

Е.Н. Апанель, Б.В. Дривотинов, В.А. Головки, Г.Ю. Войцехович, А.С. Мастыкин

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ТРАНЗИТОРНЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ АТАК

Научно-практический центр неврологии и нейрохирургии, Минск
УО «Брестский технический университет»

В статье приведены алгоритмы диагностических и лечебно-профилактических мероприятий по предотвращению возникновения и дальнейшего развития транзиторных ишемических атак с угрозой инсульта. Дискутируется вопрос о полипрагматичном применении медикаментозных препаратов.

Ключевые слова: Транзиторная ишемическая атака, лечебно-диагностические алгоритмы, глазной ишемический синдром, полипрагмазия.

E.N. Apanel, B. V. Drivotinov, V.A. Golovko, G.Yu. Vaitsekhovich, A.S. Mastykin

PREVENTIVE MEASURES FOR PREVENTION OF THE TRANSIENT ISCHEMIC ATTACKS

The article describes algorithms of diagnostic, therapeutic, and preventive measures to prevent emergence and further development of transient ischemic attacks with the threat of stroke. Discussed the polypragmacy of medications.

Key words: Transient ischemic attack, diagnostic and treatment algorithms, eye ischemic syndrome, polypragmacy.

Во многочисленных литературных источниках приводится широкий спектр медикаментозных и немедикаментозных мероприятий по лечению и предупреждению транзиторных ишемических атак (ТИА), в котором не всегда просто сориентироваться с назначениями конкретному пациенту. В связи с чем, считаем целесообразным, исходя из этиопатогенетического диагноза, этот спектр упорядочить дифференцированно по трем подтипам. Мы исходим из того, что в строго медицинском понимании лечения ТИА нет, речь идет о лечебно-профилактическом предупреждении этой преобладающей и ускользающей от внимания пациента и врача острой цереброваскулярной патологии [1-5].

Лечебно-профилактические алгоритмы предупреждения ТИА

В настоящее время разработаны лечебно-профилактические алгоритмы распознавания и предупреждения ТИА [1-3, 6, 7].

Описание симптоматики ТИА всегда ориентировано в прошлое, а о факторах, способствовавших ее появлению, повествуется в настоящем или прошедшем времени.

Диагностический алгоритм по выявленным признакам, указывающим на возможность появления ТИА [6, 7], приведен в табл. 1.

Таблица 1. Диагностический алгоритм по выявленным указаниям на ТИА

<u>На момент обследования пациента</u>	
1. Прослушивается систолический шум позади угла нижней челюсти над бифуркацией общей артерии (важный признак стеноза общей или внутренней сонной артерии). Иногда (в остром периоде) болезненность при пальпации.	
да	нет
<u>Прошлые данные из анамнеза</u>	
2. Неврологические проявления (в т.ч. жалобы) были преимущественно очаговые, чем не очаговые	
да	нет
3. Очаговые неврологические проявления (в т.ч. жалобы) были скорее по типу выпадения (дефицита), чем по типу раздражения	
да	нет
4. Начало очаговых неврологических проявлений (в т.ч. жалоб) было внезапным	
да	нет
5. Очаговые неврологические проявления (в т.ч. жалобы) были максимально выражены в начале эпизода, а не прогрессировали какое-то время?	
да	нет
Если ответ на все эти вопросы – да, то почти наверняка речь идет об эпизоде сосудистого генеза, нет – не исключает сосудистого генеза.	
Далее, имеющаяся неврологическая (дефицитарная) симптоматика продолжает персистировать на момент осмотра	
нет – вероятнее всего это был эпизод ТИА;	
да – очень возможен инсульт	
<u>В прошлом и на момент обследования пациента</u>	
Предшествующий анамнез (особенно сосудистый)	
Страдает ли пациент (длительное время) артериальной гипертензией, гиперхолестеринемией, нарушением сердечного ритма, стенокардией, инфарктом миокарда, перемежающейся хромотой, артериитом, сахарным диабетом, были ли эпизоды внезапной кратковременной потери зрения amaurosis fugax или какое-либо другое проявление глазного ишемического синдрома, или имеются указания на какие-либо гемостазиопатии (тромбофилические, ДВС и др.).	
да	нет
<u>Прошлые данные из анамнеза</u>	
Семейный анамнез (особенно сосудистых заболеваний)	
Были ли у кого-нибудь из близких родственников (сibsов) сердечно-сосудистые заболевания (нарушения)	
да	нет
<u>В прошлом и на момент обследования пациента</u>	
Особенности поведения, вредные привычки	
Агрессивное (асоциальное) поведение, курение, злоупотребление алкоголем.	
да	нет
Диета	
Излишнее употребление животного жира, сахара, соли; малое употребление овощей, морепродуктов, бобовых продуктов.	
да	нет
Физическая активность	
Излишняя двигательная (поведенческая) активность, суматошность	
да	нет
Малая двигательная активность, гиподинамия, связанная с особенностями профессии	
да	нет

рт.ст.), 10-20 мл 25% раствора сернистой магнезии.

Цитофлавин. Отмечается выраженный положительный терапевтический эффект цитофлавина на церебральную гемодинамику при различных гипоксических состояниях [12]. Во многих публикациях отмечается уменьшение выраженности астенического, цефалгического, вестибуло-мозжечкового, кохлеовестибулярного синдрома, препятствует развитию ретинопатии и макулодистрофии, снижает уровень тревоги, депрессии. В готовом виде в ампулах по 5 мл., прозрачный, желтого цвета раствор. Активный действующий состав в 1 мл.: янтарная кислота 100 мг, никотинамид – 10 мг, инозин – 20 мг, рибофлавин-моноклеотид – 2 мг. Вводится внутривенно капельно в разведении на 100-200 мл 0.9% раствора натрия хлорида, один раз в сутки в течение 5-7 дней.

Дискуссия

О полипрагмазии. Одновременное применение нескольких препаратов (полипрагмазия) использовалось и будет использоваться для достижения максимального терапевтического эффекта, но делать это следует, не забывая все тот же принцип «бритвы Оккама»: Не нужно умножать сущности без необходимости (*Entia non sunt multiplicanda sine necessitate*). Конкретизируя применительно к медикаментозному лечению, это следует понимать как «из множества применяемых лекарственных препаратов, количество которых все увеличивается, следует брать необходимые и разумное их число».

При решении распознавательных (диагностических) задач сразу же приходится сталкиваться с извечной проблемой, которая, к сожалению, не часто упоминается: «мусор на входе, мусор на выходе» (*Garbage In, Garbage Out, GIGO*) – получается ошибочный результат при ошибочных входных данных. Эта проблема преследует врача, как при компьютеризированных решениях, так и в обычных «безкомпьютерных» традиционных условиях работы.

«При наличии статистически подтвержденного различия между двумя средними величинами (для этого используется критерий Стьюдента) делается вывод об эффективности нового метода лечения. При этом степень эффективности оценивается по тому, как близко (в процентном выражении) изучаемый показатель приблизился к нормальным значениям. Подобная аргументация имеет один существенный изъян. Совершенно не учитывает тот факт, что, во-первых, среди опытной группы, безусловно, имеются пациенты, которым лечение не помогло вовсе (их биохимические показатели активности процесса не изменились, а даже ухудшились). Во-вторых, в контрольной группе больных (даже не получавших лечения) без сомнения имеются пациенты, у которых объективно регистрируется улучшение состояния. Более того, авторами не производится количественная оценка индивидуальной выраженности изменений изучаемых показателей в процессе лечения» [11].

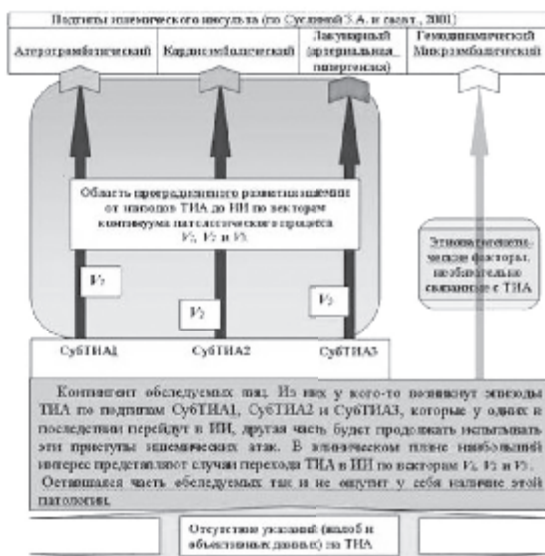


Рис. 2. Схема дифференциации ТИА по этиопатогенетическим подтипам.

Организация и тактика проведения лечебно-профилактических мероприятий по предотвращению возникновения и дальнейшего развития ТИА приведено в соответствующих нормативных документах Министерством здравоохранения Беларуси.

Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 октября 2007 года № 92 «Об организации диспансерного наблюдения взрослого населения Республики Беларусь»

Необходимость знания тактики врачей скорой медицинской помощи при транзиторной ишемической атаке оговорена в программе интернатуры по скорой медицинской помощи, разработанной в соответствии с Инструкцией о порядке организации и прохождения интернатуры, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 6 января 2009 г.

Лечебно-профилактические мероприятия по предотвращению транзиторных ишемических атак продолжают совершенствоваться индивидуализировано по этиопатогенетическим подтипам.

Литература

1. Дривотинов, Б.В., Апанель Е.Н., Мاستыкин А.С. Прогноз-диагностика транзиторных ишемических атак и их лечебно-профилактическое предупреждение// Медицинский журнал. 2006, № 3. С.116-119.
2. Дривотинов, Б.В., Головкин В.А., Апанель Е.Н., Войцехович Г.Ю., Мастыкин А.С. Прогнозная диагностика транзиторных ишемических атак. Военная медицина, 2013. № 3. С. 38-41.
3. Мастыкин, А.С., Дривотинов Б.В., Апанель Е.Н. Алгоритмы транзиторных ишемических атак//Бел. Медицинский Журнал. 2005. № 3. 60-62.
4. Диагностика и прогнозирование возникновения транзиторных ишемических атак: нерешенная проблема <http://neurosite.biz/stati/dipvtianp.html>.
5. Транзиторные ишемические атаки: лечение или профилактика? <http://neurosite.biz/stati/tialip.html>.
6. Ворлоу, Ч.П. и соавт. Инсульт. Практическое руководство по ведению больных. СПб.- 1998.
7. Виборс, Д.О., и соавт. Руководство по цереброваскулярным заболеваниям.-М.-1999.
8. Тарасова, Л.Н. и соавт. Глазной ишемический синдром. М., 2003, с. 174.
9. Евстигнеев, В.В., Федуров А.С. Состояние и перспективы изучения сосудистой патологии головного мозга// Здравоохранение 1998. № 6. С.26-32.
10. Сидоренко, Г.И., Фролов А.В., Комиссарова С.М., Воробьев А.П. Определение фаз стресса в клинической кардиологии. Кардиология. 2012. № 12. С. 40 –44.
11. Кабак, С.Л., Кабак Ю.С. Какому методу статистической обработки результатов следует отдавать предпочтение при оценке эффективности нового метода лечения? // Бел. мед. журнал.- 2003.- № 3.- С. 119-121.
12. Ключева, Е. Г. и соавт. Применение цитофлавина у больных с гипоксическим состоянием головного мозга ишемического генеза. Вестн. СПб. ГМА. 2002. № 1 – 2. С. 128 – 133.

Поступила 24.07.2013 г.