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

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.