

«ПРЕХОДЯЩИЙ» СИГНАЛ ОПАСНОСТИ

Острые, внезапные расстройства кровотока головного мозга условно подразделяются на инсульты и преходящие нарушения мозгового кровообращения. И если об инсульте знает каждый, то о последней патологии осведомлены, пожалуй, только те, кто ее перенес.

В чем опасность преходящих нарушений кровообращения головного мозга, как их предотвратить и что делать, если они возникли?

ХОРОШО, ЧТО НЕ ИНСУЛЬТ

Как известно, в результате инсульта погибают те или иные участки мозга, каждый из которых «заведует» какой-либо функцией организма – движением, чувствительностью, речью... Поэтому после повреждения определенной области нарушается равновесие, координация движения, возникают параличи и парезы, онемение, речевые и другие расстройства.

В постинсультный период функции могут восстановиться полностью или частично. Если в течение первых минут или часов (крайний срок сутки) они восстановились в полном объеме, такую патологию относят к преходящим нарушениям мозгового кровообращения (ПНМК), а все остальные случаи – инсульт.

Как правило, при ПНМК расстройство функций не только кратковременно, но и незначительно. Поэтому больной и его родные часто не придают случившемуся особого значения. Между тем, это уже сигнал опасности.

При первых признаках неблагополучия, среди которых – небольшая слабость или неловкость конечностей, легкое нарушение чувствительности, будто «отлежал руку», «отсидел ногу», а также мало заметное «спотыкание» при разговоре, провал в памяти – следует обратиться к врачу, в тяжелых ситуациях лучше вызвать «скорую помощь».

КОГДА НАРУШЕНИЕ – ЭТО АТАКА

Как показывает клинический опыт, в подавляющем большинстве случаев ПНМК являются, с одной стороны, следствием значительных изменений в сердечно-сосудистой системе, с другой, предвестником более серьезных катастроф – инсультов или хронических нарушений мозгового кровообращения (синонимы – дисциркуляторная энцефалопатия, церебральная микроангиопатия). Без адекватного лечения это приводит к ухудшению памяти и слабоумию.

Риск развития инсульта у больных, перенесших преходящие нарушения мозгового кровообраще-

ния, во много раз выше, чем у пациентов того же возраста без таких расстройств.

Подобно инсультам, ПНМК по своему происхождению подразделяются на **ишемические** (ишемия означает обескровливание, недостаток прилива крови) и **геморрагические** (геморрагия – кровоизлияние). Чаще всего (более 90% случаев) встречаются преходящие ишемические нарушения мозгового кровообращения, в медицинской литературе их называют транзиторная ишемическая атака.

По клиническим проявлениям геморрагические ПНМК очень похожи на транзиторные ишемические атаки и стали диагностироваться только с появлением компьютерной и магнитно-резонансной томографии головного мозга.

Причины транзиторных ишемических атак в принципе те же, что и у инсульта.

Прежде всего это атеросклероз магистральных (внутренней сонной и позвоночной) артерий и их ветвей – мозговых артерий, кровоснабжающих различные области головного мозга. Атеросклеротические бляшки приводят к сужению (стенозу) артерий, а иногда к полной их закупорке (окклюзии).

Другая причина – эмболия. Обычно это циркулирующие в крови кусочки тромба мозговых

сосудов или бляшек из магистральных сосудов, а также из сердца при мерцательной аритмии и воспалительных процессах сердечных клапанов. Реже причиной транзиторных ишемических атак могут быть воспалительная патология в сосудистых стенках (артерииты) и спазмы сосудов.

У молодых людей фактором риска часто становится диссекция, расслоение стенки магистральных или мозговых сосудов, а также различные заболевания крови.

Причина геморрагических преходящих нарушений мозгового кровообращения – артериальная гипертония и разрыв малых аневризм, патологических «выпячиваний» сосудистой стенки. В пожилом возрасте частой причиной является мало изученная церебральная амилоидная ангиопатия.

ПОКА ЕДЕТ «СКОРАЯ»

Что делать при возникновении преходящих нарушений мозгового кровообращения?

До прихода врача или приезда «скорой» уложите больного в постель. Измерьте температуру и артериальное давление. Если верхнее АД более 180, дайте под язык таблетку (10 мг) **нифедипина (коринфара)** или таблетку (25 мг) **каптоприла (капотена)**.

При давлении 160-180 (когда «рабочее» АД 130-150), надо принять дополнительную таблетку пре-