

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

УДК 616.831-005.1-036.82/.85

ВАСИЛЬЧЕНКО
Наталья Ивановна

**ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ОЦЕНКА РЕАБИЛИТАЦИОННОГО
ПОТЕНЦИАЛА И ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ,
ПЕРЕНЕСШИХ МОЗГОВОЙ ИНСУЛЬТ**

Автореферат диссертации
на соискание ученой степени кандидата медицинских наук
по специальности 14.03.11 – восстановительная медицина, лечебная
физкультура и спортивная медицина, курортология и физиотерапия

Минск, 2016

Научная работа выполнена в государственном учреждении образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Научный руководитель: **Смычек Василий Борисович**, доктор медицинских наук, профессор, директор государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации»

Официальные оппоненты: **Крючок Владимир Григорьевич**, доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой медицинской реабилитации и физиотерапии учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет»

Сидорович Эмилия Константиновна, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник неврологического отдела, руководитель группы клинической ангионеврологии государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии»

Оппонирующая организация: Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет»

Защита состоится 27 апреля 2016 года в 14.00 часов на заседании совета по защите диссертаций Д 03.15.04 при ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»: 220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3 корп. 3, e-mail: aleksei_volotovs@mail.ru, тел. (017) 265-36-12

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Автореферат разослан « » марта 2016 г.

Ученый секретарь
совета по защите диссертаций,
доцент, к.м.н.

А.В. Волотовская

ВВЕДЕНИЕ

Мозговой инсульт является второй по значимости причиной смерти и одной из частых причин госпитализации и тяжелой инвалидизации в промышленно развитых странах (Гусев Е.И., 2007 г., Виленский Б.С., 2008 г.). По данным российских авторов частота инвалидизации через год после инсульта колеблется от 76 до 85 % и к 2010 году в России насчитывалось около 1 млн. инвалидов вследствие инсульта (Маркин С.П., 2010 г.). В Республике Беларусь наблюдается рост показателей первичной инвалидности вследствие мозгового инсульта. В абсолютных числах этот показатель вырос с 6375 в 2002 г. до 9459 в 2014 г. (Смычек В.Б. и др., 2015 г.)

Одной из актуальных проблем современной медицины является разработка научно обоснованных подходов к реабилитации данной категории пациентов. Первым шагом, определяющим успешность реабилитационного лечения, является оценка реабилитационного потенциала (РП) (Лаврова Д.И. и соавт., 2004г.). В настоящее время при оценке РП предполагается преимущественно качественная оценка как уровня нарушений и ограничений жизнедеятельности, так и величины РП. Однако для формирования адекватной индивидуальной программы реабилитации и последующей объективной оценки эффективности реабилитационных мероприятий необходима четкая детализация с возможностью количественной оценки уровня РП.

Вопросы реабилитации пациентов после инсульта активно развиваются, разработаны методические подходы к определению степени выраженности неврологического дефицита, методы физической реабилитации, направленные на восстановление утраченных функций (Скворцова В.И. с соавт., 2011, Кадыков А.С., 2008, Karla L., 1994, Warlow C.P. et al., 1998 г.). В то время как когнитивным и психо-эмоциональным нарушениям и их влиянию на интегральную оценку РП внимания уделялось недостаточно. До настоящего времени не разработаны научно обоснованные подходы к определению так называемого «реабилитационного потенциала» личности в аспекте прогнозирования не только восстановления здоровья в медицинском плане, но и прогнозирования возможности (полной или частичной) социальной активности, включающей возвращение к труду (в своей или в другой профессии), в семью и в общество. Имеет место так называемая диссоциация между восстановлением физической независимости и психофизиологическим статусом, препятствующая достижению должного качества жизни и полноценной интеграции в общество. Это обуславливает необходимость разработки критериев дифференцированной оценки реабилитационного потенциала у пациентов с последствиями инсульта с точки зрения физической, психо-эмоциональной и социальной составляющих.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Связь работы с научными программами (проектами), темами

Данная тема выполнялась в рамках реализации задания 36.1. «Разработка и внедрение современных технологий медицинской реабилитации и системы комплексной реабилитации пациентов с инвалидизирующей патологией» Национальной программы демографической безопасности Республики Беларусь на 2011-2015 гг., утвержденной Указом Президента Республики Беларусь 11.08.2011 г. №357.

Цель и задачи исследования

Цель исследования: повысить качество реабилитации пациентов, перенесших мозговой инсульт, путем применения разработанной методики дифференцированной оценки реабилитационного потенциала, использования дифференцированных программ реабилитации.

Задачи исследования:

1. Осуществить клинико-статистический анализ первичной инвалидности вследствие мозгового инсульта в Республике Беларусь за долговременный период (2002-2014 гг.).

2. Разработать методику количественной оценки медицинской составляющей РП у лиц, перенесших мозговой инсульт.

3. Разработать уровни психологической составляющей РП в зависимости от степени выраженности нарушений высших психических функций (ВПФ) и эмоционально-волевой сферы.

4. Разработать методику оценки общего клинического реабилитационного потенциала с учетом уровней медицинской и психологической составляющих.

5. Разработать алгоритм оценки социальной составляющей РП, как основу медико-социальной активности пациентов с последствиями острого нарушения мозгового кровообращения, с учетом определителей категорий доменов Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ).

6. Разработать дифференцированные программы реабилитации пациентов в зависимости от периода мозгового инсульта и этапа реабилитации.

7. Разработать критерии эффективности медицинской реабилитации пациентов, перенесших мозговой инсульт.

Научная новизна

1. Клинико-статистический анализ первичной инвалидности вследствие мозгового инсульта в общегосударственном масштабе за длительный

промежуток времени (13 лет) позволил установить особенности формирования инвалидности при данном заболевании и основные тенденции ее динамики.

2. Разработана методика количественной оценки медицинской составляющей РП, позволяющая достоверно прогнозировать возможности восстановления нарушенных функций.

3. Разработаны критерии оценки уровня психологической составляющей РП с учетом изменений высших психических функций и эмоционально-волевой сферы у пациентов, перенесших мозговой инсульт.

4. Разработана методика оценки общего клинического реабилитационного потенциала с учетом уровней медицинской и психологической составляющих.

5. Предложена оценка социальной составляющей РП с учетом определителей категорий доменов для набора МКФ-кодов для пациентов с последствиями острого нарушения мозгового кровообращения.

6. Сформированы и научно обоснованы дифференцированные программы медицинской реабилитации пациентов с мозговым инсультом для лечебно-реабилитационного, этапа ранней стационарной реабилитации и амбулаторного этапа реабилитации.

7. Предложены критерии эффективности медицинской реабилитации пациентов, перенесших мозговой инсульт.

Положения, выносимые на защиту

1. Проведение реабилитационно-экспертной диагностики с использованием разработанной методики оценки реабилитационного потенциала, предусматривающей количественную оценку медицинской, оценку психологической составляющих с объединением их в общий клинический РП, позволяет определить дифференцированную тактику реабилитационных мероприятий, а также прогнозировать эффективность проведенной реабилитации у пациентов после мозгового инсульта.

2. Предложенные критерии оценки социальной составляющей РП на основе разработанного способа диагностики определителей доменов МКФ при нарушении мозгового кровообращения, позволяют оценить не только степень нарушений, но и «облегчающие факторы» и «барьеры» окружающей среды, что расширяет реабилитационные возможности пациентов в использовании медико-социальной реабилитационной помощи, повышая уровень их социально-средовой адаптации.

3. Применение разработанных дифференцированных программ медицинской реабилитации позволяет на практике применить новый подход в реабилитации пациентов с мозговым инсультом, который заключается в выделении уровней реабилитации в зависимости от времени, прошедшего после острого нарушения мозгового кровообращения с учетом саногенетических механизмов, происходящих после мозговой катастрофы.

Личный вклад соискателя ученой степени

Проведение патентного поиска, обзор научной литературы, разработка и заполнение тематических карт, клинико-экспертное обследование пациентов, формирование базы данных, статистическая обработка результатов, написание и оформление диссертационной работы, формулировка выводов и положений, выносимых на защиту выполнены соискателем самостоятельно.

Все основные научные результаты диссертационного исследования автором получены самостоятельно и отражены в 20 научных публикациях. Соискателем совместно с научным руководителем в соавторстве разработана и Министерством здравоохранения Республики Беларусь утверждена 1 инструкция по применению. Соискателем совместно с научным руководителем получен патент Республики Беларусь МПК A61B 10/00//. Суммарное долевое участие в публикациях составило 80,0%.

Апробация результатов диссертации и информация об использовании ее результатов

Результаты исследования и основные положения диссертации докладывались и обсуждались на V Международной научно-технической конференции «Медэлектроника – 2008» (Минск, 2008), Республиканском научно – практическом семинаре «Актуальные проблемы медицинской реабилитации» (Гродно, 2009), научно-практической конференции «Теоретичні та клінічні аспекти медико-соціальної експертизи і реабілітації» (Днепропетровск, 2009), научной сессии Белорусского государственного медицинского университета (2011г.), Международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы медицинской экспертизы и реабилитации» (Минск, 2011г.), III Международной научно-практической конференции «Здоровье для всех» (Пинск, 2011), 3 Международном форуме русскоговорящих врачей «Новая волна в медицине» (Рига, 2015), Международной научной конференции «Современные аспекты внедрения МКФ в медицинскую практику в Республике Беларусь и Российской Федерации» (Минск, 2015).

Имеется 11 актов внедрения в практическое здравоохранение и учебный процесс.

Опубликование результатов диссертации

По материалам диссертации опубликовано 20 научных работ. Требованиям пункта 18 Положения о присуждении ученых степеней и присвоении научных званий в Республике Беларусь соответствуют 7 статей в рецензируемых журналах (общим объемом 2,7 авторских листа), 7 статей в рецензируемых сборниках научных трудов, 3 статьи в рецензируемых сборниках материалов конференций, конгрессов и 3 тезиса доклада. Получен 1 патент Республики Беларусь. Издана инструкция по применению, включающая практические аспекты диссертационного исследования.

Структура и объем диссертации

Диссертационная работа написана на русском языке, изложена на 124 страницах машинописного текста. Состоит из введения, общей характеристики работы, 6 глав, заключения, библиографического списка и приложений. Библиографический список (19 страниц) состоит из 192 использованных источников, в том числе 113 работ на русском языке и 79 на иностранном языке, списка публикаций соискателя (22 работы). Работа включает в себя 33 таблицы, иллюстрирована 16 рисунками (31 страница). В приложение включены: инструкция по применению, патент, документы по внедрению материалов диссертации в практику.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Материал и методы исследования

Проведено обследование 187 пациентов в возрасте от 39 до 75 лет, перенесших мозговой инсульт и проходивших раннюю стационарную медицинскую реабилитацию в ГУ «Республиканская клиническая больница медицинской реабилитации», из них мужчин – 121 (64,7%), женщин - 66 (35,3%). Средний возраст пациентов – 56,3 (95% ДИ 55,2-57,4) года.

Методы исследования включали: сбор анамнеза, клинические методы исследования, оценку неврологического статуса с учетом функциональных нарушений и ограничений жизнедеятельности, исследование высших психических функций и эмоционально-волевой сферы.

После проведения неврологического осмотра пациенты были распределены в клинические группы (КГр) в зависимости от уровня РП, основывающегося на степени выраженности неврологического дефицита (с градацией тяжести по 5-ти функциональным классам (ФК)), как высокозначимого фактора, определяющего РП в раннем восстановительном периоде острого нарушения мозгового кровообращения. Таким образом, сформированы 4 КГр:

- КГр1 - пациенты с легкими двигательными и/или координаторными, речевыми нарушениями, имеющие высокий РП (77 пациентов, средний возраст 54,9 лет, из них 47 мужчин и 30 женщин).
- КГр2 - пациенты с умеренными двигательными и/или координаторными, речевыми нарушениями, имеющие средний РП (46 пациентов, средний возраст 55,3 года, мужчин - 43, женщин - 12).
- КГр3 - пациенты с выраженным двигательными и/или координаторными, речевыми нарушениями, имеющие низкий РП (32 пациента из них 19 мужчин и 13 женщин, средний возраст 57,2 года).
- КГр4 - пациенты с резко выраженным двигательными и/или координаторными, речевыми нарушениями и, соответственно, крайне низким РП (32 пациента, средний возраст 59,4 года, мужчин – 22, женщин – 10).

Изучение когнитивных функций и эмоционально-волевой сферы включало: общую оценку когнитивного статуса (шкала MMSE), функцию памяти (методика 10 слов), внимания (таблицы Шульте), определение уровня тревоги (опросник Спилбергера-Ханина) с выделением двух типов тревожности: как черты личности (личностная тревожность - ЛТ) и как преходящего клинического состояния (реактивная тревожность - РТ), уровня депрессии (опросник депрессии Бека), как наиболее часто встречающихся при очаговых нарушениях головного мозга.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием программных пакетов Statistica 8,0 и Microsoft Excel.

Применялись методы описательной статистики. Для описания вариационных рядов в случае нормального распределения признаков вычислялась средняя арифметическая величина (M), ошибка средних арифметических величин (m). Для показателей, характеризующих качественные признаки учитывалось абсолютное число (n), относительная величина в процентах (p), стандартная ошибка относительных величин (m_p). Количественные данные представлены в виде минимального (min), максимального (max), медианы (Me) и квартильного размаха (LQ - нижняя квартиль, UQ – верхняя квартиль).

Сравнение групп по бинарному признаку выполняли с построением таблиц сопряженности и использованием критерия χ^2 Пирсона (Pearson Chi-square) с поправкой на непрерывность Йетса.

Для подтверждения гипотезы о наличии различий между количественными данными нескольких (>2) выборок использовали непараметрический Н-тест Крускала-Уоллиса (Kruskal-Wallis). Значимость различий двух независимых выборок определяли с помощью критерий Манна – Уитни (Mann – Whitney U – test). Достоверность динамики показателей, представленных в числовой шкале, оценивали при помощи парного критерия Уилкоксона (Wilcoxon matched pairs test).

Различия считались достоверными при уровне значимости $p<0,05$.

Особенности формирования инвалидности и анализ показателей реабилитации инвалидов вследствие мозгового инсульта

В Республике Беларусь за период 2002-2014 гг. инвалидами вследствие острого нарушения мозгового кровообращения признано 100439 человек, анализ интенсивных показателей свидетельствует, что при среднегодовом показателе $9,95\pm0,1$ на 10 тыс. населения наибольший выход на инвалидность зарегистрирован в 2012 г. ($12,61\pm0,1$), самый низкий – в 2002 г. ($8,27\pm0,1$). В целом за исследуемый период уровень инвалидности вследствие мозгового инсульта вырос на 48,6% ($p<0,01$). Проведенный анализ первичной инвалидности (ПИ) по возрастным группам показал, что за анализируемый период наиболее часто на инвалидность выходили лица старше 60 лет ($30,50\pm0,41$ на 10 тыс. населения) ($p<0,01$), т.е. старшие

возрастные группы являются преобладающими в контингенте инвалидов вследствие мозгового инсульта, как среди мужчин, так и среди женщин

Среднегодовой уровень ПИ среди жителей города составил $9,41 \pm 0,13$, среди жителей села – $11,45 \pm 0,24$ ($p < 0,01$). У жителей села превалирует установление тяжелой инвалидности (I и II группы) по сравнению с жителями города, соответственно 87,6% и 80,7% ($p < 0,01$). В то же время инвалидность III группы среди жителей села ниже (12,4%), чем среди жителей города (19,3%) ($p < 0,01$).

Выявлено различие уровней ПИ в регионах Республики Беларусь и г. Минска: региональные показатели колеблются от $13,17 \pm 0,34$ на 10 тыс. населения в Минской области, при превышении среднереспубликанского значения на 32,4% ($p < 0,01$), до $7,71 \pm 0,27$ на 10 тыс. населения в Витебской области, что ниже среднереспубликанского значения на 22,5% ($p < 0,01$). Кроме Минской области, превышение республиканских показателей наблюдалось также в Гомельской области (на 5,2%), Гродненской (на 0,4%) и Могилевской (на 7,4%) областях.

Наибольший темп прироста зафиксирован в Брестской области, где уровень инвалидности вырос с $7,83 \pm 0,26$ на 10 тыс. населения в 2002 г. до $13,64 \pm 0,35$ на 10 тыс. населения в 2014 г. что составляет 74,2% ($p < 0,01$). Наименьший темп прироста отмечен в г. Минске, где показатели выросли с $7,85 \pm 0,24$ на 10 тыс. населения в 2002 г. до $8,68 \pm 0,23$ на 10 тыс. населения в 2014 г. или на 10,6% ($p < 0,05$).

Показатели полной реабилитации по республике выросли с 2,2% в 2002 году до 4,4% в 2014 году ($p < 0,01$). В то же время незначительное снижение показателя частичной реабилитации (с 6,4% в 2002 г. до 5,7% в 2014 г.) и увеличение показателя утяжеления инвалидности (33,5% в 2002 г. и 45,1% в 2014 г., $p < 0,01$) свидетельствует о сложности достижения положительной динамики у большинства пациентов ввиду тяжести, как основного заболевания, так и наличия сопутствующих заболеваний.

Оценка реабилитационного потенциала пациентов, перенесших мозговой инсульт

Для оценки медицинской составляющей РП нами разработана методика количественной оценки.

Для этого предложено ввести понятие (результатирующее значение, рассчитываемое по формуле) общий функциональный класс (ОФК), который отражает степень нарушения функций в совокупности у данного пациента. ОФК может быть рассчитан по следующей формуле 1:

$$\text{ОФК} = \log_p (1 + \sum_i (p^{\Phi K_i} - 1)) \quad (1)$$

где ОФК – общий функциональный класс

ΦK_i – степень выраженности нарушения в соответствии с ФК

p – коэффициент функционального отягощения ($p=10$). Он указывает на то, что при наличии сочетания нарушений по одному ФК степень тяжести нарушений приближается к более высокому ФК.

Реабилитационный потенциал (РП) пациента можно рассчитать по формуле 2:

$$РП = 1 - ОФК / ОФК_{max} \quad (2)$$

где РП – реабилитационный потенциал

ОФК – общий функциональный класс

ОФК max – максимально возможное значение ОФК ($ОФК_{max}=5$)

Нами определены диапазоны числовых значений для показателей ОФК и РП, высчитанных экспериментально с учетом наличия и степени выраженности имеющихся нарушений, которые представлены в таблице 1.

Таблица 1. – Уровень РП в зависимости от числовых значений ОФК и РП

Уровень РП	Значение ОФК	Значение РП
Высокий	[1,0 – 2,0)	[0,8 - 0,6)
Средний	[2,0 – 3,0)	[0,6 - 0,4)
Низкий	[3,0 – 4,0)	[0,4 - 0,2)
Крайне низкий	[4,0 – 5,0)	[0,2 - 0)

При оценке показателя ОФК при поступлении в КГр1 - КГр4 по предложенной методике полученные данные представлены в таблице 2.

Таблица 2. – Данные в КГр по показателю ОФК

Клинические группы	Min	Max	Me	Lower Quartile	Upper Quartile	Достоверность различий
КГр 1 (n=77)	1,000	1,740	1,447	1,000	1,568	$p_{1,2}^* < 0,000$
КГр 2(n=46)	2,000	4,005	2,230	2,037	2,354	$p_{2,3}^* < 0,000$
КГр 3(n=32)	3,015	3,612	3,342	3,066	3,490	$p_{3,4}^* < 0,000$
КГр 4(n=32)	4,004	4,492	4,333	4,066	4,491	$p_{3,4}^* < 0,000$

Примечание - * – достигнут уровень значимости по критерию Манна – Уитни (U)

Дополнительно используя непараметрический тест Краскала – Уолисса (Н) для анализа ОФК при поступлении достигнут уровень значимости Н (3, N=187)=168, 1043, $p=,000$.

Аналогично при оценке показателя РП при поступлении в КГр1 - КГр4 проведен анализ показателей, представленных в таблице 3.

Таблица 3. – Данные в КГр по показателю РП

Клинические группы	Min	Max	Ме	Lower Quartile	Upper Quartile	Достоверность различий
КГр 1 (n=77)	0,651	0,800	0,710	0,686	0,800	$p_{1,2}^*$ <0,000
КГр 2 (n=46)	0,198	0,600	0,553	0,529	0,592	$p_{2,3}^*$ <0,000
КГр 3 (n=32)	0,277	0,396	0,331	0,301	0,386	$p_{3,4}^*$ <0,000
КГр 4 (n=32)	0,101	0,199	0,133	0,101	0,187	$p_{3,4}^*$ <0,000

Примечание - * – достигнут уровень значимости по критерию Манна – Уитни (U)

Дополнительно используя непараметрический тест Краскала – Уолисса (Н) для анализа ОФК при поступлении достигнут уровень значимости Н (3, n=187)=168, 1043, $p=,000$.

В КГр1, КГр3, КГр4 наблюдается совпадение пациентов по группам, в КГр2 у одного пациента значения ОФК и РП не входят в параметры рассчитанных значений для данной группы, при выбранном уровне статистической значимости это составляет менее 5%.

Для оценки состояния высших психических функций (ВПФ) и эмоционально-волевой сферы (психологической составляющей РП) изначально проводилось краткое исследование психического состояния (MMSE).

В КГр1 по показателям тестирования по шкале MMSE преобладали пациенты с отсутствием нарушений – 45 (58,4±0,1%), пациентов с преддементными нарушениями - 30 (39,0±0,1%) ($\chi^2 =5,094$, $p<0,05$) и 2 (2,6±0,1%) человека показали результат, интерпретирующийся как легкая деменция ($\chi^2 =54,018$, $p<0,001$); в КГр2 - нет нарушений у 33 (71,7±0,1%) человек и у 13 (28,3±0,2%) человек преддементные нарушения ($\chi^2 =15,696$, $p<0,001$); в КГр3 преобладали пациенты с преддементными нарушениями - 20 (62,5±0,2%), в то время как пациентов без нарушений - 11 (34,4±0,3%), а легкой деменцией - 1 (3,1±0,3%) человек, среди пациентов с легкой деменцией и преддементными нарушениями и отсутствием нарушений в КГр3 были выявлены достоверные отличия ($\chi^2 =22,968$, $p<0,001$; $\chi^2 =8,308$, $p<0,01$); в КГр4 преобладали пациенты с преддементными нарушениями 28 (87,5 ±0,1%), пациентов с легкой деменцией и отсутствием нарушений всего по 2 (6,25±0,3%) человека ($\chi^2 =39,216$, $p<0,001$).

По результатам проведенной оценки характера нарушений функции памяти: в КГр1 и КГр2 преобладали пациенты без нарушений – 43 (55,8±0,09%) и 29 (63,0±0,13%) человек соответственно, в КГр1 легкие нарушения у 32 (41,6±0,10) и умеренные нарушения у 2 (2,6±0,13%) пациентов (достоверные различия между пациентами без нарушений и умеренными нарушениями ($\chi^2 =50,234$, $p<0,001$) и пациентами с легкими и умеренными нарушениями ($\chi^2 =31,744$, $p<0,001$)); в КГр2 – 16 (34,8±0,18%) человек – легкие нарушения ($\chi^2 =6,264$, $p<0,05$) и только у 1 (3,1±0,31%) человека умеренные нарушения ($\chi^2 =36,058$, $p<0,001$; $\chi^2 =14,143$, $p<0,001$); в КГр3 и

КГр4 достоверно чаще у пациентов имели место легкие нарушения – 20 ($62,5\pm0,19\%$) и 24 ($75,0\pm0,15\%$) человек соответственно, при этом в КГр3 отсутствие нарушений у 8 ($25,0\pm0,27\%$) ($\chi^2 = 7,683$, $p<0,01$), умеренные нарушения у 3 ($9,4\pm0,30\%$) ($\chi^2 = 17,374$, $p<0,001$) и выраженные нарушения – 1 ($3,1\pm0,31\%$) человека ($\chi^2 = 22,963$, $p<0,001$), а в КГр4 нет нарушений и выраженные нарушения по 2 ($6,25\pm0,30\%$) человека соответственно ($\chi^2 = 28,567$, $p<0,001$) и умеренные нарушения памяти у 4 ($12,5\pm0,29\%$) человек ($\chi^2 = 22,921$, $p<0,001$).

По оценке функции внимания: в КГр1, КГр2, КГр3 достоверно выше число пациентов с легкими нарушениями: 35 ($45,5\pm0,1\%$), 34 ($73,9\pm0,1\%$), 22 ($68,7 \pm0,2\%$) человек соответственно. При этом в КГр1 достоверно меньше пациентов с умеренными – 12 ($15,6\pm0,1\%$) ($\chi^2 = 14,821$, $p<0,001$) и выраженным нарушениями – 3 ($3,9\pm0,1\%$) человека ($\chi^2 = 33,574$, $p<0,001$) и у 27 ($35,0\pm0,1\%$) человек нет нарушений; КГр2: у 7 ($15,2\pm0,2\%$) человек нет нарушений ($\chi^2 = 29,743$, $p<0,001$), умеренные нарушения у 5 ($10,9\pm0,2\%$) человек ($\chi^2 = 34,895$, $p<0,001$); в КГр3 получены достоверные различия у пациентов без нарушений ($\chi^2 = 21,268$, $p<0,001$), которых всего 3 ($9,4\pm0,3\%$), с умеренными нарушениями ($\chi^2 = 13,221$, $p<0,001$), их количество 6 ($18,8\pm0,3\%$) человек и с выраженным нарушениями ($\chi^2 = 26,694$, $p<0,001$) – 1 человек ($3,1\pm0,3\%$). В КГр4 данные выглядят иначе: у всех пациентов отмечены нарушения внимания от легких до выраженных. При этом пациентов с легкими и умеренными нарушениями было 9 ($28,1\pm0,3\%$) и 17 ($53,1\pm0,2\%$) человек соответственно, что достоверно выше ($\chi^2 = 5,931$, $p<0,05$), чем пациентов с выраженным нарушениями – 6 ($18,8\pm0,3\%$) человек.

Характер депрессивной симптоматики представлен следующим образом: в КГр1 примерно одинаковое количество пациентов с отсутствием депрессивных симптомов - 39 ($50,6\pm0,1\%$) и легкой депрессией – 35 ($45,5\pm0,1\%$) человек и достоверно меньше пациентов с умеренными - 2 ($2,6\pm0,1\%$) человека ($\chi^2 = 43,079$, $p<0,001$; $\chi^2 = 36,428$, $p<0,001$) и тяжелыми показателями депрессии - 1 ($1,3\pm0,1\%$) человека ($\chi^2 = 46,234$, $p<0,001$; $\chi^2 = 39,479$, $p<0,001$); в КГр2 статистически достоверно чаще отсутствие депрессивных нарушений: 32 ($69,6\pm0,1\%$) человека, у 13 ($28,2\pm0,2\%$) человек легкие нарушения ($\chi^2 = 14,094$, $p<0,001$) и умеренные нарушения у 1 ($2,2\pm0,2\%$) человек ($\chi^2 = 42,527$, $p<0,001$); в КГр3 практически одинаковое количество пациентов не имели признаков депрессии и имели легкие ее проявления – 14 ($43,7\pm0,2\%$) и 15 ($46,9\pm0,2\%$) человек соответственно и достоверно меньше пациентов с умеренными - 2 ($6,3\pm0,3\%$) человека ($\chi^2 = 6,344$, $p<0,05$; $\chi^2 = 7,026$, $P<0,01$) и с тяжелыми депрессивными значениями - 1 ($3,1\pm0,3\%$) человек ($\chi^2 = 8,471$, $p<0,01$; $\chi^2 = 9,215$, $p<0,01$); в КГр4 легкие депрессивные проявления – 21 человек ($65,6\pm0,2\%$), статистически достоверно выше, чем отсутствие нарушений - 5 ($15,6\pm0,3\%$) человек ($\chi^2 = 14,575$, $p<0,001$) и умеренные нарушения – 6 ($18,8\pm0,3\%$) человек ($\chi^2 = 12,557$, $p<0,001$).

При оценке уровня тревоги по субшкале РТ в КГр1 и КГр2 преобладали пациенты с низким уровнем тревоги - 45 ($58,4\pm0,1\%$) и 35 ($76,1\pm0,1\%$) человек соответственно,

также в КГр1 достоверно меньше было пациентов с умеренным – 30 ($39,0\pm0,1\%$) человек ($\chi^2=5,094$, $p<0,01$) и с высоким уровнем тревоги - 2 ($2,6\pm0,13\%$) человека ($\chi^2=54,018$, $p<0,001$); в КГр2 еще 11 ($23,9\pm0,2\%$) человек с умеренным уровнем тревоги ($\chi^2=23,00$, $p<0,001$); в КГр3 практически одинаковое количество обследованных имело низкие показатели тревоги – 16 ($50,0\pm0,2\%$) человек, умеренная тревога диагностирована у 15 ($46,9\pm0,2\%$) человек и достоверно ниже было число пациентов с высоким уровнем тревоги - 1 ($3,1\pm0,3\%$) человек ($\chi^2=15,700$, $p<0,001$; $\chi^2=14,083$, $p<0,001$); наибольшее количество пациентов КГр4 имели умеренный уровень РТ - 25 ($78,1\pm0,2\%$) человек, что достоверно выше числа пациентов как с низким – 6 ($18,8\pm0,3\%$) человек, ($\chi^2=20,270$, $p<0,001$), так и с высоким ее уровнем - 1 ($3,1\pm0,3\%$) человек ($\chi^2=35,108$, $p<0,001$).

При оценке показателей по субшкале ЛТ: в КГр1 – 1 ($1,3\pm0,1\%$) человек имел значения, соответствующие низкому уровню тревоги, что было достоверно ниже, чем число пациентов с показателями, соответствующими умеренному уровню тревоги – 36 ($46,8\pm0,1\%$) ($\chi^2=41,124$, $p<0,001$) и с высоким уровнем тревоги- 40 ($51,9\pm0,1\%$) ($\chi^2=47,998$, $p<0,001$); в КГр2 у большей части пациентов показатели соответствовали умеренному уровню ЛТ, у 30 ($65,2\pm0,1\%$) человек, что достоверно выше, чем пациентов с низким уровнем тревоги - 9 ($19,6\pm0,2\%$) ($\chi^2=17,804$, $p<0,001$) и с высоким ее уровнем – 7 ($15,2\pm0,2\%$) ($\chi^2=21,88$, $p<0,001$); в КГр 3 помимо 19 ($59,4\pm0,2\%$) человек с умеренными показателями, у 13 ($40,6\pm0,2\%$) человек выявлены высокие показатели ЛТ и не было различий внутри группы; КГр4 разделилась на 2 подгруппы: большинство с умеренными нарушениями ЛТ – 21 ($65,6\pm0,2\%$) человек и 11 ($34,4\pm0,2\%$) человек с выраженным нарушениями ($\chi^2=5,743$, $p<0,001$).

Оценка уровня РП по психологической составляющей у пациентов, перенесших мозговой инсульт, учитывает оценку нарушений высших психических функций (когнитивной сферы) и оценку нарушений эмоционально-волевой сферы, согласно разработанным критериям уровней (высокий, средний, низкий, крайне низкий) РП по данной составляющей и оценку категорий жизнедеятельности в этой сфере.

Следующий шаг – определение общего клинического реабилитационного потенциала (ОКРП), как результирующего медицинской и психологической составляющих. При этом учитывается, что показатель ОКРП не просто сумма медицинской и психологической составляющих, а их объединение с учетом возможного «взаимоотягощения» и «взаимопомощи».

Для оценки уровня РП по социальной составляющей в соответствии с МКФ выделены и описаны коды и количественная оценка «факторов окружающей среды» (рисунок 1).

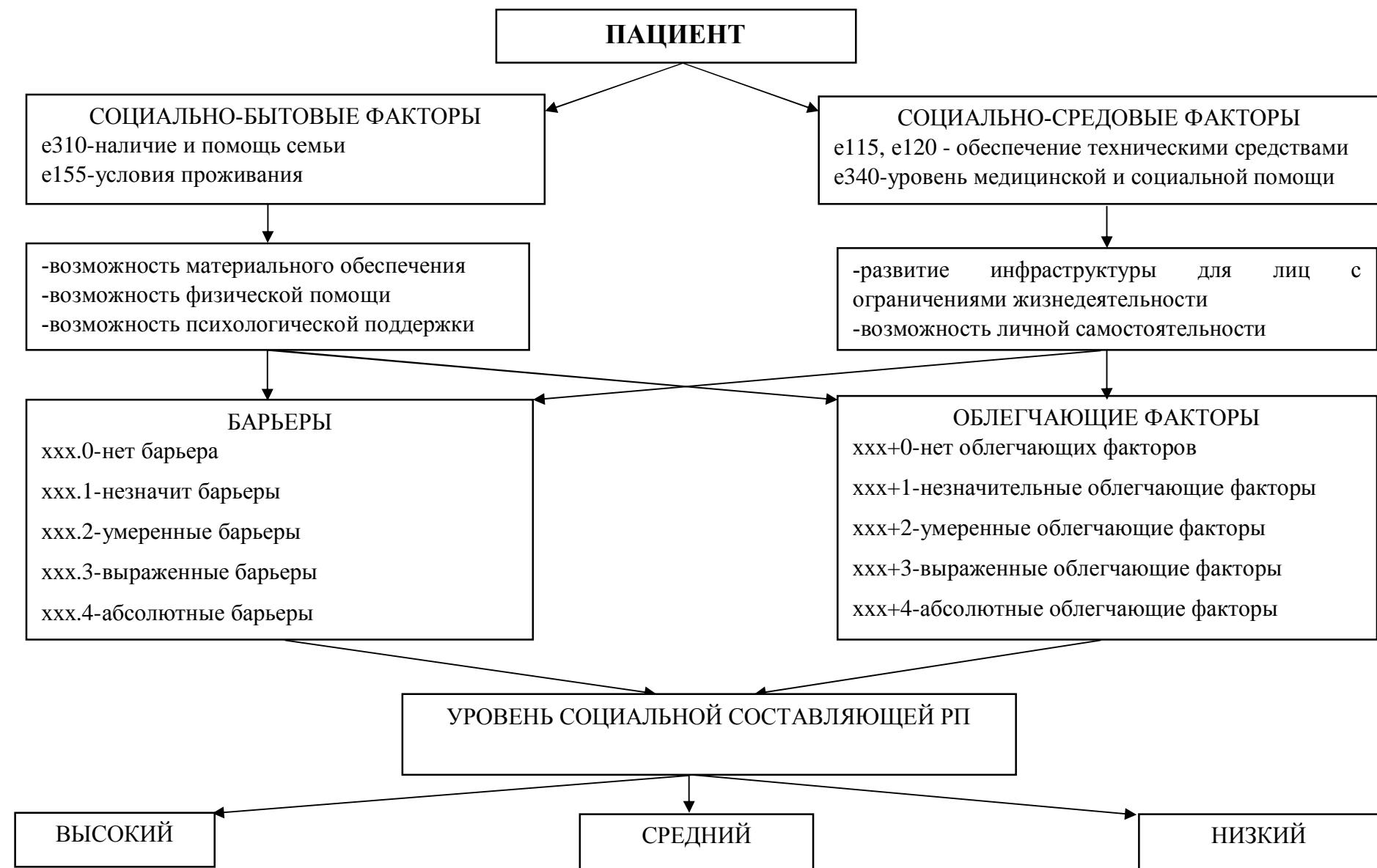


Рисунок 1. – Оценка социальной составляющей реабилитационного потенциала

Дифференцированные программы медицинской реабилитации пациентов, перенесших мозговой инсульт

Проведение медицинской реабилитации (МР) заключается в выделении уровней реабилитации в зависимости от времени, прошедшего после острого нарушения мозгового кровообращения с учетом механизмов саногенеза и максимального использования резервных возможностей организма

К особенностям разработанных нами подходов при составлении программ МР относится следующее:

1) разработанные дифференцированные программы медицинской реабилитации пациентов, перенесших мозговой инсульт, предполагают их реализацию с позиций саногенеза (реституция, компенсация, реадаптация), что позволяет формулировать цель, максимально решаемую именно в данный период острого нарушения мозгового кровообращения;

2) предлагаемые программы реабилитации предполагают проведение определенных взаимосвязанных мероприятий, процедур, направленных на устранение или уменьшение конкретного дефекта в виде тех или иных ограничений жизнедеятельности различной степени выраженности;

3) реализация каждой программы реабилитации является этапом в общей системе оказания помощи этим пациентам, а предполагаемый конкретный порядок мероприятий указывает на первостепенность и важность именно данного мероприятия, как основного в достижении поставленной цели.

Критерии оценки эффективности реабилитации пациентов, перенесших мозговой инсульт

Нами разработаны и предлагаются критерии оценки эффективности проведенной МР у пациентов, перенесших мозговой инсульт, предусматривающие достижение конкретного результата к определенному временному периоду после перенесенного инсульта (через 1, 2 месяца и т.д.) в зависимости от КГр к которым были отнесены пациенты до начала реабилитации.

Кроме того, для оценки эффективности достижения результата также у каждого пациента проведена оценка состояния при поступлении и при выписке с расчетом показателя ОФК при поступлении и выписке, а затем оценив Δ (дельта) ОФК (разницу показателей) в абсолютных числах (абсолютное улучшение) и в процентах (относительное улучшение) проведен расчет динамики восстановления нарушенных функций во всех КГр.

Динамика улучшения по группам (КГр1 – КГр4) с учетом динамики показателя ОФК (как отражающего совокупность неврологических нарушений) с оценкой при поступлении и выписке представлена в таблице 4.

Таблица 4. – Динамика значений ОФК в КГр

Клинические группы	ОФК при поступлении			ОФК при выписке			Достоверность различий
	min	max	Me(LQ-UQ)	min	max	Me(LQ-UQ)	
КГр1 (n=77)	1,000	1,740	1,447 (1,000- 1,568)	0,000	1,662	0,539 (0,000- 1,000)	T-00 Z-6,566 p-0,000
КГр2 (n=46)	2,000	4,005	2,230 (2,037- 2,354)	1,000	2,336	1,507 (1,000- 1,567)	T-00 Z-6,776 p-0,000
КГр3 (n=32)	3,015	3,612	3,342 (3,066- 3,490)	1,278	3,612	3,048 (2,493- 3,323)	T-00 Z-4,285 p-0,000018
КГр4 (n=32)	4,004	4,492	4,333 (4,066- 4,491)	3,007	4,492	4,208 (3,333- 4,343)	T-00 Z-3,823 p-0,000132

Таким образом, при сравнении групп по критерию Вилкоксона во всех КГр достигнут значимый эффект реабилитационных мероприятий ($p < 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Проведенный анализ первичной инвалидности вследствие мозгового инсульта за период с 2002 по 2014 гг. позволил установить следующие особенности: имеет место тенденция к росту инвалидности как в абсолютных цифрах (6375 человек в 2002 году до 9459 человек в 2014 году), так и в интенсивных показателях ($8,27 \pm 0,10$ на 10 тыс. населения в 2002 году и $12,29 \pm 0,13$ на 10 тыс. населения в 2014 году); уровень инвалидности растет в каждом десятилетнем возрастном интервале, достигая пика в пенсионном возрасте; у жителей села превалирует установление тяжелой инвалидности (1 и 2 группы) по сравнению с жителями города (соответственно 87,6% и 80,7%), в то же время инвалидность 3 группы среди жителей села ниже (12,4%), чем среди жителей города (19,3%). Так же установлено, что имеет место рост удельного веса инвалидов 1 группы (с 33,8% в 2002 г. до 48,6% в 2014 г.) при снижении удельного веса инвалидов 2 группы (с 46,7% в 2002 г. до 34,3% в 2014 г.) и некотором уменьшении числа инвалидов 3 группы (19,6% в 2002 г. и 17,1% в 2014 г.). Полученные данные подтверждают медико-социальную значимость проблемы мозгового инсульта, связанной с экономическим ущербом вследствие инвалидности [4].

2. Разработанная методика количественной оценки медицинской составляющей РП, заключающаяся в определении количественных показателей ОФК и РП (патент Республики Беларусь МПК А61В 10/00/) и их значений,

рассчитанных для различных уровней РП (высокий [0,8 - 0,6], средний [0,6 - 0,4], низкий [0,4 - 0,2], крайне низкий [0,2 - 0]), позволяет детализировать степень выраженности имеющихся нарушений в их интегральной совокупности и осуществить количественно-обоснованную оценку уровня РП у конкретного пациента. Так, у пациентов в КГр1 при оценки РП медиана и межквартильный интервал составили 0,710 [0,686-0,800], в КГр2 – 0,553 [0,529-0,592], в КГр 3 - 0,331 [0,301-0,386] и КГр4 – 0,133 [0,101-0,187] соответственно. По критерию Манна-Уитни при выбранном критерии значимости $p<0,05$ достигнуто различие показателя между группами $p<0,000$ [6,20,21].

3. Показатели комплексной оценки психологической составляющей РП указывают на значительную частоту и степень выраженности нарушений когнитивной (память, внимание) и эмоционально-волевой сферы (депрессия, тревога) ($p<0,05$). Нарушения памяти отмечены у 105 (56,1%), нарушения внимания – у 150 (80, 2%), проявления депрессии у 97 (51,9%) человек и по показателям тревоги по шкале РТ преобладали пациенты с низкой степенью тревожности – 90 (48,1%), а по шкале ЛТ с умеренными проявлениями – 106 (56,7%) человек. В зависимости от степени выраженности нарушений выделено 4 уровня психологической составляющей РП: высокий, средний, низкий, крайне низкий. Предложенные критерии позволяют индивидуально подойти к формированию программы реабилитации с введением в процесс необходимой медико-психологической помощи [5,7,8,9,10,11,13,14,16,17,22].

4. Разработанная методика оценки общего клинического реабилитационного потенциала с учетом уровней медицинской и психологической составляющих позволяет качественно и комплексно составлять индивидуальную программу реабилитации конкретного пациента и рассчитывать на получение максимального реабилитационного эффекта [6,9,11,15,22].

5. Алгоритм оценки социальной составляющей РП даже в период ранней стационарной реабилитации позволяет оценить возможности окружающей среды (макросоциума) и семьи (микросоциума) в плане «барьеров» с целью их возможной коррекции или «облегчающих факторов», что позволяет максимально использовать сохраненные функции и возможности пациента для дальнейшей его интеграции в семью, коллектив, общество [3,9,11,12,19].

6. Разработанные дифференцированные программы медицинской реабилитации в зависимости от периода инсульта, этапа реабилитации и реабилитационного потенциала с учетом саногенетических механизмов (реституция, регенерация, компенсация) дают возможности индивидуального подхода для получения максимально возможного реабилитационного эффекта у каждого пациента и позволяют не только минимизировать медицинские последствия мозгового инсульта, но и обеспечивают реализацию мероприятий медико-социальной экспертизы, профессиональной реабилитации (в части

осуществления экспертизы профессиональной пригодности и определения доступных видов труда и профессий) и социальной реабилитации (в части назначения и реализации мероприятий социально-бытовой адаптации пациента) [1,2,18].

7. Разработанные критерии эффективности медицинской реабилитации пациентов, перенесших инсульт, с выделением промежуточных задач реабилитации, отражающих достижение конечной цели по мере перехода на определенные этапы реабилитации, являются основой для определения результативности проведенных реабилитационных мероприятий и позволяют объективно оценить возможности восстановления и необходимость дальнейшего проведения мероприятий восстановительного лечения, определяют оптимально возможные этапы реабилитации (лечебно-реабилитационный, этап ранней стационарной реабилитации, амбулаторный, домашний, этап повторной стационарной реабилитации) и сроки их проведения в зависимости от уровня РП ($p<0,05$) [1,2,18].

Рекомендации по практическому использованию результатов

1. Внедрение в практику методики оценки медицинской, психологической, общей клинической и социальной составляющих реабилитационного потенциала позволит объективно оценить сохраненные функции организма, составить адекватную программу реабилитации конкретного пациента и достоверно прогнозировать как ближайшие, так и отдаленные результаты реабилитации [21].

2. Предлагаемые подходы к экспертно-реабилитационной диагностике и оценке уровня РП могут использоваться врачами-неврологами, реабилитологами, экспертами в повседневной деятельности для оценки не только клинико-функционального состояния пациента, но и всех аспектов социальной жизни человека. Разработанная методика оценки РП может быть использована в практике врача-реабилитолога как надежный инструмент, отражающий всесторонние возможности функционирования пациентов в микро- и макросоциуме в восстановительном периоде мозгового инсульта [22].

3. Реализация на практике предложенных дифференцированных программ медицинской реабилитации пациентов, перенесших мозговой инсульт, позволит добиться оптимально возможного эффекта восстановления нарушенных функций и максимальной их социальной интеграции в семью, коллектив и общество [2].

4. Применение на практике предлагаемых критериев оценки эффективности медицинской реабилитации позволит ориентировать специалистов на достижение определенного клинического результата в зависимости от времени прошедшего после мозгового инсульта и тяжести инвалидизирующих последствий заболевания.

СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ СОИСКАТЕЛЯ

Статьи в научных журналах

1. Клинико-функциональный диагноз – основа медико-социальной экспертизы пациентов с неврологической патологией / В. Б. Смычек, Г. С. Северин, А. М. Шишко, Т. П. Гладкая, Н. И. Козлова (Н. И. Васильченко) // Здравоохранение. – 2010. – № 6. – С. 64–67.
2. Основы медицинской реабилитации пациентов, перенесших мозговой инсульт / В. Б. Смычек, Н. И. Васильченко, И. Я. Чапко, Т. Д. Рябцева // Неврология и нейрохирургия в Беларуси. – 2011. – № 3. – С. 24–39.
3. Оценка реабилитационного потенциала у пациентов, перенесших мозговой инсульт / В. Б. Смычек, И. Я. Чапко, Н. И. Козлова (Н. И. Васильченко), Т. Д. Рябцева // Неврология и нейрохирургия в Беларуси. – 2011. – № 1. – С. 91–107.
4. Смычек, В. Б. Анализ показателей инвалидности вследствие мозгового инсульта в Республике Беларусь / В. Б. Смычек, А. В. Копыток, Н. И. Васильченко // Неврология и нейрохирургия в Беларуси. – 2011. – № 4. – С. 112–119.
5. Анализ психовегетативного статуса у пациентов с ишемическим повреждением головного мозга / В. Б. Смычек, Н. В. Галиновская, В. Я. Латышева, Н. Н. Усова, Н. И. Васильченко // Национал. журн. неврологии [науч.-практ. журн., Баку]. – 2012. – № 2. – С. 76–80.
6. Смычек, В. Б. Методика количественной оценки реабилитационного потенциала у пациентов с мозговым инсультом / В. Б. Смычек, Н. И. Васильченко // Здравоохранение. – 2012. – № 6. – С. 67–71.
7. Васильченко, Н. И. Оценка психологической составляющей реабилитационного потенциала у пациентов с мозговым инсультом / Н. И. Васильченко, В. Б. Смычек // Укр. вісн. мед.-соц. експертизи. – 2015. – № 3. – С. 22–26.

Статьи в сборниках научных трудов

8. Определение психологического реабилитационного потенциала личности / В. Б. Смычек, И. Я. Чапко, Т. Д. Рябцева, Н. И. Козлова (Н. И. Васильченко) // Медэлектроника-2008. Средства медицинской электроники и новые медицинские технологии : сб. науч. ст. 5-ой Междунар. науч.-техн. конф., Минск, 11-12 дек. 2008 г. – Минск, 2008. – С. 470–473.
9. Козлова, Н. И. (Васильченко, Н. И.) Алгоритм определения реабилитационного потенциала у пациента / Н. И. Козлова (Н. И. Васильченко) // Медэлектроника - 2010. Средства медицинской электроники и новые медицинские технологии : сб. науч. ст. 6 Междунар. науч.-техн. конф., Минск, Беларусь, 8-9 дек. 2010 г. / Белорус. гос. ун-т информатики и радиоэлектроники,

Белорус. мед. акад. последиплом. образования, Ин-т физиологии Нац. акад. наук Беларуси. – Минск, 2010. – С. 354–355.

10. Козлова, Н. И. (Васильченко, Н. И.) Нарушения высших психических функций и эмоционально-волевой сферы у больных с нарушениями мозгового кровообращения на этапе ранней стационарной реабилитации / Н. И. Козлова (Н. И. Васильченко) // Актуальные вопросы медицинской экспертизы и реабилитации больных и инвалидов : сб. тез. Междунар. науч.-практ. конф., Минск, 20-21 мая / НИИ мед. экспертизы и реабилитации ; Респ. клин. мед. центр Упр. делами Президента. – Минск, 2010. – С. 59–61.

11. Козлова, Н. И. (Васильченко, Н. И.) Оценка реабилитационного потенциала при нарушениях мозгового кровообращения на этапе ранней медицинской реабилитации / Н. И. Козлова (Н. И. Васильченко) // Медико-социальная экспертиза и реабилитация : сб. науч. ст. междунар. науч.-практ. конф. «Актуальные проблемы мед. экспертизы и реабилитации больных и инвалидов, Минск, 20-21 мая 2010 г. / НИИ мед.-экспертиза и реабилитация, Респ. клин. мед. центр Упр. делами Президента ; под. ред. В. Б. Смычка. – Минск, 2010. – С. 191–193.

12. Васильченко, Н. И. Социальная активность пациентов перенесших нарушение мозгового кровообращения / Н. И. Васильченко // Медико – социальная экспертиза и реабилитация : сб. науч. ст. Междунар. науч.-конф. «Актуальные проблемы медицинской экспертизы и реабилитации, Брест, 20 мая 2011 г. / Респ. науч.-практ. центр мед. экспертизы и реабилитации ; под ред. В. Б. Смычка. – Минск, 2011. – Вып. 13. – С. 283–285.

13. Качество жизни пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения / Е. Ф. Святская, Н. В. Ампилова, Н. И. Васильченко, Н. В. Сниткова, В. Н. Агеев // Медико–социальная экспертиза и реабилитация : сб. науч. ст. / Респ. науч.-практ. центр мед. экспертизы и реабилитации ; под ред. В. Б. Смычка. – Минск, 2012. – Вып. 14. – С. 207–211.

14. Святская, Е. Ф. Особенности изменения когнитивных функций и эмоционально-волевой сферы у пациентов, перенесших нарушение мозгового кровообращения / Е. Ф. Святская, Н. В. Ампилова, Н. И. Васильченко // Медико-социальная экспертиза и реабилитация : сб. науч. ст. междунар. науч.-практ. конф. «Актуальные проблемы медицинской экспертизы и реабилитации», Минск, 24 мая 2013 г. – Минск, 2013. – Вып. 13. – С. 396–400.

Материалы конференций и тезисы докладов

15. Козлова, Н. И. (Васильченко, Н. И.) (Оценка реабилитационного потенциала у лиц перенесших мозговой инсульт / Н. И. Козлова (Н. И. Васильченко) // Актуальные вопросы медицинской реабилитации : сб. науч. ст. конф., посвящ. 20-летию каф. мед. реабилитации и немедикаментоз. терапии УО

ГрГМУ, Гродно, 27 марта 2009 г. / ГрГМУ ; ред. Л. А. Пироговой. – Гродно, 2009. – С. 178–182.

16. Козлова, Н. И. (Васильченко, Н. И.) Психологическая составляющая реабилитационного потенциала / Н. И. Козлова (Н. И. Васильченко) // Теоретичні та клінічні аспекти медико–соціальної експертизи і реабілітації : матеріали юбл. наук.- практ. конф., Дніпропетровськ, 17 грудня 2009 р. – Дніпропетровськ, 2009. –С. 146–148.

17. Васильченко, Н. И. Алгоритм диагностики когнитивных и эмоциональных нарушений у пациентов, перенесших мозговой инсульт/ Н. И. Васильченко // Здоровье для всех : материалы III Междунар. науч.-практ. конф. в 3-х ч., Пинск, 19-20 мая 2011 г. / гл. ред. К. К. Шебеко. – Пинск, 2011. – Ч. 1. – С. 44–46.

18. Смычек, В. Б. Формулировка клинико-функционального диагноза в практике медико-социальной экспертизы / В. Б. Смычек, Г. С. Северин, Н. И. Васильченко // Человек и его здоровье : тез. докл. 16 Рос. нац. конгр., Санкт-Петербург, 25-28 окт. 2011 г. / М-во здравоохранения и соц. развития Рос. Федерации. – СПб., 2011. – С. 118.

19. Васильченко, Н. И. Оценка составляющей реабилитационного потенциала у пациентов с нарушением передвижения при составлении программы социально-бытовой адаптации / Н. И. Васильченко // Современные технологии и международная классификация функционирования в реабилитации инвалидов с нарушениями функций опоры и движения : тез. докл. науч.-практ. конф., Новокузнецк, 20-30 окт. 2014 г. / Новокузнецк. науч.-практ. центр мед.-соц. экспертизы и реабилитации инвалидов. – Новокузнецк, 2014. – С. 12-13.

20. Васильченко, Н. И. Оценка реабилитационного потенциала у пациентов с нарушениями мозгового кровообращения / Н. И. Васильченко, В. Б. Смычек // Новая волна в медицине : тез. III междунар. форума русскоговорящих врачей, 6-8 авг. 2015 г., Юрмала, Рига. – Рига, 2015. – С. 22-23.

Патент

21. Способ оценки реабилитационного потенциала : пат. 18905 Респ. Беларусь МПК A61B 10/00 / В. Б. Смычек, Н. И. Васильченко ; дата публ.: 28.02.2015.

Инструкция по применению

22. Оценка ограничений жизнедеятельности при определении инвалидности: инструкция по применению № 252-1210: утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 29.12.2010 / Респ. науч.-практ. центр экспертизы и реабилитации ; Белорус. мед. акад. последипл. образования ; сост.: Л.В. Васильева, Е.В. Власова-Розанская, Н.Б. Волынец, З.Э. Гедревич, Л.С. Гиткина, Т.Н. Глинская, Л.А. Горбач, В.В. Голикова, Л.Н. Горустович, А.А. Гракович, А.А. Гресь, Е.Г. Ильина, Т.В. Жукова, Г.В. Карвиго, Н. И. Козлова (Н. И. Васильченко), Т.Т. Копать, А.В.

Копыток, С.П. Кускова, Т.М. Лещинская, Н.Л. Львова, Л.Ф. Медведев, Т.В. Мохорт, Н.А. Надеина, Г.П. Нестерук, Ю.В. Осипов, И.Е. Полуянова, А.Л. Пушкарев, Т.Д. Рябцева, Г.С. Северин, Л.А. Смирнова, В. Б. Смычек, Т.А. Стасевич, И.Я. Чапко, О.П. Шатыко. – Минск, 2010. – 105 с.

РЕЗЮМЕ

Васильченко Наталья Ивановна

Дифференцированная оценка реабилитационного потенциала и программы реабилитации пациентов, перенесших мозговой инсульт

Ключевые слова: мозговой инсульт, ограничение жизнедеятельности, функциональный класс, инвалидность, когнитивные нарушения, психоэмоциональные нарушения, реабилитационный потенциал, медицинская реабилитация, Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья.

Объект исследования: 187 пациентов в раннем восстановительном периоде мозгового инсульта. Возраст пациентов от 39 до 75 лет.

Цель исследования: повысить качество реабилитации пациентов, перенесших мозговой инсульт, путем применения разработанной методики дифференцированной оценки реабилитационного потенциала, использования дифференцированных программ медицинской реабилитации.

Методы исследования: общеклинический, клинико-экспертный, тестирование (опросники, шкалы), статистические.

Полученные результаты и их новизна: Предлагаемые подходы к экспертно-реабилитационной диагностике при мозговом инсульте и оценке уровня реабилитационного потенциала с использованием количественной оценки по медицинской составляющей, уровней реабилитационного потенциала и ограничений жизнедеятельности по психологической составляющей и их объединением в общий клинический реабилитационный потенциал и алгоритм оценки социальной составляющей отражают всесторонние возможности функционирования пациентов в микро- и макросоциуме в восстановительном периоде нарушения мозгового кровообращения. Разработаны дифференцированные программы медицинской реабилитации пациентов с позиций саногенеза. Уточнены критерии эффективности реабилитационного лечения, ориентированные на достижение промежуточных и конечных задач и в целом на повышение качества жизни пациента.

Рекомендации по использованию: результаты диссертационного исследования могут быть применены в специализированных стационарных и амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения.

Область применения: медицинская реабилитация, медицинская экспертиза, неврология.

РЭЗЮМЭ

Васільчанка Наталля Іванаўна

Дыферэнцаваная адзнака рэабілітацыйнага патэнцыялу і праграмы рэабілітацыі пацыентаў з мазгавым інсультам

Ключавыя слова: мазгавы інсульт, абмежаванне жыццядзейнасці, функцыянальны клас, інваліднасць, кагнітыўныя парушэнні, псіхамаціянальныя парушэнні, рэабілітацыйны патэнцыял, медыцынская рэабілітацыя, Міжнародная класіфікацыя функцыяніравання, абмежавання жыццядзейнасці і здароўя.

Аб'ект даследавання: 187 пацыентаў у раннім аднаўленчым перыядзе мазгавога інсульту. Узрост пацыентаў ад 39 да 75 гадоў.

Мэта даследавання: палепшыць якасць рэабілітацыі пацыентаў, якія перанеслі мазгавы інсульт шляхам прымялення распрацаванай методыкі дыферэнцаванай адзнакі рэабілітацыйнага патэнцыялу, выкарыстання дыферэнцаваных праграм медыцынскай рэабілітацыі.

Метады даследавання: агульнаклінічны, клініка-інструментальны, тэставанне (апытальнікі, шкалы), статыстычныя.

Атрыманыя вынікі і іх навізна: Прапанаваныя падыходы да экспертын-рэабілітацыйнай дыягностикі пры мазгавым інсульце і адзнакі ўзроўню рэабілітацыйнага патэнцыялу з выкарыстаннем колькасной адзнакі па медыцынскай складаючай, узроўняю рэабілітацыйнага патэнцыялу і абмежавання жыццядзейнасці па псіхалагічнай складаючай і іх аўяднаннем у агульны клінічны рэабілітацыйны патэнцыял і алгарытм адзнакі сацыяльнай складаючай адлюстроўваюць усебаковыя магчымасці функцыяніравання пацыентаў у мікра- і макрасоцыуме ў аднаўленчы перыяд мазгавога інсульту. Распрацаваны дыферэнцыраваныя праграмы медыцынскай рэабілітацыі пацыентаў з пазіцый санагенезу. Удакладнены крытэрыі эфектыўнасці рэабілітацыйнага лячэння, арыентаваныя на дасягненне прамежкаваных і канчатковых задач і ў цэлым на павышэнне якасці жыцця.

Рэкамендацыі па выкарыстанню: вынікі дысертацийнага даследавання могуць быць скарыстаны ў спецыялізаваных стацыянарных і амбулаторна-паліклінічных арганізацыях аховы здароўя.

Сфера прымялення: медыцынская рэабілітацыя, медыцынская экспертыза, неўралогія.

SUMMARY

Vasilchenko Natalia Ivanovna

Differentiated evaluation of rehabilitation potential and rehabilitation programs of patients after stroke

Key words: stroke, disability, functional class, invalidity, cognitive defects, psycho-emotional disorders, rehabilitation potential, medical rehabilitation, International Classification of Functioning, Disability and Health.

Target of research: 187 patients in early period of rehabilitation after stroke. Age of patients: from 39 up to 75 years.

Objective of research: to improve the quality of the rehabilitation for patients after acute cerebrovascular accident by applying the developed methodology of the differentiated evaluation of rehabilitation potential, the use of differential programs of medical rehabilitation.

Research methods: clinical, clinical and expert, testing (questionnaires, scales), statistical.

Findings and its modernity: Proposed approaches to the expert and rehabilitation diagnosis at stroke and evaluation of rehabilitation potential level using quantitative evaluation of the medical component, the levels of rehabilitation potential and disabilities at the psychological component, and combining them into a common clinical rehabilitation potential and the algorithm of social component reflect the comprehensive capabilities of functioning for patients in micro- and macro society in the recovery period of cerebral circulation. The differentiated programs for the rehabilitation of patients were developed with sanogenesis positions. The criteria of efficiency of rehabilitation treatment were clarified, focused on achieving the final and intermediate objectives and in general for improving a patient's quality of life.

Recommendations for use: the results of the thesis research can be used in the specialized inpatient and outpatient health care organizations.

Domain of usage: medical rehabilitation, medical examination, neurology.