

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:  
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00762&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.  
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

# Настанова 00762. Транзиторна ішемічна атака (ТІА)

Автор: Risto O.Roine  
Редактор оригінального тексту: Sari Atula  
Дата останнього оновлення: 2017-08-28

## Основні положення

- Транзиторна ішемічна атака (ТІА) - це короточасне неврологічне функціональне порушення, спричинене локальною ішемією мозку або сітківки. Пов'язані з цим клінічні симптоми тривають менше однієї години, зазвичай 2-15 хвилин, методи нейровізуалізації не виявляють ознак інфаркту мозку, що могли б пояснити симптоматику.
- Томографія мозку - єдиний метод диференційної діагностики ТІА та інфаркту мозку з транзиторними симптомами. Якщо симптоми ішемії тривають протягом кількох годин, пацієнт, більш ймовірно, переніс церебральний інфаркт, ніж ТІА.
- Етіологія аналогічна інфаркту мозку, а саме - атеросклероз великих судин, мікроангіопатія або кардіогенна емболія.
  - ТІА також може мати гемодинамічне походження.
- Після першої ТІА майже 10% пацієнтів переносять інфаркт мозку протягом тижня та 10–20% - протягом 3 місяців. Один з чотирьох пацієнтів з інфарктом мозку має ТІА в анамнезі.
- ТІА, що виникла протягом останніх 2 тижнів, потребує скерування до відділення екстреної допомоги, особливо якщо етіологія невідома та тактика лікування не визначена. Дослідження показали, що проведення обстежень та вторинна профілактика, розпочаті в умовах екстреної допомоги, зменшують ризик розвитку церебрального інфаркту протягом 3 місяців на 80%.

- Система спеціалізованої оцінки ризику ТІА разом з екстреними обстеженнями може бути проведена в умовах спеціалізованої медичної установи, і, отже, планове стаціонарне лікування може бути не обов'язковим.

## Діагностика

- Базується на анамнезі
- У разі залучення сонної артерії симптоми включають геміпарез або геміпарестезію, переважно у верхній кінцівці, а також слабкість м'язів, що іннервуються нижньою гілкою лицьового нерва.
- Ішемія домінантної півкулі мозку спричиняє дисфазію, що може бути єдиною ознакою ТІА.
- Втрата зору на одне око (amaugosis fugax) вказує на ішемію сітківки з боку ураження. Це зазвичай пов'язано з емболом, що формується в сонній артерії або в більш віддалених судинах.
- Типовим симптомом порушення у вертебробазиллярній системі є запаморочення, що супроводжується стовбуровими або мозочковими симптомами (диплопія, дисфагія, дизартрія, так само, як і затерпання та парез, із залученням одного або обох боків тіла). Запаморочення як ізольований симптом не є показовим для порушення кровопостачання мозку.
  - Тимчасова втрата тону м'язів нижніх кінцівок (drop attack), бінокулярна сліпота та іскри перед очима також можуть бути симптомами ТІА вертебробазиллярного походження.
  - Що стосується диференційної діагностики, бінокулярна розмитість зору найчастіше асоціюється з преколапсом, а поява спалахів перед очима типова для мігренозної аури.

## Клінічні обстеження та ознаки, що вказують на ТІА

- ТІА зазвичай вимагає виконання томографії голови (КТ або МРТ). КТ-сканування голови є первинним дослідженням у багатьох лікарнях через свою доступність, вартість та швидкість виконання. МРТ-зображення мозку в режимі дифузії є більш надійним у виявленні ранніх ішемічних змін, що пов'язані з високим ризиком повторних ТІА. Ознаки, що підтверджують ішемію, вимагають госпіталізації. Під час вагітності завжди використовується МРТ.

- Характеристика нападу та локалізація судинного ураження можуть вказувати на етіологію. Правильне визначення етіології є обов'язковим для забезпечення успішного профілактичного лікування. Пацієнт з ТІА має достовірно підвищений ризик захворювання на церебральний інфаркт та інші судинні події.
- Етіологічні дослідження ТІА, як правило, повинні проводитися терміново у відповідній лікарні. На практиці клінічна діагностика включає обстеження сонних артерій, зазвичай за допомогою ультразвуку, з метою виявлення можливого стенозу сонних артерій з боку ураження, а також часто, особливо у пацієнтів молодшого віку, ехокардіографію для діагностики будь-яких серцевих захворювань, що можуть спричинити емболію.
  - Фібриляція передсердь є найбільш розповсюдженою кардіогенною причиною ТІА, але слід також враховувати наступне: патологію клапанів, штучні клапани, свіжий інфаркт міокарду, дилатаційну кардіоміопатію, ендокардит та аортальний атероматоз.
- Якщо в лікарні є ефективно організоване амбулаторне відділення ТІА, можливо тільки один з чотирьох пацієнтів з ТІА буде потребувати госпіталізації, а пацієнти з низьким ризиком розпочнуть профілактичне лікування в умовах невідкладної допомоги.

*Коментар експерта.* В Україні наявні медико-технологічні документи за темою Ішемічний інсульт <http://mtd.dec.gov.ua/index.php/uk/haluzevi-standarty-ta-klinichni-nastanovy/item/16-ishemichniy-insult>

- Дослідження крові, що мають значення - це загальний аналіз крові з тромбоцитами, С-реактивний білок, рівень глюкози крові та ліпідний профіль.
- Слід завжди виконувати ЕКГ та рентгенографію органів грудної клітки.
- Щодо рідкісних причин ТІА: див. Інсульт [настанова 00759] | Інфаркт мозку (ішемічний...)].

## Диференційна діагностика

- Мігрень [настанова 00792] | Мігрень]
- Синкоп [настанова 00055] | Синкопе: етіологія та об...]
- Епілепсія [настанова 00765] | Обстеження пацієнта післ...]
- Захворювання внутрішнього вуха, що викликають запаморочення
  - Доброякісне позиційне запаморочення [настанова 00745] | Запаморочення]

- Вестибулярний нейроніт
- Хвороба Мен'єра [настанова 00846] [Хвороба Мен'єра]

## Лікування

### Актуальність лікування

- Пацієнт, який може сам себе обслуговувати і який вимагає активного лікування, повинен негайно бути відправлений до відділення екстреної допомоги відповідної лікарні або в неврологічне відділення, якщо минуло не більше двох тижнів з моменту появи симптомів ТІА.
- Якщо пацієнт поступає пізніше даного терміну, обстеження можна проводити амбулаторно. У разі виникнення нової ТІА необхідне негайне обстеження.
- Якщо етіологія ТІА відома, і лікування вже було розпочато, перед тим, як направити пацієнта, слід проконсультуватися з неврологом.

### Антитромбоцитарна терапія [доказ 02465] [А]

- Слід призначати аспірин навіть за наявності підозри на ТІА, якщо відсутні протипоказання.
  - Варіанти антитромбоцитарної терапії включають комбінацію аспірину та дипіридамолу [доказ 03690] [В] [доказ 04222] [А] 25/200 мг двічі на день, або клопідогрель 75 мг один раз на день, або тільки аспірин, якщо вищезгадані препарати не можуть бути використані.

*Коментар експерта.* Міжнародна непатентована назва аспірину - ацетилсаліцилова кислота

- Якщо при проведенні антитромбоцитарної терапії виникає новий судинний епізод, етіологію та можливості впливу на фактори ризику слід оцінювати заново. Не досить просто змінити антитромбоцитарну терапію.
- Власне ТІА є показаннями для терапії статинами [доказ 03504] [В], особливо у випадках, якщо у пацієнта є прояви захворювання артерій (атеросклероз сонної артерії або коронарне захворювання серця).

## Антикоагулянтна терапія [доказ 00224 |A] [доказ 06076 |B] [доказ 02193 |A]

- ТІА кардіального походження вимагає антикоагулянтної терапії прямими оральними антикоагулянтами або варфарином.
- Слід завжди проводити КТ голови перед початком антикоагулянтної терапії.

## Хірургічне лікування (ендартеректомія) [доказ 00481 |A] [доказ 05507 |A] [доказ 06429 |C] [доказ 06516 |C]

[доказ 06594 |D]

- Хірургічне лікування повинно проводитись протягом 2 тижнів з моменту появи ТІА за умови відсутності протипоказань та загального ризику виникнення ускладнень (інсульту та смерті), пов'язаних з хірургічним втручанням на сонних артеріях, нижче 6%.
- Пошук стенозу сонної артерії проводиться за допомогою ультразвукового дослідження і, якщо висновок говорить про стеноз, це необхідно підтвердити КТ-ангіографією.
- Ендартеректомія сонної артерії (видалення внутрішнього шару судини та бляшки) показана пацієнтам з проявами судинної патології (ТІА каротидного басейну, амавроз або інсульт з успішною реабілітацією), та з важким (70–99%) або помірним (50–69%) стенозом.
- Крім впливу на фактори ризику, слід також розглянути каротидну ендартеректомію у безсимптомних пацієнтів з важким стенозом (70-99%), які не досягли 75-річного віку, мають лише незначні інші системні захворювання та ймовірна тривалість життя яких перевищує 5-10 років.
  - У жінок без проявів захворювання переваг від операції менше, ніж у чоловіків.
- Безсимптомний стеноз сонної артерії в будь-якому випадку означає підвищений ризик розвитку інсульту та є показовим для впровадження ефективної первинної та вторинної профілактики, яка є необхідною незалежно від можливого хірургічного втручання.
- Придатність пацієнта для операції має оцінювати невролог, який консультується з судинним хірургом.

## Вторинна профілактика [доказ|B] [доказ|B]

- Антитромбоцитарні препарати та статини [доказ|B], так само, як антигіпертензивні засоби (особливо іАПФ та інгібітори рецепторів ангіотензину-II) показали ефективність у профілактиці інсультів та ТІА. Бета-блокатори [доказ|B] [доказ|A] не слід використовувати ізольовано в якості антигіпертензивних препаратів. Залежно від причини в середньому 80-90% артеріальних подій можуть бути попереджені комбінацією різних заходів вторинної профілактики.
- Єдиною найбільш ефективною мірою вторинної профілактики є зниження артеріального тиску.
- Найбільш важливі зміни способу життя включають припинення куріння, дотримання так званої середземноморської або т.зв. дієти Балтійського моря, контроль надмірної маси тіла та фізичні вправи.

## Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [пов'язані|00383] [Transient ischaemic atta...]
- Інші доказові огляди [пов'язані|00383] [Transient ischaemic atta...]
- Література [пов'язані|00383] [Transient ischaemic atta...]

## Настанови

- [Настанова 00759](#). Інфаркт мозку (ішемічний інсульт).
- [Настанова 00792](#). Мігрень.
- [Настанова 00055](#). Синкопе: етіологія та обстеження.
- [Настанова 00765](#). Обстеження пацієнта після епілептичного нападу.
- [Настанова 00745](#). Запаморочення.
- [Настанова 00846](#). Хвороба Мен'єра.

## Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 02465](#). Antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke.  
Дата оновлення: 2006-01-18  
Рівень доказовості: А  
Резюме: Oral antiplatelet drugs are protective in most types of patients at increased risk of occlusive vascular events. Low-dose aspirin (75 to 150 mg daily) is an effective antiplatelet regimen for long-term use.

- [Доказовий огляд 03690](#). Dipyridamole plus aspirin for stroke prevention.  
Дата оновлення: 2003-02-16  
Рівень доказовості: B  
Резюме: Dipyridamole plus aspirin appears to be at least as effective as aspirin alone for stroke prevention in people with previous stroke or transient ischemic attack (TIA).
- [Доказовий огляд 04222](#). Dipyridamole for preventing vascular events.  
Дата оновлення: 2008-01-16  
Рівень доказовості: A  
Резюме: The combination of aspirin and dipyridamole compared to aspirin alone reduces the risk of vascular events in patients with cerebral ischaemia. Dipyridamole alone is not more effective than aspirin alone in preventing vascular events or vascular death.
- [Доказовий огляд 03504](#). Interventions in the management of serum lipids for preventing stroke recurrence.  
Дата оновлення: 2009-11-11  
Рівень доказовості: B  
Резюме: Statin therapy appears to reduce major vascular events but not all-cause mortality in patients with a history of ischaemic stroke or TIA. Statins also appear to marginally reduce the risk of cerebrovascular events in these patients.
- [Доказовий огляд 00224](#). Anticoagulants for non-rheumatic atrial fibrillation and a history of stroke or transient ischaemic attacks.  
Дата оновлення: 2014-05-30  
Рівень доказовості: A  
Резюме: Anticoagulants reduce the risk of recurrent stroke by two-thirds in patients with non-rheumatic atrial fibrillation and a history of stroke. They are more effective than antiplatelet therapies.
- [Доказовий огляд 06076](#). Combined aspirin-oral anticoagulant therapy compared with oral anticoagulant therapy alone among patients at risk for cardiovascular disease.  
Дата оновлення: 2008-06-24  
Рівень доказовості: B  
Резюме: Except for patients with a mechanical heart valve, the benefits of oral anticoagulant (OAC) therapy plus aspirin in reducing thromboembolic events appear to be unclear compared with OAC alone, and there may be increased risk of major bleeding.
- [Доказовий огляд 02193](#). Warfarin for preventing stroke in patients with non-valvular atrial fibrillation and no history of cerebral ischaemia.  
Дата оновлення: 2006-03-23  
Рівень доказовості: A  
Резюме: Adjusted-dose warfarin (INR 2–3) reduces all strokes in patients with nonvalvular atrial fibrillation. For primary prevention in AF patients with an average stroke rate of 4%/year, about 25 strokes and about 12 disabling strokes would be prevented for every 1000 given oral anticoagulation.
- [Доказовий огляд 00481](#). Carotid endarterectomy for asymptomatic carotid stenosis.  
Дата оновлення: 2006-07-24  
Рівень доказовості: A  
Резюме: Carotid endarterectomy for asymptomatic carotid stenosis reduces the risk of strokes by approximately 30% over three years but the absolute risk reduction is small and would be negated by a higher perioperative complication rate.

- [Доказовий огляд 05507](#). Carotid artery stenting vs endarterectomy for carotid artery stenosis.  
Дата оновлення: 2012-09-26  
Рівень доказовості: A  
Резюме: In patients with symptomatic carotid stenosis who can undergo surgery safely, endovascular treatment is associated with an increased risk of peri-procedural stroke or death compared with endarterectomy, at least in patients over the age of 70 years.
- [Доказовий огляд 06429](#). Local versus general anaesthesia for carotid endarterectomy.  
Дата оновлення: 2014-03-07  
Рівень доказовості: C  
Резюме: The risk of stroke and death is probably not different between local and general anaesthesia during carotid endarterectomy.
- [Доказовий огляд 06516](#). Patch angioplasty versus primary closure for carotid endarterectomy.  
Дата оновлення: 2009-12-09  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Carotid patch angioplasty may reduce the risk of stroke or death compared to primary closure in patients undergoing carotid endarterectomy.
- [Доказовий огляд 06594](#). Extracranial-intracranial arterial bypass surgery for occlusive carotid artery disease.  
Дата оновлення: 2010-03-01  
Рівень доказовості: D  
Резюме: Extracranial-intracranial arterial bypass surgery in patients with symptomatic occlusive disease of carotid artery might possibly be equal to medical care alone, although the evidence is insufficient.
- [Доказовий огляд 04906](#). Triflusal for preventing serious vascular events in people at high risk.  
Дата оновлення: 2005-12-29  
Рівень доказовості: B  
Резюме: Triflusal appears to have similar effect to aspirin in secondary prevention of serious vascular events in patients with stroke or TIA and AMI, with a lower risk of hemorrhagic complications.
- [Доказовий огляд 07410](#). Closure vs. medical therapy for preventing recurrent stroke in patients with patent foramen ovale and a history of cryptogenic stroke or TIA.  
Дата оновлення: 2015-11-02  
Рівень доказовості: B  
Резюме: There appear to be no statistically significant differences between transcatheter device closure (TDC) and medical therapy in the prevention of recurrent ischemic stroke. TDC appears to be associated with an increased risk of atrial fibrillation but not with serious adverse events.
- [Доказовий огляд 07189](#). Atenolol for preventing stroke recurrence.  
Дата оновлення: 2015-01-23  
Рівень доказовості: B  
Резюме: Atenolol may not reduce the risk of stroke, heart attack, or death from vascular disease after ischaemic stroke or transient ischaemic attack (TIA).
- [Доказовий огляд 04820](#). Beta-blockers against other antihypertensive drugs.  
Дата оновлення: 2005-10-31  
Рівень доказовості: A  
Резюме: Beta-blocker (mostly atenolol) treatment for primary hypertension is



associated with a higher risk of stroke than treatment with other antihypertensive agents. Compared with placebo, beta-blockers reduce the risk of stroke by 19%, which is about half that expected from previous hypertension trials.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

---

Ідентифікатор: [ebm00762](#)    Ключ сортування: [036.020](#)    Тип: [EBM Guidelines](#)

---

Дата оновлення англomовного оригіналу: [2017-08-28](#)

---

Автор(и): [Risto O. Roine](#)    Автор(и) попередніх версій статті: [Marjaana Luisto](#)    Редактор(и): [Sari Atula](#)  
Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: [Kristian Lampe](#)    Видавець: [Duodecim Medical Publications Ltd](#)  
Власник авторських прав: [Duodecim Medical Publications Ltd](#)

---

Навігаційні категорії

[EBM Guidelines](#)    [Neurology](#)    [Neurosurgery](#)

---

Ключові слова індексу

mesh: [Enderectomy](#)    mesh: [carotid TIA](#)    mesh: [Dipyridamole](#)    mesh: [Aspirin](#)    mesh: [Cerebral Infarction](#)  
mesh: [Cerebrovascular Accident](#)    mesh: [Amaurosis Fugax](#)    mesh: [Enderectomy, Carotid](#)    mesh: [Carotid Stenosis](#)  
mesh: [Cerebrovascular Disorders](#)    mesh: [anticoagulant therapy](#)    mesh: [Ischemic Attack, Transient](#)    mesh: [vertebrobasilar TIA](#)  
mesh: [prevention, secondary](#)    icpc-2: [K89](#)    speciality: [Neurology](#)    speciality: [Neurosurgery](#)