

АНАЛИЗ КАТАМНЕЗА БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ТРАНЗИТОРНУЮ ИШЕМИЧЕСКУЮ АТАКУ

М. М. ОРОС

CASE HISTORY ANALYSIS OF THE PATIENTS WHO SURVIVED TRANSITORY ISCHEMIC ATTACK

М. М. OROS

Клиника «Водолей», Хуст, Закарпатская обл., Украина

В результате катamnестического обследования больных через год после перенесенной транзиторной ишемической атаки выявлена четкая корреляция между возрастом пациента и частотой развития в течение этого периода ишемического инсульта. Показано, что инсульт возникает у больных с низким показателем индекса цереброваскулярной реактивности.

Ключевые слова: транзиторная ишемическая атака, катamnез, доплерография, индекс цереброваскулярной активности.

Case history analysis of the patients a year after transitory ischemic attack revealed a distinct correlation between the age of the patient and the incidence of ischemic stroke development during this period. It is shown that stroke develops in patients with low indices of cerebrovascular reactivity index.

Key words: transitory ischemic attack, case history, Doppler ultrasonography, cerebrovascular reactivity index.

В последние годы во всем мире наблюдается рост количества цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ). Основное место среди них занимают мозговые инсульты, которые ежегодно поражают от 5,6 до 7,0 млн людей [1]. Транзиторную ишемическую атаку (ТИА) ежегодно переносят 50 тыс. американцев, из которых у каждого третьего она предшествует инсульту [1]. После перенесенной ТИА риск развития инсульта повышается за год в 13–16 раз, а за 5 лет — в 7 раз [2]. В 14% случаев после ТИА развивается ишемический инсульт на протяжении одного года [2], а приблизительно у 1/3 больных с ТИА на протяжении следующих 5 лет развивается инсульт [1, 2]. Учитывая это, следует считать обследование и лечение больных, которые перенесли ТИА, первоочередной задачей для профилактики инсульта.

За последние годы проведено большое количество исследований, целью которых было установить наиболее адекватный метод профилактики инсульта. По данным Ч. П. Варлоу [3], предупреждение инсульта после ТИА мало влияет на показатели заболеваемости, но важно для конкретного пациента. Главной задачей является определение причины ТИА и при этом проведение адекватной профилактики инсульта. Больные, перенесшие ТИА, являются группой «высокого риска» инсульта. Поэтому необходимо иметь прогностические критерии для каждого из них для проведения активных профилактических и лечебных мероприятий. Среди инструментальных методов обследования наиболее доступной и неинвазивной методикой является доплерография, которую можно проводить

всем больным в качестве скрининга — метода для определения дальнейшего обследования и лечения. Однако мнения авторов относительно стандартизации методики доплерографии и прогностической ценности цереброваскулярной реактивности сосудов головного мозга расходятся [2, 3].

Целью настоящей работы был анализ катamnеза больных, перенесших ТИА, в зависимости от возраста больного в момент атаки, этиологического фактора транзиторной ишемии и выявления прогностической значимости индекса цереброваскулярной реактивности.

Нами были обследованы 104 больных, перенесших ТИА (диагноз подтвержден врачом — невропатологом). Среди них было 65 женщин и 39 мужчин в возрасте от 31 года до 78 лет. Обследование, согласно первому этапу диагностики у больных, перенесших ТИА, включало клинические анализы крови и мочи, анализ на сахар крови, холестерин плазмы и электрокардиографию [3].

Допплерографическое исследование проводилось всем больным и включало выполнение полного протокола церебральной доплерографии по И. А. Вознюку с соавт. [4]. Исследование проводили на многоокончатом ультразвуковом доплеровском приборе для периферических и транскраниальных обследований «Сономед 325-М» фирмы Спектрмед (Россия). Было проведено также ультразвуковое обследование в В-режиме датчиком 7,5 МГц каротидных сосудов пациентов на аппарате «Ultramark-8» (Германия). 28 больным было проведено электроэнцефалографическое обследование на 16-канальном приборе фирмы «DX-Complex» (Украина).

Для дальнейшего обследования больные были направлены в областную больницу или Центр неврологии и нейрохирургии в г. Ужгород, где в зависимости от показаний им были проведены компьютерная томография головы, селективная церебральная ангиография, эхокардиография, суточный мониторинг ЭКГ, а в некоторых случаях больных направляли в другие диагностические центры для проведения магниторезонансной томографии и ангиографии. При особых показаниях были использованы дополнительные методы обследования [5].

Катамнестическое обследование проводили через год после перенесенной ТИА. Всем больным были разосланы анкета-опросник и приглашение для переосвидетельствования и доплерографии, а при необходимости — проведения специальных дополнительных обследований. Мы получили ответ от 89 больных, катамнез других 15 человек установили с помощью телефонного опроса или визита к больному. Повторно через год после ТИА были обследованы 86 человек — 82,7%. По результатам обследования больных разделили на пять групп. В первую вошли пациенты, у которых на протяжении года не было осложнений; во вторую — те, кто перенес повторную ТИА; в третью — перенесшие инсульт; в четвертую — больные, умершие от инсульта; в пятую — умершие от других сосудистых катастроф. Был проведен анализ корреляции между данными катамнестическими группами и возрастом больных, установленным этиологическим фактором, индексом цереброваскулярной реактивности и продолжительностью ТИА. Все четыре критерия были установлены у больных на момент первой ТИА.

Оказалось, что наибольшее количество инсультов было у больных старшего и преклонного возраста — 18,3 и 11,09% соответственно, а меньше всего у больных молодого возраста. Детальный анализ катамнестических данных в зависимости от возраста больных представлен в табл. 1.

На протяжении года после перенесенной ТИА, как видно из данных таблицы, умерли 5 больных, что составляет 4,8%, причем трое из них (2,8%) умерли вследствие заболеваний сердца, а два человека (1,9%) — после перенесенного ишемического инсульта. Повторные ТИА на протяжении года были зафиксированы у 12 пациентов, ишемические инсульты развились у 13, причем два из них имели летальный исход. Таким образом, риск возникновения инсульта на протяжении одного года после перенесенной ТИА был равен 12,5%. Риск повторной ТИА или ишемического инсульта составил 24,08%, а общий риск сосудистых катастроф в исследованной группе больных — 26,9%. Такие показатели можно объяснить категоричным отказом части больных от вторичной профилактики инсульта, в частности хирургической, и недостаточным проведением медикаментозной профилактики острых нарушений мозгового кровообращения. Приведенные данные свидетельствуют также о том, что вероятность развития инсульта после перенесенной ТИА четко коррелирует с возрастом

больного и увеличивается в 1,5–2 раза в каждой последующей возрастной группе. Подобные данные были получены в работе [2].

Важным прогностическим фактором является анализ корреляции между этиологическим фактором ТИА и вероятностью инсульта. Выявлению наиболее агрессивной причины ТИА был посвящен ряд исследований, но установить прогностически наиболее значимые факторы не удалось [2–4]. Поэтому нами был проведен анализ катамнеза больных в зависимости от причины возникновения первой ТИА (табл. 2).

В данную таблицу были включены те этиологические факторы, которые были наиболее значимы для конкретного больного, и только те сосудистые изменения, которые имели гемодинамическое значение. Так, аномалии развития сосудов головного мозга и шеи были выявлены у 25 больных, но только у 6 из них они имели гемодинамическое значение, а в некоторых случаях аномалии развития были объединены с атеросклеротическими изменениями сосудов (рис. 1, 2).

Гемодинамическое значение патологии сосудов шеи было доказано с помощью транскраниальной доплерографии, при которой выявлено резкое снижение кровотока в бассейне патологически измененной артерии (рис. 3).

Согласно нашим данным, наибольший риск инсульта после перенесенной ТИА был у больных атеротромбоэмболией, кардиогенной эмболией и патологией мелких сосудов. Вероятность инсульта у больных с этой патологией была почти одинаковой, что свидетельствует об отсутствии одного ведущего, наиболее угрожающего в прогностическом плане, этиологического фактора ТИА. Поэтому на основе только трех наиболее частых факторов ТИА трудно говорить о прогнозе для конкретного пациента.

Еще в середине 1990-х годов было предложено

Таблица 1

Данные катамнеза больных с ТИА в зависимости от возраста

| Возраст, лет | Группы обследованных | | | | |
|---------------|----------------------|----------------|----------------|------------------|--------------|
| | первая, n = 76 | вторая, n = 12 | третья, n = 11 | четвертая, n = 2 | пятая, n = 3 |
| 30–44, n = 9 | 88,8 | 11,1 | — | — | — |
| 45–59, n = 42 | 83,3 | 7,1 | 7,1 | — | 2,4 |
| 60–74, n = 49 | 65,3 | 14,2 | 14,2 | 2,04 | 4,08 |
| 75–89, n = 4 | 25 | 25 | 25 | 25 | — |

Примечание. Здесь и в последующих таблицах — данные в %.

Зависимость между причинами ТИА у обследованных больных и данными анамнеза

| Этиология ТИА | Группы обследованных | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------|
| | первая, <i>n</i> = 76 | вторая, <i>n</i> = 12 | третья, <i>n</i> = 11 | четвертая, <i>n</i> = 2 | пятая, <i>n</i> = 3 |
| Атеросклероз (атеротромбоэмболия), <i>n</i> = 52 | 73,1 | 11,5 | 11,5 | 1,9 | 1,9 |
| Патология мелких интракраниальных сосудов, <i>n</i> = 22 | 72,6 | 9,1 | 9,1 | 4,5 | 4,5 |
| Кардиогенная эмболия, <i>n</i> = 21 | 71,4 | 9,5 | 14,2 | — | 4,7 |
| Мигрень, <i>n</i> = 1 | — | 100 | — | — | — |
| Опухоль мозга, <i>n</i> = 1 | 100 | — | — | — | — |
| Аномалии развития сосудов, <i>n</i> = 6 | 83,3 | 16,6 | — | — | — |
| Гематологические расстройства, <i>n</i> = 1 | 100 | — | — | — | — |

V = 120 см/с

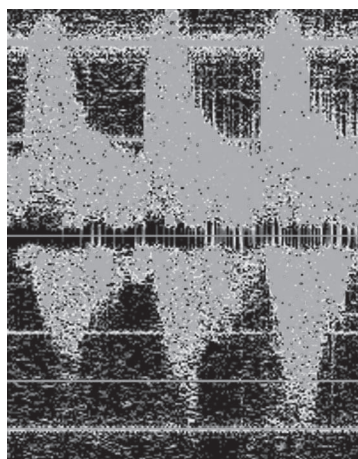


Рис. 1. Больная С. Допплерограмма (датчик 4 МГц) правой ВСА. Патологическая извилистость и признаки стеноза просвета артерии, наличие ретроградного кровотока, повышение скорости кровотока, отсутствие спектрального окна, «всклокоченная» верхушка доплерограммы

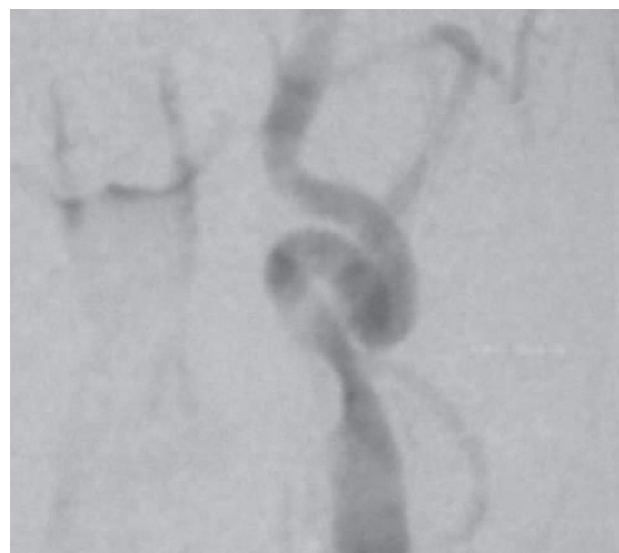


Рис. 2. Больная С. Ангиография правой ВСА, признаки патологической извилистости и стеноза

V = 40 см/с

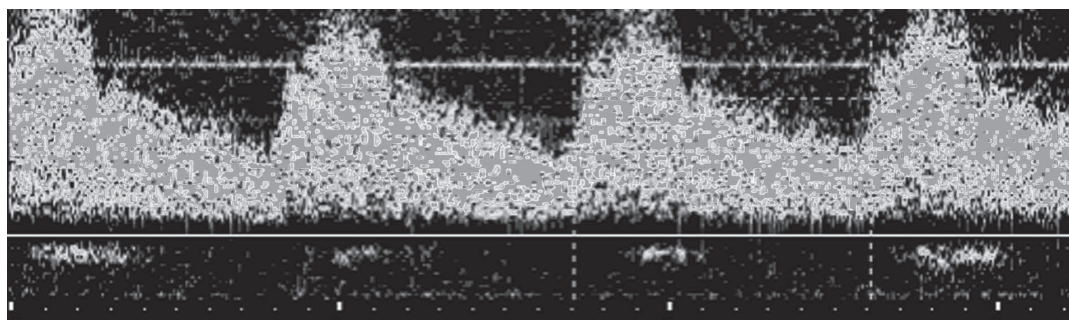


Рис. 3. Больная С. Допплерограмма (датчик 2 МГц, глубина 57 мм) правой СМА, резко снижена линейная скорость кровотока, M = 39,1 см/с

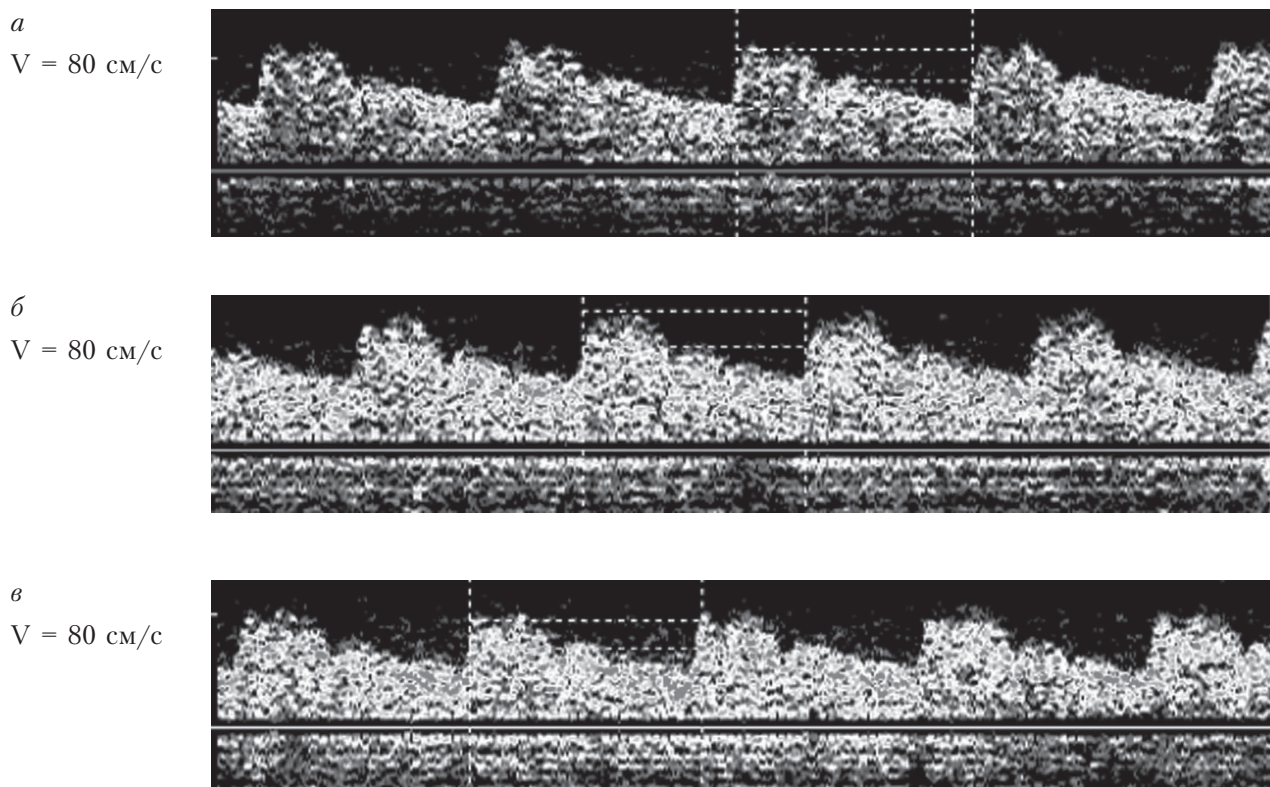


Рис. 4. Больная Т. Допплерограмма (датчик 2 МГц, глубина 55 мм) правой СМА: *a* — во время свободного дыхания; *b* — после задержки дыхания на 30 с; *c* — после секундной гипервентиляции

использовать для определения индивидуального прогноза у больных со стенозом ВСА оценку цереброваскулярного резерва мозга, но клиническое значение этой методики авторы не изучали. Учитывая это, мы провели определение индекса цереброваскулярной реактивности (ИЦВР) у больных, перенесших ТИА, и изучили катамнез этих больных через один год. ИЦВР определяли с помощью транскраниальной доплерографии в сосудистом бассейне, пораженном во время ТИА [4]. Полученные результаты представлены на рис. 4.

Корреляция между ИЦВР и катамнезом у больных, перенесших ТИА, показана в табл. 3.

Более всего инсультов наблюдалось в группе больных, которые после первой перенесенной ТИА имели ИЦВР меньше 40%. Согласно данным М. М. Одиночки [6], ИЦВР меньше 40% является патологическим даже у больных старческого возраста. У наших пациентов, у которых ИЦВР был больше 80% на протяжении года после перенесенной ТИА, не возникали ни инсульты, ни повторные ТИА. Наблюдается четкая обратная корреляция между величиной ИЦВР и сосудисто-мозговыми событиями на протяжении года после перенесенной ТИА. Летальность вследствие инсульта отмечалась только в группе больных с ИЦВР меньше 40%. Следует отметить, что у 11 больных, у которых сразу после перенесенной ТИА ИЦВР был

меньше 40%, во время обследования через год ИЦВР увеличился.

В настоящее время в мировой литературе по проблемам цереброваскулярной патологии ведется активная дискуссия относительно продолжительности ТИА. Некоторые ученые, в частности Fisher С. М., считают, что 24-часовое окно становится все менее адекватным диагностическим критерием. Нами был проведен сопоставительный анализ данных о продолжительности ТИА катамнестических данных через один год (табл. 4).

Четкой корреляции между продолжительностью ТИА и увеличением частоты повторной ТИА или инсульта на протяжении года не было выявлено. Возможно, это объясняется тем, что ТИА продолжительностью больше 5 мин сопровождается ишемическими изменениями в головном мозге [7], а вероятность инсульта как после ТИА, так и после ишемического инсульта примерно одинакова [3].

Таким образом, согласно полученным данным, частота возникновения инсульта на протяжении года после перенесенной ТИА наиболее велика у больных в возрасте старше 60, что дает основание считать такой возраст высоким фактором риска вероятного возникновения инсульта после перенесенной ТИА. Наиболее велика вероятность инсульта на протяжении года после перенесенной

Таблица 3

Корреляция данных катамнеза больных с разным ИЦВР

| ИЦВР | Количество больных | Группы обследованных | | | | |
|-------|--------------------|----------------------|----------------|----------------|------------------|--------------|
| | | первая, n = 76 | вторая, n = 12 | третья, n = 11 | четвертая, n = 2 | пятая, n = 3 |
| > 80 | 6 | 100 | — | — | — | — |
| 79–60 | 22 | 90,9 | 9,1 | — | — | — |
| 59–40 | 40 | 77,5 | 10 | 10 | — | 2,5 |
| < 40 | 36 | 52,7 | 16,6 | 19,4 | 5,5 | 5,5 |

Таблица 4

Соотношение продолжительности ТИА и данных катамнеза

| Продолжительность ТИА | Абс. количество больных | Группы обследованных | | | | |
|-----------------------|-------------------------|----------------------|----------------|----------------|------------------|--------------|
| | | первая, n = 76 | вторая, n = 12 | третья, n = 11 | четвертая, n = 2 | пятая, n = 3 |
| До 5 мин | 42 | 78,6 | 9,5 | 9,5 | — | 2,4 |
| 6–60 мин | 46 | 71,7 | 13,04 | 10,86 | 2,2 | 2,2 |
| Больше 1 ч | 16 | 62,5 | 12,5 | 12,5 | 6,25 | 6,25 |

ТИА у больных с атеротромбоэмболией, кардиогенной эмболией и патологией мелких интракраниальных сосудов, поэтому им должна проводиться интенсивная терапия. Полный комплекс диагностических и лечебных мероприятий должен также проводиться всем больным, перенесшим ТИА, независимо от ее продолжительности.

Высокую прогностическую ценность имеют данные доплерографического обследования больных, перенесших ТИА, а ИЦВР может служить прогностическим критерием вероятности инсульта после перенесенной ТИА, что следует учитывать при вторичной профилактике у этих больных.

Литература

1. Мищенко Т. С. Транзиторные ишемические атаки // www.medicusamicus.com. 2005.
2. Давид О., Фейлинг В., Браун Р. Руководство по цереброваскулярным заболеваниям.— М.: Медицина, 1999.— 645 с.
3. Варлоу Ч. П. Инсульт.— СПб: Аста, 1998.— 380 с.
4. Кузнецов А. Н., Вознюк И. А. Справочник по церебральной доплерографии.— СПб: СИМ, 1999.— 160 с.
5. Смоланка В. И. Хирургическое лечение острых ишемических нарушений мозгового кровообращения, вызванных патологией экстракраниальных отделов сонных артерий: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.— Ужгород, 2002.— 28 с.
6. Одиночка М. М. Практическое пособие по церебральной доплерографии.— СПб: ВИР, 2002.— 128 с.
7. Яворская В. А. Транзиторные ишемические атаки в клинической практике: диагностика и неотложная помощь в 21 веке // *Практ. ангиология*.— 2006.— № 1.— С. 5–8.

Поступила 15.01.2007