

ТРАНЗИЕНТНЫЙ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА КЛИНИКО- НЕЙРОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Рамазонов Бекзод Нуралиевич

Студентка Бухарского государственного медицинского института

Гаффарова Висола Руркатовна

*к.м.н. Старший преподаватель кафедры неврологии,
Бухарский государственный медицинский институт*

АННОТАЦИЯ: Транзиторная ишемическая атака (ТИА) может нести высокий риск развития обширного инсульта и поэтому считается неотложной медицинской помощью. Недавние данные показывают, что ТИА с визуализационным подтверждением инфаркта головного мозга представляет собой крайне нестабильное состояние с ранним риском инсульта, который в 20 раз выше, чем риск после ТИА без повреждения тканей. Поэтому использование нейровизуализации при ТИА имеет решающее значение не только для диагностики, но и для точной стратификации риска. В этой статье мы обсуждаем последние достижения в области диагностической визуализации, категоризации и стратификации риска при ТИА.

Ключевые слова: Транзиторная ишемическая атака, определение, диффузионно-взвешенная визуализация, визуализация, стратификация риска, оценки риска

ВВЕДЕНИЕ: Острый ишемический инсульт (ОИС) является редким, но критическим осложнением острого инфаркта миокарда (ОИМ) [1,2,3]. Несколько клинических переменных, включая возраст, пол, инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST), фибрилляцию предсердий (ФП) и специфические интервенционные процедуры, были зарегистрированы как факторы риска острого инсульта у пациентов с ОИМ [1,4,5,6, 7]. Среди этих факторов конкретные интервенционные процедуры могут быть более важными, чем неизменяемые факторы, такие как возраст или пол, поскольку у врачей может быть возможность изменить свои интервенционные процедуры для предотвращения АИС. Хотя в более ранних исследованиях сообщалось, что трансфеморальное вмешательство, аспирация тромба и механическая поддержка были связаны с инсультом у пациентов с чрескожным коронарным

вмешательством (ЧКВ), интервенционные процедуры, связанные с ОИС у пациентов с ИМпСТ, полностью не обсуждались [7,8,9]. Частота развития ОИС или транзиторной ишемической атаки (ТИА) выше в случаях STEMI, чем в случаях инфаркта миокарда без подъема сегмента ST (NSTEMI) [4,5]. Кроме того, пациентам с ИМпСТ определенно необходимы экстренная коронарография (КАГ) и первичное ЧКВ [10,11]. Целью данного исследования было изучение факторов, связанных с впервые возникшим ОИС/ТИА у пациентов с ИМпСТ, которым потребовалось первичное ЧКВ.

Методы оценки пациентов а последнее десятилетие произошли существенные новые достижения в диагностике, включая широкую доступность МР-ангиографии (МРА) и компьютерно-томографической (КТ) ангиографии (КТА), признание того, что диффузная МР-ангиография часто выявляет отклонения у пациентов с классической ТИА, а также развитие и валидация алгоритмов стратификации риска, которые идентифицируют пациентов с ТИА с более высоким и низким риском раннего инсульта. Соответственно, клиницисты нуждаются в обновленных рекомендациях относительно определения, срочности и оценки пациентов с ТИА. Используются формальные уровни доказательств и классы рекомендаций. Поскольку окончательных клинических исследований в этой области мало, этот документ представляет собой скорее научное заявление, чем руководство. Лечение ТИА не рассматривалось данной группой авторов, поскольку оно уже описано в рекомендациях Совета по инсульту по лечению острой церебральной ишемии и вторичной профилактике после ишемического инсульта и ТИА.3

Статистический анализ Данные анализировали с помощью программных модулей STATISTICA 4.0 (StatSoft Inc). Групповые данные выражаются как среднее значение \pm стандартное отклонение для непрерывных переменных и как показатели для переменных по номинальной шкале. Различия между двумя средними значениями оценивались с помощью t-критерия для непарных данных или U-критерия Манна-Уитни, когда это необходимо. Различия между пропорциями анализировали с помощью теста χ^2 . Различия в частоте событий инсульта, связанные с возрастом и годом начала соответственно, оценивались с помощью линейной регрессии. Разница в частоте инсульта, связанная с годом начала, также оценивалась с помощью линейной регрессии. Нулевая гипотеза была отклонена при значениях $P < 0,05$.

Риск инсульта, связанного с ИМ, связанного с различными клиническими характеристиками, определяется соотношением ОШ с 95% ДИ для соответствующего исследования случай-контроль.¹¹ Условная множественная логистическая регрессия (Stata 4.0, Stata Corp) использовалась для выявления независимых предикторов развития ИМ, связанного с ИМ. В модель были включены переменные, связанные с риском инсульта, связанного с ИМ, при одномерном анализе или считавшиеся представляющими потенциальный клинический интерес. Кривые выживаемости Каплана-Мейера были рассчитаны для пациентов с инсультом, связанным с ИМ, и без него, и сравнивались между группами с помощью лог-рангового теста. Модель пропорциональных рисков Кокса использовалась для выявления предикторов смерти.

Обсуждение: Инсульт после острого ИМ является редкой, но важной клинической проблемой. Частота возникновения инсульта, связанного с ИМ, оценивалась в нескольких исследованиях как до, так и после введения аспирина и тромболитиков в качестве стандартной терапии. В ранних исследованиях, изучавших влияние варфарина на острый ИМ, инсульт возник у 2,3–3,8% нелеченых пациентов.¹³¹⁴¹⁵¹⁶ В обсервационных исследованиях в отделениях коронарной терапии в 1970-х и 1980-х годах частота инсультов составляла от 0,9% до 1,9%.⁶¹⁷¹⁸¹⁹ В крупных исследованиях тромболитизиса частота инсультов в группах плацебо составляла от 0,8% до 1,1%.²⁰²¹²² Предполагалось возможное снижение частоты инсультов после ИМ, но это трудно обосновать из-за различий в включении пациентов, исключение пациентов из группы высокого риска, разные диагностические критерии и разное время наблюдения в разных исследованиях.²³ Настоящее исследование было популяционным; оно включало большое количество невыбранных пациентов и охватывало период времени в 10 лет. В течение всего периода исследования использовались одни и те же диагностические критерии, и каждый зарегистрированный инсульт оценивался на предмет возможной связи с ИМ. Наши результаты подтверждают тенденцию к снижению заболеваемости и частоты ишемических инсультов, связанных с ИМ. Тенденции к снижению общей заболеваемости инсультом среди нынешней популяции не наблюдается.²⁴

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Джонстон С.С., Файад П.Б., Горелик П.Б. и др. Распространенность и осведомленность о транзиторной ишемической атаке среди взрослых в США. Неврология. 2003;60(9):1429–1434. [PubMed] [Академика Google]
2. Ллойд-Джонс Д., Адамс Р.Дж., Браун Т.М. и др. Статистика сердечно-сосудистых заболеваний и инсультов – обновленная информация за 2010 год: отчет Американской кардиологической ассоциации. Тираж. 2010;121:e46–e215. [PubMed] [Академика Google]
3. Чандратева А., Мехта З., Джерати О.К. и др. Популяционное исследование риска и предикторов инсульта в первые несколько часов после ТИА. Неврология. 2009;72:1941–1947. [Бесплатная статья PMC] [PubMed] [Google Scholar]
4. Ротвелл П.М., Варлоу К.П. Время возникновения ТИА, предшествующего инсульту: временной интервал для профилактики очень короткий. Неврология. 2005;8(64):817–820. [PubMed] [Академика Google]
5. Хакам Д.Г., Капрал М.К., Ван Дж.Т. и др. Большинство пациентов с инсультом не получают предупреждения: популяционное когортное исследование. Неврология. 2009;73:1074–1076. [Бесплатная статья PMC] [PubMed] [Google Scholar]
6. Ротвелл П.М., Джайлс М.Ф., Чандратева А. и др. Влияние срочного лечения транзиторной ишемической атаки и незначительного инсульта на ранний повторный инсульт (исследование EXPRESS): проспективное популяционное последовательное сравнение. Ланцет. 2007;370:1432–1442. [PubMed] [Академика Google]
7. Тул Дж.Ф., Лефковиц Д.С., Чамблесс Л.Е. и др. Самооценка транзиторной ишемической атаки и симптомов инсульта: методы и исходная распространенность. Исследование ARIC, 1987–1989 гг. Am J Epidemiol. 1 ноября 1996 г.; 144 (9): 849–856. [PubMed] [Академика Google]