

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

УДК 616-08-039.11:616-008.1

Беляев А.Ф.^{1,3}, Лебедев С.В.², Шестопалов Е.Ю.², Овчинникова И.В.², Фадеева А.С.², Палёха А.С.², Кисель Л.И.², Гавриленко О.Ю.², Сологуб Н.В.², Лунин А.А.²

¹ГБОУ ВПО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Минздрава, г. Владивосток, Российская федерация

²КГБУЗ Владивостокская клиническая больница № 1, г. Владивосток, Российская федерация

³Приморский Институт вертебральной неврологии и мануальной медицины, г. Владивосток, Российская федерация

MULTIDISCIPLINARY APPROACH TO EARLY REHABILITATION OF PATIENTS WITH ACUTE DISORDERS OF CEREBRAL CIRCULATION

Belyaev AF^{1,3}, Lebedev SV², Shestopalov E. Yu², Ovchinnikova IV², Fadeeva AS², Palyokha AS², Kisel' LI², Gavrilenko O.Yu², Sologub NV², Lunin AA²

¹Pacific State Medical University, Vladivostok, Russian Federation

²Regional Urban Budget Health Care Facility Vladivostok Clinical Hospital № 1, Vladivostok, Russian Federation

³Primorsky Institute of vertebral neurology and manual medicine, Vladivostok, Russian Federation

Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) остается одной из наиболее частых причин инвалидизации и смертности населения. В Приморском крае ежегодно заболевают не менее 5 тысячи человек, из них около 60 % становятся инвалидами. Это наносит экономике края значительный материальный ущерб, резко снижает качество жизни пациентов и их семей.

К приоритетным направлениям развития здравоохранения в Российской Федерации относится система медицинской реабилитации [1]. Благодаря накопленным данным нейронаук на рубеже веков наиболее перспективным и актуальным направлением в медицине считается нейрореабилитация [2]. На сегодняшний день достоверно известно, что наиболее раннее начало реабилитационного процесса приводит к заметно лучшему восстановлению утраченных функций. По данным Д. Р. Хасановой в специализированных реабилитационных стационарах возможно снизить инвалидность более, чем на 30 % [3]. Огромное значение в этом имеет заложенный принцип пациент-ориентированного и мультидисциплинарного подхода [4].

Развитие целого комплекса специфических лечебно-диагностических стратегий позволяет значительно снизить показатели госпитальной летальности [5,6]. При этом отмечается увеличение пациентов с выраженным двигательным и когнитивным дефицитом. Для того чтобы сохранилась тенденция на снижение летальности и не возрастало количество людей с исходом в хроническую тяжелую степень инвалидности предложена стра-

тегия защиты пациента от синдрома «после интенсивной терапии» [7,8,9].

Активный процесс мультимодального взаимодействия и кооперации целого ряда специалистов на раннем реанимационном этапе позволяют комплексно оценить реабилитационный потенциал больного и качественно спрогнозировать дальнейшее восстановление центральной нервной системы после острого ее повреждения. При оптимальной клинической ситуации специалистами в совещательном режиме формулируется индивидуальная реабилитационная программа для больного реанимационного профиля. Наиболее сложным в реанимационном отделении является процесс интеграции и взаимодействия между клиническим психологом, специалистами лечебной физкультуры, логопедом [10]. Также к трудностям внедрения системы ранней реабилитации относят и дополнительно возложенные обязанности на медицинских сестер соответствующего отделения [11].

Сложность процесса нейроинтенсивной терапии после инсульта, недостаточная его эффективность и низкий реабилитационный потенциал, привели к необходимости поиска новых подходов к организации медицинской реабилитации больных с ОНМК и использования различных интегральных шкал для объективной оценки статуса пациента и его корректного динамического контроля [4].

Для решения этих задач на территории Приморского края в 2015 году началась реализация пилотного проекта

«Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации» в соответствии с Государственной программой развития здравоохранения до 2020 г. [12]. Пилотный проект на раннем этапе реабилитации предполагал решение следующих задач: организацию эффективной мультидисциплинарной бригады (МДБ), комплексный пациент-ориентированный подход, адекватность реабилитационных мероприятий, ранняя активизация больных и предупреждение развития патологических состояний и осложнений, стабилизация вегетативных показателей и коррекция циркадных ритмов, ранняя мобилизация, вертикализация, повышение толерантности к физическим нагрузкам [13].

Исходя из этого, целью нашей работы явилась оценка эффективности «новой» модели организации ранней реабилитации по сравнению с прежней моделью у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения в условиях ОРИТ ПСО.

Материалы и методы. Нами были проанализированы 940 случаев лечения больных с острым нарушением мозгового кровообращения, поступивших в ОРИТ ПСО КГБУЗ «Владивостокская клиническая больница № 1» в 2015-2016 годах. Группы были распределены следующим образом: первая группа – 484 пациента, проходивших лечение в июне – декабре 2015 г., вторая группа – 456 человек, наблюдавшихся в соответствующий период 2016 г. Достоверных различий по полу, возрасту, типу инсультов и других показателей в группах не было. Средний возраст пациентов в первой группе был $65,9 \pm 0,46$ лет, из них 227 (46,91 %) мужчин и 257 (53,10 %) женщин. Во второй группе было 224 (49,02 %) мужчины и 232 (51,10 %) женщины в возрасте $66,6 \pm 0,45$ лет. Значимого отличия по типам инсультов в наблюдаемых группах не отмечалось. Так в первой группе ишемический инсульт в бассейне левой средне-мозговой артерии (ИИ ЛСМА) встречался у 149 (30,79 %) больных, ишемический инсульт в бассейне правой средне-мозговой артерии (ИИ РСМА) у 155 (32,02 %) пациентов, ишемический инсульт в вертебробазилярном бассейне (ИИ ВББ) выставлен 140 (28,93 %) больных, а геморрагический инсульт (ГИ) был у 40 (8,26 %) пациентов. Во второй группе ИИ ЛСМА встречался у 174 (38,16 %) больных, ИИ РСМА у 144 (31,58 %) пациентам, ИИ ВББ был у 107 (23,46 %) больных, а ГИ страдали 31 (6,80 %) пациент (рис. 1).

Обе группы были сопоставимы между собой по неврологическому дефициту и по уровню сознания, которые оценивали по шкале NIHSS и шкале Глазго (GCS) соответственно. В первой группе пациентов средний балл по шкале NIHSS был равен $8,1 \pm 0,1$, по шкале GCS – $13,9 \pm 0,1$. Во второй группе пациентов показатель шкалы NIHSS был равен $7,4 \pm 0,1$ баллов, шкалы GCS – $13,9 \pm 0,1$ балла.

Для решения поставленных задач, формирования эффективной мультидисциплинарной бригады прежде всего требовалось обучить специалистов. В рамках Пилотного проекта врачи мультидисциплинарной бригады прошли обучение по дополнительной профессиональной программе непрерывного медицинского образования повышения квалификации врачей со сроком освоения 450 академических часов «Физическая и реабилитационная медицина». Инструкторы-методисты лечебной физкультуры и клинические психологи прошли обучение на базе РНИМУ им. Н. И. Пирогова. Все специалисты МДБ прошли обучение в Клинико-образовательном комплексе STROKE, проведенном в г. Владивостоке и на цикле «Компетенции членов реабилитационной команды в процессе ранней и реанимационной реабилитации пациентов с острой церебральной недостаточностью» в клинике Института Мозга в гор. Березовский Свердловской области. Также специалисты МДБ проходили обучение на циклах повышения квалификации «Реабилитация больных с нарушением мозгового кровообращения» в Тихоокеанском государственном медицинском университете. КГБУЗ «Владивостокская клиническая больница № 1» является клинической базой для обучения специалистов.

Для ранней реабилитации пациентов стали применять комплексный пациент-ориентированный подход, мероприятия для предупреждения развития патологических состояний и осложнений, стабилизацию вегетативных показателей, раннюю мобилизацию и активизацию больных, вертикализацию и коррекцию циркадных ритмов.

Всем пациентам в отсутствие абсолютных противопоказаний согласно клиническим рекомендациям проводили процедуры вертикализации [14]. Специалисты по лечебной физкультуре более 80 % пациентам проводили активно-пассивную гимнастику и осуществляли активно-пассивную мобилизацию. Решение задачи по восстановлению и формированию циркадных рит-

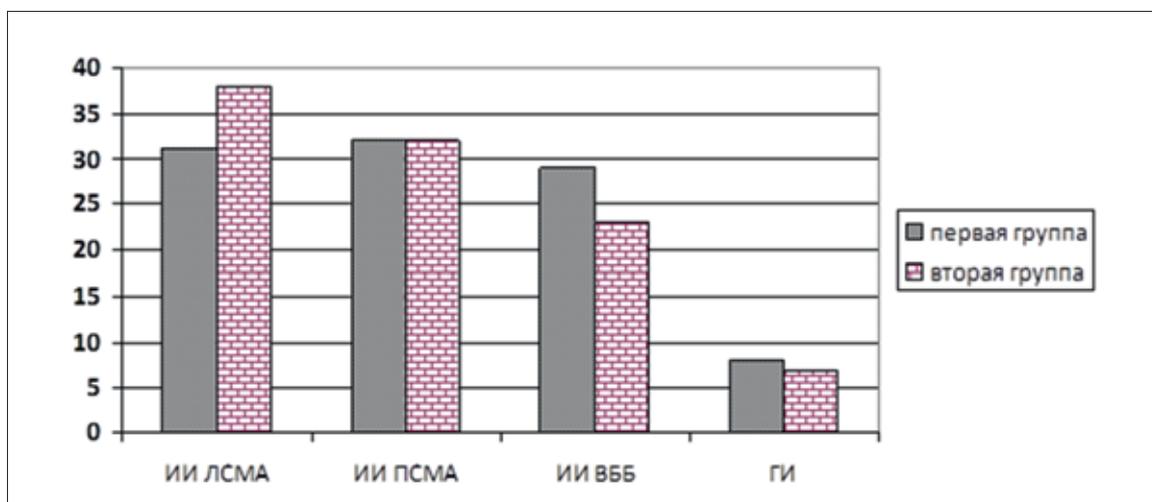


Рис. 1. Распределение пациентов по типам локализации инсульта

Таблица 1. Динамика показателей восстановления функционального исхода у больных с острым инсультом.

Показатель шкалы Рэнкина	При поступлении	При переводе	Изменение
Первая группа (второе полугодие 2015 г.)	3,18±0,05	3,11±0,07	p>0,05
Вторая группа (второе полугодие 2016 г.)	2,83±0,09	2,56±0,09	p<0,05
Вторая группа (от 3 до 5 баллов)	3,72±0,05	3,29±0,07	p<0,05

мов осуществлялось следующим образом, во-первых, после 22 часов и до 5 часов утра в палате ОРИТ приглушали яркий свет, если это было невозможно, то использовали специальную маску для сна и защиты от яркого света. Во-вторых, для соблюдения охранительного режима и защиты от звуковых раздражителей использовали беруши. При необходимости проводили фармакологическую коррекцию сна. Основная программа активной части ранней реабилитации осуществлялась в утренние и дневные часы.

Совместно с клиническим психологом медицинский персонал ОРИТ участвовал в когнитивно-эмоциональной адаптации пациентов. С 2016 года основные силы логопеда в реанимационном отделении были направлены на работу с пациентами, страдающими дисфагией. Тестирование нарушений глотания проводилось всем пациентам в ОРИТ, после скрининга теста трех глотков (применялся в 100% случаев) логопед оценивал функцию глотания и анализировал ее по шкале MASA. Изначально более чем у 60 % пациентов в ОРИТ отмечали разную степень дисфагии, что подтверждается данными международных исследований [15,16]. Реабилитационные техники для больных в остром периоде инсульта проводились в тесном контакте с реаниматологом. В том числе активно применяли восстановительные процедуры по «разглатыванию» трахеостомированных больных. Совместно с реаниматологом, логопедом и медицинской сестрой проводили приемы дыхательной гимнастики, использовали фонетические приемы при частично сдутой манжетке или фонационном клапане.

Для комплексной оценки функционального исхода (реабилитационного потенциала) использовали модифицированную шкалу Рэнкина (mRS). По полученным данным проводили анализ степени изменения функций у пациентов на момент поступления в ОРИТ и при переводе в отделение неврологии (ранней реабилитации) для больных с инсультами.

Данные подвергались статистической обработке с использованием стандартизованных функций программ Excel и Statistica 6.0. Достоверность различий средних величин определяли с помощью параметрического анализа (сравнение совокупностей по количественным признакам). Вычисляли среднюю, обозначали M, и среднюю ошибку средней арифметической (или ошибку репрезентативности), обозначали m. В тексте обозначали M±m. Использовали t-критерий Стьюдента. Различия считались статистически достоверными при p < 0,05.

Результаты исследования и обсуждение. В первой группе вертикализацию прошли 328 пациентов, что составило 67,77 % от всех пациентов. Во второй группе ранняя вертикализация была у 441 пациента, что составило 96,71 %. Таким образом, количество пациентов,

прошедших раннюю вертикализацию в 2016 году возросло на 29,94 %.

Основными и достижимыми задачами на данном этапе развития ОРИТ была определена борьба с bed-rest синдромом и улучшение качества технологии вертикализации, а также выявление и коррекция дисфагий у больных с различными типами ОНМК. Определение основных проблем коммуникации в системе «медицинский работник – пациент» на раннем этапе заболевания позволило индивидуально подходить к вопросу коррекции когнитивно-эмоционального дисбаланса.

Показатели интегральной шкалы Рэнкина, изменяющиеся в процессе ранней реабилитации, мы рассматривали как показатели реабилитационного потенциала. В первой группе от момента поступления и до перевода в неврологическое отделение прослеживалась тенденция к снижению данного показателя с 3,18±0,05 до 3,11±0,07 баллов (p>0,05) (таб. 1).

Во второй группе, где применялся новый подход к ранней реабилитации, значение показателей mRS в динамике достоверно улучшилось и составило 2,83±0,09 баллов от момента поступления и 2,56±0,09 баллов до момента перевода пациентов (p<0,05). Во второй группе положительные изменения отмечались не только у пациентов с относительно легким функциональным дефицитом, но и в группе с более тяжелым (с баллами от 3 до 5). Таких пациентов во второй группе было 328 (71,9%) и показатели шкалы Рэнкина у них достоверно снизились с 3,72±0,05 балла до 3,29±0,07 (p<0,05). При этом в первой группе у больных с тяжелым функциональным дефицитом значимых отличий в динамике не отмечалось (p>0,05).

Заключение.

Применение «новой» модели организации ранней реабилитации в ОРИТ ПСО, следование всеми членами мультидисциплинарной бригадой своим компетенциям, обучение персонала, включение в реабилитационный процесс различных специалистов, составление индивидуальных реабилитационных программ, активное участие в реабилитации самого больного, его близких и родных, ранняя активизация больных, предупреждение развития патологических состояний и осложнений, связанных с гипокинезией, восстановление активных движений, лечение положением, пассивные упражнения, избирательный массаж, стабилизация вегетативных показателей, коррекция циркадных ритмов, диагностика и коррекция нарушений глотания, ранняя мобилизация, вертикализация, повышение толерантности к физическим нагрузкам, привело к получению положительных результатов.

Ведущим интегральным показателем здесь является повышение уровня реабилитационного потен-

циала, определяемого по шкале Рэнкина. Это позволяет на дальнейших этапах реабилитации полнее и быстрее использовать функциональные возможности организма к восстановлению нарушенных в результате болезни функций, снизить риск повторных инсультов, уменьшить степень инвалидизации пациентов и тем самым решить ряд не только

медико-психологических, но и социально-экономических проблем.

Для достижения максимальной реализации реабилитационного потенциала пациентов после перенесенного ОНМК необходимо применение мультидисциплинарного подхода на всех этапах медицинской реабилитации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Буйлова Т.В. Возможные модели развития реабилитации в субъектах Российской Федерации. Вестник восстановительной медицины 2015. 4: 2–8
2. Сидякина И.В., Шаповаленко Т.В., Лядов К.В. Механизмы нейропластичности и реабилитация в остром периоде инсульта. Анналы неврологии 2013. 7 (1): 52–56
3. Хасанова Д.Р., Житкова Ю.В., Табиев И.И. Комплексная реабилитация пациентов с постинсультными синдромами. Медицинский совет 2016. 8: 18–23
4. Реабилитация в интенсивной терапии. Клинические рекомендации. Комитет экспертов Федерации анестезиологов-реаниматологов РФ. Объединение нейроанестезиологов и нейрореаниматологов. Союз реабилитологов России 2015. 56
5. Пирадов М. А., Мороз В.В. Пути развития современной реаниматологии. Вестник РАМН 2012. 9: 27–30
6. Попугаев К.А., Савин И.А., Ошоров А.В. Новые аспекты реаниматологии в неврологии и нейрохирургии. Общая реаниматология 2014. 10(6): 55–64
7. Hopkins R.O., Mitchell L., Thomsen G.E., Schafer M., Link M., Brown S.M. Implementing a Mobility Program to Minimize Post-Intensive Care Syndrome. AACN Adv Crit Care 2016. 27(2): 187 – 203
8. Белкин А.А., Алашеев А.М., Левит А.Л., Халин А.В. Обоснование реабилитационной реабилитации в профилактике и лечении синдрома “после интенсивной терапии” (ПИТ-синдром). Вестник восстановительной медицины 2014. 1: 37–43
9. Суворов А.Ю., Иванова Г.Е., Белкин А.А., Стаховская Л.В. Вертикализация пациента с риском возникновения пит-синдрома. Вестник восстановительной медицины 2015. 4: 37–39
10. Белкин А.А. Теория и практика реабилитации больных в отделении реанимации и интенсивной терапии. Невроньюс 2015. 1: 5 – 7
11. Егорова О.Ю., Суворов А.Ю. Особенности работы медицинской сестры в мультидисциплинарной бригаде при лечении пациентов с инсультом. Consilium Medicum. Неврология и ревматология 2016. 1: 93 – 94
12. Иванова Г.Е., Белкин А.А., Беляев А. Ф., Бодрова Р.А., Буйлова Т.В., Мельникова Е.В., Мишина И.Е., Прокопенко С.В., Сарана А.М., Стаховская Л.В., Суворов А.Ю., Хасанова Д.Р., Цыкунов М.Б., Шмонин А.А., Шамалов Н.А. Пилотный проект «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации». Общие принципы и протокол. Вестник Ивановской медицинской академии 2016. 21(1): 6-14
13. Иванова Г.Е., Белкин А.А., Беляев А.Ф., Бодрова Р.А., Мельникова Е.В., Прокопенко С.В., Стаховская Л.В., Суворов А.Ю., Хасанова Д.Р., Шмонин А.А., Шамалов Н.А. Пилотный проект «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации». Система контроля и мониторинга эффективности медицинской реабилитации при острых нарушениях мозгового кровообращения. Вестник Ивановской медицинской академии 2016. 21(1): 19-22
14. Вертикализация пациентов в процессе реабилитации. Клинические рекомендации. Общероссийская общественная организация содействия развитию медицинской реабилитации «Союз реабилитологов России». М.: 2014. 58
15. Baroni A.F., Fabio S.R., Dantas R.O. Risk factor for swallowing dysfunction in stroke patients. Arq. Gastroenterol 2012. 49(2): 118 – 124
16. Suntrup S., Warnecke T., Kemmling A., Teismann I.K., Hamacher C. Dysphagia in patients with acute striatocapsular hemorrhage. J. Neurol 2012. 259(1): 93 – 99.

REFERENCES:

1. Bujlova T.V. Vozmozhnye modeli razvitiya reabilitacii v subekтах Rossijskoj Federacii [Possible models for the development of rehabilitation in the constituent entities of the Russian Federation]. Vestnik vosstanovitel'noj mediciny 2015.4: 2–8
2. Sidjakina I.V., Shapovalenko T.V., Ljadov K.V. Mehanizmy nejroplastichnosti i reabilitacija v ostrejšem periode insul'ta [Mechanisms of neuroplasticity and acutest rehabilitation of stroke]. Annaly neurologii 2013. 7(1): 52–56
3. Hasanova D.R., Zhitkova Ju.V., Tabiev I.I. Kompleksnaja reabilitacija pacientov s postinsul'tnymi sindromami [Complex rehabilitation of patients with postinsultny syndromes]. Medicinskij sovet 2016. 8: 18-23
4. Reabilitacija v intensivnoj terapii. Klinicheskie rekomendacii [Rehabilitation in intensive therapy]. Clinical recommendations. Komitet jekspertov Federacii anesteziologov-reanimatologov RF. Obiedinenie nejroanesteziologov i nejroreanimatologov. Sojuz reabilitologov Rossii 2015. 56
5. Piradov M. A., Moroz V.V. Puti razvitiya sovremennoj reanimatologii [Ways of development of modern resuscitation]. Vestnik RAMN 2012. 9: 27–30
6. Popugaev K.A., Savin I.A., Oshorov A.V. Novye aspekty reanimatologii v neurologii i nejrohirurgii [New aspects of reanimotologia in neurology and neurosurgery]. Obshhaja reanimatologija 2014. 10(6): 55–64
7. Hopkins R.O., Mitchell L., Thomsen G.E., Schafer M., Link M., Brown S.M. Implementing a Mobility Program to Minimize Post-Intensive Care Syndrome. AACN Adv Crit Care 2016. 27(2): 187 – 203.
8. Belkin A.A., Alasheev A.M., Levit A.L., Halin A.V. Obosnovanie reanimacionnoj reabilitacii v profilaktike i lechenii sindroma “posle intensivnoj terapii” (PIT-sindrom) [Justification of reanimation aftertreatment in prophylaxis and treatment of a syndrome «after an intensive care» (PIT-syndrome)]. Vestnik vosstanovitel'noj mediciny 2014. 1: 37–43
9. Suvorov A.Ju. Ivanova G.E., Belkin A.A., Stahovskaja L.V. Vertikalizacija pacienta s riskom voznikovenija pit-sindroma [Verticalization of the patient with risk of emergence of pit- syndromes]. Vestnik vosstanovitel'noj mediciny 2015.4: 37–39
10. Belkin A.A. Teorija i praktika reabilitacii bol'nyh v otdelenii reanimacii i intensivnoj terapii [The theory and practice of aftertreatment of patients in intensive care unit and an intensive care]. Nevron'jus 2015. 1: 5 – 7
11. Egorova O.Ju., Suvorov A.Ju. Osobennosti raboty medicinskoj sestry v mul'tidisciplinarnoj brigade pri lechenii pacientov s insul'tom [Features of work of the nurse in multidisciplinary team at treatment of patients with a stroke]. Consilium Medicum. Nevrologija i revmatologija 2016. 1: 93 – 94
12. Ivanova G.E., Belkin A.A., Beljaev A. F., Bodrova R.A., Bujlova T.V., Mel'nikova E.V., Mishina I.E., Prokopenko S.V., Sarana A.M., Stahovskaja L.V., Suvorov A.Ju., Hasanova D.R., Cykunov M.B., Shmonin A.A., Shamalov N.A. Pilotnyj proekt «Razvitie sistemy medicinskoj reabilitacii v Rossijskoj Federacii». Obshhie principy i protocol [Pilot project «Development of System of Medical Aftertreatment in the Russian Federation». General principles and protocol]. Vestnik Ivanovskoj medicinskoj akademii 2016. 21(1): 6-14
13. Ivanova G.E., Belkin A.A., Beljaev A.F., Bodrova R.A., Mel'nikova E.V., Prokopenko S.V., Stahovskaja L.V., Suvorov A.Ju., Hasanova D.R., Shmonin A.A., Shamalov N.A. Pilotnyj proekt «Razvitie sistemy medicinskoj reabilitacii v Rossijskoj Federacii». Sistema kontrolja i monitorirovanija jeffektivnosti medicinskoj reabilitacii pri ostryh narushenijah mozgovogo krovoobrashhenija [Pilot project «Development of System of Medical Aftertreatment in the Russian Federation». The control system and monitorings of efficiency of medical aftertreatment at acute disorders of a cerebral circulation]. Vestnik Ivanovskoj medicinskoj akademii 2016. 21(1): 19-22
14. Vertikalizacija pacientov v processe reabilitacii. Klinicheskie rekomendacii [Verticalization of patients in the course of aftertreatment. Clinical references]. Obshherossijskaja obshhestvennaja organizacija sodejstvija razvitiu medicinskoj reabilitologii «Sojuz reabilitologov Rossii». M.: 2014. 58
15. Baroni A.F., Fabio S.R., Dantas R.O. Risk factor for swallowing dysfunction in stroke patients. Arq. Gastroenterol 2012. 49(2): 118 – 124
16. Suntrup S., Warnecke T., Kemmling A., Teismann I.K., Hamacher C. Dysphagia in patients with acute striatocapsular hemorrhage. J. Neurol 2012. 259(1): 93 – 99

РЕЗЮМЕ

Ранняя реабилитация пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) является одной из важных задач мультидисциплинарной бригады в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) первичного сосудистого подразделения (ПСО). С этой целью была проведена оценка эффективности «новой» модели организации ранней реабилитации по сравнению с прежней моделью у пациентов с ОНМК. Проанализированы 940 случаев лечения больных с ОНМК, разделенные на 2 группы: 1-я – 484 пациента в возрасте $65,9 \pm 0,46$ лет, проходивших лечение в июне – декабре 2015 г.; 2-я – 456 человек в возрасте $66,6 \pm 0,45$ лет, наблюдавшихся в соответствующий период 2016 г. Оценку динамики состояния проводили по шкале Рэнкина. В 1-й группе прослеживалась тенденция к снижению данного показателя с $3,18 \pm 0,05$ до $3,11 \pm 0,07$ баллов ($p > 0,05$). Во 2-й группе в динамике произошло достоверное улучшение показателя с $2,83 \pm 0,09$ баллов до $2,56 \pm 0,09$ баллов ($p < 0,05$). В ходе комплексной реабилитационной программы во 2-й группе достоверно улучшились показатели функционального исхода больных по сравнению с 1-й группой. Применение «новой» модели организации ранней реабилитации в ОРИТ ПСО позволило повысить уровень реабилитационного потенциала, определяемого по шкале Рэнкина.

Ключевые слова: первый этап реабилитации, нейрореабилитация, мультидисциплинарная бригада, реабилитационный потенциал, вертикализация, пилотный проект.

ABSTRACT

An early rehabilitation of patients with acute cerebrovascular accident is one of important tasks of multidisciplinary team in the conditions of separation, of reanimation and intensive therapy of primary vascular separation. A research aim was an estimation of efficiency of «new» model of organization of early rehabilitation as compared to a former model for patients with acute cerebrovascular accident. Patients with acute cerebrovascular accident there were 940 cases. They were divided by 2 groups: first, are 484 patients in age $65,9 \pm 0,46$, passing treatment in June – December 2015; second are 456 persons in age $66,6 \pm 0,45$ observed in a corresponding period 2016. We watched the dynamics of the Rankine scale. In the first group a tendency was traced to the decline of this index from $3,18 \pm 0,05$ to $3,11 \pm 0,07$ points ($p > 0,05$). In the second group in a dynamics the reliable improvement of index happened from $2,83 \pm 0,09$ points to $2,56 \pm 0,09$ points ($p < 0,05$). During the complex rehabilitation program in the second group, the indexes of functional end of patients became better as compared to the first group. Application of «new» model of organization of early rehabilitation in of reanimation and intensive therapy of primary vascular separation allowed promoting the level of the rehabilitation potential.

Keywords: the first stage of rehabilitation, verticalization, neurorehabilitation, multidisciplinary team, rehabilitation potential, pilot project.

Контакты:

Беляев А.Ф. E-mail: baf32680@mail.ru