

## МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПРИНЦИП ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ РУКИ ПОСЛЕ МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА

*Сикорская И.С., Святская Е.Ф., Жукова Т.В., Емельянов Г.А.  
БелМАПО, Минск*

Согласно данным многочисленных авторов (Белова А.Н., 2010, Кадыков А.С., Черникова Л.А., 2008, Иванова Г.Е., 2017 и др.) полноценное восстановление движений в руке после мозгового инсульта происходит лишь в 20% случаев. Причиной этого может служить ряд типичных проблем, с которыми специалисты сталкиваются при восстановлении движений в руке. К таким проблемам можно отнести отсутствие у пациента мотивации к тренировкам, ограниченные человеческие ресурсы, которые могут быть задействованы в процессе медицинской реабилитации, а также возникновение вторичных осложнений, таких как артропатия плечевого сустава и мышечные контрактуры.

Определение степени выраженности двигательных нарушений, особенно тонких движений, является важной задачей восстановительного процесса, влияющей на составление реабилитационной стратегии. Кроме оценки двигательных возможностей руки, необходим анализ выраженности спастичности, изменений повседневного функционирования, чувствительных расстройств, феномена неиспользования, апраксии. Оценка только физических признаков и симптомов (объем движений и мышечная сила) не дают полной информации о нарушении функции верхней конечности и уровня ее использования пациентом в повседневной жизни.

Эффективность восстановления пациентов, перенесших инсульт, в значительной мере определяется наличием или отсутствием в стационарах неврологической реабилитации мультидисциплинарной бригады (МДБ). Рекомендованный состав МДБ по профилю неврология - врач невролог, врач реабилитолог, медсестра, инструктор-методист ЛФК, инструктор ЛФК, логопед, психолог, эрготерапевт. Также целесообразно включение в состав МДБ психолога, нейропсихолога, врача физиотерапевта, иглорефлексотерапевта, ортопедотерапевта. На каждого участника МДБ возлагаются функциональные обязанности, связанные как с оценкой состояния пациента, так и с проведением реабилитации в рамках компетенции специалиста. Стандартизированный подход к тестированию необходим для уменьшения расхождения результатов оценки между специалистами одного профиля, при оценке реабилитационного потенциала пациента, также он обеспечивает преемственность между специалистами разных профилей и учреждений, вовлеченных в процесс реабилитации.

Для адекватной оценки динамики восстановления и эффективности при разных целях реабилитации, при разных клинических картинах и разных паттернах двигательного нарушения требуются разные шкалы. Кроме того, шкалы отличаются по времени, требуемому на выполнение оценки, степени сложности их применения в реальной клинической практике, информативности и градации

**Современный многопрофильный стационар - мультидисциплинарный подход к пациенту : материалы науч.-практ. конф., посвящ. 35-летию УЗ «10-я городская клиническая больница», Минск, 22 мая 2020 г.**

баллов. В разработанном нами алгоритме предусмотрены оценочные шкалы для каждого участника МДБ. Практическое применение оценочных шкал позволяет контролировать эффективность работы каждого участника МДБ.

Список шкал и ответственные за оценку в рамках работы МДБ:

*Врач реабилитолог:* Модифицированная шкала Рэнкин. Шкала инсульта Национального института здоровья США (NIHSS). Индекс мобильности Ривермид. Модифицированная шкала Ашфорт (только для больных с нарушением мышечного тонуса). Визуально-аналоговая шкала боли (ВАШ) (оценивает пациент).

*Инструктор-методист физической реабилитации:* Индекс мобильности Ривермид. Тест для руки Френчай (Frenchay Arm Test). Тест Фугль Мейера для оценки верхней конечности

*Инструктор-методист по эрготерапии:* Индекс самообслуживания и повседневной активности Бартел (Barthel Index, BI). Шкала функциональной независимости (Functional Independence Measurement, FIM).

*Психолог (психотерапевт):* Краткая шкала оценки психического статуса (Minimal state examination, MMSE). Тест рисования часов.

Мы рекомендуем каждому специалисту по реабилитации владеть хотя бы двумя унифицированными шкалами для оценки функции. Если говорить о верхней конечности, то оптимально владеть и применять в практике одну из шкал для оценки простых движений (например, шкалу Фугль-Мейера или ARAT) и одну – для оценки навыка (например, шкалу Френчай). Поскольку для успешной реализации реабилитационной программы по восстановлению функции верхней конечности важна сохранность когнитивной сферы, то определены шкалы и для нейропсихологического тестирования.

Использование оценочных шкал упрощает коммуникацию в команде, позволяет обеспечить маршрутизацию, основанную как на потребности пациента в сторонней помощи, так и его самостоятельных возможностях, и, таким образом, позволяет обеспечить более высокое качество медицинской реабилитации.