**Острое нарушение мозгового кровообращения.**

**( Инсульт)**

Острые нарушения мозгового кровообращения представляют собой группу заболеваний, развивающихся вследствие острого расстройства кровообращения головного мозга. Инсульт в настоящее время становится основной социально-медицинской проблемой неврологии. Ежегодно в мире церебральный инсульт переносят около 6 млн. человек, а в России более 450 тыс., то есть каждые 1,5 минуты у кого-то из россиян развивается это заболевание. В крупных мегаполисах России количество острых инсультов составляет от 100 до 120 в сутки. Инсульт в настоящее время является одной из основных причин инвалидизации населения. Инвалидами становятся 70—80 % выживших после инсульта, причём примерно 20—30 % из них нуждаются в постоянном постороннем уходе. В Российской Федерации тяжёлой инвалидности у перенёсших инсульт способствуют малое количество экстренно госпитализированных больных (не превышают 15—30 %), отсутствие палат интенсивной терапии в неврологических отделениях многих стационаров. Недостаточно учитывается необходимость активной реабилитации больных (в реабилитационные отделения и центры переводятся лишь 15—20 % перенёсших инсульт). Летальность у больных с инсультами во многом зависит от условий лечения в остром периоде. Ранняя 30-дневная летальность после инсульта составляет 35 %. В стационарах летальность составляет 24 %, а у лечившихся дома — 43 % . В течение года умирает около 50 % больных. В целом инсульт занимает второе место среди причин смерти (после острых заболеваний сердца), причём смертность у мужчин выше, чем у женщин. В начале XXI века в России отмечена тенденция к снижению ежегодной смертности вследствие инсульта, однако в других странах (в США и Западной Европе) эта тенденция более существенна в связи с активным лечением артериальной гипертензии и снижением потребления продуктов с высоким содержанием холестерина.Острые нарушения мозгового кровообращения, вызывающие стойкие неврологические нарушения, носят название инсульта, а в случае регресса симптоматики в течение суток синдром классифицируют как транзиторную ишемическую атаку (ТИА). Различают ишемический инсульт (инфаркт мозга) и геморрагический инсульт (внутричерепное кровоизлияние). Ишемический инсульт и ТИА возникают в результате критического снижения или прекращения кровоснабжения участка мозга, и в случае инсульта, с последующим развитием очага некроза мозговой ткани — мозгового инфаркта. Геморрагические инсульты возникают в результате разрыва патологически измененных сосудов мозга с образованием кровоизлияния в ткань мозга (внутримозговое кровоизлияние). При поражениях крупных артерий (макроангиопатиях) или кардиогенной эмболии обычно развиваются - территориальные инфаркты, как правило, достаточно обширные, в зонах кровоснабжения, соответствующих пораженным артериям. Вследствие поражения мелких артерий (микроангиопатии) развиваются - лакунарные инфаркты с мелкими очагами поражения.

**Клинически инсульты могут проявляться:**

■Очаговой симптоматикой (характеризующейся нарушением определенных неврологических функций в соответствии с местом (очагом) поражения мозга в виде параличей конечностей, нарушений чувствительности, слепоты на один глаз, нарушений речи и др.).

■Общемозговой симптоматикой (головная боль, тошнота, рвота, угнетение сознания).

■Менингеальными знаками (ригидность шейных мышц, светобоязнь и др.).

Как правило, при ишемических инсультах общемозговая симптоматика выражена умеренно или отсутствует, а при внутричерепных кровоизлияниях выражена общемозговая симптоматика и нередко менингеальная.

Для клиники инсультов характерно острое, внезапное развитие (в течение минут и часов) очаговой неврологической симптоматики, в соответствии с пораженными и вовлеченными зонами мозга. Также, в зависимости от характера, локализации инсульта и степени его выраженности наблюдается общемозговая и менингеальная симптоматика.

Внутримозговое кровоизлияние — наиболее распространённый тип геморрагического инсульта, чаще всего возникающий в возрасте 45—60 лет. В анамнезе у таких больных — гипертоническая болезнь, церебральный атеросклероз или сочетание этих заболеваний, артериальная симптоматическая гипертензия, заболевание крови и др. Предвестники заболевания (чувство жара, усиление головной боли, нарушение зрения) бывают редко. Обычно инсульт развивается внезапно, в дневное время, на фоне эмоционального или физического перенапряжения.

Причиной кровоизлияния в головной мозг чаще всего является гипертоническая болезнь ( 80—85 % случаев). Реже кровоизлияния обусловливаются атеросклерозом, заболеваниями крови, воспалительными изменениями мозговых сосудов, интоксикацией, авитаминозами и другими причинами.

**Диагностика**

Когда необходимо заподозрить инсульт

■При развитии внезапной слабости или потери чувствительности на лице, руке или ноге, особенно, если это на одной стороне тела.

■При внезапном нарушении зрения или слепоте на один или оба глаза.

■При развитии затруднений речи или понимания слов и простых предложений.

■При внезапном развитии головокружения, потери равновесия или расстройства координации движений, особенно при сочетании с другими симптомами, такими как нарушенная речь, двоение в глазах, онемение, или слабость.

■При внезапном развитии у пациента угнетения сознания вплоть до комы с ослаблением или отсутствием движений в руке и ноге одной стороны тела.

■При развитии внезапной, необъяснимой, интенсивной головной боли.

**Методы диагностики. Анамнез и неврологический осмотр**

Распознать инсульт возможно на месте, немедля; для этого используются три основных приёма распознавания симптомов инсульта, так называемые «УЗП**».** Для этого попросите пострадавшего:

У — улыбнуться. При инсульте улыбка может быть кривая, уголок губ с одной стороны может быть направлен вниз, а не вверх.

З — заговорить. Выговорить простое предложение, например: «За окном светит солнце». При инсульте часто (но не всегда!) произношение нарушено.

П — поднять обе руки. Если руки поднимаются не одинаково — это может быть признаком инсульта.

Дополнительные методы диагностики:

Попросить пострадавшего высунуть язык. Если язык кривой или неправильной формы и западает на одну или другую сторону, то это тоже признак инсульта.

Попросить пострадавшего вытянуть руки вперёд ладонями вверх и закрыть глаза. Если одна из них начинает непроизвольно «уезжать» вбок и вниз — это признак инсульта.

Если пострадавший затрудняется выполнить какое-то из этих заданий, необходимо немедленно вызвать скорую помощь и описать симптомы прибывшим на место медикам. Даже если симптомы прекратились (преходящее нарушение мозгового кровообращения), тактика должна быть одна — госпитализация по скорой помощи; пожилой возраст, кома не являются противопоказаниями госпитализации.

**Есть ещё одно мнемоническое правило диагностики инсульта: У.Д.А.Р.**

У - Улыбка После инсульта улыбка выходит кривая, несимметричная;

Д - Движение Поднять одновременно вверх обе руки, обе ноги - одна из парных конечностей будет подниматься медленнее и ниже;

А - Артикуляция Произнести слово "артикуляция" или несколько фраз - после инсульта дикция нарушается, речь звучит заторможено или просто странно;

Р - Решение Если вы обнаружили нарушения хотя бы в одном из пунктов (по сравнению с нормальным состоянием) - пора принимать решение и звонить в скорую помощь.

Достоверная диагностика характера инсульта в остром периоде возможна с применением МРТ или КТ томографии головного мозга.

Компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга являются методами высоко достоверной диагностики инсультов. Методы нейровизуализации наиболее часто проводятся для следующих диагностических и дифференциально диагностических целей:

■Для различения инсульта с иными заболеваниями (в первую очередь объемными процессами).

■Для дифференциация ишемического и геморрагического характера инсульта (инфаркта и кровоизлияния в мозг).

■Для уточнения размеров, локализации инсульта, развития геморрагической трансформации, скопления крови в субарахноидальном пространстве, выявления кровоизлияния в желудочки мозга, выраженности отека, дислокации мозга.

■Для выявления окклюзий и стенозов экстра- и интракраниальных отделов мозговых артерий.

■Выявления аневризм и субарахноидальных кровоизлияний.

■Диагностики специфических артериопатий, таких как расслоение артерии, фибромускулярная дисплазия, микотические аневризмы при артериитах.

■Диагностики тромбозов вен и венозных синусов.

■Для проведения интраартериального тромболиза и механической ретракции тромба.

**Оптимальная организация медицинской помощи при инсульте:**

■Срочная госпитализация больных в течение первых 1-3 ч от начала инсульта в специализированные отделения сосудистой неврологии (оснащенные круглосуточной службой нейровизуализации (КТ и МРТ головного мозга), в которых имеется возможность консультации и поддержки нейрохирургической бригадой.

■Лечение в первые 5–7 сут. (острейший период заболевания) должно проводиться в специализированном неврологическом блоке интенсивной терапии (необходимо наличие системы круглосуточного мониторирования сердечно-сосудистых функций, круглосуточной ультразвуковой допплерографической и лабораторной служб).

■По окончании острейшего периода лечение проводится в палатах (блоке) ранней реабилитации сосудистого неврологического отделения.

**Профилактика**

Повышение эффективности первичной профилактики инсульта является важнейшей проблемой, стоящей перед современной системой здравоохранения, поскольку 75% всех инсультов являются первичными,   
Чтобы предупредить инсульт, необходимо знать факторы риска, такие как артериальная гипертензия, атеросклероз, сахарный диабет, нарушение ритма сердца, ожирение, курение. Особое внимание надо уделить профилактике артериальной гипертензии (стойкому повышению артериального давления) – ведущей причине инсульта. Надо вести ежедневный контроль за артериальным давлением, регулярно принимать антигипертензивные лекарства, назначенные врачом, изменить образ жизни, отказаться от курения и злоупотребления алкоголем. Необходима умеренная физическая активность. Например, быстрая ходьба продолжительностью 45–50 минут не менее четырех раз в неделю во внерабочее время. Очень важен контроль за уровнем сахара в крови, холестерином. Периодически проводить ЭКГ для исключения нарушения сердечного ритма – мерцательной аритмии (фибрилляция предсердий). Очень важна диета с ограничением жиров животного происхождения, желательно ежедневное потребление фруктов и овощей в большом количестве, морской рыбы, ограничение соли. Необходимо бороться с избыточной массой тела и ожирением. Участковым терапевтом или семейным врачом может быть рекомендован при необходимости длительный прием антитромботических лекарств.

Врач общей практики Драгомарецкая Г.С.