**Министерство здравоохранения Хабаровского края**

**Краевое государственное бюджетное профессиональное**

**образовательное учреждение**

**«Хабаровский государственный медицинский колледж»**

**(КГБПОУ ХГМК)**

**ЦМК «Терапевтические и педиатрические дисциплины»**

**Н.П.Власкина**

**В.Г.Артамонова**

**Инсульт предупредить – полноценно жить**

**Студенческая конференция**

(В рамках всемирного дня инсульта)

**Методическая разработка внеаудиторного занятия**

**Специальность 31.02.01 Лечебное дело**

**2017**

|  |  |
| --- | --- |
| Рассмотрено ЦМК «Терапевтические и педиатрические дисциплины»  «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2017г.  Протокол №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Председатель ЦМК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Т.И. Розенталь | «Утверждаю»  Старший методист научно-методического отдела  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Н.В.Тарасова  «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2017 г. |

**Методические указания для преподавателя**

Конференция по теме «Инсульт предупредит – полноценно жить» для студентов специальности 31.02.01 «Лечебное дело» проводится в рамках Всемирного дня борьбы с инсультами.

*Методическая разработка внеаудиторного мероприятия составлена с целью:*

* обеспечить высокий методический уровень проведения внеаудиторных занятий;
* совершенствовать профессиональное мастерство преподавателей через подготовку, организацию и проведение внеаудиторных мероприятий;
* распространить положительный педагогический опыт.

**Специальность:** 31.02.01 « Лечебное дело»

**Вид занятия:** внеаудиторное

**Средства обучения:**

* методическая разработка внеаудиторного мероприятия;
* доклады участников конференции;
* мультимедийные презентации.
* Видеофильм

**Литература для преподавателя:**

1. Бортникова С.М., Зубахина Т.В.,Беседовский С.Г. Нервные и психические болезни Ростов на Дону, Феникс, 2015

2.Багниенко С.Ф. Верткин А.Л. Мирошниченко АГ. Руководство по скорой

медицинской помощи.- Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2007

3. Верткин А.Л. Скорая медицинская помощь. Руководство для фельдшеров и

медсестер- Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2007

**План конференции**

**Вид занятия:** внеаудиторное

**Цели проведения конференции:**

* Информировать студентов о новых и эффективных методах диагностики и лечения

инсультов;

* Вовлекать студентов в самостоятельную творческую деятельность, повышать их

интерес к изучаемым учебным дисциплинам;

* Формировать потребности студентов к саморазвитию и самореализации;
* Развивать личностные возможности и способности каждого студента,

обеспечивать условия для их реализации, повышать духовный, культурный

уровень;

* Способствовать воспитанию ответственности за выполняемую работу, за

здоровье и жизнь пациента.

**Место проведения:** лекционный зал

**Продолжительность конференции**: 40 минут

**Участники конференции:** студенты специальности «Лечебное дело» (группы ЛД-41,

ЛД-31, ЛД -21).

**Средства обучения:**

* методическая разработка внеаудиторного мероприятия;
* доклады участников конференции;
* мультимедийные презентации.
* видеофильм

**Междисциплинарные связи:**

* клиническая фармакология;
* лечение пациентов с внутренними болезнями;
* лечение пациентов с нервными болезнями;
* дифференциальная диагностика и оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе;
* пропедевтика клинических дисциплин;

**Темы докладов:**

* Факторы риска развития инсультов (Приложение 1)
* Методы диагностики инсультов (Приложение 2)
* Современные методы лечения инсультов Приложение 3)
* Психологическая реабилитация пациентов, перенесших инсульт (Приложение 4)

**ОТКРЫТИЕ КОНФЕРЕНЦИИ**

Ежегодно 29 октября во всем мире отмечается Всемирный день борьбы с инсультом, который был установлен Всемирной организацией по борьбе с инсультом в 2006 году с целью призыва к срочным активным действиям во всемирной борьбе против этого заболевания.

Но история даты, отмечаемой сегодня, началась в 2004 году, когда Всемирная организация здравоохранения объявила инсульт глобальной эпидемией, а в 2006 год была создана Всемирная организация по борьбе с инсультом, которая и учредила этот День.

Мировым символом дня с 2012 года стала голубая лента – здоровый кровеносный сосуд.

Ещё в 2004 году Всемирная организация здравоохранения привела пугающую статистику, согласно которой с острым нарушением мозгового кровообращения сталкивается каждый шестой человек в мире.

Этот недуг и по сей день остается одной из главных причин смерти и инвалидности как в мире, так и в России.

В России почти половина случаев этого недуга заканчивается смертью. Только 8 % выживших полностью восстанавливаются. Прочие же остаются инвалидами, иногда не способными обойтись без посторонней помощи.

Всегда считалось, что инсульт - это проблема пожилых. Но сегодня мы отмечаем омоложение инсульта. Это не говорит о том, что он чаще встречается у молодых, чем у пожилых. Но если 20 лет назад пятидесятилетний человек поступал в стационар с инсультом, он считался молодым пациентом, то сейчас в одной палате могут лежать молодые люди и 24, и 25, и 27 лет.

Цель Дня борьбы с инсультом – привлечь внимание к проблеме смертности и **предупреждения инсультов.   
Очень часто ни сами больные, ни люди, которые их окружают, даже не подозревают, что у них – инсульт. А ведь от правильного и быстрого “распознавания” болезни и оказания первой помощи зависит дальнейшая жизнь и здоровье человека.**

Инсульт не щадит ни чинов, ни званий и, как любая беда, происходит внезапно. Больничная палата, койка, пациент, мучительно и безуспешно пытающийся приподнять свою правую руку. Вместо слов – неразборчивые, напоминающие мычание звуки. А что произошло с ним, как это всё случилось?

Да, в общем-то, обычная история. Побаливала периодически голова, повышалось давление, сердце стучало неритмично… Много работал, мало отдыхал, курил, нерегулярно таблетки от давления принимал, за весом не следил. И кто бы знал, что в один день всё изменится.

Само слово «инсульт» означает удар, что очень точно передаёт суть и возможные последствия этой болезни.

В классической литературе мы встречаем такую фразу: «…его хватил удар. Апоплексический удар». Так у **Некрасова** в его поэме «Кому на Руси жить хорошо» показано, как воспринял **князь Утятин** известие о царском манифесте:

*Сердитый голос барина*  
*В застольной дворня слышала;*  
*Озлился так, что к вечеру*  
*Хватил его удар!*  
*Всю половину левую*  
*Отбило: словно мёртвая*  
*И, как земля, черна…*  
*Пропал ни за копеечку…*

Да, вот так «ни за копеечку» пропадали многие и литературные герои, и авторы, их создавшие, да и простых смертных не обходила эта страшная судьба. Инсульт не щадит никого: ни правителей, ни знаменитостей, ни простых смертных.

Люди знакомы с инсультом с незапамятных времен. Помните, Христос лечил расслабленных? «Встань и иди!» – это парализованных Он поднимал на ноги, прощая им грехи их…

**Гиппократ** в 460-х годах до н. э. описывал случаи потери сознания в результате поражения головного мозга. Позднее  **Гален** описал симптомы, начинающиеся с внезапной потери сознания, и обозначил их термином ἀποπληξία, «удар». С тех пор термин «апоплексия» надолго вошёл в медицинский язык, обозначая как острое нарушение мозгового кровообращения, так и быстро развивающееся кровоизлияние в другие органы.

**Екатерину II** удар хватил в уборной, когда придворные забеспокоились и взломали дверь, было слишком поздно.

Инсульт был у **К. Маркса**, три ишемических инсульта в конце жизни было у **В. И. Ленина**.

Кстати сказать, все три высших руководителя своих стран, принявших участие в знаменитой Ялтинской конференции (февраль 1945 г.): **Рузвельт**, **Сталин** и **Черчилль** – длительное время страдали гипертонической болезнью и скончались от нарушения мозгового кровообращения. Рузвельт не дожил до Дня Победы – у него развилось кровоизлияние в мозг. Сталин пережил его на 8 лет. У Черчилля была серия малых инсультов, которые позже привели его к деменции. Иосиф Сталин умер от кровоизлияния в мозг.

Из пятнадцати президентов США с 1900 года – от **Теодора Рузвельта** до **Рональда Рейгана** – тринадцать умерли от инсульта или болезни коронарных артерий. **Маргарет** **Тетчер** [ушла в мир иной от инсульта](http://www.aif.ru/politics/news/348119).

Инсульт унёс жизни  **Иоганна Себастьяна, Виталия** **Соломина, Баха**, **Вальтера** **Скотта**,  **Эльдара Рязанова,**  **Федерико Феллини**, **Андрея** **Миронова**, **Игоря** **Старыгина**, **Эльдара Рязанова.** Список можно продолжать.

**Играя в «русскую рулетку» под названием инсульт, многим из нас до последнего кажется, что роковой «выстрел в голову» не произойдет. Один щелчок, второй, третий…**

Нет, третьего не будет – дальше будет лишь мрак, инвалидность или смерть. В лучшем случае, полностью разбитая жизнь. Паралич, крушение всех надежд и длительнейший период восстановления. Кому-то из счастливчиков удастся «прийти в себя» уже через годик, не всегда правда, радуя близких внятной речью и твердой походкой; а другой, недвижно провалившись в постель, с горечью понимает, что возврата к прежней жизни уже не будет и кровать надолго останется его обителью.

**Приложение 1**

**Анита**. Как ты думаешь, когда человек начинает задумываться о своем здоровье?

**Ира**. Мне кажется, это происходит тогда, когда он начинает его терять или когда потерял полностью. Такова суть человеческой природы - гнать от себя плохие мысли, в том числе мысли о том, что именно со мной может что-нибудь случиться. Почти каждый человек думает, что его болезни где-то далеко, в глубокой старости, до их наступления еще так долго, что тратить время на мысли о них, а тем более на какие-либо действия по их предотвращению пока рано.

Именно поэтому большинство тяжелых болезней обычно настигают человека внезапно.

Анита мы сегодня говорим об инсульте. А что такое инсульт?

**Анита**. Инсульт - это острое прекращение или снижение кровотока в головном мозге, вызывающее гибель участка ткани мозга. Такое прекращение или снижение кровотока возникает при сужении, закупорке или разрыве сосудов, снабжающих кровью головной мозг.

С тех пор как был открыт ящик Пандоры, наводнивший наш мир страданиями и болезнями, существует миф, который гласит, что инсульт - это судьба. Предотвратить его невозможно, а лечить бесполезно. Но на самом деле это не так. Инсульт, как и многие тяжелые болезни, можно и предотвратить, и успешно лечить.

Очень много зависит от знаний, которые могут помочь в этом. Как известно, кто предупрежден - тот вооружен.

**Ира**. Итак, существуют болезни, приводящие к инсульту.

1.Это атеросклероз сосудов головного мозга - постепенное нарушение обменных процессов, ведущее к воспалению стенки сосуда с сужением его просвета.

2.Артериальная гипертония- состояние , при котором кровяное давление выше 140/90 мм.рт.ст.

По данным разных исследований, от 75 до 90% всех сердечно-сосудистых катастроф случаются на фоне повышенного давления. Риск получить инсульт у гипертоников в среднем на 60% выше, чем у негипертоников.

Но есть еще факторы риска появления инсульта. Прежде всего, что такое факторы риска?

**Анита.** Факторы риска рассматриваются современной медициной как различные клинические, биохимические, поведенческие и другие характеристики, свойственные отдельному человеку.

Здоровье населения (индивидуальное, групповое, общественное) напрямую зависит от факторов риска, главными из которых являются:

-неправильный образ жизни

- плохая экология

- социально-экономические факторы, негативно влияющие на состояние здоровья

- заболевания родителей

- плохое состояние службы здравоохранения.

**Приложение 2**

**Диагностика инсультов.**

**Диагноз ишемического инсульта основывается** на остром развитии очаговых неврологических нарушений, характерных для поражения одного из сосудистых бассейнов мозга (нейроваскулярный синдром), и наличии факторов риска его развития (возраст старше 50 лет, ТИА или ишемический инсульт в анамнезе, артериальная гипертония, сахарный диабет, курение, заболевания сердца) и требует подтверждения методами КТ или МРТ головы, что позволяет с высокой точностью отличить ишемическое нарушение мозгового кровообращения от кровоизлияния в мозг или других заболеваний (например, опухоли мозга или ЧМТ), которые могут проявляться острым развитием неврологических нарушений. Без применения КТ или МРТ головы вероятность ошибки в дифференциальном диагнозе ишемического инсульта даже в случаях типичной клинической картины составляет не менее 5 %.

При КТ головы выявляют область пониженной плотности у большинства больных через 12—24 ч с момента развития ишемического инсульта. При меньшей давности инсульта при КТ не обнаруживают поражения мозга почти в половине случаев. Небольшие по размеру инфаркты мозга (инфаркты в мозговом стволе и лакунарные инфаркты) часто не выявляются даже на 3—4-й день заболевания в период наилучшей визуализации инфаркта мозга методом обычной КТ, но могут быть обнаружены при КТ с контрастированием или при МРТ.

Проведение контрастной КТ или МРТ показано в тех случаях, когда по результатам КТ головы без контрастного усиления можно предположить опухоль головного мозга, артериовенозную мальформацию или другой объемный несосудистый процесс. Следует иметь в виду, что контрастные вещества (особенно в больших дозах) могут оказать нейротоксическое действие и ухудшить состояние больного. При ОФЭКТ можно обнаружить более ранние стадии локальной ишемии мозга.

Если нет возможности выполнить КТ или МРТ головы, то проводят поясничную пункцию и эхоэнцефалоскопию. При ишемическом инсульте ЦСЖ обычно прозрачная с нормальным содержанием белка и клеточных элементов, хотя в некоторых случаях определяется небольшое увеличение лимфоцитов и белка. Значительное повышение белка, иммуноглобулинов и лимфоцитов в ЦСЖ возможно в случаях ишемического инсульта, вызванного церебральным артериитом. Оценку ЦСЖ иногда затрудняет травма кровеносного сосуда пункционной иглой и примесь путевой крови, что требует сбора ЦСЖ в три пробирки и центрифугирования содержимого последней, при котором обнаруживается бесцветная и прозрачная надосадочная жидкость. Следует отметить, что в части случаев кровоизлияний в мозг ЦСЖ не меняется, поэтому вероятность ошибочного диагноза характера инсульта по данным поясничной пункции составляет не менее 10 %. При эхоэнцефалоскопии у больных с ишемическим инсультом в первые часы в большинстве случаев не выявляют смещения срединных структур головного мозга, которое, впрочем, может возникнуть при значительном объеме инфаркта вследствие перифокального отека.

При выяснении причин инсульта важную информацию могут дать результаты физикального обследования. Наличие аритмии (фибрилляция предсердий), выявление шумов в сердце позволяют предположить кардиоэмболический характер инсульта. Систолический шум, выслушиваемый позади угла нижней челюсти (область бифуркации общей сонной артерии), — признак стеноза внутренней или общей сонной артерии, усиление пульсации ветвей наружной сонной артерии возможны при закупорке или значительном стенозе внутренней сонной артерии на этой стороне. Ослабление (или отсутствие) пульса и уменьшение артериального давления с одной стороны указывают на стенозирующее поражение дуги аорты и подключичных артерий.

Для выяснения причины ишемического инсульта используют неинвазивные ультразвуковые методы исследования сосудов, среди которых наиболее информативны дуплексное и триплексное (цветное дуплексное) сканирование прецеребральных артерий головы и церебральных артерий и

ТКДГ церебральных артерий. При дуплексном сканировании удается получить изображение сосуда (эхотомография) и одновременно исследовать кровоток методом спектральной допплерографии, а при триплексном сканировании можно также наблюдать движение крови в сосуде. Дуплексное сканирование позволяет обнаружить даже небольшие стенозы артерий и утолщение комплекса "внутренняя оболочка — средняя оболочка" артерии, исследовать характер атеросклеротической бляшки, определить количественно приток крови к головному мозгу. ТКДГ дает возможность выявить гемодинамически значимый стеноз или окклюзию церебральной артерии, определить характер коллатерального кровообращения при окклюзирующих поражениях магистральных артерий головы. Неинвазивные методы исследования могут быть использованы для динамического наблюдения за кровоснабжением головного мозга при проведении лечения.

Для выявления патологии прецеребральных и церебральных артерий наиболее информативна церебральная ангиография (селективная катетеризационная церебральная ангиография). Она позволяет обнаружить стенозы, окклюзии, изъязвления, аневризму и другие патологические изменения в артериях. Однако риск осложнений при ее проведении достигает 4 % (развитие инсульта или ТИА), поэтому ангиографию проводят только в тех случаях, когда планируется каротидная эндартериэктомия или другая операция либо у больных молодого возраста в случаях неясной причины ишемического инсульта.

Внутриартериальная или внутривенная дигитальная субтракционная ангиография представляет более быстрый и менее опасный (в отношении риска развития ишемического инсульта) метод исследования, однако информативность при этом ниже традиционной ангиографии, особенно в диагностике поражения небольших церебральных артерий, а использование большого количества контраста при внутривенной методике может привести к системным и аллергическим реакциям (тошнота, рвота, эпилептические припадки, бронхоспазм и др.).

В последние годы все большее развитие для диагностики поражения прецеребральных и церебральных артерий получают МР-ангиография и спиральная компьютерная ангиография, однако их информативность еще уступает церебральной ангиографии, а использование контрастного вещества при спиральной КТ связано с определенным риском системных и аллергических осложнений. Перспективно сочетание МР-ангиографии с дуплексным сканированием и ТКДГ как способа неинвазивной диагностики поражения прецеребральных

и церебральных артерий при ишемическом инсульте.

У всех больных с ишемическим инсультом проводят электрокардиографию, позволяющую выявить нарушения ритма, ишемию и другие изменения миокарда. Важно отметить, что у 10 % больных наблюдаются изменения на ЭКГ, которые напоминают коронарную недостаточность (депрессия сегмента *ST,* инверсия или повышение зубца 7), но вызваны симпатоадреналовой активацией миокарда. В этих случаях рекомендуется повторение ЭКГ для исключения инфаркта миокарда. Холтеровское мониторирование ЭКГ используют в тех случаях, когда предполагают эмболический генез инсульта вследствие пароксизмального нарушения сердечного ритма.

Эхокардиографию (трансторакальную или чреспищеводную) проводят при подозрении на поражение клапанного аппарата сердца, кардиомиопатию, внутрисердечный тромб или опухоль, аневризму желудочков. Трансторакальную эхокардиографию рекомендуют во всех случаях неясного генеза инсульта у больных в возрасте моложе 45 лет. Если она не обнаруживает изменений, то показана чреспищеводная эхокардиография, которая более информативна в выявлении кардиальной патологии.

В план обследования больного инсультом входят: 1) клинический анализ крови с определением числа тромбоцитов (выявление эритремии, тромбоцитемии, тромбоцитопенической пурпуры, серповидно-клеточной анемии, лейкемии); 2) определение группы крови, резус-фактора; 3) анализ крови на ВИЧ; 4) анализ крови на HBs-антиген; 5) реакция Вассермана; 6) биохимический анализ крови с определением сахара, мочевины, креатинина, билирубина, АсАТ и АлАТ, холестерина, триглицеридов, липопротеидов высокой и низкой плотности; 7) электролиты (калий, натрий), осмоляльность плазмы; 8) газовый состав крови, КОС; 9) коагулограмма с определением фибриногена, фибринолитической активности, тромбинового времени, протромбина, гематокрита, времени свертываемости крови, антитромбина III; 10) агрегационная способность эритроцитов; 11) вязкость крови; 12) анализ мочи; 13) рентгенография грудной клетки с целью диагностики заболеваний легких (пневмония, туберкулез, опухоль и др.) и оценки размеров сердца и аорты;14) консультация терапевта; 15) консультация офтальмолога.

***Диагноз* ТИА** часто устанавливают ретроспективно на основании анамнеза: развитие преходящих симптомов очагового поражения головного мозга у больного, имеющего факторы риска ишемического нарушения мозгового кровообращения. Дифференциальный диагноз проводят с другими заболеваниями, проявляющимися преходящими неврологическими нарушениями: мигренью, эпилептическим припадком, болезнью Меньера и меньероподобными синдромами, транзиторной глобальной амнезией, рассеянным склерозом, опухолью мозга, гипогликемией, обмороком, дроп-атаками и др. При мигрени возможны кратковременные неврологические нарушения (мигренозная аура в виде гемианестезии, гемипареза, афазии, одностороннего нарушения зрения и др.), которые в большинстве случаев сопровождаются типичным приступом головной боли, но иногда возникают изолированно как эквивалент мигренозного приступа. Приступы мигрени обычно начинаются в молодом возрасте, хотя иногда возникают в среднем и даже пожилом возрасте. Крайне редко приступы мигренозной ауры без головной боли развиваются впервые в пожилом возрасте и не сочетаются с типичными мигренозными атаками; в таких случаях обычно отмечается семейный анамнез мигрени. Очаговые симптомы во время мигренозной ауры обычно развиваются медленнее (в течение 20—30 мин), чем при **ТИА,** и часто сочетаются с типичными для мигрени зрительными нарушениями.

*Парциальные эпилептические припадки* могут проявляться преходящими двигательными, чувствительными, зрительными или речевыми расстройствами, напоминающими **ТИА.** При парциальных припадках в отличие от **ТИА** нередко наблюдается распространение чувствительных и(или) двигательных нарушений по конечности ("джексоновский марш"), могут возникать клонические судороги или вторично генерализованный эпилептический припадок. Важное значение могут иметь данные ЭЭГ, выявляющие характерные для эпилепсии изменения. При подозрении на парциальные эпилептические припадки следует провести КТ или **МРТ** головы для поиска поражений мозга, например опухоли, проявляющихся припадками.

*При болезни Меньера*, доброкачественном позиционном головокружении и вестибулярном нейроните возникает внезапное головокружение нередко в сочетании с тошнотой и рвотой,

что возможно при **ТИА** в вертебробазилярном бассейне. Однако во всех этих случаях вестибулярного головокружения наблюдается только горизонтальный или ротаторный нистагм и не отмечается симптомов поражения мозгового ствола (вертикального нистагма, двоения, расстройств чувствительности, глотания и др.). Крайне редко **ТИА** в вертебробазилярной системе проявляется только изолированным вестибулярным головокружением, но это следует учитывать у больных пожилого возраста с высоким риском ишемического нарушения мозгового кровообращения.*При транзиторной глобальной амнезии*, наблюдающейся преимущественно в среднем и пожилом возрасте, возникает внезапное расстройство памяти на текущие и иногда отдаленные события. Нарушения памяти обычно продолжаются в течение нескольких часов, больной повторяет одни и те же вопросы, ему надо постоянно напоминать, что он только что делал, хотя бытовые и профессиональные навыки при этом не нарушены. После выздоровления отмечается полная амнезия на происходящие события. Патогенез транзиторной глобальной амнезии до конца не ясен, по-видимому, у части больных она обусловлена преходящей ишемией в вертебробазилярной системе. Однако благоприятный прогноз в отношении развития инсульта при этом заболевании и невысокая вероятность повтора отличают ее от ТИА. *В дебюте рассеянного склероза* могут наблюдаться преходящие неврологические нарушения, напоминающие ТИА. Клинически неразличимые от ТИА симптомы возможны также при опухолях головного мозга, небольших внутримозговых кровоизлияниях или субдуральных гематомах. В этих случаях иногда только результаты КТ или МРТ головы позволяют установить правильный диагноз. *Гипогликемические состояния* могут давать сходную с **ТИА** клиническую картину. Во всех случаях, когда больной диабетом предъявляет жалобы на преходящие неврологические нарушения (особенно по ночам, при пробуждении или после физических упражнений), необходимо исследование уровня глюкозы в крови в период таких состояний; в случаях гипогликемии характерно быстрое улучшение состояния после парентерального введения глюкозы.*ТИА в вертебробазилярном бассейне* очень редко проявляются только обморочными или предобморочными состояниями. Эти состояния наиболее часто вызваны вазовагусными пароксизмами, заболеваниями сердца или эпилепсией. Приступы падения (дроп-атаки) также редко являются следствием ТИА в вертебробазилярном бассейне. Они обусловлены внезапной утратой постурального тонуса неясного генеза, возникают преимущественно у женщин и не имеют какого-либо серьезного прогностического значения. В случаях ТИА перед падением обычно возникает головокружение или двоение, после падения больной не может сразу подняться, несмотря на то что не нанес себе травму. Пациенты, перенесшие ТИА, требуют обследования для выяснения причины преходящей ишемии мозга с целью предупреждения ишемического инсульта и других заболеваний сердечно-сосудистой системы. В план обследования входят ангиологическое исследование (пальпация и аускультация сосудов шеи и конечностей, измерение артериального давления на обеих руках), развернутый общий анализ крови, биохимический анализ крови с определением холестерина и его фракций, исследование гемостаза, ЭКГ, неинвазивные ультразвуковые методы исследования прецеребральных и церебральных артерий (предпочтительнее дуплексное сканирование прецеребральных артерий и ТКДГ церебральных артерий), МР-ангиография. При подозрении на кардиоэмболический генез **ТИА** показаны консультация кардиолога и более углубленное исследование сердца (ЭхоКГ, холтеровское мониторирование). В случаях неясного генеза ТИА, как и при ишемическом инсульте, показаны углубленные исследования плазмы крови: определение коагуляционных факторов и фибринолиза, уровня волчаночного антикоагулянта и антикардиолипиновых антител и др. В тех случаях, когда выявляется гемодинамически значимый стеноз внутренней сонной артерии и планируется хирургическое лечение, предварительно обычно проводят церебральную ангиографию (традиционную или субтракционную дигитальную) для подтверждения результатов неинвазивных ультразвуковых методов исследования и оценки внутримозгового кровообращения.Проведение КТ или МРТ головы желательно во всех случаях ТИА, но оно необходимо в диагностически неясных случаях для исключения других возможных причин преходящих неврологических нарушений (опухоль мозга, небольшое внутримозговое кровоизлияние, травматическая субдуральная гематома и др.). У большинства пациентов с ТИА при КТ и МРТ головы не выявляют очаговых изменений, однако в 10—25 % случаев (чаще в тех случаях, когда неврологические нарушения сохранялись в течение нескольких часов) обнаруживают инфаркт мозга, что указывает на определенную условность термина ТИА. В тех случаях, когда у пациента с ТИА выявляют ишемический очаг в соответствующей области мозга, по данным КТ или МРТ головы, следует диагностировать ТИА, а не ишемический инсульт.