишемического инсульта у лиц женского пола в гиссарском районе [Текст] / Т.Б. Таджидинов, С.М. Абдуллозода, Н.А. Зарифи, М.Б. Исоева // *Симург*. – 2025. - № 3 – С. 97-108.

Мақолаҳо ва тезисҳо дар маҷаллаҳо ва маҷмуъаҳои конференсияҳо

- [12-М] Тадждинов, Т.Б. Факторы риска и клинические особенности инсульта в Республике Таджикистан [Текст] / Т.Б. Тадждинов, Р.А. Рахмонов, М.М. Джалолова, М.Б. Исоева // Эпидемиология неинфекционных заболеваний и реабилитация инвалидов в Республике Таджикистан. – Душанбе. - 2014. – С. 82–86.
- [13-М] Тадждинов, Т.Б. Эффективность церебролизина в лечении инсульта [Текст] / Т.Б. Тадждинов, М.О. Исрофилов, М.М. Асоев // Материалы IX годичной научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием «Достижения и перспективы развития медицинской науки». – Душанбе. - 2014. – С. 21.
- [14-М] Тадждинов, Т.Б. Применение семакса в лечении острейшего периода инсульта [Текст] / Т.Б. Тадждинов, М.М. Джалолова, М.Б. Исоева // Материалы IX научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием «Достижения и перспективы развития медицинской науки». – Душанбе. - 2014. – С. 18.
- [15-М] Тадждинов, Т.Б. Гемореология и гемостаз при ишемических инсультах [Текст] / Т.Б. Тадждинов, Р.А. Рахмонов, М.О. Исрофилов // Материалы 62-й научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино, посвящённой 20-летию Конституции Республики Таджикистан «Медицинская наука и образование». – Душанбе. - 2014. - Т. 2. – С. 78–79.
- [16-М] Тадждинов, Т.Б. Наследственные формы гипертонической болезни, осложнившейся инсультом [Текст] / Т.Б. Тадждинов, М.Б. Исоева, М.М. Джалолова // Материалы X научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием «Внедрение достижений медицинской науки в клиническую практику». – Душанбе. - 2015. – С. 46.
- [17-М] Тадждинов, Т.Б. Выпадение полей зрения при инсульте [Текст] / Т.Б. Тадждинов, Р.А. Рахмонов, М.Б. Исоева, М.М. Джалолова // I съезд офтальмологов Республики Таджикистан с международным участием «Актуальные вопросы офтальмологии Таджикистана». – Душанбе. - 2015. – С. 188–191.
- [18-М] Тадждинов, Т.Б. Эффективность ранней реабилитации ишемического инсульта [Текст] / Т.Б. Тадждинов, Р.А. Рахмонов, М.Б. Исоева, М.М. Джалолова // Материалы IV научно-практической конференции санатория «Зумрад». – Душанбе. - 2015. – С. 153–156.
- [19-М] Тадждинов, Т.Б. Эпидемиология и ведущие факторы риска мозгового инсульта у сельского населения Республики Таджикистан [Текст] / Т.Б. Тадждинов, Р.А. Рахмонов, М.О. Исрофилов // Материалы 63-й научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино, посвящённой 20-летию Конституции Республики Таджикистан «Вклад медицинской науки в оздоровление семьи». – Душанбе. - 2015. - Т. 1. – С. 264–267.
- [20-М] Тадждинов, Т.Б. Этиологические аспекты вторичного ишемического инсульта [Текст] / Т.Б. Тадждинов, Г.Ш. Давлатмирова, М.О. Исрофилов // Материалы XI научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием «Медицинская наука: достижения и перспективы». – Душанбе. - 2016. – С. 92.
- [21-М] Тадждинов, Т.Б. Особенности профилактики повторного ишемического инсульта [Текст] / Т.Б. Тадждинов, Р.А. Рахмонов // Материалы XI научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием «Медицинская наука: достижения и перспективы». – Душанбе. - 2016. – С. 96–98.

- [22-М] Тадждинов, Т.Б. Выявление и оценка когнитивных расстройств у пациентов с последствиями перенесённого нарушения мозгового кровообращения [Текст] / Т.Б. Тадждинов, Н.А. Зарипов, Д.П. Зуурбекова // Материалы XIII научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием «Медицинская наука: новые возможности», посвящённой Году развития туризма и народных ремёсел. – Душанбе. - 2018. – С. 95.
- [23-М] Тадждинов, Т.Б. Омилъои хавф ва хусусиятҳои клиникии вайроншавии хунгардиши мағзи сарӣ [Матн] / Т.Б. Тадждинов, Саёхатхони Р., Ф.М. Мальидова // Материалы XIII научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием «Медицинская наука: новые возможности», посвящённой Году развития туризма и народных ремёсел. – Душанбе. - 2018. – С. 94.
- [24-М] Тадждинов, Т.Б. Применение препарата «элфунат» в терапии нарушений мозгового кровообращения [Текст] / Т.Б. Тадждинов, Р.А. Рахмонов, Т.В. Мадаминава // Труды региональной конференции «Инновации и актуальные вопросы неврологии» и I съезда неврологов Республики Таджикистан. – Душанбе. - 2018. – С. 171–177.
- [25-М] Tadzhidinov, T.B. Symptomatic epilepsy in patients with the stroke [Текст] / T.B. Tadzhidinov, R.A. Rahmonov, D.P. Zurbecova, D.U. Kosimova // Материалы 66-й научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, в рамках которой проходит Симпозиум детских хирургов «Хирургия пороков развития у детей». – Душанбе. - 2018. – С. 388–391.
- [26-М] Тадждинов, Т.Б. Клинико-эпидемиологические особенности инсультов в Гиссарском районе [Текст] / Т.Б. Тадждинов, Х.А. Тоджиддинов, Д.П. Зуурбекова // Материалы XIV международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов, посвящённой Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019–2021). – Душанбе. - 2019. – С. 96.
- [27-М] Тадждинов, Т.Б. Психосоциальные аспекты в реабилитации инсульта [Текст] / Т.Б. Тадждинов, М.О. Исрофилов, Ферузаи Искандари // Материалы XIV международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов, посвящённой Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019–2021). – Душанбе. - 2019. – С. 96–97.
- [28-М] Тадждинов, Т.Б. Гипертонические кризы как фактор риска развития инсульта [Текст] / Т.Б. Тадждинов, С.Х. Азизов, М.Б. Исоева // Материалы XIV международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов, посвящённой Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019–2021). – Душанбе. - 2019. – С. 15.
- [29-М] Тадждинов, Т.Б. Вайроншавии фаъолияти дил дар беморони гирифтори сактаи мағзи сар [Матн] / Т.Б. Тадждинов, М.О. Исрофилов, П.Ш. Холмуродов // Материалы XIV международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов, посвящённой Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019–2021). – Душанбе. - 2019. – С. 46.
- [30-М] Тадждинов, Т.Б. Венозные тромбозы у больных с инсультом [Текст] / Т.Б. Тадждинов, М.Т. Ганиева, М.Б. Исаева, М.Дж. Исокова // Материалы международной научно-практической конференции (67-й годичной), посвящённой 80-летию ТГМУ им. Абуали ибни Сино и «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019–2021)». – Душанбе. - 2019. – С. 54–55.
- [31-М] Тадждинов, Т.Б. Аломати «донаи олуболу» дар кӯдакони бо сактаи паҳншудаи камхунӣ [Текст] / Т.Б. Тадждинов, Абдул Разоқ Муско, М.Ю. Қаҳорова // Материалы XV международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов,

посвящённой «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019–2021)». Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки. – Душанбе. - 2020. – С. 87–88.

[32-М] Таджидинов, Т.Б. Этиологические аспекты развития повторного инсульта [Текст] / Т.Б. Таджидинов, М.Б. Исоева, М. Садуллоева // Материалы XV международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов, посвящённой «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019–2021)». Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки. – Душанбе. - 2020. – С. 87–88.

[33-М] Таджидинов, Т.Б. Применение дивазы в лечении ишемического инсульта [Текст] / Т.Б. Таджидинов, М.О. Исрофилов, Б.Т. Тоджидинов, Г.Ш. Давлатмирова // Материалы XV международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов, посвящённой «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019–2021)». Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки. – Душанбе. - 2020. – С. 37.

[34-М] Таджидинов, Т.Б. Особенности ишемического инсульта у пациента с рассеянным склерозом [Текст] / Т.Б. Таджидинов, Н.Н. Алифшоева, Ш.Р. Рабоева // Материалы XVI международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов, посвящённой «30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019–2021)». Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений. – Душанбе. - 2021. – С. 359.

[35-М] Таджидинов, Т.Б. Эпидемиология факторов риска инсульта в Гиссарском районе [Текст] / Т.Б. Таджидинов, М.Т. Ганиева // Материалы XVI международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов, посвящённой «30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019–2021)». Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений. – Душанбе. - 2021. – С. 287–288.

[36-М] Таджидинов, Т.Б. Ковид, ассоциированный ишемическим инсультом, осложнённый мукормикозом [Текст] / Т.Б. Таджидинов, М.Т. Ганиева, Н.Н. Алифшоева // Материалы XVI международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов, посвящённой «30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019–2021)». Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений. – Душанбе. - 2021. – С. 286–287.

[37-М] Таджидинов, Т.Б. Постинсультная головная боль и её клинические характеристики [Текст] / Т.Б. Таджидинов, Н.Н. Алифшоева, Г.Ш. Давлатмирова // Материалы XVI международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов, посвящённой «30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019–2021)». Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений. – Душанбе. - 2021. – С. 224–226.

[38-М] Таджидинов, Т.Б. Геморрагический инсульт: факторы риска, клиника, диагностика, лечение [Текст] / Т.Б. Таджидинов, Исаева М.Б., Косимов С.С. // Материалы XVII международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов «Актуальные вопросы современных научных исследований». – Душанбе. - 2022. - Т. 1. – С. 70.

[39-М] Таджидинов Т.Б. Применение L-ледизина в лечении острейшего периода инсульта [Текст] / Т.Б. Таджидинов, Исаева М.Б., Рабоева Ш.Р. // Материалы XVIII научно-практической конференции молодых учёных и студентов ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни

Сино» с международным участием «Наука и инновации в медицине». – Душанбе. - 2023. - Т. 1. – С. 134.

[40-М] Тадждинов, Т.Б. Нарушения памяти у больных с хроническим нарушением мозгового кровообращения [Текст] / Т.Б. Тадждинов, Тоджиддинов Х.А., Юлчиев М.Ю. // Материалы XVIII научно-практической конференции молодых учёных и студентов ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» с международным участием «Наука и инновации в медицине». – Душанбе. - 2023. - Т.1. – С. 132.

[41-М] Тадждинов, Т.Б. Особенности когнитивных нарушений при гипертонической энцефалопатии [Текст] / Т.Б. Тадждинов, М.Б. Исаева, Ш.Р. Рабоева // Материалы XVIII научно-практической конференции молодых учёных и студентов ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» с международным участием «Наука и инновации в медицине». – Душанбе. - 2023. - Т.1. – С. 56.

Руйхати ихтисораҳо

- АТ — сактаи атеротромботикӣ
- БДР — бемориҳои дилу рағҳо
- БИД — бемории ишемикии дил
- БМОШ — (мафҳум пур нашудааст)
- ДҚ — диабети қанд
- ЭКГ — электрокардиография
- ИШХМС — ихтилолотии шадидаи хунгардиши мағзи сар
- КЭ — сактаи кардиоэмболӣ
- КТ — томографияи компютерӣ
- ЛЗБ — липопротеинҳои зичии баланд
- ЛЗП — липопротеинҳои зичии паст
- МРТ — томографияи магнитию резонансӣ
- NIHSS — the National Institutes of Health Stroke Scale
- СКМС — сактаи камхунии мағзи сар
- СМ — синдроми метаболикӣ
- ТУТ — ташкилоти умумичаҳонии тандурустӣ
- ФД — фибрилятсияи даҳлезӣ

АННОТАЦИЯ
ТАДЖИДИНОВА ТОДЖИДДИНА БАХРУЛЛОЕВИЧА
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ФАКТОРЫ
РИСКА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ЖЕНЩИН В
ГИССАРСКОМ РАЙОНЕ

Ключевые слова: ишемический инсульт (ИИ), Гиссарский район, факторы риска ковид-ассоциированный подтип, профилактика инсульта.

Цель работы: осуществить комплексную оценку клинико-эпидемиологических характеристик и выявить значимые факторы риска развития ишемического инсульта у женщин на примере Гиссарского района для обоснования эффективных подходов к его профилактике и лечению.

Методы исследования и использованная аппаратура. Диагностика ишемического инсульта проводилась в три этапа: сбор анамнеза и осмотр, определение типа инсульта по данным нейровизуализации, уточнение подтипа по клинико-лабораторным данным. В исследовании учитывались немодифицируемые факторы и модифицируемые. Состояние пациентов оценивалось по шкале Глазго, NIHSS и модифицированной шкале Рэнкина. Лабораторно определяли холестерин и глюкозу; при превышении норм диагностировали гиперхолестеринемию и гипергликемию.

Полученные результаты и их новизна. Впервые дана эпидемиологическая характеристика ИИ у лиц женского пола г. Гиссар. Выявлены специфические факторы развития ИИ, которые характерны только для женщин, в том числе воздействие эндогенных и экзогенных половых гормонов и влияние репродуктивного периода. Выявлен и обоснован как новый фактор риска ишемического инсульта - коронавирусная инфекция. Выявлены факторы, влияющие на качество медицинской помощи при ИИ на догоспитальном и госпитальном этапе. Разработан алгоритм мероприятий по профилактике ишемического инсульта в изучаемом регионе с учётом особенностей заболевания у лиц женского пола.

Рекомендации по использованию. Для повышения эффективности помощи при инсульте необходимо внедрить систему «инсультного кода» с доставкой пациентов в специализированные центры в пределах 6 часов и сокращением времени «дверь–компьютерная томография» до 25 минут. Обязательна ранняя диагностика с использованием компьютерной томограммы, стратификация подтипов инсульта и применение таргетной терапии, а также развитие эндоваскулярных методов лечения. Профилактика должна включать контроль основных факторов риска и регулярный скрининг женщин старше 40 лет с формированием «паспорта сосудистого риска».

Область применения: эпидемиология, нервные болезни

АННОТАТСИЯИ
ТАДЖИДИНОВ ТОЧИДДИН БАҲРУЛЛОЕВИЧ
ВИЖАГИҶОИ КЛИНИКИЮ ЭПИДЕМИОЛОГӢ ВА ОМИЛҶОИ ХАВФИ
САКТАИ КАМХУНИИ МАҶЗИ САР ДАР ЗАНОНИ НОҶИЯИ ҶИСОР

Калидвожаҳо: сактаи камхунӣ дар майнаи сар (СКМС), ноҳияи Ҷисор, омилҳои хатар, ковид-ассоциатсияшуда, пешгирии инсульт.

Мақсад: амалӣ намудани арзёбии ҳамаҷонибаи тавсифоти клиникаю эпидемиологӣ ва муайян кардани омилҳои асосии хатари сактаи камхунии мағзи сар дар занон дар мисоли ноҳияи Ҷисор бо истифода ба мақсади асоснок кардани равишҳои муассир барои пешгирӣ ва муолиҷаи он.

Усулҳои тадқиқот ва таҷҳизоти истифодашуда: ташҳиси сактаи камхунӣ дар майнаи сар дар се марҳила гузаронида шуд: ҷамъоварии анамнез ва муоина, муайян кардани навъи инсульт бо усулҳои нейровизуализатсия, дақиқ кардани зершакл бо маълумоти клинико-лабораторӣ. Дар тадқиқот омилҳои танзимнашаванда ва танзимшаванда ба назар гирифта шуданд. Вазъи беморон бо истифода аз шкалаи Глазго, NIHSS ва шкалаи тағйирёфтаи Рэнкин баҳогузорӣ шуд. Лабораторӣ сатҳи холестерин ва глюкоза муайян карда шуд; дар ҳолати баланд будани меъёр гиперхолестеринемия ва гипергликемия ташҳис гардид.

Натиҷаҳои ба дастовардашуда ва навоғониҳои онҳо: бори аввал хусусиятҳои эпидемиологии СКМС дар занони шаҳри Ҷисор пешниҳод гардид. Омилҳои махсуси рушди СКМС муайян шуданд, ки танҳо барои занон ҳосанд, аз ҷумла таъсири гормонҳои ҷинсии эндогенӣ ва экзогенӣ ва нақши давраи репродуктивӣ. Коронавирус ҳамчун омилҳои нави хатар барои СКМС муайян ва асоснок карда шуд. Омилҳои, ки ба сифати ёрии тиббӣ дар марҳилаи догоспиталӣ ва госпиталӣ таъсир мерасонанд, муайян шуданд. Алгоритми чорабиниҳои пешгирии СКМС бо дарназардошти хусусиятҳои беморӣ дар занон таҳия гардид.

Тавсияҳо: барои баланд бардоштани самаранокии ёрии тиббӣ зарур аст, ки системаи «коди сакта» ҷорӣ карда шавад, бо интиқоли беморон ба марказҳои махсус дар давоми 6 соат ва кам кардани вақти «даромат-томографияи компютерӣ» то 25 дақиқа. Ташҳиси барвақт бо истифодаи томографияи компютерӣ, стратификацияи зершаклҳои сактаи майнаи сар ва истифодаи терапияи ҳадафнок, инчунин рушди усулҳои эндоваскулярӣ муҳим аст. Пешгирӣ бояд назорати омилҳои асосии хатар ва скрининги мунтазами занони аз 40-сола боло бо ташкили «шиносномаи хатари рағҳо»-ро дар бар гирад.

Соҳаи истифода: эпидемиология, бемориҳои асаб

ANNOTATION
TAJIDINOV TODJIDDIN BAKHRULLOEVIH
**CLINICO-EPIDEMIOLOGICAL FEATURES AND RISK FACTORS OF IS-
CHEMIC STROKE IN WOMEN IN THE GHISSAR DISTRICT**

Keywords: ischemic stroke (IS), Ghissar district, risk factors, COVID-associated subtype, stroke prevention.

Objective: to conduct a comprehensive assessment of clinico-epidemiological characteristics and identify significant risk factors for ischemic stroke in women in the Ghissar district, in order to substantiate effective approaches to its prevention and treatment.

Methods and equipment: diagnosis of ischemic stroke was carried out in three stages: collection of anamnesis and examination, determination of stroke type by neuroimaging, clarification of subtype using clinical and laboratory data. Both non-modifiable and modifiable risk factors were considered. Patient condition was assessed using the Glasgow Coma Scale, NIHSS, and the modified Rankin Scale. Laboratory tests included cholesterol and glucose; hypercholesterolemia and hyperglycemia were diagnosed when levels exceeded normal values.

Results and novelty: for the first time, an epidemiological profile of IS in women of Ghissar was presented. Specific risk factors unique to women were identified, including the influence of endogenous and exogenous sex hormones and the reproductive period. COVID-19 infection was substantiated as a new risk factor for ischemic stroke. Factors affecting the quality of medical care at pre-hospital and hospital stages were revealed. An algorithm of preventive measures for ischemic stroke in the region was developed, taking into account female-specific features.

Recommendations: to improve stroke care, it is necessary to implement a “stroke code” system ensuring patient delivery to specialized centers within 6 hours and reducing “door–CT” time to 25 minutes. Early diagnosis with CT, subtype stratification, targeted therapy, and development of endovascular methods are essential. Prevention should include control of major risk factors and regular screening of women over 40 with the creation of a “vascular risk passport.”

Field of application: epidemiology, neurology