

Всемирный день борьбы с инсультом отмечается ежегодно 29 октября. Он был основан в 2006 году Всемирной организацией по борьбе с инсультом, цель его проведения заключается в привлечении внимания населения к проблеме мозговых инсультов: вопросам профилактики, своевременной диагностики и обращения за медицинской помощью, новым возможностям лечения.

Инсульт — это острое нарушение мозгового кровообращения, приводящее к повреждению ткани головного мозга. Это заболевание соперничает с инфарктом миокарда за лидерство в списке «убийц» людей — именно они «ответственны» более чем за половину всех смертей.

Последствия инсульта поистине катастрофичны. До 85% больных умирают или остаются инвалидами, и только около 10% пациентов полностью выздоравливают. При этом даже среди выживших больных у 50% наступает повторный инсульт в последующие 5 лет жизни. После 55 лет риск развития инсульта возрастает вдвое с увеличением возраста на каждые десять лет.

В Республике Башкортостан проводится большая организационная и практическая работа по совершенствованию оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями. Созданы 3 региональных сосудистых центра, Городской центр восстановительной медицины и реабилитации для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения, а также первичные сосудистые отделения в крупных городах республики, в том числе в ГБУЗ РБ ГБ г.Салават (ПСО-неврология,-кардиология). Внедрены современные методы лечения инсульта, включая высокотехнологичные методы лечения на раннем этапе инсульта, разработаны индивидуализированные реабилитационные программы, что способствовало существенному снижению летальности и увеличению числа больных, независимых в повседневной жизни.

Инсульт возникает при сдавлении, закупорке или разрыве сосудов, кровоснабжающих головной мозг.

Большая часть инсультов являются ишемическими. По механизму развития инсульты

бывают разные: атеросклеротическая бляшка, находящаяся в одной из мозговых артерий, разрушается, а в месте повреждения образуется кровяной сгусток — тромб, который закрывает просвет сосуда. Клеткам мозга не хватает кислорода, и если соседние артерии не могут взять кровоснабжение этого участка на себя, то в течение нескольких минут они умирают. Гораздо реже просвет артерии закупоривается каплями жира или пузырьками воздуха (жировая и воздушная эмболии), тромбами из левого желудочка сердца или сдавливается извне в результате травмы или опухоли.

Причиной геморрагического инсульта является кровоизлияние. Это происходит реже, но намного более опасно для жизни. В этом случае происходит разрыв стенки дефектной артерии. Причиной может стать аневризма (мешотчатое расширение стенки артерии) или нарушение целостности сосудистой стенки из-за того же атеросклероза, а провоцирующим фактором — повышение артериального давления. В результате кровь разливается по ткани мозга. Клетки гибнут от недостатка кислорода, а разлившаяся кровь пропитывает и сдавливает соседние ткани, мешая их нормальной работе.

Предвестником инсульта может служить преходящее нарушение мозгового кровообращения, или транзиторная ишемическая атака (ТИА). Она может произойти за недели или месяцы до настоящего инсульта. Это «маленький инсульт», временно приостанавливающий циркуляцию крови в мозге. Из-за недостатка крови мозг не может нормально функционировать. Симптомы ТИА очень похожи на симптомы инсульта, однако полностью проходят через 10-15 минут. На этом этапе организму еще удастся достаточно быстро восстановить нормальное поступление крови и избежать непоправимого.

Определенные области мозга отвечают за движение рук, ног, речь, зрение и т.п. Поэтому последствия инсульта напрямую зависят от того, в какой части мозга произошла катастрофа. Это может быть паралич (полная обездвиженность) или парез (частичное нарушение движений) руки или ноги на стороне, противоположной очагу поражения,

серьезные нарушения речи и письма, расстройства памяти, нарушение чувствительности и др.

Чем это проявляется?

Инсульт чаще всего случается рано утром или поздно ночью. Его первыми признаками являются:

- * внезапная слабость в руке и/или ноге;
- * внезапное онемение в руке и/или ноге;
- * внезапное нарушение речи и/или ее понимания;
- * внезапная потеря равновесия, нарушение координации, головокружение;
- * внезапная потеря сознания;
- * острая головная боль без какой-либо видимой причины или после тяжелого стресса, физического перенапряжения;
- * внезапное онемение губы или половины лица, часто с «перекосом» лица,
- * и все это на фоне необычно низкого или, наоборот, повышенного артериального давления.

Как правило, эти проявления возникают на фоне повысившегося артериального давления. Если у вас или у человека рядом с вами появились подобные признаки, немедленно вызывайте скорую. Помните, что в данной ситуации промедление действительно «смерти подобно». Точно опишите диспетчеру все, что произошло, чтобы бригада скорой помощи уже по приезду к больному представляла в общих чертах о чем

идет речь.

Пока врачи не приехали, уложите больного, обеспечьте ему полный покой и приток свежего воздуха. При поступлении в клинику врачи оценивают сердечную и дыхательную деятельность, оказывают необходимую неотложную помощь.

Реабилитация

При инсульте в мозге образуется очаг из погибших нервных клеток, положение и размер которого определяют степень нарушения той или иной функции. А вокруг и вблизи него — клетки, как говорят, временно инактивированные, "заторможенные". Им-то и необходимо вернуть активность. Есть и такие, которые прежде не были задействованы в обеспечении движения, речи, однако готовы перестроиться и в той или иной степени взять на себя "обязанности" погибших. "Научить" их работать в новых условиях, устраняя тем самым препятствия для нормальной работы тех или иных областей мозга, удается только с помощью различных упражнений. Именно это, прежде всего, и является целью реабилитации больных инсультом.

Восстановление нарушенных функций происходит медленно, поэтому больные, перенесшие инсульт, требуют особого внимания и тщательного ухода.

Профилактика

Для снижения вероятности инсульта, особенно если вы страдаете артериальной гипертонией, регулярно (дважды в день!) следите за артериальным давлением. Это вовсе не так сложно: просто нужно приобрести тонометр и научиться им пользоваться. Оказалось, что одно только измерение давления и удержание его в норме может сократить

количество инфарктов миокарда на 19-21%, а число инсультов снизить на 43-45%! Помимо повышенного артериального давления существует целая группа факторов риска инсульта, внимание к которым, вполне возможно, продлит вам жизнь, причем жизнь

полноценную.

Увеличивают вероятность возникновения инсульта и атеросклероз – закупорка артерий холестериновыми бляшками. Также значительно повышает вероятность развития инсульта сахарный диабет, курение и неумеренное употребление алкоголя. В группе риска находятся и люди, у которых кто-либо из родственников скончался от инсульта или инфаркта в возрасте до 60 лет. Лица, потребляющие большое количество поваренной соли (более 6г в сутки) и животных жиров. В группу риска входят люди с избыточным весом тела, с пониженной физической активностью. Определенную роль в возникновении инсульта может играть повышенная свертываемость крови. Стоит помнить, что речь идет всего лишь о предрасположенности к болезни. Поэтому у человека, который входит в группу риска, но ежедневно уделяет внимание профилактике инсульта, риск развития болезни может быть даже ниже, чем у человека к инсульту не предрасположенного, но халатно относящегося к своему здоровью. Однако иногда инсульт случается и у абсолютно здоровых, казалось бы, людей.

КАК ПРАВИЛЬНО ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ТОНОМЕТРОМ И ИЗМЕРЯТЬ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ?

Наиболее часто для измерения АД используют прибор, состоящий из сжимающей руку пневмоманжеты, груши для нагнетания воздуха с регулируемым клапаном и манометра. Более точной является общепринятая методика измерения АД с наложением манжеты на плечо.

Важно, чтобы манжета соответствовала объему руки – не была слишком узкой, особенно если ее придется надевать на полную руку. Для детей и полных людей существуют специальные манжеты. Можно пользоваться и электронным тонометром.

Измерение АД должно проводиться в удобной обстановке при комнатной температуре не менее чем после 5-минутного отдыха. На холоде может произойти спазм и повышение АД.

Обратите внимание на то, что после еды, выпитой чашки кофе или выкуренной сигареты измерять АД можно только через 30 минут.

Измерение АД должно проводиться сидя, обязательно с опорой на спинку стула и расслабленными, не скрещенными ногами. Опора спины на спинку стула и руки на поддерживающую поверхность исключает повышение АД за счет сокращения мышц.

Руку, на которой будет измеряться АД, необходимо полностью расслабить и держать неподвижно до конца измерения, удобно расположив на столе, находящемся рядом со стулом. Не допускается положение руки на «весу».

Высота стола должна быть такой, чтобы при измерении АД середина манжеты, наложенной на плечо, находилась на уровне сердца (приблизительно на уровне 4-го межреберья). Такие условия измерения позволят избежать влияния гидростатического столба на значение АД, показываемое прибором. Каждые 5 см смещения середины манжеты относительно уровня сердца могут приводить к завышению (если рука опущена) или занижению (если рука поднята) АД на 4 мм рт. ст.

Манжета накладывается на плечо таким образом, чтобы между ней и поверхностью плеча оставалось расстояние размером в палец, а нижний край манжеты был на 2,5 см выше локтевой ямки.

Не рекомендуется накладывать манжету на ткань одежды. Закатывать рукава с образованием сдавливающих валиков из ткани – значит получить заведомо неправильный результат.

В ходе измерения необходимо располагать шкалу манометра на уровне глаз, чтобы снизить вероятность ошибки при считывании показаний.

Воздух в манжете быстро нагнетается с помощью груши до тех пор, пока давление в манжете не превысит ориентировочное (определенное предварительно по пульсу) систолическое АД примерно на 30 мм рт. ст. Избыточно высокое давление в манжете может вызвать дополнительные болевые ощущения и повышение АД, что завысит результат.

Скорость сброса воздуха из манжеты должна быть примерно 2-3 мм рт. ст. за секунду. При высоком давлении (более 200 мм рт. ст.) допустимо увеличение скорости сброса воздуха до 4-5 мм рт. ст.

Прослушивание тонов лучше проводить стетоскопом, но можно и мембранным фонендоскопом, входящим в комплект с тонометром. Головку фонендоскопа надо фиксировать, не создавая значительного давления на кожу. Фиксация головки фонендоскопа с существенным надавливанием, как и расположение её над манжетой, искажает АД.

При сбросе воздуха появление тона (1 фаза тонов Короткова) соответствует систолическому АД, полное исчезновение тонов при дальнейшем выслушивании (5-я фаза тонов Короткова) – диастолическому АД.

Повторные измерения АД производятся через 1-2 минуты.

Среднее значение двух и более последовательных измерений гораздо точнее отражает уровень АД, чем однократное измерение.

АД рекомендуется измерять последовательно на обеих руках. Это особенно важно при первом обнаружении повышенного уровня артериального давления. При выявлении устойчивой асимметрии, составляющей более 10 мм рт. ст. для систолического АД и 5 мм рт. ст. для диастолического АД, измерение следует повторить. Если значительная асимметрия выявляется снова, все последующие измерения АД проводят на руке с более высокими цифрами АД.

Если асимметрия АД отсутствует, измерения рекомендуют проводить на нерабочей руке.

Измерение АД при нарушениях ритма сердца – более сложная задача. В этих случаях желательно, чтобы измерение проводил медицинский работник. Существуют

специальные жесткие манжеты для больных с нарушениями ритма

Измерять АД рекомендуется при артериальной гипертензии 2 раза в день: утром после пробуждения и утреннего туалета и вечером в 21.00-22.00, а кроме того, в случаях плохого самочувствия при подозрении на подъем АД.

Результаты измерений целесообразно записывать в дневник для того, чтобы потом посоветоваться с врачом относительно лечения.

Рекомендуется трехкратное измерение АД, за основной показатель берется среднее значение при замерах