

# Современные решения повышения качества оказания медицинской помощи пациентам с инсультом

И. В. Ковалёва, ORCID: 0000-0003-0171-4374, kovalyova\_iv@mail.ru

Журнал «Лечащий Врач»; 123056, Россия, Москва, а/я 82

## Резюме

**Введение.** 20 февраля 2024 года в рамках юбилейной XX Междисциплинарной конференции с международным участием «Вейновские чтения» состоялся круглый стол на тему «Современные решения повышения качества оказания медицинской помощи пациентам с инсультом», в котором приняли участие ведущие эксперты в данной области. В центре внимания были вопросы совершенствования подходов к реабилитации в качестве основной задачи повышения уровня оказания медицинской помощи, а также нормативная база и практические решения, в том числе и международный опыт организации нутритивной поддержки пациентов с инсультом на всех этапах реабилитации.

**Заключение.** Адекватная нутритивная поддержка больных с инсультом приводит к повышению их реабилитационного потенциала, сокращению времени пребывания в стационаре, улучшению качества жизни и показателей физического восстановления.

**Ключевые слова:** «Вейновские чтения», острое нарушение мозгового кровообращения, инсульт, неврология, нутритивная поддержка, готовые смеси для лечебного и профилактического питания.

**Для цитирования:** Ковалёва И. В. Современные решения повышения качества оказания медицинской помощи пациентам с инсультом. Лечащий Врач. 2024; 3 (27): 101-104. <https://doi.org/10.51793/OS.2024.27.3.018>

**Конфликт интересов.** Автор статьи подтвердила отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

## Modern solutions to improve the quality of medical care for stroke patients

Irina V. Kovaleva, ORCID: 0000-0003-0171-4374, kovalyova\_iv@mail.ru

The Lechaschi Vrach journal; a/z 82, Moscow, 123056, Russia

## Abstract

**Background.** On February 20, 2024, as part of the anniversary XX Interdisciplinary Conference with international participation "Veinovskie Chtenia", a round table was held on the topic "Modern solutions to improve the quality of medical care for stroke patients". The round table was attended by leading experts in this field. The experts focused on improving approaches to rehabilitation as the main task of improving the level of medical care, as well as the regulatory framework and practical solutions, including international experience in organizing nutritional support for stroke patients at all stages of rehabilitation.

**Conclusion.** It was noted that adequate nutritional support for stroke patients leads to an increase in their rehabilitation potential, a reduction in hospital stay, an improvement in the quality of life and indicators of physical recovery.

**Keywords:** "Veinovskie Chtenia", acute cerebrovascular accident, stroke, neurology, nutritional support, ready-made mixtures for therapeutic and preventive nutrition.

**For citation:** Kovaleva I. V. Modern solutions to improve the quality of medical care for stroke patients. Lechaschi Vrach. 2024; 3 (27): 101-104. (In Russ.) <https://doi.org/10.51793/OS.2024.27.3.018>

**Conflict of interests.** Not declared.

Круглый стол «Современные решения повышения качества оказания медицинской помощи пациентам с инсультом» состоялся 20 февраля 2024 года на юбилейной XX Междисциплинарной конференции с международным участием «Вейновские чтения». В мероприятии приняли участие ведущие эксперты в данной области, а его модераторами выступили доктор медицинских наук Галина Евгеньевна Иванова, главный внештатный специалист по медицинской реабилитации Минздрава России, председатель президиума общероссийской общественной организации содействия развитию медицинской реабилитологии «Союз реабилитологов России», заведующая отделом медико-социальной реабилитации инсульта НИИ ЦВПиИ и профессор кафедры реабилитации и спортивной медицины РНИМУ им. Н. И. Пирогова, а также Светлана Евгеньевна Чуприна, заведующая неврологическим отделением для боль-

ных с нарушением мозгового кровообращения БУЗ ВО «БОКБ № 1», главный внештатный специалист-невролог департамента здравоохранения Воронежской области, главный внештатный специалист-невролог МЗ РФ по ЦФО, главный внештатный специалист по медицинской реабилитации МЗ РФ по ЦФО.

## НАИЛУЧШИЕ ПОДХОДЫ

В начале доклада «Совершенствование подходов к реабилитации – основная задача повышения качества оказания медицинской помощи» Г. И. Иванова напомнила, что еще академик А. И. Вейн (1928–2003) считал, что реабилитационные мероприятия у постинсультных больных должны опираться на вегетативные (нейротрофические) функции. Наука и практика подтвердили правоту такого подхода.

Сегодня Минздравом России принята трехэтапная система медицинской реабилитации перенесших острое наруше-

ние мозгового кровоизлияния (ОНМК) [1]. Она начинается на базе отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) и сосудистых отделений, а также бескоечного отделения ранней реабилитации, продолжается в рамках реабилитационного стационара (сначала обычного, затем дневного амбулаторного), включая телемедицинскую куратуру и помочь на дому. Современное законодательство позволяет вести пациента так долго, как это необходимо: процессом управляет лечащий врач, невролог, который должен видеть весь путь, предстоящий больному, до конечной точки. В целом же на медицинскую реабилитацию (МР) на региональном и областном уровне по итогам углубленной диспансеризации неврологу следует направлять пациентов с группой здоровья IIIA и IIIB. Самых тяжелых больных маршрутизируют в федеральные реабилитационные центры внутри научно-исследовательских институтов (НИИ). Подобный центр скоро откроется при НИИ неврологии РАН, а в Федеральном центре мозга и нейротехнологий ФМБА России и в ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр имени Н. И. Пирогова» такие центры уже работают.

«Финансирование каждого из трех этапов МР зависит от того, как коллеги ее осуществляют, — подчеркнула Г. И. Иванова. — Назначают ли пациенту по старинке курс из 10 массажей и электростимуляций или же привлекают мультидисциплинарную команду, которая начинает свою работу с оценки функций дыхания, глотания и возможности введения питательных составов пациенту, чтобы он мог получать энергию для полноценного участия в реабилитационных мероприятиях».

Заболевания или состояния, требующие нутритивного контроля в процессе МР, встречаются у пациентов с инсультом в разных сочетаниях, включая травму и COVID-19 в анамнезе, а также длительную искусственную вентиляцию легких (ИВЛ). Первым делом необходимо выяснить, насколько велик у пациента дефицит массы тела и позволит ли его энергетический статус участвовать не только в МР, но и в диагностических мероприятиях и лечении. Нередко приходится видеть одиноких пациентов в возрасте от 40 лет (как мужчин, так и женщин), недоедающих в силу разных причин (лени, отсутствия финансов, возможности прибрести и приготовить продукты). Недоедание может быть не только простым, но и стрессовым, а в итоге после 40 лет у больных обнаруживаются признаки саркопении.

В естественных условиях даже здоровый человек в течение 10 лет после сорокалетия теряет 8%, а после семидесятилетия — до 15% мышечной массы, что требует оценки уровня белка у наших пациентов. Показано, что 10% людей старше 60 лет хронически недоедают, даже проживая в комфортных условиях. У пожилых домашних пациентов недостаточность питания (НП) достигает 30%. Даже при обильном кормлении родственники больного не следят за тем, насколько он усваивает предлагаемую пищу, эффективен ли его метаболизм, как обстоят дела с питьевым режимом и физиологическими выделениями. А в ОРИТ на фоне агрессивного лечения нутритивный дефицит и вовсе достигает 60% [2]. Российские исследования свидетельствуют о том, что распространность риска НП среди людей старше 65 лет составляет 25% [2].

Нейропротекция после ОНМК проводится по поводу не инсульта, а синдрома нарушенных функций: их насчитываются 18, и все они должны быть диагностированы и подвергнуты терапевтическим воздействиям. Эти 18 синдромов — минимум, закрепленный в методических разработках Всемирной организации здравоохранения 2023 года. Внутри каждого синдрома перечислены нарушения конкретных функций (таких нарушений у больных с ОНМК обнаруживается до 179), что затрудняет составление индивидуальной персонифицированной программы МР. В первую очередь оценке и коррекции подлежат нарушения питания и глотания.

НП у больного с ОНМК, а также ненадлежащее восполнение водно-электролитного баланса снижают эффективность лечебно-диагностического и реабилитационного процесса. Мало того, что эти нарушения на ходу встречаются как минимум у каждого второго пациента с инсультом, с течением времени их становится в 2 раза больше даже при

адекватной терапии. Ведь больному нужна энергия, чтобы ответить на лечение! НП замедляет восстановление любых функций больного и негативно влияет на реабилитационный прогноз даже при правильном выборе его стратегии. Нельзя допускать снижения веса пациента ни на грамм!

Пятилетний анализ работы стационарных отделений медицинской нейропротекции пациентов после инсульта по Шкале реабилитационной маршрутизации показал, что 0,2% наблюдающейся в них летальности связано с недооценкой метаболического ресурса и развитием осложнений или сосудистых кризов, а также повторных событий на высоте реабилитационной нагрузки [3].

О степени выраженности НП судят в первую очередь по дефициту белка (альбумина) и числу лимфоцитов, а также по отклонению веса пациента от стандарта и индексу массы тела. Усугубляют НП при инсульте тяжесть заболевания и дисфагия. При этом в сосудистых отделениях страны сплошь и рядом отсутствует диагностика нарушений глотания, что ведет к аспирационным пневмониям (АП), усугублению НП и повышению летальности. К НП ведет и отсутствие аппетита, особенно если пациент недоедает и дома до развития ОНМК.

До 78% пациентов с инсультом сталкиваются с нарушением глотания. Дисфагия в высокой степени повышает риск смерти [2]. Это первый симптом, который следует оценить у больного в течение трех часов с момента сосудистой катастрофы. «В нашем Центре мозга и нейротехнологий дисфагическая бригада состоит из пяти врачей, а в Институте национального здоровья США — из 14», — сообщила Г. И. Иванова. — Однако эти 5 специалистов обнаруживают в 70% случаев (при отсутствии отрицательной реакции на тест трех глотков) немую, или скрытую, аспирацию, чаще всего происходящую по ночам. У таких больных в 11 раз выше риск развития АП и в 2,5–4 раза — риск смерти. Через полгода после инсульта смертность от АП и ее осложнений увеличивается до 42%.

С НП связаны и пролежни, особенно при отсутствии адекватного ухода за пациентом с инсультом. Но даже при хорошем уходе на фоне нутритивного дефицита риск трофических нарушений остается высоким. До 15% больных в ОРИТ, особенно пожилые, ранее недоедавшие пациенты, уже в первые 48 часов демонстрируют мацерацию кожи, если нутритивный дефицит не восполняется.

В методических рекомендациях Союза реабилитологов России и Федерации анестезиологов и реаниматологов (2022), переведенных на английский язык и высоко оцененных зарубежными коллегами, говорится, что взрослым пациентам с высоким риском развития пролежней необходимо обеспечить нутритивную поддержку с калорийностью 30–35 ккал/кг в сутки и содержанием белка не менее 1,5 г/кг в день [4]. Не стоит забывать и о возможности саркопенического ожирения у грузных пациентов. Саркопения в ОРИТ развивается еще и из-за агрессивных методов лечения — медикаментозно вызванной комы, вынужденного фиксированного положения пациента с минимальной двигательной активностью, именно поэтому в методических рекомендациях предусмотрена ранняя мобилизация и вертикализация (в зависимости от возможностей пациента). При длительном пребывании в ОРИТ с саркопенией сталкиваются от 90% до 100% больных. Отсюда и двусторонняя симметричная слабость, особенно у постинсультных пациентов, длительно находившихся на ИВЛ в связи с COVID-19. У них часто развиваются полинейро-, полимио- и нейромиопатии критических состояний и аспептический некроз головок тазобедренных костей.

Саркопения приводит к увеличению частоты инфекционно-воспалительных осложнений, длительности ИВЛ и пребывания в ОРИТ, риска повторной госпитализации и повышает смертность на 25%. Потеря мышечной массы и висцерального пул белков отрицательно влияет на восстановление и выживаемость. Пациент с саркопенией и анемией в условиях дефицита кислорода и энергии при любом мышечном и эмоциональном усилии в рамках МР приближается к повторному сосудистому событию, поэтому так важно изначально оценить его вегета-

тивное обеспечение и регуляцию. До 7-го дня после ОНМК в организме пациента преобладают катаболические процессы, несмотря на то, что МР начинают в первые 48 часов. Следует рассчитать и восполнить энергию, необходимую организму пациента для катаболизма с последующим переходом в анаболический режим, и затраты на МР [4].

Восполнение нутриентов в процессе МР состоит из трех шагов – создания резерва энергии перед нагрузкой, использования ее источника в зависимости от интенсивности мышечных усилий и ее компенсации по окончании работы. Зачастую пациент выполняет ее за счет распада белка мышц, а восполняют эту потерю сладеньkim кисельком – углеводами. Основные шаги здесь следующие: определение потребности пациента в энергии и нутриентах, оценка клинической картины, включение в первую очередь энтерального, а затем парентерального питания с переходом на полноценное клиническое питание и далее – на нормальное питание или здоровую диету. Это непросто, потому что в стране насчитывается всего 450 диетологов, сообщила спикер. Адекватная нутритивная поддержка как неотъемлемый компонент лечебного процесса приводит к сокращению частоты повторных госпитализаций, инфекционных осложнений и смертности, а также повышению качества жизни, что и закреплено в Клинических рекомендациях (КР) по транзиторным ишемическим атакам и ишемическому инсульту [4].

## НОРМАТИВНАЯ БАЗА

С докладом «Организация нутритивной поддержки пациентов с инсультом: нормативная база и практические решения» выступила кандидат медицинских наук Светлана Евгеньевна Чуприна, главный внештатный специалист по неврологии и медицинской реабилитации Минздрава России по Центральному федеральному округу, главный внештатный специалист-невролог департамента здравоохранения Воронежской области. Спикер напомнила о многочисленных осложнениях инсульта (со стороны сердца, легких, желудочно-кишечного тракта, обмена веществ, мочевыводящей системы и т. д.), что требует привлечения мультидисциплинарной реабилитационной команды, состав которой в прошлом году существенно расширился.

В соответствии с Приказом Минздрава России от 02.05.2023 № 205н «Об утверждении номенклатуры должностей медицинских работников» [5] были введены новые должности специалистов с высшим немедицинским образованием: медицинские психолог и логопед, специалист по физической реабилитации (кинезиоспециалист) и по эргореабилитации (эргоспециалист). Данные специальности предполагают 506 часов дополнительного обучения.

История болезни пациента с ОНМК должна содержать протокол диагностики и нутритивной поддержки, который ведет реаниматолог или невролог. Согласно КР «Реабилитация в отделении реанимации и интенсивной терапии (Реабит)» [6] профилактика нутритивного дефицита и постинтубационной дисфагии в качестве первого шага требует анализа нутритивного статуса с применением шкалы скрининга нутритивного риска (Nutrition Risk Screening, NRS, 2002 г.) как обязательного элемента планирования индивидуальной программы ранней реабилитации. В качестве нормативных актов используются также КР по лечению ишемического инсульта и транзиторной ишемической атаки [4] и Российские КР по проведению нутритивной поддержки у больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения [7].

Согласно КР Реабит [6] и Национальному руководству «Парентеральное и энтеральное питание» [8], взрослым пациентам с первых суток госпитализации в ОРИТ рекомендуется прогрессивное увеличение суточного содержания белка и калорий в энтеральных смесях до расчетно-целевых значений. В 1-4 сутки пребывания пациента в блоке интенсивной терапии энергетическую нагрузку наращивают до показателей базального обмена веществ не более чем на 25% в день, а с пятых суток – из расчета 25 ккал/кг в день (белок – не менее 1,3 г/кг). В палате ранней реабилитации пациент должен получать 30 ккал/кг и не менее 1,5-2 г/кг белка

в сутки. На втором и третьем этапах МР суточная потребность в энергии составляет 35 ккал/кг, в белке – 2-2,5 г/кг.

Спикер напомнила коллегам определение дисфагии – это нарушения акта глотания, при котором в любой его фазе возникают трудности или дискомфорт. Дисфагия бывает нескольких видов:

- нейрогенная (спровоцированная ОНМК) встречается у 50% пациентов с ишемическим или геморрагическим инсультом;
- саркопеническая – ее риск возрастает до 35% у тех, кто старше 80 лет, что может стать фактором неблагоприятного исхода, если оставить проблему без внимания;
- дисфагия бездействия развивается у 70% пациентов, находившихся на ИВЛ более 48 часов, и у 80% при более длительной интубации (около 50% – с аспирацией). «К таким больным нельзя приближаться без загустителя», – предупреждает С. Е. Чуприна. Нарушения глотания также могут быть связаны с нарушениями сознания.

После определения нутритивного статуса пациентом должен заняться логопед, который оценивает функцию глотания, подбирает оптимальную консистенцию пищи больным с дисфагией и занимается восстановлением функции глотания, что предусмотрено в КР по ишемическому инсульту и транзиторной ишемической атаке. У логопеда должен быть чемоданчик с загустителем, усилителями вкуса, пищевыми красителями (для упрощения обследования рта), пульсоксиметром и всем необходимым для проведения трехглотковой пробы. С нее и начинают диагностику дисфагии, а в дальнейшем с этой целью используют продукты с разным уровнем плотности, причем на первом этапе пробы необходима максимальная степень загущения.

Чтобы улучшить глотание путем восстановления двигательных навыков с возможностью вертикализации и мобилизации, пациентом занимаются другие специалисты мультидисциплинарной реабилитационной команды (в том числе кинезио- и эргоспециалист, медицинский психолог). В зависимости от степени физической активности увеличивается калорийность рациона пациента: при выполнении гимнастики для суставов у больных без спастики – на 25,9%, со спастикой – на 36,5%, в кресле с фиксацией спины – на 34,2%, с опущенными ногами без фиксации спины – 27,9% [8]. При переводе больного с зондового питания на обычное (что обычно осуществляют как можно раньше, в среднем на 3-й неделе от начала заболевания) необходимо посадить его со спущенными ногами (в положении с поднятым головным концом проглотить пищу сложно). После каждого глотка нужно проверять отсутствие остатков пищи за щеками. «Разглатывать» больного следует вкусными продуктами, ни в коем случае не детским питанием, используя усилители вкуса или что-то из любимых блюд пациента.

## МЕЖДУНАРОДНАЯ ПРАКТИКА

О международной практике оказания нутритивной поддержки пациентам с инсультом на всех этапах реабилитации рассказал Наиль Мансурович Егофаров, директор отдела по научно-медицинской работе и доступу продуктов на рынок компании «Nutricia СНГ». Докладчик сделал акцент на питании постинсультных пациентов на амбулаторном этапе, поскольку в стационарах есть соответствующие специалисты и накоплен опыт применения специальных продуктов, чего практически не наблюдается на поликлиническом уровне. Важно, чтобы врач, который будет вести больного амбулаторно, уделял внимание его нутритивному статусу с целью улучшения возможностей МР.

Армия пациентов с ОНМК огромна – ежегодно в мире фиксируется 12 млн инсультов, а в нашей стране эта цифра составляет примерно 450 тысяч [9]. Основные осложнения, сопровождающие пациентов с инсультом, это, как уже говорилось ранее, дисфагия, недоедание, снижение мышечной массы и пролежни как крайняя степень проявления саркопении. Нарушения глотания возглавляют данный ряд, потому что 72% больных сталкиваются с ними в остром периоде инсульта. Тогда же развивается и недоедание: из-за несоответствия затрат энергии и белка тому, что реально получают пациенты, они могут терять в ОРИТ до 1 кг массы тела в сутки [8]. Преобладание катабо-

лизма в первые дни после инсульта приводит к распаду белка, дисфагия – к недоеданию, а оно в свою очередь – к саркопении: как следствие, до 21% таких больных страдают пролежнями. Проблема НП не исчезает и после выписки домой, вот почему так важно на амбулаторном этапе оценивать и корректировать нутритивный статус пациента.

В отличие от России в Международных рекомендациях по выявлению риска НП [8] есть шкала масс, которая не слишком отличается от NRS-2002, использующейся в нашей стране. Важно, чтобы врач имел возможность оценить нутритивный статус, а также функцию глотания с помощью трехглотковой пробы, без проведения которой пациента нельзя не только кормить, но и поить или давать ему лекарства перорально. А ведь дисфагии подвержены до 78% перенесших инсульт, причем в остром периоде НМК ее распространенность доходит до 81%. Но и через полгода после инсульта явления дисфагии сохраняются практически у каждого второго пациента, отсюда и аспирационные пневмонии, возникающие после выписки из стационара и приводящие к повторным госпитализациям, что увеличивает летальность. Правда, такие больные попадают не в отделение неврологии, а в терапию, но сути это не меняет. Именно поэтому пациентам после инсульта необходим контроль на амбулаторном этапе, в том числе с привлечением логопедов, неврологов и терапевтов, которые смогут оценить нутритивный статус.

Распространенность дисфагии после ОНМК варьирует в зависимости от метода оценки, обнаруживаясь у 37–45% пациентов при прикроватном скрининге с помощью трехглотковой пробы, у 51–55% – при применении специальных методик с использованием жидкостей различных консистенций, у 64–78% – при инструментальной диагностике [8]. Врачу может показаться, что у пациента нет расстройств глотания, хотя они обнаружились бы при применении более точной современной диагностической методики. Нераспознанная вовремя дисфагия безусловно негативно влияет на безопасность, эффективность и физиологию глотания и может иметь многочисленные последствия, от которых зависит не только качество жизни пациента, но и дальнейший прогноз и летальность. 52% больных с дисфагией страдают от аспирации. У таких пациентов в 11 раз чаще развивается аспирационная пневмония и в 3 раза выше угроза летальности [10].

Вопросу, что происходит, если пациенты с явлениями дисфагии выписываются домой, было посвящено международное исследование, в котором оценивались две группы больных. В первую группу вошли 36 пациентов с подострым инсультом и дисфагией, а во вторую – 49 больных без нее. По результатам тестирования 65% участников с постинсультной дисфагией имели НП по сравнению с 45% в группе без расстройств глотания [10].

Для удобства выявления таких больных на амбулаторном уровне не была создана удобная международная шкала экспресс-оценки питания – краткая форма (Mini Nutrition Assesment – Short Form, MNA – SF), позволяющая врачу без анализа весоростовых показателей с помощью удобных блоков получить представление о нутритивном статусе пациента [11]. Это можно сделать даже в телефонном разговоре с родственниками больного. Баллы суммируют: при оценке от 0 до 7 налицо недоедание, требующее коррекции, а при 8–11 баллах существует риск развития НП.

Дисфагия и недоедание в 3–4 раза повышают вероятность развития саркопении, что приводит к различным осложнениям, в том числе и к пролежням. Нельзя недооценивать и экономическое бремя постинсультной дисфагии. При отсутствии контроля за ней и нутритивной поддержки в остром периоде инсульта и подострой фазе у одного пациента приходится до 12 тыс. евро дополнительных затрат [8]. Существуют международные рекомендации как Европейского общества клинического питания, так и Европейской организации по борьбе с инсультом и расстройствами глотания, в которых изложены принципы управления питанием. В них сказано, что зондовое питание показано больному при невозможности глотания, а при постинсультной дисфагии необходимо использовать загустители и сипинги при оральном приеме в качестве дополнительного источника пита-

ния. Диету следует назначать при участии логопеда. Обязателен контроль за потреблением жидкости.

Для постинсультных пациентов, которые не могут глотать, компания Nutricia предлагает продукты зондового питания, а для способных это делать – сипинги. На всех этапах ведения пациентов с инсультом, как в остром периоде, так и на подострой и хронической стадиях, на каждую проблему с питанием, возникающую у больного, у компании Nutricia есть решение в виде соответствующего продукта, что очень удобно и для врача, и для пациента. Новые возможности для тяжелых пациентов с долгим периодом реабилитации дома и их близких открывает недавно созданный компанией сервис «Забота дома», который помогает получать бесплатные консультации нутрициологов по всей стране для пациентов с инсультом и онкологическими заболеваниями, которые не могут принимать пищу самостоятельно. Это также полезный инструмент для врача, которому помогут оценить нутритивный статус пациента коллеги на горячей линии, а также проконсультируют по поводу нюансов ухода за стомой и гастростомой.

Компания Nutricia, отмечающая в этом году тридцатилетие на рынке России, уделяет большое внимание развитию своего продуктового портфеля, занимаясь разработкой инновационных продуктов для детей и взрослых. Особое внимание уделяется линейке для пациентов с инсультом, дисфагией, нарушениями функции желудочно-кишечного тракта, а также восстанавливающихся после тяжелой болезни и с особыми потребностями: в любой ситуации найдется необходимое решение. Компания исходит из того, что право на адекватную нутритивную поддержку является фундаментальным принципом защиты человеческого достоинства и неприкосновенности. **ЛВ**

#### Литература/References

1. [https://kidsrehab.online/docs/организация\\_трехэтапной\\_системы.docx](https://kidsrehab.online/docs/организация_трехэтапной_системы.docx).
2. [https://cr.minszdrav.gov.ru/schema/615\\_2](https://cr.minszdrav.gov.ru/schema/615_2).
3. Шкала реабилитационной маршрутизации: <https://chocmp.ru/wp-content/uploads/2021/07/SHRM.pdf>. Rehabilitation Routing Scale: <https://chocmp.ru/wp-content/uploads/2021/07/SHRM.pdf>.
4. Клинические рекомендации «Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака у взрослых – 2023»: <https://webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/kr171.pdf>. Clinical Guidelines "Ischemic Stroke and Transient Ischemic Attack in Adults – 2023": <https://webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/kr171.pdf>.
5. Приказ Минздрава России от 02.05.2023 № 205н «Об утверждении номенклатуры должностей медицинских работников»: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=464264>. Order of the Ministry of Health of Russia from 02.05.2023 № 205n "On Approval of the Nomenclature of Positions of Health Care Workers": <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=464264>.
6. Методические рекомендации Союза реабилитологов России и Федерации анестезиологов и реаниматологов «Реабилитация в отделении реанимации и интенсивной терапии (РеабИТ)»: [https://old.volgm.ru/uploads/files/2017-9/73006-reabilitaciya\\_v\\_intensivnoj\\_terapii\\_2015.pdf](https://old.volgm.ru/uploads/files/2017-9/73006-reabilitaciya_v_intensivnoj_terapii_2015.pdf). Methodological recommendations of the Union of Rehabilitation Therapists of Russia and the Federation of Anesthesiologists and Resuscitators "Rehabilitation in the intensive care unit": [https://old.volgm.ru/uploads/files/2017-9/73006-reabilitaciya\\_v\\_intensivnoj\\_terapii\\_2015.pdf](https://old.volgm.ru/uploads/files/2017-9/73006-reabilitaciya_v_intensivnoj_terapii_2015.pdf).
7. Российские клинические рекомендации по проведению нутритивной поддержки у больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения: <https://rehabrus.ru/klinicheskie-rekomendacii.html>. Russian clinical recommendations on nutritional support in patients with acute cerebral circulatory disorders: <https://rehabrus.ru/klinicheskie-rekomendacii.html>.
8. Петриков С. С., Хубутия М. Ш., Попова Т. С. Парентеральное и энтеральное питание. Национальное руководство. М.: Гоэтар Медиа, 2023. 1168 с. Petrikov S. S., Khubutiya M. Sh., Popova T. S. Parenteral and enteral nutrition. A national guideline. Geotar Media, 2023: 1168. (In Russ.)
9. <https://healtheconomics.ru/news/item/sotsialno-ekonomicheskoe-bremya-insulta-mozhno-snizit-na-80>.
10. <https://journals.eco-vector.com/2658-4433/article/view/11190>.
11. <https://www.mna-elderly.com/sites/default/files/2021-10/mna-guide-english-sf.pdf>.

#### Сведения об авторе:

Ковалёва Ирина Владимировна, врач-невролог, научный редактор журнала «Лечащий Врач», 123056, Россия, Москва, а/я 82; kovalyova\_iv@mail.ru

**Information about the author:**

Irina V. Kovaleva, neurologist, science editor of the journal of The Lechaschy Vrach Journal; a/z 82, Moscow, 123056, Russia; kovalyova\_iv@mail.ru

Поступила/Received 21.02.2024

Поступила после рецензирования/Revised 29.02.2024

Принята в печать/Accepted 01.03.2024