

# Транзиторная ишемическая атака

Выполнил ординатор  
Козлов Сергей  
Сергеевич

Киров 2019

- Транзиторная ишемическая атака (ТИА) – синдром, который относится к преходящим нарушениям мозгового кровообращения вследствие кратковременной (менее 24 часов) локальной ишемии мозга в каротидной или вертебрально-базилярной системе.
- Отмечается высокий риск развития инсульта в последующие 48 часов после ТИА

# Факторы риска

- Артериальная гипертензия
- Дислипидемия
- Фибрилляция предсердий
- Поражения клапанов сердца
- Стеноз сонных артерий
- Застойная сердечная недостаточность
- Сахарный диабет
- Табакокурение
- Злоупотребление алкоголем

# Клиническая классификация ТИА:

- *По тяжести клинических проявлений* ТИА подразделяют на:
  - легкие (длительность до 10 мин);
  - средней тяжести (до нескольких часов);
  - тяжелые (до 24 ч).
- *По частоте* ТИА подразделяют на:
  - редкие (1—2 раза в год);
  - средней частоты (3—6 раз в год);
  - частые (1 раз в месяц и чаще).

# Кодирование по МКБ-10

- G45. Преходящие (транзиторные) церебральные ишемические приступы (атаки) и родственные им синдромы
- G45.0 Синдром вертебробазилярной артериальной системы
- G45.1 Синдром сонной артерии (полушарный)
- G45.2 Множественные и двусторонние синдромы церебральных артерий
- G45.3 Преходящая слепота
- G45.4 Транзиторная глобальная амнезия
- G45.8 Другие транзиторные церебральные ишемические атаки и связанные с ними синдромы
- G45.9 Транзиторная церебральная ишемическая атака неуточненная

# ТИА в бассейне внутренней сонной артерии

- Чувствительные и двигательные нарушения по гемитипу на противоположной стороне
- Преходящая монокулярная слепота на стороне закупорки ВСА
- Речевые нарушения (чаще частичная моторная афазия) при закупорке ВСА доминантного полушария

# ТИА в вертебро-базилярном бассейне

- Системные головокружения, сопровождающиеся вегетативными реакциями, иногда головной болью в затылочной области, нистагмом, диплопией, тошнотой и рвотой. Транзиторной ишемией следует считать лишь системное головокружение при сочетании с другими стволовыми симптомами или при исключении патологии вестибулярного аппарата иной этиологии.
- Двигательные и чувствительные нарушения в любой комбинации
- Зрительные нарушения (фотопсия, гемианопсия, зрительная агнозия)
- Глазодвигательные нарушения (диплопия, нистагм)
- Нарушения глотания и речи (дисфагия, дизартрия, дисфония)
- Дроп-атака, синкопальное состояние, связанные с движениями в шейном отделе позвоночника
- Транзиторная глобальная амнезия

Преходящая слепота (транзиторная монокулярная слепота) — состояние чаще односторонней внезапно возникающей кратковременной (обычно в течение нескольких секунд) утраты зрения вследствие преходящей ишемии в области кровоснабжения глазничной, задней цилиарной артерий или артерии сетчатки. Нарушение зрения чаще описывается больным как «штора», которая надвинулась сверху вниз или снизу вверх. Болевые ощущения для ТМС не характерны.

Транзиторная глобальная амнезия — внезапная утрата краткосрочной памяти при сохранении воспоминаний о прошлом. Сопровождается растерянностью, склонностью повторять уже заданные вопросы, неполной ориентацией в обстановке. Зачастую ТГА возникает при воздействии таких факторов, как боль и психоэмоциональное перенапряжение. Длительность эпизода амнезии варьирует от 20-30 минут до нескольких часов, после чего отмечается 100% восстановление памяти. Пароксизмы ТГА повторяются не чаще 1 раза в несколько лет.

# Дифференциальная диагностика

Гипогликемические состояния - могут давать сходную с ТИА клиническую картину. Во всех случаях, когда больной диабетом предъявляет жалобы на преходящие неврологические нарушения (особенно по ночам, при пробуждении или после физических упражнений), необходимо исследование уровня глюкозы в крови в период таких состояний; в случаях гипогликемии характерно быстрое улучшение состояния после парентерального введения глюкозы.

Мигрень - возможны кратковременные неврологические нарушения (мигренозная аура в виде гемианестезии, гемипареза, афазии, одностороннего нарушения зрения или др.), которые в большинстве случаев сопровождаются типичным приступом головной боли, но иногда возникают изолированно как эквивалент мигренозного приступа.

Приступы мигрени обычно начинаются в молодом возрасте, хотя иногда возникают в среднем и даже пожилом возрасте. Крайне редко приступы мигренозной ауры без головной боли развиваются впервые в пожилом возрасте и не сочетаются с типичными мигренозными атаками; в таких случаях обычно отмечается семейный анамнез мигрени. Очаговые симптомы во время мигренозной ауры обычно развиваются медленнее (в течение 20-30 минут), чем при ТИА и часто сочетаются с типичными для мигрени зрительными нарушениями.

В дебюте рассеянного склероза могут наблюдаться преходящие неврологические нарушения, напоминающие ТИА.

Клинически неразличимые от ТИА симптомы возможны также при опухолях головного мозга, небольших внутримозговых кровоизлияниях или субдуральных гематомах. В этих случаях иногда только результаты КТ или МРТ головного мозга позволяют поставить правильный диагноз.

Парциальные эпилептические припадки - могут проявляться преходящими двигательными, чувствительными, зрительными или речевыми расстройствами, напоминающими ТИА. При парциальных припадках в отличие от ТИА нередко наблюдается распространение чувствительных и (или) двигательных нарушений по конечности («джексоновский марш»), могут возникать клонические судороги или вторично генерализованный эпилептический припадок. Большое значение могут иметь данные ЭЭГ, выявляющие характерные для эпилепсии изменения

- При болезни Меньера, доброкачественном пароксизмальном позиционном головокружении и вестибулярном нейроните возникает внезапное головокружение нередко в сочетании с тошнотой и рвотой, что возможно и при ТИА в вертебробазилярном бассейне. Однако при этих заболеваниях не отмечается симптомов поражения ствола (вертикального нистагма, двоения, расстройств чувствительности, глотания или др.). Крайне редко ТИА в вертебробазилярной системе проявляется только изолированным вестибулярным головокружением, но это следует учитывать у больных пожилого возраста с высоким риском ишемического нарушения мозгового кровообращения.

# Диагностика

- Определение уровня гликемии, количества тромбоцитов, коагулограмма, АЧТВ, МНО, КЩС крови, электролиты, оксигенация крови
- КТ, МРТ (КТ является высокоспецифичным методом ранней диагностики ишемического повреждения головного мозга, вместе с тем высокая чувствительность МРТ актуальна в диагностике инсультов в вертебрально-базилярном бассейне, лакунарных и небольших корковых очагов)
- Рекомендуется для визуализации каротидной системы контрастная МР-ангиография, затем ультразвуковая доплерография (УЗДГ) и КТ-ангиография
- Допплерография сонных артерий
- ЭКГ (диагностика аритмий и ишемических изменений миокарда)

# Риск инсульта после ТИА

Таблица 2. Шкала ABCD<sub>2</sub>

A — возраст	> 60 лет	1 балл
B — артериальное давление	САД > 140 мм рт.ст. ДАД > 90 мм рт. ст.	1 балл
C — клинические проявления	Слабость одной части тела Нарушение речи без слабости	2 балла 1 балл
D — длительность симптомов	> 60 минут 10–59 минут < 10 минут	2 балла 1 балл 0 баллов
D <sub>2</sub> — сахарный диабет		1 балл

Риск возникновения инсульта в течение 2 дней: низкий (0-3 балла) — 1%; средний (4–5 баллов) — 4,1%; высокий (6–7 баллов) — 8,1%

# Лечение

Терапия ТИА имеет целью купирование ишемического процесса и скорейшее восстановление нормального кровоснабжения и метаболизма ишемизированного церебрального участка.

Первоочередной задачей фармакотерапии является восстановление кровотока.

- Предпочтение отдают антиагрегантной терапии (тиклопидин, ацетилсалициловая кислота, дипиридамо́л, клопидогрелом)
- Транзиторная ишемическая атака эмболического генеза является показанием для непрямых антикоагулянтов: (аценокумарол, этилбискумацетат, фениндион).
- Для улучшения реологии крови применяется гемодилюция — капельное введение 10% р-ра глюкозы, декстрана, солевых комбинированных растворов.
- Важнейшим моментом является нормализация АД при наличии гипертензии. С этой целью назначаются различные гипотензивные средства (нифедипин, эналаприл, атенолол, каптоприл, диуретики)
- В схему лечения ТИА включают также фармпрепараты, улучшающие церебральный кровоток: ницерголин, винпоцетин, циннаризин.

- Вторая задача терапии ТИА — предупреждение гибели нейронов вследствие метаболических нарушений.

Проводится нейрометаболическая терапия. Применяются различные нейропротекторы и метаболиты: диавитол, пиритинол, пирацетам, метилэтилпиридинол, этилметилгидроксипиридин, карнитин, семакс.

- Третий компонент лечения ТИА — симптоматическая терапия.

При рвоте назначается метоклопрамид, при интенсивной головной боли — метамизол натрия, при угрозе отека мозга — глицерин, маннитол, фуросемид.

# Список использованной литературы

- Клинические рекомендации/ Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака у взрослых/ 2015 г.
- Клинический протокол транзиторная ишемическая атака/ 2013 г.
- Неврология и нейрохирургия: учебник в 2 т. /Е.И. Гусев, А.Н. Коновалов, В.И. Скворцова- 2-е изд. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2010.
- <https://www.eskulap.top/neotlozhnaja-pomoshh/tranzitornaja-ishemicheskaja-ataka>
- <http://www.ambu03.ru/tranzitornye-ishemicheskie-ataki/>