

DOI 10.37539/2949-1991.2025.28.5.057
УДК 616-009.11

Трепалина Кристина Сергеевна,
Студентка 2 курса, лечебный факультет
Частное учреждение образовательная организация высшего
образования Медицинский университет «Реавиз», г. Москва
Trepalina Kristina Sergeevna, 2nd year student, Faculty
of Medicine private institution educational organization of higher
education Medical University "Reaviz", Moscow

Баранова Мария Николаевна,
Студентка 2 курса, лечебный факультет,
Частное учреждение образовательная организация высшего
образования Медицинский университет «Реавиз», г. Москва
Maria Nikolaevna Baranova, 2nd year student, Faculty
of Medicine private institution educational organization of higher
education Medical University "Reaviz", Moscow

Павлюков Никита Сергеевич,
Студент 2 курса, лечебный факультет,
Частное учреждение образовательная организация высшего
образования Медицинский университет «Реавиз», г. Москва
Pavlyukov Nikita Sergeevich, 2nd year student, Faculty
of Medicine private institution educational organization of higher
education Medical University "Reaviz", Moscow

Чумак Ирина Дмитриевна,
Студентка 2 курса, лечебный факультет,
Частное учреждение образовательная организация высшего
образования Медицинский университет «Реавиз», г. Москва
Irina Dmitrievna Chumak, 2nd year student, Faculty
of Medicine private institution educational organization of higher
education Medical University "Reaviz", Moscow

**УХОД ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПРИ ОНМК
В УСЛОВИЯХ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
PATIENT CARE AT ONCOLOGICAL CANCER
IN A MEDICAL ORGANIZATION**

Аннотация: в статье рассматривается актуальная проблема нарушений мозгового кровообращения, в частности инсульта, который занимает второе место среди причин смертности в мире. Особое внимание уделяется медико-социальным аспектам заболевания: около 60% пациентов погибают на догоспитальном этапе, а среди выживших 80% становятся инвалидами. Отмечается тревожная тенденция к "омоложению" инсульта.

Abstract: the article discusses the current problem of cerebral circulatory disorders, in particular stroke, which ranks second among the causes of death in the world. Special attention is paid to the medical and social aspects of the disease: about 60% of patients die at the pre-hospital stage, and 80% of survivors become disabled. There is an alarming trend towards "rejuvenation" of stroke.

Ключевые слова: инсульт, острое нарушение мозгового кровообращения, реабилитация, вторичная профилактика, факторы риска, постинсультные осложнения.



Keywords: stroke, acute cerebrovascular accident, rehabilitation, secondary prevention, risk factors, post-stroke complications.

Введение. Заболевания головного мозга и нарушения мозгового кровообращения, в частности, во всем мире занимают второе место среди причин смерти, при этом около 60% пациентов погибают на догоспитальном этапе. Постинсультная инвалидизация занимает первое место среди всех причин инвалидизации [1].

Традиционно, инсульт считался заболеванием, встречающимся у старшей возрастной группы, однако, наблюдается «омоложение» инсульта с увеличением его распространенности у лиц трудоспособного возраста [9].

У 80% лиц, перенесших инсульт, развивается частичная, а у 10% полная нетрудоспособность, около 10% пациентов полностью выздоравливают. Но даже среди выживших больных в 50% случаев наступает повторный инсульт в последующие 5 лет жизни [2].

Инсульт является одной из острых медико-социальных проблем, что связано с высокой заболеваемостью, смертностью и инвалидизацией заболевания. Адекватная ранняя диагностика может значительно уменьшить количество осложнений и степень их тяжести, а своевременно оказанная неотложная помощь, зачастую, предотвращает летальный исход.

Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) – это клинический синдром, характеризующийся внезапным развитием очаговой и/или общемозговой, и/или менингеальной неврологической симптоматики, которая сохраняется более 24 часов или приводит к смерти больного в более короткий промежуток времени вследствие цереброваскулярной патологии – по-другому «инсульт» (от лат. «удар») [9].

Следует отметить, что термин «ОНМК» включает в себя любую «катастрофу» в сосудистой системе головного мозга и используются, главным образом, на догоспитальном или раннем госпитальном этапах до проведения нейровизуализации. На догоспитальном этапе не требуется дифференциации характера инсульта и его локализации. После проведения нейровизуализации диагноз уточняется определением типа инсульта, указанием конкретного сосудистого бассейна головного мозга, в котором возникла патология, либо, по результатам дифференциальной диагностики, предварительный диагноз может трансформироваться в любой другой диагноз, в том числе не неврологический [5].

Условия пребывания пациентов в стационаре и двигательный режим. В первые сутки инсульта показан постельный лечебно-охранительный режим с приподнятым на 30 градусов головным концом кровати. При отсутствии противопоказаний важна ранняя (вскоре после нормализации сознания и стабилизации жизненно важных функций) постепенная активизирующая вертикализация пациента, т.к. ранние реабилитационные мероприятия улучшают исход инсульта [9]. Использование физических упражнений (аэробных, силовых) улучшает функциональные возможности, способность выполнять повседневную деятельность и качество жизни, а также снижает риск последующих сердечно-сосудистых событий. Цели физической активности и программа занятий должны быть индивидуальными для каждого из пациентов. Особое внимание рекомендуется уделять аэробной активности от низкой до средней интенсивности, активности для укрепления мышц, снижению малоподвижного поведения и управлению рисками для вторичной профилактики инсульта [4].

Для предупреждения контрактур со 2-го дня начинают пассивные движения (10-20 движений в каждом суставе каждые 3-4 часа). Для профилактики пролежней с первого дня необходима регулярная обработка кожного покрова водой или мягкими моющими средствами, специально разработанными для лежачих больных, использование противопролежневого матраца, повороты в постели каждые 2 часа, своевременная смена постельного белья, поддержание его сухости, расправление складок [6]. Вероятность



образования пролежней уменьшают назначение аскорбиновой кислоты (витамин С не менее 1 г/сут) и поливитаминов с минералами, а так же употребление не менее 120 г. белка в день [3].

Уход за полостью рта и глазами включает регулярную обработку полости рта раствором нитрофурила или борной кислоты, смазывание губ вазелином или облепиховым маслом, использование глазных капель – сульфациетамид и масляные капли, содержащие витамины А и Е [8].

Диетотерапия:

- снижение общего употребления жиров, насыщенных жирных кислот (сливочное масло, животный жир), потребления соли,
- увеличение употребления клетчатки и сложных углеводов (овощи и фрукты).

Для профилактики аспирации питание через рот следует проводить с осторожностью, предварительно определив, нет ли у больного дисфагии. При недостаточности перорального питания (нарушения сознания, бульбарные расстройства) рекомендуется подключение зондового питания, при нарушении моторики ЖКТ – парентерального питания [9].

Чрезвычайно важной составляющей медицинской помощи пациентам с инсультом является динамическое наблюдение, задачами которого являются: контроль выполнения врачебных рекомендаций по коррекции факторов риска, контроль за соблюдением режима приема назначенных препаратов, своевременная корректировка назначенного лечения и плана реабилитации при необходимости. Следует отметить, что у пациентов, перенесших инсульт или ТИА, риск развития повторных инсультов повышен почти в 10 раз и составляет около 25–30 %. Риск повторного инсульта наиболее высок в первые несколько недель, повторной ТИА – в течение первых дней от развития [10].

Сроки и объем врачебного контроля за пациентами при инсульте

Сроки нетрудоспособности: в зависимости от степени тяжести и характера течения заболевания от 60 до 100 дней [7].

Диспансерное наблюдение: профилактическое посещение невролога, терапевта, кардиолога не реже 1 раза в 6 месяцев.

Обязательные лабораторные исследования:

1. Клинический анализ крови – 1 раз в год.
2. Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, КФК, глюкоза, креатинин, липидный профиль) – 1 раз в год.

Обязательные инструментальные исследования:

1. ЭКГ – 1 раз в 6 месяцев.

Модификация устранимых ФР:

1. Исключение алкоголя и табакокурения
2. Диета и контроль ИМТ с целью снижения избыточного веса и снижения уровня общего холестерина плазмы, при необходимости применение гиполипидемических препаратов. Рекомендуется назначение гиполипидемической терапии с достижением целевого уровня ХС ЛНП $<1,4$ ммоль/л или по крайней мере снижением уровня ХС ЛНП ≥ 50 % по сравнению с исходным значением с целью уменьшения прогрессирования атеросклеротического повреждения сосудов и снижения риска повторного инсульта [4].

3. Постоянный мониторинг и контроль уровня АД, при необходимости применение гипотензивных препаратов. Для пациентов, страдающих гипертонической болезнью, рекомендуется достижение целевого значения АД менее 130/80 мм рт. ст., с целью уменьшения повреждения головного мозга и других органов-мишеней и снижения риска повторного инсульта.

На основании этого, можно сделать вывод, что нарушение мозгового кровообращения, в частности инсульт, остаются одной из ведущих причин смертности и инвалидизации во всем



мире. Несмотря на значительные достижения в области неврологии и реабилитации, около 60% пациентов погибают на догоспитальном этапе, а среди выживших 80% сталкиваются с частичной или полной утратой трудоспособности. Тревожной тенденцией является «омоложение» инсульта, что делает проблему не только медицинской, но и социально-экономической [3].

Заключение. Инсульт требует **комплексного подхода**, включающего экстренную помощь, раннюю реабилитацию и пожизненную вторичную профилактику. 25–30% пациентов сталкиваются с повторным инсультом, особенно в первые недели после первичного события, что подчеркивает необходимость строгого контроля факторов риска.

Статья подчеркивает необходимость совершенствования системы медицинской помощи пациентам с инсультом на всех этапах: от догоспитального до реабилитационного. Приводятся конкретные рекомендации по ведению таких больных, основанные на современных клинических руководствах и доказательных данных.

Список литературы:

1. Конституция Российской Федерации 12.12.1993 (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 01.07.2020 №1-ФЗ) // Собрание законодательства РФ, 03.07.2020, N 31, ст. 4412.
2. Федеральный закон РФ от 21 ноября 2011 г. N323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. N 928н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения».
4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 05 июля 2016 г. № 466н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при остром нарушении мозгового кровообращения».
5. Айсханов С.К. Инсульт: виды, факторы развития, профилактика / С.К. Айсханов // Вестник современных исследований. 2018 г.- № 11.5 (26). –245-246 с.
6. Бойцов С.А., Чучалина А.Г. Методические рекомендации: диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями, Москва, 2017 г. – 111 с.
7. Верещагин Н.В., Пирадов М.А. Интенсивная терапия острых нарушений мозгового кровообращения // Медицинская газета. – 2018 г. – № 43. – С.2-3.
8. Всероссийское общество неврологов, ассоциация нейрохирургов России: Клинические рекомендации по ишемическому инсульту и транзиторной ишемической атаке у взрослых от 2022 года.
9. Всероссийское общество неврологов, ассоциация нейрохирургов России: Клинические рекомендации по геморрагическому инсульту у взрослых от 2022 года.
10. Гусев, Е.И. Неврология. Национальное руководство, 2-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019 г. – 268 с.

