

Транзиторная ишемическая атака (ТИА)

[Руководства АЛГОМ](#)

17.05.2013 Последнее изменение 17.01.2018

Авторы:

Ристо Ройне

Под редакцией:

доцента кафедры фундаментальной и клинической фармакологии
Института фундаментальной медицины и биологии Казанского
(Приволжского) федерального университета, врача-невролога высшей
категории, к.м.н. Т.Р. Абакумовой

[Главное](#)

[Диагностика](#)

[Лечение](#)

[Нормативные документы](#)

[Дополнительные ресурсы](#)

Главное

- Транзиторная ишемическая атака (ТИА)- это кратковременное неврологическое функциональное нарушение, вызванное местной ишемией головного мозга или сетчатки (глаза). Соответствующая клиническая симптоматика, как правило, длится менее часа. Томографические методы исследования не выявляют признаки церебрального инфаркта, несмотря на схожую симптоматику
- Томография мозга - единственный способ дифференцировать ТИА и церебральный инфаркт с кратковременной симптоматикой. Если явления ишемии длятся более одного часа, то у пациента, вероятнее всего, церебральный инфаркт, а не ТИА.
- Причины возникновения ТИА такие же, как и у церебрального ишемического инфаркта (инсульта), т.е. атероматозные бляшки на интима магистральных сосудов, микроангиопатия или кардиогенная эмболия.
 - ТИА также могут быть вызваны нарушениями гемодинамики, поэтому некоторые другие церебральные заболевания могут (хорошо) имитировать транзиторную ишемическую атаку
- Почти у 10% пациентов после первичной ТИА развивается церебральный инсульт в течение недели, а у 10-20% - в течение 3-х месяцев. Каждый четвертый пациент, перенесший церебральный инсульт, имеет в анамнезе ТИА.
- ТИА, которая произошла в течение последних 1-2 недели, обычно требует направления больного в отделение интенсивной терапии, особенно если этиология неизвестна, а направление медикаментозного лечения четко не сформулировано. Исследования показали, что проведенное (полное) обследование и вторичная профилактика, начатая в экстренном порядке, на 80% снижают риск церебрального инфаркта в первые 3 месяца (после перенесенной ТИА).

- Применение шкалы оценки риска ТИА и срочное проведение (нейровизуализационных) методов обследования могут изменить действующие рекомендации, поскольку плановое стационарное лечение может оказаться ненужным.

Диагностика

- Основана на данных анамнеза пациента
- Симптомы при поражении сонной артерии - гемипарез или гемипарестезия, преимущественно в верхних конечностях, с ассоциированным парезом нижней половины лица.
- При ишемии доминирующего полушария головного мозга дисфазия может выступать единственным симптомом ТИА.
- Потеря зрения на один глаз (amaurosis fugax) указывает на ипсилатеральную ишемию сетчатки. Обычно это может быть связано с эмболией сонной или базилярной (основной) артерий.
- Типичный симптом поражения в вертебробазиллярном бассейне - головокружение, которое сопровождается стволовыми и мозжечковыми проявлениями (расстройствами) (диплопия, дисфагия, дизартрия, онемение и парез (односторонний или двухсторонний)). Только один симптом головокружения не указывает на нарушение мозгового кровообращения.
- Временная утрата мышечного тонуса нижних конечностей (дроп-атака), бинокулярная слепота и мерцание перед глазами могут также являться симптомами вертебрально-базиллярной ТИА.
 - В дифференциальной диагностике нечеткость зрения ("пелена" перед глазами) чаще всего связана с предобморочным состоянием, а мерцание перед глазами, как правило, с мигренозной аурой.

Клиническое обследование и симптомы, указывающие на ТИА

- Диагноз ТИА подтверждается при выполнении методов визуализации головного мозга (КТ или МРТ). КТ головного мозга проводится во многих больницах и является основным исследованием из-за доступности, цены и скорости проведения. Диффузионно-взвешенная МРТ головного мозга более надежна для выявления раннего ишемического изменения характера сигнала, которое может быть связано с высоким риском развития инсульта. При признаках ишемии головного мозга требуется срочная госпитализация. При беременности всегда используется метод МРТ-сканирования.
- Характер проявлений транзиторной ишемической атаки и определение бассейна сосудистого поражения позволяют предположить этиологию заболевания. Установление точной этиологии необходимо для выбора оптимального профилактического лечения. Пациенты с ТИА имеют высокий риск развития повторных инсультов и других сосудистых заболеваний.
- Обследование для выявления причин ТИА должно проводиться в экстренном порядке на базе специализированной больницы. Клиническое обследование, как правило, включает ультразвуковые исследования сонных артерий. Необходимо дать клиническую оценку состояния сердечно-сосудистой системы, чтобы выявить другие проявления атеросклероза сосудов и диагностировать возможные

заболевания сердца эмболического генеза.

- Фибрилляция предсердий- одна из основных кардиогенных причин ТИА, но также должны быть учтены следующие заболевания: пороки клапанов сердца, наличии искусственных клапанов сердца, инфаркт миокарда, расширенная (дилатационная) кардиомиопатия, эндокардиты и аортальный атероматоз.
- Если в больнице есть эффективное отделение амбулаторного лечения ТИА, как правило, только один из четырех пациентов с ТИА госпитализируется, а профилактическое лечение у пациентов с низким риском инсульта начинается только в чрезвычайной ситуации.
- Клиническое обследование должно включать пальпацию периферического пульса и измерение артериального давления на обеих руках.
- Общий анализ крови, определение СОЭ, анализ на С-реактивный белок, анализ крови на уровень глюкозы и липидный профиль.
- Всегда необходимо проводить ЭКГ и рентгенограмму органов грудной клетки.
- Для ТИА с редкими причинами развития: см. Церебральный инфаркт [1](#).

Дифференциальная диагностика

- Мигрень [2](#)
- Обморок (синкопе) [3](#)
- Эпилепсия [4](#)
- Заболевания внутреннего уха с приступами головокружения (вертиго)
 - Болезнь Меньера [5](#)
 - Вестибулярный неврит
 - Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение [6](#)

Лечение

Неотложное лечение

- Пациент, способный к самообслуживанию, которому требуется интенсивная терапия, должен быть немедленно отправлен в отделение реанимации и интенсивной терапии соответствующей больницы или в неврологическое отделение, если с момента появления симптомов ТИА прошло не более 1-2 недели
- Если пациент обращается за помощью позже, обследование можно проводить амбулаторно. При повторных ТИА необходимо срочное обследование.
- Если этиология ТИА установлена и уже назначено соответствующее лечение, необходима консультация с неврологическим отделением, прежде, чем направить туда пациента.

Антитромбоцитарные препараты

- Даже при подозрении на ТИА при отсутствии противопоказаний следует назначить Acidum acetylsalicylicum (ацетилсалициловую кислоту) .
 - Варианты антитромботической терапии: комбинация Acidum acetylsalicylicum (ацетилсалициловой кислоты) и Dipyridamololum (дипиридамола) 25/200 мг два раза в сутки, Clopidogrelum (клопидогрел) 75 мг один раз в день или монотерапия Acidum

acetylsalicylicum (ацетилсалициловой кислотой).

- Если во время проведения антитромботической терапии возникает новое сосудистое событие, то этиологию и методы устранения факторов риска следует оценивать заново (пересмотреть). Изменение антитромботической терапии, в этом случае, не является достаточной мерой.
- Комбинация Acidum acetylsalicylicum (ацетилсалициловой кислоты) и Dipyridamolum (дипиридамола) равно эффективна с монотерапией Clopidogrelum (клопидогрелем). [A](#). Еще одно показание к назначению Clopidogrelum (клопидогреля) - это сопутствующие заболевания периферических артерий. При ишемической болезни сердца (у пациента) следует также рассмотреть возможность назначения Clopidogrelum (клопидогреля).
- ТИА - показание к применению статинов; но особенно для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (склероз сонной артерии или ишемическая болезнь сердца) назначение статинов обязательно даже при нормальных показателях холестерина.

Антикоагулянтная терапия

- Если ТИА развивается на фоне кардиальной патологии, показано назначение Warfarin (варфарина) одновременно с гепаринотерапией, чтобы избежать протромботических состояний, ассоциированных с приемом препарата (варфарина).
- Если причина ТИА не в кардиальной патологии, применение Warfarin (варфарина) может быть целесообразна в первые 3 месяца, но доказательной базы в отношении его клинической эффективности нет [A](#).
- Перед назначением антикоагулянтов необходимо проведение КТ головного мозга.

Хирургическое лечение (эндартерэктомия)

- Хирургическое лечение должно проводиться в течение 2 недель с момента возникновения ТИА при отсутствии противопоказаний, и общий риск осложнений (инсульт и смерть) должен составлять не более 6%.
- Хирургический метод лечения показан при тяжелом стенозе (70-99%) сонной артерии пациентам, перенесшим ТИА, инфаркт сетчатки или инсульт в области стенозированной артерии, и которые реабилитированы и готовы к самостоятельной жизни. [A](#).
- Хирургическое вмешательство может быть рассмотрено у бессимптомных больных в возрасте до 75 лет при наличии выраженного стеноза сонной артерии (70-99%).
 - Бессимптомный каротидный стеноз представляет повышенный риск инсульта и является показанием для проведения эффективной первичной и вторичной профилактики, независимо от возможного хирургического вмешательства.
- Хирургическое вмешательство противопоказано:
 - когда стеноз интракранеальных сосудов больше, чем стеноз сонной артерии
 - при полной окклюзии сонной артерии
 - пациентам, перенесшим обширный инсульт с минимальным восстановлением или значительным изменением уровня сознания
 - и при сердечно-сосудистых заболеваниях нестабильная стенокардия,

инфаркт миокарда за последние 6 месяцев, застойная сердечная недостаточность, высокое артериальное давление и т.д..

- Если пациент входит в группу очень высокого риска (неконтролируемые артериальная гипертензия и диабет, нестабильная стенокардия или серьезное системное заболевание) ожидаемый эффект от оперативного вмешательства должен быть сопоставлен с возможными рисками.
- При принятии решения об оперативном вмешательстве необходима консультация невролога и сосудистого хирурга.

Вторичная профилактика

- Антитромбоцитарные препараты и статины, а также антигипертензивные препараты (особенно ингибиторы АПФ и АТР блокаторы) показали себя эффективными в предотвращении инсультов и ТИА. Бета-блокаторы в этом случае не рекомендованы к назначению. В зависимости от причин заболевания, в среднем 80-90% цереброваскулярных событий можно предотвратить комплексом мероприятий вторичной профилактики.
- Снижение артериального давления - единственная наиболее эффективная мера вторичной профилактики. Это относится не только к пациентам с артериальной гипертензией.
- Наиболее важные изменения образа жизни включают отказ от курения, диета с низким содержанием жиров, снижение избыточной массы тела и увеличение физических нагрузок.

Нормативные документы

- [1](#) Национальные клинические рекомендации. Национальная ассоциация по борьбе с инсультом. Клинические рекомендации по ведению больных с ишемическим инсультом и транзиторными ишемическими атаками.

Дополнительные ресурсы

- Кокрейновские обзоры [1](#)
- Другие резюме доказательств [1](#)
- Дополнительная литература [1](#)

Под редакцией: доцента кафедры фундаментальной и клинической фармакологии Института фундаментальной медицины и биологии Казанского (Приволжского) федерального университета, врача-невролога высшей категории, к.м.н. Т.Р. Абакумовой

Предыдущие авторы: Марьяна Луйсто

Последний пересмотр и обновление 17.05.2013 Последнее изменение 17.01.2018

Идентификатор статьи: ebr00762 (036.020)

© Duodecim Medical Publications Ltd, MediAxel OY, ООО АЛГОМ