

---

# Опыт применения мультидисциплинарного подхода в ранней реабилитации больных, перенесших инсульт

**Альжева Наталья Сергеевна**

заместитель главного врача по медицинской части

**Дьячков Андрей Владимирович**

заведующий неврологическим отделением для больных ОНМК

**Альжева Ольга Владимировна**

медицинский психолог неврологического отделения для больных ОНМК

E-mail: [andrey-KAN4@yandex.ru](mailto:andrey-KAN4@yandex.ru)

В последние десятилетия отмечается увеличение числа заболеваний церебральным инсультом, что делает актуальной медико-социальной проблемой реабилитацию постинсультных больных.

В первичном сосудистом отделении № 2 Канашского межтерриториального медицинского центра ранняя реабилитация больных, перенесших инсульт, направлена на восстановление нарушенных функций, социальных контактов, профессиональных навыков пациентов, возвращение их в общество и осуществляется мультидисциплинарным методом.

Мультидисциплинарная бригада объединяет специалистов, прошедших подготовку по вопросам организации и проведения комплекса реабилитационных мероприятий данной категории пациентов, включает врача-невролога, врача ЛФК, физиотерапевта, медицинского психолога, логопеда. Членами полипрофессиональной бригады являются также палатные медицинские сестры, медицинские сестры по физиотерапии, медицинские сестры по массажу, инструктор по трудотерапии.

В своей работе бригада использует биологические методы лечения в сочетании с лечебной физической культурой и массажем, элементами спорта, мануальной терапии, методами психологической и нейропсихологической коррекции, методами коррекции речи и глотания, трудотерапией.

Координатором деятельности бригады является врач-невролог, который проводит биологическую терапию, отбирает пациентов, нуждающихся в бригадном ведении, утверждает индивидуальную программу реабилитации, контролирует проведение реабилитационных мероприятий, ведение медицинской документации, проводит оценку качества и эффективности проведенной работы.

Врач ЛФК разрабатывает индивидуальный комплекс лечебной гимнастики и участвует в его проведении, детально оценивая нарушения двигательных и чувствительных функций, дает советы ухаживающему персоналу по созданию оптимального положения пациента в постели для предупреждения нарушений тонуса и патологических позных установок, совместно с инструктором обучает больного и его родственников методам правильного перемещения, вертикализации и ходьбе, решает вопросы по использованию вспомогательных приспособлений.

Логопедом проводится логопедическое исследование, определяются нарушения речевых и других, связанных с речью, функций, составляется и реализуется индивидуальная для каждого пациента программа медико-логопедических занятий.

Медицинским психологом на всех этапах проводится психодиагностическая,

психокоррекционная работа с пациентом и его семьей. Целью психодиагностики является выявление когнитивных нарушений, которые включают дефицит внимания и способности быстрой ориентации в меняющейся обстановке, снижение памяти, особенно на текущие события, замедленность мышления, быструю истощаемость. Также одним из серьезных осложнений в процессе восстановительного лечения являются тревожные, депрессивные, ипохондрические, фобические реакции на болезнь, которые нередко в значительной мере затрудняют активное включение больного в процесс лечения. В связи с этим, большое значение имеет когнитивная психостимуляция и психологическая коррекция, направленная на формирование активной направленности личности пациента на преодоление последствий болезни.

Палатные медицинские сестры, медицинские сестры по массажу, медицинские сестры по физиотерапии, инструктор по трудотерапии проводят реабилитационные мероприятия в рамках своей компетенции.

Заседания бригады, совместные обходы специалистов проводятся еженедельно, по результатам которых проводится корректировка индивидуальной программы реабилитации с целью достижения максимально положительных результатов в восстановлении функциональных возможностей пациентов.

Оценка функционального состояния пациентов проводится при поступлении, в процессе лечения и при выписке из стационара с использованием методик: «Модифицированная шкала Рэнкин», «Индекс мобильности Ривермид», «Шкала Бартель».

По результатам анализа деятельности мультидисциплинарной бригады, за период с 2012 года по 2014 год было пролечено 2374 пациента (2012 год — 755, 2013 год — 780, 2014 год — 839) с острым нарушением мозгового кровообращения, из них с транзиторными ишемическими атаками — 284 пациента.

Оценка качества и эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий демонстрирует результаты: по модифицированной шкале Рэнкин: улучшение степени выраженности симптомов: «двигательные нарушения», «потребность в постоянной помощи сиделки», «неспособность ходить без помощи ассистента», «неспособность участвовать в повседневной жизни», «неспособность полностью обслуживать себя», «прикованность к постели»; по шкале «Индекс Бартель»: улучшение функциональных возможностей: «прием пищи», «прием ванны», «личная гигиена», «одевание», «дефекация», «мочеиспускание», «пользование туалетом», «пересаживание», «передвижение по ровной поверхности», «передвижение по лестнице»; по шкале «Индекс мобильности Ривермид»: улучшение навыков: «повороты в кровати», «переход из положения лежа в положение сидя», «удержание равновесия в положении сидя», «переход из положения сидя в положение стоя», «стояние без поддержки», «перемещение», «ходьба по комнате, в том числе с помощью вспомогательных средств, если это необходимо», «подъем по лестнице», «ходьба за пределами квартиры по ровной поверхности», «ходьба по комнате без применения вспомогательных средств», «поднятие предметов с пола», «ходьба за пределами квартиры по неровной поверхности», «подъем и спуск на 4 ступени», «бег» (см. табл.1, табл. 2, табл. 3).

**Таблица 1**

**Динамика функционального состояния пациентов по «Модифицированной шкале Рэнкин»**

Симптомы	2012 год		2013 год		2014 год	
	при поступлении	при выписке	при поступлении	при выписке	при поступлении	при выписке

(баллы)						
5-4 б.	569 чел.	163 чел.	596 чел.	198 чел.	654 чел.	230 чел.
3-2 б.	53 чел.	237 чел.	62 чел.	212 чел.	62 чел.	248 чел.
2-0 б.	33 чел.	112 чел.	36 чел.	122 чел.	25 чел.	123 чел.

**Таблица 2**

**Динамика функционального состояния пациентов  
по шкале «Индекс мобильности Ривермид»**

Навыки (баллы)	2012 год		2013 год		2014 год	
	при поступлении	при выписке	при поступлении	при выписке	при поступлении	при выписке
1-3 б.	555 чел.	163 чел.	626 чел.	198 чел.	612 чел.	230 чел.
4-7 б.	69 чел.	50 чел.	46 чел.	72 чел.	86 чел.	82 чел.
8-10 б.	24 чел.	200 чел.	12 чел.	186 чел.	31 чел.	226 чел.
11-15 б.	7 чел.	99 чел.	10 чел.	76 чел.	12 чел.	79 чел.

**Таблица 3**

**Динамика функционального состояния пациентов  
по «Шкале Бартелл»**

Функциональные возможности (баллы)	2012 год		2013 год		2014 год	
	при поступлении	при выписке	при поступлении	при выписке	при поступлении	при выписке
0-20 б.	558 чел.	154 чел.	626 чел.	198 чел.	624 чел.	198 чел.
25-60 б.	63 чел.	103 чел.	45 чел.	106 чел.	76 чел.	135 чел.
65-100 б.	34 чел.	255 чел.	23 чел.	228 чел.	41 чел.	236 чел.

Число пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, независимых в повседневной жизни, к концу стационарного лечения составило: в 2012 году — 349 человек (68%), в 2013 году — 334 человека (62,8%), в 2014 году — 371 человек (61%).

Полученные результаты свидетельствуют о положительной динамике в функциональном состоянии пациентов и, как следствие, об эффективности применения мультидисциплинарного подхода в ранней реабилитации больных, перенесших инсульт.

Таким образом, мультидисциплинарный принцип реабилитации постинсультных больных благоприятно влияет как на степень восстановления различных функций пациентов, так и на их социальную, профессиональную, бытовую адаптацию и повседневную жизненную активность.