

**ТРАНЗИТОРНЫЕ
ИШЕМИЧЕСКИЕ
АТАКИ**

**ПРОФЕССОР, Д.М.Н.
СТУЛИН И.Д.**

Классификация ЦВЗ

- I. Начальные проявления недостаточности мозгового кровотока (НПНМК) – эта форма признается только в России
- II. Преходящие нарушения мозгового кровообращения (ПНМК) – ТИА
- III. ОНМК – инсульт
- IV. Хроническая ишемия головного мозга

Начальные проявления недостаточности мозгового кровообращения – НПНМК

Этиология -
неизвестна

Жалобы -
разнообразны

Клиническая
симптоматика-
неопределенная

- Вегетативная дистония
- Атеросклероз
- Гипертоническая болезнь
- Аритмия

- Непостоянная головная боль
- Тяжесть в голове
- Мелькание перед глазами.
- Кратковременные головокружения
- Утомляемость
- Расстройства сна

- Очаговых, менингеальных, корешковых симптомов нет
- Возможна недостаточность конвергенции
- Признаки вегетативной лабильности

Определение ТИА.

Преходящее нарушение мозгового кровообращения - ПНМК или транзиторная ишемическая атака - ТИА - это клинический синдром, характеризующийся острым нарушением какой-либо очаговой функции головного мозга или одного глаза с субъективными жалобами и очаговой симптоматикой, длящимися не более 24 часов.

Кардио-церебральное неравноправие

ЖАЛОБЫ

Ишемическая болезнь
сердца (ИБС)

ТИА

Боль
Одышка
Сердцебиение

Легкая слабость
Онемение конечностей
Элементы афазии
Головокружение

Настораживающая
ситуация

«Житейская» ситуация

Кардио-церебральное неравноправие

АНАМНЕЗ

ИБС

ТИА

Симптомы, явно
ухудшающие качество
жизни

«Мягкие» очаговые
феномены, менее
ограничивающие
трудоспособность

Четко проявляются

Нередко
пропускаются

Кардио-церебральное неравноправие

Осведомленность врачей и общественности

ИБС

ТИА

Настороженность и
врачей, и пациентов к
признакам «грудной
жабы»

Значительно меньшая
нацеленность врачей
и, особенно, больных
на симптомы ТИА

Кардио-церебральное неравноправие

Данные клинического осмотра

ИБС

Боль Бледность Слабый
пульс Падение АД
Тахикардия Потливость

Обычно четко
фиксируются

ТИА

Амавроз,
брахиофациальный парез,
головокружение и др.

Зачастую недооцениваются
данные физикального
обследования, особенно
осмотр, пальпация и
аускультация МАГ

Кардио-церебральное неравноправие

Диагноз и статистика

ИБС

ТИА

Ишемическая болезнь
сердца.

Стенокардия
напряжения (или
покоя) – типичный
диагноз

ТИА – почти никогда
не звучит.

ХДЭП на основе
стенозов МАГ с
ПНМК – весьма
редкий диагноз

«Кардио-церебральное неравноправие»

- Стенокардия распознается значительно чаще и раньше, чем ТИА.
- Считают, что ТИА не диагностируется вовремя у 60 % (!) больных.
- Поэтому, именно к диагностике ТИА наиболее применим афоризм:
• «Qui bene interrogat, bene diagnosticit-bene curabilit».

«кто хорошо расспрашивает и хорошо диагностирует – успешно лечит».

ФАКТОРЫ РИСКА

СОЦИАЛЬНЫЕ

Курение

Гиподинамия

Дисбаланс питания

Наркомания

Алкоголизация

Стрессы

Гормональные контрацептивы

Пищевые добавки содержащие фенилпропаноламин и эфедрин (более 400 лекарств)

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ

Гипертония

Атеросклероз

Сахарный диабет

Ревматизм

Ожирение

Флебопатия

Коагулопатия

Серповидно-клеточная анемия

Семейная гиперхолестеринемия

Синдром дисплазии соединительной ткани

У молодых еще раз подчеркнем большое значение следующих ФР ТИА:

1. наркомания.

2. гормональная контрацепция.

3. препараты для похудения, содержащие фенилпропаноламин или эфедрон (тайские таблетки).

Частота ТИА в популяции
точно не установлена.

По данным разных
исследователей

она колеблется от 12 до 35%
всех лиц старше 50 лет.

Причины разброса в показателях встречаемости ТИА:

1. Проблемы в санитарно-просветительской работе с населением – не информируются о ТИА, как вероятных предикторах инсульта.
2. Неудовлетворительное выяснение анамнеза – врачи не знают наводящих вопросов. Эпизоды ТИА могут забыть больные, но их помнят родственники.
3. Некоторые пациенты намеренно скрывают наличие ТИА в анамнезе из-за опасений осложнений по службе или в связи с вождением автотранспорта.
4. Слабое владение клиническими и физикальными приёмами осмотра пациента с ТИА.
5. Вероятна гипотеза о развитии у части больных ТИА во сне.

К терминологии.

В отечественной литературе термин преходящие нарушения мозгового кровообращения – ПНМК – трактуется шире, чем за рубежом.

У них ТИА **Общ** только ишемические атаки, чаще при нормальном АД.
У нас ПНМК

емоз
ГОВЫ

е
Гипе
ртен
зивн
ая
энце
фало

Очаг
овые
–
Собс
тве
нно
ТИА



Общепринятая классификация ТИА по локализации:

- I. Каротидные — полушарная очаговая симптоматика.
- II. Вертебро-базилярные — стволовая очаговая симптоматика.

К патогенезу ТИА.

Теория вазоспазма.

Господствовала в 40 годы.

В последствии оказалось, что если ангиоспазм безусловная составляющая патогенеза САК и некоторых форм мигрени, то степень его участия в ТИА неоднозначна.

Более того, выяснено, что мозговые артерии - одни из наименее реактивных в организме человека.

II. Гемодинамическая концепция ТИА

Внезапное падение сердечной деятельности

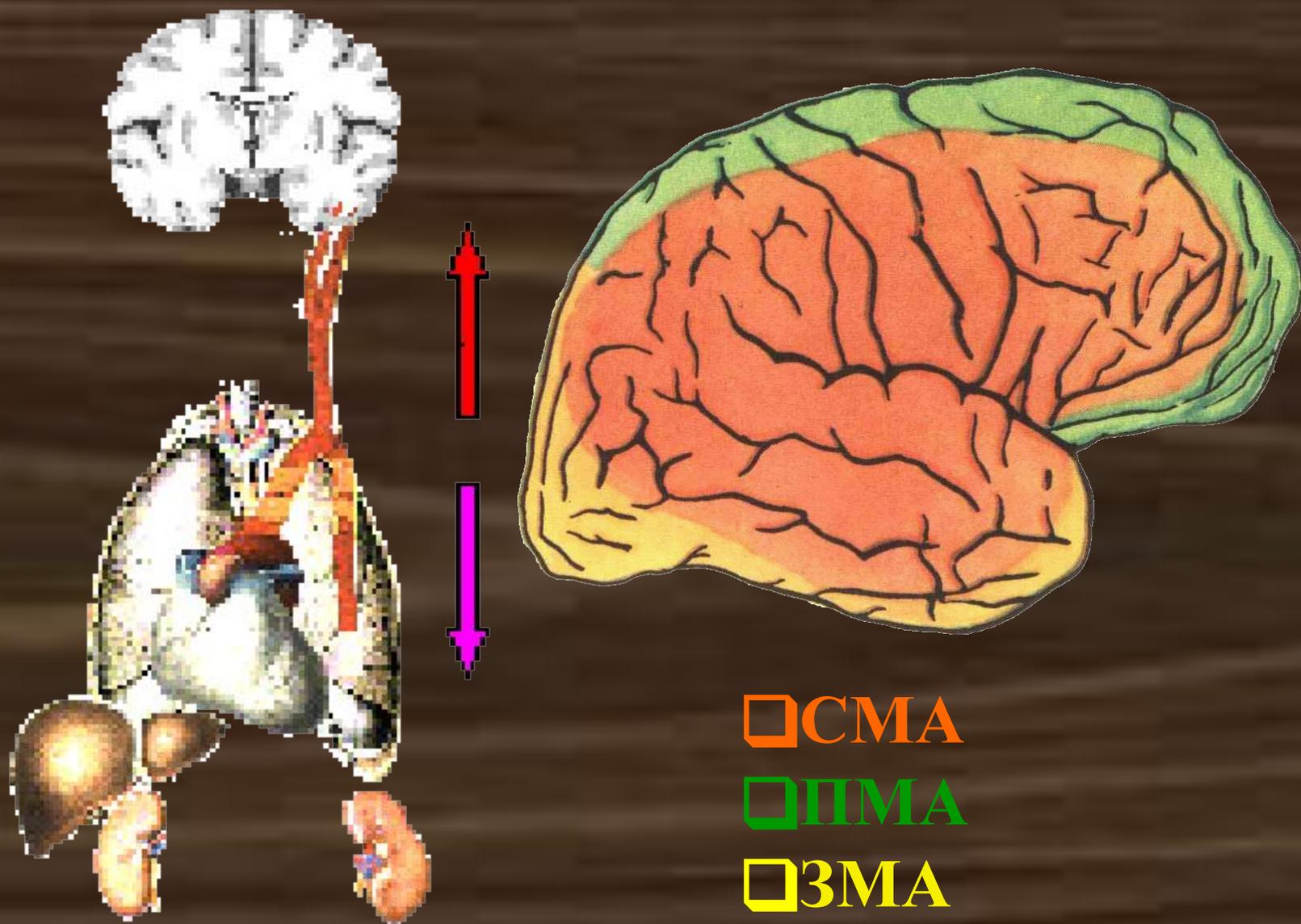
→ уменьшение выброса

→ синдром «нищей перфузии»

→ наибольшая ишемизация корковых ветвей,
особенно в зонах смежного кровообращения

→ синдром кардио-церебральной
недостаточности или «перемежающая
хромота» мозга.

«Гемодинамическая концепция ТИА»



III. Тромбоэмболическая теория ТИА.

Цюльх, Фишер – офтальмоскопия в момент ишемической атаки.

Регистрация холестериновых эмболов, перемещающихся по сосудам сетчатки у больных со стенозами экстракраниальных сегментов МАГ.

Тромбоэмболическая концепция ТИА отнюдь не исключает компонент вазоспазма.

Так, эмболы, оторвавшиеся от истока ВСА, пройдя транзитом область сифона и «внутренней» бифуркации, следуя по гораздо более узкому просвету гомолатеральной глазничной артерии, задев интиму сосуда, вызывает недлительный ангиоспазм с амаврозом.

IV. Причинами ТИА иногда являются так же

- Гипоплазии
- Атрезии
- Аневризмы
- Патологическая извитость
расслоение экстракраниальных
сегментов МАГ.

V. Причины ТИА (экстравазальные)

Вертеброгенные аномалии:

1. Добавочные шейные рёбра.
2. Остеофиты.
3. Костно-суставные блоки.
4. Патология нейромышечного или связочного аппарата — синдром лестничной мышцы и т.д.

Осмотр.

1. Не выглядит ли пациент старше своих лет.
2. Истончение, морщинистость кожи, сосудистые звездочки.
3. Ксантомы век.
4. Старческая дуга вокруг зрачка.
5. Нет ли усиленной пульсации в проекции сонных, подключичных, бедренных артерий, верхушки сердца, брюшной аорты.

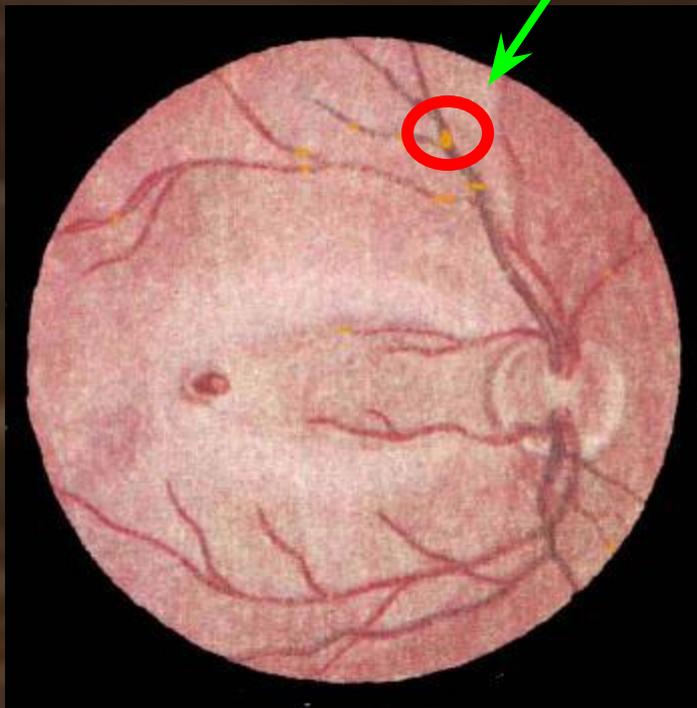
Учитывать описанный нами феномен физиологической асимметрии пульсации сосудов шеи, с усилением её в правой надключичной области за счет увеличения диаметра луковицы правой яремной вены.

К клинике ТИА.

Отдельно взятые клинические признаки синдрома ишемии передней камеры глаза (СИПКГ):

1. Гиперемия эписклерных сосудов.
 2. Мутная роговица.
 3. Arcus senilis.
 4. Неоваскуляризация радужной оболочки (рубхоз радужки).
 5. Частичный или полный синдром Горнера.
 6. «Вяловатая» фотореакция.
- СИПКГ – весьма характерен для субтотального стеноза гомолатеральной ВСА.

Окулист - синдром ишемии передней камеры глаза.



К клинике ТИА.

I. Пальпация и аускультация.

- Поперечное ощупывание и прослушивание проекции общих сонных артерий,
- бифуркаций (уровень С3 – С4),
- наружных сонных артерий (височные ветви),
- подключичных,
- брюшной аорты
- лучевых, бедренных, подколенных, стопных артерий.

Пальпация

1. Уплотнение каротид
2. Ослабление – усиление пульсации срнных артерий
3. Феномен журчания или содрогания при аневризмах
– Karmen street по Spenser

Пальпация сонной артерии



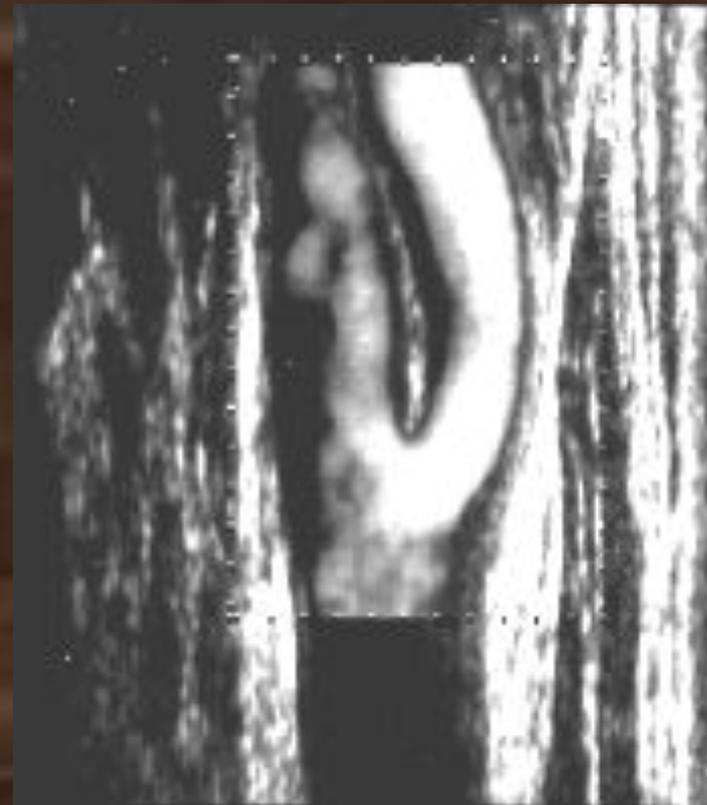
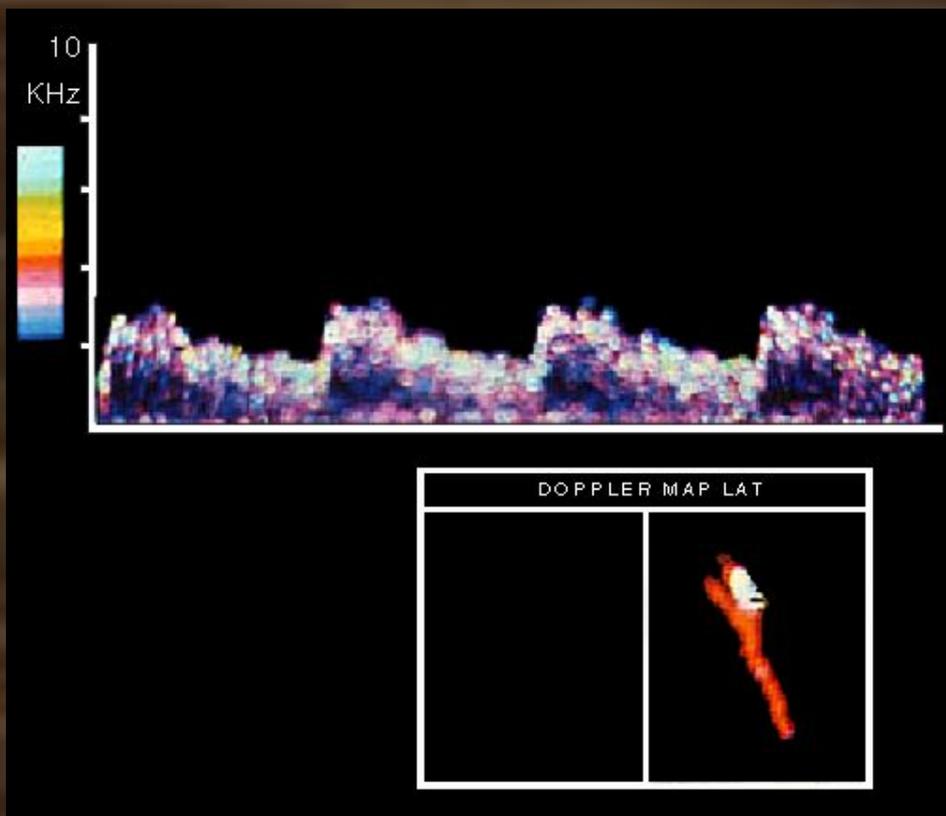


Пальпация ветвей НСА

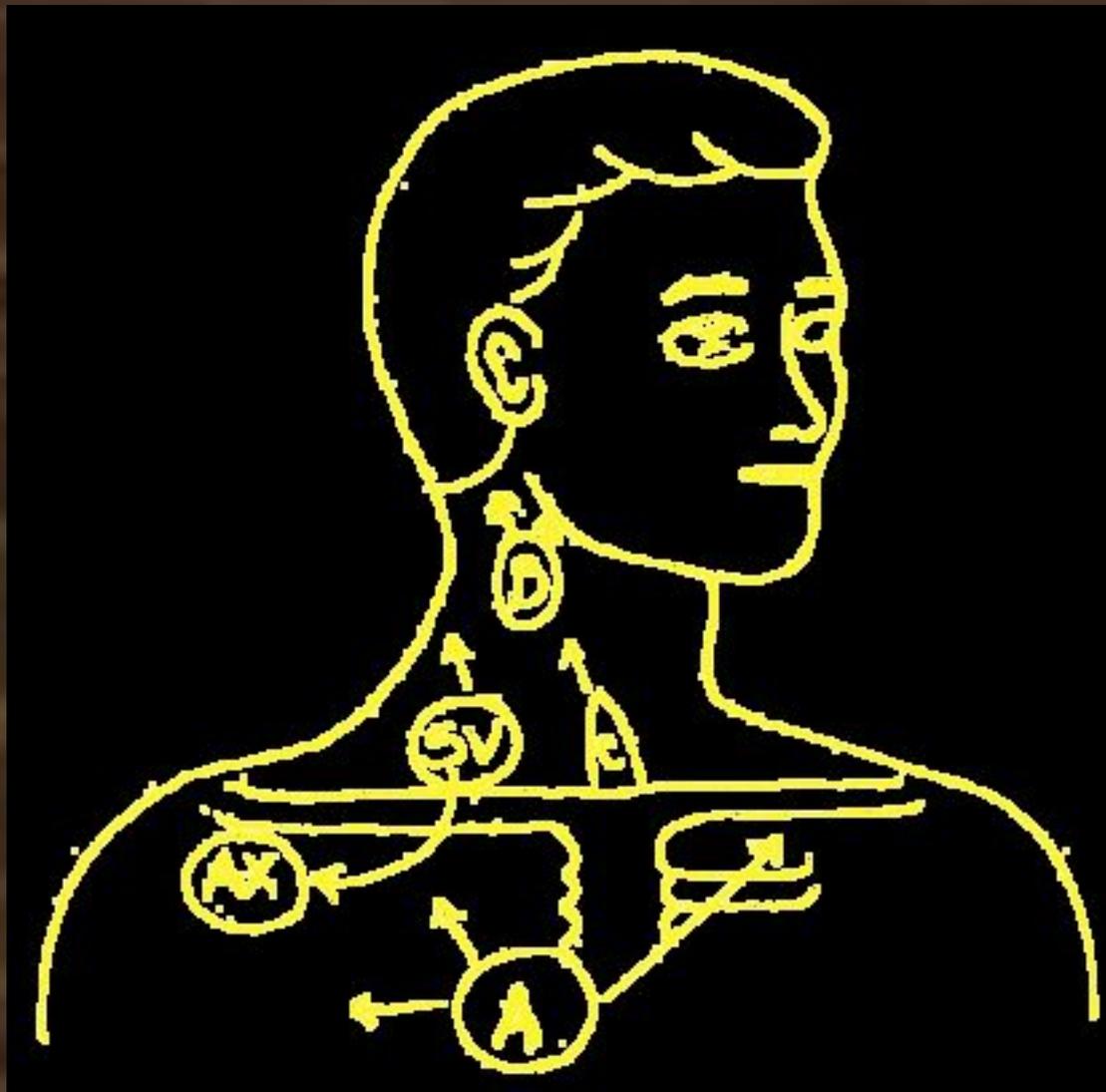


Симптом Fisher

Усиление пульсации НСА, гомолатеральной окклюзированной ВСА



Аускультация по Spenser



Значение аускультации МАГ

Wolf при безвыборочном осмотре 3000 человек нашел bruit у 4% до 45 лет и у 11% старше 65 лет.



К клинике ТИА – очаговые СИМПТОМЫ

Симптомы выпадения

- Парезы
- Онемения
- Слепота

Симптомы раздражения

- Парастезии
- Подергивания
- Галлюцинации

Каротидные ТИА – полушарная симптоматика.

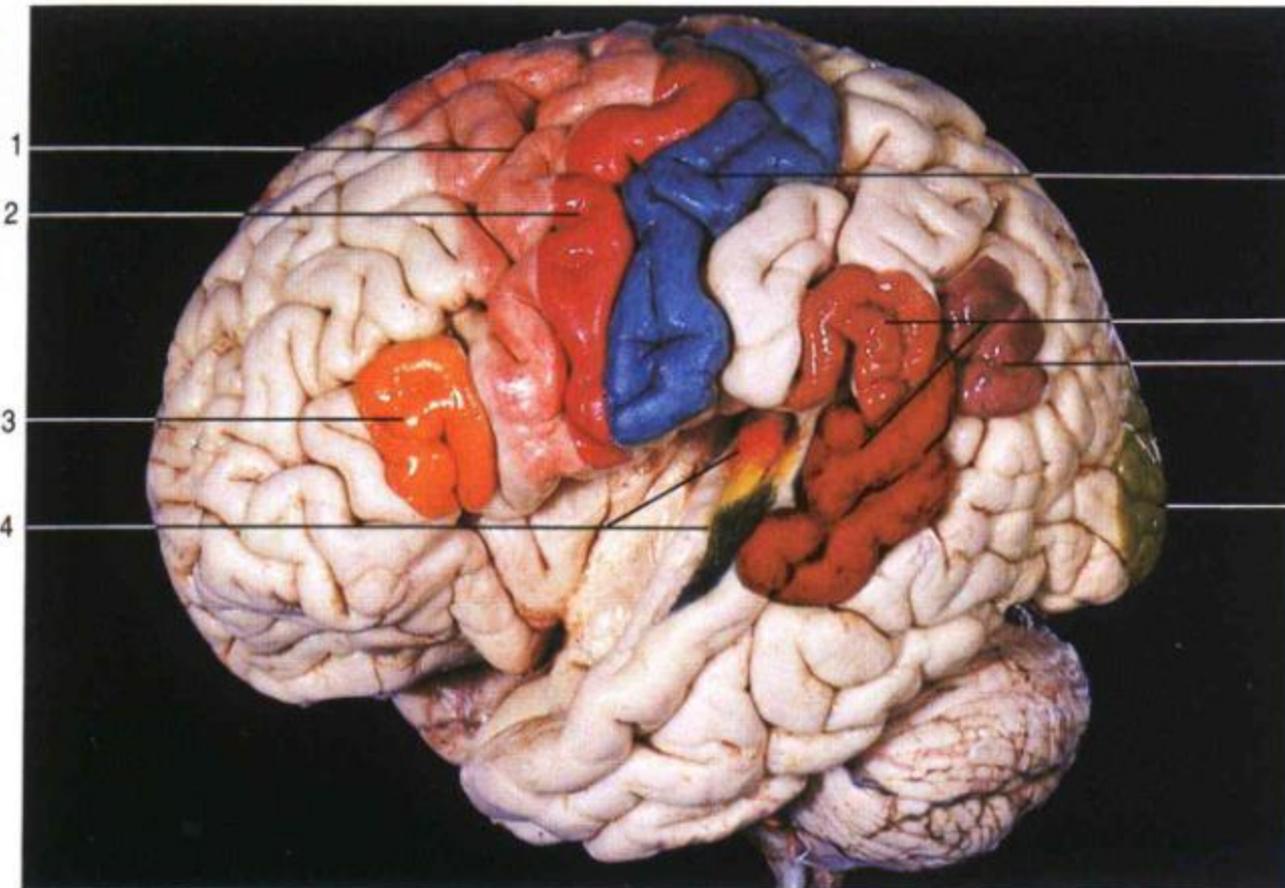
Транзиторная монокулярная слепота



Указанные ПНМК
могут
провоцироваться
ярким светом
(особенно,
мерцающая
скотома). Горячей
ванной или
перееданием.

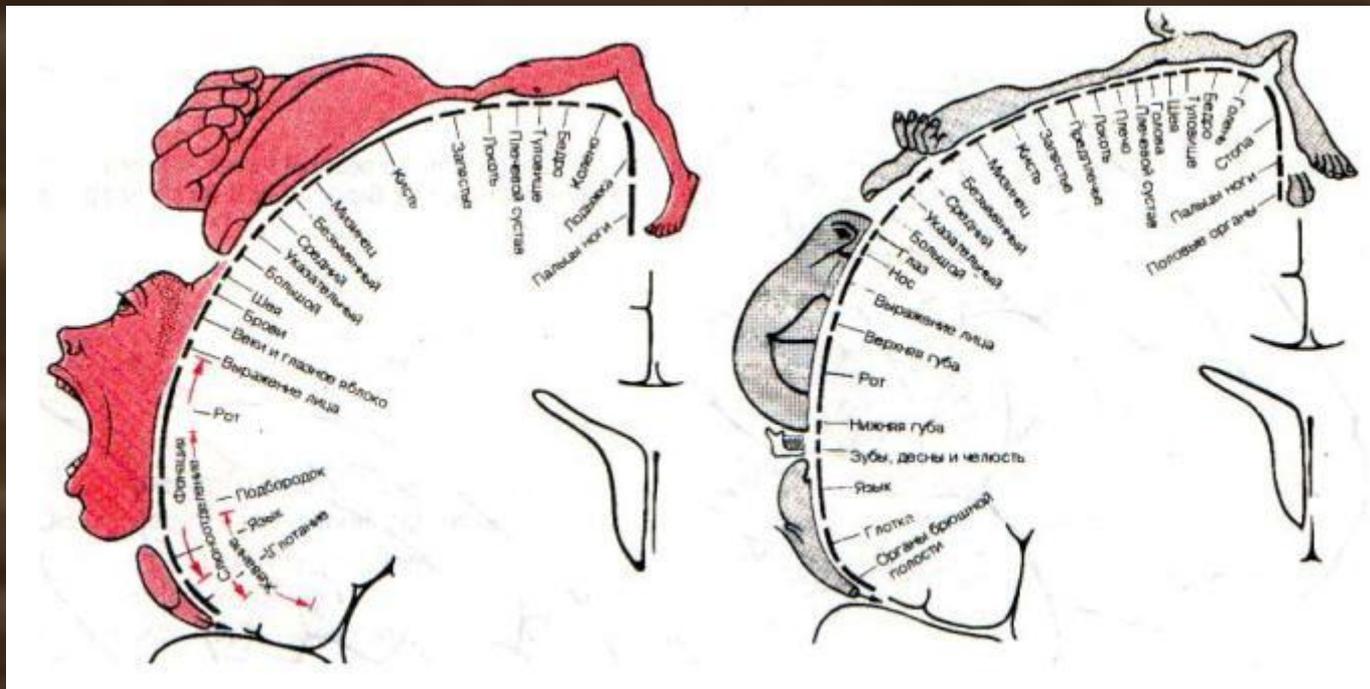
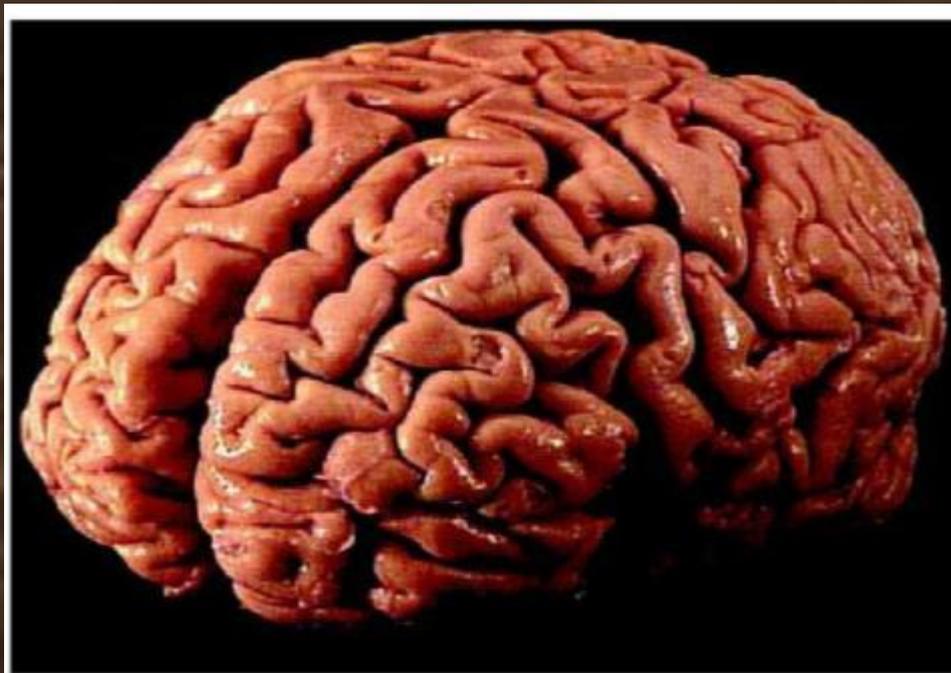
Каротидные ТИА – полушарная симптоматика.

- Асфигмо–пирамидный или окулопирамидный альтернирующий синдром.
- Брахиофациальный парез +/- дисфазия.
- Джексоновская, фокальная моторная или сенсорная эпилепсия

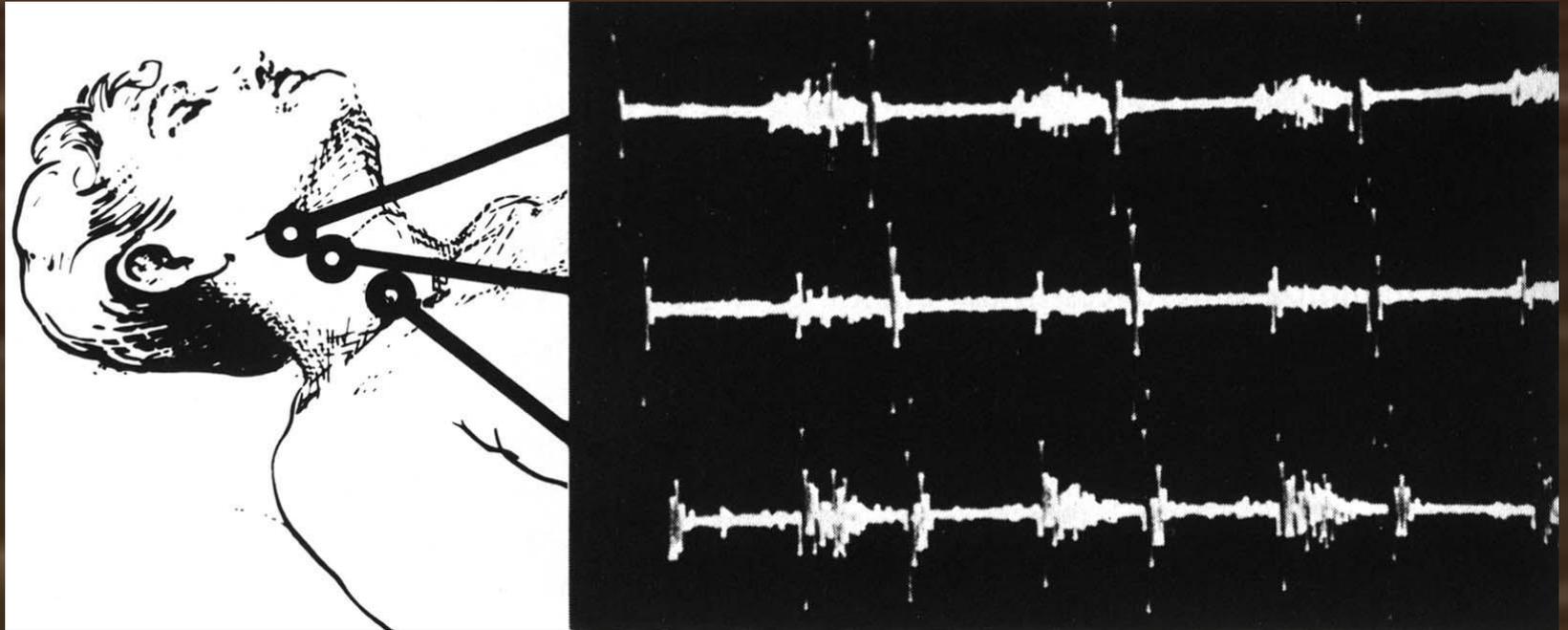


- 1 Премоторная зона
- 2 Соматомоторная зона
- 3 Зона моторной речи Брока
- 4 Акустическая зона
- 5 Соматосенсорная зона
- 6 Зона сенсорной речи Вернике
- 7 Зона понимания письменной речи
- 8 Зрительносенсорная зона

Головной мозг, левое полушарие (вид сбоку). Главные области коры окрашены.
Латеральная борозда вскрыта, виден островок и внутренняя поверхность височной доли

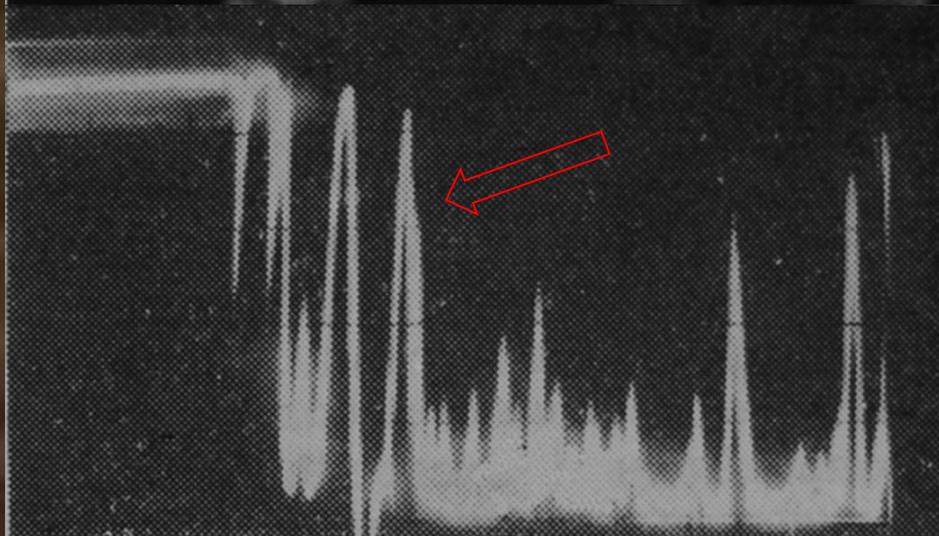


Фоноангиография

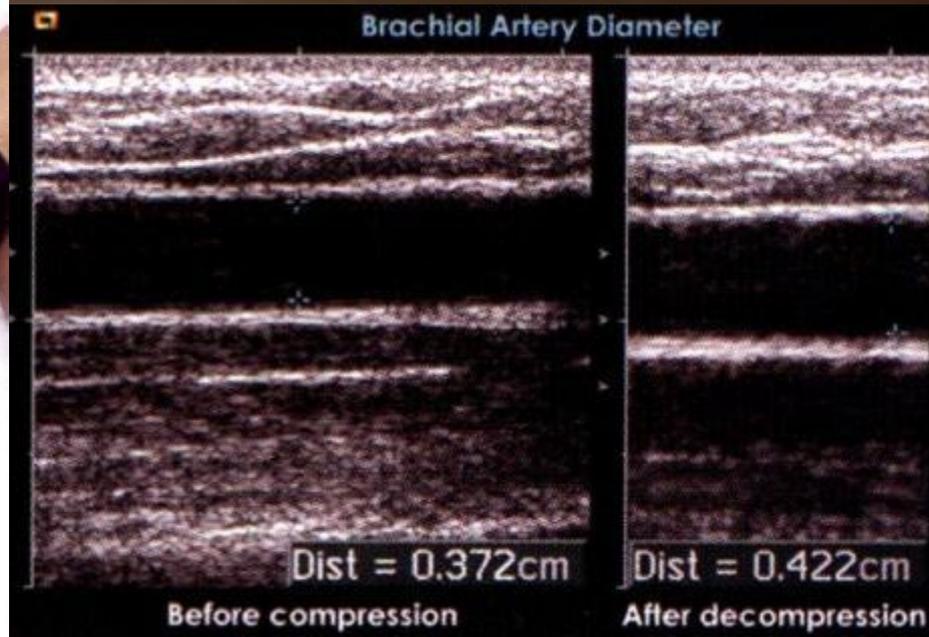


При стенозах более 80% - дистантный щелкающий шум –
Carmen street

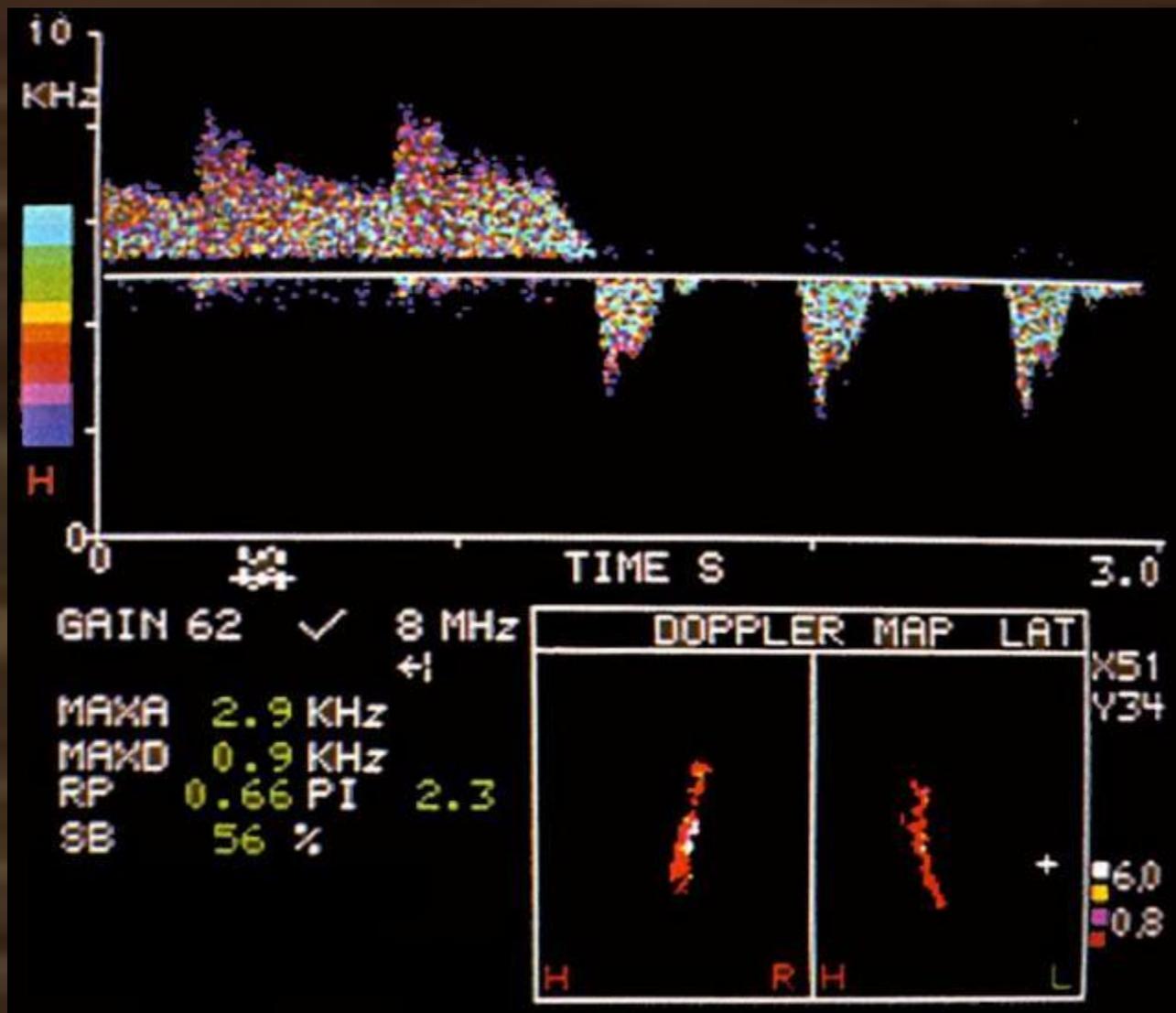
Эхосфигмография



Проба с реактивной гиперемией для определения эндотелиальной функции



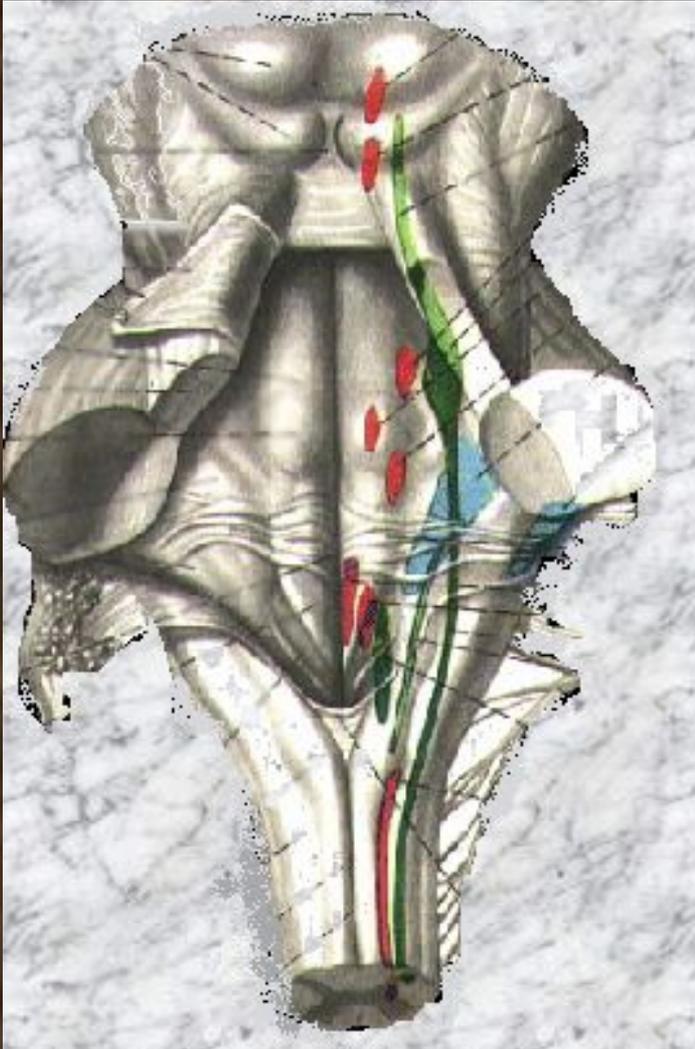
УЗДГ+Flow map



Клиника очаговых ПНМК в вертебральном бассейне «стволовая» СИМПТОМАТИКА.

1. Системное головокружение
2. Диплопия
3. Фотопсия или потемнение в обоих глазах
4. Дизартрия
5. Нарушения глотания
6. Легкий моно- или гемипарез
7. Легкая атаксия
8. Амнезия, дезориентация, растерянность
9. Редко – глобальная амнезия
10. Drop-attacks

Вертебро-базиллярные ТИА – СТВОЛОВАЯ СИМПТОМАТИКА.

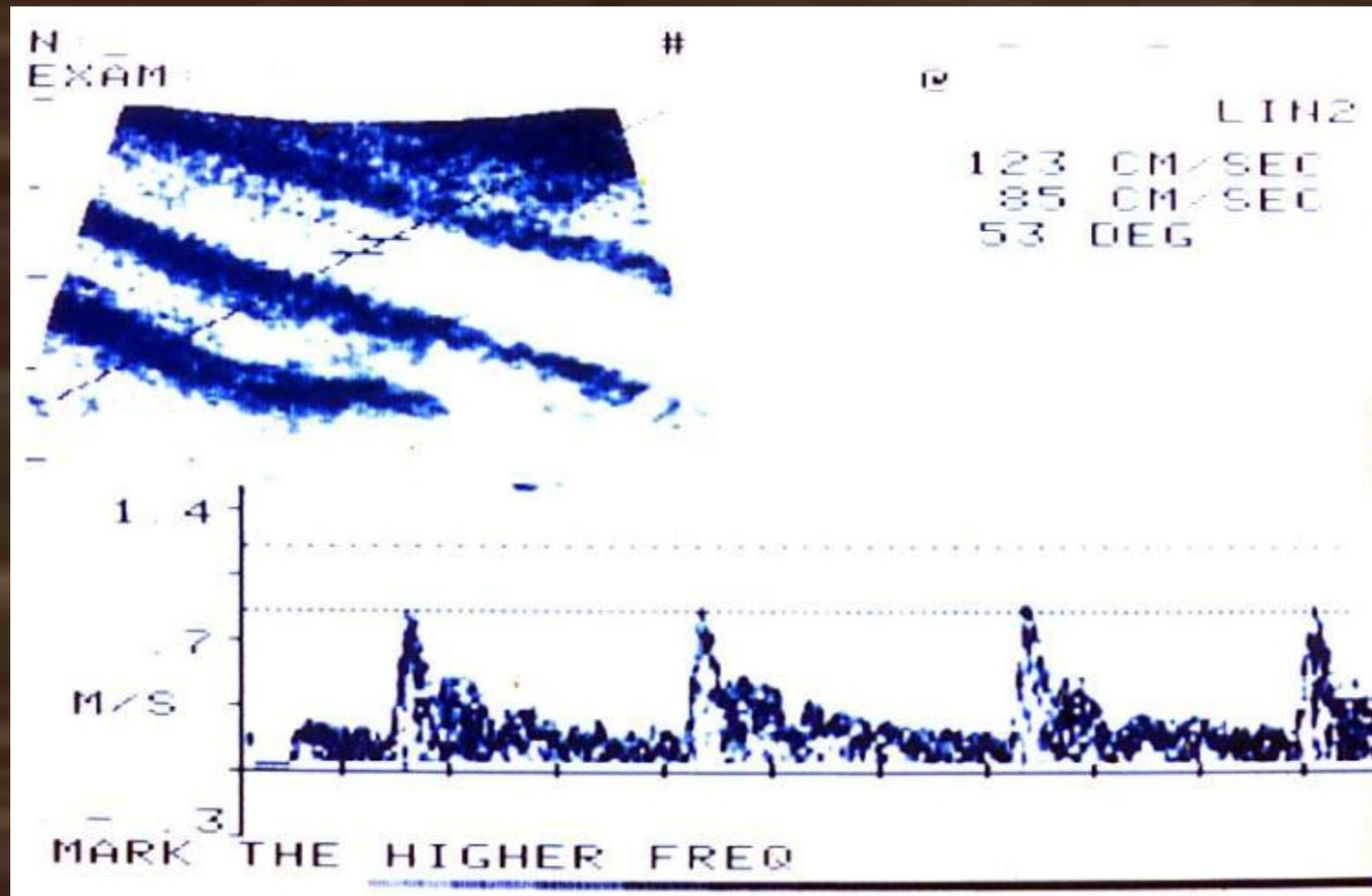


Указанные ПНМК
могут провоцироваться
резкой переменной
положения тела,
поворотом или
запрокидыванием
головы, реже
стереотипными
движениями с
поднятыми руками.

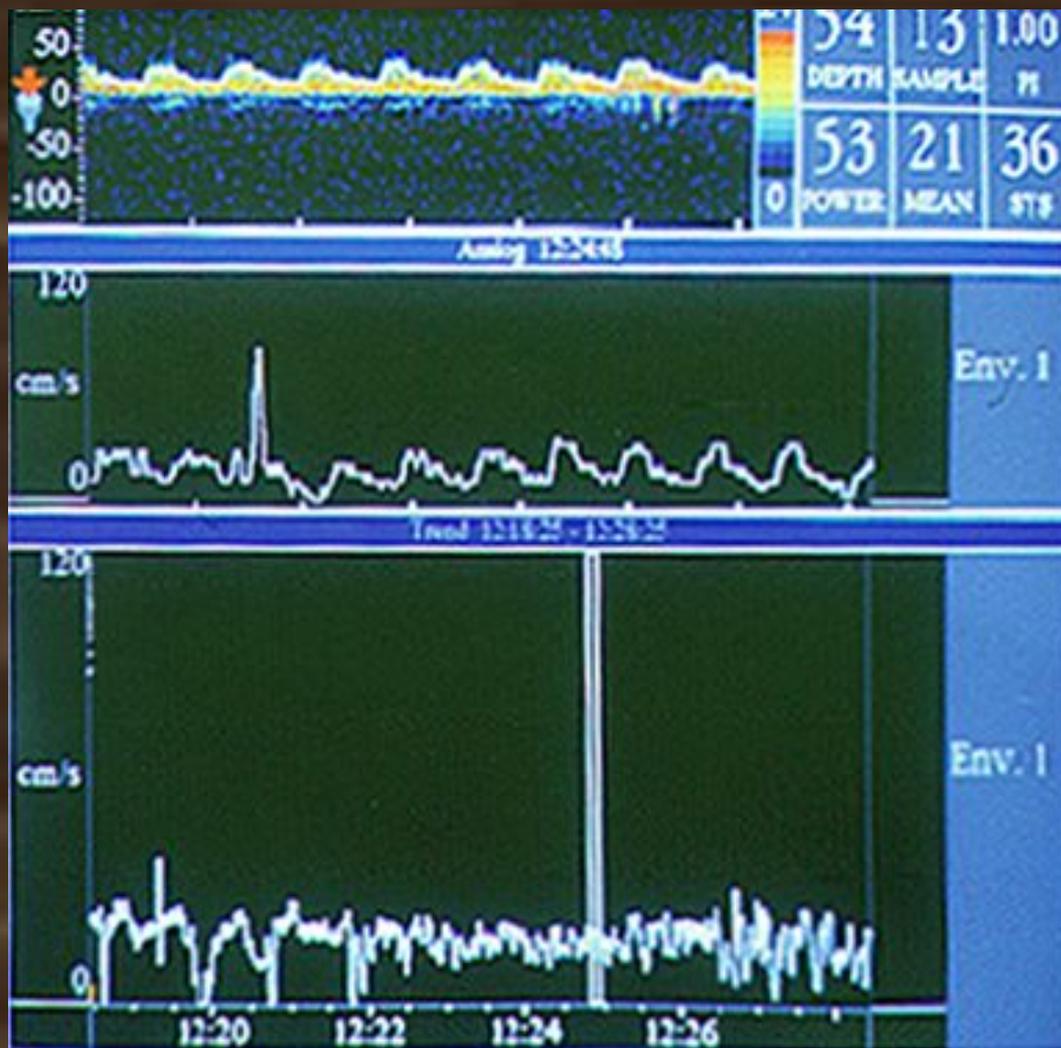
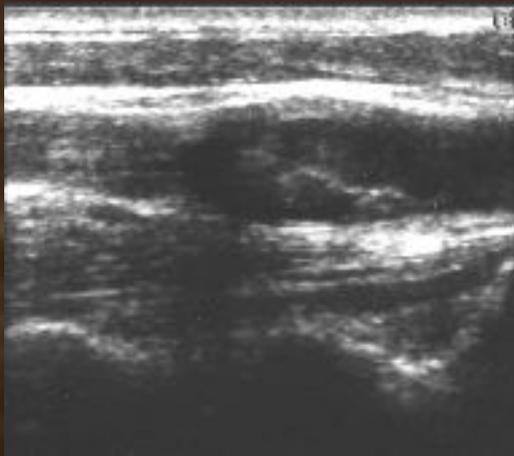
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПНМК

- I. Обморок
 - 1) ортостатический
 - 2) вазовагальные – СГКС (синдром гиперсенситивности каротидного синуса)
 - 3) от кровопотери
 - 4) от интоксикации (белладонна, уремия)
 - 5) от нарушений сердечного ритма (Эдамс-Стокс, пролапс митрального клапана)
- II. Petit mal
- III. Гипогликемия
- IV. Полицитемия
- V. Синдром Меньера
- VI. Периферический парез

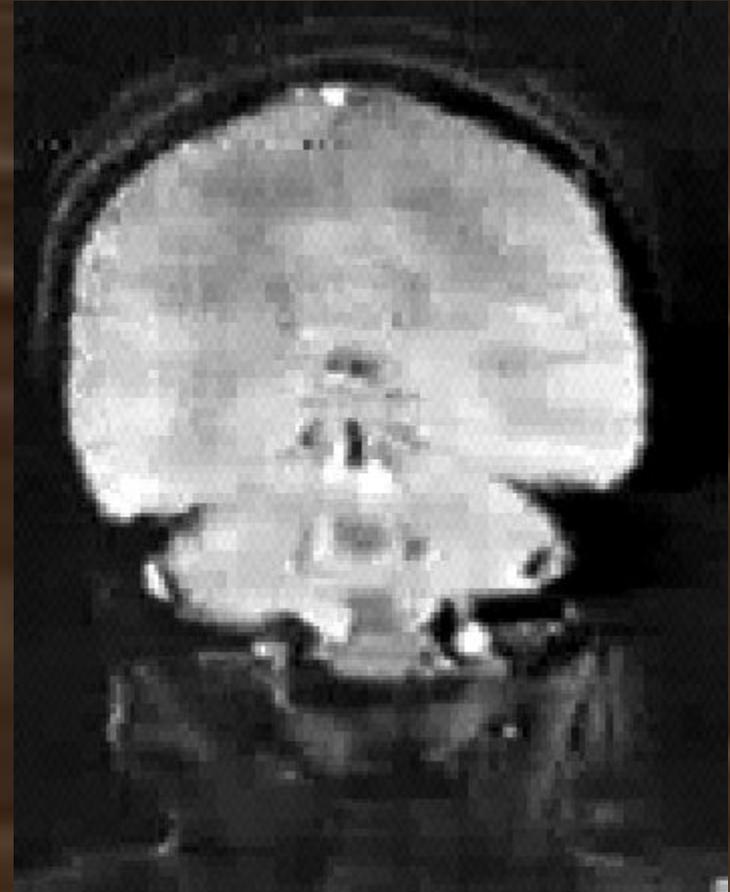
Дуплекс



ТКД мониторинг



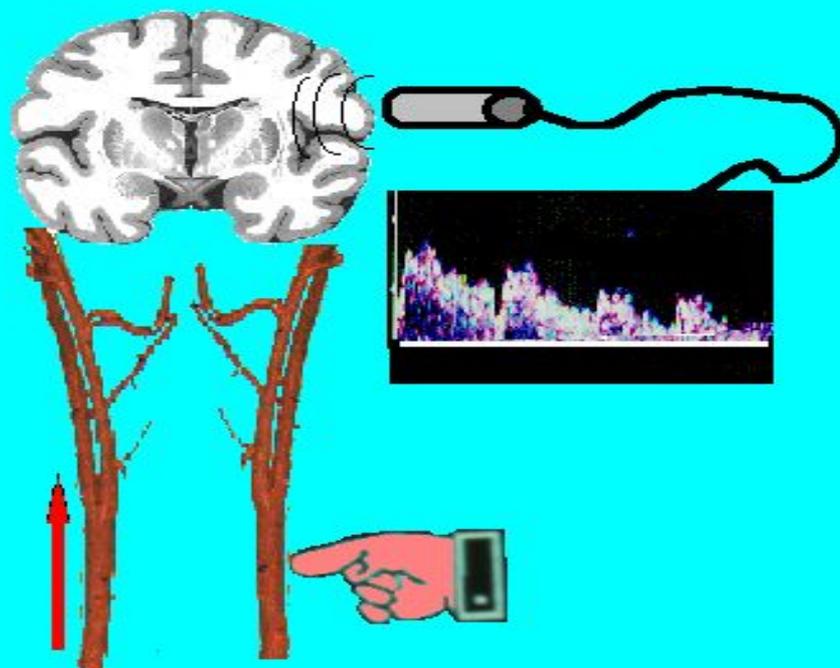
Инструментальная диагностика ТИА. КТ и МРТ.



Чаще не выявляют патологии. В 15 – 18 % либо небольшие «лакуны» в подкорковой области, либо умеренный лейкоареоз в перивентрикулярных областях.

Инструментальная диагностика ТИА.

Особое значение имеет УЗ – мониторинг с компрессионными пробами – что выявить момент, длительность, массивность и темп артерио-артериальной эмболии.



**При каротидных
компрессиях риск
ятрогенных артерио-
артериальных эмболий
возрастает в 5-10 раз!**

Инструментальная диагностика ТИА.

Около 25 % больных с ТИА страдают также сочетанными стенозами МАГ и конечностей.

Тепловидение и ультразвук обычно четко объективизируют наличие, сторонность, уровень и степень сужений артерий конечностей.

Подавляющее большинство указанных пациентов – заядлые курильщики.

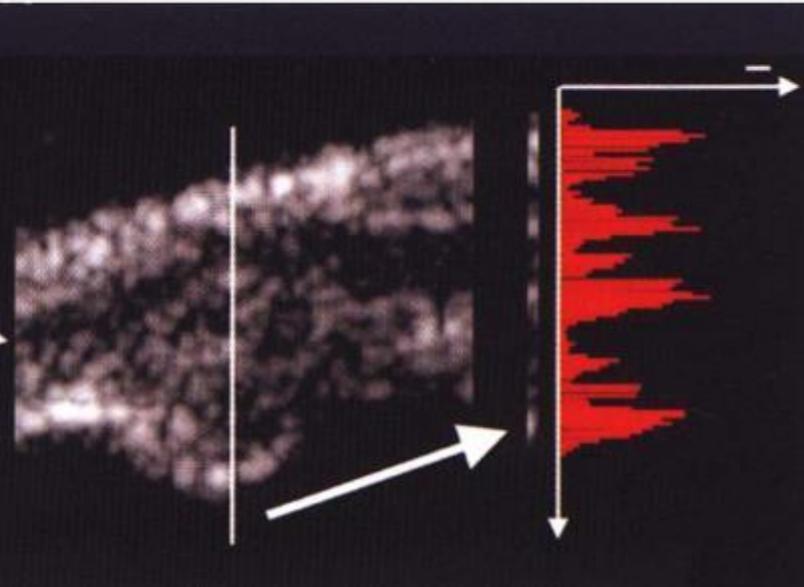
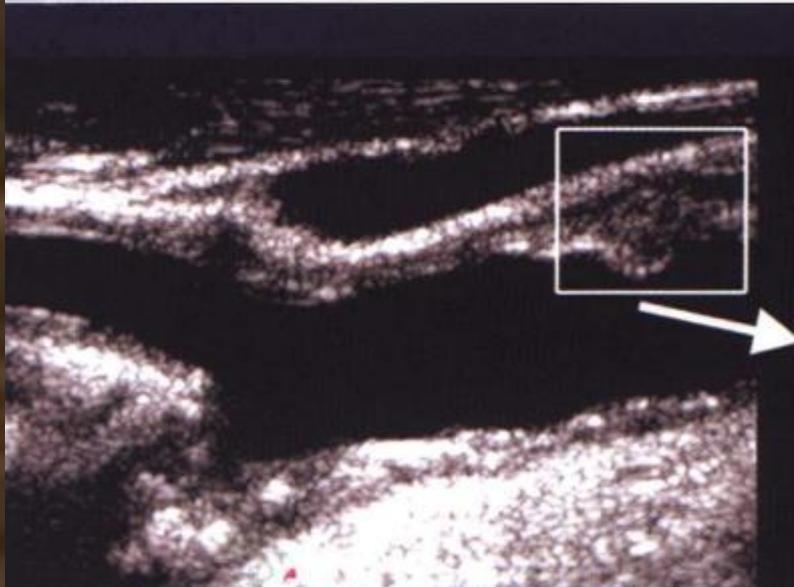
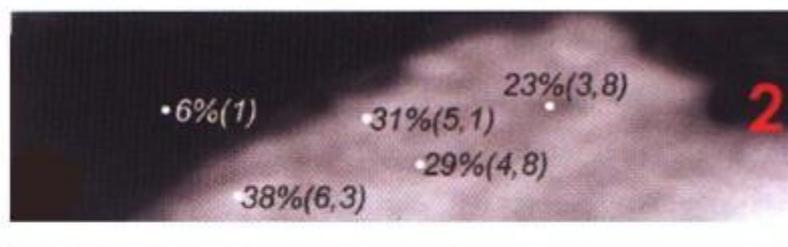
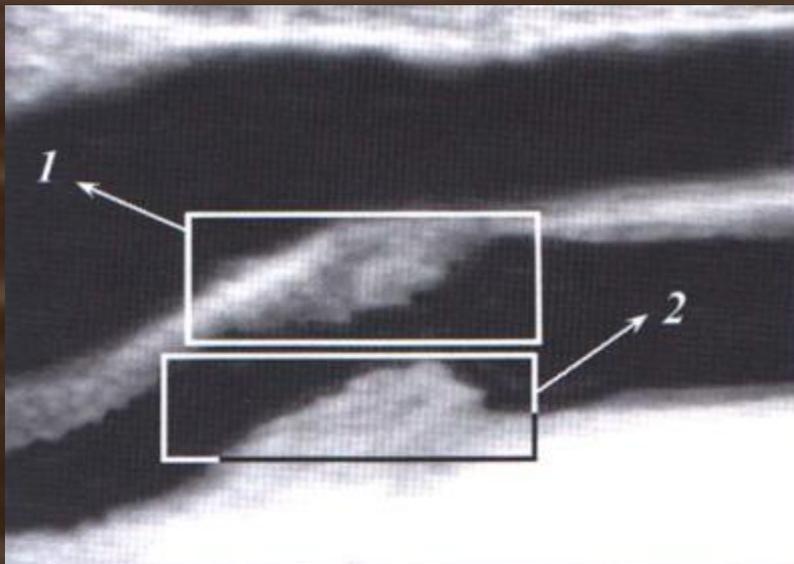
ПРОГНОЗ ТИА

Каротидный бассейн	Вертебральный бассейн
ТИА в 4 раза реже	ТИА в 4 раза чаще
Инсульт в 4 раза чаще	Инсульт в 4 раза реже
Значительнее протяженность пораженных структур	Ограниченное пространство ишемического эпизода
Субклинические проявления	Яркая симптоматика
Более позднее обращение к врачу	Раннее обращение за медицинской помощью
Позднее начало терапии	Активное и более раннее лечение

Хирургическое лечение.

Вслед за периодом высокой активности ангионейрохирургов в 50-70 годы, широко применявшими каротидную эндартерэктомию, экстра-интракраниальное шунтирование, вопрос о хирургическом лечении больных с каротидными ТИА, сегодня следует обсуждать только при явном учащении, углублении и увеличении по длительности эпизодов ПНМК на основе доказанного УЗИ или МРТ стеноза сонной артерии, особенно при наличии изъязвленной бляшки или тромба.

Компьютерная денситометрия



Единой классификации бляшек сейчас нет

Основные критерии

- Плотная - мягкая
- Поверхность гладкая - изъязвленная

Особенно важны

- Акустическая тень (степень кальцинации)
- Стабильность или подвижность

"Каротидные" дни

Безвыборочное **дуплексное обследование**
"неневрологических" больных ≥ 60 лет.

Всего изучено 287 пациентов.

Дуплекс - атеросклероз СА от утолщения
КИМ до стенозирующих бляшек у 92%.

Рентгенограммы мягких тканей шеи -
обизвествление СА у 29%.

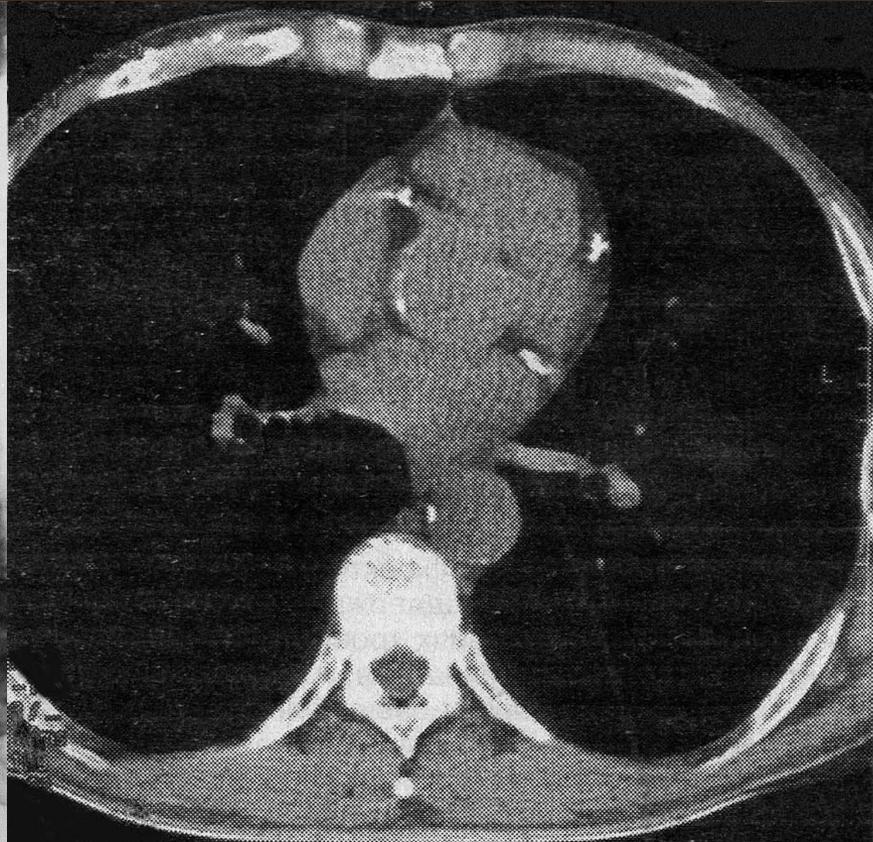
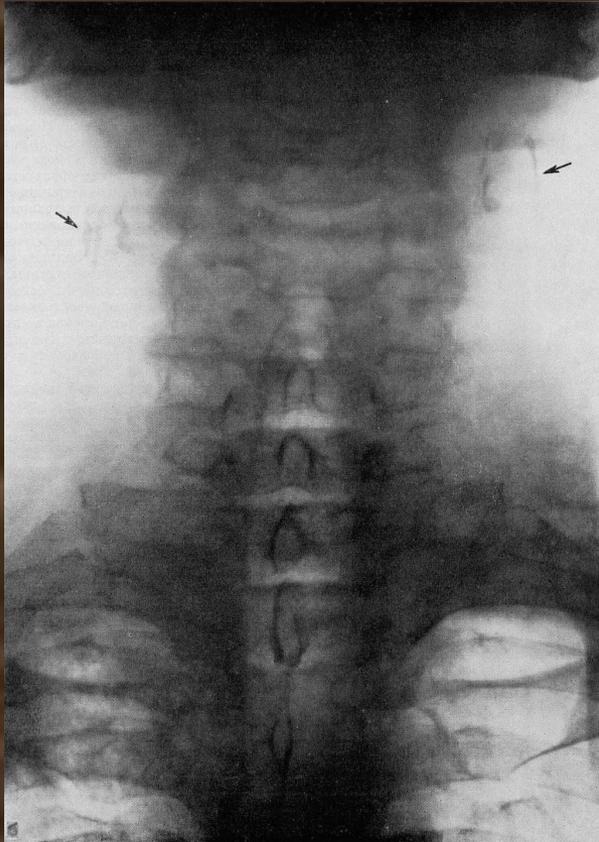
Как улучшить диагностику атеросклероза СА

- Уточнение анамнеза на наличие возможных каротидных ТИА.
- Тщательное физикальное ангионеврологическое обследование (осмотр, пальпация, аускультация).
- Осмотр глаз на предмет исключения ишемии передней камеры.

Как улучшить диагностику атеросклероза СА

- **Оценка Рентгенограмм мягких тканей шеи.**
- **Рекомендации коллегам УЗИ-стам при осмотре щитовидной железы обращать внимание на сонные артерии.**
- **Дуплекс-триплекс-3D реконструкция. Суммарный стеноз истоков МАГ, ЦВР, коллатерали! Эндотелийзависимая вазодилатация, эластичность СА, скорость пульсовой волны, использование контраста и исследование vasa-vasorum бляшки.**

Скрининг атерокальциноза сердца и мозга?!



Как улучшить диагностику АСА?

Дополнить традиционный протокол рентгенологического и УЗ исследования подпунктом: состояние сонных артерий

ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №6 УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ф.И.О. _____ возраст лет. _____
Расположение: _____ обычное _____ загрудинное.
Правая доля:
Размеры:
Контурь _____ ровные _____ неровные.
Структура: _____ однородная _____ неоднородная.
Эхогенность: _____ сохранена _____ гипозхогенна _____ гиперэхогенна.
Объемные образования: _____

Левая доля:
Размеры:
Контурь _____ ровные _____ неровные.
Структура: _____ однородная _____ неоднородная.
Эхогенность: _____ сохранена _____ гипозхогенна _____ гиперэхогенна.
Объемные образования: _____

Перешеек:
Размеры:
Контурь _____ ровные _____ неровные.
Структура: _____ однородная _____ неоднородная.
Эхогенность: _____ сохранена _____ гипозхогенна _____ гиперэхогенна.
Объемные образования: _____

Состояние сонных артерий и яремных вен:

Дата: _____ Врач: _____

ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №6 РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

" _____ " _____ 200 _____ г.
Ф.И.О. _____ возраст лет. _____
Рентгенография шейного отдела позвоночника:

Мягкие ткани шеи в проекции сонных артерий:

Врач: _____