

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2024 №8

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI AXBOROTNOMASI



ВЕСТНИК ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент



Выпуск набран и сверстан на компьютерном издательском комплексе

редакционно-издательского отдела Ташкентской медицинской академии

Начальник отдела: М. Н. Аслонов

Редактор русского текста: О.А. Козлова

Редактор узбекского текста: М.Г. Файзиева

Редактор английского текста: А.Х. Жураев

Компьютерная корректура: З.Т. Алюшева

Учредитель: Ташкентская медицинская академия

Издание зарегистрировано в Ташкентском Городском управлении печати и информации

Регистрационное свидетельство 02-00128

Журнал внесен в список, утвержденный приказом № 201/3 от 30 декабря 2013года

реестром ВАК в раздел медицинских наук

Рукописи, оформленные в соответствии

с прилагаемыми правилами, просим направлять

по адресу: 100109, Ташкент, ул. Фароби, 2,

Главный учебный корпус ТМА,

4-й этаж, комната 444.

Контактный телефон: 214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru

rio@tma.uz

Формат 60x84 1/8. Усл. печ. л. 9,75.

Гарнитура «Cambria».

Тираж 150.

Цена договорная.

Отпечатано на ризографе редакционно-издательского отдела ТМА.

100109, Ташкент, ул. Фароби, 2.

Вестник ТМА №8, 2024
РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор

проф. А.К. Шадманов

Заместитель главного редактора

проф. О.Р.Тешаев

Ответственный секретарь

проф. Ф.Х.Иноятова

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ

акад. Аляви А.Л.

проф. Билалов Э.Н.

проф. Гадаев А.Г.

проф. Жае Вук Чои (Корея)

акад. Каримов Ш.И.

проф. Татьяна Силина (Украина)

акад. Курбанов Р.Д.

проф. Людмила Зуева (Россия)

проф. Метин Онерчи (Турция)

проф. Ми Юн (Корея)

акад. Назыров Ф.Г.

проф. Нажмутдинова Д.К.

проф. Саломова Ф.И.

проф. Саша Трескач (Германия)

проф. Шайхова Г.И.

Члены редакционного совета

проф. Акилов Ф.О. (Ташкент)

проф. Аллаева М.Д. (Ташкент)

проф. Хамдамов Б.З. (Бухара)

проф. Ирискулов Б.У. (Ташкент)

проф. Каримов М.Ш. (Ташкент)

проф. Маматкулов Б.М. (Ташкент)

проф. Охунов А.О. (Ташкент)

проф. Парпиева Н.Н. (Ташкент)

проф. Рахимбаева Г.С. (Ташкент)

проф. Хамраев А.А. (Ташкент)

проф. Холматова Б.Т. (Ташкент)

проф. Шагазатова Б.Х. (Ташкент)

Herald TMA №8, 2024

EDITORIAL BOARD

Editor in chief

prof. A.K. Shadmanov

Deputy Chief Editor

prof. O.R. Teshaev

Responsible secretary

prof. F.Kh. Inoyatova

EDITORIAL TEAM

academician Alyavi A.L.

prof. Bilalov E.N.

prof. Gadaev A.G.

prof. Jae Wook Choi (Korea)

academician Karimov Sh.I.

prof. Tatyana Silina (Ukraine)

academician Kurbanov R.D. prof. Lyudmila Zueva (Russia)

prof. Metin Onerc (Turkey)

prof. Mee Yeun (Korea)

prof. Najmutdinova D.K.

prof. Salomova F.I.

prof. Sascha Treskatch (Germany)

prof. Shaykhova G.I.

EDITORIAL COUNCIL

DSc. Abdullaeva R.M.

prof. Akilov F.O. (Tashkent)

prof. Allaeva M.D. (Tashkent)

prof. Khamdamov B.Z. (Bukhara)

prof. Iriskulov B.U. (Tashkent)

prof. Karimov M.Sh. (Tashkent)

prof. Mamatkulov B.M. (Tashkent)

prof. Okhunov A.A. (Tashkent)

prof. Parpieva N.N. (Tashkent)

prof. Rakhimbaeva G.S. (Tashkent)

prof. Khamraev A.A. (Tashkent)

prof. Kholmatova B.T. (Tashkent)

prof. Shagzatova B.X. (Tashkent)

*Journal edited and printed in the computer of Tashkent
Medical Academy editorial department*

Editorial board of Tashkent Medical Academy

Head of the department: M.N. Aslonov

Russian language editor: O.A. Kozlova

Uzbek language editor: M.G. Fayzieva

English language editor: A.X. Juraev

Corrector: Z.T. Alyusheva

Organizer: Tashkent Medical Academy

*Publication registered in editorial and information
department of Tashkent city*

Registered certificate 02-00128

*Journal approved and numbered under the order 201/3 from 30 of
December 2013 in Medical Sciences department OF SUPREME ATTESTATION*

COMMISSION

COMPLETED MANUSCRIPTS PLEASE SEND following address:

*2-Farobiy street, 4 floor room 444. Administration building of TMA.
Tashkent. 100109, Toshkent, ul. Farobi, 2, TMA bosh o'quv binosi, 4-qavat,
444-xona.*

Contact number: 71- 214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru. rio@tma.uz

Format 60x84 1/8. Usl. printer. l. 9.75.

Listening means «Cambria».

Circulation 150.

Negotiable price

Printed in TMA editorial and publisher department risograph

2 Farobiy street, Tashkent, 100109.

СОДЕРЖАНИЕ		
НОВЫЕ ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ		NEW PEDAGOGICAL TECHNOLOGIES
<i>Xalmuxamedov B.T. RAQAMLI TIBBIYOTNING TIBBIY TA'LIMDAGI O'RNI</i>	<i>Khalmukhamedov B.T. THE IMPORTANCE OF DIGITAL MEDICINE IN MEDICAL EDUCATION</i>	8
<i>Xalmuhamedov B.T. SHIFOKORLARNING KASBIY MOTIVATSIYASINI OSHIRISHDA RAQAMLI TIBBIYOTNING AHAMIYATI</i>	<i>Khalmukhamedov B.T. THE IMPORTANCE OF DIGITAL MEDICINE TECHNOLOGIES IN INCREASING THE PROFESSIONAL MOTIVATION DOCTORS</i>	12
ОБЗОРЫ		REVIEWS
<i>Абдужалилова М.Ш. СОВРЕМЕННЫЕ НАУЧНЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ</i>	<i>Abdujalilova M.Sh. MODERN SCIENTIFIC IDEAS ABOUT PSYCHOSOMATIC DISEASES IN CHILDREN</i>	15
<i>Асадуллаев М.М., Вахабова Н.М., Срождинов С.Ш., Мирзалиева А.А., Солихов Б.М. КАРДИО-ЭМБОЛИЧЕСКИЙ ПОДТИП ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА: ИЗУЧЕННОСТЬ ПРОБЛЕМЫ И АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ</i>	<i>Asadullaev M.M., Vakhabova N.M., Srojidinov S.Sh., Mirzalieva A.A., Solikhov B.M. CARDIOEMBOLIC SUBTYPE OF ISCHEMIC STROKE: KNOWLEDGE OF THE PROBLEM AND CURRENT ISSUES AT THE PRESENT STAGE</i>	18
<i>Мирхамидов Д.Х., Аюбов Б.А., Каримов О.М. К ВОПРОСУ ВЫБОРА ОПТИМАЛЬНОГО ДОСТУПА К ПОЧКЕ И ВЕРХНИМ МОЧЕВЫМ ПУТЯМ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ</i>	<i>Mirkhamidov D.Kh., Ayubov B.A., Karimov O.M. TOWARD THE CHOICE OF OPTIMAL ACCESS TO THE KIDNEY AND UPPER URINARY TRACT DURING LAPAROSCOPIC INTERVENTIONS</i>	21
<i>Саидов С.А., Бабаханов О.У., Юнусходжаев А.Н., Мирсултанов Ж.А., Бекмуратова А.Б., Ахмедова Д.Б. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ</i>	<i>Saidov S.A., Babakhanov O.U., Yunuskhodzhaev A.N., Mirsultanov Zh.A., Bekmuratova A. B., Akhmedova D. B. METABOLIC SYNDROME: EPIDEMIOLOGY, PROBLEMS AND SOLUTIONS</i>	24
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА		EXPERIMENTAL MEDICINE
<i>Содикова З.Ш., Хожаназарова С.Ж., Исламова Г.Р., Пулатов Х.Х., Хасанов Н.А. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БРОНХА ЛЕГКОГО У ДЕТЕЙ ОТ 1-ГО ГОДА ДО 3-Х ЛЕТ</i>	<i>Sodikova Z.Sh., Khozhanazarova S.Zh., Islamova G.R., Pulatov Kh.Kh., Khasanov N.A. MORPHOLOGICAL FEATURES OF THE LUNG BRONCHUS IN CHILDREN FROM 1 YEAR TO 3 YEARS</i>	29
<i>Тагайалиева Н.А., Баратов К.Р., Рахмонова Г.Г., Якубова Р.А., Амонова Д.М., Мухитдинов Б.И., Каланова М.А., Тураев А.С. IN VIVO МИЕЛОТОКСИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ДОКСОРУБИЦИНА, СВЯЗАННОГО С ПОЛИСАХАРИДНЫМ НОСИТЕЛЕМ</i>	<i>Tagayalieva N.A., Baratov K.R., Rakhmonova G.G., Yakubova R.A., Amonova D.M., Mukhitdinov B.I., Kalanova M.A., Turaev A.S. IN VIVO MYELOTXIC EFFECT OF DOXORUBICIN CONJUGATED WITH A POLYSACCHARIDE CARRIER</i>	34
<i>Хошимов Б.Л. ТАЖРИБАВИЙ МЕТАБОЛИК СИНДРОМДА АОРТАДАГИ МОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАР</i>	<i>Khoshimov B.L. MORPHOLOGICAL CHANGES IN THE AORTA IN EXPERIMENTAL METABOLIC SYNDROME</i>	38
КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА		CLINICAL MEDICINE
<i>Alimova Z. Farxod qizi. BOLALARDA QALQONSI-MON BEZ KASALLIKLARIDA ANTROPOMETRIK KO'RSATKICHLARNI BAHOLASH</i>	<i>Alimova Z.F. ASSESSMENT OF ANTHROPOMETRIC PARAMETERS IN CHILDREN WITH THYROID DISEASES</i>	43

КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКИЙ ПОДТИП ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА: ИЗУЧЕННОСТЬ ПРОБЛЕМЫ И АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Асадуллаев М.М., Вахабова Н.М., Срождинов С.Ш., Мирзалиева А.А., Солихов Б.М.

ISHEMIK INSULTNING KARDIOEMBOLIK SUBTIPI: MUAMMONING O'RGANILGANLIGI VA DOLZARBLIGI

Asadullaev M.M., Vaxabova N.M., Srojidinov S.Sh., Mirzalieva A.A., Solixov B.M.

CARDIOEMBOLIC SUBTYPE OF ISCHEMIC STROKE: KNOWLEDGE OF THE PROBLEM AND CURRENT ISSUES AT THE PRESENT STAGE

Asadullaev M.M., Vakhabova N.M., Srojidinov S.Sh., Mirzalieva A.A., Solikhov B.M.

Ташкентская медицинская академия

Ishemik insultning kardioembolik subtipti, uning tarqalishi va ishemik insultlar tarkibidagi ulushi bo'yicha adabiyotlar tahlili o'tkazildi. Ushbu podtipdagi insultni aniqlashda erishilgan yutuqlar, olimlarning qarashlari va qarama-qarshiliklar yoritilgan. Kardial emboliyaga olib keluvchi asosiy yurak patologiyalari va emboliya manbaasini aniqlashda instrumental tekshirish usullarining roli ko'rsatilgan. To'g'ri davolanish taktikasini tanlash va takroriy ishemik insultning ikkilamchi oldini olish uchun insult podtipini aniqlash muhimligi qayd etilgan.

Kalit so'zlar: ateroskleroz, kardioembolik subtipti ishemik insult, aterotromboz, qon aylanishi kasalliklari, bo'lmachalar kardiopatiyasi.

An analysis of the literature data on the cardioembolic subtype of ischemic stroke, its prevalence and share in the structure of ischemic strokes was carried out. Advances in the field of differential diagnosis and detection of this subtype are reviewed. The views and contradictions in the field of studying this pathology are highlighted. The main sources of cardiac embolism are given and the role of instrumental methods of examining patients in order to verify the source of embolism is indicated. The importance of establishing the subtype of ischemic stroke in order to select the correct treatment and secondary prevention of repeated ischemic disorders of cerebral circulation is noted.

Key words: atherosclerosis, cardioembolic, ischemic stroke, atherothrombosis, circulatory diseases, atrial cardiopathy.

Как показывают результаты исследований КВОЗ, Республика Узбекистан относится к странам с высоким риском развития болезней кровообращения. По данным статистики, в республике летальность от неинфекционных заболеваний в 2019 г. превысила 83,5%, составляя 702,8 на 100 тыс. населения. При этом на БК приходится 60,3% летальных исходов. Летальность от БК в 2021 г. составила 61,7% (107666 от общего числа 174500), среди которых число умерших в возрасте 18-74 лет мужчин было в 2 раза больше, чем женщин [1,8,11]. Ведущими причинами высоких показателей смертности от инсульта в Узбекистане, согласно нашим наблюдениям, является малое количество центров, проводящих чрескожные вмешательства при инсультах, ведение больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения в остром периоде в отделениях общей реанимации, где работают общие реаниматологи и анестезиологи, что связано с малым количеством нейрореанимаций и нейрореаниматологов, недостаточная вовлечённость врачей-кардиологов и врачей-УЗИ в процесс дифференциального лечения больных с инсультами различных подтипов.

По классификации TOAST выделяют 5 патогенетических подтипов ишемического инсульта (ИИ): кардиоэмболический, атеротромботический, лакунарный, инсульт с установленной редкой этиологией и инсульт с неустановленной этиологией. Некоторые авторы также выделяют криптогенный инсульт (КИ). КИ диагностируется в ситуации, когда

этиология мозговой катастрофы осталось неизвестной, несмотря на проведение достаточного обследования, что имеет место у каждого 3-4-го пациента с ИИ (Nouh, 2016). Невозможность идентифицировать непосредственную причину ИИ или потенциальный механизм его развития не позволяет подобрать схему эффективной терапии и вторичной профилактики, которая в настоящее время включает достаточно широкий спектр перспективных направлений, в числе которых эндоваскулярная окклюзия открытого овального окна (ООО) (Pristipino C., 2019), высокоинтенсивная гиполипидемическая терапия (Giugliano R., 2020), использование интенсивной антитромбоцитарной, комбинированной антитромботической и антикоагулянтной терапии (Johnston S., 2020; Sharma M., 2019), контроль ритма сердца и лечение аритмии современными эндоваскулярными методами, а также контроль артериального давления и уровня сахара в крови.

Особую актуальность приобретает поиск фибрилляции предсердий (ФП), идентификация которой даёт возможность назначить оральные антикоагулянты, что на 66% снижает риск повторного инсульта (Dienor H., 2020). При этом проведение стандартного суточного холтеровского мониторирования сердечного ритма позволяет обнаружить кардиальную аритмию только у 2,6% пациентов (Grond, 2013). Оптимизация подходов к верификации кардиального источника эмболического криптогенного инсульта (ЭКИ) возможно при тар-

гетном применении мониторинга ЭКГ у пациентов с признаками предсердной кардиопатии (ПК) (Poli S., 2016).

Недиагностированная ФП выступает причиной ЭКИ у пациентов пожилого и старческого возраста. Известно, что в результате развития постоянной формы ФП нарушается внутрисердечная гемодинамика, что приводит к снижению ударного индекса левого желудочка в среднем на 43%. Церебральный кровоток вторично может уменьшаться на 23% [6,15-17]. Эти нарушения могут привести к транзиторному снижению минутного объема сердца, артериального давления и мозгового кровотока. Существует мнение, что дополнительному снижению регионального мозгового кровотока при ФП способствуют существующая коронарная патология и хроническая сердечная недостаточность. Однако другие исследователи полагают, что снижение мозгового кровотока обусловлено исключительно данной аритмией [4,16].

В популяции пациентов молодого и среднего возраста актуальность приобретает открытое овальное окно (Renna R., 2014; Saves S., 2018). Открытое овальное окно (ООО) является самой распространенной кардиальной аномалией, которая по данным чреспищеводной эхокардиографии (ЧПЭхоКГ) встречается у каждого четвертого индивида взрослого возраста. ООО обуславливает 95% всех случаев право-левого шунта (ПЛШ) (Meier B., 2012). Недоступность ЧПЭхоКГ во многих лечебно-профилактических учреждениях и низкая информативность трансторакального Эхо-КГ не позволяют выявлять ПЛШ, оставляя недифференцированным инсульты криптогенных подтипов.

Кардиоэмболический подтип ишемического инсульта (КЭИ) диагностируют у пациентов с окклюзией церебральных артерий вследствие кардиогенной эмболии (КЭ). По разным данным, частота встречаемости КЭИ среди всех ИИ составляет от 14 до 38% [15,16]. Примерно 90% КЭ попадают в сосуды мозга и лишь 10% – в сосуды прочих органов [7]. КЭИ нередко ассоциируется с выраженными неврологическими нарушениями и существенно ухудшают качество жизни пациентов. Риск рецидива также довольно высок. Поэтому столь актуальны своевременное распознавание кардиальной причины инсульта и определение оптимальной стратегии профилактики [5].

Интенсивно накапливаются данные, свидетельствующие о том, что причиной ЭКИ может быть другая сердечно-сосудистая патология, например, нестенозирующий каротидный атеросклероз (НСКА) (Kamtchum-Tatuene J., 2020). При этом уязвимость атеросклеротической бляшки определяется в первую очередь её фенотипом (Goyal M., 2020; Paraskevas K., 2018). Оптимальной модальностью для оценки фенотипа бляшки является магнитно-резонансная томография, доступность которой в рутинной клинической практике минимальна (Brinjikji W., 2016), что требует поиска более доступных методик [9].

Согласно классификации TOAST, критериями постановки диагноза кардиоэмболического инсульта являются [15]:

- наличие кардиального источника среднего и высокого риска;
 - по данным КТ/МРТ повреждение коры головного мозга, мозжечка и субкортикальный полушарный инфаркт более 1,5 см в диаметре;
 - предшествующие транзиторные ишемические атаки или ИИ более чем в одном артериальном бассейне;
 - исключена потенциальная артерио-артериальная эмболия;
 - ИИ у пациентов с верифицированным источником кардиальной эмболии при отсутствии других причин расцениваются как кардиоэмболический патогенетический подтип.
- В настоящее время к кардиоэмболическим источникам высокого риска относится [2,4,5]:
- постоянная и пароксизмальная формы ФП неревматической этиологии;
 - постинфарктные изменения (гипо/акинетичный сегмент, аневризма и тромбоз левого желудочка);
 - механические протезы клапанов сердца;
 - синдром слабости синусового узла;
 - свежий инфаркт миокарда (менее 4-х нед.);
 - опухоли сердца (миксома левого предсердия);
 - дилатационная и гипертрофическая кардиомиопатия;
 - эндокардит (инфекционный, асептический).
- Источники кардиоэмболии среднего риска:
- ревматические и кальцифицирующие пороки сердца;
 - пролапс митрального клапана с миксоматозной дегенерацией створок;
 - митральный стеноз и недостаточность;
 - небактериальный эндокардит;
 - аневризма межпредсердной перегородки;
 - ООО;
 - трепетание предсердий;
 - инфаркт миокарда более 4-х недель, но менее 6 месяцев;
 - биологические протезы клапанов сердца;
 - нитеобразные волокна митрального клапана.
- Разумеется, у любого больного с острым нарушением мозгового кровообращения необходимо не только исследовать интрацеребральные сосуды, но и исключать заболевания сердца, аорты и поражение экстракраниальных сосудов. Наличие транзиторных ишемических атак, инсульта в анамнезе либо бессимптомного каротидного стеноза с большой долей вероятности позволяет предположить и наличие атеросклеротического поражения коронарных артерий. ЭхоКГ является основным методом выявления потенциальных источников тромбоэмболии. Трансторакальная методика позволяет убедительно установить источник эмболии только у 10-14% больных, ЧПЭ КГ – более чем у 40% [3,13,14]. Ультразвуковое исследование сердца имеет большую чувствительность и специфичность в изменении клапанов, формы и размера полостей сердца. С помощью ЭхоКГ можно обнаружить тромб в левом желудочке сердца у больного, перенесшего инфаркт миокарда, или спонтанную эхоконтрастную тень в

левом предсердии у больного с ФП. ЭхоКГ должна выполняться у всех больных с подозрением на кардиоэмболический ИИ [16].

Основным методом диагностики при КЭИ являются компьютерная томография (КТ) или магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга, при котором чаще всего визуализируется четко очерченная зона ишемии клинообразной формы на границе белого и серого вещества головного мозга, а также результаты кардиологического обследования. При нейровизуализации также могут выявляться множественные «старые» сосудистые очаги в различных сосудистых бассейнах. Развитие КЭИ не исключает и наличия атеросклеротических изменений экстракраниальных артерий, поэтому пациентам показана ультразвуковая доплерография магистральных артерий головы [12].

Морфологически выявлены отличия атеротромботического (АТ) и КЭИ по данным дуплексного сканирования: при КЭИ это невыраженные стенозы (менее 70%), а при АТ подтипе – выраженные стенозы брахиоцефальных артерий (БЦА). Также обнаружены основные причины возникновения различных по величине инфарктов мозга: обширные и большие инфаркты обуславливались, главным образом, обтурирующим атеротромбозом, малые поверхностные и глубинные – тандемным атеростенозом (78%), средние: 31% – тандемным атеросклеротическим стенозом, 29% – кардиогенной тромбоэмболией, 28% – обтурирующим атеротромбозом. При этом кардиальная тромбоэмболия являлась основной причиной средних инфарктов в каротидном бассейне, а тандемный атеростеноз и обтурирующий атеротромбоз – в вертебро-базилярном бассейне [10].

Неизученными остаются состояние и взаимоотношения церебральной, кардиальной и системной гемодинамики у больных, перенёсших КЭИ, с учётом полушарных особенностей локализации ишемических очагов. В то же время при разработке стратегии терапии и реабилитации больных с КЭИ важно учитывать связь мозгового кровотока и нарушения системной гемодинамики [7].

Для больных с КЭИ с сочетанным поражением мозговых сосудов и кардиальными нарушениями, важно проведение комплексного анализа показателей мозгового кровотока и функционального состояния сердца с целью определения механизма КЭИ и разработки путей коррекции этих нарушений. Этот методический подход к проблеме КЭИ используется недостаточно. Патогенетические механизмы реорганизации мозга в остром и восстановительном периоде ишемического инсульта и пути влияния на этот процесс до конца не изучены [7]. Необходимо

изучение изменений кровотока в экстра- и интрацеребральных артериях в острейшем и остром периоде инсульта, на стороне ишемического очага и оценка контрлатерального и коллатерального кровотока. Эти данные необходимы для выбора препаратов, способных улучшить коллатеральный мозговой кровоток в острейшем и остром периоде ишемического инсульта, что имеет значения для уменьшения зоны пенумбры (инфаркта мозга) и соответственно, неврологического дефицита, с последующим уменьшением сроков реабилитации.

Выводы

1. Кардиоэмболический подтип ишемического инсульта является часто встречающимся подтипом, однако выявить источник эмболии не всегда представляется возможным.

2. Диагноз криптогенного подтипа всегда требует надлежащего диагностического поиска на уровне специализированного центра на предмет эмболии или другого источника развития ишемического инсульта.

3. Выявление кардиальных источников эмболии необходимо для выбора тактики лечения острого нарушения мозгового кровообращения с целью предупреждения повторных инсультов.

Со списком литературы можно ознакомиться в редакции

КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКИЙ ПОДТИП ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА: ИЗУЧЕННОСТЬ ПРОБЛЕМЫ И АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Асадуллаев М.М., Вахабова Н.М., Срожидинов С.Ш., Мирзалиева А.А., Солихов Б.М.

Проанализированы данные литературы по вопросам кардиоэмболического подтипа ишемического инсульта, его распространённости и доли в структуре ишемических инсультов. Рассмотрены достижения в области дифференциальной диагностики и выявляемости данного подтипа. Освящены взгляды и противоречия в области изучения данной патологии. Приведены основные источники кардиальной эмболии и указано роль инструментальных методов обследования больных с целью верификации источника эмболии. Отмечена важность установления подтипа ишемического инсульта с целью подбора правильного лечения и вторичной профилактики повторных ишемических нарушений мозгового кровообращения.

Ключевые слова: атеросклероз, кардиоэмболический, ишемический инсульт, атеротромбоз, болезни кровообращения, предсердная кардиопатия.

