

БЕЛЯДСКАЯ Е.И., КРАСНОВА М.А.

100%
РЕАБИЛИТАЦИЯ

ИНСУЛЬТ



Как
ЖИТЬ
дальше?



Елена Белянская

Реабилитация после инсульта

«Научная книга»

Белянская Е. Н.

Реабилитация после инсульта / Е. Н. Белянская — «Научная книга»,

Инсульт – серьезное заболевание, которое, к сожалению, в последнее время все чаще поражает не только пожилых людей. Почему это происходит? И как быть, если приходит беда? Как помочь себе и своим близким? Как справиться с последствиями и не допустить повторного инсульта? Эта книга – лучший помощник для тех, кто хочет прийти в норму после перенесенного заболевания и вернуться к полноценной жизни. 100 %-ное восстановление гарантируется!

© Белянская Е. Н.

© Научная книга

Содержание

Глава I	5
Общие понятия	5
Этапы определения реабилитационной программы	6
Виды реабилитационных программ и условия проведения	7
Виды реабилитации	8
Программа профессиональной реабилитации	9
Специалисты, занимающиеся реабилитацией	10
Глава II	11
Общие сведения, классификация	11
Факторы риска острых нарушений мозгового кровообращения	14
Вероятность инсульта	15
Действия при выявлении степени риска инсульта	17
Конец ознакомительного фрагмента.	18

Елена Белянская, Марина Краснова

Реабилитация после инсульта

Глава I

Понятие реабилитации

Общие понятия

Реабилитация, или восстановительное лечение, – это процесс и система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или как можно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма. Восстановительное лечение необходимо, когда у больного значительно снижены функциональные способности, способности к обучению, нарушены трудовая деятельность, социальные отношения и т. д.

Восстановительное лечение является частью ежедневного ухода за больным. Обычно при уходе больного умывают, кормят, перестылают ему постель и выполняют другие манипуляции, которые облегчают течение болезни. При восстановительном уходе главная цель состоит в том, чтобы помочь больному стать функционально полноценным и независимым от посторонней помощи настолько это возможно, несмотря на то что он не может быть таким, как прежде. Восстановительный уход уменьшает последствия болезни или инвалидности.

Следует помогать больным, но не делать ничего за них. Прежде чем выполнять какие-либо действия по уходу, надо узнать у больного, что он может делать самостоятельно (например, чистить зубы, умываться, причесываться, принимать пищу), и поощрять его к этому.

В связи с болезнью и ее последствиями больной может утратить повседневные бытовые навыки, которыми он раньше владел. Поэтому его нужно постепенно обучать этим навыкам, чтобы он мог приспособиться к болезни и жить более полноценно. В тех случаях, когда возможности больного выразить свои потребности и желания ограничены, необходимо помочь ему активизировать свое участие в освоении навыков. Кроме того, больному надо объяснять задания, которые он должен выполнять.

Этапы определения реабилитационной программы

1. Проведение реабилитационно-экспертной диагностики. Тщательное обследование больного или инвалида и определение его реабилитационного диагноза служат той основой, на которой строится последующая программа реабилитации. Обследование включает в себя сбор жалоб и анамнеза пациентов, проведение клинических и инструментальных исследований. Особенностью этого обследования является анализ не только степени повреждения органов или систем, но и влияния физических дефектов на жизнедеятельность больного, на уровень его функциональных возможностей.

2. Определение реабилитационного прогноза – предполагаемой вероятности реализации реабилитационного потенциала в результате проведения лечения.

3. Определение мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, позволяющих пациенту восстановить нарушенные или компенсировать утраченные способности к выполнению бытовой, социальной или профессиональной деятельности.

Виды реабилитационных программ и условия проведения

1. Стационарная программа. Осуществляется в специальных отделениях реабилитации. Она показана пациентам, которые нуждаются в постоянном наблюдении медицинских работников. Эта программа обычно эффективнее других, поскольку в стационаре больной обеспечен всеми видами реабилитации.

2. Дневной стационар. Организация реабилитации в условиях дневного стационара сводится к тому, что пациент живет дома, а в клинике находится только во время проведения лечебных и реабилитационных мероприятий.

3. Амбулаторная программа. Осуществляется в отделениях восстановительной терапии при поликлиниках, куда пациент приходит только для проведения реабилитационных мероприятий, например массажа или лечебной физкультуры.

4. Домашняя программа. Все лечебные и реабилитационные процедуры больной принимает дома. Эта программа имеет свои преимущества, так как пациент обучается необходимым навыкам и умениям в привычной домашней обстановке.

5. Реабилитационный центр. В таких центрах пациенты участвуют в реабилитационных программах, принимают назначенные лечебные процедуры. Специалисты по реабилитации обеспечивают пациента и членов его семьи необходимой информацией, дают советы относительно выбора реабилитационной программы, возможности ее осуществления в различных условиях.

Обычно восстановительное лечение начинается в стационаре, когда больной еще находится в постели, и продолжается затем в домашних условиях. Правильное положение тела в постели, повороты, регулярные пассивные движения в суставах конечностей, дыхательные упражнения позволят больному избежать таких осложнений, как мышечная слабость, мышечная атрофия, пролежни, пневмония и др. У пациента всегда нужно поддерживать физическую активность, так как она укрепляет больного, а бездействие его ослабляет.

Следует обращать внимание не только на физическое, но и на эмоциональное состояние пациента. В результате болезни или инвалидности человек утратил способность трудиться, участвовать в общественной жизни. Это может вызвать страх, тревогу, привести к развитию депрессии. Поэтому важно создать вокруг больного атмосферу психологического комфорта.

Виды реабилитации

1. Медицинская реабилитация:

- 1) физические методы реабилитации (электролечение, электростимуляция, лазеротерапия, баротерапия, бальнеотерапия);
- 2) механические методы реабилитации (механотерапия, кинезотерапия);
- 3) массаж;
- 4) нетрадиционные методы лечения (акупунктура, фитотерапия, мануальная терапия, трудотерапия);
- 5) психотерапия;
- 6) логопедическая помощь;
- 7) лечебная физкультура;
- 8) реконструктивная хирургия;
- 9) протезно-ортопедическая помощь (протезирование, ортезирование, сложная ортопедическая обувь);
- 10) санаторно-курортное лечение;
- 11) технические средства реабилитации;
- 12) информирование и консультирование по вопросам медицинской реабилитации.

2. Социальная реабилитация:

- 1) социально-бытовая адаптация:
 - информирование и консультирование пациента и членов его семьи по вопросам социально-бытовой реабилитации;
 - обучение пациента самообслуживанию;
 - адаптационное обучение семьи пациента;
 - обучение больного или инвалида пользованию техническими средствами реабилитации;
 - организация жизни пациента в быту (адаптация жилого помещения к потребностям больного или инвалида);
 - обеспечение техническими средствами реабилитации (в программе указываются необходимые мероприятия для создания бытовой независимости пациента);
 - сурдотехника;
 - тифлотехника;
 - технические средства реабилитации;
- 2) социально-средовая реабилитация:
 - проведение социально-психологической и психологической реабилитации (психотерапия, психокоррекция, психологическое консультирование);
 - осуществление психологической помощи семье (обучение жизненным навыкам, персональной безопасности, социальному общению, социальной независимости);
 - содействие в решении личных проблем;
 - консультирование по правовым вопросам;
 - обучение навыкам проведения досуга и отдыха.

Программа профессиональной реабилитации

1. Профориентация (проинформирование, профконсультирование).
2. Психологическая коррекция.
3. Обучение (переобучение).
4. Создание специального рабочего места инвалида.
5. Профессионально-производственная адаптация.

Специалисты, занимающиеся реабилитацией

1. Врачи-специалисты (невропатологи, ортопеды, терапевты и др.). Они решают проблемы медицинской реабилитации, помогают диагностировать и лечить заболевания, которые ограничивают жизнедеятельность пациентов.

2. Реабилитолог.

3. Реабилитационная медицинская сестра. Осуществляет уход, оказывает помощь пациенту, обучает его и членов его семьи.

4. Специалист по физиотерапии.

5. Специалист по лечебной физкультуре.

6. Специалисты по лечению нарушений зрения, речи, слуха.

7. Психолог.

8. Психотерапевт.

9. Социальный работник, а также другие специалисты.

Приступить к обучению навыкам самообслуживания можно уже в больнице. Для лежачих больных восстановительный процесс может начаться с обучения тому, как умываться, чистить зубы, причесываться, принимать пищу, пользоваться столовыми приборами. Больных, которые могут сидеть, нужно обучать самостоятельно одеваться и раздеваться. При восстановительном уходе рекомендуется использовать технические средства реабилитации, которые помогают больному при ходьбе, приеме пищи, купании, посещении туалета и т. д. Например, из-за болезни или инвалидности больной может нуждаться в приспособлениях, помогающих ему ходить, таких как трость, ходунки, костыли, инвалидное кресло-коляска. Их использование дает человеку возможность передвигаться и быть независимым от других. Для облегчения приема пищи предназначены специальные столовые приборы, посуда (тарелки, чашки), разработаны также специальные приспособления, помогающие больному при приеме ванны, посещении туалета.

Кроме того, поскольку больной человек утратил способность трудиться и большую часть времени проводит дома, важно организовать для него досуг, что позволит ему успешно адаптироваться к новым условиям жизни.

Глава II Инсульт

Общие сведения, классификация

Инсульт – острое нарушение коронарного кровообращения. Инсульт определяется как клинический синдром, характеризующийся часто возникающими жалобами или симптомами утраты функций мозга (очаговых и иногда общемозговых), длящимися дольше 24 ч или приводящими к смерти без иной явной причины, кроме сосудистой патологии. Причинами инсульта являются инфаркт головного мозга (ишемический инсульт), первичное внутримозговое кровоизлияние (геморрагический инсульт), внутрижелудочковое кровоизлияние (САК).

Если длительность очаговых неврологических симптомов менее 24 ч, то говорят о транзиторной ишемической атаке (ТИА) или преходящем нарушении мозгового кровообращения.

На сегодняшний день сосудистые заболевания головного мозга вышли в России на второе место после кардиоваскулярных заболеваний среди всех причин смерти населения. В нашей стране ежегодно отмечается более 400 тысяч инсультов, летальность при которых достигает 35 %. Во многом это объясняется недостаточным вниманием к работе по предупреждению инсультов и хронических прогрессирующих сосудистых заболеваний мозга. Хотя 2/3 инсультов происходит у больных старше 60 лет, чаще всего на фоне повышенного артериального давления, распространенного атеросклероза, сахарного диабета, острые нарушения мозгового кровообращения представляют существенную проблему и для лиц трудоспособного возраста.

В последние годы наметилась тенденция к «омоложению» данной патологии, что связывают с неблагоприятной экологической обстановкой, стрессами, курением, злоупотреблением алкоголем.

Существует два основных вида инсульта: геморрагический, происходящий при разрыве сосудов (кровоизлияние в мозг, под оболочки и в желудочки мозга), и ишемический, развивающийся при закупорке сосудов (тромбоз или эмболия мозговых сосудов).

Само слово «инсульт» переводится с латыни как «скакать», «прыгать». Нередко можно услышать: «У меня подскочило давление». К сожалению, именно гипертоническая болезнь становится одной из наиболее частых причин геморрагического инсульта.

Геморрагический инсульт (более известное название – кровоизлияние в мозг) представляет собой осложнение гипертонической болезни, причем это наиболее острый вид инсульта, являющийся крайним проявлением вызывающих его заболеваний. Как правило, геморрагический инсульт случается у людей с повышенным артериальным давлением, чаще всего на фоне гипертонического криза. Не так редки и случаи разрыва стенки артерии в тех местах, где она чрезмерно тонкая. В этом виноваты аневризмы – врожденные или приобретенные истончения и выпячивания стенок сосудов. Кровеносный сосуд, не выдерживая повышенного давления на стенку, разрывается. Именно аневризма мозгового сосуда стала причиной внезапной смерти замечательного артиста Андрея Миронова, умершего во время спектакля на сцене.

Геморрагический инсульт возникает чаще всего после трудного, напряженного дня. К вечеру появляются сильная головная боль, тошнота, рвота, предметы предстают в красном свете – это предвестники удара. Симптомы этого инсульта возникают внезапно и нарастают стремительно. Нарушаются движения, речь, чувствительность. Пульс становится напряженным и редким, повышается температура. Отмечается состояние легкой оглушенности, возможна внезапная потеря сознания, вплоть до комы. Наблюдается приток крови к лицу, на лбу выступает пот, человек чувствует удар внутри головы, теряет сознание и падает – это уже сам

геморрагический инсульт. Кровь из разорвавшегося сосуда попадает в мозговую ткань. Уже спустя несколько минут она может пропитать и сдавить вещество мозга, что приведет к его отеку и гибели.

Внешне картина геморрагического инсульта выглядит так: появляется усиленная пульсация сосудов на шее, клочущее, хриплое, громкое дыхание. Кожные покровы лица становятся влажными от пота, горячими на ощупь, багрово-красного цвета, с цианотичным оттенком. Температура тела, вначале пониженная, через 20–24 ч повышается до 37,5—38 °С. Порой видно, что глазные яблоки начинают отклоняться в сторону очага поражения. Может случиться паралич верхних и нижних конечностей на стороне, противоположной зоне поражения.

Человек, перенесший инсульт, как правило, лежит на спине, голова и глаза повернуты в одну сторону, рот полуоткрыт. Мускулатура тела и конечностей расслабленная, если попробовать поднять руки больного, то они тут же, как плети, вяло падают вниз. Кожная чувствительность полностью отсутствует, на уколы больной не реагирует. При обширном кровоизлиянии начинают непроизвольно двигаться здоровые конечности.

Ишемический инсульт, или инфаркт мозга, – это закупорка тромбом артерий, питающих мозг. Чаще всего ишемический инсульт возникает при атеросклерозе, но бывает и при гипертонической болезни, а также мерцательной аритмии. В этом случае сохраняется целостность стенки сосуда, но ток крови по нему прекращается из-за спазма или закупорки тромбом. Тромбы способны закупорить сосуд в любом органе, вызывая инфаркт сердца, почки, мозга и т. д. Закупорка сосуда может произойти и кусочком жировой ткани, попадающей в общий ток крови, например при переломе длинных трубчатых костей или при полостных операциях у тучных людей. Возможна также и газовая эмболия – закупорка сосудов пузырьками газа, которая может возникнуть при операции на легких. Причем такая «пробка» может добраться до сосудов мозга из любого, даже самого отдаленного уголка организма.

Заботы и стрессы, изменения атмосферного давления и микроклимата, переутомление, вредные привычки (злоупотребление алкоголем и курение), избыточный вес, резкое колебание уровня сахара в крови – эти факторы могут привести к длительному спазму сосудов головного мозга со всеми атрибутами ишемического инсульта.

Чаще всего ишемический инсульт – удел пожилых людей. Он наступает ночью либо под утро, может развиваться постепенно в течение нескольких дней, а может иметь преходящий характер (малый инсульт). Ишемическому инсульту обычно предшествуют определенные нарушения мозгового кровообращения. Начинается головная боль, головокружение, появляется пошатывание при ходьбе, слабость или онемение конечностей, боли в области сердца и обмороки. Ишемический инсульт, как правило, развивается не так быстро, как геморрагический, и человек успевает заметить ухудшение самочувствия и обратиться к врачу с жалобами на ослабление руки или ноги, головокружение и тошноту. Вскоре наступает паралич конечностей с правой или левой стороны – в зависимости от области поражения мозга.

Последствия ишемического инсульта тоже разрушительны: движение крови в закупоренной артерии прекращается. Обескровленный участок мозга погибает и уже не может выполнять свои функции, что влечет за собой нарушения речи, сознания, координации движений, зрения, чувствительности и параличи.

Чаще всего инсульт затрагивает лишь какую-то небольшую область головного мозга. Однако последствия в любом случае оказываются невосполнимыми, ведь между всеми клетками мозга существуют сложнейшие коммуникационные связи, благодаря которым осуществляется вся высшая нервная деятельность. Так, например, при локализации патологического очага в центре моторной речи (центре Брока) нарушается устная речь: больной или становится полностью немым, или произносит лишь отдельные слова и простые фразы. При этом понимание чужой речи сохраняется. В случае, если центр Брока пострадал частично, больной начинает говорить скудным стилем почтовых телеграмм, совершенно забывая о глаголах и связках.

Если нарушение кровообращения затронуло правое полушарие мозга, паралич и нарушения чувствительности возникают в левой половине тела. Когда повреждена левая часть мозга, те же явления наблюдаются в правой половине тела. Самое опасное место локализации инсульта – ствол головного мозга: именно там находятся жизненно важные центры. Стволовой инсульт проявляется чаще всего головокружением, нарушением координации движений, двоением в глазах, тошнотой и многократной рвотой. Отек головного мозга ведет к сдавливанию жизненно важных участков. В случаях, когда не удается справиться с отеком, могут появиться нарушения дыхания и сердечной деятельности вплоть до их остановки.

По симптомам, наблюдаемым у каждого конкретного больного, опытный врач может совершенно точно сказать, какой участок головного мозга пострадал от инсульта. В значительной степени это знание позволяет прогнозировать дальнейшее течение заболевания. Клиницисты дают три прогноза: благоприятный, средний и неблагоприятный. В первом случае у больного постепенно восстанавливаются утраченные функции и способности, во втором – течение заболевания осложняется присоединившимися болезнями – пневмонией, сахарным диабетом, расстройствами желудочно-кишечного тракта. При этом состояние пациента периодически то ухудшается, то несколько восстанавливается, курс лечения затягивается на неопределенное время, и на вопросы родственников врачи только разводят руками. Еще хуже третий вариант, когда очаг поражения занимает большую площадь или у больного наблюдаются повторные удары. Как правило, в таких случаях ничего хорошего ожидать не приходится. Вероятность повторного инсульта весьма велика, причем в 70 % он заканчивается смертью больного. Критическими считают третьи, седьмые и десятые сутки после первого удара. Однако полностью исключить возможность рецидива нельзя еще как минимум год.

Инсульт – заболевание, требующее срочной госпитализации в специализированное неврологическое отделение. На первом этапе больному вводят препараты, улучшающие мозговое кровообращение и стимулирующие метаболические процессы в мозге: эуфиллин, нимотоп, нимодипин, церебролизин, ноотропил. Кроме того, проводится терапия, направленная на стабилизацию артериального давления и сердечной деятельности.

Тактика лечения зависит от вида инсульта. При геморрагическом инсульте в первую очередь стремятся снизить артериальное давление, уменьшить явления отека мозга. С этой целью вводят гипотензивные средства, мочегонные препараты, эуфиллин, но-шпу. При лечении ишемического инсульта врачи, обязательно под контролем за свертываемостью крови, применяют антикоагулянты – вещества, способные рассосать образовавшийся тромб или, по крайней мере, предупредить его дальнейший рост.

Ни в коем случае нельзя упускать из виду вопросы, связанные с общим уходом за больным, а именно: проведение тщательных санитарно-гигиенических мероприятий, туалета тела, занятий лечебно-восстановительной гимнастикой.

Факторы риска острых нарушений мозгового кровообращения

Факторами риска являются различные клинические, биохимические, поведенческие и другие характеристики, указывающие на повышенную вероятность развития определенного заболевания.

В настоящее время важнейшими факторами риска развития инсульта считаются:

1) генетическая предрасположенность к сосудистым заболеваниям и нарушению церебрального и коронарного кровообращения;

2) повышенное содержание липидов в крови, ожирение;

3) возраст больных. Число больных с инсультом в старших возрастных группах увеличивается. Например, в 80 лет риск ишемического инсульта в 30 раз выше, чем в 50 лет;

4) артериальная гипертония. Риск инсульта у больных с артериальным давлением (АД) более 169/95 мм рт. ст. возрастает приблизительно в 4 раза по сравнению с лицами, имеющими нормальное давление, а при АД более 200/115 мм рт. ст. – в 10 раз;

5) заболевания сердца. Наиболее значимым фактором риска возникновения ишемического инсульта является фибрилляция предсердий (мерцательная аритмия). У лиц старше 65 лет ее распространенность составляет 5–6 %. Риск ишемического инсульта при этом возрастает в 3–4 раза. Он также повышается при наличии ишемической болезни сердца (в 2 раза), гипертрофии миокарда левого желудочка по данным ЭКГ (в 3 раза), при сердечной недостаточности (в 3–4 раза);

6) транзиторная ишемическая атака (ТИА). Она является существенным фактором риска как инфаркта мозга, так и инфаркта миокарда. Риск развития ишемического инсульта у больных с ТИА составляет около 4–5 % в год;

7) бессимптомный стеноз сонных артерий. Риск развития инсульта – около 2 % в год. Он существенно увеличивается при стенозе сосуда (более чем на 70 %) и при появлении транзиторных ишемических атак (до 13 % в год);

8) сахарный диабет. Больные с этим заболеванием чаще имеют нарушения липидного обмена, артериальную гипертонию и различные проявления атеросклероза. В то же время не получено данных, что применение сахароснижающих препаратов у таких больных снижает риск развития ишемического инсульта;

9) курение. Увеличивает риск развития инсульта вдвое. Курение ускоряет развитие атеросклероза сонных и коронарных артерий. Прекращение курения приводит через 2–4 года к снижению риска инсульта;

10) оральные контрацептивы. Препараты с содержанием эстрогенов более 50 мг достоверно повышают риск ишемического инсульта. Риск возрастает, если женщина, принимающая оральные контрацептивы, курит или у нее повышенное АД;

11) повторяющиеся стрессы и длительное нервно-психическое перенапряжение;

12) недостаточная физическая активность.

При сочетании трех и более неблагоприятных факторов предрасположение к инсульту увеличивается.

Вероятность инсульта

Для первичной профилактики мозгового инсульта важно определить, кто находится в группе риска. Это необходимо для того, чтобы скорректировать выявленные факторы риска путем изменения образа жизни, а также предупреждающим лечением. При этом важно добиться эффективности принятых мер.

Степень риска возникновения этого заболевания можно выяснить на основании Программы регистра инсульта (г. Москва, 1999 г.).

1) артериальная гипертония I степени (артериальное давление 140–159/90–99 мм рт. ст.):

- нет других факторов риска – низкий риск;
- сердечная аритмия – средний риск;
- стеноз магистральных артерий – высокий риск;
- сердечная аритмия и сахарный диабет – высокий риск;
- сердечная аритмия, стеноз магистральных артерий и сахарный диабет – очень высокий

риск;

2) артериальная гипертония II степени (артериальное давление 160–179/100–109 мм рт. ст.):

- нет других факторов риска – средний риск инсульта;
- сердечная аритмия – высокий риск;
- стеноз магистральных артерий – высокий риск;
- сердечная аритмия и сахарный диабет – высокий риск;
- сердечная аритмия и стеноз магистральных артерий – высокий риск;
- сердечная аритмия, стеноз магистральных артерий и сахарный диабет – очень высокий

риск;

3) артериальная гипертония III степени (артериальное давление 180–110 мм рт. ст.):

- нет других факторов риска – высокий риск;
- сердечная аритмия – очень высокий риск;
- стеноз магистральных артерий – очень высокий риск;
- сердечная аритмия и сахарный диабет – очень высокий риск;
- сердечная аритмия, стеноз магистральных артерий и сахарный диабет – очень высокий

риск.

Если человек обнаружил, что входит в группу риска, то ему целесообразно незамедлительно обратиться к врачу и пройти медицинское обследование.

Методы обследования:

- 1) электрокардиограмма (ЭКГ);
- 2) эхокардиограмма (ЭХО-КГ);
- 3) рентгенограмма позвоночника и его сосудов;
- 4) анализ уровня глюкозы и холестерина в крови;
- 5) контроль цифр артериального давления;
- 6) дуплексное сканирование (ДС);
- 7) транскраниальная доплерография (ТКДГ);
- 8) компьютерная томография (КТ);
- 9) магнитно-резонансная томография головного мозга (МРТ головного мозга);
- 10) магнитно-резонансная ангиография.

В зависимости от результатов показаний ЭКГ, ЭХО-КГ, рентгенографии позвоночника, лабораторных определений в крови глюкозы и холестерина и контроля за артериальным давлением врач может назначать последующие методы исследования только при необходимости. Это связано с тем, что эти методы являются дорогостоящими и применяются только для установления более точного диагноза. При положительной динамике заболеваний применение дорогостоящих комплексных методов себя не оправдывает, особенно если диагноз известен достаточно точно.

Все данные приведенных методов исследования в целом покажут состояние сосудов, питающих головной мозг, и степень изменения в самом веществе мозга. Это необходимо и важно знать для того, чтобы определить начальные проявления недостаточности кровообращения и вовремя начать лечение, предупреждающее развитие сосудистого заболевания головного мозга.

При локальных проявлениях недостаточности кровообращения сосудистая патология протекает скрыто. У таких людей при повышенной потребности притока крови к мозгу, например во время напряженной умственной работы в условиях недостатка кислорода или переутомления, компенсация кровотока происходит не полностью. При этом возникают головная боль (преимущественно в затылочной, височной или теменной областях головы), головокружение, тяжесть в голове, ощущение дурноты, снижается концентрация внимания и запоминания, беспокоит бессонница. Все симптомы бесследно исчезают после полноценного отдыха. Важно знать, что если на протяжении трех месяцев еженедельно повторяются не менее двух из перечисленных выше симптомов, то стоит обратиться к врачу.

По назначению врача может быть сделано ультразвуковое исследование магистральных артерий головы и артериального круга мозга. Исследование сосудов позволит вовремя обнаружить объективные признаки их поражения и своевременно начать профилактическое лечение. Ранняя ультразвуковая диагностика особенно ценна для тех людей, у которых повышенное давление сочетается с признаками атеросклероза.

Таким образом, на основании результатов обследований станет ясна степень вероятности мозгового инсульта. Следующий шаг должен быть сделан в направлении первичной профилактики инсульта, чтобы не допустить его развития.

Действия при выявлении степени риска инсульта

Если пациент оказался в группе риска инсульта и особенно если степень риска высокая, то это свидетельствует о необходимости принятия срочных мер по первичной профилактике.

Необходимые меры профилактики:

1. Избавиться от вредных привычек как можно быстрее и основательнее и вести здоровый образ жизни – бросить курить, снизить употребление алкогольных напитков или полностью от них отказаться, преодолеть хронический стресс, состояние депрессии, бездействия и скуки, нормализовать массу тела и поддерживать ее в одинаковом состоянии, рационально питаться и сделать адекватной физическую нагрузку.

2. Провести незамедлительное лечение того заболевания, которое является фактором риска инсульта: это артериальная гипертония, атеросклероз сосудов и другие проблемы с сердцем, сахарный диабет, повышенный уровень холестерина и глюкозы в крови.

3. В ходе курса лечения заболевания (или заболеваний), которое может спровоцировать инсульт, необходимо осуществлять динамический контроль за состоянием здоровья (повторные визиты к врачу и обследования).

Все эти меры обеспечивают хороший прогноз по предупреждению инсульта. Положительный результат профилактики обусловлен способностью организма к саморегуляции. Если блокируются одни кровеносные сосуды, то находятся обходные пути для поступления крови в мозг. Когда одни артерии не пропускают кровь, другие могут расшириться и пропустить кровь в большем объеме (в единицу времени).

Однако возможности такой саморегуляции все-таки ограничены, и поэтому в качестве мер профилактики применяется лекарственная терапия. Для уменьшения вязкости крови врачом может быть назначена так называемая антиагрегантная и антикоагулянтная терапия, которая предотвращает инсульт, связанный с недостатком кровоснабжения. Универсальным методом предупреждения сосудистых осложнений, возникающих вследствие атеросклероза, является воздействие на систему гемостаза, чтобы улучшить текучесть крови и подавить механизмы усиленной свертываемости. Тем самым улучшаются условия микроциркуляции, и мозг получает больше крови и питательных веществ, чем до лечения.

У пациентов, больных сахарным диабетом, данный вид лечения может иметь противопоказания к применению. В этом случае, чтобы обеспечить безопасность антиагрегантной и антикоагулянтной терапии, необходимо получить заключение окулиста с результатом осмотра глазного дна.

Многие водоактивные препараты, которые назначаются для улучшения мозгового кровообращения (кавинтон, трентал, танакан и другие препараты), также обладают в той или иной степени способностью снижать активность тромбоцитов в крови и улучшать ее текучесть. Лечение водоактивными препаратами нормализует мозговое кровообращение и служит эффективным методом предупреждения инсульта. Однако только определенные группы лекарств являются антиагрегантами по существу. Причем их действие сохраняется лишь при длительном, иногда пожизненном применении. Эффективность препаратов этой группы с точки зрения предупреждения инсульта подтверждена научными наблюдениями над большим количеством пациентов.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.