

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12 и 87/13), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ
ТРАНЗИТОРНА ИСХЕМИЧНА АТАКА

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинското згрижување преку практикување на медицина заснована на докази при постоење на транзитрна исхемична атака.

Член 2

Начинот на третман на транзитрната исхемична атака е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинско згрижување при транзитрна исхемична атака по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на медицинското згрижување, при што од страна на докторот тоа соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-8949/2
30 ноември 2013 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

ТРАНЗИТОРНА ИСХЕМИЧНА АТАКА (ТИА)

МЗД Упатство
23.06.2010

- Основи
- Дијагноза
- Третман
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВИ

- Транзиторната исхемична атака (ТИА) е краткотрајно невролошко функционално нарушување, настанато заради локална исхемија во мозокот или во ретината. Клиничките симптоми траат помалку од 1 час. Neuroimaging испитувањата не откриваат знаци на церебрален инфаркт со кои би се објасниле симптомите.
- Neuroimaging испитувањата се единствениот начин за диференцијација помеѓу ТИА и церебрален инфаркт со транзитorni симптоми. Ако исхемичните симптоми траат повеќе од 1 час, тогаш поголема е веројатноста пациентот да страда од церебрален инфаркт отколку од ТИА.
- Етиологијата на ТИА е идентична како на церебралниот инфаркт, односно, тоа е атероматоза на големите крвни садови, микроангиопатија или кардиоген емболизам:
 - ТИА може да има и хемодинамско потекло, кое може да биде имитирано од неколку други церебрални заболувања.
- По првата ТИА, околу 10% од пациентите ќе настрадаат од церебрален инфаркт во текот на една недела, а 10-20% во текот на 3 месеци.
- ТИА, која настанала во последните 1-2 недели, треба да се упати во единица за итни случаи, особено ако етиологијата е непозната и курсот на менаџирање е нејасен. Студиите покажаа дека преземените испитувања и секундарната превенција, започната заради ургентните принципи, го намалуваат ризикот за церебрален инфаркт во првите 3 месеци во 80%.
- Прифаќањето на скоринг системот за ризик факторите за настанување на ТИА заедно со ургентните испитувања може да ги сменат тековните клинички упатства, така хоспиталниот третман може да не биде апсолутно неопходен.

ДИЈАГНОЗА

- Се базира на анамнезата на пациентот.
- При зафаќање на каротидната артерија симптомите се состојат од хемипареза или од хемипарестезија, предоминантно на горните екстремитети, заедно со слабост на долната гранка на фацијалниот нерв.
- Исхемијата во доминантната хемисфера предизвикува дисфазија, која понекогаш е единствен знак кај ТИА.
- Губитокот на видот на едното око (amaurosis fugax) е индикативен знак за постоење хомолатерална, ретинална исхемија. Најчесто е поврзана со емболус кој потекнува од каротидната артерија или од централната циркулација.
- Кога е засегнат вертебробазиларниот систем, карактеристичен знак е вртоглавицата, придружена со симптоми од мозочното стебло или од церебелум (диплопија, дисфагија, дизартрија и парези, еднострани или двострани). Појавата на вртоглавицата не е сигурен знак за нарушување на церебралната циркулација.

- Транзиторниот губиток на мускулниот тонус во долните екстремитети, бинокуларното слепило и визуелните (сцинтилантни) пореметувања се исто така симптоми на вертебробазиларната ТИА.

Клинички преглед и знаци кои упатуваат на ТИА

- При првата појава на ТИА оправдана е КТМ или МР на мозокот. Карактеристиките на епизодата и местото на васкуларната зафатеност може да упатуваат на етиологијата. Утврдувањето на точниот етиолошки причинител е императив за успешноста на профилактичниот третман. Пациентот со ТИА има сигнификантно зголемен ризик да настрада од церебрален инфаркт или од други цереброваскуларни состојби.
- **Етиолошките испитувања на ТИА треба ургентно да се изведат во соодветна болница.** Клиничките испитувања вклучуваат испитувања на каротидните артерии-ултрасонографија. Состојбата на целокупната циркулација треба клинички да се евалуира, со цел да се открие артериосклерозата и потенцијалните емболусни, срцеви заболувања:
 - Атријалната фибрилација е најзначајната кардиогена причина за ТИА, но и на следните состојби треба да се посвети внимание: валвуларната болест, вештачките валвули, миокардниот инфаркт, дилатационата кардиомиопатија, ендакардитот и аортната атермоатоза.
- Клиничкото иследување треба да опфати палпација на периферниот пулс и мерење на крвниот притисок на двете раце.
- Важни лабораториски тестови се: седиментацијата, CRP, гликемија и липиден статус.
- ЕКГ и рентгенграфија на градниот кош и срцето се дел од потребните иследувања.
- За ретките причини за ТИА види во упатството церебрален инфаркт.

Диференцијална дијагноза

- Мигрена,
- Епилепсија,
- Ménière-ова болест, вестибуларен неврит, позициски вертиго,
- Синкопа.

ТРЕТМАН

Ургентност на третманот

- Пациентот кој сам дошол, неопходен е активен третман, затоа треба веднаш да се испрати во болница во единица за итни случаи или во невролошко одделение, ако не поминале повеќе од 1-2 недели од настанувањето на симптомите на ТИА.
- Ако пациентот пристигне подоцна од овој термин, испитувањата треба да се преземат во амбулантски услови. При евентуална нова епизода на ТИА иследувањата мора ургентно да се спроведат.
- Ако етиолошкиот причинител е познат и третманот е веќе започнат, треба да се консултира соодветна невролошка установа за понатамошните постапки.

Антитромботични лекови

- Аспирирот може да се вклучи дури и ако само се посомневаме за ТИА, освен ако лекот не е контраиндициран (ннд-А).
- Опциите за антитромботична терапија вклучуваат комбинација од аспирин и dipyridamole (ннд-А) 25/200mg 2x1 дневно, clopidogrel 75mg еднаш дневно или само аспирин.
- Ако се јави нов инсулт за време на антитромботичната терапија, етиолошката процена и менаџментот на ризик факторите би требало веднаш да се повторат. Промена во антитромботичната терапија не е потребна.

- Аспирин/dipyridamole комбинацијата и clopidogrel-от се еднакво ефикасни. Друга индикација за внес на clopidogrel-от е периферната артериска болест. Индикацијата за внес на clopidogrel-от во третманот на коронарната артериска болест би требало да се земе предвид.
- ТИА е индикација за статинска терапија, но ако пациентот има симптоматска артериска болест (атеросклероза на каротидната артерија или коронарна болест) статините треба да се внесат дури и кога вредностите на липидите се нормални.

Антикоагулациска терапија

- ТИА од кардиолошко потекло бара примена на warfarin (ннд-А), кој треба да се внесе во текот на хепаринскиот третман со цел да се избегне протромбинската состојба која настанува при внес на варфаринската терапија.
- Ако ТИА е од некардиогено потекло, варфаринската терапија може да биде од корист во првите три месеци, но за тоа не постојат evidence-based medicine индикации.
- КТМ мора да се направи пред започнувањето на антикоагулациската терапија, која може да се аплицира само во болнички услови.

Хируршки третман (ендартеректомија)

- Хируршкиот третман би требало да се изведе во текот на првите 2 недели од појавата на ТИА ако нема контраиндикации за тоа и ако вкупниот ризик од компликациите (мозочен удар и смрт), поврзани со каротидната интервенција е понизок од 6% (ннд-А).
- Хируршкиот пристап е индициран кај тешките стенози (70-99%) на каротидната артерија ако пациентот имал ТИА, ретинска инфаркција или мозочен удар во васкуларното подрачје на стенозираната артерија и веќе е рехабилитиран за независно живеење (ннд-А).
- Хируршкиот пристап е ефикасен кај асимптомските пациенти под 75 години ако имаат тежок степен на каротидна стеноза (70-99%) (ннд-А).
- Во секој случај, асимптомските каротидни стенози претставуваат зголемен ризик за инсулт, затоа се јавува потреба од ефикасна примарна и секундарна превенција, која е независна од можниот хируршки третман.
- Хируршкиот третман е контраиндициран ако:
 - Интракранијалните садови се постенозирани отколку каротидните;
 - Каротидната оклузија е целосна;
 - Пациентот доживеал масивен церебрален инфаркт и не е рехабилитиран за самостојно живеење;
 - Третманот не е изводлив, пациентот е во нестабилна кардиоваскуларна кондиција.
- Ако пациентот е во високоризичната категорија (неконтролирана артериска хипертензија, неконтролиран дијабет, нестабилна коронарна болест или некое сериозно заболување), користа од оперативниот третман треба добро да се процени во однос на преземениот ризик.
- Пациентите кои не се погодни за хируршки третман треба да ги третира невролог, кој ќе се консултира со васкуларен хирург.

Секундарна превенција

- Антиромботичните лекови, статините (ннд-А), АСЕ-инхибиторите и ангиотензин-II блокаторите се покажаа ефикасни во превенцијата од мозочен удар и ТИА. Околу 80-90% од артериските инсулти може да бидат превенирани со преземање различни мерки за секундарна превенција.
- Најефикасната мерка од секундарната превенција е намалувањето на крвниот притисок. Корист имаат и другите пациенти, покрај болните со артериска хипертензија.
- Особено е значајна промената на животните навики: откажување од пушењето, диета со помалку масти, третман на зголемената телесна тежина и зголемено вежбање.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Кохранови прегледи

- Антитромбоцитните лекови може да превенираат инсулт по каротидната ендартеректомија (ннд-С).
- Во превенцијата од нов инсулт оралната антикоагулациска терапија е поефикасна отколку антиагрегационската терапија по ТИА или по минорен мозочен удар од артериско потекло. Високомолекуларната антикоагулациска терапија сигнификантно го зголемува ризикот од крвање (ннд-В).
- Ticlopidine-от и clopidogrel-от се малку поефикасни отколку аспирирот во превенирањето на сериозен инсулт кај високоризичните лица (особено кај ТИА/мозочен удар). Clopidogrel-от и аспирин+dipyridamole се поефикасни во редуцирањето на ризикот од рекурентен инсулт. Ризикот од поголемо крвање, вклучувајќи ја и интракранијалната хеморагија, е помал кај clopidogrel-от (ннд-А).
- Каротидната ендартеректомија кај асимптомската каротидна стеноза го намалува ризикот од инсулт за 30% повеќе од 3 години, но апсолутната редукција на ризикот е мала и би била анулирана со повисоката периоперативна стапка на компликации (ннд-А).
- Каротидната ендартеректомија може да биде подобра отколку ендоваскуларниот третман (ангиопластика и стентирање) во превенирањето ран инсулт или смрт, но се јавуваат помалку директни невролошки компликации кај ендоваскуларниот третман отколку кај ендартеректомијата (ннд-С).
- Ризикот од инсулт и од смрт веројатно не се разликува помеѓу локалната и општата анестезија во текот на каротидната ендартеректомија (ннд-С).
- Каротидната patch-ангиопластика може да го редуцира ризикот од инсулт и од смрт, споредено со примарното оклудирање кај пациентите кои биле третирани со каротидна ендартеректомија (ннд-С).
- Екстракранијалниот-интракранијалниот артериски bypass кај симптомската оклузивна каротидна болест се чини дека е исто толку ефикасен колку и медицинската грижа, иако податоците се инсуфициентни (ннд-Д).

Други информативни прегледи

- Стапката на рестеноза по ендартеректомијата е повисока (околу 10%) за време на првата година, а многу мала по третата година (ннд-С).
- Dipyridamol+аспирин терапијата, во најмала рака, е исто толку ефикасна како и монотерапијата со аспирин во превенцијата од мозочен удар кај пациентите кои имале претходен инсулт или ТИА (ннд-В).

Литература

Клинички практични прегледи

- Brott TG, Hobson RW 2nd, Howard G, Roubin GS, Clark WM, Brooks W, Mackey A, Hill MD, Leimgruber PP, Sheffet AJ, Howard VJ, Moore WS, Voeks JH, Hopkins LN, Cutlip DE, Cohen DJ, Popma JJ, Ferguson RD, Cohen SN, Blackshear JL, Silver FL, Mohr JP, Lal BK, Meschia JF, CREST Investigators. Stenting versus endarterectomy for treatment of carotid-artery stenosis. N Engl J Med 2010 Jul 1; 363(1):11-23. PubMed POEM 120991
- Authors: This article is created and updated by the EBMG Editorial Team Article ID: rel00383 (036.020) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

РЕФЕРЕНЦИ

1. Engelter S, Lyrer P. Antiplatelet therapy for preventing stroke and other vascular events after carotid endarterectomy. Cochrane Database Syst Rev 2003; (3):CA1gra A, De Schryver EL, van Gijn J, Kappelle LJ, Koudstaal PJ. Oral anticoagulants versus antiplatelet therapy for preventing further vascular events after transient ischaemic attack or minor stroke of presumed arterial origin. Cochrane Database Syst Rev 2006 Jul 19; 3:CD001342. D001458. PubMed

2. Sudlow CL, Mason G, Maurice JB, Wedderburn CJ, Hankey GJ. Thienopyridine derivatives versus aspirin for preventing stroke and other serious vascular events in high vascular risk patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; (4):CD001246. **PubMed**
3. Sacco RL, Diener HC, Yusuf S, et al; PROFESS Study Group. Aspirin and extended-release dipyridamole versus clopidogrel for recurrent stroke. *N Engl J Med* 2008 Sep 18; 359(12):1238-51. **PubMed**
4. Chambers BR, Donnan GA. Carotid endarterectomy for asymptomatic carotid stenosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2005 Oct 19; (4):CD001923. **PubMed**
5. Ederle J, Featherstone RL, Brown MM. Percutaneous transluminal angioplasty and stenting for carotid artery stenosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2007 Oct 17; (4):CD000515. **PubMed**
6. Qureshi AI, Kirmani JF, Divani AA, Hobson RW 2nd. Carotid angioplasty with or without stent placement versus carotid endarterectomy for treatment of carotid stenosis: a meta-analysis. *Neurosurgery* 2005 Jun; 56(6):1171-9; discussion 1179-81. **PubMed DARE**
7. Rerkasem K, Rothwell PM. Local versus general anaesthesia for carotid endarterectomy. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; (4):CD000126 [Last assessed as up-to-date: 15 February 2009]. **PubMed**
8. Rerkasem K, Rothwell PM. Patch angioplasty versus primary closure for carotid endarterectomy. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; (4):CD000160. **PubMed**
9. Fluri F, Engelter S, Lyrer P. Extracranial-intracranial arterial bypass surgery for occlusive carotid artery disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2010 Feb 17; 2():CD005953. **PubMed**
10. Frericks H, Kievit J, van Baalen JM, van Bockel JH. Carotid recurrent stenosis and risk of ipsilateral stroke: a systematic review of the literature. *Stroke* 1998 Jan; 29(1):244-50. **PubMed DARE**
11. Sudlow C, Gubitz G, Sandercock P, Lip G. Stroke prevention. *Clin Evid* 2002 Jun; (7):175-98. **PubMed**
12. Antithrombotic Trialists' Collaboration. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. *BMJ* 2002 Jan 12; 324(7329):71-86. **PubMed**
13. Diener HC, Cunha L, Forbes C, Sivenius J, Smets P, Lowenthal A. European Stroke Prevention Study. 2. Dipyridamole and acetylsalicylic acid in the secondary prevention of stroke. *J Neurol Sci* 1996 Nov; 143(1-2):1-13. **PubMed**
14. Matchar DB, McCrory DC, Barnett HJ, Feussner JR. Medical treatment for stroke prevention. *Ann Intern Med* 1994 Jul 1; 121(1):41-53. **PubMed**
15. De Schryver EL, Algra A, van Gijn J. Dipyridamole for preventing stroke and other vascular events in patients with vascular disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2007 Jul 18; (3):CD001820. **PubMed**
16. Matchar DB, McCrory DC, Barnett HJ, Feussner JR. Medical treatment for stroke prevention. *Ann Intern Med* 1994 Jul 1; 121(1):41-53. **PubMed DARE**
17. Rerkasem K, Rothwell PM. Carotid endarterectomy for symptomatic carotid stenosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 4:CD001081 **PubMed**
18. Rerkasem K, Rothwell PM. Carotid endarterectomy for symptomatic carotid stenosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 4:CD001081 **PubMed**
19. Hebert PR, Gaziano JM, Chan KS, Hennekens CH. Cholesterol lowering with statin drugs, risk of stroke, and total mortality. An overview of randomized trials. *JAMA* 1997 Jul 23-30; 278(4):313-21. **PubMed DARE**
20. Bucher HC, Griffith LE, Guyatt GH. Effect of HMGcoA reductase inhibitors on stroke. A meta-analysis of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med* 1998 Jan 15; 128(2):89-95. **PubMed**

Authors: Risto O. Roine Previous authors: Marjaana Luisto Article ID: ebm00762 (036.020)© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines 23.06.2010, www.ebm-guideines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до јуни 2015 година.**