

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

ОБ ИТОГАХ РЕАЛИЗАЦИИ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА «РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» ПРИ ОКАЗАНИИ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

УДК 615.82

Николаев Н.С., Петрова Р.В., Иванов М.И., Фадеева У.Г.

ФГБУ «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» Минздрава России (г. Чебоксары)

ON THE RESULTS OF THE IMPLEMENTATION OF THE PILOT PROJECT «DEVELOPMENT OF THE SYSTEM OF MEDICAL REHABILITATION IN THE RUSSIAN FEDERATION» WHEN PROVIDING REHABILITATION ASSISTANCE AFTER HIP ARTHROPLASTY

Nikolaev N.S., Petrova R.V., Ivanov M.I., Fadeeva U.G.

Federal Center of Traumatology, Orthopedics and Endoprosthesis, Cheboksary, Russia

Введение.

С 1 сентября 2015 года в 13 субъектах Российской Федерации (Московская область, Санкт-Петербург, Ленинградская область, Нижегородская область, Свердловская область, Самарская область, Республика Татарстан, Красноярский край, Приморский край, Тверская область, Республика Чувашия, Ивановская область, Пермский край) началась реализация Пилотного проекта «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации» в соответствии с Государственной программой развития здравоохранения до 2020 года [1].

В Чувашской Республике проект реализован по самостоятельно выбранному субъектом РФ профилю оказания медицинской помощи, который участвует в Пилотном проекте, – «Травматология и ортопедия».

С целью максимальной детализации процесса организации проекта в профиле обозначены модели пациентов, максимально отражающие особенности медицинской реабилитации, – в данном случае это «Дегенеративно-дистрофические заболевания тазобедренного сустава с тотальным эндопротезированием сустава» [2, 4].

Цель пилотного проекта – продемонстрировать эффективность «новой» модели медицинской реабили-

тации по сравнению с прежней (традиционной) моделью у категории пациентов после эндопротезирования тазобедренного сустава [3].

Наличие успешного опыта организации комплексного реабилитационного процесса в ФГБУ «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» Минздрава России (г. Чебоксары) (далее – Центр) послужило хорошей базой для реализации направлений проекта.

Цель исследования.

Проанализировать объёмы оперативных вмешательств по поводу эндопротезирования тазобедренных суставов и, соответственно, востребованность реабилитационной помощи.

Дать оценку эффективности проведения комплексных реабилитационных мероприятий при тотальном эндопротезировании тазобедренного сустава в связи с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями (по итогам участия в Пилотном проекте «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации» по профилю «Травматология и ортопедия»).

Оценить эффективность реабилитации с помощью следующих показателей: летальность на каждом этапе реабилитации, количество осложнений, продолжительность реабилитационного лечения (длительность госпи-

тализации, длительность пребывания на амбулаторном этапе), степень восстановления функций, активности и участия.

Обосновать валидизацию шкал, применяемых для мониторингирования эффективности реабилитационного процесса у пациентов.

Задачи исследования.

Анализ клинических результатов участия пациентов Центра в Пилотном проекте «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации» в соответствии с Государственной программой развития здравоохранения до 2020 года.

Поиск перспектив дальнейшего внедрения итогов участия в проекте в практическую деятельность Центра.

Материал и методы.

В исследование вошли 418 пациентов, которым с 01.09.2015 года по 14.11.2016 года были выполнены оперативные вмешательства в объёме тотального эндопротезирования тазобедренного сустава в связи с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями.

Согласно критериям не включения, из исследования были исключены 18 пациентов в связи с тромбозом глубоких вен, усилением энцефалопатии и сопутствующей патологии в раннем послеоперационном периоде.

Средний возраст пациентов исследуемой группы составлял $40,9 \pm 12,1$ года, из них – 55% мужчин, 45% – женщин. Основные регионы – места проживания пациентов: Чувашская Республика – 148 (34%) пациентов, Республика Татарстан – 191 (44,4%), Нижегородская область – 86 (20%), Самарская область – 7 (1,6%).

С учётом имеющегося опыта работы Центра, на основании оценки реабилитационного потенциала пациентов, в рамках Пилотного проекта были определены 3 группы пациентов для проведения различных программ реабилитации (табл. 1).

Для повышения ответственности и мотивации пациента к самостоятельному восстановлению функций разработана «Индивидуальная карта пациента в ранний послеоперационный период после эндопротезирования крупных суставов нижних конечностей», в которой содержатся визуально-аналоговая шкала (ВАШ) в покое и при движении, шкала моторного блока (Бромейдж), перечень и описание индивидуальных ежедневных реабилитационных мероприятий (табл. 2).

В соответствии с положениями Пилотного проекта и федеральными клиническими рекомендациями «Реабилитация при эндопротезировании тазобедренного сустава» в I фазе реализации проекта члены МДБ работали по традиционной схеме, с дополнительным использованием шкал для оценки эффективности проведения реабилитационных мероприятий.

Во II фазе реализовался проблемно-ориентированный мультидисциплинарный подход с применением Международной классификации функционирования (далее – МКФ), с использованием клинических шкал для экспертизы и маршрутизации пациентов в медицинские организации для продолжения реабилитационных мероприятий.

В послеоперационном периоде в анестезиолого-реанимационном отделении (через 2-4 часа после операции) проводилось пассивное сгибание/разгибание нижних конечностей медицинским персоналом (фото 1.)



Фото 1.

Через 4–6 часов под руководством инструктора по лечебной физкультуре пациента присаживали в постели и осуществляли вертикализацию в ходунках.

В первые сутки проводилось обучение пациента самопомощи при перемещении в постели, прерывистая пневмокомпрессия нижних конечностей, вибромассаж

Таблица 1.

Наименование группы	Характеристика группы	Количество пациентов в группе	Примечание
I группа (fast track)	Наиболее физически активные, мотивированные пациенты с высоким реабилитационным потенциалом	180	Формирование индивидуальной программы специалистами МДБ*
II группа (стандартная)	Пациенты со средним реабилитационным потенциалом, со средней степенью вовлечённости	200	Формирование индивидуальной программы специалистами МДБ*
III группа (расширенная)	Пациенты пожилого возраста, имеющие низкий реабилитационный потенциал	20	Формирование индивидуальной программы специалистами МДБ*

*мультидисциплинарная бригада (далее – МДБ)

Таблица 2. Индивидуальная карта пациента в ранний послеоперационный период после эндопротезирования крупных суставов нижних конечностей

Ф.И.О. Иванов Иван Иванович

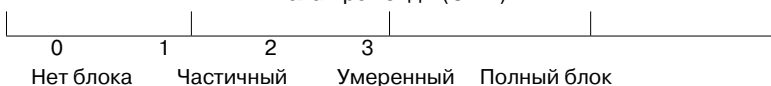
Дата операции 12.05.16 г. отд ТОО-2

ПРОЦЕДУРЫ РЕАБИЛИТАЦИИ <i>для выполнения с медицинским персоналом</i>		Дни после операции											
		День операции	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Дата		12.05	13.05	14.05	15.05	16.05	17.05	18.05	19.05				
Вибромассаж грудной клетки (по показаниям)			+	+	+								
Массаж_____			+	+	+	+	+	+	+				
Дыхательный аппарат Фролова			+	+	+								
Пневмокомпрессия нижних конечностей (по показаниям)		+	+	+									
Физиотерапия (по показаниям) ЛеМП			+	+	+	+	+	+	+				
Ходьба на костылях с инструктором по ЛФК с дозированной нагрузкой на больную ногу			+	+	+	+	+	+	+				
Пассивная механотерапия разгибание 0 Сгибание с 40° с увеличением 5- 10 ежедневно до 90°			45°	65°	75°	85°	90°	90°	90°				
Обучение ходьбе по лестнице		+											
Поворот на живот, поднимание туловища с опорой на кисти													
Дни	Шкала	08.30 – 09.30		11.30 – 12.30		15.30 – 16.30		19.30-20.30					
		П	А	П	А	П	А	П		А			
День операции	ВАШ			2	3	2	3	2		3			
	ОМБ			1	1	2	2	1		1			
1-е сутки	ВАШ	3	4	2	3	2	3	2		3			
	ОМБ	0	0	0	0	0	0	0		0			
2-е сутки	ВАШ	3	4	2	3	2	3	2		3			
	ОМБ	0	0	0	0	0	0	0		0			

Визуальная аналоговая шкала (ВАШ)



Шкала Бромейдж (ОМБ)

Результаты лечения улучшение

грудной клетки, дыхательная гимнастика, вертикализация в палате с дополнительной опорой.

На вторые сутки проводилась вертикализация в палате по 10-15 минут 2-3 раза в день, пассивная механотерапия оперированного сустава (фото 2).

На третьи-пятые сутки назначались ходьба на длинные дистанции (фото 3, 4), занятия в реабилитационном зале.

Для оценки эффективности проводимой реабилитации на начальном этапе после операции и по завершении процесса ранней послеоперационной реабилитации в нашем исследовании использовались основные оценочные шкалы двигательных функций и психологического статуса пациента при эндопротезировании тазобедренного сустава.

Модифицированная шкала Рэнкин заполнялась при поступлении в приемном отделении и при выписке в



Фото 2.



Фото 3.

отделении лечащим врачом. Шкала Харриса заполнялась при поступлении и выписке врачом-травматологом-ортопедом. Специалистами отделения медицинской реабилитации проводилась оценка по шкале Лекена, опроснику качества жизни (EQ-5D), визуальной аналоговой шкале боли (ВАШ). Клиническим психологом оценивалась госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS).

Члены МДБ – участники реабилитационного процесса – прошли обучение работе с программой и правильному использованию шкал в электронной системе мониторинга качества медицинской реабилитации (программа «ISF-reader»). В программу вносились данные и информация о реабилитации каждого пациента, включенного в Пилотный проект.

Основным отчетным документом явился переводной/выписной эпикриз, включающий в себя вопросы относительно причин заболевания, приведшего к изменению уровня функционирования, условий существования, нарушений, которые возникли в результате заболевания, полученное лечение, в том числе описание реабилитационных технологий (фото 5).



Фото 5.



Фото 4.

Результаты и обсуждение.

В рамках реализации государственной программы оказания высокотехнологичной медицинской помощи населению количество проведенных за восемь лет в Центре оперативных вмешательств достигло 30 тыс., в том числе по поводу эндопротезирования тазобедренного сустава – 16221. Если в 2009 году было выполнено 923, то в 2016 году – уже 2795 операций (рост в 3 раза) (рис. 1).



Рис. 1.

Самыми частыми показаниями для проведения эндопротезирования тазобедренного сустава явились первичные и вторичные коксартрозы. Лидирующей нозологией остаётся идиопатический коксартроз, составляя более 47% показаний к операции. Большинство пациентов, которым проведено эндопротезирование тазобедренного сустава, – женщины (53,5%), соответственно, 46,5% – мужчины. Среди оперированных пациентов преобладали лица трудоспособного возраста (51,4%) и пожилые пациенты (женщины старше 55 лет и мужчины старше 60 лет) – 48,4%; 0,2% составили пациенты до 18 лет. Следует отметить актуальность эффективной реабилитации именно для этих групп пациентов: особенно важным представляется скорейшее возвращение к рабочим местам трудоспособной категории пациентов и повышение жизненной активности – для людей пенсионного возраста (рис.2).

К началу проектной деятельности у Центра имелся опыт организации восстановительного лечения в соответствии с выстроенной трёхэтапной системой реабилитации послеоперационных больных, обеспечивающей непрерывность и преемственность ведения пациентов в послеоперационном периоде.

На первом этапе реабилитация проводилась в условиях специализированных стационарных отделений



Рис. 2.

Центра (на 150 койках); на втором этапе – в стационарном отделении на 60 коек в БУ ЧР «Городская клиническая больница №1» Минздрава Чувашии (г. Чебоксары); третий этап осуществлялся в амбулаторных условиях по месту жительства, также в условиях дневного стационара и поликлиники Центра (фото 6, 7).



Фото 5.

Продолжительность первого специализированного стационарного этапа составила 7,7 койко/дня, в том числе предоперационный период – 1,4 дня. Предоперационная подготовка осуществлялась в поликлинике по месту жительства и в хирургическом стационаре.

По первой группе активная реабилитация на первом этапе проводилась в отношении 45%, по второй (стандартной) – 50%, по третьей (индивидуальной) – 5% пациентов. К концу раннего послеоперационного периода пациент ходил с дополнительной опорой на костыли; самостоятельно осуществлял санитарно-гигиенические мероприятия; объём сгибания в суставе доведен до 60-90°, вплоть до полного разгибания. Пациент обучен подъему и спуску по лестнице; на 4-6-ые сутки прошёл комплекс процедур и упражнений в реабилитационном зале. На 5-ые сутки на 10-метровой дистанции проводилось тестирование пациента; достигнутые значения скорости освоения дистанции: 16±3 секунды. К 5-7 дню пациенты всех групп ходили на длинные дистанции с дополнительной опорой на костыли, обучены ходьбе с тростью.

По окончании I этапа реабилитации первая исследуемая группа не требовала перевода на стационарный этап реабилитации в связи с высоким реабилитационным потенциалом – в её состав входили, в основном, пациенты трудоспособного возраста, имеющие удовлетворительные клинические результаты по шкале Лекена – в 8-11 баллов, по шкале Харриса – более 60 баллов, уровень тревоги и депрессии – в норме, резуль-

таты по шкале EQ-5Д – менее 11, по шкале EQ «термометр» – более 60. Данная группа пациентов была переведена на амбулаторный этап реабилитации.

Критериями перевода с I этапа на амбулаторный являлись послужили оценка по модифицированной шкале Рэнкин – 2-3 балла, по шкале Лекена – не менее 10 баллов, по шкале Харриса – 60 и более баллов, по шкале EQ-5Д – 10 баллов и менее, по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS – норма.

Перевод на второй этап реабилитации проводился в соответствии с регламентированными условиями перевода, выработанными профессиональным сообществом на основании собственного опыта работы и данных клинических рекомендаций (табл.3).

Измеримыми критериями перевода с I этапа на II этап являлись следующие: оценка по модифицированной шкале Рэнкин – 2-3 балла, по шкале Лекена – 11 и более баллов, по шкале Харриса – 60 и менее баллов, по шкале EQ-5Д – более 10 баллов, по госпитальной



Фото 6.

шкале тревоги и депрессии HADS – норма.

В нашем исследовании на второй (стационарный) этап реабилитации были переведены пациенты 2-ой и 3-ей групп исследования – всего 156 человек (39%), в том числе 68 из них (45%) составили пациенты из Чувашской Республики.

Данные категории пациентов до операции имели оценку по шкале Харриса 35,8 балла, к концу госпитализации – 54,8, через 3 месяца после эндопротезирования – 79,0 балла. Отмечалось явное уменьшение болевого синдрома у всех групп – с 6,7 до 3,8 балла.

Модифицированная шкала Рэнкин при поступлении и выписке у всех пациентов составила 3 балла – умеренное нарушение жизнедеятельности (при этом требуется некоторая помощь, однако, пациент способен ходить без посторонней поддержки). Динамики показателей по шкале Рэнкин не выявлено.

По госпитальной шкале тревоги и депрессии до операции при поступлении 30% пациентов второй и третьей группы находились в состоянии субклинической тревоги, 10% – субклинической депрессии, при выписке – норма.

По опроснику качества жизни (EQ-5D) при оценке состояния пациентов при поступлении по столбчатой шкале выявлено в среднем 39 баллов, при выписке – 72 балла во всех трех группах (табл.4).

Третий этап реабилитации пациенты всех групп прошли амбулаторно, по месту жительства. В катамнезе

Таблица 3. Условия перевода на второй этап реабилитации

Отсутствие необходимости в круглосуточном медицинском наблюдении	✓
Контроль болевого синдрома: отсутствие интенсивного болевого синдрома контроль болевого синдрома ненаркотическими анальгетиками	✓ ✓ ✓
Отсутствие осложнений со стороны послеоперационной раны	✓
Отсутствие фебрильной температуры тела	✓
Отсутствие угрозы тромбообразования и прогрессирования сосудистой патологии	✓
Стабилизация основных клинико-лабораторных показателей	✓
Функциональное состояние двигательной системы в стандартных случаях: самостоятельное присаживание и подъем ходьба с дополнительной опорой удерживание конечности на весу и ее отведение амплитуда пассивных движений в суставе до 50-90° способность самостоятельно передвигаться	✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓
Согласие пациента на перевод	✓

через 3 месяца проанализированы 273 пациента (68,3% от включенных в исследование), которые с учетом реабилитационного потенциала и технологий применённого оперативного вмешательства велись по 3 группам реабилитации (наблюдения).

Описанная организационная модель реабилитации позволила достичь функциональных результатов во второй и третьей исследуемых группах пациентов наравне с 1-ой группой. Это означает, что пациенты, имеющие до операции более выраженные функциональные нарушения тазобедренного сустава и прошедшие стационарную послеоперационную реабилитацию (по третьей группе реабилитации), достигли через 3 месяца после операции практически такой же функции сустава, как и пациенты с менее выраженными нарушениями, переведенные на амбулаторный этап реабилитации (Фото 8).

Эффективность проведённой реабилитации оценена с помощью ряда показателей (табл.5).

Таким образом, основная цель реабилитации в виде снижения инвалидизации и повышения независимости пациента от окружающих достигнута. Пациент компенсирован и адаптирован к новым условиям функционирования (восстановление активности и участия), среде обитания в больничных условиях, дома или ином месте

**Фото 8.**

пребывания (модификация факторов среды), восстанавливаются нарушенные функции.

Важное значение имела преемственность программного продукта, позволяющего каждому участнику Пилотного проекта в электронной системе мониторинга качества медицинской реабилитации-программе «ISF-reader» отслеживать этапы проводимой реабили-

Таблица 4.

Баллы/Место оценки	I группа – 180 чел.		II группа – 200 чел.		III группа – 20 чел.	
	При поступлении	Выписки	При поступлении	Выписки	При поступлении	Выписки
Модифицированная шкала Рэнкин	3	2	3	3	3	3
Шкала Харриса	39,3	60	35,8	54,8	34	51
Шкала Лекена	15	11	16	12,1	16,3	12,3
Опросник качества жизни EQ-5D	60	72	50	69	39	60
Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS	4,4	2,4	4,7	2,5	5	3
Оценка по шкале ВАШ в покое	38	20	35	25	45	30
Оценка по шкале ВАШ при движении	40	25	45	30	50	32

Таблица 5. Оценка эффективности реабилитации

Показатели оценки	I этап реабилитации			II этап реабилитации			III этап реабилитации		
	I группа	II группа	III группа	I группа	II группа	III группа	I группа	II группа	III группа
Летальность	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Количество осложнений	0	0	18	0	0	0	0	0	0
Длительность госпитализации	6,4	7,7	9	0	9	11	10	10	10
Активность и участие по доменам в баллах	0-4	0-4	0-4	0-3	0-4	0-4	0-1	0-2	0-4
Факторы среды «+» или «-»	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Степень нарушения функции по доменам в баллах	0-4	0-4	0-4	0-2	0-3	0-4	0-1	0-2	0-3
Структуры: выраженность, характер и локализация по доменам в баллах	0-4	0-4	0-4	0-2	0-3	0-4	0-1	0-2	0-2

тации пациента на индивидуальном уровне. Этапность процесса реабилитации осуществлялась даже после перевода пациента в другие клиники. Всё это в итоге позволило достичь максимальной адаптации пациентов после оперативного лечения, возвращения их к полноценной, активной жизни.

Практическим результатом участия в Пилотном проекте стало внедрение новых форм и методов работы.

Результаты реализации образовательного компонента характеризует участие сотрудников Центра в циклах непрерывного образования по международным программам на базе медицинских (Казанская ГМА) и немедицинских (МГУ им. М.В.Ломоносова) учреждений с использованием модульной системы обучения в очной и дистанционной формах. Обучены 13 специалистов по медицинской реабилитации: 6 врачей, в т.ч. 2 врача-травматолога-ортопеда, 1 врач-невролог, 1 врач по лечебной физкультуре, 1 врач-физиотерапевт, 1 врач мануальной терапии, 1 клинический психолог, 2 инструктора по лечебной физкультуре, 4 медицинских сестры.

Впервые сформирована и обучена совместному ведению реабилитационного процесса мультидисциплинарная бригада специалистов, что обеспечивает комплексное наблюдение пациента в процессе реабилитации.

Начата работа по формированию реабилитационного диагноза в категориях и доменах МКФ (список про-

блем пациента), с постановкой целей реабилитации и задач, с дальнейшим заключением МДБ по маршрутизации пациента.

Разработаны и внедрены в практику новые оценочные шкалы для определения реабилитационного потенциала пациентов и их распределения по группам реабилитации, что позволило достичь высокой точности комплексной оценки состояния пациентов и повысить эффективность мониторинга реабилитационного цикла.

Определена маршрутизация пациентов внутри и между этапами медицинской реабилитации с первого этапа (специализированное отделение) на второй (стационарный) этап по достижении определенных функциональных параметров (данные функциональных исследований, клинические шкалы, критерии перевода).

Тем самым, оптимизирован непрерывный реабилитационный процесс на всех стадиях послеоперационного восстановления функций суставов и качества жизни пациентов.

Утверждены стандарты помощи по медицинской реабилитации пациентов при эндопротезировании тазобедренного сустава.

Внедрен внутренний и электронный аудит по медицинской реабилитации на различных этапах.

Отмечено повышение качества оказания реабилитационной помощи (на основании данных объективных исследований).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Г.Е. Иванова, А.А. Белкин, А.Ф. Беляев, Р.А. Бодрова, Т.В. Буйлова, Е.В. Мельникова, И.Е. Мишина, С.В. Прокопенко, А.М. Сарана, Л.В. Стаховская, А.Ю. Суворов, Д.Р. Хасанова, М.Б. Цыкунов, А.А. Шмонин, Н.А. Шамалов. Пилотный проект «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации». Общие принципы и протокол. // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2016. – Т.21 – №1. – С.6-11.
2. Приказ Минздрава России от 12 ноября 2012г. №901н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «Травматология и ортопедия».
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ №1705н от 29.12.2012г. «О порядке организации медицинской реабилитации».
4. Буйлова Т.В., Цыкунов М.Б., Карева О.В., Кочетова Н.В. Федеральные клинические рекомендации. Реабилитация при эндопротезировании тазобедренного сустава в специализированном отделении стационара. - ВВМ, 5,2016. – С.94-102

REREFERENCES

1. G.E. Ivanov, A.A. Belkin, A.F. Belyaev, R.A. Bodrova, T.V. Buglova, E.V. Melnikova, I.E. Mishina, S.V. Prokopenko, A.M. Saran, L.V. Stakhovskaya, A.Y. Suvorov, D.R. Khasanova, M.B. Tikunov, A.A. Shmonin, N.A. Shamalov. The pilot project «The development of the system of medical rehabilitation in the Russian Federation». General principles and Protocol. // Bulletin of the Ivanovo medical Academy. – 2016. – Vol. 21 – No. 1. – С. 6-11.
2. The order of Ministry of health of Russian Federation № 901n of 12.11.2012. «On approval of the Procedure for the provision of medical care on the profile of «Traumatology and orthopedics».
3. The order of the Ministry of health of the Russian Federation № 1705n of 29.12.2012 «On the procedure of organization of medical rehabilitation».
4. Buylova TV, Tsykunov MB, O. Kareva, Kochetova NV. Federal clinical guidelines. Rehabilitation during hip arthroplasty in a specialized department of the hospital. - VVM, 5, 2016. - P.94-102

РЕЗЮМЕ

В статье дана оценка результатов участия в федеральном проекте по медицинской реабилитации и их практического внедрения в работу Центра. Проанализированы итоги наблюдения трёх групп пациентов, прошедших реабилитацию по различным временным программам в рамках проекта. Проведён мониторинг показателей оценочных шкал состояния пациента до и после реабилитации.

Ключевые слова: ранняя реабилитация, послеоперационная реабилитация, эндопротезирование крупных суставов, fast-track-реабилитация, восстановление двигательной функции, программа реабилитации, пилотный проект реабилитации

ABSTRACT

Annotation:

The article assesses the results of participation in the federal project on medical rehabilitation and their practical implementation in the work of the Center. The results of the observation of three groups of patients who underwent rehabilitation for various time programs within the framework of the project were analyzed. Monitoring of the scores of the patient's assessment scales before and after rehabilitation was carried out.

Keywords: early rehabilitation, post-operative rehabilitation, joint replacement of large joints, fast-track-rehabilitation, recovery of motor function, a rehabilitation program, a pilot project of rehabilitation

Контакты:

Петрова Р. В. E-mail: rpetrova@orthoscheb.com