



ЖИЗНЬ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

Школа здоровья для пациентов, перенесших инсульт,
и их родственников

г. Киров, 2020

**Жизнь после инсульта:
Школа здоровья для пациентов, перенесших инсульт,
и их родственников**

Авторы-составители: М.И. Кузьминых, психолог Центра медицинской профилактики КОГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр», Ю.Г. Целищева, редактор Центра медицинской профилактики КОГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр».

Рецензенты: В.Г. Мальцев, заместитель главного врача по оказанию неврологической помощи населению КОГКБУЗ «Центр кардиологии и неврологии», главный внештатный специалист невролог министерства здравоохранения Кировской области; О.С. Редькин, заведующий отделением медицинской реабилитации пациентов с нарушениями функций ЦНС КОГБУЗ «Центр медицинской реабилитации», главный внештатный специалист по медицинской реабилитации министерства здравоохранения Кировской области.

Учебно-методическое пособие предназначено для медицинских работников, участвующих в проведении занятий для пациентов, перенесших инсульт, и их родственников, а также для самостоятельного изучения. Пособие дополняется презентациями для проведения Школы «Жизнь после инсульта».

В пособии можно найти информацию о факторах риска инсульта, методах контроля, принципах ухода за пациентом после инсульта, подходах к реабилитации.

Содержание

Введение	5
Занятие 1. Что такое инсульт.....	7
1.1. Что такое инсульт	7
1.2. Факторы риска инсульта и основы первичной профилактики.....	10
1.3. Вторичная профилактика (профилактика повторного инсульта).....	16
1.4. Алгоритм действий в ситуации острого нарушения мозгового кровообращения.....	17
1.5. После инсульта – шаг за шагом.....	18
1.6. Возвращение домой	20
Занятие 2. Жизнь после инсульта: принципы ухода за пациентом с инсультом, патронаж, подходы к реабилитации	23
2.1. Положение больного в постели	23
2.2. Особенности ухода за пациентом с неглект-синдромом	26
2.3. Профилактика контрактур, особенности ухода при болях в спине.....	27
2.4. Принципы безопасности при передвижении больного	28
2.5. Уход за кожей, профилактика пролежней.....	29
2.6. Особенности ухода за пациентом с нарушением мочеиспускания, дефекации	29
2.7. Нарушения функции глотания	33
2.8. Постинсультные состояния	35
Литература	43
Список сокращений.....	43

Введение

Инсульт продолжает оставаться важнейшей медико-социальной проблемой, что обусловлено его высокой долей в структуре заболеваемости и смертности населения, значительными показателями временных трудовых потерь и первичной инвалидности.

По экспертным оценкам Всемирной организации здравоохранения, инсульт занимает второе место в мире среди причин смертности.

В Российской Федерации, как и в большинстве других стран, отсутствует точная статистика заболеваемости инсультом: в структуру цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ) входят как острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) – различные типы и подтипы инсульта, так и хронические формы ЦВЗ. По данным Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации, ЦВЗ занимают второе место в структуре смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (39%), доля ОНМК в структуре общей смертности населения составляет 21,4%. В острый период инсульта летальность достигает 35%, к первому году с момента развития заболевания умирают 50% больных.

Инвалидизация вследствие инсульта занимает первое место среди всех причин первичной инвалидности. В Российской Федерации проживают свыше 1 млн. человек, перенесших инсульт, при этом треть из них составляют лица трудоспособного возраста, к труду же возвращается только каждый четвертый больной. Таким образом, учитывая высокие показатели заболеваемости, смертности, а также инвалидизации среди выживших после инсульта пациентов, следует констатировать все еще огромный экономический и социальный ущерб от этого заболевания.

На сегодняшний день в России создана современная служба экстренной специализированной медицинской помощи гражданам в ситуации ОНМК, но чтобы помощь была оказана своевременно, население должно быть осведомлено об инсульте в такой же мере, как и об инфаркте миокарда. Только настороженность граждан в отношении инсульта может позволить лечить это заболевание на ранней стадии, что необходимо для снижения его тяжести и профилактики осложнений. Фраза «время-мозг» стала устоявшейся при инсульте и в полной мере означает значимость временного фактора.

В свою очередь, отсутствие элементарных знаний о симптомах и последствиях инсульта, отрицание болезни и надежда на выздоровление без вмешательства врачей ограничивает возможности пациентов по принятию правильных решений для обеспечения квалифицированной медицинской помощи в полном объеме.



Единый принцип, позволяющий избежать тяжелого прогноза, – немедленная госпитализация в специализированное отделение для лечения больных с ОНМК.

Мировая практика последних лет и наш опыт показали, что наиболее эффективным условием лечения инсульта является экстренная специализированная, в т.ч. высокотехнологичная, медицинская помощь, оказываемая в стационаре.

Лечение в первые часы и дни инсульта проводится одновременно как с неврологических, так и с нейрохирургических позиций. В настоящее время особое значение приобрела нейрореабилитация, в рамках которой есть возможность восстановления функций тех структур мозга, которые остались морфологически сохранными, но функционально пострадали. Главная цель нейрореабилитации – интеграция больных в общество с достижением социальной и экономической независимости.

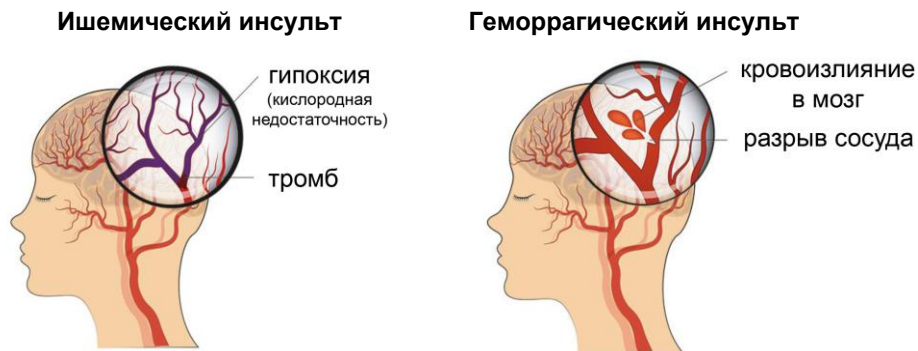
В то же время трудно переоценить значение концепции факторов риска инсульта как основы популяционной стратегии, предусматривающей снижение и устранение регулируемых факторов риска. Эффективно эта концепция может быть реализована на государственном национальном уровне, и оптимально ее дополнение стратегией формирования групп высокого риска инсульта, в том числе для своевременного лечения предвестников нарушений мозгового кровообращения.

ЗАНЯТИЕ 1. ЧТО ТАКОЕ ИНСУЛЬТ

1.1. ЧТО ТАКОЕ ИНСУЛЬТ

Инсульт – острое нарушение кровообращения в головном мозге (ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения).

Выделяют два совершенно разных типа острого нарушения кровообращения: ишемический инсульт и геморрагический инсульт.



Их внешние симптомы могут быть весьма схожи, несмотря на разные механизмы. В связи с этим, подходы к лечению этих состояний будут принципиально различны, для чего нужна точная диагностика, которая возможна только в стационаре.

Ишемический инсульт – резкое уменьшение поступления крови в какой-либо участок головного мозга с возникновением зоны ишемии и гибели нейронов (нервных клеток). И хотя симптоматика инсульта достаточно типична, поражение того или иного сосуда, а значит, и участка мозга, имеет свои особенности.

Зона ишемии, где погибли все нейроны, – инфаркт мозга.

Нейроны, находящиеся рядом с зоной инфаркта, но еще живые, – зона «ишемической полутени» (пенумбры). За сохранение и реанимацию этой зоны и идет борьба в первые часы после возникновения инсульта.

Симптомы ОНМК:

- 1) перекашивание лица и/или слюнотечение на одной стороне;
- 2) нарушения движения и/или чувствительности половины тела (руки или ноги) – онемение, слабость или паралич;
- 3) нарушения речи разной степени выраженности, в т.ч. затруднения в подборе нужных слов, сложности с пониманием речи и чтением, невнятная и нечеткая речь, до полной потери речи;

- 4) головокружение (может сочетаться с тошнотой и рвотой), неустойчивость походки, потеря равновесия;
- 5) нарушения зрения, нарушения глотания;
- 6) необычно сильная головная боль (нередко после стресса или физического напряжения);
- 7) спутанность сознания, расстройство жизненно важных функций: дыхания, сердцебиения, поддержания артериального давления, неконтролируемые мочеиспускание или дефекация и др.



Следует учитывать, что при развитии инсульта могут быть представлены не все из перечисленных признаков, однако, даже в случаях развития минимальных симптомов необходимо срочное обращение к врачу!

Иногда у пациента под воздействием стресса, физической нагрузки, повышения артериального давления или без явных причин вдруг возникает один или несколько симптомов (нарушение движений, чувствительности, речи, координации, зрения и т.п.), однако эти симптомы достаточно быстро (в течение нескольких минут или часов) проходят. Поскольку появление таких симптомов (в неврологии – транзиторная ишемическая атака) указывает на явное сосудистое неблагополучие (серьезный и грозный предвестник уже настоящего инсульта), эта ситуация требует безотлагательного обследования, выявления пораженного сосуда (сосудов) и разработки профилактической стратегии. Только в этом случае сосудистой катастрофы удастся избежать.

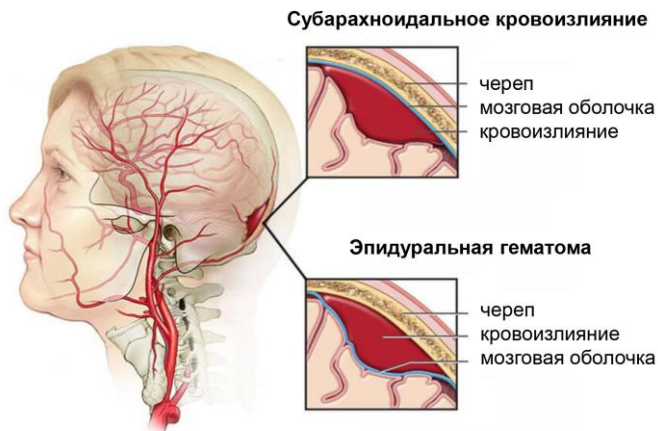
Геморрагический инсульт – разрыв сосуда вследствие патологии его стенки, например, аневризмы (истончения и выпячивания), часто при резком повышении артериального давления (АД). В результате происходит кровоизлияние в головной мозг, формируется гематома, давящая на вещество мозга и нарушающая работу какой-либо его области.

Кровоизлияние в мозг или под его оболочки может сопровождаться примерно теми же симптомами, что и инсульт ишемический.



При любом подозрении на инсульт необходимы скорейшая госпитализация и обследование для уточнения типа инсульта и назначения правильного лечения!

Субарахноидальное кровоизлияние. Существует особый вид кровоизлияния, когда кровь, вытекая из поврежденного сосуда, не образует гематому, а свободно циркулирует между оболочками головного мозга, спускаясь вместе со спинномозговой жидкостью в межоболочечное пространство спинного мозга.



Считается формой инсульта (но не всегда имеет внутреннее, органическое происхождение, чаще – в результате ударов тупым предметом, падений и пр.).

В момент разрыва сосуда пациент обычно ощущает резчайшую боль в области затылка, а потом – мнимое «благополучие», поскольку такой вид кровоизлияния не вызывает ни нарушений движения, ни нарушений чувствительности, проявляясь лишь головной болью и иногда светобоязнью.

Эта ситуация крайне опасна, ибо при несоблюдении строгого постельного режима в первые дни и при невыполнении всех предписаний лечащего врача высока вероятность повторного кровоизлияния с гораздо более тяжелыми, зачастую фатальными последствиями.

Одним из самых достоверных методов диагностики субарахноидального кровоизлияния по-прежнему остается люмбальная пункция (прокол в поясничной области и извлечение нескольких миллилитров спинномозговой жидкости), которая абсолютно безопасна. Необходимо помнить, что при люмбальной пункции проводится местная анестезия (обезболивание); прокол осуществляют в той области поясницы, где нет спинного мозга.

Пациенты, отказывающиеся от проведения люмбальной пункции, лишаются возможности точно установить свой диагноз.

1.2. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНСУЛЬТА И ОСНОВЫ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Процессы, приводящие к инсульту, накапливаются постепенно, годами, а иногда и десятилетиями. Еще задолго до сосудистой катастрофы в стенке сосуда начинается процесс замедления и нарушения обмена, что приводит к ее утолщению и снижению упругости (атеросклероз сосудов). Однако, у одних людей изменения в стенках сосудов не приводят к их критическому сужению (стенозу), у других же эта ситуация заканчивается инсультом.

Таким образом, есть определенные провоцирующие *факторы*, ускоряющие развитие сосудистой патологии и приводящие, в конце концов, к инсульту. Знание этих факторов и ранняя их профилактика – залог успешной борьбы с этим грозным заболеванием.

Факторы риска развития инсульта делят на две большие группы.



НЕРЕГУЛИРУЕМЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА:

- 1. Возраст и пол** – важные факторы риска ОНМК, лечение которых невозможно; у мужчин инсульты возникают в более молодом (на 10-20 лет раньше) возрасте и чаще, чем у женщин;
- 2. наследственность** – предрасположенность к инсультам может носить наследственный характер, хотя зависимость эта непрямая.

РЕГУЛИРУЕМЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА И ОСНОВЫ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

- 1. Контролировать артериальное давление (АД).** В норме АД не должно превышать 140/90 мм рт. ст. При пограничной артериальной гипертензии (140/90-160/95 мм рт. ст.) риск развития инсульта возрастает в два раза. При повышении АД более 160/95 мм рт. ст. риск инсульта возрастает в 4 раза! Каждый человек после 35-40 лет должен контролировать уровень своего артериального давления, а при появлении нестабильных показателей – проводить ежедневное двукратное (утром и вечером) измерение АД и вести дневник. Также необходима консультация врача для подбора гипотензивной терапии.

Методика правильного измерения артериального давления

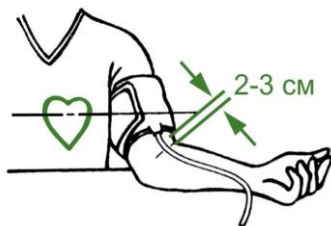
Для того чтобы показатели давления были правильными, следует помнить ряд особенностей:

- 1) манжета прибора должна быть подобрана по объему руки;
- 2) чашка кофе, сигарета, плотная еда меняют показания АД, измерение проводят не ранее чем через 30 минут после их приема;
- 3) АД следует измерять после 5-10 минут отдыха сидя или лежа при комнатной температуре.

Более точные показатели у механических тонометров.

При артериальной гипертонии измерять АД необходимо не менее двух раз в день – утром после пробуждения и водных процедур и вечером перед сном. Дополнительно измерение проводят в течение дня при подозрении на изменение АД. Все показатели АД фиксируют в дневнике.

АД измеряют в положении сидя с максимально расслабленными мышцами спины, рук и ног. Рука, на которую надета манжета, должна спокойно лежать на столе и быть полностью расслабленной. Манжету располагают на руке на уровне сердца, отступив вверх от локтевого сгиба на 2,5 см. Не следует накладывать манжету на одежду. Между манжетой и рукой должно оставаться пространство примерно в палец толщиной, если манжета не надута.



Нагнетать воздух в манжету следует до цифр, на 30 мм рт. ст. превышающих давление, к которому адаптирован пациент; затем воздух медленно выпускают. Выслушивать тоны следует, расположив головку фонендоскопа в области локтевого сгиба. Первый удар (тон) указывает на уровень систолического АД, последний тон – диастолического АД.

Желательно измерять давление 2-3 раза с интервалом в 2-3 минуты с подсчетом средних цифр. Также лучше измерять АД последовательно на обеих руках. Если АД на обеих руках – одинаковое, можно измерять на одной руке, но не на «рабочей» (т.е. у правшей – на левой). Если есть разница в давлении, все последующие измерения делают на руке с более высоким АД.



Важно помнить, что снижающие давление препараты надо принимать постоянно и под контролем врача. В этом случае риск инсульта уменьшается вдвое.

2. Контролировать уровень холестерина (для здорового человека – не более 5 ммоль/л). Холестерин, накапливаясь в организме, нарушает об-

менные процессы в сосудистой стенке, что способствует появлению и увеличению атеросклеротических бляшек на внутренних стенках сосудов. Бляшка, постепенно увеличиваясь за счет поступающих с током крови и оседающих тромбоцитов и других веществ, все больше и больше перекрывает просвет сосуда, что может привести к инсульту. Преобладание в крови липопротеидов низкой плотности (ЛПНП, плохой холестерин) опасно в плане развития инсульта, а липопротеиды высокой плотности (ЛПВП, хороший холестерин), наоборот, снижают риск возникновения заболеваний кровеносной системы. Подробные рекомендации по препаратам, снижающим уровень холестерина, даст Ваш лечащий врач. Необходимо ограничить употребление жиров животного происхождения, включить в рацион больше овощей и фруктов, жирной рыбы.

3. Контролировать уровень глюкозы крови (натошак – не более 6,1 ммоль/л, кровь из вены). Сахарный диабет влияет на развитие нарушений мозгового кровообращения: происходит ускорение атеросклероза крупных артерий, меняется уровень холестерина, ускоряется формирование атеросклеротических бляшек, происходит склеивание тромбоцитов. По некоторым данным, сахарный диабет увеличивает опасность развития инсульта более чем в 2 раза независимо от его связи с артериальной гипертонией.

4. Избегать гиподинамии. У лиц, ведущих сидячий образ жизни, вероятность развития артериальной гипертонии на 20-50% выше, чем у лиц с высокой активностью или тех, кто регулярно посещает тренировки. Регулярная физическая нагрузка – главная профилактика инсульта, это помогает держать организм в тонусе, насыщает его кислородом, улучшает кровоснабжение сердечной мышцы, заметно снижает давление. Больше бывайте на свежем воздухе, ходите пешком. Физические упражнения увеличивают уровень липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), повышают чувствительность к инсулину, снижают артериальное давление, а также улучшают эндотелиальную функцию.

5. Отказаться от курения, в т.ч. пассивного. Риск возникновения инсульта при курении повышается на 60%, риск инфаркта миокарда и внезапной смерти увеличивается в три раза, т.к. курение способствует развитию атеросклероза, тромбоза и спазма сосудов. Отказ от курения существенно снижает риск развития инсульта. Так, при полном воздержании от курения в течение 5 лет риск возникновения инсульта у бывшего курильщика снижается практически до уровня никогда не курившего человека.

6. Не злоупотреблять или исключить употребление алкоголя. Злоупотребление алкоголем может привести к резкому подъему артериального давления, нарушению сердечного ритма, к различным сосудистым катастрофам.

7. Не допускать набора веса. У полных людей возрастает нагрузка на кровеносную и дыхательную системы, повышается артериальное давление и уровень плохого холестерина. Для поддержания идеального веса необходимо сочетать правильное питание с регулярными физическими нагрузками.

Проверить соответствие своего веса условной норме просто: рассчитайте индекс массы тела (ИМТ).

$$\text{ИМТ} = \frac{\text{масса тела (кг)}}{\text{рост(м) x рост (м)}}$$

Значения индекса массы тела:

18,5 - 24,9 кг/м² – норма;	25 - 29,9 кг/м² – избыточный вес;
30 - 34,9 кг/м² – I степень ожирения;	35 - 39,9 кг/м² – II степень ожирения;
	40 кг/м² и выше – III степень ожирения.

8. Избегать длительных стрессовых ситуаций. Нахождение в состоянии постоянного напряжения – фактор, ускоряющий процессы атеросклероза, способствующий подъему АД, т.к. гормоны стресса обладают сосудосуживающим действием. Положительные эмоции, умение расслабляться – залог предупреждения хронического стресса, следовательно, профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и неотложных ситуаций.

9. Откажитесь от соленой пищи. Избыточное потребление соли – существенный фактор риска развития артериальной гипертонии.

10. Оральные контрацептивы с высоким содержанием женских гормонов (эстрогенов) повышают риск развития тромбозов и, как следствие, инсульта. Если у женщины есть и другие факторы риска (курение, повышенное артериальное давление, избыточный вес), следует проконсультироваться с гинекологом о другом методе контрацепции. Курение является противопоказанием для всех видов контрацептивов, в т.ч. низкодозированных.



Если имеется хотя бы один из перечисленных факторов риска (не говоря уже об их комбинации) – необходимо составление программы индивидуальной профилактики!

Многие из регулируемых факторов риска связаны между собой, и коррекция одних приводит к уменьшению выраженности других.

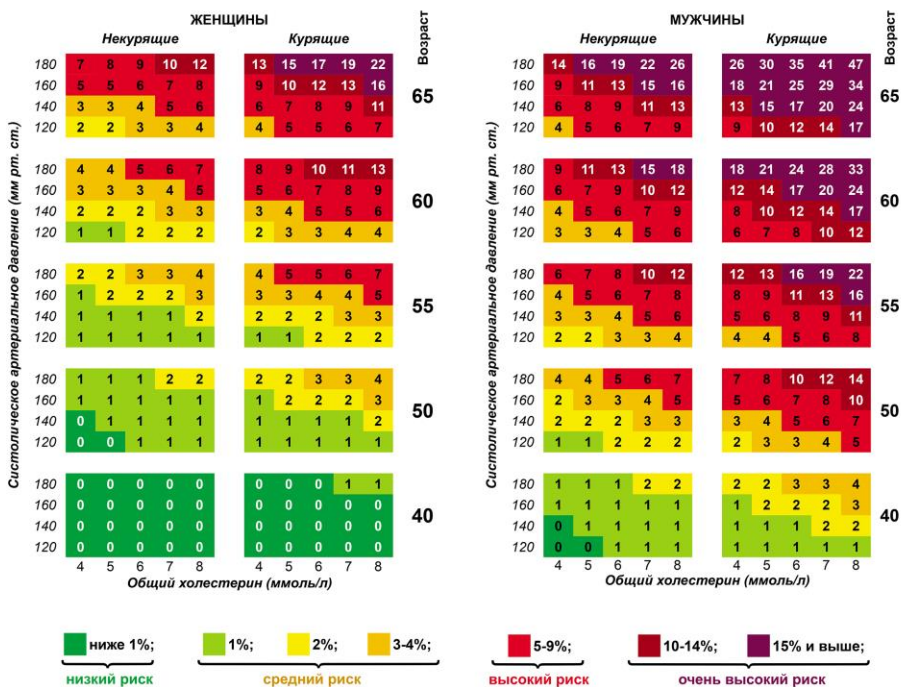
При консультировании пациентов по изменению образа жизни следует использовать Европейскую шкалу SCORE (**S**ystematic **C**Oronary **R**isk **E**valuation) (рисунок ниже), продемонстрировав связь высокого артериального давления и холестерина, а также курения с высоким риском фатальных сердечно-сосудистых осложнений в течение предстоящих 10 лет (величина риска

указана в %). Шкала SCORE применяется для лиц 40-65 лет с объяснением пациенту понятия абсолютного сердечно-сосудистого риска и величины его риска, а также с демонстрацией смещения величины его абсолютного риска в желтую или даже зеленую зону в случае достижения целевых показателей.

К фатальным сердечно-сосудистым осложнениям (событиям) относятся:

- смерть от инфаркта миокарда,
- смерть от других форм ишемической болезни сердца,
- смерть от инсульта,
- внезапная смерть и смерть в течение 24 часов после появления симптомов,
- смерть от других некоронарогенных сердечно-сосудистых заболеваний за исключением неатеросклеротических причин смерти.

Риск увеличивается с возрастом, но у женщин по сравнению с мужчинами его реализация откладывается приблизительно на 10 лет.



**Оценка показателя по шкале SCORE
(риск фатальных сердечно-сосудистых событий):**

- > 10% – очень высокий риск
- > 5% и < 10% – высокий риск,
- > 1% и < 5% – умеренный риск,
- < 1% – низкий риск.

Применение оценки суммарного риска по данной шкале в рутинной практике относят к наивысшему уровню рекомендаций (класс рекомендаций IA).

**Итак, первичная профилактика инсульта
сводится к следующим мероприятиям:**

- ✓ Измеряйте артериальное давление и уровень холестерина не реже 1 раза в год.
- ✓ Если у Вас выявлен сахарный диабет, четко соблюдайте рекомендации врача по контролю заболевания.
- ✓ Если Вы курите, откажитесь от курения и от нахождения в местах, где курят.
- ✓ Откажитесь от злоупотребления алкоголем.
- ✓ Будьте физически активны.
- ✓ Употребляйте пищу с низким содержанием поваренной соли и животных жиров.
- ✓ Сообщайте своему лечащему врачу о симптомах, указывающих на возможный инсульт (звон в ушах, кратковременные приступы головокружения, слабость в ногах и др.).
- ✓ Срочно обращайтесь за медицинской помощью при появлении любого из симптомов инсульта (например, внезапной слабости или онемения одной стороны тела, внезапного затуманивания зрения, интенсивной головной боли или головокружения).

1.3. ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТА (профилактика повторного инсульта)

Жизнь пациента, перенесшего инсульт, меняется кардинально. В зависимости от исхода инсульта пациент может нуждаться в посторонней помощи и опеке.

Но даже если у пациента после инсульта быстро регрессировали все неврологические симптомы, это не значит, что он может вести прежний образ жизни, игнорируя все те факторы риска, которые привели к развитию такого состояния.

Вторичная профилактика состоит из следующих направлений:

- ▶ ежедневное измерение АД и регулярный прием препаратов, нормализующих уровень АД (длительный, зачастую пожизненный);
- ▶ контроль уровня глюкозы и холестерина;
- ▶ полный отказ от курения и злоупотребления алкоголем;
- ▶ контроль за массой тела, соблюдение низкохолестериновой и низкокалорийной диеты, отдавая предпочтение овощам и рыбе;
- ▶ длительный прием лекарственных средств из группы антиагрегантов, препятствующих тромбообразованию и улучшающих «текучесть» (гемореологию) крови. !! Выбор препарата и назначение эффективных доз осуществляет только лечащий врач, учитывая индивидуальные особенности пациента. Если лечащим врачом назначено какое-либо лекарственное средство из группы антиагрегантов, примерно раз в три месяца следует исследовать кровь на свертываемость (коагулограмма, исследование тромбоцитов, МНО и др.);
- ▶ прием антикоагулянтов при наличии у больного нарушений сердечного ритма (мерцательной аритмии). В этих случаях необходим тщательный биохимический контроль свертывающей системы крови, причем первоначально для подбора необходимой дозы лекарственного препарата исследования проводят 1 раз в 3-7 сут., а после достижения адекватного уровня показателей – 1 раз в месяц. Следует помнить, что отсутствие возможности систематического исследования крови ограничивает прием этих лекарственных средств;
- ▶ если был выявлен выраженный (70% и более) стеноз (сужение) крупных артерий вследствие формирования в них тромба или есть большая «рыхлая», нестабильная атеросклеротическая бляшка, необходимо решение вопроса о хирургическом лечении: удаление тромба и восстановление кровотока по сосуду. Время и вариант оперативного вмешательства определяет врач.

1.4. АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ В СИТУАЦИИ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) – неотложное состояние, и борьба за восстановление зоны относительно сохранных нейронов должна начинаться с первых минут. Нельзя ждать, пока «само пройдет» или откладывать госпитализацию до утра.



В первые 3-6 часов после возникновения первых симптомов инсульта (так называемое «терапевтическое окно») **медицинская помощь наиболее эффективна!!!**

Промедление с началом активного лечения по восстановлению кровотока в пораженном участке головного мозга значительно повышает риск гибели или инвалидизации пациента.

При возникновении подозрения на инсульт следует немедленно вызвать скорую помощь, как можно точнее описать симптомы и госпитализировать больного.

ПОМНИТЕ!!! Что только вызванная в первые 10 минут от начала ОНМК скорая медицинская помощь позволяет в полном объеме использовать современные высокоэффективные методы стационарного лечения и во много раз снизить смертность от этих заболеваний.

ПОМНИТЕ!!! Что состояние алкогольного опьянения не является разумным основанием для задержки вызова бригады скорой помощи при развитии острого нарушения мозгового кровообращения – около 30% лиц, внезапно умерших на дому, находились в состоянии алкогольного опьянения.

ПОМНИТЕ!!! Что закрытый массаж сердца, проведенный в первые 60-120 секунд после внезапной остановки сердца, позволяет вернуть к жизни до 50% больных.

Алгоритм неотложных действий при инсульте:

1. Срочно вызовите бригаду скорой медицинской помощи, даже если проявления ОНМК наблюдались всего несколько минут.

2. До прибытия бригады скорой медицинской помощи:

- если человек без сознания, положите его на бок, удалите из полости рта съемные протезы (остатки пищи, рвотные массы), убедитесь, что человек дышит;
- если пострадавший в сознании, помогите ему принять полусидячее или лежащее положение в кровати (возвышенное положение не используется). Обеспечьте приток свежего воздуха. Расстегните воротник рубашки, ремень, пояс, снимите стесняющую одежду.

3. Измерьте артериальное давление, если его верхний уровень превышает 220 мм рт. ст., дайте пострадавшему препарат, снижающий артериальное давление, который он принимал раньше. **При АД ниже 220 мм рт. ст. давление не снижаем!**



ПОМНИТЕ!!! При инсульте для поддержания адекватного кровотока в пораженном участке мозга необходимо АД, несколько превышающее имеющиеся у человека показатели, поэтому недопустимо снижать давление до 120/80 мм рт. ст. и ниже, это приведет к быстрому росту очага инсульта и поражению обширных областей мозга.

4. До приезда специалистов скорой помощи следует фиксировать все лекарственные средства, которые давали пациенту, и сообщить об этом прибывшей бригаде. Пациенту в случае ОНМК ацетилсалициловую кислоту, диуретические средства, вазоактивные препараты, ноотропы не давать.

5. Если пострадавшему трудно глотать, и у него капает слюна изо рта, наклоните его голову к более слабой стороне тела, промокните стекающую слюну чистыми салфетками.

6. При возникновении тошноты и рвоты необходимо повернуть голову пациента на бок или положить его так, чтобы он не захлебнулся рвотными массами.

7. Если пострадавший не может говорить или речь – невнятная, успокойте его, заверив, что это временное состояние. Держите его за руку на непарализованной стороне, пресекайте попытки разговаривать и не задавайте вопросов. Помните, что, хотя пострадавший и не может говорить, он осознает происходящее и слышит все, что говорят вокруг.

8. При утрате сознания надо уложить больного так, чтобы обеспечить наилучшие условия для дыхания. При угнетении и прекращении дыхания и сердечной деятельности необходимо начать реанимационные мероприятия (непрямой массаж сердца, искусственное дыхание «рот в рот»).

1.5. ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА – ШАГ ЗА ШАГОМ

Периоды течения инсульта:

- ▶ **Первые трое суток** – острейший период – необходимо интенсивное лечение, высок риск развития осложнений;
- ▶ **минимум 14 дней** – острый период – необходимо лечение острых нарушений мозгового кровообращения, профилактика осложнений;
- ▶ **до 6 месяцев** – ранний восстановительный период;
- ▶ **до 2 лет** – поздний восстановительный период – необходимо активное участие родных, лечение в домашних условиях, консультации специалистов, проведение реабилитационных мероприятий (амбулаторно, в дневном стационаре, санаториях, реабилитационных клиниках).

Итак, первые часы и дни после случившегося инсульта – срочная госпитализация. Лечение инсульта – дело рук врачей: невропатологов, реаниматологов, нейрохирургов. От того, как быстро лечение начато, часто зависит жизнь больного. Дальнейшее лечение инсульта в условиях сосудистого центра улучшает его клинический исход, желателен длительный период пребывания там больного в течение двух-трех недель. Успех восстановления, несомненно, в значительной степени определяется и настроением больного. Важны не только квалифицированная помощь специалистов и поддержка родственников, но и активное отношение к жизни самого пациента. Настрой больного – его оптимизм, стремление достичь поставленной цели, разносторонние интересы – также играют немаловажную роль.

Расстройство мозгового кровообращения приводит к образованию в мозге патологического очага. Ядро очага составляют погибшие нервные клетки, а клетки вблизи от него находятся в состоянии пониженной активности или полного торможения. Своевременно принятые лечебные меры могут вернуть им активность.

Поэтому прежде всего надо придать больному правильное положение, начать заниматься с ним лечебной гимнастикой. Физическая тренировка стимулирует способность нервных клеток «переучиваться» и в определенной степени брать на себя обязанности погибших, компенсировать их бездействие. Кроме того, больному назначают препараты, которые активизируют временно нарушенную передачу импульсов с одних нервных клеток на другие, устраняя тем самым это препятствие для нормальной работы тех или иных областей мозга.

Основное правило физической тренировки – постепенное нарастание нагрузок. Если нет противопоказаний, пациенту включают в число первых реабилитационных мероприятий не только физические упражнения, но и массаж: легкие поглаживания мышц при повышенном их тоне и несильное растирание, неглубокое разминание в среднем темпе при пониженном тоне мышц.

В последнее время в арсенал средств реабилитации больных с последствиями мозгового инсульта входит не только лечебная гимнастика, но и электростимуляция мышц с помощью специальных аппаратов. Рекомендованы общеукрепляющие и дыхательные упражнения, занятия по восстановлению речи, если больной может перенести без вреда дополнительную эмоциональную и физическую нагрузку. При раннем начале реабилитационной терапии больные приобретают функциональные навыки, повышающие их способность к самообслуживанию и способствующие активизации пораженных конечностей. Если раннюю терапию не проводить, больные менее склонны разрабатывать пораженные конечности и привыкают находиться в

зависимости от окружающих, что может ухудшать восстановление функционального статуса.

После выписки из стационара реабилитационные мероприятия должны продолжаться в домашних условиях. Иногда расстройства, вызванные инсультом, проходят быстро, и спустя несколько месяцев человек может приступить к прежней работе. В других случаях восстановление нарушенных функций затягивается.

Надо быть готовым к тому, что лечебная гимнастика и занятия по восстановлению речи должны проводиться длительно и систематически. Особенно настойчиво необходимо заниматься в первые месяцы после перенесенного удара, не пропуская ни дня, постепенно увеличивая нагрузку. По месту жительства больной должен наблюдаться участковым неврологом, с которым следует обсудить все процедуры и упражнения, которые будут проводиться самостоятельно.

Процесс восстановления после инсульта порой напоминает, как развивается младенец в первые месяцы и годы: сначала учится координировать движения конечностей, затем переворачиваться, садиться, вставать, ходить, усиливается контроль над выделительными функциями организма... Одновременно формируются и социальные навыки: развивается речь, человек учится самостоятельно есть, одеваться, умываться, осваивает телефон, электроприборы, дверные замки, обживает пространство квартиры.

Практически также заново учится жить и больной, перенесший инсульт. Несомненно, человек в такой непростой период нуждается в поддержке, любви, одобрении своих близких. Если с больным разговаривают, если он чувствует заботу и поддержку, если он понимает, что окружающие уверены в его выздоровлении, это прибавляет сил и оптимизма ему самому.

1.6. ВОЗВРАЩЕНИЕ ДОМОЙ

Какие условия должны быть созданы дома для человека, перенесшего инсульт:

- отдельная комната, высокая твердая кровать с возможностью подхода к ней с двух сторон;
- желательно противопролежневый матрас (важно уметь укладывать неподвижного пациента и обеспечивать возможность самостоятельного передвижения в кровати больному, у которого сохранились хотя бы минимальные двигательные способности);
- прикроватный столик;
- прикроватное кресло у изголовья с непарализованной стороны;
- прикроватный туалет у ног с той же стороны;
- специальные косметические средства по уходу за кожей;

- ортезы и средства помощи при передвижении (трость, ходунки, коляска и др.);
- расходные гигиенические материалы: подгузники, пеленки, салфетки и прочее.

Лежачему больному необходимо обеспечить постоянное наблюдение и патронаж (наемная сиделка или кто-то из родственников); расписать расписание дня пациента, направленный на вертикализацию и выполнение бытовых функций.

Оптимизация обслуживания и самообслуживания больного в домашних условиях

Человек, перенесший инсульт, часто не способен не только самостоятельно себя обслуживать, но и принимать какие-либо решения. Поэтому родным пациента нередко приходится брать на себя большое количество проблем и иногда отказывать себе в чем-то. Но это не значит, что нужно изолироваться от окружающего мира и полностью посвятить себя уходу за родственником. В противном случае, при чрезмерной опеке больной постоянно будет ждать постороннюю помощь и станет совсем зависимым, перестанет бороться.

Практические советы для восстановления относительно самостоятельного существования пациентов, перенесших инсульт

- ▶ Установите простой удобный распорядок дня.
- ▶ Переставьте мебель так, чтобы больной мог передвигаться свободно и безопасно.
- ▶ В процессе одевания лучше помогать в самой трудной его части, но не брать полностью всю процедуру до конца на себя.
- ▶ Постарайтесь, чтобы умывание, прием пищи, чистку зубов больной также проводил максимально самостоятельно. Для этого захват многих предметов (нож, ручка, зубная щетка) можно облегчить, используя резиновую, пластиковую или толстую поролоновую трубку, прикрепленную на ручку предмета.
- ▶ Использовать кисть будет легче, если предплечье поддержать на определенной высоте. Для этого можно использовать поддерживатели для предплечья, прикрепленные к ручкам кресла.
- ▶ При включении крана можно использовать резиновые, пластиковые насадки или рычаги.
- ▶ При чистке зубов можно заменить обычную щетку электрической или заменить чистку использованием ополаскивателя для полости рта.
- ▶ При бритье следует использовать утолщенную ручку бритвы, выбрать легкую электробритву.

► При мытье больной может использовать мочалку-рукавичку или мочалку на длинной ручке. Мыло можно повесить на веревочке на шею или пользоваться жидким мылом с дозатором. При вытирании следует использовать маленькое полотенце с большими петлями, пришитыми с двух сторон (в них должна свободно проходить вся рука), или надевать легкий махровый халат.

► Для ухода за ногтями необходимы ножницы или кусачки, которые легко и удобно удержать в руке, а также пилка с большой ручкой.

► В туалете на нужной высоте следует прикрепить на стенку поручни, за которые можно держаться; на унитаз сделать насадки, чтобы увеличить высоту сидения; вместо рулона туалетной бумаги удобнее использовать салфетки.

► Ряд приспособлений может пригодиться и на кухне: для чистки ножей и вилок можно использовать небольшую щетку, которая прикреплена к краю раковины (например, на резиновых присосках). Овощи будет легче чистить, если они будут закреплены на нержавеющей гвоздях, вбитых в разделочную доску, а сама доска не будет скользить по столу, если положить ее на мокрое полотенце. Для того чтобы намазать кусок хлеба маслом, можно поместить его в возвышающийся над поверхностью дощечки угол, полученный при помощи двух деревянных реек.

ЗАНЯТИЕ 2. ЖИЗНЬ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА: ПРИНЦИПЫ УХОДА ЗА ПАЦИЕНТОМ С ИНСУЛЬТОМ, ПАТРОНАЖ, ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ

2.1. ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО В ПОСТЕЛИ

► Положение лежа на спине

В целом, такое положение нежелательно, однако если возникла необходимость на некоторое время положить пациента на спину, необходимо запомнить ряд моментов:

- голова пациента должна находиться по средней линии, а туловище на пораженной стороне должно быть вытянуто;
- плечо паретичной конечности (где ограничено движение с полной потерей или ослаблением мышечной силы) следует поддержать подушкой;
- для выравнивания таза и устранения поворота ноги во всех суставах под больной ягодицей должна находиться плоская подушка (1,5-2 см), больная нога не должна быть развернута кнаружи;
- ничего не следует класть в руку (на ладонь), это приведет к нарастанию мышечного тонуса из-за механического растяжения мышц в положении дискомфорта;
- следите, чтобы стопа паретичной ноги ни во что не упиралась.

► Положение лежа на здоровом боку (оптимальный вариант)

При положении пациента на здоровом боку следует убедиться, что:

- голова пациента находится на одной линии с туловищем;
- пациент лежит полностью на боку, а не повернут;
- тело не изогнуто;
- пораженное плечо вынесено вперед, рука поддержана по всей длине;
- кисть больной руки находится в среднефизиологическом положении, не свисает с подушки;
- стопа паретичной ноги ни во что не упирается;
- ничего не лежит в больной руке.



► Положение лежа на больном боку

При положении пациента на больном боку следует убедиться, что:

- больное плечо вынесено вперед, больная нога выпрямлена в тазобедренном суставе и чуть согнута в коленном;
- ничего не лежит в больной руке;
- больная стопа ни во что не упирается;
- голова находится на одной линии с туловищем.



► Если нет особых противопоказаний, можно использовать положение на здоровом боку с приподнятым изголовьем.

Это положение обеспечивает наилучшую дыхательную функцию. **Можно использовать положение на спине с приподнятым изголовьем.** Изголовье должно быть достаточно длинным, чтобы на нем могла быть расположена вся верхняя половина тела пациента. Оптимальный угол между горизонтальной частью кровати и изголовьем – 30°. Угол должен приходиться на ягодицы, а не на поясницу. В этом положении пациент может принимать пишу, если ему еще не разрешено сидеть вертикально.

► Положения больного сидя в кресле

Положение *сидя в кресле* возможно, если пациент может пересесть сам или с небольшой посторонней помощью.

Убедитесь, что:

- пациент сидит симметрично;
- вес пациента равномерно распределен на обе ягодицы;
- больное плечо выносится вперед и поддерживается подушкой;
- большую руку поддерживает под локоть подушка;
- кисть не свисает;
- нет перекоса таза, при необходимости под ягодицу с пораженной стороны подкладывается плоская подушка;
- бедра полностью располагаются на сидении;
- больная нога не развернута наружу; стопы полностью стоят на подставке;
- ноги согнуты во всех суставах под углом примерно 90°.





Придать правильное положение больному можно, используя подушки. В среднем для оптимальной укладки требуется 5-8 подушек.

В зависимости от степени формирования контрактур (ограничений движений в суставе) используется:

- **либо среднефизиологическое положение (нет контрактур),**
- **либо с использованием подушек.**

Синдромы отталкивания и притягивания

При выраженном синдроме отталкивания (PUSH-синдроме) больной опирается на подлокотник кресла напряженно выпрямленной здоровой рукой, игнорируя при этом больную сторону, при этом больной отклоняется в парализованную сторону. Обычно это бывает при поражении правого полушария в сочетании с неглект-синдромом. Обязательный принцип в этом случае – частая вертикализация и присаживание с переносом тела на здоровую сторону.

При выраженном синдроме притягивания (PULL-синдроме) больной склоняется на здоровую сторону, вплоть до падения на нее. Обычно это бывает при поражении левого полушария. При этом необходимо также обеспечить присаживание с переносом тела на парализованную сторону.

2.2. ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА ПАЦИЕНТОМ С НЕГЛЕКТ-СИНДРОМОМ

Неглект-синдром – одностороннее пространственное игнорирование, при котором больной с поражением мозга не реагирует на стимулы, предъявляемые в половине пространства, противоположной пораженной области.

Согласно исследованиям, характер появления синдрома зависит от ведущей руки (степени правшества) и возраста. Левостороннее пространственное игнорирование отмечается у 56% больных (правшей) с поражением правого полушария, а правостороннее – у 20% больных (левшей) с поражением левого полушария.

Больной не может обнаружить стимул, ответить на него или сфокусировать на нем внимание, в результате этого он теряет равновесие и падает на паретичную сторону.



Нормальное восприятие



Восприятие при неглект-синдроме

Особенности ухода за пациентом с неглект-синдромом:

- 1) расположение предметов перед пациентом, постепенно от одного занятия к другому смещение их в сторону поражения;
- 2) обращение к пациенту во время общения с ним с пораженной стороны;
- 3) расположение стимулирующих объектов (прикроватная тумбочка, телевизор) с пораженной стороны;
- 4) расположение кровати пациента таким образом, чтобы дверь в палате находилась с пораженной стороны;
- 5) нанесение ярких меток на окружающие предметы;
- 6) использование игр, требующих широкого пространства (домино);
- 7) работа на листах, разделенных пополам;
- 8) анализ изображений предметов, имеющих симметричную правую и левую стороны (циферблат часов);
- 9) проведение занятий с пациентом, вырабатывающих у него возможность потянуться здоровой рукой в здоровую сторону.

2.3. ПРОФИЛАКТИКА КОНТРАКТУР, ОСОБЕННОСТИ УХОДА ПРИ БОЛЯХ В СПИНЕ, ПЛЕЧЕ

Контрактура – стойкое напряжение и в связи с этим укорочение мышц и их сухожилий, ведущее к ограничению движений в суставе. Контрактуры могут быть следствием мышечного спазма при вынужденном длительном положении конечности.

Кроме правильного положения пациента и смены положения в постели, уменьшить мышечный спазм можно:

- поддерживая комфортную температуру в помещении (+22 °С);
- выполняя несколько раз в день медленные пассивные движения в суставах пораженных конечностей с помощью здоровой руки или при помощи родных;
- для отдыха использовать положения, растягивающие мышцы и разгибающие суставы (правильное позиционирование);
- выбирать положения, при которых пораженная сторона имела бы опору.

Боли в спине и плече

Боли в спине возникают вследствие слабости мышц спины или развития мышечного спазма, затрудняющего движение и сидение. В результате появляется некоторая «разболтанность» сустава. В этой ситуации возможно ущемление околоуставных мягких тканей с последующим их повреждением, воспалением и болями. Боль в плече также возникает вследствие слабости мышц.

Избежать болей в спине и плече можно, соблюдая правила позиционирования, а также, избегая движений, напрягающих спину или усиливающих боль. Активные и пассивные упражнения следует выполнять в горизонтальном положении, придерживая или фиксируя при этом конечность, при вертикализации – не более чем на 2-3 часа в течение суток.

Больному ни самостоятельно, ни с посторонней помощью нельзя поднимать больную руку, удерживая ее только за кисть.

При переворачивании или другом перемещении больного следует избегать потягивания за больную руку.

Мышечная боль может уменьшиться при согревании: для этого можно использовать грелку, бутылку с горячей водой, завернутую в полотенце. Важно помнить о нарушении чувствительности с парализованной стороны, поэтому при проведении тепловых процедур нужно постоянно контролировать поверхностное состояние кожи конечности. При появлении покраснения кожи во избежание ожога процедуру следует прекратить.

Полезными считают занятия плаванием – чем теплее вода, тем больше расслабляются мышцы.

2.4. ПРИНЦИПЫ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИ ПЕРЕДВИЖЕНИИ БОЛЬНОГО

- Всегда выбирайте **оптимальный метод перемещения**.
- **Носите подходящую одежду и обувь**.
- **Помогайте самостоятельным движениям больного**, не стремитесь передвигать его только своими силами.

● **Убедитесь в однонаправленности Ваших намерений с намерениями больного**. Полезно, чтобы пациент выполнял движения под устные ритмичные инструкции. Необходимо всегда объяснять смысл движения пациенту, даже при подозрении, что он не слышит или не понимает.

Уберите все лишнее, что может помешать перемещению больного, а все необходимое положите ближе.

● **Если пациент сидит в инвалидном кресле, оно должно быть поставлено на тормоз.**

● **Правильно поставьте ноги, создайте себе устойчивую опору**. Если Вы работаете на кровати, создайте себе опору ступней (всей площадью на пол) и коленом. Правильно ставьте ступни для того, чтобы уменьшить перекручивание (вращение) позвоночника.

● **Держите пациента как можно ближе к себе**. Если нужно, пользуйтесь защитным индивидуальным приспособлением, например, эластичным поддерживающим поясом. Чтобы избежать выскальзывания пациента из слишком просторной одежды, можно надеть на него специальный широкий пояс с удобными рукоятками для удержания больного.

● **Проверьте, достаточно ли удобны ручки, поручни кресла, ходунков, за которые придется держаться**. До начала перемещения пациента **испытайте надежность ручек и сопоставьте ее с весом пациента**.

● **Избегайте статического наклона вперед**. Старайтесь сохранять прямую спину.

● **Во время перемещения сгибайте колени, а не спину; никогда не делайте разворотов тела**.

Для удобства перемещения пациентов, особенно грузных или находящихся без сознания, **можно использовать скользящие простыни**. Эти простыни благодаря фактуре материала облегчают скольжение. Кроме того, использование скользящих простыней предупреждает образование пролежней. Их можно сшить самим из плащевой ткани, например, в форме рукава.

● Перемещая больного вручную, **помните о своих физических возможностях и не превышайте их!**

2.5. УХОД ЗА КОЖЕЙ, ПРОФИЛАКТИКА ПРОЛЕЖНЕЙ

При длительном пребывании в одном и том же положении происходит давление на кожу, особенно в области костных выступов, и наступает ухудшение кровоснабжения данного участка тела, что приводит к образованию пролежней.

Для предупреждения пролежней необходимо как можно чаще менять положение больного; ежедневно осматривать участки тела, потерявшие чувствительность, выявляя синяки, трещины, побелевшие или покрасневшие участки кожи. Если при надавливании в этих местах не нормализуется окраска кожи, то это говорит о подверженности их к образованию пролежней. Особо внимания требуют места костных выступов: области ягодиц, крестца, лодыжек, коленей, бедер, пяток, локтей, затылка, ушных раковин. Повреждение мягких тканей возникает и при перемещении пациента.

Для профилактики пролежней необходимы:

- обязательный ежедневный туалет всей поверхности кожи – поочередное обтирание губкой всех частей тела; растирание кожи камфорным спиртом не рекомендуют, так как это ведет к пересушиванию, подойдут жидкое мыло, шампуни, пенки, тоники, влажные салфетки, специально разработанные для лежачих больных;
- лицам с высоким риском развития пролежней позу меняют каждые 2 часа днем и 3,5 часа ночью; для лиц с очень высоким риском – каждые 1-1,5 часа днем и 2,5-3 часа ночью;
- только лицам с высоким и очень высоким риском развития пролежней и нарушением мочеиспускания по типу недержания следует прибегать к постановке катетера Фолея, поскольку применение памперсов приведет к развитию пролежней;
- противопролежневые матрасы;
- следует проводить элементы массажа (поглаживание и легкую вибрацию) участков кожи, подверженных наибольшему давлению, для улучшения кровообращения в данных зонах;
- нельзя сидеть близко к обогревателям, если снижена болевая чувствительность, а в холодную погоду необходимо тщательно укутывать ослабленные конечности, надевая дополнительные носки, перчатки.

2.6. ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА ПАЦИЕНТОМ С НАРУШЕНИЕМ МОЧЕИСПУСКАНИЯ, ДЕФЕКАЦИИ

НАРУШЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЯ

Могут быть следствием перенесенного инсульта или возникать по целому ряду других причин. В зависимости от типа нарушений работы мочевого пузыря могут быть следующие их проявления: императивные (требующие немедленного опорожнения) позывы на мочеиспускание, частое мочеиспускание, преимущественно ночью. Пациент при этом жалуется на «срочные, неотложные» позывы на мочеиспускание, которые он не может подавить и в результате которых может произойти произвольное мочеиспускание; задержка мочеиспускания, затруднение в начале мочеиспускания, пре-

рывистая струя, неполное опорожнение; частые позывы на мочеиспускание, моча мутная, с неприятным запахом; задержка мочи (невозможность опорожнения мочевого пузыря несмотря на переполнение его мочой).

Если задержка мочи наступает внезапно, ее называют острой; если она развивается постепенно вследствие нарастающего длительно существующего препятствия к оттоку мочи, ее называют хронической.

Проблемы с мочеиспусканием, не связанные с неврологическим заболеванием: аденома простаты, стрессовое недержание мочи (состояние, при котором происходит произвольное выделение мочи в результате повышения внутрибрюшного давления при физической нагрузке, кашле, чиханье и т.д. Стрессовое недержание мочи проявляется подтеканием мочи от нескольких капель до больших количеств.

Функциональное недержание (из-за трудностей в самостоятельном выполнении гигиенических процедур):

- пациент не может дойти до туалета или пересечь на прикроватный туалет;

- пациент не может объяснить, что хочет в туалет;

- из-за слабости или нарушения координации и целенаправленных движений не может быстро снять одежду;

- не может правильно воспользоваться уткой или судном;

- не может осознать необходимость посетить туалет или использует для этого неподходящее место;

- утка, судно или прикроватный туалет находятся далеко от пациента.

В итоге моча становится более концентрированной, раздражает стенки мочевого пузыря и провоцирует позывы, а больной оказывается мокрым еще чаще. Концентрированная моча – подходящая среда для развития инфекционных заболеваний, что усиливает частоту и срочность позывов на мочеиспускание.

При тяжелых запорах также раздражается мочевого пузырь, провоцируя императивные позывы и рефлекторное недержание.

При недержании возрастает риск развития пролежней.

Использование средств ухода за больным с инсультом

К средствам ухода относят подгузники, прокладки, катетеры и кондомные мочеприемники (наружные катетеры). При выборе гигиенических средств необходимо учитывать тип нарушения тазовых функций у больного, индивидуальные особенности пациента, материальные возможности больного и его семьи, а также сопутствующие заболевания.

ПЛЮСЫ	МИНУСЫ
Использование подгузников	
<ul style="list-style-type: none"> ● пациент остается сухим, мобильным, ● подгузники не надо часто менять 	<ul style="list-style-type: none"> ● высокий риск пролежней, ● пациент чувствует дискомфорт и может разорвать, ● ухаживающий человек может забыть вовремя снять, ● дорого стоят
Использование впитывающих прокладок с сетчатыми трусами (показано при тяжелой степени недержания).	
<ul style="list-style-type: none"> ● пациент остается сухим, мобильным, ● риск развития пролежней снижен, дешевле подгузников, ● выглядят эстетичнее, ● труднее снимаются, ● менее заметны под одеждой 	<ul style="list-style-type: none"> ● надо чаще менять, ● больше вероятности протекания
Использование впитывающих прокладок (показано при легкой и средней степени недержания)	
<ul style="list-style-type: none"> ● существуют прокладки для мужчин и женщин, ● незаметны под одеждой, их легко менять, нет запаха 	<ul style="list-style-type: none"> ● прокладки для мужчин обычно впитывают около 200 мл, этого может быть недостаточно.
Использование кондомных мочеприемников (наружных катетеров)	
<ul style="list-style-type: none"> ● пациент остается сухим, мобильным, ● можно измерить количество выделенной мочи, легко взять анализ мочи, ● неинвазивный метод, ● незаметен под одеждой. 	<ul style="list-style-type: none"> ● применяются только у мужчин, ● пациенты часто срывают их, ● необходимо тщательно подбирать размер, ● возможно подтекание при перекручивании, ● необходимо часто менять – каждые 24-48 часов, ● мешок менять раз в неделю с обязательным промыванием проточной водой.

ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ ДЕФЕКАЦИИ

Запор – стул реже одного раза в трое суток. К запорам относят также твердый стул; отхождение небольшого количества кала (менее 100 г); ощущение неполного опорожнения кишечника после акта дефекации; длительный акт дефекации, для осуществления которого необходимы дополнительные потужные усилия или применение специальных приемов и поз.

Каловый завал – осложнение запора, возникающее, когда пожилые люди, особенно плохо ухоженные, забывают время последней дефекации и перестают следить за ее регулярностью. Вокруг образующегося в прямой кишке калового камня, между ним и стенками кишки, долго остаются щели, по которым жидкий кал проходит. Больному представляется, что у него понос, и он начинает его лечить домашними средствами, что только усугубляет процесс. Наступает частичная непроходимость прямой кишки, появляются боли, пропадает аппетит, развиваются отрыжка, тошнота и рвота.

Недержание кала – произвольная дефекация.

Причины склонности к запорам у неврологических больных:

- нарушение перистальтики кишечника;
- резкое ограничение общей активности;
- недостаточное потребление жидкости;
- недостаточное или неправильное питание (часто связано с нарушением глотания);
- невозможность поддерживать правильную позу при дефекации (даже на прикроватном туалете опорожнить кишечник бывает трудно, если туалет не подобран по высоте);
- отсутствие уединенной обстановки;
- прием некоторых лекарств.

Профилактика запоров

1) Режим питания. Наиболее благоприятное время для опорожнения кишечника – утром после еды (через 30 минут). Предлагайте больному посетить туалет в одно и то же время. Полезно выпить чашку какого-либо теплого напитка. Повторять эту процедуру стоит каждый день в одно и то же время.

2) Достаточное потребление жидкости – 1,5-2 л в сутки, при увеличении количества клетчатки следует увеличить количество выпиваемой жидкости.

3) Поддержание двигательной активности и ежедневные физические упражнения.

4) Правильная поза при дефекации: спина прогнута, живот расслаблен; таз наклонен вперед; колени чуть выше бедер; локти по возможности должны упираться в колени.

2.7. НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ГЛОТАНИЯ

Глотание – сложный биомеханический процесс, включающий работу различных групп мышц и черепных нервов. У больных с инсультом часто возникает нарушение глотания – дисфагия, что может вызвать аспирацию – проникновение инородных тел в легкие. Аспирация может служить причиной удушья, развития инфекционных заболеваний дыхательных путей, пневмонии. Аспирация может быть незаметной (отсутствие кашля). Аспирационная пневмония – результат проникновения бактерий из полости рта в легкие.

Для профилактики аспирации очень важно поддерживать хорошую гигиену ротовой полости и регулярно очищать ее от пищи и слюны.

Некоторые предостерегающие знаки и симптомы дисфагии:

- затруднение жевания;
- нарушение гигиены рта;
- слюнотечение или неспособность глотать слюну;
- неаккуратное пищевое поведение, выпадение пищи во время еды изо рта;
- смазанная речь;
- кашель или «прочистка» горла до, во время или после еды;
- изменение качества голоса во время или после глотания («булькающий» голос, хрипота, временная потеря голоса);
- срыгивание;
- затрудненное дыхание, удушье;
- повышение температуры тела;
- снижение веса;
- потеря интереса к еде, плохой аппетит или отказ от пищи;
- увеличение продолжительности акта еды;
- ощущение, что еда или жидкость «застревает» в горле во время глотания;
- тревожность по поводу приема пищи или жидкостей.

Оценка функции глотания у больного проводится во время нахождения в стационаре путем поэтапного тестирования. В случае невозможности восстановить самостоятельное глотание используют зонд или смешанный вариант. Если у больного не выявлено нарушений функции глотания, то его можно кормить, соблюдая при этом практические рекомендации по кормлению. Помните, что при ухудшении состояния больного необходимо повторять оценку его глотательной функции, при сомнениях следует проконсультироваться с неврологом, отоларингологом.

Кормление пациентов с нарушенным глотанием

Особенности положения больного для обеспечения наиболее эффективного и безопасного глотания:

- кормление проводят только в положении сидя (с опорой под спину), наклон головы вперед;
- поворот в здоровую сторону в момент проглатывания.

Принципы изменения питания:

- пища должна выглядеть аппетитно;
- пища должна быть достаточно теплой, так как пациентам с дисфагией необходимо длительное время для ее приема;

если больной не чувствует теплую пищу во рту, кормить нужно едой комнатной температуры;

- предлагайте твердую и жидкую пищу в разное время;
- полужесткая пища переносится лучше: запеканки, густой йогурт, протертые овощи и фрукты, жидковатые каши;
- необходим подбор консистенции пищи (мягкая пища, густое пюре, жидкое пюре) и жидкости (мусс, йогурт, густой кисель, сироп, вода).

!! Следует помнить, что при более жидкой пище труднее сделать безопасный глоток.

- необходимо исключить из рациона продукты, часто вызывающие аспирацию: вода, соки, чай, хлеб, печенье, орехи и прочее;

● при кормлении пищу закладывают с непораженной стороны небольшими порциями;

● нужен контроль над необходимостью использования зубных протезов; тщательная ревизия полости рта после окончания кормления (оставшаяся пища может быть аспирирована); после кормления больной остается в вертикальном положении в течение 45-60 минут.

!! Необходимо запомнить:

- одномоментно можно давать только небольшое количество пищи;
- не давать питье вместе с пищей (напитки следует давать до или после пищи);
- нельзя кормить лежащего человека;
- нельзя запрокидывать голову пациента во время кормления;
- зубы и протезы необходимо чистить как минимум 2 раза в день, чтобы быть уверенным в чистоте полости рта.

2.8. ПОСТИНСУЛЬТНЫЕ СОСТОЯНИЯ

Гипертонический криз – внезапное и значительное повышение артериального давления с выраженными нарушениями функций головного мозга (головная боль, тошнота, рвота, может происходить угнетение сознания и судорожные припадки), почек (уменьшение количества мочи), сосудов (нарушения зрения, мелькание «мушек» перед глазами), сердца (появление болей в грудной клетке), неврологическими проявлениями. *В отличие от инсульта, в этой ситуации преобладают не очаговые (нарушение движения, чувствительности, речи или координации), а общемозговые симптомы.*

Острая гипертоническая энцефалопатия – это внезапное состояние, поражение мозговых тканей, обусловленное длительно протекающей артериальной гипертензией. Ведущие проявления: значительное повышение АД (до 250/130 мм рт. ст. и выше), нарастающая головная боль с тошнотой и повторной рвотой, изменение сознания (больной будто бы находится в дремотном состоянии или состоянии поверхностного сна). Могут развиваться судорожные припадки, зрительные нарушения.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ

- срочно вызвать бригаду скорой медицинской помощи;
- обеспечить больному полный покой (уложить на кровать с приподнятым головным концом, расстегнуть затрудняющую дыхание одежду, обеспечить приток свежего воздуха);
- если криз развился в результате резкого прекращения приема гипотензивных препаратов, следует немедленно дать больному рекомендованную дозу гипотензивного препарата на один прием. По прибытии бригады скорой помощи обязательно сообщить об этом.

При очень высоком АД необходимо дать пациенту один из короткодействующих гипотензивных препаратов, который обычно был эффективен и согласован с лечащим врачом (например, 1 таблетку 25-30 мг каптоприла под язык – начало действия через 15 минут, продолжительность эффекта более 2 часов). Дополнительно можно дать 10 таблеток (1 г) глицина под язык для рассасывания; не жевать и не запивать водой.

!! Необходимо помнить, что резкое снижение АД может привести к развитию тяжелого инсульта.

При развитии судорожного синдрома – осуществлять профилактику травм – уложить пациента на пол во избежание падения, удерживать конечности, вызвать бригаду скорой помощи.

В дальнейшем следует обсудить с лечащим врачом возможные причины гипертонического криза и определить тактику дальнейшего лечения.

Чтобы не допускать развития гипертонических кризов, необходимо:

- утром и вечером измерять АД и фиксировать в дневнике;
- соблюдать все рекомендации врача по режиму питания, образу жизни, приему лекарственных средств. Только систематический прием лекарственных препаратов может обеспечить нормальный уровень артериального давления!

ПОСТИНСУЛЬТНАЯ ЭПИЛЕПСИЯ

Группа заболеваний, характеризующихся повторяющимися приступами нарушения согласованной работы головного мозга из-за изменений его биоэлектрической активности.

Каждый эпизод подобных внезапных и кратковременных неврологических нарушений называют **припадком**. Нередко больные ощущают характерные предвестники эпилептического припадка – ауру (ощущение тяжести в голове, головная боль, чувство онемения, а также вегетативные бессудорожные приступы). Тогда больные стараются быть дома, в кругу своих близких, остаются в постели, чтобы припадок прошел в более или менее благоприятных условиях.

При большом (генерализованном) судорожном припадке человек внезапно теряет сознание и падает, нередко получая при этом различные травмы. Часто в момент падения возникает произвольный вскрик, дыхание на несколько секунд прекращается, лицо больного сначала бледнеет, а затем постепенно приобретает выраженный синюшный оттенок. Руки пациента напряжены, согнуты, голова откинута назад или в сторону, туловище вытянуто, ноги разогнуты и напряжены. Глаза расширены, взгляд не фиксирован, пустой, челюсти крепко сжаты. Затем напряжение резко обрывается, наступает кратковременное расслабление мышц тела, после которого развиваются судороги. В это время восстанавливается дыхание, оно становится шумным, хрипящим, цианоз исчезает, изо рта может выделяться пена, часто окрашенная кровью (из-за прикуса языка). Во время припадка может произойти произвольное мочеиспускание. После прекращения судорог больной приходит в сознание, испытывает вялость, разбитость, головные боли, боли в мышцах. О случившемся с ним пациент ничего не помнит.

При другом типе эпилептических припадков возможны судороги мышц только в руке, ноге, мышцах лица, могут возникать произвольные изменения позы, вращательные движения головы и туловища. При парциальных припадках нередко возникают автоматизмы – стереотипно повторяющиеся двигательные акты: жевание, глотание, облизывание губ, потирание ладоней, хождение по кругу и т.п. **! Если эпилептические припадки следуют друг за другом с очень короткими паузами, и при этом не происхо-**

дит восстановления сознания, такое состояние рассматривают как эпилептический статус. В этих случаях кислородное голодание мозга становится угрожающим для жизни пациента.

Первая помощь при эпилептических припадках, эпилептическом статусе:

- вызвать бригаду скорой медицинской помощи;
- в момент первой – тонической – фазы следует по возможности оградить больного от получения травм при падении, положить под голову что-то мягкое;
- не нужно пытаться разжать челюсти пациента, чтобы избежать прикуса языка, это практически невозможно, прикус языка обычно происходит в первые секунды приступа, поэтому данная манипуляция бессмысленна и приведет лишь к травмированию полости рта и зубов;
- расстегнуть затрудняющую дыхание одежду;
- осмотреть полость рта, в случае западения языка принять меры, удалить твердые инородные тела (зубные протезы, обломки зубов) и рвотные массы, для этого можно использовать спринцовку или кусок мягкого материала;
- после окончания приступа повернуть голову больного в сторону, придать ей возвышенное положение;
- когда пациент придет в себя, дать ему противосудорожные препараты, которые были назначены ранее в рекомендованной дозе; если припадок случился впервые – необходимо госпитализировать пациента в стационар для проведения обследования и подбора адекватного противосудорожного лечения;
- тщательное и точное соблюдение лечебного режима, профилактика инфекционных заболеваний, избегание провоцирующих факторов способствуют эффективному предупреждению повторных эпилептических припадков.

ПОСТИНСУЛЬТНАЯ ДЕПРЕССИЯ

Инсульт – трагическое событие, которое резко меняет жизнь самого больного и его семьи. Поэтому депрессия, к сожалению, – частый спутник пациентов, перенесших инсульт.

Ранняя депрессия развивается в первые 3 месяца, поздняя – через 2 года и позже.

Эмоциональное состояние пациента в первые недели и месяцы после инсульта крайне неустойчиво: он может быть капризным, плаксивым, вспыльчивым. Этот синдром эмоциональной неустойчивости типичен для большинства больных. У некоторых пациентов безразличное отношение к своему состоянию вызвано поражением определенных областей мозга. У

таких пациентов плохо восстанавливаются даже легкие нарушения двигательных функций, они зачастую беспомощны. Такого больного следует терпеливо побуждать к действию, всеми силами стараться выработать потребность движения, ходьбы, самообслуживания. Ему надо уделять как можно больше внимания. *Наберитесь терпения, будьте к нему добры и ласковы.*

Для того чтобы помочь близкому преодолеть депрессию, с ним нужно обязательно *общаться*. Даже если больной не разговаривает, он по-прежнему может воспринимать устную речь, обращенную к нему, поскольку центр восприятия устной речи расположен в другой зоне, которая может оставаться сохранной (сочетанное поражение обеих зон возникает относительно редко). Рассказывайте ему о своей работе и о друзьях, обсуждайте детей, погоду и политику. Не забывайте говорить с больным о его состоянии, отмечать малейшие успехи.

Выражайте свою любовь, свою уверенность в том, что ситуация изменится, и он обязательно вернется к активной жизни. Приложите усилия к тому, чтобы больной регулярно испытывал положительные эмоции: от вкусной еды, цветка на тумбочке у кровати, приятной музыки. Если пациент постоянно угрюм и раздражен, особенно важно постараться угадать и выполнить его маленькие желания.

Важные методы коррекции постинсультной депрессии:

- раннее начало реабилитационных мероприятий (кинезитерапия, физиотерапия, логопедические занятия);
- применение антидепрессантов по согласованию с лечащим врачом;
- проведение рациональной психотерапии.

РОДСТВЕННИКАМ БОЛЬНОГО ТОЖЕ НУЖНА ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

Семья переживает случившееся часто сильнее самого больного. На плечи родственников внезапно ложится огромная дополнительная нагрузка: в первый месяц они «разрываются» между домом, работой и посещениями больницы. Затем, после выписки пациента из стационара, начинается освоение нелегкой работы по уходу за лежащим больным. Если восстановление нарушенных функций у пациента затягивается, и долго не возвращаются свобода движений, речь, память и навыки самообслуживания, у родственников постепенно накапливается хроническая эмоциональная, физическая усталость и так называемая «усталость от ответственности».

Существует множество правил и приемов, которые помогают бороться со стрессом и усталостью

▶ *Если Вы почти «на пределе», остановитесь, отдохните:* перерывы, перемены и выходные значительно повышают эффективность любой деятельности.

▶ *Обращайтесь за помощью к другим людям.* В том, чтобы попросить помощи в тяжелой ситуации, нет ничего зазорного, если в этом знать меру и не привыкать беспрестанно жаловаться на жизнь всем вокруг.

▶ *Находите способы отвлечься от тягостных мыслей и повысить себе настроение.* Учитесь «выключать» поток негативных размышлений.

▶ *Осознавайте то хорошее, что всегда есть вокруг Вас,* делайте себе маленькие подарки, выбирайтесь в гости – все это поможет Вам продержаться в трудный период.

▶ *Используйте те или иные способы снятия напряжения:* пешие прогулки, разнообразные водные процедуры, занятия спортом, хобби и многое другое. Также полезно бывает проанализировать и описать на бумаге или нарисовать свой страх, обиду или усталость.

▶ *Применяйте методики самовнушения и аутотренинга.* Упражнения могут занимать всего несколько минут в день, но эффект Вы почувствуете обязательно. Подберите для себя комплекс витаминов, общеукрепляющих и иммуностимулирующих лекарственных препаратов (проконсультируйтесь с врачом!).

▶ *Не теряйте оптимизма!* Все перечисленные выше методы смогут наиболее эффективно помочь Вам лишь в том случае, если Вы сознательно будете настраивать себя на победу. Конечно, периодически чувство безнадежности, раздражения и даже неприязни к больному могут охватывать и самого терпеливого человека, однако не стоит осуждать себя за это. Важно настойчиво возвращать себя к доброжелательности, терпению, выдержке и оптимизму.

ХРОНИЧЕСКАЯ ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Прогрессирующая форма поражения головного мозга вследствие длительной недостаточности его кровоснабжения у лиц с поражением мозговых сосудов.

Важные факторы повреждения мозга:

- частые эпизоды подъема артериального давления;
- повторные эпизоды быстрого снижения давления, наблюдаемые при бесконтрольном и нерегулярном приеме гипотензивных лекарственных средств;

- нарушение процессов свертывания крови;
- сахарный диабет;
- нарушение оттока венозной крови от головного мозга при сужении или закупорке мозговых вен или при правожелудочковой сердечной недостаточности;
- апноэ (кратковременное прекращение дыхания) во сне, приводящее к недостаточности кислорода в крови, нарушению сердечного ритма, колебаниям артериального давления.

Часто пациенты предъявляют жалобы на головную боль, утомляемость, снижение памяти. При обследовании выявляют нарушения в познавательной сфере (забывчивость, сужение круга интересов), эмоционально-личностные расстройства (эмоциональная неустойчивость, изменение тех или иных черт характера); различные двигательные, чувствительные нарушения, неустойчивость при ходьбе.

Ведущий синдром определяется расположением и размерами тех участков головного мозга, которые больше всего страдают от недостаточности кровообращения. Течение чаще ступенчатое с периодами стабилизации.

Помощь родственникам пациенту:

- ▶ наибольшее значение имеет соблюдение приема препаратов, корректирующих и стабилизирующих АД;
- ▶ лечение сахарного диабета, тщательное соблюдение диеты, прием соответствующих лекарственных средств;
- ▶ профилактика инфекционных осложнений, особенно застойной пневмонии у лежачих пациентов;
- ▶ терпимое, уважительное отношение к пациенту с теми или иными эмоционально-личностными изменениями, деликатная помощь в быту, создание атмосферы эмоционального комфорта.

СИНДРОМ ПОСТИНСУЛЬТНОГО ПАРКИНСОНИЗМА

Состояние, развивающееся при распространенном ишемическом поражении, которое затрагивает глубинные слои белого вещества головного мозга. Для сосудистого паркинсонизма характерны *выраженные нарушения ходьбы и равновесия* уже на ранней стадии заболевания, часто в сочетании с тазовыми нарушениями (нарушение мочеиспускания и проч.); возможно *раннее развитие деменции (слабоумия)*.

Нарушения ходьбы проявляются затруднениями в начале движения: больной долго не может тронуться с места, с трудом отрывает «намагниченные» ноги от пола, делает несколько пробных скользящих мелких шажков или топчется на месте. Сдвинувшись с места, он продолжает движение мелкими шаркающими шажками, через несколько шагов ходьба становится более уверенной, а шаг – более широким. При повороте или преодолении препятствий те же затруднения возникают вновь.

Помощь родственникам пациенту с синдромом сосудистого паркинсонизма:

- ▶ необходимо соблюдать рекомендации специалистов, проводящих диспансерное наблюдение больного: невролога, инструктора по лечебной физкультуре, психотерапевта;
- ▶ следует ежедневно заниматься лечебной физкультурой, которую подбирают индивидуально; трудности начала движения или застывания можно преодолеть с помощью внешних стимулов, например, попросить идти больного по нарисованной линии или руководить действиями с помощью ритмических команд.

СОСУДИСТАЯ ДЕМЕНЦИЯ

Деменция (слабоумие) – приобретенное снижение интеллекта, нарушающее социальную адаптацию больного, то есть делающее его неспособным к профессиональной и бытовой деятельности и самообслуживанию. Сосудистая деменция – результат заболеваний, поражающих мелкие мозговые артерии.

Для деменции характерна та или иная степень нарушения запоминания текущих событий и новой информации (события юности и детства обычно помнят хорошо, иногда даже улучшается их воспроизведение). Для маскировки этого явления пациенты начинают использовать записные книжки, завязывают «узелки на память» и предпринимают другие подобные действия. Длительно сохраняются навыки и стиль поведения, личностные установки, характер отношений и реакций. Выраженные нарушения памяти, в том числе и затруднения в воспроизведении ближайших событий, способствуют подавленному, слезливому настроению, возникновению чувства беспомощности и незащищенности. При частых нарушениях мозгового кровообращения расстройства памяти становятся более грубыми, а слабоумие – более глубоким. Более чем у половины больных сосудистой деменцией наблюдают «эмоциональное недержание» (слабодушие, насильственный плач, насильственный смех). Сосудистое слабоумие редко достигает степени глубокого тотального распада психики.

Помощь родственникам пациенту с сосудистой деменцией:

- ▶ необходимо постараться предотвратить развитие инфекционных заболеваний или ухудшение течения соматического заболевания;
- ▶ следует создать для больного удобную и простую окружающую обстановку – привычные любимые предметы, их расположение – в знакомой обстановке больной чувствует себя наиболее комфортно, а появление незнакомых людей или переезд резко ухудшают его состояние;

► необходимо тщательно соблюдать режим приема назначенных лекарственных средств: их нерегулярный прием или передозировка могут резко ухудшить состояние больного.

Подводя итоги, становится очевидным, что в успешном восстановлении человека после случившегося инсульта важны многие факторы, в т.ч. размеры очага поражения головного мозга, возраст пациента и имеющиеся у него факторы риска хронических неинфекционных заболеваний, своевременно оказанная специализированная, в т.ч. высокотехнологичная, медицинская помощь, квалифицированная помощь специалистов по реабилитации, поддержка родственников, активное отношение к жизни самого пациента.

Настрой больного – его оптимизм, стремление достичь поставленной цели, разносторонние интересы – также играет немаловажную роль в возвращении к максимально возможной активной жизни после инсульта!

Литература:

1. Пирадов М.А. Инсульт: пошаговая инструкция. Руководство для врачей / М. А. Пирадов, М. Ю. Максимова, М. М. Танашян. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 272 с.
2. Школа здоровья. Жизнь после инсульта. Материалы для пациентов / под ред. В.И. Скворцовой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 88 с.
3. Сайт «Что такое инсульт и как его победить» <http://www.insult.ru/>
4. Сайт Фонда по борьбе с инсультом «ОРБИ» <https://orbifond.ru/>

Список сокращений:

АД – артериальное давление,
ЛПВП – липопротеиды высокой плотности (хороший холестерин),
ЛПНП – липопротеиды низкой плотности (плохой холестерин),
ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения,
ЦВЗ – цереброваскулярные заболевания.

