

ФАКТОРЫ РИСКА ТРАНЗИТОРНЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ АТАК У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Бахадирова М.А, Исамухамедова С.Ю.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

Актуальность. Транзиторная ишемическая атака (ТИА) представляет собой кратковременное нарушение мозгового кровообращения, сопровождающееся обратимыми очаговыми неврологическими симптомами и являющееся предвестником ишемического инсульта. По данным эпидемиологических исследований, в течение первых трёх месяцев после перенесённой ТИА инсульт развивается у 10–20 % пациентов, при этом наибольший риск приходится на первые 48 часов [1, 2].

Особую клинико-социальную значимость ТИА приобретает у пожилых пациентов, у которых наличие возрастных изменений сосудистой стенки, атеросклероза, гипертонической болезни, сахарного диабета, метаболического синдрома и хронических нарушений мозгового кровообращения способствует формированию множественных факторов риска [3,4]. Сочетание этих состояний приводит к снижению церебральной ауторегуляции, нарушению микроциркуляции и повышенной склонности к транзиторным ишемическим событиям.

Таким образом, изучение факторов риска транзиторных ишемических атак у пожилых пациентов является актуальной задачей современной ангионеврологии, направленной на раннее выявление угрожающих состояний и снижение частоты инсультов в геронтологической популяции.

Цель исследования. Определить основные факторы риска развития транзиторных ишемических атак у пожилых пациентов, оценить их частоту, сочетанность и клиническое значение, а также установить взаимосвязь между сосудистыми, метаболическими и возрастными предрасполагающими состояниями для оптимизации профилактики ишемических инсультов в данной группе больных.

Материал и методы исследования. Было исследовано 45 пожилых пациентов с ТИА, средний возраст $63,8 \pm 5,1$ лет, находившихся на лечении в неврологических отделениях Городской клинической больницы 1 города

Ташкента (Основная группа-ОГ). Группу сравнения (ГС) составили пациенты с ХИМ II стадии – 29 пациентов, средний возраст - 58,3±8,6 лет.

Среди пациентов преобладали лица мужского пола, гендерный индекс составил 1,4:1,0 в пользу мужчин. Важно отметить, что в 71,1 % случаев (n=32) был диагностирован мультифокальный атеросклероз с поражением сосудов сердца и мозга. Клинико-неврологическое обследование включало сбор анамнеза, анализ факторов риска, регистрацию очаговой неврологической симптоматики и определение длительности её сохранения. Оценка выраженности неврологических нарушений проводилась с использованием шкалы NIHSS, а функционального состояния — по шкале mRS (Modified Rankin Scale). Оценка риска инсульта осуществлялась по шкале ABCD², включающей возраст, уровень артериального давления, клинические проявления, длительность симптомов и наличие сахарного диабета. Инструментальные методы: компьютерная или магнитно-резонансная томография для исключения очагов инфаркта мозга; ультразвуковая доплерография экстракраниальных сосудов для оценки состояния кровотока.

Статистическая обработка результатов клинико–инструментальных исследований наших пациентов проводили методиками вариационной статистики в пакете программ Microsoft Office Excel-2019.

Результаты исследования. При дальнейшем анализе была проведена оценка поведенческих и социальных факторов. Полученные результаты продемонстрировали, что модифицируемые привычки (курение, гиподинамия, несбалансированное питание) значительно чаще встречались у пациентов с ТИА. Это позволило предположить, что именно образ жизни вносит дополнительный вклад в усугубление сосудистых нарушений и формирование риска повторных атак.

Наиболее распространённым фактором в обеих группах являлась низкая физическая активность (гиподинамия), которая регистрировалась у 52,7% пациентов ОГ против 40,0% в ГС ($p<0,05$). На втором месте по частоте находилось несбалансированное питание, отмеченное у 60,0% больных ОГ и 47,7% пациентов ГС ($p<0,05$). Эти данные указывают, что в популяции пожилых пациентов именно поведенческие привычки существенно усиливают влияние коморбидных факторов риска. Курение было характерно для 30,9% пациентов ОГ и лишь для 20,0% ГС ($p<0,05$), что подчёркивает значимость данного фактора в

развитии ТИА. Регулярное употребление алкоголя встречалось реже — у 21,8% в ОГ и у 13,8% в ГС, однако различия не достигли статистической значимости ($p > 0,05$). Хронический стресс отмечался у 38,2% больных основной группы и у 27,7% группы сравнения, что также не имело достоверных различий, хотя тенденция сохранялась. Социальная изоляция наблюдалась у 27,3% пациентов с ТИА и у 16,9% без ТИА, разница также оказалась статистически недостоверной.

Наряду с этим исследованы кардиоваскулярные и метаболические факторы, которые продемонстрировали ещё более выраженные различия между группами. Наибольшее значение имели артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет 2 типа, дислипидемия и ожирение. Среди кардиоваскулярных факторов наиболее частой была артериальная гипертензия (АГ), выявленная у 83,6% пациентов ОГ против 72,3% в ГС ($p < 0,05$). Ишемическая болезнь сердца (ИБС) отмечалась у 56,4% больных с ТИА и у 40,0% без ТИА ($p < 0,05$). Фибрилляция предсердий и другие аритмии встречались у 27,3% пациентов основной группы и у 13,8% группы сравнения ($p < 0,05$). Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) также регистрировалась чаще в ОГ — 34,5% против 21,5% в ГС ($p < 0,05$). Атеросклеротические изменения магистральных артерий головы (МАГ) выявлены у 50,9% пациентов с ТИА и у 30,8% без ТИА ($p < 0,05$). Среди метаболических факторов достоверно чаще в ОГ встречались: сахарный диабет 2 типа (34,5% против 18,5%; $p < 0,05$), метаболический синдром (43,6% против 27,7%; $p < 0,05$), дислипидемия (50,9% против 35,4%; $p < 0,05$) и ожирение (ИМТ > 30 кг/м²) (40,0% против 27,7%; $p < 0,05$).

Вывод. Полученные данные демонстрируют, что пожилые пациенты с ХИМ II стадии и ТИА чаще характеризуются наличием модифицируемых факторов риска, среди которых достоверно чаще встречаются курение, гиподинамия и несбалансированное питание. Эти результаты подчёркивают необходимость активной работы по коррекции образа жизни у данной категории больных, что может существенно снизить риск повторных ишемических событий. У пациентов с ТИА наблюдалась достоверно более высокая распространённость как кардиоваскулярных (АГ, ИБС, аритмии, ХСН, атеросклероз МАГ), так и метаболических факторов риска (СД 2 типа, метаболический синдром, дислипидемия, ожирение). Эти данные подчёркивают, что комбинация

сосудистых и метаболических нарушений значительно повышает вероятность развития транзиторных ишемических атак у пожилых пациентов с ХИМ II стадии, а комплексная коррекция данных факторов должна быть обязательным направлением вторичной профилактики инсульта.

Пример списка литературы

1. Easton J.D., Saver J.L., Albers G.W. Definition and evaluation of transient ischemic attack: a scientific statement for healthcare professionals. Stroke. 2009;40(6):2276–2293.
2. Rothwell P.M., Giles M.F. ABCD² score and secondary prevention after TIA. Lancet Neurology. 2020;19(3):220–228.
3. Markus H.S., Brainin M. Managing transient ischemic attack in the elderly. Lancet Neurology. 2021;20(9):735–747.
4. Кадыров Ф.Н., Шамалов Н.А. Современные аспекты диагностики и профилактики транзиторных ишемических атак. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2022;122(5):32–39.