

*Агеева Мария Алексеевна
студентка 2 курса
лечебный факультет
Медицинский университет «Реавиз»,
Россия, г. Москва*

*Бакин Николай Александрович
студент 2 курса
лечебный факультет
Медицинский университет «Реавиз»
Россия, г. Москва*

*Хвалева Эльвира Валентиновна
студентка 2 курса
лечебный факультет
Медицинский университет «Реавиз»
Россия, г. Москва*

*Назимко Ольга Сергеевна
студентка 2 курса
лечебный факультет
Медицинский университет «Реавиз»
Россия, г. Москва*

*Научный руководитель: Пинигина Анна Юрьевна
старший преподаватель
Медицинский университет «Реавиз»
Россия, г. Москва
e-mail: annarin83@mail.ru*

ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА И В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

***Аннотация:** Цель работы направлена на оказание медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения в условиях стационара и в периоде реабилитации, а также охарактеризовать острое нарушение мозгового кровообращения как медико-социальную проблему.*

***Ключевые слова:** нарушения мозгового кровообращения, инвалидность, смертность, инсульт, транскраниальная микроэмболодетекция; транскраниальное доплеровское мониторирование; эхокардиография трансторакальная, лечение, реабилитация.*

*Ageeva Maria Alekseevna
2nd year student
medical Faculty
Medical University "Reaviz",
Russia, Moscow*

*Bakin Nikolai Alexandrovich
2nd year student
medical Faculty
Medical University "Reaviz"
Russia, Moscow*

*Khvaleva Elvira Valentinovna
2nd year student
medical Faculty
Medical University "Reaviz"
Russia, Moscow*

*Nazimko Olga Sergeevna
2nd year student
medical Faculty
Medical University "Reaviz"
Russia, Moscow*

*Scientific adviser: Pinigina Anna Yurievna
senior lecturer
Medical University "Reaviz"
Russia, Moscow*

PROVIDING MEDICAL CARE TO PATIENTS WITH ACUTE CEREBROVASCULAR ACCIDENT IN A HOSPITAL AND IN THE REHABILITATION PERIOD

***Abstract:** The purpose of the work is aimed at providing medical care to patients with acute cerebrovascular accident in a hospital and during rehabilitation, as well as to characterize acute cerebrovascular accident as a medical and social problem.*

Key words: cerebral circulation disorders, disability, mortality, stroke, transcranial microembolodetection; transcranial Doppler monitoring; transthoracic echocardiography, treatment, rehabilitation.

Введение. Актуальность обусловлена тем, что острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) являются важнейшей медико-социальной проблемой, что обусловлено их высокой долей в структуре заболеваемости и

смертности населения, значительными показателями временных трудовых потерь и первичной инвалидности. В Российской Федерации заболеваемость цереброваскулярными болезнями составляет около 400 человек на 100 000 населения. Смертность от сосудистых заболеваний мозга в нашей стране в структуре общей смертности занимает второе место, ненамного уступая смертности от заболеваний сердца. Летальность в острой стадии инсульта составляет 35 %, увеличиваясь на 12–15% к концу первого года. Инвалидизация вследствие инсульта занимает первое место среди всех причин первичной инвалидности. В России возвращаются к трудовой деятельности- 3-23%, постоянная медико-социальная поддержка требуется – 85%, глубокая инвалидизация до конца жизни – 30% [1, с. 56].

Создание адекватной системы помощи больным с инсультом, по экспертным оценкам ВОЗ, позволяет снизить летальность в течение первого месяца заболевания до уровня 20 % и обеспечить независимость в повседневной жизни через 3 месяца после его начала не менее чем у 70 % выживших пациентов. Основное внимание должно быть уделено мероприятиям, проводимым в течение первых 7-10 суток после ОНМК, так как во многом от них зависит исход заболевания и качество жизни пациентов, перенесших инсульт.

Инсульт определяется как «быстро развивающиеся клинические признаки очагового (или общего) нарушения функции головного мозга, удерживающиеся более 24 ч или приводящие к смерти при отсутствии каких-либо причин, кроме причин сосудистого происхождения». Данное определение охватывает все типы инсульта (субарахноидальное кровоизлияние — САК, внутримозговое кровоизлияние — ВМК, инфаркт мозга и инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт) (Инсульт - Стаховская Л.В. - Руководство для врачей 2013г) [9, с. 116].

С увеличением возраста выявлено нарастание частоты инсульта, так, если в возрастной группе 25–29 лет она составляла 0,09 на 1000 населения, то в группе лиц 70 лет и старше — 15,05. В то же время среди лиц молодого, трудоспособного(35–64 года) возраста заболеваемость инсультом составила 1,84

на 1000 населения, при этом она была значительно выше у мужчин по сравнению с женщинами (2,37 и 1,44 соответственно).

Первичный инсульт преобладает над повторным в соотношении 3:1, составляя 2,13 (у мужчин 2,14, у женщин — 2,13 на 1000) и 0,68 (0,75 и 0,63 соответственно).

При повторном инсульте в летальность значительно выше, чем при первичном 51,8 и 34,8% соответственно.

При подтверждении диагноза ОНМК больные со всеми типами ОНМК в остром периоде заболевания, в том числе с транзиторными ишемическими атаками, направляются в палату (блок) реанимации и интенсивной терапии неврологическое отделение для пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения [11, с. 89].

Больным, у которых по заключению КТ-исследования или МРТ-исследования установлены признаки геморрагического инсульта, проводится консультация нейрохирурга, по итогам которой консилиумом врачей принимается решение о тактике лечения. Больным со злокачественным инфарктом в бассейне средней мозговой артерии в первые 24 часа от начала развития заболевания проводится консультация нейрохирурга, по итогам которой консилиумом врачей принимается решение о тактике лечения [7, с. 68].

В палате (блоке) реанимации и интенсивной терапии в течение всего срока пребывания каждому пациенту с ОНМК проводятся: мониторинг неврологического статуса (не реже чем 1 раз в 4 часа, при необходимости чаще); мониторинг соматического статуса, включающий контроль за функцией сердечно-сосудистой, дыхательной системы и системы гомеостаза (не реже чем 1 раз в 4 часа, при необходимости чаще); мониторинг лабораторных показателей; мероприятия по предупреждению соматических осложнений и повторного развития ОНМК; оценка нутритивного статуса; ранняя медицинская реабилитация. При наличии медицинских показаний в палате (блоке) реанимации и интенсивной терапии пациенту с ОНМК проводятся: транскраниальная микроэмболдетекция; транскраниальное доплеровское

мониторинг; эхокардиография трансторакальная; системная тромболитическая терапия и (или) тромбоэмболэктомия. [5, с. 213]. В случае необходимости проведения пациенту с ОНМК искусственной вентиляции легких длительностью более 7 суток, при наличии сопутствующей патологии, влияющей на тяжесть состояния, пациент по решению консилиума врачей переводится в отделение интенсивной терапии и реанимации медицинской организации.

Медикаментозные методы лечения, направленные на предотвращение развития повторных ОНМК, продолжаются непрерывно после завершения оказания медицинской помощи в стационарных условиях под наблюдением медицинских работников медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях. Комплекс мероприятий, направленных на восстановление нарушенных вследствие ОНМК функций нервной системы, проводится бригадой специалистов неврологического отделения для пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения, включающей врача лечебной физкультуры, врача по медицинской реабилитации, врача-физиотерапевта, логопеда, инструктора по лечебной физкультуре, медицинского психолога, социального работника и, при наличии медицинских показаний, иных специалистов с первого дня оказания медицинской помощи и продолжается после выписки пациента, перенесшего ОНМК, медицинскими организациями, оказывающими медицинскую реабилитацию.

Больные с ОНМК при наличии медицинских показаний направляются для проведения реабилитационных мероприятий в специализированные медицинские и санаторно-курортные организации [10, с. 34].

Больные с ОНМК, имеющие существенно ограниченные физические или психические возможности и нуждающиеся в интенсивной симптоматической терапии, психосоциальной помощи, длительном постороннем уходе, направляются в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь.

Каждому пациенту необходимо подобрать индивидуальный комплекс реабилитационных мероприятий. Но при составлении индивидуальной реабилитационной программы необходимо учитывать противопоказания к отдельным методам реабилитационного лечения. Реабилитационный процесс должен быть непрерывным, индивидуализированным, преемственным, многокомпонентным, адекватным состоянию пациента и организационным возможностям медицинской организации, направленным на улучшение качества жизни реабилитируемого.

Реабилитационные мероприятия осуществляют члены мультидисциплинарной команды, включающей: лечащего невролога (в отделении реанимации — реаниматолога); врача по ЛФК; врача по ФТЛ; медицинского психолога; логопеда; инструктора-методиста по ЛФК; медсестру по ФТЛ; медсестру по массажу; палатную сестру; других специалистов по показаниям.

Реабилитационные мероприятия начинают уже в реанимационном отделении, через 12–48 ч от развития инсульта. Каждому пациенту с церебральным инсультом подбирается индивидуальная программа в соответствии с его клиническим состоянием и условиями медицинской организации в соответствии с порядком и стандартами оказания медицинской помощи при церебральном инсульте.

Сразу при поступлении в отделение реанимации в первые 12 ч должен быть проведен тест, по оценке состоятельности глотания. Его может провести логопед (предпочтительнее) или медицинская сестра реанимационного отделения. Протокол оценки глотания — обязательная часть истории болезни. На основании результатов оценки глотания выбирается способ кормления пациента, что очень важно для профилактики аспирационных пневмоний у пациентов с инсультом [4, с. 189].

Реабилитация в острейшем периоде инсульта включает в себя:

- лечение положением;
- вертикализацию;

- дыхательную гимнастику;
- лечебную гимнастику.

Задачи двигательной реабилитации в острый период церебрального инсульта:

- поддержание симметричной сенсорной афферентации от проприорецепторов суставов и мышц при лечении положением;
- сохранение устойчивой реакции вегетативной нервной системы на дозированную нагрузку увеличивающейся интенсивности, активную этапную вертикализацию пациента и восстановление статического стереотипа;
 - повышение толерантности пациента к физическим нагрузкам;
 - этапное восстановление динамического стереотипа туловища и проксимальных, средних и дистальных отделов верхних и нижних конечностей;
 - улучшение сенсорного обеспечения двигательных актов (визуальный, вербальный, тактильный контроль);
 - восстановление статического вертикального положения;
 - начало обучения навыкам симметричной ходьбы с дополнительной опорой, активной самостоятельной ходьбы;
 - устранение нарушений глотания;
 - коррекция речевых расстройств;
 - обучение безопасному передвижению с помощью средств дополнительной опоры и перемещения;
 - выработка элементов функционального приспособления к выполнению социально значимых действий по самообслуживанию и восстановлению активной роли в повседневной жизни;
 - контроль процессов восстановления.

Для этого применяются следующие методы: лечение положением; массаж; пассивные упражнения; дыхательные упражнения (активные приемы); гипоксическая тренировка; логопедическая и фонопедическая коррекция; механотерапия, в том числе роботизированная; занятия на циклических

тренажерах; тренировки с использованием биологической обратной связи (БОС) по параметрам электронейромиографии, стабилотрии, гониотрии и др.; динамическая проприокоррекция, обучение бытовым навыкам (эрготерапия); рефлексотерапия; психотерапия.

Подводя итоги, можно сделать вывод о том, что своевременно начатое лечение инсульта позволит вернуть пациента к нормальной жизнедеятельности и снижению инвалидизации [2, с. 119].

Многочисленными исследованиями показано, что чем раньше начаты реабилитационные мероприятия, тем они эффективнее, поэтому особое значение имеет внедрение в практику ведения пациентов с инсультом системы ранней реабилитации.

Основные принципы реабилитации постинсультных двигательных нарушений заключаются в раннем начале, адекватности, этапности, длительности, комплексности, преемственности и максимально активном участии пациента. Для успешного проведения этого лечения необходимы правильная оценка состояния нарушенной функции у каждого пациента, определение возможности ее самостоятельного восстановления, а также степени, характера и давности дефекта и на основе этого выбор адекватных способов устранения имеющегося у пациента расстройства.

Вывод: Таким образом можно сделать вывод, что реабилитация пациента после инсульта – незаменимое мероприятие, так как от этого зависит дальнейшая жизнь человека. Важно, чтобы её проведение проходило под контролем специалистов. Проведение реабилитационного процесса самостоятельно, без наблюдения специалистов, может привести к тому, что время потратится впустую, когда важна каждая минута в борьбе за здоровье. Согласно врачебной практике, самый важный период при восстановлении это 3-6 месяцев после инсульта. Инсульт в большинстве случаев предотвратим, и многое зависит от профилактики, просветительской работы и отношения человека к собственному здоровью. И это даёт возможность прожить долгую и счастливую жизнь даже при наследственной предрасположенности человека к болезни.

Список литературы:

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. № 928н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения» // Справочно-правовая система «Консультант-Плюс».
2. Стандарт медицинской помощи больным с инсультом от 1 августа 2007 г. № 513 // Справочно-правовая система «Консультант-Плюс».
3. ГОСТ Р 52600.5— 2008 Протокол ведения пациентов
4. Приказ Минздрава РФ от 17.04.2002 № 123 «Об утверждении отраслевого стандарта «Протокол ведения больных. Пролежни» // Справочно-правовая система «Консультант-Плюс».
5. Анисимова Л.Н., Полякова А.В., Щедрина Н.С. Влияние аппаратной вертикализации на системную и церебральную гемодинамику у больных в остром периоде ишемического инсульта // Материалы X Всероссийского съезда неврологов с международным участием, Нижний Новгород, 2012 С. 13-14.
6. Виберс Д.О. Руководство по цереброваскулярным заболеваниям. М.: Бином, 1999. 671 с.
7. Епифанов В.А. Реабилитация в неврологии. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 416 с.
8. Клинические рекомендации по ведению пациентов в состоянии сниженного сознания. [Электронный ресурс] // Режим доступа: URL: <http://rehabrus.ru/index.php?id=55>. (дата обращения: 12.04.2023 г.).
9. Клинические рекомендации Союза реабилитологов России (СРР) «Вертикализация пациентов в процессе реабилитации». [Электронный ресурс] // Режим доступа: URL: <http://rehabrus.ru/index.php?id=55>. (дата обращения: 12.04.2023 г.).
10. Клинические рекомендации СРР «Постуральная коррекция в процессе проведения реабилитационных мероприятий пациентов с очаговым

поражением головного мозга». [Электронный ресурс] // Режим доступа: URL: <http://rehabrus.ru/index.php?id=55>. (дата обращения: 12.04.2023 г.).

11. Клинические рекомендации СРР «Диагностика и лечение дисфагии». [Электронный ресурс] // Режим доступа: URL: <http://rehabrus.ru/index.php?id=55>. (дата обращения: 12.04.2023 г.).