

## ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ИСХОД У ПАЦИЕНТОВ С ИНСУЛЬТАМИ В ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЯРНОЙ СИСТЕМЕ



Мирджураев Эльбек Миршавкатович<sup>1</sup>, Бахадирова Муниса Анваровна<sup>1</sup>, Шадманова Лола Абдужалиловна<sup>1</sup>, Акилов Джахангир Хабибуллаевич<sup>1</sup>, Бахадирова Мадина Олимхоновна<sup>2</sup>

1 - Центр развития повышения квалификации медицинских работников МЗ РУз, Республика Узбекистан, г. Ташкент;

2 - Ташкентский государственный стоматологический институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

### ВЕРТЕБРОБАЗИЛАР ТИЗИМИДА ИНСУЛЬТ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ФУНКЦИОНАЛ ЎЗГАРИШЛАР

Мирджураев Эльбек Миршавкатович<sup>1</sup>, Бахадирова Муниса Анваровна<sup>1</sup>, Шадманова Лола Абдужалиловна<sup>1</sup>, Акилов Джахангир Хабибуллаевич<sup>1</sup>, Бахадирова Мадина Олимхоновна<sup>2</sup>

1 - ЎзРесССВ Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.;

2 - Тошкент давлат стоматология институти, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

### FUNCTIONAL OUTCOME IN PATIENTS WITH STROKES IN THE VERTEBROBASILAR SYSTEM

Mirdzhuraev Elbek Mirshavkatovich<sup>1</sup>, Bahadirova Munisa Anvarovna<sup>1</sup>, Shadmanova Lola Abdujalilovna<sup>1</sup>, Akilov Jahangir Khabibullaevich<sup>1</sup>, Bahadirova Madina Olimkhanovna<sup>2</sup>

1 - Center for the Development of Advanced Training of Medical Workers of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, Republic of Uzbekistan, Tashkent;

2 - Tashkent State Dental Institute, Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: [akilov.dj@gmail.com](mailto:akilov.dj@gmail.com)

**Резюме.** Олинган маълумотлар асосида биз беморларнинг аҳолига ва уларнинг реабилитацияси муваффақиятига таъсир кўрсатувчи асосий ўлчамларни ажратдик. Алгоритмга мувофиқ ВБХ III касаллигини аёл жинсига мансуб 50 ёшгача, ТМИ 24,9 гача бўлган (меъёр ва ундан камроқ), ЎСОК билан оғриманган, энса соҳасида ёки чакка қисмларнинг медиобазал бўлимларида ёки бош мия тепа қисмининг қуйи медиал бўлимларида ягона майда ўчоқ кўринишидаги бир томонлама шикастланишига эга, III ЛА подтипи, шифохонага келиб тушган вақтида NIHSS шкаласи бўйича 5 балдан кам ва Рэнкин шкаласи бўйича 3 балгача эга бўлган, юрак касалликлари ва қандли диабет билан касалланмаган, шикастланиш тарафида кўз пардасининг ангиопатияси билан оғриган, ЎСНО аппаратида муҳтож бўлмаган ёки ушбу аппаратга 5 суткагача уланган, ҳамда ВБХ III ўтқир даврнинг тугаши вақтида NIHSS шкаласи бўйича 5 балдан кам ва Рэнкин шкаласи бўйича 2 балгача эга бўлган, чекмайдиган бемор нисбатан енгил ўтказди. Нисбатан салбий прогноз (жинсидан қатъий назар) 75 ёш ва ундан катта бўлган, ТМИ 35 дан юқори, САТ-тести бўйича 31-40 бал йиғган, ВБХ икки ва ундан ортиқ худудларга жойлашган бир нечта йирик ўчоқлар кўринишидаги икки тарфлама шикастланиши III КЭ подтипига эга, шифохонага келиб тушган вақтида NIHSS шкаласи бўйича 21-42 бал ва Рэнкин шкаласи бўйича 3-5 балга эга, тсдиқланган липилловчи аритмияга ёки ВБХ III ўтқир даврида ривожланган микард инфарктига, ҳамда иккала кўз пардасининг ангиопатияси билан қандли диабетнинг оғир кечишига эга, ЎСНО аппаратида 10 суткадан ортиқ уланган, ўтқир даврда яшаб қолиш шартида бўлган, ВБХ III ўтқир даврининг нисояси вақтида NIHSS шкаласи бўйича 16 бал ва Рэнкин шкаласи бўйича 4 балдан юқори кўрсаткичга эга бўлган бемор учун хосдир. Бу каби бемор касаллигининг оқибати ўтқир давр мобайнида ёки ЭРД вақтида ўлим билан яқунланиш эҳтимоли 98 фоизни ташкил қилади. Инсулт подтипи ЭРД яқунланиши вақтида хар бир реабилитация тури самарадорлигига таъсир қилувчи ахамиятли омил хисобланади. ВБХ III КЭ подтипи ҳолатида аниқ ёмон баллар ташкил қилмоқда (28,2%). Нисбатан салбий тикланиш клиник депрессия мавжуд булган беморларда кузатилади. Хулоса: 1. ВБХда III ўтказган беморларда яхши натижаларга олиб келмайдиган хавф омиллари ичида қуйдаги билимлар омиллари ажратилади: 67

ешдан юкорилар, узок муддатли АГ, кандли диабет, УСОК, юрак хасталиги, умуртка артериясининг окклюзион стенозлари, инсульт учоги мия узагида жойлашуви, чекиш, бетокатлик ва депрессия. 2. Энг яхши функционал натижа 21-22 балл билан мия узагидаги зарарланиш кузатилганда, ЭРП бошланиши таккослаш билан. Уртача 18-20 балл Варолев куприги ва миёчада жойлашган ИИ, функционал имкониятларини яхшилаши билан. 14-16 балл учок энсада кузатилади. Реабилитацион гуруҳчаларга ажратилиш йукотилган функцияларни тикланиш натижаларига баҳо беришида киесий эндошувга имкон яратади. 3. ВБХда ИИ утказган беморларда яхши натижаларга олиб келмайдиган хавф омиллари ичида куйдиги: УСОК, эркак жинси, 67 ешдан юкорилар, ЮИК инфаркт миокарда билан ва умуртка артериясининг окклюзион стенозлари.

**Калим сўзлар:** инсульт, башиорат, реабилитация, САТ-тест, тана массаси индекси.

**Abstract.** The high percentage of disability in patients with strokes in the vertebro basilar basin makes rehabilitation treatment an actual problem. Discussion of the results of the research: A high body mass index is recognized as a risk factor and its normalization is one of the goals of rehabilitation. In group 1, the dynamics of the CAT test showed that in the early recovery period the indicators were within the limits of a expressed influence on the patient, and the indicators in the first group dropped to 18.7 by the end of the early recovered period, a moderate effect, and in the 1a subgroup remained in the zone of expressed influence. 65% of patients served themselves on their own - Rankin grade 2, the average age of patients who returned to work with ischemic stroke of stem localization is 58.8 + 4.8 years. The highest mortality was observed in patients with ischemic stroke in the vertebrobasilar basin cardio embolic subtype, repeated strokes were observed in 28.2% of patients. The worst recovery was observed in patients with clinical anxiety and depression. Conclusions: 1. the most unfavorable outcome was observed in patients with cardio embolic and arterio thrombotic, ischemic stroke. The highest probability for arterio thrombotic (52.9), cardio embolic (27.3%) ischemic stroke. 2. Factors influencing the probability of coincidence of the pathogenetic mechanism of the first and repeated ischemic stroke can be considered severe cardiac pathology, arrhythmias, conduction disturbances, obesity, and smoking, impaired systemic blood flow. 3. Mortality in the post-stroke period in patients from 1st group had a significant average strength of a direct relationship with the stage of chronic obstructive pulmonary disease, male sex, age over 65 years, coronary artery disease with myocardial infarction and impaired blood flow in the vertebral artery.

**Keywords:** stroke, prognosis, rehabilitation, cat-test, body mass index (BMI), risk factors, recovery.

**Актуальность:** Анализ современных источников литературы показал, что увеличение удельного веса сосудисто-мозговых заболеваний, высокий процент инвалидизации этих больных делает их восстановительное лечение актуальной медико-социальной проблемой.

ИИ лидирует и в качестве причины стойкой утраты трудоспособности – 90% пациентов после инсульта ограничены в трудоспособности вследствие нарушений двигательных функций, 10% – тяжелые инвалиды. После года интенсивной комплексной реабилитации лишь 25,4% ведут трудовую деятельность, треть – после нескольких лет реабилитации, более трети имеют стойко лишены трудовых возможностей. Большая распространенность и огромные риски инвалидизации и смертности вследствие ОНМК придает этой патологии огромную роль в социуме, что подтверждается высоким интересом к ней многочисленных исследователей. Мы разделили всех пациентов на 2 группы по признаку наличия ХОБЛ.

**Материал исследования.** Больные с ИИ в ВББ и ХОБЛ – 62 человека (I группа) – 29 мужчин и 33 женщины в возрасте от 50 до 74 лет (59,8±5,8). Больные с ИИ в ВББ – 64 человека (II группа). Из них 31 мужчина и 33 женщины в возрасте от 51 до 80 лет (62,4±5,4). Все пациенты получали традиционное лечение в острейшем и остром периодах ИИ, больные с ХОБЛ получали и лечение ХОБЛ параллельно с традиционной терапией ИИ.

**Методы исследования.** Всем больным было проведено стандартное клинико-неврологическое обследование (анализ жалоб пациентов, анамнеза жизни и анамнеза болезни, проведение объективного осмотра, в том числе изучение неврологического статуса) и соматическое обследование.

Для каждого больного высчитывали индекс массы тела. Для оценки возможностей самообслуживания больного использовали индекс Бартела, Патогенетические подтипы ИИ определяли по классификации Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment (TOAST). Степень инвалидизации после ИИ изучали шкалой Рэнкина, для оценки неврологического статуса в раннем и позднем реабилитационном периодах использовали шкалу В. Lindmark. Для оценки нейропсихологического статуса больных мы применяли в ранний и поздний реабилитационный периоды следующие шкалы: Монреальскую шкалу оценки когнитивных функций (MoCA) и Госпитальную Шкалу Тревоги и Депрессии (HADS). Для объективизации темпов восстановления неврологического дефицита рассчитывали прирост баллов по шкале NIHSS в общем, за весь острый период, и в отдельности дважды на 7-е сутки и на 21-е сутки.

Также применяли краткий вопросник для больных ХОБЛ – САТ-тест (COPD Assessment Test)

**Обсуждение результатов исследования.** Нами изучен исход ИИ в ВББ, частота и исход рецидивов инсультов, смертность, её причины и

сроки по сведениям о 89 (100%) больных на личном амбулаторном обследовании и от родственников при осмотре (проспективные данные). У 31 (34,8%) с ИИ в бассейне ЗМА, у 21 (23,6%) – с ИИ варолиева моста, у 23 (25,8%) – ИИ мозжечка, у 14 (15,7%) – ствола мозга.

Из переживших реабилитацию 41 (46,1%) мужчина (средний возраст 62,8±8,5 лет) и 48 (53,9%) женщин (средний возраст 65,5±7,6 лет), средний возраст мужчин достоверно меньше относительно женщин ( $P<0,05$ ). Средний возраст выживших I группы (65,4±6,8 лет) также достоверно меньше относительно II группы (67,6±7,4 лет) ( $P<0,05$ ) (таблица 5.1).

Средний ИМТ равнялся 25,3±3,7 кг/м<sup>2</sup>, средний ИМТ у мужчин – 25,8±3,4 кг/м<sup>2</sup>, женщин – 24,5±3,5 кг/м<sup>2</sup> (различие недостоверно,  $p=0,52$ ).

При этом по сравнению с данными на начало острого периода ИИ среднее снижение ИМТ составило 3,32±1,13 кг/м<sup>2</sup> (11,2%), у мужчин среднее снижение ИМТ – 1,82±0,88 кг/м<sup>2</sup> (8,8%), а у женщин – 5,08±1,72 кг/м<sup>2</sup> (16,9%). Вероятно, это связано с большей дисциплинированностью женщин в нашем обществе и большей заботой о собственном здоровье. Таким образом, повышенная масса тела констатирована у 58 пациентов с ИИ в ВББ (65,2%), что, несомненно, засчитано нами как прогресс, по сравнению с 74,6% в остром периоде ИИ (табл. 1).

Таким образом, учитывая, что высокий ИМТ признан фактором риска при ИИ в каротидном бассейне, мы можем предположить, что этот риск распространяется и на ВББ.

**Таблица 1.** Средний возраст и ИМТ больных, перенесших ИИ в ВББ, после реабилитации (n=89) (M±σ)

Группы больных	Средний возраст	ИМТ на момент окончания ПРП
Всего (n=89)	65,1±8,2	25,3±3,7
Мужчины (n=41)	63,8±8,5	25,8±3,4
Женщины (n=48)	65,5±7,6	24,5±3,5
I группа (n=42)	63,4±6,8	25,5±3,6
Ia (n=19)	63,5±7,2	26,0±3,7
Ib (n=23)	63,2±5,9	24,9±3,3
II группа (n=47)	67,2±6,4	24,7±3,4
IIa (n=21)	65,2±8,1	25,4±3,6
IIb (n=26)	66,7±6,3	24,2±3,1

**Таблица 2.** Функциональный исход у больных, перенесших ИИ в ВББ по шкале Рэнкин

Группы больных	I степень		II степень		III степень		IV степень		V степень	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
I (n=42)	0	0	10	23,81	19	45,24	7	16,67	6	14,29
Ia (n=19)	0	0	0	0,00	8	42,11	5	26,32	6	31,58
Ib (n=23)	0	0	10	43,48	11	47,83	2	8,70	0	0,00
II (n=47)	14	29,79	21	44,68	8	17,02	4	8,51	0	0,00
IIa (n=21)	0	0	10	47,62	7	33,33	4	19,05	0	0,00
IIb (n=26)	14	53,85	11	42,31	1	3,85	0	0,00	0	0,00

**Таблица 3.** Функциональный исход по Barthel Index у больных, перенесших ИИ в ВББ в зависимости от локализации и давности сосудистой катастрофы (M±σ).

Локализация	Конец РРП	Конец ПРП	13-24 месяца	25-36 месяцев
Ствол мозга	58,1±3,2	82,7±3,4*	86,5±3,3	88,7±3,8
Варолиев мост и средний мозг	51,8±3,7	75,1±3,8*	79,3±3,6	82,4±3,4
Полушария мозжечка	54,2±3,5	73,5±3,7*	78,4±3,5	83,5±3,7
Затылочный бугор	52,8±3,7	69,4±4,2*	74,5±3,8	79,7±3,6

Примечание: \* -  $P<0,05$  достоверно по отношению к ранним показателям этой группы

**Таблица 4.** Смертность и повторные ИИ в ВББ в зависимости от подтипов ИИ

Группы пациентов с ИИ в ВББ	Подтипы ИИ								Всего
	АТ		КЭ		ЛА		ГД		
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	
Первичный ИИ	55	43,7	39	31	14	11,1	18	14,3	126
Повторный ИИ	17	53,1	11	34,4	1	3,1	3	9,4	32
Общая смертность	14	37,8	16	43,2	2	5,4	5	13,5	37

Следовательно, большее снижение ИМТ и его нормализация являются одной из целей реабилитации пациента после ИИ, что и было успешно реализовано в нашей программе комплексной реабилитации, достоверно ускоряя снижение и нормализацию ИМТ у наших пациентов.

В I группе пациентов (n=42) мы проследили динамику САТ-теста, при этом следует отметить, что за РРП показатели САТ-теста находились у подавляющего большинства больных в пределах «выраженного» влияния на пациента (21-30 баллов), то в Ib подгруппе показатель с  $25,3 \pm 2,1$  баллов (выраженное влияние) на момент окончания РРП опустились до  $18,7 \pm 1,6$  баллов (умеренное влияние) к окончанию ПРР, в то время как в Ia подгруппе показатель САТ-теста оставался в зоне «выраженного» влияния  $26,8 \pm 2,4$  (на момент окончания РРП) снизился до  $22,1 \pm 2,3$  к окончанию ПРР (различие достоверно  $P=0,04$ ).

Также необходимо отметить положительное влияние комплексной реабилитации на показатели САТ-теста у пациентов с ХОБЛ в ходе восстановительного периода и менее положительную динамику стандартной реабилитации на этот показатель.

Социальная значимость инсульта зависит от его последствий –инвалидизации и летальности. Функциональное состояние пациентов в постинсультном периоде оценивались нами Barthel Index и шкалой Рэнкина. Из выживших трудовую деятельность через 6 месяцев начали 14 (15,7%) пациентов и (все из Ib подгруппы), 58 (65,2%) пациентов не нуждались в помощи, а 11 (12,4%) пациентов нуждались в частичном уходе, а 6 (6,7%) (все из Ia подгруппы) остались тяжелыми инвалидами.

Из таблицы 2 наглядно видно, что предложенная нами комплексная реабилитация гораздо более эффективна, нежели стандартный набор реабилитационных мероприятий, что прослеживается по средней степени инвалидизации каждой подгруппы. Так наиболее эффективного восстановления достигли пациенты Ib подгруппы со средней степенью инвалидизации 1,50, на втором месте Ib подгруппа со средней степенью инвалидизации 2,65, на третьем – Ia подгруппа с 2,71 и наиболее тяжелая инвалидизация зафиксирована в Ia подгруппе – 3,89, различия между Ib и другими подгруппами достоверны ( $P < 0,05$ ), также достоверна разница между Ia и другими подгруппами ( $P < 0,05$ ). Это еще раз подтверждает эффективность предлагаемой комплексной реабилитации, учитывая и наличие ХОБЛ у пациентов с ИИ в ВББ, так как группа Ib находится на втором месте, будучи менее инвалидизированной, даже по отношению к подгруппе больных без ХОБЛ, но со стандартной методикой реабилитации – Ia подгруппа.

65,2% перенесших ИИ в ВББ обслуживали себя самостоятельно – II степень по шкале Рэнкина. Практически полностью стали компенсированы бульбарные нарушения, нарушения поверхностной чувствительности, удовлетворительная компенсация характеризовала двигательные расстройства, нарушения глубокой чувствительности, атаксию и расстройства памяти, частично регрессировали гемианопсии затылочной области.

Средний возраст больных, вернувшихся к работе после перенесенного ИИ стволовой локализации, составил  $58,8 \pm 4,8$  лет. Больные, перенесшие ИИ в Варолиевом мосту, среднем мозге и полушариях мозжечка, которые полностью себя обслуживают, имели средний возраст  $62,1 \pm 5,2$  лет, а пациенты с III степенью по Рэнкин –  $62,9 \pm 5,6$  лет, средний возраст больных, перенесших ИИ в области затылочного бугра и имеющих II и III степень функциональных возможностей составлял  $66,3 \pm 6,2$  лет.

Нуждающиеся в уходе 11 больных, после ИИ в Варолиевом мосту, среднем мозге и полушариях мозжечка имели средний возраст  $67,9 \pm 5,7$  лет.

Средний возраст 6 пациентов с IV степенью функциональных возможностей составлял  $68,7 \pm 6,4$  лет.

Лучшее восстановление констатировали у пациентов с патологией ствола мозга на 21-22 баллов относительно начала РРП, на 18-20 баллов восстановилась функциональность после ИИ варолиева моста и мозжечка, на 14-16 баллов – при ИИ затылочной области. Максимальное восстановление нарушений констатировали в первый год при гемианопсии после ИИ затылочной области, компенсация дефекта поля зрения наступила позже (табл. 3).

Из приведенной таблицы 3 видно, что наилучший прогноз наблюдается у больных с поражением ствола мозга, так как поражение у выживших пациентов было только односторонним.

У выживших после ИИ ствола мозга (14 пациентов (15,7%) баллы по индексу Бартела с  $58,1 \pm 3,2$  увеличились до  $88,7 \pm 3,8$  (на 30 баллов), а по шкале Рэнкина 11 больных имели II степень функциональности, 2 пациента поменяли работу, 1 нуждается в частичном уходе.

У выживших после ИИ в варолиевом мосту, среднем мозге и полушариях мозжечка баллы индекса Бартела с  $51,8 \pm 3,7$  и  $54,2 \pm 3,5$  баллов увеличились до  $82,4 \pm 3,4$  и  $83,5 \pm 3,7$  соответственно, а по шкале Рэнкина эти 58 больных имели II и III степень функциональности – приемлимая компенсация, особенно в b подгруппах. наименьшая смертность и повторные ИИ зафиксированы при ЛА подтипе ИИ, наибольшая при АТ и КЭ подтипах (табл. 4).

Наибольшая смертность и инвалидизация (как было отмечено в 4 главе) приходится на КЭ подтип ИИ в ВББ, так повторные инсульты развились у 11 больных (28,2% от общего количества больных с КЭ ИИ), а по разным причинам умерло 16 пациентов (41% от общего количества больных с КЭ ИИ). При АТ подтипе ИИ в ВББ повторный инсульт констатирован у 17 больных (30,9% от общего количества больных с АТ ИИ), но смертность по разным причинам констатирована у 14 больных (25,5% от общего количества больных с АТ ИИ). При ГД подтипе ИИ в ВББ повторный инсульт наблюдали у 3 больных (16,7% от общего количества больных с ГД ИИ), летальный исход – у 5 больных (27,8% от общего количества больных с ГД ИИ). При ЛА подтипе ИИ в ВББ повторный инсульт был у 1 пациента (7,1% от общего количества больных с ЛА ИИ), а летальный исход – у 2 больных (14,2% от общего количества больных с ЛА ИИ).

Основным предиктором смертности является тяжесть инсульта. Высокий уровень смертности наблюдали при КЭ (41%) и ГД (27,8%) подтипах ИИ. Наибольшее число повторный ИИ зафиксировано при АТ (30,9%) и КЭ (28,2%) подтипах ИИ. При этом при КЭ повторные инсульты заканчивались летально в 81,8%, при АТ – в 64,7%, при ГД – в 66,7% случаев. Повторный ИИ в ВББ ЛА подтипа имел очаг небольшого размера и случился в стационарных условиях, поэтому не привел к летальному исходу.

При КЭ ИИ главной причиной летальности был отек головного мозга с вклиниванием ствола мозга, зафиксирована высокая летальность в первый месяц, а при других подтипах ИИ характерна летальность гораздо позже, что зависит от инвалидизации и экстрацеребральной патологии, что совпадает с данными других ученых

**Выводы.** 1. Наименее благоприятный прогноз рецидива ИИ был у пациентов с дебютным КЭ и АТ ИИ. Наибольшая вероятность рецидива ИИ идентичного подтипа с дебютным констатирована для АТ (52,9%) и КЭ (27,3%) ИИ.

2. Факторами, влияющими на возникновение рецидива ИИ при КЭ подтипе, были: нарушения ритма и проводимости сердца, длительная умеренная АГ, возраст старше 69 лет, ХОБЛ, ожирение, курение, окклюзионно-стенозирующие изменения ПА, клиническая тревога и депрессия.

3. На вероятность рецидива АТ ИИ влияют возраст более 70 лет, АГ, сахарный диабет, ХОБЛ, заболевания сердца, ожирение, курение, нарушение гемодинамики в ПА, клиническая тревога и депрессия.

4. Факторами, влияющими на вероятность совпадения патогенетического механизма первого и повторного инсультов можно считать выраженную кардиопатологию, появление нарушения

ритма и проводимости сердца для КЭ инсульта; ожирение и курение, повышение АД и атеросклеротического поражения магистральных сосудов с нарушением кровотока констатированы факторами риска для пациентов с АТ ИИ, нарушения системного кровотока увеличивает вероятность рецидива ГД ИИ.

5. Летальность в постинсультном периоде у пациентов I группы обладала достоверной ( $P < 0,05$ ) средней силы прямой взаимосвязью со стадией ХОБЛ ( $r = 0,55$ ), с АГ ( $r = 0,44$ ), с мужским полом ( $r = 0,26$ ), с возрастом старше 65 лет ( $r = 0,42$ ), с ИБС с инфарктом миокарда ( $r = 0,42$ ) и нарушениями кровотока по ПА ( $r = 0,54$ ).

6. Из прогностически неблагоприятных факторов риска ИИ в ВББ достоверными ( $P < 0,05$ ) констатированы возраст более 67 лет ( $r = 0,57$ ), АГ ( $r = 0,56$ ), сахарный диабет ( $r = 0,38$ ), ХОБЛ ( $r = 0,49$ ), сердечные заболевания ( $r = 0,64$ ), нарушения кровотока по ПА ( $r = 0,47$ ), верхнестволовая локализация дебютного ИИ ( $r = 0,52$ ), курение ( $r = 0,37$ ), клиническая тревога ( $r = 0,46$ ) и депрессия ( $r = 0,41$ ).

#### Литература:

1. Ахмедов М., Азимов Р., Муталова З., Гусейнов Ш., Цой Е., Rechel В. Системы здравоохранения: время перемен. Узбекистан: Обзор системы здравоохранения 2014 // Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения 195с, 142-143с  
[https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/299369/Uzbekistan-HiT-web-ru.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/299369/Uzbekistan-HiT-web-ru.pdf)
2. Верещагин Н.В., Суслина З.А., Гераскин Л.А., Фонякин А.В. Антигипертензивная терапия при сосудистой патологии мозга: успехи, спорные и нерешенные вопросы. // Кремлевская медицина. Клинический вестник - 2003. - №2. - С.7-10
3. ВОЗ Ожирение и избыточный вес. Информационный бюллетень. Октябрь 2017г. [Электронный ресурс]. - URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/ru/>
4. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Нейропротективная терапия ишемического инсульта. II Вторичная нейропротекция // Журнал неврологии и психиатрии, (приложение «Инсульт»), - 2002. - № 6 - С. 3-18.
5. Евзельман М.А. Совершенствование системы этапной помощи больным с ишемическим инсультом в г. Орле // Журнал неврологии и психиатрии - им. С.С. Корсакова; Инсульт. Приложение к журналу. - 2005. - №14. - С. 8-18.
6. Иванова Г.Е. Методические рекомендации для пилотного проекта «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации» 2016 - 91с.
7. Кароли Н.А., Ребров А.П. Предикторы смерти пациентов с ХОБЛ // Пульмонология. 2007. - № 3. - С. 77 – 80.

8. Мирджурев Э.М., Сагатов А.Р. Критерии оценки эффективности реабилитации постинсультных больных. Неврология и нейрохирургия. Восточная Европа. – 2010. – №3. – С 143–147.
9. Парфенов В.А. Постинсультная депрессия: распространенность, патогенез, диагностика и лечение // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2012. №4. С. 84–88
10. Coutts S.B. Diagnosis and Management of Transient Ischemic Attack // Continuum (Minneapolis). – 2017. – Vol. 23 (1, Cerebrovascular Disease). – P. 82-92.
11. Feigin V.L., Roth G.A., Naghavi M. et al. Global burden of stroke and risk factors in 188 countries, during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013 // Lancet Neurol. 2016. Vol. 15 (9). P. 913-924
12. Ischemic Strokes: Observations from a Hospital Based Stroke Registry in Bangladesh / N.B. Bhowmik, A. Abbas, M. Saifuddin et al. // Stroke Research and Treatment (Published online). – 2016. – Vol. 2016 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5027294/pdf/SRT2016-5610797.pdf>
13. Schulz U.G., Fischer U. Posterior circulation cerebrovascular syndromes: diagnosis and management // J Neurol Neurosurg Psychiatry. – 2017. – Vol. 88 (1). – P. 45-53.
14. Skolarus L.E., Morgenstern L.B. Deprived of a good stroke outcome // Stroke. – 2015. – № 46. – P. 612-613.

## **ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ИСХОД У ПАЦИЕНТОВ С ИНСУЛЬТАМИ В ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЯРНОЙ СИСТЕМЕ**

*Мирджурев Э.М., Бахадирова М.А., Шадманова Л.А., Акилов Дж.Х., Бахадирова М.О.*

**Резюме.** Высокий процент инвалидности у больных с инсультами в ВББ делает восстановительное лечение актуальной проблемой. Обсуждение результатов исследования: Высокий индекс массы тела признан фактором риска и его нормализация является одной из целей реабилитации. В 1 группе динамика САТ-теста показала, что в РПП показатели находились в пределах выраженного влияния на пациента и показатели в первой группе опустились к концу РПП до 18,7, умеренного влияния, а в 1а подгруппе оставались в зоне выраженного влияния. 65% больных обслуживали себя самостоятельно-2ст по Рэнкина, средний возраст больных, вернувшихся к работе с ИИ стволовой локализации составляет 58,8 +4,8 лет. Наибольшая смертность отмечена у больных с ИИ в ВББ КЭ подтипа, повторные инсульты отмечаются у 28,2% больных. Худшее восстановление отмечается у больных с клинической тревогой и депрессией. Выводы: 1. Наиболее неблагоприятный исход наблюдался у больных с КЭ и АТ ИИ. Наибольшая вероятность для АТ (52,9), КЭ (27,3%) ИИ. 2. Факторами, влияющими на вероятность совпадения патогенетического механизма первого и повторного ИИ можно считать выраженную кардиальную патологию, нарушение ритма, проводимости, ожирение, курение, нарушение системного кровотока. 3. Летальность в постинсультном периоде у пациентов 1 гр обладала достоверной ср. силы прямой взаимосвязью со стадией ХОБЛ, мужским полом, возраст более 65 лет, ИБС с инфарктом миокарда и нарушение кровотока по ПА.

**Ключевые слова:** инсульт, прогноз, реабилитация, САТ-тест, ИМТ, факторы риска, восстановление