

## **ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ТРАНЗИТОРНЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ АТАК У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ**

**Бахадирова М.А, Исамухамедова С.Ю.**

Центр развития профессиональной квалификации медицинских  
работников

**Актуальность.** Транзиторная ишемическая атака (ТИА) рассматривается как кратковременное нарушение мозгового кровообращения, сопровождающееся обратимыми очаговыми неврологическими симптомами, и является важнейшим предиктором развития ишемического инсульта. По данным эпидемиологических исследований, в течение первых трёх месяцев после перенесённой ТИА инсульт развивается у 10–20 % пациентов, причём наибольший риск приходится на первые 48 часов [1, 2].

Клиническая картина ТИА у пожилых пациентов отличается **многообразием и вариабельностью симптомов**, включая сочетание двигательных, чувствительных, речевых и координаторных расстройств, а также эпизоды когнитивного снижения и нарушений равновесия. В ряде случаев симптомы имеют стёртый, кратковременный или атипичный характер, что требует углублённого анализа структуры неврологических проявлений в зависимости от возраста и преморбидного фона [3, 4, 5].

Изучение клинических особенностей транзиторных ишемических атак у пожилых больных имеет важное **диагностическое и прогностическое значение**, поскольку позволяет своевременно распознавать угрожающие состояния, проводить раннюю профилактику инсульта и корректировать подходы к ведению пациентов старших возрастных групп.

**Цель исследования.** Изучить клинические особенности транзиторных ишемических атак у пожилых пациентов, определить структуру и частоту основных неврологических проявлений, их длительность и сочетанность, а также выявить связь клинических симптомов с ведущими сосудистыми факторами риска и возрастными изменениями цереброваскулярной системы.

**Материал и методы исследования.** Было исследовано 45 пожилых пациентов с ТИА, средний возраст 63,8±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 ABCD<sup>2</sup>, 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.** Анализ неврологического статуса пациентов основной группы показал, что у большинства из них ТИА протекали с минимальными очаговыми проявлениями, которые были зафиксированы при применении стандартизированных шкал. По шкале **NIHSS** средний балл составил **1,8 ± 0,7**, что соответствует лёгким неврологическим нарушениям. Наиболее часто отмечались кратковременная дизартрия, лёгкая асимметрия лицевых мышц и парестезии. Несмотря на то, что у 38,2% пациентов показатели NIHSS равнялись нулю, почти половина больных имела 1–2 балла, что указывает на транзиторный, но объективно фиксируемый неврологический дефицит. При оценке по **модифицированной шкале Рэнкина (mRS)** большинство пациентов (92,7%) имели показатели **0–1**, что свидетельствует о сохранении функциональной независимости. Однако у 7,3% выявлен показатель **2 балла**, что отражает умеренные ограничения в повседневной активности. У 23,6% больных проявления атаки продолжались менее 10 минут, что соответствует понятию «малых» транзиторных атак. Большинство пациентов (54,6%) имели эпизоды

продолжительностью от 10 до 59 минут, а у 21,8% симптомы сохранялись более 1 часа, но не превышали 24 часов. У **67,3% обследованных** эпизод был однократным, однако у **32,7%** пациентов в анамнезе отмечалось **два и более эпизода**, что позволяет говорить о рецидивирующем течении ишемических атак. Наличие повторных ТИА значительно повышает риск развития инсульта, особенно при сочетании с другими факторами риска (артериальной гипертензией, сахарным диабетом, атеросклеротическим поражением сосудов).

Структура клинических проявлений транзиторных ишемических атак у пациентов основной группы. Наиболее часто регистрировались двигательные нарушения в виде кратковременной слабости в конечностях или гемипареза — у 56,4% обследованных. Нарушения речи (дизартрия, афазия) занимали второе место по частоте и наблюдались у 41,8% пациентов, что подчёркивает значимость поражения каротидного бассейна. Чувствительные расстройства (онемение, парестезии) встречались у 38,2% больных, а зрительные нарушения — у 21,8%. Реже выявлялся вестибуло-атактический синдром (головокружение, шаткость походки), отмеченный у 16,4% пациентов. Таким образом, в клинической картине ТИА у пожилых пациентов преобладали двигательные и речевые нарушения, что согласуется с литературными данными о наиболее типичных проявлениях ишемических атак в каротидном бассейне.

Для количественной оценки риска инсульта в ближайшие дни и недели после перенесённой транзиторной ишемической атаки у пациентов основной группы использовалась шкала ABCD<sup>2</sup>, включающая такие параметры, как возраст, уровень артериального давления, характер клинической симптоматики, продолжительность эпизода и наличие сахарного диабета. Сравнительный анализ показал, что пациенты основной группы (с ТИА) имели достоверно более высокие значения ABCD<sup>2</sup> по сравнению с группой сравнения ( $4,3 \pm 1,1$  против  $2,1 \pm 0,9$ ;  $p < 0,01$ ). У большинства пациентов ОГ отмечался умеренный риск инсульта (54,6%), а у каждого пятого — высокий риск (21,8%). В ГС преобладали пациенты с низким риском (63,1%), случаи высокого риска встречались редко (4,6%). Эти данные подчёркивают, что наличие ТИА у пожилых пациентов с ХИМ II стадии сопровождается существенно большей вероятностью развития инсульта в ближайшие сроки, чем при отсутствии ТИА.

#### **Выводы:**

1. У пожилых пациентов транзиторные ишемические атаки (ТИА) протекают преимущественно с минимальными очаговыми неврологическими

проявлениями, однако при объективной оценке с использованием шкал NIHSS и mRS у большинства больных фиксируются лёгкие, но достоверные признаки неврологического дефицита.

2. Клиническая структура ТИА характеризуется преобладанием двигательных нарушений (56,4 %) и речевых расстройств (41,8 %), реже встречаются чувствительные (38,2 %) и зрительные (21,8 %) симптомы, что свидетельствует о преимущественном поражении сосудов каротидного бассейна.

3. У большинства пациентов длительность неврологических проявлений составляла от 10 до 59 минут (54,6 %), что соответствует типичной временной динамике ТИА у пожилых. При этом рецидивирующее течение ишемических атак наблюдалось у 32,7 % больных, что повышает риск инсульта.

4. По шкале ABCD<sup>2</sup> у пациентов с ТИА определён достоверно более высокий риск инсульта ( $4,3 \pm 1,1$  балла) по сравнению с группой больных с ХИМ II стадии ( $2,1 \pm 0,9$  балла,  $p < 0,01$ ). Более половины обследованных имели средний риск инсульта, а у каждого пятого — риск высокий.

### **Литература**

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. ABCD<sup>2</sup> 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.