

ТЕЛЕФОННОЕ ИНТЕРВЬЮ КАК МЕТОД ДИСТАНЦИОННОГО МОНИТОРИНГА БОЛЬНЫХ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ИНСУЛЬТА

УДК 616.831-005-036.82-073.782:303.62:654.15

Гордюкова И.Ю., Прокопенко С.В., Исаева Н.В., Шульмин А.В.

Красноярский государственный медицинский университет имени профессора
В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия

TELEPHONE INTERVIEW AS A METHOD OF REMOTE MONITORING PATIENTS IN THE RECOVERY PERIOD OF A STROKE

Gordyukova Iy., Prokopenko SV, Isaeva NV, Shulmin AV

Professor V. F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia

Введение.

Церебральный инсульт по-прежнему занимает ведущее место в структуре заболеваемости и смертности населения. Ежегодно в России регистрируется от 400 до 450 случаев острого нарушения головного мозга, заболеваемость составляет около 3 случаев на 1000 человек в год. В мире инсультом болеют 5,6 – 6,6 млн. человек [1,3,4]. В Красноярском крае регистрируется около 15 тыс. инсультов в год, смертность от инсульта 1,1 случая на 1000 населения в год [11].

Инсульт отличается высоким процентом инвалидизации пациентов – 31% больных нуждается в уходе, а 20% не могут самостоятельно ходить. Наблюдается омоложение инсульта с поражением лиц трудоспособного возраста, остается высокой частота повторных инсультов [1,6,21].

С учетом высокой медицинской и социально-экономической значимости, проблемы инсульта в настоящее время выходят на первое место, а также вопросы по профилактике и оптимизации наблюдения за пациентами на амбулаторном этапе [1,6].

Телефонное интервью может служить эффективным методом дистанционного наблюдения в динамике за пациентами с перенесенным инсультом на амбулаторно-поликлиническом этапе, что отмечено в целом ряде работ [15,16,31,35,38]. С помощью телефонного интервью можно оценивать эффективность вторичной профилактики инсульта и транзиторной ишемической атаки (ТИА) путем контроля над уровнем артериального давления, липидов крови, приемом антикоагулянтной и антиагрегантной терапии, консультирования по титрованию лекарств и модификации образа жизни [35]. В ряде исследований показано, что телефонное интервью может быть использовано как информативный мониторинг качества жизни пациентов после инсульта, особое

значение этот метод имеет в случае недоступности пациента для встречи в лечебном учреждении вследствие инвалидизации или переезда пациента [38, Anna-Lotta Irewall, Joachim Ögren, Lisa Bergström, Katarina Laurell и др.]. Таким образом, отдаленное мониторирование состояния пациентов после перенесенного инсульта с помощью метода телефонного интервью представляется актуальным и обоснованным, в том числе для пациентов, проживающих на территории Красноярского края.

Материал и методы исследования. Исследование проведено в рамках пилотного проекта «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации». Одним из методов дистанционного мониторинга для анализа эффективности комплексной реабилитации у пациентов, перенесших инсульт, являлось тестирование при помощи телефонного интервью.

На территории Красноярского края с 2009 года функционирует региональный сосудистый центр (на базе КГБУЗ «Краевая клиническая больница») и 8 первичных сосудистых отделений (из которых 3 ПСО в г. Красноярске, 5 ПСО – в районах края), которые объединены в систему единого электронного мониторинга. Развернуты реабилитационные центры, оказывающие медицинскую реабилитационную помощь II и III уровня (реабилитационный центр круглосуточный стационар и дневной стационар Федерального Сибирского научно – клинического центра «Федерального медико-биологического агентства России» (ФСНКЦ ФМБА России), амбулаторная реабилитация на базе Профессорской клиники ФГБОУ ВО «Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России (КрасГМУ). Все стационары края действуют согласно Приказу Министерства здравоохранения РФ №1705н от 29.12.2012. о порядке организации медицинской реабилитации. Программа

исследования пилотного проекта «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации» охватила все этапы оказания помощи пациентам при инсульте.

С помощью метода телефонного интервью оценивались пациенты, наблюдаемые с первых дней острого периода заболевания в соответствии со следующими критериями:

- Острый период (в течение первых 21-го дня от начала заболевания) ишемического или геморрагического инсульта (по типу внутримозгового кровоизлияния), не требующее оперативного вмешательства.

- Возраст старше 18 лет.

Критерии исключения:

- Проведение или планирование оперативного вмешательства.

- Транзиторная ишемическая атака (ТИА).

- Изолированная форма субарахноидального кровоизлияния (САК).

- Оценка более 1 балла по модифицированной шкале Рэнкин до инсульта.

- Нарушение сознания при поступлении на уровень комы 2 степени и более.

Проводилась оценка тяжести инсульта по шкале NIHSS, по шкале Ренкин оценивалась степень выраженности инвалидности и независимости, шкала Ривермид использована для оценки подвижности больного.

Через три месяца (90 дней) после первичной госпитализации проводилось телефонное интервью для оценки состояния пациента с использованием анкеты, включающей сбор данных о здоровье и состоянии пациентов выписанных из стационара. При удаленной работе с пациентом использовались оценочные шкалы Модифицированная шкала Рэнкин, индекс мобильности Ривермид, шкала качества жизни (EQ-5D). Выяснялась информация о возможных осложнениях на всех этапах реабилитации: повторный инсульт, транзиторная ишемическая атака (ТИА), инфаркт миокарда, пролежни, пневмония, тромбоз глубоких вен (ТГВ), тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), сепсис, мочевиная инфекция, острый живот и др.

Кроме того, проводился сбор дополнительной информации, в том числе вопросы о проведении каких-либо еще госпитализаций, о количестве этапов реабилитации, пройденных пациентом. Учитывались пожелания пациентов по повышению качества работы медицинского персонала, где и какие, на их взгляд, нужны изменения, а также на что необходимо обратить первоочередное внимание в процессе оказания помощи больным, перенесшим инсульт.

При проведении пилотного проекта, было обследовано 163 человека, из них мужчин 103 человека (63%), женщин 60 человек (37%). Работающих 68 человек (42%), не работающих 94 человека (58%).

В результате обследования, ишемический инсульт выявлен у 144 человек (89%), геморрагический у 18 че-

ловек (11%). Возраст пациентов варьировал от 32 лет до 91 года, (среднее значение $57 \pm 12,4$ лет).

В процессе исследования сформировано 3 группы:

- первая группа, состояла из пациентов, прошедших только 1 этап реабилитации (Первичное сосудистое отделение (ПСО), Регионально сосудистый центр (РСЦ) г. Красноярск). Их число составило 39 человек (24%);

- вторая группа, из пациентов прошедших 2 этапа реабилитации (ПСО, РСЦ г. Красноярск и СКЦ ФМБА России г. Красноярск или ПСО, РСЦ г. Красноярск и Профессорская клиника ФГБОУ ВО «КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»), их число составило 61 человек (37%). Из них была часть пациентов, которая прошла после первого этапа сразу на третий, численность данной группы составила 29 человек (47%);

- третья группа, где пациенты прошли все три этапа реабилитации (ПСО, РСЦ г. Красноярск и СКЦ ФМБА России г. Красноярск и Профессорская клиника ФГБОУ ВО «КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»), объединила 63 человека (39%).

Во всех группах на первом этапе реабилитации пациенты поступали преимущественно со средней степенью тяжести инсульта по данным шкалы инсульта Национального института здоровья США (NIHSS).

Первая группа пациентов по количеству баллов распределена следующим образом:

- от 1 до 4 – 13 человек (34%) – инсульт легкой степени тяжести;

- от 5 до 15 – 22 человека (57%) – инсульт средней степени тяжести;

- от 16 до 20 – 4 человека (9%) – тяжелый инсульт.

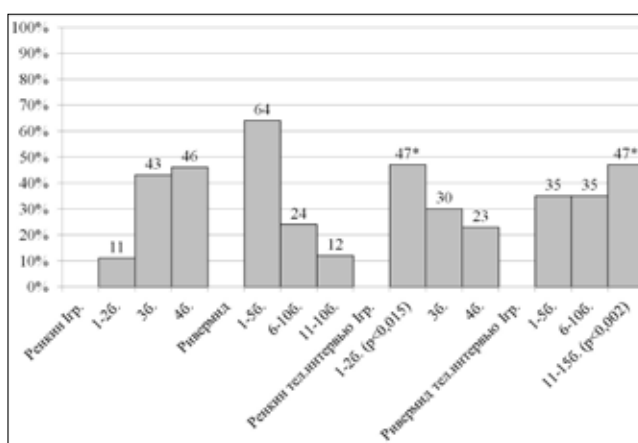


Рис. 1. Динамика показателей шкалы Ренкин и Ривермид у пациентов группы 1 (прошедших только 1 этап реабилитации) через 90 дней после перенесенного инсульта.

В первой группе – больные прошли реабилитацию только в остром периоде заболевания – (табл. №1) при оценке по шкале Ренкин протестировано 39 человек. Из 39 человек (см. рис. 1) у 18 человек (46%) показатель

Таблица 1. Оценка пациентов в первой группе.

Название теста	I группа, острый период		Телефонное интервью		
	Me[25;75], n=39	Среднее значение	Me[25;75], n=17	Среднее значение	p
Ренкин	3[3;4]	3,35 ± 0,66	3[2;3]	2,76 ± 1,20	0,015
Ривермид	3[1;7]	4,56 ± 4,21	10[15;7]	9,88 ± 4,78	0,002

Таблица 2. Оценка пациентов во второй группе.

Название теста	II группа 1 и 2 этап		Телефонное интервью		
	Me[25;75], n=32	Среднее значение	Me[25;75], n=22	Среднее значение	p
Ренкин	4[3;4]	3,68 ±0,59	2[2;3]	2,31±0,94	0,001
Ривермид	2,5[1;4]	3,34±3,49	11,5[7;14]	10,81±3,44	0,000

4б., что интерпретировано как выраженное нарушение жизнедеятельности, пациент не способен ходить самостоятельно, но справляется со своими физическими потребностями без посторонней помощи. Показатель 3б. имеют 17 человек (43%), что рассматривается как умеренное нарушение жизнедеятельности, потребность в некоторой помощи, но имеющие возможность передвигаться самостоятельно. У 4-х человек (11%) показатель 1-2б., что указывает на лёгкое нарушение жизнедеятельности, пациент не способен выполнять некоторые прежние обязанности, но справляется с собственными делами без посторонней помощи.

При удаленном тестировании через 3 месяца после госпитализации (n=17), данные по шкале Ренкин изменились. У большинства больных (8;47,0%) наблюдался показатель 1-2б., что рассматривалось как лёгкое нарушение жизнедеятельности. Показатель 3б. имели 5 пациентов (30,0%), что подтверждает умеренное нарушение жизнедеятельности, 4 человека (23,0%) имели значение 4б. – это выраженное нарушение жизнедеятельности. После первого этапа реабилитации, соответствующего периоду лечения в сосудистом отделении, отмечен положительный эффект в виде уменьшения выраженности нарушения жизнедеятельности по шкале Ренкин. При поступлении на момент острого периода инсульта у 89% больных было выраженное и умеренное нарушение жизнедеятельности (3 – 4б.), а при выписке значение изменилось в сторону улучшения уже на первом этапе, и у 47% больных появилась способность к самообслуживанию и передвижению без использования вспомогательных средств. Данные результаты можно оценить как положительный эффект реабилитационного потенциала. На протяжении времени возможность к передвижению, самообслуживанию и функциональной независимости сохранялась у 47% больных.

По шкале Ривермид (n=39) при поступлении в стационар, 25 человек (64,0%) оказалось со значением 1-5б. – это пациенты, которые могут стоять без поддержки. У 9 человек (24,0%) показатель составил 6-10б., что означает возможность ходьбы по комнате без применения вспомогательных средств. Показатель 11-15б. имели 5 человек (12,0%) (возможность поднятие предмета с пола, осуществление подъёма и спуска по лестнице на 4 ступени).

С использованием метода телефонного интервью по шкале Ривермид (n=17) 8 человек выписаны со значением 11-15б., что составило 47%. Со значением 1-5б. выписаны из стационара 4 человека (23%) и со значением 6-10б. – 6 человек (35%).

Анализ динамики по шкале Ривермид также позволил получить интересные результаты. При поступлении на лечение вначале заболевания на первом этапе реабилитации большая часть пациентов (86%) не могли самостоятельно ходить или предполагалась ходьба в пределах комнаты с опорой. В процессе опроса пациентов

через 3 месяца по шкале Ривермид 47% больных могли поднять предмет с пола, осуществить подъём и спуск по лестнице на 4 ступени, пройти по улице не используя вспомогательных средств. Данные результаты свидетельствуют о значительном расширении двигательной возможности уже после первого этапа реабилитации и закреплении реабилитационного эффекта.

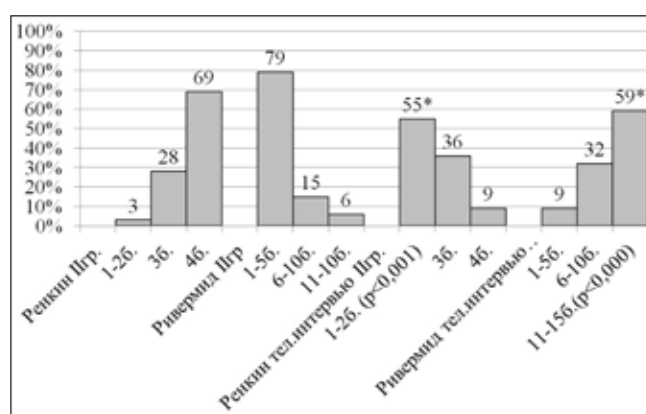


Рис. 2. Динамика показателей шкалы Ренкин и Ривермид у пациентов группы (прошедших 1 и 2 этапа реабилитации) через 90 дней после перенесенного инсульта.

Во второй группе n=32, (табл. 2) значение шкалы Ренкин (см. рис. 2) – 1 человек (3%) имеет показатель 1-2б., что свидетельствует о лёгком нарушении жизнедеятельности, у 9 человек (28%) показатель 3б. – наблюдается умеренное нарушение жизнедеятельности, 22 человека (69%) имеют значение 4б. – выраженное нарушение жизнедеятельности. По данным оценки шкалы Ривермид во 2-й группе осмотрено n=39 человек. С полученными данными (25 чел.; 79,0%) 1-5б. – пациент может стоять без поддержки, 5 человек (15,0%) от 6-10б. – ходьба по комнате без применения вспомогательных средств, 2 человека (6,0%) от 11-15б. – возможность поднятия предметов с пола, а также осуществление подъёма и спуска на 4 ступени.

При проведении опроса через три месяца n=22, по результатам шкалы Ренкин, число пациентов с количеством баллов 1-2б. увеличилось и составило 12 человек (55%) – лёгкое нарушение жизнедеятельности (не способны выполнять некоторые прежние обязанности, но справляются с собственными делами без посторонней помощи). Значение 3б. имели 8 человек (36%) – умеренное нарушение жизнедеятельности, 4б. – 2 человека (9%) – выраженное нарушение жизнедеятельности.

По данным телефонного интервью по шкале Ривермид во 2-й группе n=22, что распределяется следующим образом: 2 человека (9%) имеют значение 1-5б. – человек может стоять без поддержки. С количеством

Таблица 3. Оценка пациентов во второй подгруппе пациентов.

Название теста	II группа 1 и 3 этап		Телефон интервью		
	Me[25;75], n=29	Среднее значение	Me[25;75], n=25	Среднее значение	p
Ренкин	3[3;3]	2,93 ±0,88	1[1;1]	1,20±0,57	0,000
Ривермид	10[5;13]	8,55±4,93	14[13;15]	13,88±1,16	0,000

баллов 6-10б., что составило 7 человек (32%) – ходьба по комнате без применения вспомогательных средств, от 11-15б. – 13 человек (59%) способны поднять предметы с пола, осуществлять подъем и спуск на 4 ступени, возможен бег.

Нужно отметить, что в группе пациентов, прошедших 2 этапа реабилитации, показатели шкал Ренкин и Ривермид также значительно изменились в сторону уменьшения клинических проявлений заболевания и значимого регресса неврологического дефицита.

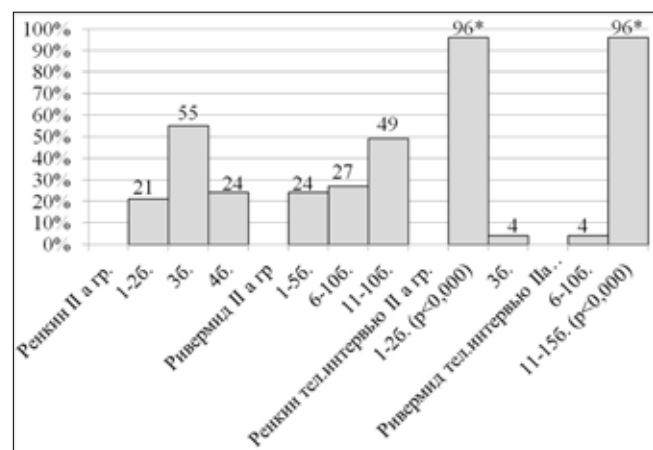


Рис. 3. Динамика показателей шкалы Ренкин и Ривермид у пациентов группы (прошедших 1 и 3 этап реабилитации) через 90 дней после перенесенного инсульта.

Во второй подгруппе (табл. 3) наблюдались пациенты, которые после первого этапа сразу попадали на третий этап реабилитации (ПСО, РСЦ г. Красноярск и Профессорская клиника ФГБОУ ВО «КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»), n= 29 человек (47%) из 61 человек. При поступлении в стационар по результатам шкалы Ренкин (см. рис. 3) n=29, во второй подгруппе со значением 1-2б. число человек составило 6 (21%) – лёгкое нарушение жизнедеятельности, значение 3б. имели 16 человек (55%) – умеренное нарушение жизнедеятельности, 4б. – 7 человек (24%) – это выраженное нарушение жизнедеятельности. Показатели шкалы Ривермид 2а гр.: n=29 составило с количеством баллов от 1-5б. – 7 человек (24%) – стояние без поддержки, от

6-10б. – 8 человек (27%) – ходьба по комнате без применения вспомогательных средств, от 11-15б. – 14 человек (49%) – поднятие предметов с пола, подъем и спуск на 4 ступени.

Через 3 месяца результаты по шкале Ренкин при телефонном интервью во второй подгруппе n=25 со значением баллов от 1-2б. – 24 человека (96%) – лёгкое нарушение жизнедеятельности, с количеством баллов 3б. – 1 человек (4%) – умеренное нарушение жизнедеятельности. Данные по шкале Ривермид при телефонном интервью 2а гр.: n=22, пациенты со значением баллов от 6-10б. – 1 человек (4%) – ходьба по комнате без применения вспомогательных средств, от 11-15б. – 15 человек (96%) – поднятие предметов с пола, подъем и спуск на 4 ступени.

Следует отметить, что во второй подгруппе большее количество пациентов в остром периоде поступило со значением 3б по шкале Ренкин. Учитывая высокий реабилитационный потенциал и хорошую восстанавливаемость после первого стационарного курса реабилитации, пациенты сразу после выписки направлялись на третий этап реабилитации поликлинического уровня или уровня дневного стационара. По данным телефонного интервью именно в этой группе пациентов у 96% больных результаты по шкале Ренкин достигли значения

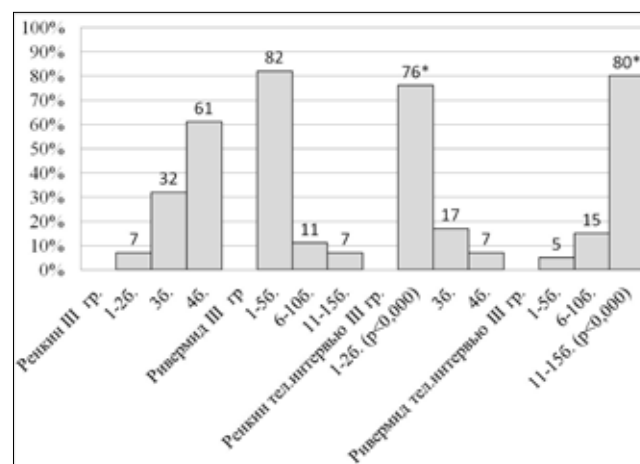


Рис. 3. Динамика показателей шкалы Ренкин и Ривермид у пациентов группы (прошедших 1,2,3 этап реабилитации) через 90 дней после перенесенного инсульта.

Таблица 4. Оценка пациентов в третьей группе.

Название теста	III группа		Телефон интервью		
	Me[25;75], n=63	Среднее значение	Me[25;75], n=56	Среднее значение	p
Ренкин	4[3;4]	3,58 ±0,90	2[1;2]	1,8±0,96	0,000
Ривермид	2[1;5]	3,45±3,24	13[12;14]	12,53±2,58	0,000

баллов от 1-2б. и по данным шкалы Ривермид были на уровне 11-15б. Полученные данные можно трактовать как успешный результат реабилитационного процесса.

В третьей группе (табл. 4) $n=60$ (из 63 человек оценено у 60) пациенты поступали в стационар со значением по шкале Ренкин (см. рис. 4) 1-2б. – 4 человека (7%) – лёгкое нарушение жизнедеятельности, у 19 человек (32%) 3б. и у 37 (61%) – 4б. – умеренное и выраженное нарушение жизнедеятельности. По данным шкалы Ривермид в третьей группе $n=62$ (из 63 оценено у 62) значение количества баллов от 1-5б. у 51 пациента (82%) – стояние без поддержки, у 7 пациентов (11%) от 6-10б. – ходьба по комнате без применения вспомогательных средств, у 4 больных (7%) со значением от 11-15б. – поднятие предметов с пола, подъем и спуск на 4 ступени.

При удаленном тестировании через три месяца, по шкале Ренкин $n=56$ в третьей группе значение составило: 1-2б. – 43 человека (76%) – лёгкое нарушение жизнедеятельности, 3б. – 10 человек (17%) – умеренное нарушение жизнедеятельности, 4б. – 4 человека (7%) – выраженное нарушение жизнедеятельности. По шкале Ривермид при опросе в виде телефонного интервью $n=56$, значение баллов от 1-5б. – 3 человека (5%) – стояние без поддержки, 6-10б. – 8 человек (15%) – ходьба по комнате без применения вспомогательных средств, 11-15б. – 45 человек (80%) – поднятие предметов с пола, подъем и спуск на 4 ступени. После трех курсов реабилитации у 80% пациентов значительно изменились результаты в сторону увеличения двигательной активности и соответственно, изменились показатели баллов от 11-15б. У данной группы пациентов закрепились возможность самостоятельной ходьбы без опоры на длинные дистанции и самостоятельного подъема и спуска по лестнице, не держась за перила. Пациенты вновь приобрели независимость от помощи окружающих и, причем некоторые из них могли вернуться к труду.

В процессе исследования проводился расчет эффективности лечения. Принята гипотеза о равенстве средних значений до и после лечения на каждом этапе, где r это отношение разности до и после лечения, деленное на наибольшее значение.

Рассматривалось r_1 значение Ренкин на первом этапе, r_2 – Ренкин на втором этапе, r_3 – Ренкин на третьем этапе, r_4 – Ривермид на 1 этапе, r_5 – Ривермид на 2 этапе, r_6 – Ривермид 3го этапа, r_7 – Ренкин 1 этапа к Ренкин

телефонное интервью, r_8 – Ривермид на первом этапе и Ривермид телефонное интервью.

При помощи непараметрического метода Манна – Уитни, нулевая гипотеза была отклонена и принята альтернативная о существовании различий в группах с разным количеством пройденных этапов. Наиболее значимое различие в группе пациентов, прошедших все три этапа реабилитации.

Как следует из представленных данных, наилучшее использование реабилитационного потенциала наблюдалось в группе пациентов, прошедших все три этапа реабилитации, что доказывает статистический расчет эффекта лечения.

При телефонном интервьюировании проводился опрос качества жизни пациентов, использовался Европейский опросник качества жизни – 5 направлений EuroQuality of life – 5 Dimensions, или EQ – 5D, используемый для измерения грубого дефицита психосоциальных функций.

На первый вопрос о мобильности, 42 человека (33%) из 124 ответили, что у них не возникает никаких проблем с передвижением. 78 человек (63%) признались, что при передвижении у них возникают некоторые затруднения. Полностью прикованы к постели 5 человек (4%).

На вопрос о самообслуживании 77 человек (62%) ответили, что проблем с этим не испытывают. У 35 человек (28%) есть некоторые проблемы с умыванием и одеванием, 12 человек совершенно не могут самостоятельно умыться или одеться.

При оценке бытовой активности не возникает проблем с выполнением повседневных привычных обязанностей у 45 человек (37%). Некоторые затруднения при выполнении привычных домашних обязанностей испытывают 56 человек (45%), совершенно не могут выполнять повседневные привычные обязанности 23 пациента (18%).

При оценке боли и дискомфорта более половины пациентов (67%) указали на наличие умеренной боли и дискомфорта, жалобы на выраженную боль и дискомфорт предъявили 14% больных, 19% пациентов не испытывали боли и дискомфорта.

На вопрос о наличии возможной тревоги или депрессии 71 человек (57%) ответили, что не наблюдают у себя тревожное или депрессивное состояние, 44 человека (35%) испытывают умеренную тревогу либо депрессию, 9 человек (7%), испытывают чрезвычайную тревогу либо депрессию.

Таблица 5. Критерии расчета эффективности лечения.

	Me	Me25	Me75	p
r_1	0,00	0,00	1,00	
r_2	0,00	0,00	0,00	
r_3	0,00	0,00	1,00	0,004
r_4	0,00	0,00	0,00	
r_5	0,00	0,00	0,00	
r_6	0,00	0,00	0,00	
r_7	1,00	0,00	1,00	
r_8	1,00	1,00	1,00	0,006

При сравнении с общим уровнем своего здоровья за последние 12 месяцев нынешнее состояние здоровья оказалось лучше у 10 человек (8%), примерно на таком же уровне – 32 человека (26%), наблюдается ухудшение состояния у 82 человек (66%).

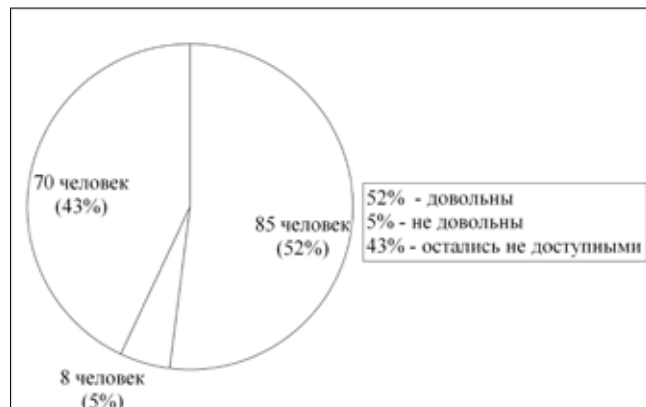


Рис. 3. Удовлетворенность пациентов проведенным лечением по данным метода телефонного интервью через 90 дней от момента госпитализации (n=163).

При телефонном опросе пациентов (рис. 5) 52%, что составило большую часть (85 человек из 163) остаются благодарными после лечения и желают повторно поступить в реабилитационный центр на лечение. Только 5% (8 человек из 163) остались недовольными и отказались беседовать в виду тяжести состояния пациента и малоэффективного реабилитационного результата, 70

человек (43%) оказались недоступны для получения обратной связи.

Заключение. По результатам исследования установлено, что наилучший результат лечения наблюдался у пациентов в третьей группе, прошедших все три этапа реабилитации, что выражалось в уменьшении инвалидизации и выраженности клинических проявлений неврологического дефицита, расширении объема двигательной активности у преобладающего количества больных.

Методом телефонного интервью через 90 дней от момента госпитализации установлено, что 96% пациентов способны самостоятельно передвигаться, 37% больных вернулись к привычной повседневной активности, 62% пациентов не испытывают затруднения при самообслуживании, только 28% имеют некоторые проблемы с умыванием и одеванием. Большинство пациентов (57%) не испытывают тревогу или депрессию, умеренную степень тревожно-депрессивного синдрома имеют 35% больных. Результаты дистанционного мониторинга больных в восстановительном периоде инсульта показали, что более половины пациентов остались благодарными после проведенного лечения и желают в дальнейшем пройти повторный курс в реабилитационном центре. Таким образом, с использованием метода телефонного интервью можно эффективно мониторировать динамику состояния пациента на амбулаторном этапе, в том числе проводить оценку подвижности больного, возможность самостоятельного выполнения им каких-либо произвольных движений и косвенно оценивать степень его инвалидизации и независимости.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Анализ эпидемиологических показателей повторных инсультов в регионах Российской Федерации (по итогам территориально – популяционного регистра 2009 - 2014 гг.) / Л. В. Стаховская, О. А. Клочихина, М. Д. Богатырева [и др.] // Consilium medicum. – 2016. – Т. 18, № 9. – С. 12–16.
2. Белова А. Н., Прокопенко С. В. Нейрореабилитация. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: [Б.и.], 2010. – 1288 с.
3. Гусев Е. И., Мартынов М. Ю., Камчатнов П. Р. Ишемический инсульт. Современное состояние проблемы // Доктор.ру. – 2013. – № 5 (83). – С. 7–12.
4. Динамика смертности и летальности при инсульте / В. И. Скворцова, М. Ф. Магомаев, Г. Н. Авакян [и др.] // Вестник Дагестанской государственной медицинской академии. – 2012. – № 3 (4). – С. 44–47.
5. Ершов В. И., Сафронов Е. Ю., Чирков А. Н. Осложненный ишемический инсульт: течение и прогноз // Оренбургский медицинский вестник. – 2016. – Т. IV, № 1 (13). – С. 14–17.
6. Инсульт: руководство для врачей / ред. Л. В. Стаховская, С. В. Котова. – М.: Медицинское информационное агентство, 2013. – 400 с.
7. Когнитивные нарушения после инсульта: распространенность, причины и подходы к терапии / В. Шишкова, А. Ременник, В. Шковский [и др.] // Врач. – 2013. – № 12. – С. 81–82.
8. Лебедев И. А. Распространенность и структура факторов риска церебрального инсульта у жителей Ханты-Мансийского автономного округа // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2011. – Т. 111, № 12 (2). – С. 70–76.
9. Медикаментозная поддержка реабилитационного процесса / Г. Иванова, Л. Стаховская, В. Гудкова [и др.] // Врач. – 2009. – № 12. – С. 14–17.
10. Организация медицинской помощи больным с мозговым инсультом и мероприятия по предупреждению развития острых нарушений мозгового кровообращения в Ханты-Мансийском автономном округе / А. Р. Беляевский, И. А. Лебедев, С. А. Акинина [и др.] // Вестник уральской академической науки. – 2010. – № 2 (30). – С. 4–6.
11. Организация помощи больным с инсультом в Красноярском крае: монография / П. Г. Шнякин, Н. В. Хало, Е. В. Ипполитова [и др.]. – Красноярск: Версо, 2015. – 103 с.
12. Оценка когнитивных нарушений и эффективность их коррекции с использованием компьютерных программ в остром периоде ишемического инсульта / С. В. Прокопенко, Т. В. Черных, Е. Ю. Можейко [и др.] // Сибирское медицинское обозрение. – 2012. – № 2 (74). – С. 59–63.
13. Парфенов В. А. Ведение больных перенесших инсульт и имеющих спастичность // Эффективная фармакотерапия. – 2015. – № 39. – С. 28–34.
14. Перспективные направления нейропротекции при ишемическом инсульте в эксперименте и клинике / С. В. Котов, Е. В. Исакова, О. П. Сидорова [и др.] // Consilium medicum. – 2016. – Т. 18, № 9. – С. 45–48.
15. Пилотный проект «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации». Общие принципы и протокол / Г. Е. Иванова, А. А. Белкин, А. Ф. Беляев [и др.] // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2016. – Т. 21, № 1. – С. 6–14.
16. Пилотный проект «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации». Система контроля и мониторинга эффективности медицинской реабилитации при острых нарушениях мозгового кровообращения / Г. Е. Иванова, А. А. Белкин, А. Ф. Беляев [и др.] // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2016. – Т. 21, № 1. – С. 19–22.
17. Прокопенко С. В., Можейко Е. Ю., Алексеевич Г. В. Возможности восстановления тонкой моторики кисти с использованием сенсорной перчатки у больных, перенесших инсульт // Сибирское медицинское обозрение. – 2014. – № 2 (86). – С. 72–77.
18. Прокопенко С. В., Можейко Е. Ю., Корягина Т. Д. Возможности когнитивного тренинга с использованием специализированных компьютерных программ у больных, перенесших инсульт // Неврологический журнал. – 2014. – № 1. – С. 20–24.
19. Прокопенко С. В., Ондар В. С., Аброськина М. В. Синдром центрального гемипареза и нарушения равновесия // Вестник восстановительной медицины. – 2012. – № 5. – С. 23–28.
20. Скворцова В. И. Комплекс мероприятий по совершенствованию медицинской помощи при сосудистых заболеваниях в Российской Федерации // Человек и лекарство. – 2007. – № 4 (30). – С. 5.
21. Скворцова В. И., Алексеева Г. С., Трифонова Н. Ю. Анализ медико-организационных мероприятий по профилактике инсультов и реабилитации постинсультных состояний на современном этапе [Электронный ресурс] // Социальные аспекты здоровья населения. – 2013. – Т. 29, № 1. –

Режим доступа : <http://vestnik.mednet.ru/content/view/453/30/>.

22. Скворцова В. И., Иванова Г. И., Стаховская Л. В. Возможности расширения реабилитационного потенциала больных с церебральным инсультом // РМЖ. – 2011. – Т. 19, № 9. – С. 579–583.
23. Скворцова В. И., Иванова Г. Е., Стаховская Л. В. Организация мультидисциплинарной реабилитации в условиях первичных сосудистых отделений и региональных сосудистых центров // Доктор. ру. – 2010. – № 8 (59). – С. 42–46.
24. Скворцова В. И., Шамалов Н. А. Тромболитическая терапия при ишемическом инсульте // Consilium Medicum. – 2010. – Т. 12, № 9. – С. 29–34.
25. Стародубцева О. С. Развитие 1-го ишемического инсульта и распространенность различных вариантов полиморфизма гена аполипротеина Е в московской популяции // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 10–2. – С. 324–328.
26. Стаховская Л. В., Мешкова К. С., Гудкова В. В. Оценка эффективности антиагрегантной терапии во вторичной профилактике сосудистых ишемических событий // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. Спец. выпуск. «Профилактика 2015 : науч.-практ. конф. с междунар. участием. Сер. «Кардиоваскулярная терапия и профилактика» ; Спец. выпуск «Российское кардиологическое общество. 2015». – 2015. – С. 38b–39b.
27. Суслина З. А., Варакин Ю. Я. Клиническое руководство по ранней диагностике, лечению и профилактике сосудистых заболеваний головного мозга. – М. : МЕДпресс-информ, 2015. – 440 с.
28. Характеристика ишемического инсульта по данным госпитального регистра : место нейрореабилитационной терапии // А. А. Кулеш, В. В. Шестаков, Л. И. Сыромятникова [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова – 2015. – Вып. 7. – С. 74–78.
29. Шамалов Н. А. Реперфузионная терапия при ишемическом инсульте // Эффективная фармакотерапия. – 2012. – № 2. – С. 14–19.
30. Шамалов Н. А., Кустова М. А. Криптогенный инсульт // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2014. – № 2S. – С. 42–49.
31. Электронная система мониторинга эффективности реабилитации в пилотном проекте «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации» - программа «ICF-READER» / А. А. Шмонин, В. В. Никифоров, М. Н. Мальцева [и др.] // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2016. – Т. 21, № 1. – С. 66–69.
32. Эпидемиология инсульта в России по результатам территориально-популяционного регистра (2009–2010) / Л. В. Стаховская, О. А. Клочихина, М. Д. Богатырева [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Инсульт. – 2013. – Вып. 5. – С. 4–10.
33. Этапная помощь больным с церебральным инсультом / Е. И. Гусев, В. И. Скворцова, М. Ю. Мартынов [и др.] // Лечебное дело. – 2004. – № 3. – С. 62–68.
34. Imaging of Acute Ischemic Stroke. Marwan El-Koussy., Gerhard Schroth., Caspar Brekenfeld., Marcel Arnold // Eur Neurol. – 2014. – V. 72. – P. 309–316. Режим доступа : DOI : 10.1159/000362719.
35. Nurse-Led, Telephone-Based, Secondary Preventive Follow-Up after Stroke or Transient Ischemic Attack Improves Blood Pressure and LDL Cholesterol: Results from the First 12 Months of the Randomized, Controlled NAILED Stroke Risk Factor Trial PLoS One. 2015. – 10(10): e0139997. Published online 2015 Oct 16. – Режим доступа : DOI : 10.1371/journal.pone.0139997 PMID: PMC4608694.
36. Post-Stroke Fatigue: Epidemiology, Clinical Characteristics and Treatment. Monica Acciarresi., Julien Bogousslavsky., Maurizio Paciaroni. // Eur Neurol. – 2014. – V. 72. – P. 255–261. – Режим доступа : DOI: 10.1159/000363763.
37. Poststroke Knowledge and Symptom Awareness: A Global Issue for Secondary Stroke Prevention Charles Ellis., Jessica Barley., Anouk Grubaugh. // Cerebrovasc Dis. – 2013. – V. 35. – P. 572–581. – Режим доступа : DOI: 10.1159/000351209.
38. Quality of life after first-ever stroke: An interview-based study from Blantyre, Malawi // Малави Medical Journal. – 2015. – V. 27 (2). – P. 50–54. – Режим доступа : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4562080>.
39. Recurrent Strokes due to Transient Vasospasms of the Extracranial Internal Carotid Artery Sigrid Wpking., Andreas Kastrup., Markus Lentschig., Freimuth Brunner. // Case Rep Neurol. – 2013. – V. 5. – P. 143–148. – Режим доступа : DOI: 10.1159/000354827.
40. Relevance of Prehospital Stroke Code Activation for Acute Treatment Measures In Stroke Care: A Review Marzia Baldereschi., Benedetta Piccardi., Antonio Di Carlo., Giuseppe Lucente., Donata Guidetti., Domenico Consoli., Leandro Provinciali., Danilo Toni., Maria Luisa Sacchetti., Bianca Maria Polizzi., Domenico Inzitari., for the Promotion and Implementation of Stroke Care in Italy Project – Working Group. // Cerebrovasc Dis. – 2012. – V. 34. – P. 182–190. – Режим доступа : DOI: 10.1159/000341856.
41. Trends in Stroke Treatment and Outcome between 1995 and 2010 : Observations from Riks-Stroke, the Swedish Stroke Register. Peter Appelros., Fredrik Jonsson., Signild Esberg., Kjell Asplund., Eva-Lotta Glader., Kerstin Hulter Esberg., Bo Norrving., Birgitta Stegmayr., Andreas Terent., for the Riks-Stroke Collaboration. // Cerebrovasc Dis. – 2014. – V. 37. – P. 22–29. – Режим доступа : DOI: 10.1159/000356346.
42. Update on the Management of Hypertension for Secondary Stroke Prevention Luis Castilla-Guerra., Marna del Carmen Fernandez-Moreno. // Eur Neurol. – 2012. – V. 68. – P. 1–7. – Режим доступа : DOI: 10.1159/000336836.

РЕЗЮМЕ

Введение. Вторичная профилактика инсульта и оптимизация диспансерного наблюдения за пациентами являются важными стратегиями в снижении заболеваемости, летальности и инвалидизации больных. Телефонное интервью может служить методом дистанционного наблюдения за пациентами с перенесенным инсультом на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Цели и задачи исследования. Оценка эффективности показателей реабилитационного потенциала у пациентов, перенесших инсульт, в зависимости от количества пройденных этапов с использованием метода телефонного интервью через 90 дней от момента госпитализации, проживающих в г. Красноярске.

Материалы и методы. Обследовано 163 пациента с инсультом, проведен анализ показателей оценочных шкал при поступлении и выписке на каждом из трех этапов реабилитации, через 90 дней от момента госпитализации проводилось дистанционное тестирование больных методом телефонного интервью. Статистическая обработка материала, проводилась с применением прикладных программ Statistica 10.

Результаты. Наблюдалось три группы пациентов, прошедших 1, 2 и 3 этап реабилитации. Методом телефонного интервью через 90 дней от момента госпитализации установлено, что 96% пациентов способны самостоятельно передвигаться, 37% пациентов вернулись к привычной повседневной активности, 62% пациентов не испытывают затруднений при самообслуживании и 28% имеют некоторые проблемы с умыванием и одеванием. Большинство пациентов (57%) не испытывают тревогу, депрессию или имеют умеренную степень тревожно-депрессивного синдрома (35%). Наилучшие результаты достигнуты в группе пациентов, прошедших все три этапа реабилитации.

Заключение. Телефонное интервью может быть использовано как доступный и эффективный метод дистанционного мониторинга пациентов с перенесенным инсультом на амбулаторно-поликлиническом этапе. Подтверждена эффективность трехэтапной системы реабилитации.

Ключевые слова: инсульт (stroke), этапная помощь при инсульте (stage aid in stroke), нейрореабилитация (neurorhabilitation), пилотный проект (a pilot project), телефонное интервью (telephone interview), дистанционный мониторинг (remote monitoring), амбулаторное отделение (outpatient department).

ABSTRACT

Abstract. Secondary stroke prevention and optimization of follow-up care are important strategies in reducing morbidity and mortality of patients. Telephone interviews can serve as remote monitoring method of stroke patients in outpatient clinics.

Aims and objectives of the research. This paper aims to assess effectiveness of the rehabilitation potential indicators in stroke patients living in Krasnoyarsk, depending on the number of completed stages using the telephone interview method in 90 days after hospitalization.

Materials and Methods. A total of 163 cases of stroke were registered. On each of the three rehabilitation stages at admission and discharge the analysis of the rating scales indicators was made and in 90 days after the admission a remote monitoring of patients was performed by telephone interviews. Statistical processing of material was carried out with the use of applied programs Statistica 10.

Results. At different stages of the rehabilitation process three groups of patients were observed. By the telephone interview method in 90 days after admission it was revealed that 96% of patients could move independently, 37% of patients returned to usual daily activities, 62% of patients did not experience difficulties in self-care and 28% had some problems with washing and dressing. A majority of the patients (57%) did not experience anxiety or depression and 35% had a moderate degree of anxiety-depressive syndrome.

Conclusion. Telephone interviews can be used as an affordable and effective method for remote monitoring of stroke patients in the outpatient stage of treatment.

Контакты:

Гордюкова И.Ю. E-mail: irina.gordiukova@yandex.ru