

БОШ МИЯ ҚОН АЙЛАНИШИ СУРУНКАЛИ ЕТИШМОВЧИЛИГИНИ ЭРТА ТАШХИСЛАШ МАСАЛАЛАРИ



Каримов Шавкат Ибрагимович^{1,2}, Юлбарисов Абдурасул Абдужалилович^{1,2},
Ирназаров Акмал Абдуллаевич², Алиджанов Ходжиакбар Кашипович^{1,2},
Ахматов Алимжон Мустапакулович¹, Муминов Рустам Тулкинбаевич^{1,2},
Джалилов Абдували Абдумуталович¹, Нурматов Дониёр Хамиджанович¹

1 – Республика хирургик ангионеврология ихтисослаштирилган маркази,
Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.;

2 - Тошкент давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

ВОПРОСЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Каримов Шавкат Ибрагимович^{1,2}, Юлбарисов Абдурасул Абдужалилович^{1,2},
Ирназаров Акмал Абдуллаевич², Алиджанов Ходжиакбар Кашипович^{1,2},
Ахматов Алимжон Мустапакулович¹, Муминов Рустам Тулкинбаевич^{1,2},
Джалилов Абдували Абдумуталович¹, Нурматов Дониёр Хамиджанович¹

1 – Республиканский специализированный Центр хирургической ангионеврологии,
Республика Узбекистан, г. Ташкент;

2 - Ташкентский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Ташкент

EARLY DIAGNOSIS OF CHRONIC CEREBRAL CIRCULAR FAILURE

Karimov Shavkat Ibragimovich^{1,2}, Yulbarisov Abdurasul Abdujalilovich^{1,2}, Irnazarov Akmal Abdullaevich²,
Alidjanov Khodjiakbar Kashipovich^{1,2}, Akhmatov Alimjon Mustapakulovich¹,
Muminov Rustam Tulkinbaevich^{1,2}, Djalilov Abduvali Abdumutalovich¹, Nurmatov Doniyor Khamidjanovich¹

1 – Republican Specialized Center for Surgical Angioneurology, Republic of Uzbekistan, Tashkent;

2 – Tashkent State Medical University, Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: Alidjanov@mail.ru

Резюме. Мазкур мақолада атеросклероз хасталиги, унинг учраши, дунёда юрак қон-томир тизимидаги атеросклеротик зарарланишларида эрта таъхислаш ва даволаш чора тадбирлари ҳамда касалликни асоратлари, бундан ташқари, атеросклеротик зарарланиши бор бўлган беморларда тиббиётнинг барча бўғинларида қандай текиширув усулларини қўллаш алгоритмлари, дунё олимларининг тавсиялари ва илмий ишлар натижалари келтирилган. Асосий масала сифатида эрта таъхислаш ва ўз вақтида малакали тиббий ёрдам кўрсатиш ҳақида сўз боради. Айниқса юқоридаги тоифага кирувчи беморларни эрта таъхислаш ҳамда даволашдаги эътибор талаб қилинадиган томонлари ва ҳозирги тиббиётни бу йўналишидаги баъзи ютуқлари ҳамда камчиликлари ҳақида маълумотлар келтирилиб ўтилади.

Калит сўзлар: сурункали бош мия қон айланиши етишимовчилиги, каротид атеросклероз, эрта таъхислаш, бирламчи тизим, даволаш тактикаси.

Abstract. This article presents atherosclerosis, its incidence, early diagnosis, and treatment options for atherosclerotic cardiovascular lesions worldwide, as well as complications. It also presents algorithms for the application of examination methods across all areas of medicine for patients with atherosclerotic lesions, recommendations from leading scientists, and the results of research. The primary focus is on early diagnosis and timely provision of qualified medical care. Specifically, it provides information on aspects requiring attention during early diagnosis and treatment of patients in this category, as well as some of the achievements and shortcomings of modern medicine in this area.

Keywords: chronic cerebrovascular insufficiency, carotid atherosclerosis, early diagnosis, primary system, treatment tactics.

Ҳозирги давр жаҳон тиббиётида ишемик инсулт муҳим ижтимоий ва тиббий муаммо бўлиб ҳисобланиб келмоқда. Инсулт хасталиги инсониятнинг турмуш тарзи ва яшаш сифатига катта таъсир қилади. Бу ногиронликка олиб келувчи хасталикни ўрганиш ва касалликка олиб келувчи асосий омилларни инobatга олган ҳолда касалликни олдини олиш ҳамда даволаш чора тадбирларига янгича ёндашув замон талаби бўлиб қолмоқда. Қайд этиш лозимки, ҳозирги кунда инсулт учраш даражаси ошиб бориши, янги ҳавф омиллари пайдо бўлиши ҳисобига йилдан-йилга ёшариб бормоқда [1]. Сўнгги вақтларда юрак-қон томир тизими касалликларини ташхислаш ва даволаш тобора муҳим аҳамият касб этмоқда. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, ривожланган мамлакатларда ўлим сабаблари орасида бош мия қон айланиши ўткир бузилиши юрак ишемик касаллигидан кейин иккинчи ўринда туради, МДХ мамлакатларида эса инсултдан кейинги ўлим биринчи ўринда туради.

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, юрак ишемик касалликлари ва инсултни ўз ичига олган юрак-қон томир касалликлари ер юзидаги барча ўлим сабабларининг 1/3 қисмини ташкил этиб, «ҳар йили 17 миллиондан ортиқ инсон инсултга учрайди, улар орасидан 5,7 миллион киши инсулт сабабли ҳаётдан кўз юмади. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти прогностик маълумотларига эътибор қаратилса, дунё аҳолисининг ўлим сабаблари орасида юрак ишемик касаллиги ва инсултдан ўлим кўрсаткичлари 2030 йилга келиб янада кўтарилиши айtilмоқда: 2030 йилга келиб инсулт билан касалланиш тахминан 23 миллионга етиши, шундан 7,8 миллион ўлим ҳолатларини ташкил этиши мумкин. Ҳозирги кунда Ўзбекистон Республикасида қайд этилган маълумотларга кўра, бир йилда 70 мингдан ортиқ янги бош мия инсулти ҳолатлар рўйхатга олинади [2].

Адабиётларда келтирилишича, инсултдан кейинги ногиронлик 83,8%, шифохонадаги ўлим кўрсаткичи эса 17,3% ташкил қилади. Тошкент шаҳар тез тиббий ёрдам маълумотларига кўра эса, бир сутка давомида 30-40 га яқин инсултга учраган беморлар стационар даволанишга

ётқизилади. Инсултдан олдин албатта хабарчи белгилари ва шикоятлар кузатилади. Бу ҳолат транзитор ишемик хуруж (ТИХ) бўлиб, адабиётларда келтирилишича 60-65% кичик инсулт ўтказган беморларда албатда катта инсулт кузатилади [3].

Нима учун инсултнинг олдини олиш жуда муҳим ҳисобланади. Бу саволга жавобни статистик таҳлиллар орқали олиш мумкин. Инсулт ўтказганларнинг 1/4 қисми бир йил ичида, 50% эса 5 йил ичида вафот этади. Тирик қолганлар орасида 25% қисман иш фаолияти тикланади, 40% да эса оғир ногиронлик сақланиб қолади. Бу беморларда қайта инсулт бўлиши ва нима билан қандай тугаши тўлиқ маълум эмас. Лекин ишонч билан айтиш мумкинки, 90% ҳолатларда инсултни олдини олиш мумкин. Чунки инсулт ривожланишига таъсир қилувчи ҳавф омиллари мавжуд. Шунинг учун бу ҳавф омилларини бартараф қилиш ва хасталикни эрта аниқлаш, даволаш усуллари, профилактика чора тадбирларини такомиллаштиришни талаб қилади [3, 4].

Академик Каримов Ш.И. бошчилигидаги катта илмий тажрибага эга бир гуруҳ олимлар ўтказган текширувлар хулосасига кўра, ҳозирги кунда ногиронлик кўрсаткичи сабабига кўра бош мия қон айланиши ўткир бузилиши (БМҚАЎБ) етакчи ўринни эгаллайди. Айтиш жоизки, инсулт бу ташхис эмас, балки бу маълум бир касалликни асорати сифатида қаралиши лозим. Инсултга олиб келган асосий касаллик ташхисини аниқлаштирамасдан унинг асоратлари билан курашиш мақсадга мувофиқ эмас [2].

Инсулт ривожланишида ҳавф омиллар кўплигига қарамадан коллатерал қон айланишда муҳим ўрин тутувчи Виллизий айланаси аномалиялари инсулт ривожланишида ҳавф омилли сифатида эътироф этилмаган. Ўткир ишемик инсулт ва сурункали бош мия қон айланиши етишмовчиликлари клиник белгиларининг шаклланишида Виллизий айланасининг барча таркибий қисмларининг мавжудлиги ва морфологик тузилишига чамбарчас боғлиқдир. Виллизий айланасини ташкил этадиган томирлар гипоплазияси, аплазиялари ва аневризматик кенгайишлар кўп учрайдиган ҳолатлардан ҳисобланади. Виллизий айланасида кузатилган турли анатомик

Ўзгаришлар экстра-интракраниал қон томирлардаги атеросклеротик ўзгаришлар, патологик қийшайишлар ва юрак ишемик касалликлари, қандли диабет каби ҳавф омилларни бирга келиши цереброваскуляр белгиларни эрта намоён бўлишига таъсир қилиши тасдиқланган [4].

Бош мия қон айланиши етишмовчилигининг барча турлари орасида миянинг ишемик шикастланиши биринчи ўринда туради. Ҳалқаро тадқиқотлар натижаларига кўра, бугунги кунда ишемик ва геморрагик инсультлар ўзаро нисбати 4,8:1,2 тенг эканлигини кўришимиз мумкин.

Ишемик инсультнинг оғир оқибатларини таъкидлаб ўтишимиз керак, яъни ўтқир даврда инсульт сабабли ўлим даражаси 29% ни ташкил қилади, биринчи йил охирига келиб у 59% га етади, тирик қолган беморларнинг 80% ногирон бўлиб қолади. Бундан ташқари, тирик қолган беморлар орасида такрорий инсульт биринчи йил давомида 5-25% да, 3 йил ичида – 18% ва 5 йилдан кейин – беморларнинг 20-40% да ривожланади. Такрорий инсультда ўлим ва ногиронлик эҳтимоллиги аввалгисига қараганда юқори бўлади.

Афсуски, ҳозирги замонавий тиббиёт ютуқларига қарамасдан қон томир хасталиклари билан хасталаниш, жумладан, инсульт учраши ёшлар орасида ҳам кўп учрамоқда. 2017 йилда бир қатор Америкалик олимлар маълумотларни таҳлил қилиш асосида ёшлар орасида (асосан, 18 ёшдан 54 ёш оралиғида) эркак ва аёллар орасида инсульт учраши 1995-1996 йилларда олиб борилган текширувларга таққослаганда 41,5% ошганлиги National Inpatient Sample (NIS) текширувида ўз исботини топган [5].

Ҳозирги кунда дунёда ишемик инсульт сабабли ногиронлар сони 2 миллиондан ошиб кетган. Инсульт нафақат беморларнинг, балки уларнинг қариндошлари ва уларга ғамхўрлик қилаётган одамларнинг ҳаётини ҳам ўзгартиради.

Бош мия қон айланишининг етишмовчилигига турли табиатли касалликлар сабаб бўлиши мумкин, биринчи навбатда бу экстракраниал қон томир касалликларидир – яъни цереброваскуляр етишмовчилик. Ушбу касалликлар орасида асосий ўринда атеросклероз туради, у 70-85% ҳолларда учрайди. Бир нечта экстракраниал артерияларнинг атеросклеротик зарарланиши изоляцияланган (фақат битта уйқу артерияси) атеросклеротик зарарланишга нисбатан кўпроқ учрайди. Атеросклерознинг асосий хусусиятларидан бири яна шундаки, у миянинг экстракраниал артерияларида интракраниал артерияларга нисбатан 4-5 карра кўпроқ учрайди. Цереброваскуляр етишмовчилик сабаблари таркибида каротид артерияларнинг

патологик деформациялари ҳам муҳим аҳамият касб этади. Баъзи муаллифларнинг фикрига кўра, катта ёшдаги аҳолининг 10-40% да экстракраниал артерияларнинг патологик деформацияларининг турли хил вариантлари учрайди. Шу билан бирга, уларда бош мия ишемияси белгилари атиги 27,5% да учрайди. Цереброваскуляр етишмовчилик сабаблари орасида носпецифик аортоартериит, брахиоцефал артерияларнинг экстравазал сиқилишини ҳам кўрсатишимиз мумкин.

Бутун дунё каби Ўзбекистон Республикасида ҳам аҳоли орасида юрак-қон томир тизими касалликларини учраши йилдан-йилга ўсиш бориш суратига эга. Хусусан, Ўзбекистон Республикасида қон айланиши тизими касалликлари 2012 йилда 100.000 аҳолига нисбатан 5464 тага тўғри келган бўлса, 2016 йилда ушбу кўрсаткич 5799 ни ташкил этган, бугунги кунда эса 7000 ни ташкил қилмоқда [6].

Айтиш жоизки, Ўзбекистон Республикаси бош неврологининг маълумотларига кўра, бугунги кунда инсульт билан касалланиш йилдан-йилга ортиб бормоқда ва ёшариб бориш тенденциясига эга. Хусусан, 2023 йилда Ўзбекистон Республикасида 70.097 та янги инсульт ҳолатлари рўйхатга олинган. Демак, Республикамиз аҳолисининг 64,8% ни вояга етган аҳоли ташкил этади деб ҳисобласак, унда 23,8 миллион вояга етган аҳолининг 70.000 таси БМҚАЎБ билан касалланган десак, унда бугунги кунда инсульт билан касалланиш 100.000 вояга етган аҳолига нисбатан 294 тага тўғри келади.

Шуни ҳам таъкидлаш керакки, қишлоқ жойларда инсультни учраши ошиб боришга мойиллиги ҳам аниқланган. Инсульт натижасида касалхонада ўлим кўрсаткичи даражаси қишлоқ жойларда 17,4% ташкил қилади, шаҳарларда эса бу кўрсаткич камроқ. Инсультдан кейинги ногиронлик кўрсаткичи ўртача 83,8% ни ташкил қилади, шаҳарларда (94,7%) қишлоқ жойларга (72,9%) нисбатан юқори. Шундай қилиб, агар қишлоқ жойларда ўлим даражаси юқори бўлса, шаҳарларда беморларнинг омон қолиш даражаси юқори бўлганлиги сабабли ногиронлик фоизи ҳам юқори бўлмоқда. Бу ҳолат муҳим ижтимоий муаммодир, чунки бугунги кунда Ўзбекистонда 295.000 дан ортиқ ногиронлар доимий парваришга муҳтож. Агар уларнинг ҳар бирига камида икки меҳнатга лаёқатли ёшдаги инсонларни ғамхўрлик қилишини ҳисобга олсак, бу муаммонинг иқтисодий томони ҳам аён бўлади [7].

Европа ва Американинг кўп марказли рандомизацияланган тадқиқотларида, сурункали бош мия қон айланиши етишмовчилиги (СБМҚАЕ) бўлган беморларда каротид артериялар гемодинамик аҳамиятли стенози тасдиқланган ҳолатларда консерватив давога

нисбатан жаррохлик усулида даволаш камида 3 баравар самарали эканлиги исботланган. Бугунги кунда каротид эндартерэктомия амалиёти бажарилиши бўйича коронар артерияларда реваскуляризация аралашувларидан кейин иккинчи ўринда туради. Ушбу амалиётнинг узок муддатли натижалари ишемик инсультнинг узок муддатли даврда олдини олишни кўрсатади.

Ҳозирги кунда мамлакатимиз клиникаларида каротид артерияларда бажарилаётган амалиётлар сони минимал. Ҳисоб-китобларга кўра, бугунги кунда Республикамизда йилига 6000 дан ортик каротид артерияларда реконструктив амалиётларни бажариш лозим, аммо бутун мамлакат бўйлаб атиги 1000 га яқин очик ва эндоваскуляр усулда амалиётлар амалга оширилмоқда. Каротид артерияларда реконструктив амалиётларни бажарилишини камлиги экстракраниал артериялардаги хасталикларни жуда кеч ёки умуман ташхис кўйилмаётганлигидан далолат беради. Бу ҳолатга асосан 2 та сабаб бор деб ўйлаймиз: биринчидан, СБМҚАЕ ва унга олиб келувчи касалликлар ҳақида бирламчи тизимда ишловчи шифокорларда (умумий амалиёт шифокорлари, кардиологлар, неврологлар, офтальмологлар, оториноларингологлар ва терапевтларда) билимларни камлиги; иккинчидан, Республикамиз аҳолисининг тиббий маданияти сушлашиб кетганлиги. Агарда СБМҚАЕ ни ва унга олиб келувчи хасталикларни эрта ташхисланиб, ўз вақтида зарурий даво чоралари кўрилса – Республикамиз аҳолиси орасида БМҚАЎБ ни учраш частотасини ҳамда ногиронликни ривожланишини камайтириш мумкин бўлади.

Ангионеврология соҳасидаги энг катта ютуқлардан бири бу бош мия қон айланиши етишмовчилигининг турли хил сабаблар туфайли келиб чиқиши мумкинлиги ҳақидаги концепциянинг яратилиши деб айтиш мумкин. Бунга бош мия ўткир ишемик зарарланиши турли хил сабаблар ва тизимлар натижасида келиб чиқиши ҳақидаги қарашлар туртки берди. Шу билан бир қаторда тромботик ва эмбологен назариялар бош мия қон айланиши сурункали бузилишида экстракраниал қон томирларнинг гемодинамик аҳамиятли ўзгаришлари ҳам муҳим аҳамиятга эга эканлиги ҳақидаги қарашлар билан тўлдирилди.

СБМҚАЕ ни жаррохлик усулида даволашнинг яна бир муҳим жиҳати ҳақида айтиб ўтиш лозим. Европа мамлакатларида уйқу артерияларида жаррохлик амалиётларини ўтказган беморлар орасида асимптом босқичда бўлган беморлар 56-80% ни ташкил қилади, анамнезида инсульт ўтказган беморларнинг улуши эса 5-17% дан ошмайди. Америка Қўшма

Штатларида касалликнинг асимптом босқичида бажарилган амалиётлар барча жаррохлик амалиётларининг 60-70% ни ташкил қилади, инсультдан кейинги амалиётлар улуши 6-13% ни ташкил этади. Ўзбекистонда эса асимптом босқичдаги беморларда бажарилган амалиётлар улуши жуда паст; бизнинг маълумотларимизга кўра, бугунги кунда бу кўрсаткич 3,5% дан ошмайди. Бизнинг фикримизча, бу ҳолат, бирламчи тиббий бўгин шифокорларининг ва аҳолининг ушбу хасталик бўйича етарли даражада хабардор эмаслиги ҳамда инсультнинг жаррохлик усулида профилактикаси тўғрисида хабардорлиги йўқлиги билан боғлиқдир.

Ҳавф омиллари аниқ (тасдиқланган) ва қисман тасдиқланганга бўлинади (далиллар етарли бўлмаганда); эндоген (масалан: атеросклероз, гиперкоагуляция, қандли диабет, ирсий мойиллик) ва экзоген (чекиш, ичиш, гиподинамия ва бошқалар). Бартараф қилиш мумкин бўлган ҳавф омиллари: юқори артериал қон босими (АҚБ), атеросклероз, юрак ишемик касаллиги (ЮИК), холестерин миқдори, чекиш, титроқ аритмия, қандли диабет, семизлик, қон касалликлари, ҳаддан зиёд алкоголь қабул қилиш кирса, бартараф қилиб бўлмайдиган омилларга: ёш, жинс, ирсий мойиллик, ўтказилган инсульт, ўтказилган юрак хуружи, ТИХ, артерия аномалиялари, фиброз мушак дисплазияси киритиш лозим.

В.Б. Симоненко ва Е.А. Широков таъкидлашича (2022 йил), ўтказилган ТИХ ёки ишемик инсульт кейинги инсульт ривожланиши учун энг хавфли омил ҳисобланади: ишемик инсульт ривожланишида хавфли омил сифатида экстракраниал ва интракраниал қон томирлар атеросклерози ва аномалиялари, артериал гипертония, юрак хуружи ритм бузилишлари билан, юрак зарб кучининг пастлиги синдроми ва гиперкоагуляция кучайишига олиб келувчи ҳолатларни ўрганиб баҳолаган [8].

Инсультга сабаб бўлувчи бартараф этиб бўлмайдиган омиллардан бири ёш ҳисобланиб, ёш ошган сайин касалланиш хавфи ҳам ошиб боради (R.D. Brown, 1996), 55 ёшдан кейин ҳар 10 ёшга улғайганда инсульт ривожланиш хавфи икки баробар ошади [9]. Етакчи олимларнинг кузатувлари шуни кўрсатадики, 45-54 ёшда 1000 аҳоли сонига 1 та инсульт кузатилса, 75-84 ёш оралиғида ҳар 50 кишидан 1 таси инсульт билан касалланади [10].

Appelros P. тадқиқотлари шуни кўрсатадики, жинсий тафовут хавф омиллари таъсирида инсульт учраш даражаси турлича кузатилади. Эркаларда аёлларга нисбатдан 33% кўпроқ инсульт ривожланиш хавфи мавжуд. Аммо охириги маълумотларга қараганда, ўртача ёш аёлларда умумий популяциясининг ортиб бориши

сабабли инсулт ортиб бориши тахмин қилинмоқда. Ушбу тадқиқотлар аёллар орасида инсулт ривожланишига баъзи ҳавф омилларининг таъсири (қандли диабет, бўлмачалар фибрилляцияси) аёллар учун кўпроқ ҳавфли ҳисобланади, ҳомиладорлик даврида учрайдиган артериал гипертония кейинги 10 йил давомида инсулт ривожланиш ҳавфига таъсир кўрсатади [11].

Адабиётларни ўрганиш натижасида шундай хулосага келинмоқдаки, ҳозирги кунда ишемик инсулт профилактикаси ҳавфли омилларни юзага келишини олдини олиш, уларни эрта аниқлаш ва бартараф қилишга қаратилган чора тадбирлардир.

Бирламчи профилактика ўз ичига соғлом турмуш тарзини, тарбиявий, гигиеник ва социал чора тадбирларни соғлом кишилар орасида тадбиқ қилиш ҳамда ҳавф омилларни эрта аниқлаш ва бирламчи инсултнинг олдини олишни олади. Иккиламчи профилактика мақсадли қайта инсултнинг олдини олишга қаратилган ҳаракатлар мажмуасидан иборат бўлиши лозим.

Бирламчи профилактика икки асосий йўналишни ўз ичига олади: оммавий стратегия ва юқори ҳавф стратегияси. Оммавий стратегия бу аҳоли ва умумий амалиёт шифокорлари ҳамда бирламчи бўғин тиббиёт ходимлари орасида кенг миқёсида тарғибот ва ташвиқот ишларини олиб боришдир. У ўз ичига тўғри овқатланиш, умумий аҳоли орасида ўртача артериал қон босимини пасайтириш, соғлом турмуш тарзини шакллантириш, аҳоли орасида касалликнинг илк хабарчи белгилари тўғрисида ахборот беришдан иборат. Бундай профилактик йўналиш ривожланиши инсултни олдини олиш миллий дастурларини ишга тушириш, аҳоли ва умумий амалиёт шифокорлари орасида кенг тушунтириш ишлари ва бу муаммони ёритиб бериш талаб этади. Юқори ҳавф стратегияси тор доирадаги мутахассислар томонидан касалликни келтириб чиқарувчи ҳавф омилларни эрта аниқлаш, қайта ишемик инсултни олдини олиш ва даволаш усулларини индивидуал тадбиқ қилиш, даволаш йўналишини тўғри танлашни ўз ичига олади.

Инсоният учун энг катта ҳавф бу зарарли одатлардан бири бўлган тамаки чекишдир, яъни никотин ишемик инсулт ҳавфини 2-4 маротаба оширади. Чекиш давомийлиги, миқдори маълум даражада инсулт ҳавфини кучайтиради. Чекиш натижасида атеросклерознинг ривожланиши, артериал қон босимининг кўтарилиши ва майда қон томирларда торайишни кучайиши, натижада эса микроциркуляция бузилади. Тамаки чекишни ташлагандан кейин 12 ой ичида инсулт ривожланиш ҳавфининг 50% камайишига эришилади.

Жаҳон соғликни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, чекувчилар Словакия аҳолисининг 42,6% ини ташкил этади, Болгарияда – 36,5%, Россияда – 43,5%, Буюк Британияда – 36,5%, АҚШ да – 26,6%, Ўзбекистонда эса 2,8 миллион чекувчилар бўлиб, уларнинг 90% ини эркаклар ташкил қилади. Бундан 68% чекувчилар шаҳар аҳолиси ҳисобланиб, чекувчиларнинг 75% и 5 йилдан ортиқ муддатда тамаки чекаётганлиги аниқланган. Чекувчилар артериал гипертензия билан оғриганда инсултнинг ривожланиш ҳавфи 75% га ортади.

Алкоголь истеъмол қилиш сабабли инсулт ривожланиши ҳавфи 5,8% ташкил қилади. Парфенова В.А. маълумотида кўра, узоқ муддат давомида мунтазам тамаки чекувчи ва алкоголь ичувчи инсонлар зарарли одатлардан воз кечиши ҳам инсулт ва инфаркт ривожланиш ҳавфини камайишига олиб келиши исботланган [12].

Инсултга учраган беморларнинг 50-60% ида кейинги 2 йил ичида бош мияда қон айланиши бузилишларининг рецидивланиши кузатишмоқда. Криптоген инсултлар ёшлардаги ишемик инсултнинг тахминан 40% ини ташкил қилади ва уларнинг аксарияти номаълум манбали эмболик инсулт (ESUS) мезонларига мос келади. Иккита рандомизацияланган клиник синовлар (NAVIGATE ESUS ва RESPECT ESUS) ESUS билан касалланган кекса одамларда инсулт рецидивларининг юқори частотасини кўрсатди, бироқ ESUS билан касалланган ёшлар орасида прогноз ҳамда прогностик омиллар ноаниқлигича қолмоқда. Деменция ҳавфи умумий ҳавф омилларидан қатъий назар, ишемик инсулт анамнези бўлган беморларда юқори бўлади. Инсултнинг оғирроқ кечиши ва кўпроқ такрорий инсултлар бўлган беморларда бу ҳавф янада ортади. Ушбу маълумотлар деменция ҳавфини камайтиришда инсултнинг ҳам бирламчи, ҳам иккиламчи профилактикасининг аҳамиятини таъкидлайди. Инсулт ҳаёт тарзи билан боғлиқ ҳавф омилларининг узоқ муддатли таъсири натижасида келиб чиқадиган касаллик ҳисобланганлиги сабабли, ушбу ҳавф омилларини ўзгартириш инсултнинг пайдо бўлиши ҳамда инсулт билан боғлиқ ногиронлик даражасига катта таъсир қилади.

Умуртка ва базиляр артериялар ўрта мия, кўприк ва узунчоқ миядан иборат бўлган мия устунини қон билан таъминлайдиган асосий қон томирлар ҳисобланади. Ушбу турдаги инсултлар ташхис қўйиш, даволаш ва самарали бошқариш учун неврологлар, рентгенологлар, тез тиббий ёрдам шифокорлари, ихтисослашган ҳамширалар, нейрохирурглар ва терапевтлардан иборат ихтисослашган интердисциплинар жамоани талаб қилади. Мия устунининг шикастланишининг локализациясини ипсилатерал оёқ-кўлларнинг гемипарези ва бош мия нервларининг танқислиги ҳамда юз нервининг ипсилатерал фалажланиши

билан намоён бўладиган «кесишган парез» мавжудлигини кузатиш орқали аниқлаш мумкин. Базиляр артерия окклюзияси эндоваскуляр терапиясининг самарадорлиги ва ҳавфсизлигини аниқлаш учун анча йирикроқ тадқиқотлар талаб қилинади. Salerno A. бошчилигидаги бир гуруҳ олимлар (2022) инсултлар учун хос бўлган орқа қон айланиш хусусиятлари, шу жумладан, базиляр артериялар окклюзияларида мунтазамлиликни аниқлашди. Орқа қон айланиш инсултларининг клиник жиҳатдан оғирлик даражалари ва прогнози жуда хилма-хилдир, КТ асосида нейровизуализация ёрдамида уларни аниқлаш қийинроқ эканлигини ҳисобга олиб, муаллифлар орқа қон айланиши инсултларига шубҳа қилинганда магнит-резонанс томография танлов усули эканлигини таъкидлайдилар. Артериал окклюзия паттерналарини тезкор идентификация қилиш прогнозик маълумотларни тақдим этиши ва шошилинч ревазуляризация бўйича қарор қабул қилишга ёрдам бериши мумкин. Юқорида келтирилган масалалардан бири вертебробазиляр ҳавза етишмовчилигини даволашнинг бевосита ва узоқ муддатли натижаларини тўғри баҳолаш мезонлари ишлаб чиқилмаганлиги бўлиб қолмоқда. Вертебробазиляр етишмовчилик белгиларининг яна бир сабаби ўмров ости артериясининг стенози туфайли келиб чиқадиган «ўғирлаш синдроми» ҳисобланади. Дастлабки босқичларда вертебробазиляр етишмовчилик соғлом умуртқа артерияси ва қон оқимининг Виллизий айланасидан ички уйку артериясига умумий қайта тақсимланиши билан компенсацияланиши мумкин, ушбу механизм интракраниал артериялари яхши ривожланган беморларда кузатилади. Аммо юқорида келтирилган патологик ҳолатларнинг узоқ вақт таъсир қилиши натижасида компенсация тизимлари заифлашади, бу эса ўз навбатида организмда миянинг сурункали гипоксиясини келтириб чиқаради, бунинг натижасида эса ишемик инсулт ривожланиши мумкин.

Сўнги йилларда робототехника ривожланиши сабабли олимлар тана вазнини ошишини қон томирлар касалликлари учун етарлича ҳавф омили сифатида баҳоламоқда. Семизлик сабабли инсулт ривожланиш ҳавфи 18,6% ни ташкил қилади. Ортиқча оғирлик юрак зўриқиб ишлаши, артериал қон босимини ошиши, қонда холестерин миқдорини ортиши ва қандли диабет учраш ҳавфини ошишига олиб келади. Тана оғирлиги индексини ортиши юрак-қон томир хасталикларини (ишемик инсулт ва миокард инфарктини) асосий ҳавф омили сифатида қаралади. 2012 йилда семизлик сабабли қон томир касалликларининг ривожланиши ўлимнинг асосий сабаб сифатида эътироф этилган. Бунда фақат углевод ва ёғ алмашинуви бузилиб қолмасдан, аутоиммун ва гормонал

бузилишлар билан бирга қоннинг реологик хусусиятлари кескин ўзгариши кузатилади. Семизлик туфайли қонда холестерин миқдори ортиши асосий липид фракцияларинг (триглицерид, холестерин, юқори ва паст зичликдаги липопротеидлар) нормал нисбати бузилиши қон томир касалликлари учун асосий ҳавф омиллари ҳисобланади. Холестерин ва паст зичликдаги липопротеид миқдорини ошиши юрак-қон томир хасталиклари ривожланиш частотаси билан бевосита боғлиқ. Холестерин миқдорининг ошиши брахиоцефал ва бошқа томирларда атеросклеротик торайишлар пайдо бўлишини тезлаштиради [13].

Ҳозирги замон тиббиётида долзарб ва энг асоратлари кўп бўлган ҳавф омиллардан бири бу қандли диабетдир. Қандли диабет инсулт учун муҳим ҳавф омиллардан биридир. Ишемик инсулт кўп ҳолатларда қандли диабет негизида ривожланади. Касалликнинг қандай оғирликда кечишига қараб инсулт ривожланиш ҳавфи 2-6 мартагача ошади. Қандли диабетда қондаги қанд миқдорини меъёрлаштириш орқали микроангиопатия, ретинопатия, нефропатия каби асоратларини камайтириш мумкин, лекин макроваскуляр асоратлар, жумладан, ишемик инсулт ҳавфини камайтириш муаммолигича қолмоқда. Қандли диабет таъсирида бош миянинг майда қон томирларида пролифератив ўзгаришлар, интиманинг зарарланиши, атеросклероз ривожланишига мойиллик, турли ўлчамдаги томирларда дистония ҳолати аниқланади [14]. Ўтказилган тадқиқотларига асосан, қандли диабет билан оғриган беморлар орасида 1,8-6 марта инсулт ривожланиши ҳавфи юқори, қандли диабет аниқланмаган беморларга нисбатан қон томир касалликларида ўлим кўрсаткичи эса 2,8 марта юқори, ишемик инсултда эса 3,8 марта кўпроқ. Қандли диабетни ўрганиш жараёнида шу нарса маълум бўлдики, қандли диабет 2 тип артериал гипертензия билан қўшилиб келган ҳолатларда ўртача артериал қон босими 144/82 мм.с.м.у.ст. гача пасайтиришга эришиш ва интенсив даволаш орқали инсулт ривожланиши ҳавфини 44% гача камайтиришга эришилади [10].

Хулоса ўрнида шунини айтишимиз мумкинки:

Бугунги кунда сурункали бош мия қон айланиши етишмовчилиги ва унинг асоратларини камайтиришнинг ягона йўли бу ҳар бир бўғин даражасида, яъни бирламчи тизим шароитида, туман даражасида, вилоят ҳамда республика маркази даражасида шифокорларга СБМҚАЕ билан хасталанган беморларни эрта ташхислаш учун нималарни амалга ошириш ҳамда қандай зарурий даво чоралари кўриши лозимлиги ҳақида тушунчаларни етказиш. Бирламчи бўғин

шифокорлари, умумий амалиёт шифокорлари ва бошқа тор мутахасислар, жумладан, неврологларга ҳам **инсульт – бу ташхис эмас, балки маълум бир касалликнинг асорати сифатида қарашни сингдириш лозим.** Бу эса ўз навбатида келажақда ишемик инсульт учраши ва ундан кузатиладиган ногиронлик ҳамда ўлим даражасини сезиларли пасайишига олиб келади. СБМҚАЕ ни эрта ташхислаш ва даволашни ўз вақтида ташкил қилиш ишемик инсульт асоратини сезиларли даражада камайтиради – бу эса мамлакатимизга ҳам иқтисодий, ҳам ижтимоий жиҳатдан амалий фойда келтиради. Эрта аниқланган СБМҚАЕ ни ўз вақтида самарали даволаш, асоратларни олдини олади ва ногиронликни пасайтиради ҳамда беморларни ҳаёт сифатини яхшилади, бундан ташқари, узок муддатли самарали натижаларга эришилади.

Адабиётлар:

1. ВОЗ. Ожирение и избыточный вес: информационный бюллетень. — Октябрь 2021. — URL: <https://www.who.int/ru/news-room/factsheets/detail/obesity-and-overweight> (дата обращения: 09.05.2026).
2. Каерова Е. В., Журавская Н. С., Матвеева Л. В. Анализ основных факторов риска развития инсульта // Современные проблемы науки и образования: электронный научный журнал. — 2017. — № 6.
3. Каримов Ш. И., Ибодуллаев З. Р., Ирназаров А. А., Юлбарисов А. А., Алиджанов Х. К., Ахматов А. М., Муминов Р. Т., Джалилов А. А., Нурматов Д. Х., Цай В. Э. Ишемик инсульт ривожланишини эрта аниқлаш ва бирламчи профилактикасига янгича ёндошувлар // Медицинский журнал Узбекистана. — 2019. — № 6. — С. 39–44.
4. Каримов Ш. И., Ирназаров А. А., Юлбарисов А. А., Алиджанов Х. К., Ахматов О. М., Муминов Р. Т., Джалилов А. А., Нурматов Д. Х. Вертебробазиляр хавзадаги қон айланиши етишмовчилигини эрта аниқлаш ва даволашга янгича ёндашувлар // Ўзбекистон тиббиёт журнали. — 2021. — № 1. — С. 83–90.
5. Каримов Ш. И., Суннатова Р. Д., Ирназаров А. А. и др. Десятилетний опыт хирургического лечения больных хронической сосудисто-мозговой недостаточностью // Актуальные вопросы диагностики и хирургического лечения хронической сосудисто-мозговой недостаточности: материалы Республиканской научной конференции. — Ташкент, 2018. — С. 41–44.
6. Кобалава Ж. Д., Моисеев В. С. Прогресс во вторичной профилактике инсультов // Клиническая фармакология и терапия. — 2022. — № 10. — С. 39–42.
7. Манвелов Л. Инсульт: факторы риска // Наука и жизнь. — 2021. — № 3. — С. 70–77.
8. Парфенов В. А., Хасанова Д. Р. Ишемический инсульт. — М.: Изд-во МИА, 2012. — 288 с.
9. Amin H. P., Schindler J. L. Vascular Neurology Board Review: An Essential Study Guide. — 2017. — 190 p.
10. Chalmers J., MacMahon S., Anderson C., et al. Clinician's Manual on Blood Pressure and Stroke Prevention. — 2nd ed. — London, 2020. — P. 112–137.
11. Chen H., Xu Z., Fu Y. Spinal cord infarction following neurointerventional procedures in the posterior cerebral circulation: a case analysis and systematic literature review // BMC Neurology. — 2025. doi: 10.1186/s12883-025-04255-9
12. Cordonnier C., Sprigg N., Sandset E. C., et al. (Women Initiative for Stroke in Europe (WISE) group). Stroke in women — from evidence to inequalities // Nature Reviews Neurology. — 2017. — Vol. 13, No. 9. — P. 521–532.
13. Goldstein L. B., Adams R., et al. Primary prevention of ischemic stroke // Stroke. — 2006. — Vol. 37. — P. 1583–1633. [год публикации требует проверки — указанный том 37 соответствует 2006 году, а не 2022]
14. Strbian D., Tsivgoulis G., Ospel J., Rätty S., Cimflova P. European Stroke Organisation (ESO) guidelines on intravenous thrombolysis for acute ischaemic stroke // European Stroke Journal. — 2024. — Vol. 9, Issue 2. — P. 835–884. doi: 10.1177/23969873241257223

ВОПРОСЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Каримов Ш.И., Юлбарисов А.А., Ирназаров А.А., Алиджанов Х.К., Ахматов А.М., Муминов Р.Т., Джалилов А.А., Нурматов Д.Х.

Резюме. В данной статье представлены заболевание атеросклероз, его встречаемость, меры ранней диагностики и лечения атеросклеротических поражений сердечно-сосудистой системы в мире, а также осложнения заболевания, кроме того, представлены алгоритмы применения методов обследования во всех звеньях медицины у пациентов с атеросклеротическими поражениями, рекомендации мировых ученых и результаты научных работ. В качестве основного вопроса речь идет о ранней диагностике и своевременном оказании квалифицированной медицинской помощи. В частности, приводятся сведения о аспектах, требующих внимания при ранней диагностике и лечении пациентов, относящихся к вышеуказанной категории, а также о некоторых достижениях и недостатках современной медицины в этом направлении.

Ключевые слова: хроническая недостаточность мозгового кровообращения, каротидный атеросклероз, ранняя диагностика, первичная система, тактика лечения.