



Все права защищены. Ни одна часть воспроизведена любым способом без предварительного письменного разрешения издателя

Требования к материалам, направляемым для публикации в журнале, размещены на сайте [www.kaznmu.kz](http://www.kaznmu.kz)

С электронной версией журнала можно ознакомиться на сайте <http://kaznmu.kz/press/>

УДК: 616.831-005.4-092-08

О.А. АНТОНЮК

Городская клиническая больница №7

### ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ПРОГНОЗ ТРАНЗИТОРНЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ АТАК

*В статье приведены данные об изучении течения и прогноза транзиторных ишемических атак, совершенствовании дифференциального диагноза. Транзиторные ишемические атаки значительно чаще возникают в каротидном, чем в вертебробазилярном бассейне. Большинство ишемических инсультов у больных, перенесших транзиторную ишемическую атаку, происходит в первый месяц с момента заболевания, особенно в течение первой недели, что указывает на необходимость как можно более раннего начала вторичной профилактики ишемического инсульта. Значительная часть больных, направляемых в стационар с диагнозом транзиторная ишемическая атака, имеют другие заболевания, среди которых наиболее часто встречаются периферическая вестибулопатия, дисметаболические энцефалопатии и хронические цереброваскулярные заболевания, проявляющиеся когнитивными расстройствами.*

**Ключевые слова:** транзиторные ишемические атаки, ишемический инсульт, дифференциальный диагноз, профилактика

В Казахстане ежегодно происходит около 49 000 инсультов; в течение месяца умирает около 20% больных, около 80% больных, перенесших инсульт, становятся инвалидами. Актуальность проблемы диагностики, прогноза и профилактики транзиторной ишемической атаки (ТИА) обусловлена тем, что примерно у одной трети пациентов после ТИА развивается инсульт. При пятилетнем наблюдении за пациентами, перенесшими ТИА, было установлено, что 60% из них умирают в течение 5 лет от сердечнососудистых заболеваний.

Профилактика инсульта составляет одно из ведущих направлений ведения пациентов, перенесших ТИА, потому что у них вероятность инсульта увеличивается более чем в десять раз. После ТИА также существенно возрастает риск инфаркта миокарда и смертности от сердечнососудистых заболеваний.

Оценить распространенность ТИА сложно, потому что многие пациенты не придают преходящим кратковременным расстройствам существенного значения и не обращаются за консультацией к врачу. Однако в настоящее время увеличивается количество пациентов, поступающих в больницу с направительным диагнозом ТИА, что обусловлено возможностью эффективного ведения этой группы пациентов при раннем обращении за медицинской помощью. Среди этих пациентов многие имеют другие заболевания, что делает актуальным совершенствование дифференциального диагноза ТИА, основанного на экстренном и тщательном обследовании пациентов.

В нашей стране проведено мало исследований, посвященных дифференциальному диагнозу и прогнозу у пациентов, направляемых в больницу с диагнозом «ТИА», но это представляется особенно актуальным, потому что в настоящее время доказана эффективность раннего обследования и лечения пациентов с ТИА.

Цель исследования - изучение течения и прогноза транзиторных ишемических атак, совершенствование дифференциального диагноза.

Материал и методы исследования. Исследование проведено в специализированном нейроинсультном отделении ГКБ 7. Клинический материал исследования составили 237 больных, поступившие в стационар с направительным диагнозом «Транзиторная ишемическая атака» и больные с ишемическим инсультом, которые перенесли ТИА в течение месяца до развития ишемического инсульта.

В результате обследования выделены три группы пациентов:

1-я группа - 46 пациентов (24 женщины и 22 мужчины), в возрасте от 28 до 87 лет (средний возраст 63,5±12,0 лет), которые перенесли ТИА;

2-я группа - 24 пациента (18 женщин и 6 мужчин) в возрасте от 49 до 91 года (средний возраст 69,0±10,8 лет), которые перенесли ишемический инсульт (ИИ) и в течение месяца до инсульта одну или несколько ТИА;

3-я группа - 167 пациентов (66 мужчин и 101 женщина) в возрасте от 23 до 89 лет, (средний возраст - 61,4±14,4 лет) с различными неврологическими заболеваниями, которые были направлены в стационар с диагнозом ТИА.

Выполнялись следующие обследования: сбор анамнеза с анализом факторов риска ТИА, особенностью развития настоящего заболевания, появления и динамики симптомов; соматическое и неврологическое обследования;

компьютерная томография (КТ) и (или) магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга; электрокардиография; эхокардиография; клинический и биохимический анализы крови и другие обследования. При сборе анамнеза выяснялись наличие и регулярность приема антигипертензивных и других лекарственных средств, физическая активность и особенности питания до развития ТИА или ИИ.

Обработка полученных результатов проведена с использованием статистического пакета программы SPSS-10.5. Использовались двухвыборочный t-тест Стьюдента с одинаковыми и различными дисперсиями, метод непараметрической статистики Уитни-Манна и критерий Пирсона. Различия считались достоверными при  $p < 0,05$ .

Результаты исследования и их обсуждение. Средний возраст больных ТИА составил  $63,5 \pm 12,0$  лет, что существенно меньше, чем по данным исследований, проведенных в Западной Европе, США и Японии, где средний возраст больных составляет 69-77 лет. Большинство этих исследований показывает, что треть пациентов с диагнозом ТИА имеет возраст старше 80 лет. Среди наблюдаемых пациентов всего только небольшая часть (13,0%) были 80 лет и старше. Полученные результаты свидетельствуют, что больные ТИА в нашей стране значительно моложе, чем в странах с более эффективной системой профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

В данном исследовании у 46 больных, перенесших ТИА, АГ отмечена в 87%, ИБС – в 45,6%, фибрилляция предсердий – в 19,6% случаев. В качестве симптомов ТИА наиболее часто встречались речевые нарушения по типу дизартрии или афазии и слабость в конечностях с одной стороны (по типу центрального моно- или гемипареза). Длительность ТИА почти у половины пациентов не превышала одного часа, только в пяти случаях была более трех часов. ТИА значительно чаще (почти в 5 раз) развивались в каротидном, чем в вертебробазиллярном бассейне ( $p < 0,001$ ). По данным МРТ у 4,3% пациентов 1-й группы выявлен «свежий» ишемический очаг в головном мозге, что изменило диагноз ТИА на ИИ. Однако во многих исследованиях инфаркт мозга обнаруживался примерно у каждого 3-го пациента, перенесшего ТИА. В настоящее время всем больным, у которых полностью регрессировали неврологические нарушения в течение суток, но обнаружены «свежие» очаговые ишемические поражения головного мозга, рекомендуется ставить диагноз ИИ. Выявление инфаркта головного мозга у пациента с предполагаемым ТИА повышает риск развития повторного инсульта.

Анализ лечения до развития ТИА показал, что эффективную терапию АГ (достижение АД ниже 140/90 мм рт.ст. на фоне регулярного приема антигипертензивных средств) проводили всего 12,5% пациентов, эффективное лечение ИБС (регулярный прием антиагрегантов, статинов) – 9,5%. Полученные данные указывают на недостаточно эффективную профилактику острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК), что в определенной степени объясняют их высокую частоту и развитие в относительно молодом возрасте.

Возможные патогенетические подтипы ТИА 1-й группы представлены следующим образом: у 35% пациентов не удалось уточнить возможную причину ТИА, у 30% – установлена возможность артериального тромбоза или артерио-артериальной эмболии, у 22% – кардиальной эмболии, у 13% – поражения мелких церебральных артерий.

Из 10 пациентов, перенесших кардиоэмболический подтип ТИА, только 3 начали принимать варфарин под контролем МНО и достигли требуемых значений (МНО от 2 до 3) во время пребывания в больнице. Остальные 7 пациентов отказались от приема варфарина, потому что не могли постоянно контролировать МНО, они стали принимать аспирин.

Всем пациентам была назначена терапия для профилактики инсульта.

В период пребывания в больнице у всех пациентов АГ на фоне приема антигипертензивных средств достигнуто постепенное снижение АД до 140/90 мм рт.ст. и ниже.

В течение первых 7 дней пребывания в стационаре у 9,0% больных 1-й группы развился ИИ, клиническая картина которого в 4 из 5 случаев соответствовала проявлению ТИА, в одном случае – отличалась от проявлений ТИА (развитие гемипареза при инсульте, развитие слабости в конечностях с одной стороны при ТИА). Во всех 5 случаях инсульта наблюдался существенный регресс неврологических нарушений, при выписке из стационара инвалидность (по шкале Ренкина) у 3 пациентов практически отсутствовала (0-1 балл), у 2 больных была минимальной (2 балла). Двум пациентам с ТИА, перенесшим ИИ, для усиления антиагрегантной терапии вместо аспирина начала использоваться комбинация клопидогреля и аспирина. Полученные данные согласуются с результатами других исследований, в которых отмечено, что у 10-15% больных, перенесших ТИА, в течение последующих 3 месяцев развивается инсульт, при этом от четверти до половины этих инсультов развивается в первые несколько суток [10]. В данном исследовании отмечено, что риск развития инсульта был значительно выше у тех пациентов, у которых в период развития ТИА возникли моно- или гемипарезы. Роль парезов как важных критериев ТИА, показано в другом исследовании – односторонняя слабость и (или) речевые нарушения значительно чаще наблюдаются при ТИА, чем при их напоминающих состояниях. Результаты исследования показали прогностическую ценность у пациентов ТИА простой как в клиническом отношении шкалы ABCD2, которая используется в Западной Европе и США, так и для прогнозирования риска развития инсульта.

В течение первого месяца после выписки из больницы все пациенты продолжили регулярный прием лекарственных средств с целью профилактики инсульта, однако в дальнейшем постепенно уменьшалась приверженность пациентов к их регулярному приему.

За период последующего наблюдения произошло еще 4 ишемических инсульта: у 3 больных они развились в течение первых трех месяцев с момента ТИА, 1 больной перенес ишемический инсульт через 7 месяцев с момента ТИА (инсульт сопровождался значительной инвалидностью, больной умер через два месяца после инсульта от присоединившихся соматических осложнений). Ни у одного больного, перенесшего инсульт в стационаре, не наблюдалось повторных инсультов. Ни у одного из больных не возникло побочных эффектов, связанных с приемом лекарственных средств, включая двух больных, получавших комбинацию плавикса и аспирина в течение 9 месяцев.

В среднем за год наблюдения с момента ТИА развилось 9 ишемических инсультов (19,6% случаев в группе наблюдения).

Большинство инсультов развилось в течение первого месяца (первых семи дней) с момента ТИА, в последующем они возникали достоверно реже ( $p < 0,001$ ). Инсульты значительно чаще ( $p < 0,001$ ) возникали у пациентов среднего и высокого риска инсульта по шкале ABCD2, чем у пациентов низкого риска инсульта по этой шкале. Ишемические инсульты развивались у пациентов, перенесших ТИА как в каротидном, так и в вертебробазиллярном бассейне без достоверного различия по частоте ( $p > 0,05$ ).

После выписки из больницы инсульт развился только у пациентов, которые отказались от регулярного приема рекомендованных им лекарственных средств. Ни у одного из 23 пациентов, которые после перенесенного ТИА продолжили регулярный прием лекарственных средств, не возникло инсульта ( $p < 0,001$ ).

Анализ истории болезни у 24 больных (2-я группа), которые сначала перенесли ТИА, а затем в течение месяца и ишемический инсульт, показал, что почти половина (10) больных не обратились за медицинской консультацией. Только в одном случае был поставлен диагноз ТИА.

У 32,9% больных, направленных в больницу с диагнозом ТИА, в качестве заключительного диагноза был установлен ИИ, что основывалось на стойком характере неврологических нарушений, наличии при КТ или МРТ головного мозга «свежих» очаговых поражений. У 25,1% больных, направленных в стационар с диагнозом ТИА, установлены заболевания периферического вестибулярного аппарата. В этих случаях проведение КТ и МРТ головного мозга позволило исключить инсульт, а отоневрологическое обследование - установить наличие заболевания периферического вестибулярного аппарата (доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения, болезни Меньера или вестибулярного нейронита). 16,2% пациентов составили пациенты с дисциркуляторной энцефалопатией, поводом для госпитализации которых послужили нарушения памяти и других когнитивных функций, общая слабость и (или) неустойчивость при ходьбе либо падение. При нейропсихологическом обследовании у больных выявлены умеренные или грубые когнитивные расстройства, при этом у многих из них преобладали нарушения памяти, что с учетом имеющихся признаков атрофического поражения головного мозга по данным МРТ не позволяло исключить смешанный характер когнитивных нарушений (сочетание сосудистого и дегенеративного поражения головного мозга). Во всех случаях нейропсихологическое обследование больных позволило установить правильный диагноз и назначить лечение, направленное на улучшение когнитивных функций.

В наблюдаемой группе 2 пациентов, перенесших инсульт через несколько дней после ТИА на фоне приема аспирина, стали получать комбинацию клопидогреля и аспирина. Ни у одного из этих пациентов не развилось повторного инсульта, не отмечалось побочных эффектов от лечения. В настоящее время комбинация клопидогреля и аспирина представляет одну из наиболее сильных комбинаций антитромботических средств, но она не рекомендуется для широкого использования из-за высокого риска геморрагических осложнений. Однако назначение этой комбинации возможно в индивидуальных случаях, например, когда ишемические события возникают на фоне приема одного, что и было использовано у наблюдаемых больных.

Ни у одного из наблюдаемых пациентов не развилось инфаркта миокарда или приступа стенокардии. В существенной степени это могло быть вызвано тем, что пациенты получали лечение (антиромботические средства, антигипертензивные средства, статины), которые предупреждают развитие сердечных заболеваний. Однако с увеличением времени с момента ТИА увеличивается частота сердечных заболеваний, в сравнении с инсультами. Поэтому в течение 5 лет у пациентов, перенесших ТИА, инфаркт миокарда или внезапная сосудистая смерть возникают с той же частотой, что и инсульт. К сожалению, с увеличением времени с момента ТИА существенно снижается приверженность пациентов к регулярному приему лекарственных средств. Через год с момента ТИА только половина наблюдаемых пациентов продолжила регулярный прием лекарственных средств.

При анализе истории болезни пациентов, которые перенесли инсульт и в течение месяца и до развития инсульта перенесли ТИА, выяснилось, что у большинства (23 из 24) из них не проводилось профилактики возможного инсульта. Почти половина пациентов после эпизода ТИА не обратились к врачу. Полученные данные показывают низкую информированность пациентов о симптомах ТИА, риске инсульта при её развитии, а также типичность ситуации, когда пациент с ТИА не направляется в стационар по скорой медицинской помощи (СМП): не устанавливается диагноз и не назначается эффективное лечение с целью профилактики инсульта.

В наблюдаемой группе пациентов, которые в течение года продолжили регулярный прием рекомендованных им антиромботических и антигипертензивных средств, не развилось ни одного инсульта. Все инсульты развились только у пациентов, отказавшихся от регулярного приема лекарственных средств, что согласуется с имеющимися данными об эффективности комплексной вторичной профилактики ИИ.

Нередко больные, поступающие с диагнозом «ТИА», предъявляют жалобы на головокружение. В таких случаях иногда ошибочно ставится диагноз: ТИА в вертебрально-базиллярном бассейне. Однако при тщательном обследовании больного в стационаре обычно выявляется патология периферического вестибулярного аппарата. В данном исследовании у значительной части (25,1%) больных, направленных с диагнозом ТИА, установлена патология периферического вестибулярного аппарата. К сожалению, врачам плохо известны причины головокружения, поэтому оно нередко ошибочно расценивается как ОНМК. В то же время ТИА в вертебробазиллярной системе крайне редко проявляется только изолированным вестибулярным головокружением, но это следует учитывать у больных пожилого возраста с высоким риском ишемического нарушения мозгового кровообращения и с первым в жизни приступом системного головокружения.

Большинство пожилых больных, имеющих факторы риска развития ТИА (АГ, ИБС, сахарный диабет), госпитализируются в стационар при остром развитии ухудшения самочувствия, общей слабости и (или) неустойчивости при ходьбе либо падении, нарушения памяти и других когнитивных функций. Даже если невровизуализация таким больным приводится, то обычно выявляются единичные «немые» лакунарные инфаркты и у всех больных – легкий или умеренный лейкоареоз. Таким больным ставится диагноз ИИ при наличии на МРТ или КТ ишемических очагов или часто диагноз ТИА при отсутствии ишемических очагов на КТ или МРТ. В данном исследовании эта группа больных с хроническим цереброваскулярным заболеванием составила 20,4% (по отношению ко всем больным, направленным с диагнозом ТИА). Очень важным является проведение таким больным нейропсихологического обследования, выявляющего когнитивные расстройства. Во всех случаях обследование больных позволяет установить правильный диагноз и назначить лечение, направленное на профилактику развития инсульта, других сердечнососудистых нарушений и прогрессирования когнитивных нарушений.

Таким образом, результаты проведенного обследования показали широкий спектр заболеваний, которые могут напоминать ТИА, что следует учитывать при дифференциальном диагнозе. Дифференциальный диагноз ТИА во многом

сходен с дифференциальным диагнозом ишемического инсульта, что неудивительно, учитывая общность патогенеза и клинических проявлений этих заболеваний.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Парфенов В.А., Рагимов С.К. Транзиторные ишемические атаки // Неврологический журнал. 2011. Т. 16. № 3. С. 4-9.
- 2 Гераскина Л.А., Фоякин А.В. Транзиторные ишемические атаки: современный взгляд на актуальную проблему // Трудный пациент. 2011. Т. 9. № 5. С. 28-32.
- 3 Камчатнов П.Р., Чугунов А.В., Асанов А.Ю., Умарова Х.Я. Хронические расстройства мозгового кровообращения // Российский медицинский журнал. 2008. № 5. С. 44-49.
- 4 Салеев Р.И., Суслов С.А., Хисамиев Р.Ш. Амбулаторное лечение транзиторно-ишемических атак // Вестник современной клинической медицины. 2008. Т. 1. № 1. С. 69-72.
- 5 5Гороховская Г.Н., Кондрахин А.П., Мартынов А.И. Транзиторные ишемические атаки как осложнение артериальной гипертонии // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2005. Т. 1. № 3. С. 41-46.
- 6 Lindner UK. Recognizing and understanding illness: in focus: transitory ischemic attacks – TIA // Pflege Z. 2010 Nov;63(11):694-6.
- 7 Lund C, Dahl A, Russell D. Transitory ischemic attack // Tidsskr Nor Laegeforen. 2007 Mar 29;127(7):900-2.
- 8 Müller-Nordhorn J, Nolte CH, Rosnagel K, Jungehülsing GJ, Reich A, Roll S, Villringer A, Willich SN. Medical management in patients following stroke and transitory ischemic attack: a comparison between men and women // Cerebrovasc Dis. 2006;21(5-6):329-35.
- 9 Arboix A. Diseases simulating transitory ischemic attacks or established strokes // Neurologia. 2002 Aug-Sep;17(7):353-4.
- 10 Loy M, Hamann GF. Emergencies in general practice, 16: Transitory ischemic attacks. When suspected ASS and heparin are contraindicated! // MMW Fortschr Med. 2001 May 24;143(21):43-5.
- 11 Praitano ML, Tamburin S, Pederzoli L, Zanette G. Neurological picture. Recurrent transitory ischaemic attacks with skin lesions, arthralgia and myalgia should prompt suspicion of atrial myxoma // J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2010 Mar;81(3):302-3.

**О.А. АНТОНЮК**

АЖЫРАТЫП БАЛАУ ЖӘНЕ БОЛЖАМ ТРАНЗИТОР ИШЕМИЯ ШАБУЫЛДАРЫ

**Түйін:** Бапта ағым және транзитор ишемия шабуылдарының болжамы, ажыратып балауды әбден жетілдіру зерттеу туралы мәліметтер келтірген. Транзитор ишемия шабуылдары вертебробазиларлық хауызға қарағанда каротид едәуір жиірек пайда болады. Ишемия инсульттерінің көпшілігі транзитор ишемия шабуыл өткерген ауруларда ауруды моменттен бірінші айға болады, әсіресе барынша үлкен ерте қажеттілікке көрсетеді ишемия инсультінің екінші профилактикасы бастайтыны бірінші апта ішінде. Транзитор ишемия шабуылы диагнозы бар стационар бағытталатын аурулардың едәуір бөлігі арасында энцефалопатияның шеткі вестибулопатия, дисметаболическиесі және когнитивті бұзылу көрсетілетін созылмалы цереброваскуляр ауруларымен өте жиі кездесетін басқа ауруы болады.

**Түйін сөздер:** транзитор ишемия шабуылдары, ишемия инсульті, ажыратып балау, профилактика

**O. ANTONIUK**

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS AND FORECAST TRANSITORY ISCHEMIC ATTACKS

**Resume:** Data on studying of a current and forecast of transitory ischemic attacks are provided in article, improvement of the differential diagnosis. Transitory ischemic attacks arise in carotid, than in the vertebra basilar pool much more often. The majority of ischemic strokes at the patients, who have transferred transitory ischemic attacks, occur in the first month from the moment of a disease, especially within the first week that points to need of earlier beginning of secondary prevention of an ischemic stroke. A considerable part of the patients sent to a hospital with the diagnosis transitory ischemic attacks, have other diseases among which most often meet a peripheral vestibulopathy, dismetabolic encephalopathy and the chronic cerebral vascular diseases, being shown cognitive frustration.

**Keywords:** transitory ischemic attacks, an ischemic stroke, differential diagnosis, prophylactics

Адрес редакции:

050012

Алматы, ул.Толе би, 94



Все права защищены. Ни одна часть не может быть занесена в память компьютера либо воспроизведена любым способом без предварительного письменного разрешения издателя

Требования к материалам, направляемым для публикации в журнале, размещены на сайте [www.kaznmu.kz](http://www.kaznmu.kz)

С электронной версией журнала можно ознакомиться на сайте [www.kaznmu.kz](http://www.kaznmu.kz)