УТВЕРЖДАЮ

Директор ГАУ РС (Я)

«Республиканский социально-оздоровительный

центр комплексной реабилитации инвалидов»

Ю.П. Степанов

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020г.

ПРОГРАММА

«Реабилитация пациентов после черепно-мозговых травм»

(дистанционная форма реабилитации)

Якутск, 2020г

 Программа составлена зав. отделением ГАУ РС (Я) РСОЦКРИ к.м.н. врачом –неврологом Н.А. Васильевой. В программе вошли общие показания, противопоказания, описание технологии и методики проведения реабилитационных занятий. Она предназначена для врачей-реабилитологов и специалистов социального отдела РСОЦКРИ на период применения метода дистанционной реабилитации.

В работе использованы методические рекомендации, специальная литература и интернет источники по данной теме.

**Введение**

Вопрос обеспечения реализации III этапа реабилитации является, на наш взгляд не только важной задачей отечественного здравоохранения, но и крайне актуальной социальной проблемой. К сожалению, на сегодняшний день, имеющиеся специализированные центры и отделения медицинской реабилитации не могут в полном объеме охватить все увеличивающееся количество пациентов, нуждающихся в восстановительном лечении и непрерывной реабилитации, кроме того важной и сложной проблемой является адаптация пациента к привычной для него бытовой среде. Особенно этот вопрос остро встал на настоящее время в связи с пандемией коронавирусной инфекции.

По определению ВОЗ телемедицина — это комплексное понятие для систем, услуг и деятельности в области здравоохранения, которые могут дистанционно передаваться средствами информационных и телекоммуникационных технологий, в целях развития всемирного здравоохранения, контроля над распространением болезней, а также образования, управления и исследований в области медицины. Первой страной, начавшей использовать телемедицину в практической деятельности лечебных учреждений явилась Норвегия, потребность подобного рода опыта у которой возникла в силу большого количества труднодоступных территорий. Первый опыт медицинских телеконсультаций в России относится к 1995 году и уже в 1999 году создается Московская корпоративная телемедицинская сеть, в которую вошли 32 ЛПУ. «Домашняя телемедицина» является одной из составляющих телемедицины и предполагает дистанционное оказание медицинской помощи пациенту, проходящему курс лечения в домашних условиях. В связи с внедрением сети ПСО и РСЦ в Республике Саха (Якутия) в 2011году также встал вопрос внедрения в нашей республике данного вида связи, его использования в медицинской практике. И в нашей республике в настоящее время успешно применяется данная технология в крупных медицинских учреждениях, особенно для оказания экстренной медицинской помощи. Безусловно, это большое достижение, с учетом особенностей и сложностей климата, большой удаленности северных территорий самого крупного субьекта РФ – Республики Саха (Якутия). Все вышесказанное послужило посылом для разработки и реализации дистанционно – контролируемой формы (ДКР) оказания реабилитационной помощи пациентам на дому.

В соответствии с приказом МВ РФ №1705 от 2012 в действующей трехэтажной модели медицинской реабилитации, на третьем этапе дается указание на услуги по медицинской реабилитации с использованием телемедицинских технологий.

 **Получатели программы** (для кого направлена реабилитация) – это пациенты, перенесшие чрепно – мозговые и спинальные травмы различной степени тяжести, которым показана реабилитационная помощь.

 **Возраст** – от 18 лет до без ограничения (взрослые).

 **Сроки проведения** (продолжительность курса реабилитации) – 14-18 дней

 **Технология реабилитации** – использование платформы Zoom, Watsapp через использование различных IT - устройств (компьютер, ноутбук, смартфон, веб камеры и т.д.)

 **График работы реабилитолога и специалиста** выстраивается согласно, в первую очередь, с учетом удобства и возможностей пациента. Все специалисты МДК (мультидисциплинарной команды) должны друг с другом обговаривать время реабилитации, время выхода на связь каждого специалиста (координатор – врач). При этом время занятий должно быть в первой половине дня (групповые, индивидуальные).

 **Организационно – методический аспект программы.**

После получения данных пациента от регистратора РСОЦКРИ, лечащий врач – реабилитолог делает первый звонок пациенту. При первом телефонном разговоре кроме жалоб, анамнеза пациента, необходимо расспросить об условии проживания пациента, наличии проблем в активности и участии, а также в функционировании пациента. Они должны быть отражены в карте дистанционной реабилитации пациента. В конце общения, (расспрос, беседа, коммуникация) необходимо врачу реабилитологу, а также специалистам реабилитации сформировать:

- Цель реабилитации, реабилитационный потенциал

- Задачи реабилитации

- Режимы двигательной активности пациента

- Референтные значения целевых параметров контроля безопасности гемодинамики

- Технологии реабилитации (метод реабилитации) с заполнением маршрутного листа

- Реабилитационный диагноз

Обязательно врачу и специалистам общаться с родственниками и опекунами пациентов, при необходимости с медицинскими и социальными работниками. Целью общения является повышение приверженности реабилитации, мотивации пациента и родственника, получения объективной и дополнительной информации о пациенте и др.

 **В зависимости от ШРМ (шкалы реабилитационной маршрутизации) реабилитационные технологии могут быть следующими:**

* *ШРМ – 2 балла*
* Пациенты с легким гемипарезом (4 балла) или парапарезом, тетрапарезом, при условии отсутствия клинически значимой сопутствующей патологии, оценка по МКФ 0 – 24 % (нет нарушений или нарушения легкой степени выраженности).
* Режим двигательного дозирования: активный, тренирующий.
* Степень активного участия пациента: самостоятельное выполнение.
* Исходное положение: лежа, сидя, стоя.
* Цели реабилитации: повышение толерантности к физической нагрузке, максимальная социально – бытовая и трудовая адаптация пациента, увеличение силы и амплитуды движений в конечностях, улучшение степени мобильности, тренировка стереотипа ходьбы, формирование и тренировка динамических паттернов, тренировка ловкости и баланса.
* Программа реабилитации: лечебная гимнастика, в зависимости от нарушенной функции – занятия с клиническим психологом, логопедом, эрготерапевтом, социальным работником, медицинской сестрой по уходу.
* *ШРМ – 3 балла*
* Пациенты с умеренным гемипарезом (3 балла), парапарезом или тетрапарезом, спастичностью до 2 баллов по шкале Ашфорт, при наличии сопутствующей патологии, оценка по МКФ 25 – 49 % (умеренные нарушения).
* Режим двигательного дозирования: активный, активно – пассивный.
* Степень активного участия пациента: самостоятельно, выполнение с помощью.
* Исходное положение: лежа, сидя, стоя.
* Цели реабилитации: социально – бытовая и трудовая адаптация пациента, увеличение силы и амплитуды движений в конечностях, уменьшение спастичности, улучшение степени мобильности, тренировка стереотипа ходьбы (в том числе с внешней опорой и ортезированием), формирование и тренировка динамических паттернов, тренировка баланса.
* Программа реабилитации: лечебная гимнастика, занятия на тренажере циклического типа (в активно – пассивном режиме). По показаниям: Занятия с логопедом, нейропсихологом.
* *4,5,6 баллов по ШРМ*
* Пациенты с выраженным гемипарезом (1 - 2 балла), парапарезом, тетрапарезом или тетра и параплегией, спастичностью 3 - 4 балла по шкале Ашфорт, при наличии сопутствующей патологии, оценка по МКФ 50 – 95 % (тяжелые нарушения).
* Режим двигательного дозирования: активно – пассивный, пассивный.
* Степень активного участия пациента: только выполнение с помощью.
* Исходное положение: лежа, сидя, стоя.
* Цели реабилитации: профилактика развития вторичных нарушений, уменьшение степени спастичности мышц, социально – бытовая и трудовая адаптация пациента, увеличение силы и амплитуды движений в конечностях, улучшение степени мобильности, тренировка трансфера и его элементов.
* Программа реабилитации: лечебная гимнастика, занятия на тренажере циклического типа (в пассивном режиме). По показаниям: занятия с клиническим психологом, логопедом, эрготерапевтом, социальным работником, медицинской сестрой по уходу.

Назначение программы осуществляет врач – специалист при первичном очном консультировании пациента.

**Критерии включения и исключения пациентов в программу**

*Критерии включения:*

* Возможность подключения к высокоскоростному интернету и организации «рабочего места удаленного доступа» в домашней среде пациента
* Установленный диагноз
* Стабильное соматическое состояние
* Возможность продуктивного контакта с пациентом или обеспечение достаточной помощи по уходу за пациентом

*Критерии исключения:*

* Острый период заболевания или травмы
* Декомпенсация основной или сопутствующей патологии
* Клинико – лабораторные признаки инфекционно – воспалительного процесса

**Рекомендации по диагностическим критериям.**

Диагностический стандарт первичной очной консультации включает:

1. Сбор жалоб и анамнеза пациента, изучение актуальной медицинской документации, результатов лабораторных и инструментальных методов обследования
2. Оценка уровня сознания пациента, речь, высшие психические функции. Уточняется наличие нарушений обоняния, зрения. Ориентировочно проверяются поля зрения, объем и плавность движения глазных яблок, способность фиксировать предметы, наличие нистагма. С помощью помощника оценивается болевая, тактильная и температурная чувствительность на лице. Оценка функции лицевого нерва (сморщивание лба, нахмуривание бровей, надувание щек, оскал зубов, способность к плотному зажмуриванию и смыканию губ). С целью проверки слуха помощник шепотом произносит несколько цифр справа затем слева. Оценить глотание, открывание рта, способность высунуть язык. Оценка поворотов головы в сторону, способность поднять плечи.
3. Оценка двигательной сферы. С помощью помощника оценивается: мышечный тонус по шкале Ашфорт, наличие контрактур суставов, мышечная сила тестируется по шестибальной шкале.
4. Оценка чувствительной сферы проводится с помощью помощника: тактильная (помощник прикасается клочком ваты), болевая (прикосновением острым предметом), температурной (прикосновением горячего и холодного), суставно – мышечное чувство - пациент закрывает глаза и описывает движение в суставе осуществляемое помощником. Координация – проведение пальценосовой и пяточно - коленной проб, проверка позы Ромберга при участии помощника.
5. Оценка походки. Визуально оценивается стереотип ходьбы и наличие патологических паттернов, атаксий, скорость ходьбы оценивается проведением теста 10 – метровой ходьбы.
6. Нарушение функций тазовых органов – сбор жалоб и анамнез.
7. Вертебральный синдром оценивается объемом движений и болезненностью при движении в разных отделах позвоночника
8. Тестирование по шкалам (Таблица 1)

Таблица 1

Диагностические шкалы для ДКР

|  |  |
| --- | --- |
| Синдром | Шкала оценки |
| Двигательные нарушения | STREAM, NIHSS, шестибальная шкала оценки мышечной силы |
| Социальная адаптация | Бартал, Ривермид, Шкала нагрузки на родственников, Рэнкин |
| Спаситчность | Шкала Ашфорт |
| Координаторные нарушения | Шкала Берга |
| Когнитивный статус | MoCa |
| MMSE |

 **Контроль реабилитации.**

Проводится заведующим отделением в форме текущего и окончательного контроля. Текущий контроль проводится в первые 3 дня регистрации пациента, с целью оценки состояния пациента, правильности постановки реабилитационного диагноза, выбора метода лечения. Окончательный контроль оценивается по результатам тестов и шкал.