

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ГЕТЕРОГЕННОСТЬ ТИА И ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНСУЛЬТА

Гафуров Б.Г., Хидоятова Д.Н.,

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи.

✓ Резюме,

Транзиторная ишемическая атака (ТИА), являясь предшественником инсульта, повышает риск его развития до 30%, низкая информированность населения о симптомах ТИА, может быть причиной поздней госпитализации больных при его развитии и тем самым способствовать возникновению инсульта и на снижение эффективности лечения. Применение простой в практическом использовании шкалы ABCD2 (возраст, артериальная гипертензия, наличие пареза и афазии, длительность симптомов более 60 минут, сахарный диабет) может представлять прогностическую ценность при госпитализации данных больных. Необходимо как можно раньше начать вторичную профилактику инсульта, вопрос о выборе современных методов профилактики и лечения больных с ТИА, выбора оптимального метода хирургического лечения больных со стенозами сонных артерий в настоящее время окончательно не решён.

Изучение данной проблемы способно обеспечить более точные критерии для оптимального выбора современных методов диагностики, профилактики и лечения больных с транзиторными ишемическими атаками.

Ключевые слова: Транзиторная ишемическая атака, инсульт, прогноз, патогенез, атеросклероз, диагностика, профилактика, лечение

PATHOGENETIC HETEROGENEITY OF TIA AND ISSUES OF STROKE PREVENTION

Gafurov B.G., Khidoyatova D.N.,

Republican Research Centre of Emergency Medicine.

✓ Resume,

Transient ischemic attack (TIA), being a precursor to stroke, increases the risk of its development up to 30%. Low public awareness of TIA symptoms can cause late hospitalization of patients with its development and thereby contribute to the occurrence of stroke and reduce the effectiveness of treatment. The use of the ABCD2 scale which is easy to use in practice (age, arterial hypertension, the presence of paresis and aphasia, the duration of symptoms is more than 60 minutes, diabetes mellitus) can be predictive in hospitalizing this type of patients. It is necessary to begin secondary prevention of stroke as early as possible; the question of choosing modern methods for the prevention and treatment of patients with TIA, choosing the optimal method for surgical treatment of patients with carotid stenosis is not completely resolved currently. The study of this problem can provide more accurate criteria for the optimal choice of modern methods of diagnostics, prevention and treatment of patients with transient ischemic attacks.

Keywords: transient ischemic attack, stroke, prognosis, pathogenesis, atherosclerosis, diagnostics, prevention, treatment.

ТРАНЗИТОР ИШЕМИК ХУЖУМЛАРИНИНГ ТУРЛИ ПАТОГЕНЕТИК ВАРИАНТЛАРИНИНГ ПРОГНОСТИК КИЙМАТИ

Гофуров Б.Г., Хидоятова Д.Н.,

Республика шошилнч тиббий ёрдам илмий маркази.

✓ Резюме,

Амалий жиҳатдан қўлланилган ABCD2 шкаласи (ёши, артериал қон босим, парез ва афазия мавжудлиги, белгилар давомийлиги 60 дақиқадан юқорилиги, қандли диабет) шу беморларни госпитализация жараёнида прогностик қийматини белгилайди. Инсультни иккиламчи профилактикасини имкон даражада эрта бошлаш мақсадга мувофиқ, замонавий профилактика усуллари тинлаш ва транзитор ишемик атакаси бўлган беморларни даволаш, уйқу артерияларини стенозиди хурургик давосини оптимал даражада тинлаш ҳозирги даврда охиригача ҳал қилинмаган.

Калит сўзлар: Транзитор ишемик атака, инсульт, баҳолаш, патогенез, атерсклероз, диагностика, профилактика, даволаш.

Актуальность

Проблема церебрального инсульта сохраняет чрезвычайную социальную и медицинскую значимость во всем мире. [1]. По данным ВОЗ, инсульт является ведущей причиной инвалидизации у взрослого населения. Нарушение мозгового кровообращения понятие, включающее не только инсульт, но и преходящие нарушения мозгового кровообращения или

транзиторно ишемические атаки (ТИА). На основании данных МРТ, установлено, что при длительности ТИА более 1 часа в мозгу появляются стойкие очаги ишемии. Поэтому по предложению Всемирной Организации Инсульта, диагноз ТИА можно ставить только в том случае, если длительность симптоматики не превышает 60 минут и полностью разрешается. В противном случае устанавливается диагноз "инсульт" [5]. ТИА, являясь предшественником инсульта, повышает

ет риск его развития до 30%, что в 9 раз превышает таковой в общей популяции [2]. Для оценки риска инсульта была предложена специальная шкала ABCD 2, которую применяют для оценки риска развития раннего инсульта после перенесенной ТИА и выявления пациентов, которых следует госпитализировать. В этой шкале учитывается возраст более 60 лет, артериальное давление выше 140/90 мм.рт.ст, наличие клинических симптомов, длительность симптомов более 60 минут, сахарный диабет. Пациентов с ТИА с оценкой 2 и более балла следует госпитализировать для дальнейшего обследования и лечения [5]. Причины ТИА многообразны. К ним относятся: артериальная гипертензия любого происхождения, заболевания сердца, мерцательная аритмия, инфаркт миокарда в анамнезе, дислиппротеинемия, сахарный диабет, бессимптомное поражение сонных артерий, патология мелких сосудов головного мозга, шейный остеохондроз, аневризма левого желудочка, искусственный клапан сердца, ревматическое поражение клапанов сердца, бактериальный эндокардит и другие. Немаловажную роль в развитии ТИА играют роль также факторы риска связанные с образом жизни: табак курение, злоупотребление алкоголем, избыточная масса тела, использование оральных контрацептивов, неправильное питание, психоэмоциональное напряжение, мигренью [2,3,5,7].

Патофизиологической основой клинических проявлений ТИА является наличие в головном мозге зон ишемической полутени, имеющей сложную молекулярно-генетическую, биохимическую, клеточную и пространственную структуру, которая характеризуется многофакторной динамической трансформацией [1,2]. Клиническая картина в дебюте ТИА соответствует ишемическому инсульту и часто проявляются легкими неврологическими нарушениями (онемение лица и руки, легкий гемипарез, или монопарез, возможны расстройства речи, снижение зрения на один глаз). ТИА могут повторяться несколько раз в день на протяжении длительного времени. У значительной части больных ишемическим инсультом (20-30%) ранее возникали ТИА, что указывает на их важное прогностическое значение [1,2,5]. Среди ишемических инсультов выделяют атеротромботический, эмболический, гемодинамический и лакунарные инсульты [5].

Транзиторный ишемические атаки (ТИА) вследствие артерио-артериальной или кардиальной эмболии, как правило возникают внезапно. Клиническая картина в дебюте ТИА соответствует ишемическому инсульту. Часто ТИА проявляются легкими неврологическими нарушениями (онемение лица и руки, легкий гемипарез или монопарез руки), хотя возможны и выраженные расстройства (гемиплегия тотальная афазия) Нередко наблюдается кратковременное снижение зрения на один глаз (нарушение кровообращения в глазничной артерии). Обычно неврологические нарушения сохраняются при ТИА, всего несколько минут, иногда могут повторяться несколько раз в день на протяжении длительного времени. Зачастую, многие пациенты не придают преходящим кратковременным расстройствам существенного значения и не обращаются за консультацией к врачу, поэтому сложно оценить распространенность ТИА. Однако у значительной части больных ранее возникали ТИА, что указывает на их важное прогностическое значение [5].

В настоящее время не вызывает сомнения концепция патогенетической гетерогенности ишемического инсульта. Аналогичным образом можно выделить по крайней мере 5 патогенетических варианта ТИА: 1) ТИА по механизму микроэмболизации, когда мелкие частички распадающихся атеросклеротических бляшек закупоривают мелкие сосуды, а затем рассасываются; 2) ТИА по механизму обкрадывания - как внемозгового, так и внутримозгового; 3) ТИА по механизму отека мозга при повышении АД со вторичным сдавлением мелких сосудов; 4) ТИА при гемореологических расстройствах с повышением вязкости крови; 5) ТИА по механизму спазма сосудов. При тщательном клинико-параклиническом обследовании больного можно всегда с той или иной долей вероятности установить механизм ТИА и в дальнейшем учитывать это при профилактике инсульта. Несмотря на вышеуказанные различные механизмы провоцирования ТИА общей патогенетической основой всех форм ТИА в большинстве случаев является стеноз или окклюзия МАГ.

Существующие в настоящее время методы как первичной, так и вторичной профилактики нарушений мозгового кровообращения можно разделить на консервативные и хирургические. В многочисленных многоцентровых рандомизированных испытаниях была убедительно доказана эффективность хирургической коррекции стеноза сонной артерии для вторичной профилактики нарушений мозгового кровообращения у больных с выраженным (более 60-70%) каротидным стенозом, перенесшим транзиторные ишемические атаки и малый инсульт [8,9]. Это особенно актуально, так как риск повторного ишемического инсульта составляет 10-15% в течение первого года, затем частота повторных инсультов составляет 5% ежегодно, превышая в 15 раз частоту инсульта в общей популяции.

Однако на сегодняшний день немногочисленные работы, в которых было выполнено комплексное клинико-неврологическое, нейропсихологическое обследование больных с различными патогенетическими вариантами ТИА, а именно с окклюзирующими поражениями брахиоцефальных артерий с учетом локализации, степени распространенности и структурных особенностей атеросклеротического поражения, а также других факторов риска развития ишемической болезни мозга. Противоречивы данные о влиянии оперативной коррекции атеросклеротического каротидного стеноза на клинико-неврологические и нейропсихологические функции. Многие авторы [8,9 и др.] в своих исследованиях отметили положительное влияние оперативной коррекции атеросклеротического каротидного стеноза на клинико-неврологические и нейропсихологические функции.

Всем пациентам перед операцией необходимо выполнять ультразвуковое исследование сонных артерий, после чего решается вопрос о выборе метода хирургического лечения. При решении вопроса о хирургическом лечении всегда учитывается степень стеноза церебральных артерий, распространенность атеросклеротического поражения, возраст больного а также наличие сопутствующих соматических заболеваний. Все хирургические операции направлены на устранение стеноза церебральных артерий и разделяются на 2 вида: каротидная эндартерэктомия (КЭЭ) и альтернативой КЭ является проведение малоинва-

живного эндоваскулярного вмешательства с установкой стента (Smout J., 2010).

Для профилактики ишемического инсульта каротидная ангиопластика и стентирование. (КАС) применяется с середины 80-х годов. КАС уменьшает болезненность манипуляций и сроки нахождения в стационаре, а также не оставляет послеоперационных рубцов, по сравнению с КЭЭ. Отсутствие необходимости в общей анестезии - ещё одно большое преимущество эндоваскулярной методики. Современные рентгенэндоваскулярные подходы при проведении стентирования церебральных артерий позволяют сделать возможным выполнение операций в максимально ранние сроки с момента заболевания, а также при тщательном отборе пациентов этот метод высокоэффективен для пожилых больных [8,9].

Выводы

Таким образом, низкая информированность населения о симптомах, ТИА может быть причиной поздней госпитализации больных при его развитии и тем самым способствовать возникновению инсульта и на снижение эффективности лечения. Применение простой в практическом использовании шкалы ABCD2 (возраст, артериальная гипертензия, наличие пареза и афазии, длительность симптомов более 60 минут, сахарный диабет) может представлять прогностическую ценность при госпитализации данных больных. Необходимо как можно раньше начать вторичную профилактику инсульта, потому что большинство ишемических инсультов у больных, перенесших ТИА, происходит в первые дни с момента заболевания. Вопрос о выборе современных методов профилактики и лечения больных с ТИА, выбора оптимального метода хирургического лечения больных со стенозами сонных артерий в настоящее время окончательно не решён. Актуально дальнейшее изучение факторов риска для каждого из методов. Учитывая,

что такие мероприятия представляют собой эффективную альтернативу медикаментозной терапии, представляет несомненный интерес сравнительное динамическое изучение состояния пациентов, подвергшихся стентированию ВСА, КЭЭ и больных, получающих медикаментозную терапию, необходимо изучить краткосрочные и отдаленные эффекты, требуют уточнения особенности динамики неврологического дефицита и когнитивных нарушений после проведения вышеуказанных методов. Целью лечения пациентов с ТИА является предупреждение последующих ТИА и развитие инсульта. Изучение данной проблемы способно обеспечить более точные критерии для оптимального выбора современных методов диагностики, профилактики и лечения больных с транзиторными ишемическими атаками.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Гусев Е.И., Мартынов М.Ю. Лечение и профилактика ишемического инсульта- достижения и перспективы. В сб. Неотложные состояния в неврологии /Москва 2002; 288.
2. Скворцова В.И., Стаховская Л.В. Современные подходы к профилактике инсульта. // Журн. "Качество жизни", 2004; 4(7): 55-60.
3. Верещагин Н.В., Гулевская Т.С. и др. Патология головного мозга при атеросклерозе и артериальной гипертензии. /М. 1997; 228.
4. Ганнушкина И.В. Лебедева Н.В. Гипертоническая энцефалопатия. /М. Медицина, 1987; 224.
5. Гафуров Б.Г. Клинические лекции по неврологии, 2016; 160.
6. Верещагин Н.В., Пирадов М.А. Суслина З.А. Инсульт. Принципы диагностики, лечения профилактики. Москва 2002; 208.
7. Верещагин Н.В., Моргунов В.А., Гулевская Т.С. Патология головного мозга при атеросклерозе и артериальной гипертензии / М. 1997; 228.
8. Падабед Д.А. Оценка состояния когнитивных функций больных, перенесших реконструктивные операции на сонных артериях. Диссертация канд. мед.наук. Челябинск, 2008; 117.
9. Скворцова В.И., Шамалов Н.А. Современные подходы к ведению больных со стенозами сонных артерий. // Consiliummedicum, 2007; 8:11-14.

Поступила 09.01. 2020 год