

УДК 616.831-005-08-039.35

СОБЛЮДЕНИЕ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ПРИНЦИПА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА КАК ФАКТОР ЭФФЕКТИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

В. В. Ковальчук¹⁻², Т. Н. Хайбуллин³, Т. И. Миннуллин¹

¹ Санкт-Петербургское Государственное Бюджетное Учреждение Здравоохранения «Городская больница №38 им. Н.А. Семашко» (Санкт-Петербург, Россия);

² Санкт-Петербургский Государственный Университет, медицинский факультет (Санкт-Петербург, Россия);

³ Государственный медицинский университет города Семей (Семей, Казахстан).

Настоящее исследование посвящено анализу эффективности соблюдения мультидисциплинарного принципа ведения пациентов после инсульта в отношении восстановления неврологических функций пациентов, повышения уровня их бытовой адаптации, достижения независимости при выполнении отдельных бытовых навыков, а также нормализации психоэмоционального состояния. Анализу подвергнуты результаты лечения 1000 пациентов. Степень восстановления неврологических функций определялась с помощью шкал Бартел, Линдмарка и Скандинавской; уровень бытовой адаптации – шкалы самооценки бытовых возможностей повседневной жизни Мертон и Саттон; психоэмоциональное состояние – опросника Бека и шкалы самооценки депрессии Уэйкфилда. Согласно результатам исследования, проведение реабилитации с помощью мультидисциплинарной бригад в достоверной степени способствует как повышению уровня восстановления неврологических функций и социально-бытовой адаптации, так и нормализации психоэмоционального состояния пациентов после инсульта.

Ключевые слова: инсульт, реабилитация, мультидисциплинарная бригада.

MAINTENANCE OF THE MULTIDISCIPLINARY PRINCIPLE OF STROKE PATIENTS MANAGEMENT AS A FACTOR OF EFFECTIVE REHABILITATION

V. V. Kovalchuk¹⁻², T. N. Khaibullin³, T. I. Minnullin¹

¹ Saint-Petersburg State-financed Healthcare Institution "N.A. Semashko city hospital" (Saint-Petersburg, Russia);

² Saint-Petersburg State University, medical faculty (Saint-Petersburg, Russia);

³ Semey State Medical University (Semey, Kazakhstan).

An influence of maintenance of the multidisciplinary principle of stroke patients management on functional rehabilitation in stroke patients has been studied. We've analysed the results of treatment of 1000 stroke patients. The functional rehabilitation was followed up using Barthel, Lindmark, Scandinavian and Merton and Sutton scales, psychoemotional condition – Beck Depression Questionnaire and Wakefield Depression Scale. The results of the study revealed that the carrying out of rehabilitation by means of multidisciplinary team was well founded in the treatment of stroke patients for increase a functional rehabilitation and improvement of psychoemotional condition.

Keywords: stroke, rehabilitation, multidisciplinary team.

ТИІМДІ ОҢАЛТУ ФАКТОРЫ РЕТІНДЕ ИНСУЛЬТТЕН КЕЙІНГІ ПАЦИЕНТТЕРДІ БАҚЫЛАУ МУЛЬТИТӘРТІПТІК ПРИНЦИПТІ САҚТАУ

В. В. Ковальчук¹⁻², Т. Н. Хайбуллин³, Т. И. Миннуллин¹

¹ Санкт-Петербург Денсаулық сақтау Мемлекеттік Бюджеттік Мекеме «Н.А. Семашко атынд. №38 қалалық аурухана» (Санкт-Петербург, Ресей);

² Санкт-Петербург Мемлекеттік Университеті, медициналық факультет (Санкт-Петербург, Ресей);

³ Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті (Семей, Қазақстан).

Осы зерттеу инсульттен кейінгі пациенттерді тексерудің мультитәртіптік принципі сақтаудың тиімділігін талдауға арналған пациенттердің неврологиялық қызметтерін қалпына келтіруге, олардың тұрмыстық бейімделуі деңгейінің артуы, жеке тұрмыстық бейімделу деңгейінің артуына, жеке тұрмыстық дағдыларды орындау кезінде тәуелсіздікке жетуге қатысты, сол сияқты психоэмоционалды жағдайдың қалыпқа келуі. Талдауға 1000 пациенттің емделу нәтижелері келтірілген. Неврологиялық қызметтерді қалпына келтіру дәрежесі Бартел, Линдмарк және Скандинавскийдәй шкалалары көмегімен анықталды; тұрмыстық бейімделу деңгейі - Мертон және Саттон күнделікті өмірдің тұрмыстық мүмкіндіктерін өздігінен бағалау шкалалары; психоэмоционалды жағдай – Бектің сауалнамасы және Уэйкфилд депрессиясының өзін өзі бағалау шкалалары. Зерттеу нәтижелеріне сәйкес шынайы дәрежеде мультитәртіптік бригадалар көмегімен оңалтуды өткізу неврологиялық қызметтерді қалпына келтіру дәрежесін және әлеуметтік – тұрмыстық бейімделуді арттыру, сол сияқты және инсульттен кейінгі пациенттердің психоэмоционалды жағдайын қалыпқа келтіру сияқтыларға көмек көрсетеді.

Негізгі сөздер: инсульт, оңалту, мультитәртіптік бригада.

Библиографическая ссылка:

Ковальчук В. В., Хайбуллин Т. Н., Миннуллин Т. И. Соблюдение мультидисциплинарного принципа ведения пациентов после инсульта как фактор эффективной реабилитации // Наука и Здравоохранение. 2015. № 4. С. 29-41.

Kovalchuk V. V., Khaibullin T. N., Minnullin T. I. Maintenance of the multidisciplinary principle of stroke patients management as a factor of effective rehabilitation. *Nauka i Zdravoohranenie* [Science & Healthcare]. 2015, 4, pp. 29-41.

Ковальчук В. В., Хайбуллин Т. Н., Миннуллин Т. И. Тиімді оңалту факторы ретінде инсульттен кейінгі пациенттерді бақылау мультитәртіптік принципті сақтау // Ғылым және Денсаулық сақтау. 2015. № 4. Б. 29-41.

Введение

Инсульты продолжают оставаться одной из важнейших проблем современного общества, являясь основной причиной глубокой и длительной инвалидизации населения [1,11,13]. Огромный социальный и экономический ущерб, возникающий вследствие сосудистых заболеваний головного мозга, выдвигает проблему совершенствования медицинской помощи и, в частности, реабилитации при инсультах в число наиболее актуальных научно-практических задач неврологии.

Целью реабилитации является возвращение пациента к активной социально-

бытовой деятельности, создание оптимальных условий для его активного участия в жизни общества и в конечном итоге, улучшение качества жизни, как самого больного, так и его родственников [8,9].

Несмотря на огромные усилия мирового сообщества, направленные на борьбу с инсультом и его последствиями, а также имеющиеся существенные достижения в данной области, целый ряд вопросов до сих пор остается спорным и неясным и требует дальнейшего изучения, что и послужило стимулом к выполнению настоящего исследования и определяют целесообразность его проведения.

Целью исследования является повышение эффективности реабилитации пациентов после инсульта, а задачей – изучение влияния на степень восстановления различных неврологических функций пациентов, уровень их социально-бытовой адаптации и психоэмоциональное состояние соблюдения мультидисциплинарного принципа ведения данной категории больных.

Методы

Средний возраст 1000 пациентов (566 женщин, 434 мужчины) составил 63,9 года (от 27 до 80 лет). Все пациенты были разделены на две группы по 500 человек в каждой (пациенты первой группы проходили

реабилитацию с участием мультидисциплинарной бригады (МДБ), второй – без ее участия), которые были стандартизированы по различным показателям, таким как возраст, пол, тип инсульта, длительность заболевания, степень выраженности неврологических и психоэмоциональных нарушений, уровень бытовой адаптации, а также проводимые виды и методы физической, физиотерапевтической, нейропсихологической, психотерапевтической и медикаментозной реабилитации (принцип matched-controlled). Стандартизация исследуемых групп, проведенная по перечисленным показателям сопоставимости, представлена в таблице 1.

Таблица 1.

Стандартизация групп исследования - % (абсолютное число).

Показатель		С участием МДБ	Без участия МДБ	р
1		2	3	4
Пол		Ж.-58,2% (291) М.-41,8% (209)	Ж.-55,0% (275) М.-45,0% (225)	0,307
Возраст (средний)		65,9	61,9	0,279
Тип инсульта	Инфаркт головного мозга	85,6% (429)	85,6% (429)	1,000
	Внутричерепное кровоизлияние	14,4% (71)	14,4% (71)	1,000
Состояние неврологических функций (средний % от максимального восстановления)		20,5%	22,1%	0,732
Уровень бытовой адаптации (средний % от максимального уровня)		18,8%	20,1%	0,812
Уровень бытовой адаптации (средний балл)		18 баллов	20 баллов	0,671
Распространенность депрессии		68,0% (340)	68,8% (344)	0,786
Сроки начала реабилитации	1-й месяц инсульта	11,6% (58)	12,4% (62)	0,864
	2-3-й месяцы	23,8% (119)	22,0% (110)	
	4-6-й месяцы	27,2% (136)	28,8% (144)	
	спустя 6 месяцев	37,4% (187)	36,8% (184)	
Проходившие ЛФК ¹		100,0% (500)	100,0% (500)	1,000
Методика ЛФК	Ингибирующая	88,4% (442)	85,0% (425)	0,732
	Функциональная	11,6% (58)	15,0% (75)	0,631
Проходившие ФТЛ ²		75,8% (379)	77,4% (387)	0,922
Методика ФТЛ (среди проходивших ФТЛ)	Электростимуляция СМТ ³	25,7% (97)	23,5% (91)	0,822
	Магнитотерапия	28,7% (109)	26,9% (104)	0,863
	Электрофорез	13,0% (49)	16,2% (63)	0,616
	Дарсонвализация	7,8% (30)	10,4% (40)	0,702
	ДМВ-терапия ⁴	4,9% (19)	2,3% (9)	0,833
	Озокеритотерапия	19,9% (75)	20,7% (80)	0,906
Проходившие массаж		92,6% (463)	90,4% (452)	0,887
Проходившие ММТ ⁵		18,6% (93)	19,4% (97)	0,945
Проходившие ИРТ ⁶		8,4% (42)	12,8% (64)	0,631
Проходившие психотерапию		23,6% (118)	22,4% (112)	0,917
Получавшие нейрометаболики*		100,0% (500)	100,0% (500)	1,000

Продолжение таблицы 1.

1	2	3	4
Получавшие вазоактивные препараты**	61,2% (306)	64,4% (322)	0,772
Получавшие гипотензивную терапию***	82,6% (413)	80,4% (402)	0,867
Получавшие антиагреганты и антикоагулянты****	85,6% (428)	85,6% (428)	0,867
Получавшие антидепрессанты и нейролептики*****	68,0% (340)	68,8% (344)	0,786

Примечания: 1 - лечебная физическая культура; 2 - физиотерапевтическое лечение; 3 - синусоидальные модулированные токи; 4 - дециметроволновая терапия; 5 - мягкотканая мануальная терапия; 6 - иглорефлексотерапия; * - мексидол (этилметилгидроксипиридина сукцинат), актовегин, цераксон (цитиколин), тиоцетам, глиатилин (холин альфосцерат), элькар (левокарнитин), кортексин, танакан, церебролизин, фенотропил, пантокальцин; ** - вазобрал, кавинтон (винпоцетин), сермион (ницерголин); *** - лозартан, атенолол, нифедкард ХЛ, эналаприл, моноприл (фозиноприл), эгилек (метопролол); **** - кардиомагнил, курантил (дипиридамол), плагрил (клопидогрел), варфарин, ксарелто (ривароксабан), прадакса (дабигатран); ***** - амитриптилин, велафакс (венлафаксин), золофт (сертралин), плизил (пароксетин), тералиджен (алимемазин), триттико (тразодон), феварин (флувоксамин).

Настоящее исследование является проспективным сравнительным и открытым.

Анализ результатов лечения производился по следующим параметрам: восстановление неврологических функций, уровень социально-бытовой адаптации и психоэмоциональное состояние.

Нарушение и восстановление неврологических функций определялись при помощи шкал Бартел [22], Линдмарка [21] и Скандинавской [24]. По шкале Бартел оценивались двигательные функции и бытовая адаптация; по шкале Линдмарка – функции движения и чувствительности; по Скандинавской – двигательные, речевые функции, ориентация во времени, пространстве и собственной личности. Соответственно полученным результатам степень восстановления определялась следующим образом: отсутствие восстановления - среднее арифметическое количество баллов, набранное по всем трем перечисленным шкалам, составляло менее 30% баллов от их максимального количества; минимальное - 30-49%; удовлетворительное – 50-74%; достаточное - 75-94%; полное - более 94%.

Уровень бытовой и социальной адаптации определялся по шкале самооценки бытовых возможностей повседневной жизни Мертон и Саттон [20]. Соответственно полученным результатам степень бытовой адаптации определялась следующим образом: отсутствие бытовой адаптации - 0 баллов; минимальная - 1-29 баллов; удовлетворительная - 30-45 баллов; достаточная - 46-58 баллов; полная - 59 баллов. Кроме того, оценивалась способность к независимому выполнению

отдельных бытовых навыков (использование туалета, умывание, принятие ванны, одевание, прием и приготовление пищи).

Психоэмоциональное состояние оценивалось с помощью опросника Бека [19] и шкалы самооценки депрессии Уэйкфилда [18], на основании которых в процентном отношении определялось среднее значение распространенности депрессии в каждой группе пациентов. При наличии депрессии с помощью опросника Бека также определялась степень ее выраженности.

Критерии включения пациентов в настоящее исследование:

- диагноз – инфаркт головного мозга, подтвержденный при проведении компьютерной или магнитно-резонансной томографии;
- степень нарушения неврологических функций (количество баллов по шкалам Бартел, Линдмарка и Скандинавской – не более 24% от максимального количества баллов);
- степень социально-бытовой дезадаптации:
 - количество баллов по шкале Мертон и Саттон – не более 24% от максимального количества баллов,
 - зависимость при выполнении и/или невозможность осуществления основных социально-бытовых навыков;
- психоэмоциональное состояние (наличие выявленной с помощью опросника Бека и шкалы Уэйкфилда депрессии любой степени выраженности);
- качество жизни (количество баллов согласно профилю влияния болезни – более 55 баллов).

Статистический анализ результатов исследования проводился с использованием пакетов программы SPSS 13.0. Для сравнения качественных признаков и процентных соотношений использовались критерий независимости качественных (категориальных) признаков χ^2 , точный критерий Фишера и коэффициент неопределенности. Наличие зависимости между изучаемыми признаками признавалось, когда доверительный уровень составлял $p < 0,05$. При частоте изучаемого события менее 5 наблюдений в одной из ячеек таблицы использование критерия χ^2 признавалось не корректным и требовало использования точного критерия Фишера.

Рассмотрим принципы и правила деятельности МДБ, которые соблюдались при проведении данного исследования.

МДБ объединяет различных специалистов, участвующих в ведении и проведении восстановительного лечения пациентов. Данные специалисты функционируют не по отдельности, а как единая команда с четкой согласованностью и координированностью действий, обеспечивая тем самым проблемный и целенаправленный подход к проведению реабилитации постинсультных пациентов.

Основные направления деятельности МДБ:

- проведение всеми специалистами МДБ осмотра пациента и оценка его состояния и степени нарушения функций с заполнением специальных оценочных карт [4,6,7];
- совместная постановка целей лечения [3];
- совместное создание адекватной окружающей среды для пациента в зависимости от его потребностей;
- совместное обсуждение особенностей ведения пациента;
- совместное планирование выписки:
 - планирование выписки заранее
 - определение условий дальнейшего лечения, которые позволят добиться наибольшей самостоятельности пациента в повседневной жизни: реабилитация в стационарных, амбулаторных, домашних, санаторно-курортных условиях
 - оценка способности родственников научиться приемам ухода и помощи пациентам и обучение их этим навыкам
 - составление совместно с пациентом и его родственниками плана дальнейшего наиболее рационального ведения пациента;

- оценка эффективности проводимого вмешательства.

Для обеспечения координированности и согласованности действий всех членов МДБ необходимо проводить собрания МДБ для совместной выработки стратегии и тактики лечения.

Функции собраний МДБ:

- знакомство всех членов МДБ с пациентом;
- выявление проблем пациента;
- постановка реальных целей лечения и согласование соответствующих действий для их достижения;
- сообщение членам бригад о положительных или отрицательных изменениях в состоянии пациента;
- составление плана выписки.

Ориентировочная схема обсуждения пациента на собраниях МДБ [3].

Первое собрание.

1. Представление врачом медицинских деталей в отношении нового пациента, таких как жалобы, анамнез, факторы риска и предполагаемые причины инсульта, а также факторы риска ухудшения состояния пациента вследствие сопутствующих заболеваний.

2. Сообщение врача и других членов МДБ социального статуса пациента: место и условия проживания, состав семьи, материальные условия и окружение (ухаживающие).

3. Обсуждение неврологического статуса больного, в котором активное участие принимают врач, методист лечебная физическая культура (ЛФК), логопед.

4. Сообщение медицинских сестер о функциональных возможностях пациента на настоящий момент.

5. Составление списка приоритетных проблем пациента.

6. Постановка краткосрочных целей лечения.

7. Составление плана реабилитационных действий и вмешательств.

Последующие собрания.

1. Представление врача МДБ резюме о характере, клиническом типе и предполагаемой причине инсульта.

2. Обобщение проблем пациента, целей лечения и совместных действий по ведению больного.

3. Каждый член МДБ информирует других о наличии динамики в состоянии пациента, о разрешенных проблемах и достигнутых целях,

о новых поставленных целях и способах их достижения.

4. Обсуждение более отдаленных целей, таких как время визита домой, выписки и встречи с родственниками.

Целесообразна организация отдельных встреч членов МДБ с участием пациента и его родственников, целями которых являются планирование выписки в сложных ситуациях и разрешение проблем, появляющихся между специалистами, пациентом и его родственниками.

Важным условием эффективной деятельности МДБ является адекватное определение целей реабилитации и грамотная формулировка проблем пациента.

Реабилитационные цели должны отличаться следующими параметрами и характеристиками:

- согласованность целей (постановка целей лечения совместно всеми специалистами МДБ);

- специфичность целей (учитываются, прежде всего, приоритеты и пожелания пациента и его родственников);

- реалистичность целей (учитываются функциональное состояние и ресурсы пациента во избежание амбициозности целей, т.к. невозможность их достижения окажет негативное влияние на состояние как самого пациента, так и специалистов);

- измеряемость целей (возможность для специалистов точно сказать, достигнуты цели или нет);

- временная определенность целей (определяется промежуток времени, в течение которого цель будет достигнута) [43]:

- долгосрочные цели (достигаются в течение недель-месяцев):

- определяют, что пациент будет в состоянии делать после выписки или в определенный момент через определенный промежуток времени (через несколько недель или месяцев);

- определяют направление деятельности, на котором фокусируются усилия всех членов МДБ;

- отражают следующие вопросы:

- * где будет находиться пациент?
- * что пациент будет способен делать?
- * будет ли он нуждаться в помощи?

- краткосрочные цели (достигаются в течение дней-недель):

- представляют собой разделенную долгосрочную цель на более мелкие, легче достижимые цели

- дают возможность как самому пациенту, так и членам МДБ возможность выполнить незамедлительно работу по достижению цели в течение 1-й-2-х недель;

Примеры долго- и краткосрочных целей:

долгосрочная цель:

«Пациент Н. вернется после выписки домой и будет жить в нем самостоятельно».

краткосрочные цели:

«Пациент Н. к 15-му апреля будет самостоятельно вставать по утрам».

«Пациент Н. 27-го апреля проведет первый день полностью самостоятельно».

долгосрочная цель:

«Пациент Н. обретет полную независимость во всех аспектах повседневной деятельности».

краткосрочные цели:

«Пациент Н. лишь до 15-го апреля будет одеваться с помощью вербальных подсказок».

«Пациент Н. к 22-му апреля будет самостоятельно выбирать и надевать одежду на верхнюю половину туловища».

Для адекватной постановки целей лечения необходимо тщательное выявление проблем и потребностей пациента с краткой, но четкой их формулировкой.

Примеры:

1) проблемы нарушенных структур и/или функций:

«плохая подвижность» – неудачная формулировка проблемы

«пациент не может пересаживаться в кресло и прикроватный туалет» – удачная формулировка проблемы;

2) проблемы ограничения активности и участия в бытовой жизни:

«пациент не в состоянии производить хозяйственную деятельность» – неудачная формулировка проблемы

«пациент не в состоянии приготовить себе бутерброды» – удачная формулировка проблемы.

Основными специалистами МДБ являются врач, медицинская сестра, методист лечебной физической культуры, эрготерапевт, логопед.

Необходимо отметить жизненно важную и уникальную роль медицинской сестры МДБ:

- медицинская сестра МДБ – клинический специалист

- медицинская сестра МДБ пребывает с пациентом в течение 24-х часов/сутки, в связи с чем данный специалист является важнейшим источником информации для всех остальных членов МДБ, которые общаются с пациентом в течение незначительного периода времени и лишь в дневное время;

- одна из основных функций медицинской сестры МДБ – координация процесса реабилитации от момента поступления пациента до момента его выписки.

Функции врача МДБ:

- определение основных медицинских проблем пациента и целей реабилитации;

- выявление и лечение сопутствующих заболеваний;

- внедрение современных методик реабилитации в деятельность бригады;

- координация работы бригады.

Функции медицинской сестры МДБ:

- ежедневная оценка проблем больного как существующих, так и потенциальных:

- состояние кожных покровов, пролежни

- пневмония и аспирация

- проблемы питания

- дегидратация

- дисфагия

- нарушение функции тазовых органов

- недостаток самоухода

- риск травматизации

- психомоторное возбуждение

- болевой синдром

- проблемы семьи и родственников;

- ежедневная оценка возможностей пациента

- скрининговое тестирование глотания [3] (приложение 9.36)

- оценка риска развития пролежней по шкале Ватерлоу [14] (приложение 9.38)

- составление плана ухода, соответствующего потребностям больного;

- обеспечение всех основных нужд пациента:

- питание

- умывание

- туалет

- переворачивание

- перемещение;

- участие в оценке двигательных возможностей и повседневной деятельности пациента;

- обеспечение качественного ухода для предупреждения возможных осложнений, как-то пневмонии, пролежни, боли в плече, падения, переломы;

- психологическая и информационная поддержка больного и его семьи.

Функции методиста ЛФК МДБ:

- детальная оценка двигательных и чувствительных нарушений пациента;

- восстановление двигательных функций: повороты на бок, переход в положение сидя и стоя, равновесие сидя и стоя, ходьба, дотягивание, захват и перенос предметов;

- ведение пациентов с целью уменьшения проявлений заболеваний грудной клетки, в т.ч. пневмонии, недостаточного отделения секрета легких;

- советы медицинским сестрам и другим ухаживающим лицам по правильному позиционированию пациента;

- обучение перемещению, правильному обращению с пораженными конечностями с целью избегания болевых ощущений как самому пациенту, так и ухаживающими за ним;

- профилактика и ведение боли в плече;

- советы по использованию приспособлений для ходьбы;

- участие в оценке глотания для подбора позы при кормлении

- участие в оценке повседневной деятельности пациента

Функции эрготерапевта МДБ:

- оценка больного с целью выявления того, как те или иные нарушения влияют на его повседневную деятельность, самообслуживание, досуг.

- выяснение возможностей пациента до инсульта и бытовых условий в его доме;

- установление желаемых самим больным основных приоритетов восстановительного процесса;

- оценка функции зрительно-пространственного восприятия;

- занятия с больным для восстановления ежедневной активности;

- способствование адаптации пациента к окружающей среде (подбор кресла каталки, высоты сидений, высоты столика, бытовых приборов, кухонных и столовых принадлежностей и т.д.);

- использование вспомогательных приспособлений для улучшения функциональных возможностей пациента.

Функции логопеда МДБ:

- оценка безопасности глотания;
- обучение медицинских сестер, пациента и его родственников навыкам, которые позволят преодолеть нарушения глотания и избежать аспирации;
- подбор и модификация диеты;
- оценка проблем общения пациента;
- проведение занятий по восстановлению нарушений речи;
- обучение пациента и ухаживающих за ним лиц методикам, позволяющим больному общаться, используя устную или письменную речь, а также альтернативные методы общения.

Также целесообразно включение в состав МДБ психолога, нейропсихолога, мануального терапевта, иглорефлексотерапевта, ортопедо-педотерапевта, ассистента среднего медицинского персонала и ассистента методиста ЛФК, диетолога, координатора досуга и социального работника.

Для наиболее полноценного ведения пациента специалистами МДБ целесообразно ведение ими специальных карт: сестринская оценочная карта [4], карта оценки пациента методистом ЛФК [6], карта оценки пациента эрготерапевтом [7], карта наблюдения пациента эрготерапевтом [7].

Для заполнения данных карт, в свою очередь, необходима оценка состояния пациента согласно следующим шкалам, тестам и картам:

- шкала комы Глазго [25]
- шкала баланса Берг [15]
- тест «Встать и пойти» [6]
- шкала Ривермид [26]
- шкала Бартел [22]

- шкала оценки ментального статуса (MMSE) [17]
- батарея лобной дисфункции (FAB) [16]
- монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA) [23]
- карта оценки питания [5]
- шкала Ватерлоу [14]

Результаты

Согласно результатам исследования, степень восстановления пациентов, перенесших инсульт, в значительной мере определяется наличием или отсутствием в стационарах неврологической реабилитации МДБ, что продемонстрировано в табл. 2. Так, отсутствовало восстановление или было минимальным у 25,8% пациентов, у которых реабилитация проводилась без участия МДБ и у 8,8% больных, кто проходил восстановительное лечение с участием МДБ ($p < 0,001$). Достаточное и полное восстановление наблюдалось у 74,0% больных, которые были реабилитированы членами МДБ и у 45,4% пациентов, в реабилитационном лечении которых не соблюдался мультидисциплинарный принцип ($p < 0,001$).

Наблюдаются статистически значимые различия в достижении бытовой независимости в целом между группами пациентов, которые были реабилитированы при участии МДБ и без него ($p < 0,001$). Так, среди пациентов, у которых стационарная реабилитация проводилась без помощи МДБ, степень бытовой адаптации отсутствовала или была минимальной в 17,8% случаев, а среди тех, у кого при реабилитации использовалась МДБ, – у 4,2% больных. Достаточная и полная бытовая адаптация наблюдалась в данных группах пациентов в 47,8% и 70,2% случаев соответственно (см. табл. 2).

Таблица 2

Распределение перенесших инсульт пациентов по степени восстановления неврологических функций и достигнутому уровню бытовой адаптации в зависимости от участия МДБ при проведении реабилитации, % (абсолютное число).

Степень восстановления	Влияние на восстановление функций		Влияние на бытовую адаптацию	
	Отсутствие МДБ	Наличие МДБ	Отсутствие МДБ	Наличие МДБ
Отсутствует	8,4 (42)	1,2 (6)	7,2 (36)	0,0 (0)
Минимальная	17,4 (87)	7,6 (38)	10,6 (53)	4,2 (21)
Удовлетворительная	29,0 (145)	17,4 (87)	34,4 (172)	25,6 (128)
Достаточная	32,6 (163)	45,0 (225)	29,2 (146)	41,0 (205)
Полная	12,8 (64)	29,0 (145)	18,6 (93)	29,2 (146)
Всего	100,0 (500)	100,0 (500)	100,0 (500)	100,0 (500)

Примечание. Статистически значимые различия на уровне $p < 0,001$.

Таким образом, соблюдение мультидисциплинарного принципа проведения реабилитации пациентов после инсульта вызывает достоверное по сравнению с контрольной группой улучшение функционального состояния пациентов и повышение уровня их бытовой адаптации ($p < 0,001$).

Наблюдаются также статистически значимые различия между группами пациентов, проходивших реабилитацию с соблюдением и без соблюдения мультидисциплинарного принципа ведения, в отношении достижения пациентами независимости при выполнении основных бытовых навыков ($p < 0,001$) (табл. 3).

Так, в группе больных, которые были реабилитированы при участии МДБ, 82,2% пациентов стали независимы при использовании туалета, среди тех, у кого реабилитация проходила без помощи МДБ, – 48,8% ($p < 0,001$) (см. табл. 3).

В группе больных, которые были реабилитированы с участием МДБ, 96,2% пациентов обрели независимость при умывании, а среди тех, у кого стационарная реабилитация проходила без помощи МДБ, – 77,8% ($p = 0,012$) (см. табл. 3).

Среди пациентов, при реабилитации которых соблюдался мультидисциплинарный

принцип, 62,6% больных, зависимых при принятии ванны, приобрели независимость в этом отношении, и 39,4% – среди тех, при проведении восстановительного лечения которых не соблюдался данный принцип ($p < 0,001$) (см. табл. 3).

В группе больных, которые были реабилитированы при помощи МДБ, 90,2% пациентов обрели независимость при одевании, а среди тех, у кого стационарная реабилитация проводилась без участия специалистов МДБ, – 58,4% ($p < 0,001$) (см. табл. 3).

Среди пациентов, при реабилитации которых соблюдался мультидисциплинарный принцип, 98,8% больных, зависимых при принятии ванны, приобрели независимость в этом отношении, и 89,8% – среди тех, при проведении восстановительного лечения которых не соблюдался данный принцип ($p = 0,043$) (см. табл. 3).

В группе больных, которые были реабилитированы при участии специалистов МДБ, 82,2% пациентов обрели независимость при приготовлении пищи, а среди тех, у кого стационарная реабилитация проводилась без помощи МДБ, – 39,6% ($p < 0,001$) (см. табл. 3).

Таблица 3.

Распределение пациентов по способности независимого выполнения навыков повседневной жизненной активности в зависимости от участия МДБ при проведении стационарной реабилитации, % (абсолютное число)

Показатель		Отсутствие МДБ	Наличие МДБ
Туалет	Независимость	48,8 (244)*	82,2 (411)*
	Зависимость	51,2 (256)	17,8 (89)
Умывание	Независимость	77,8 (389)**	96,2 (481)**
	Зависимость	22,2 (111)	3,8 (19)
Принятие ванны	Независимость	39,4 (197)***	62,6 (313)***
	Зависимость	60,6 (303)	37,4 (187)
Одевание	Независимость	58,4 (292)*	90,2 (451)*
	Зависимость	41,6 (208)	9,8 (49)
Прием пищи	Независимость	89,8 (449)*	98,8 (494)*
	Зависимость	10,2 (51)	1,2 (6)
Приготовление пищи	Независимость	39,6 (198)*	82,2 (411)*
	Зависимость	60,4 (302)	17,8 (89)

Примечание. Статистически значимые различия между терапевтической и контрольной группами на уровне: * - $p < 0,001$; ** - $p = 0,012$; *** - $p = 0,043$.

Кроме того, участие в реабилитационном лечении МДБ способствует в статистически значимой степени нормализации психоэмоционального состояния пациентов,

перенесших инсульт ($p < 0,001$), что представлено в табл. 4.

Так, среди пациентов, кто был реабилитирован с участием специалистов

МДБ, депрессия через год после начала заболевания отсутствовала у 71,2%, в группе больных, кто проходил лечение без помощи МДБ, – у 25,8% ($p < 0,001$). При наличии депрессии через год от начала заболевания в

первой группе легкая ее степень наблюдалась у 53,5% больных, тяжелая – у 27,1%, во второй группе аналогичные показатели составили соответственно 33,2% и 57,4% (см. табл. 4).

Таблица 4.

Распределение пациентов по наличию депрессии и степени ее выраженности в зависимости от участия МДБ при проведении реабилитации, % (абсолютное число).

Показатель	Отсутствие МДБ	Наличие МДБ
Отсутствие депрессии	25,8 (129)*	71,2 (356)*
Наличие депрессии	74,2 (371)*	28,8 (144)*
Всего	100,0 (500)	100,0 (500)
<i>При наличии депрессии:</i>		
Легкая степень	33,2 (123)**	53,5 (77)**
Средняя степень	9,4 (35)	19,4 (28)
Тяжелая степень	57,4 (213)	27,1 (39)
Всего	100,0 (371)	100,0 (144)

Примечание. Статистически значимые различия между терапевтической и контрольной группами на уровне: * - $p < 0,001$; ** - $p = 0,007$.

Обсуждение результатов

Таким образом, проведение реабилитации пациентов после инсульта с участием МДБ в значительной степени повышает его эффективность.

Соблюдение мультидисциплинарного принципа ведения пациентов способствует как повышению степени восстановления двигательных, чувствительных, когнитивных и других неврологических функций пациентов, так и возрастанию уровня их социально-бытовой адаптации, а также нормализации психоэмоционального состояния.

Полученные результаты согласуются с данными других авторов о положительном влиянии цитофлавина на повышение эффективности реабилитации пациентов, перенесших инсульт [2,10,12].

Основными преимуществами соблюдения мультидисциплинарного принципа ведения пациентов являются следующие: более активное участие каждого специалиста-члена МДБ; возможность всех членов МДБ участвовать в осуществлении планирования и проведения реабилитации; большая профессиональная заинтересованность в деятельности медицинских сестер; оптимальные условия для повышения профессиональной подготовки специалистов-членов МДБ; экономия рабочего времени; нормализация психоэмоционального состояния пациента и его родственников; повышение мотивации пациента к реабилитации; вовлечение в

процесс реабилитации самого пациента и его родственников

Таким образом, внедрение результатов исследования, а именно строгое соблюдение мультидисциплинарного принципа ведения пациентов, перенесших инсульт, в практическую деятельность способствует как улучшению общей организации реабилитации пациентов, так и повышению эффективности отдельных методов и видов реабилитационного лечения.

Литература:

1. Иванова Г. Е., Петрова Е. А., Скворцова В. И. Ранняя реабилитация больных церебральным инсультом // Врач. 2007. №9. С. 4-9.
2. Исмаилов М. Ф., Хабиров Ф. А., Абашеев Р. З. и др. Результаты лечения больных с мозговым инсультом в условиях неврологического отделения и стационара с инсультным блоком // Неврологический вестник. 2006. Вып. 1-2. С. 20-22.
3. Камаева О. В., Полина Монро, Буракова З. Ф. и др. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных: Методическое пособие. Часть 1. Организация Инсультного Блока / Под ред. А.А. Скоромца.: СПб., 2003а. 34 с.
4. Камаева О. В., Полина Монро, Буракова З. Ф. и др. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных: Методическое пособие. Часть

2. Сестринские вопросы / Под ред. А.А. Скоромца.: СПб., 2003 б. 41 с.
5. Камаева О. В., Полина Монро, Буракова З. Ф. и др. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных: Методическое пособие. Часть 3. Логопедия. Глотание / Под ред. А.А. Скоромца.: СПб., 2003 в. 26 с.
6. Камаева О. В., Полина Монро, Буракова З. Ф. и др. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных: Методическое пособие. Часть 5. Физическая терапия / Под ред. А.А. Скоромца.: СПб., 2003г. 42 с.
7. Камаева О. В., Полина Монро, Буракова З. Ф. и др. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных: Методическое пособие. Часть 6. Эрготерапия / Под ред. А.А. Скоромца.: СПб., 2003 д. 40 с.
8. Каракулова Ю. В., Амирахова Л. Ш. Нейропсихологический статус и качество жизни пациентов в восстановительном периоде ишемического инсульта под влиянием нейропротекторной терапии // Уральский медицинский журнал. 2013. №1. С. 21-24.
9. Ковальчук В. В., Богатырева М. Д., Миннуллин Т. И. Современные аспекты реабилитации больных, перенесших инсульт // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2014. №6. С. 101-105.
10. Ковальчук В. В., Скоромец А. А. Основные принципы и результаты деятельности мультидисциплинарной бригады при восстановительном лечении пациентов, перенесших инсульт, на примере опыта работы центра неврологической реабилитации // Неврологический вестник им. В.М. Бехтерева. 2007. № 4. С. 5-9
11. Кравцова Т. Ю., Мартынова Г. А., Кравцова Е. Ю. Клинические особенности разных подтипов ишемического инсульта у лиц трудоспособного возраста // Пермский медицинский журнал. 2011. №4. С. 17-21.
12. Скоромец А. А., Боричева Л. М., Камаева О. В. и др. Эффективность различных методов реабилитации постинсультных больных в амбулаторных условиях после выписки из больницы // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Инсульт (приложение к журналу). 2007. Спецвыпуск. С. 39-40.
13. Скоромец А. А., Скоромец А. П., Скоромец Т. А. Нервные болезни. М. : МЕДпресс-информ, 2007. 552 с.
14. Сорокоумов В. А. Методические рекомендации по организации неврологической помощи больным с инсультами в Санкт-Петербурге. СПб. : Человек, 2002. 48 с.
15. Berg K., Wood-Dauphinée S., Williams J. I., Gayton D. Measuring balance in the elderly: preliminary development of an instrument // Physiotherapy Canada. 1989. Vol. 41. P. 304-311.
16. Dubois B., Slachewsky A., Litvan I., Pillon B. The FAB: a Frontal Assessment Battery at bedside // Neurology. 2000. Vol. 55. P. 1621-1626.
17. Folstein M. F., Folstein, S. E., Hugh P. R. "Mini-Mental State." A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician // Journal of Psychiatric Research. 1975. - Vol.12, P. 189-198.
18. Hickie I., Lloyd A., Wakefield D. et al. The psychiatric status of patients with the chronic fatigue syndrome // Br J Psychiatry. 1990. Vol. 156. P. 534-540.
19. House A., Dennis M., Hawton K. et al. Methods of identifying mood disorders in stroke patients: experience in the Oxfordshire Community Stroke Project // Age Ageing. 1989. Vol. 18. P. 371-379.
20. Kwantabisa N. Occupational therapy ADL checklist self maintenance // Merton and Sutton Community NHS Trust. Stroke Rehabilitation Team Protocol. London, 1999. P. 7-9.
21. Lindmark B. Evaluation of functional capacity after stroke with special emphasis on motor function and activities of daily living // Scand J Rehabil Med Suppl. 1988. Vol. 21. P. 1-40.
22. Machoney F., Barthel D. Functional evaluation: the Barthel Index // Md State Med J. 1965. Vol. 14. P. 61-65.
23. Nasreddine Z. S., Phillips N. A., Bedirian V. et al. The Montreal cognitive assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment // J Am Geriatr Soc. 2005. Vol. 53. P. 695-699.
24. Scandinavian Stroke Study Group. Multicenter trial of hemodilution in ischemic stroke: background and study protocol // Stroke. – 1985. Vol. 16. P. 885-890.

25. Teasdale G., Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness: a practical scale // *Lancet*. 1974. Vol. 2. P. 81-84.

26. Wade D.T. Measurement in neurological rehabilitation // New York: Oxford University Press, 1992. 308 p.

References:

1. Ivanova G. E., Petrova E. A., Skvortsova V. I. Rannaya reabilitatsiya bol'nykh tserebral'nym insul'tom [Early rehabilitation of patients with cerebral stroke]. *Vrach* [The Doctor]. 2007. №9. pp. 4-9. [in Russian]

2. Ismagilov M. F., Khabirov F. A., Abashev R. Z. i dr. Rezul'taty lecheniya bol'nykh s mozgovym insul'tom v usloviyakh nevrologicheskogo otdeleniya i statsionara s insul'tnym blokom [The results of treatment of patients with cerebral stroke in a neurological department and the hospital with a stroke unit]. *Nevrologicheskii vestnik* [Neurological Herald]. 2006. Issue 1-2. pp. 20-22. [in Russian]

3. Kamaeva O. V., Polina Monro, Burakova Z. F. i dr. Mul'tidistsiplinarnyi podkhod v vedenii i rannei reabilitatsii nevrologi-cheskikh bol'nykh: Metodicheskoe posobie. *Chast' 1. Organizatsiya Insul'tnogo Bloka* [A multi-disciplinary approach in the conduct and early rehabilitation of neurological patients: Toolkit. Part 1. Organization of stroke unit]: Ed. A.A. Skoromets. SPb., 2003a. 34p. [in Russian]

4. Kamaeva O. V., Polina Monro, Burakova Z. F. i dr. Mul'tidistsiplinarnyi podkhod v vedenii i rannei reabilitatsii nevrologicheskikh bol'nykh: Metodicheskoe posobie. *Chast' 2. Sestrinskie voprosy* [A multi-disciplinary approach in the conduct and early rehabilitation of neurological patients: Toolkit. Part 2. Sister questions] / Ed. A.A. Skoromets. SPb., 2003b. 41p. [in Russian]

5. Kamaeva O. V., Polina Monro, Burakova Z. F. i dr. Mul'tidistsiplinarnyi podkhod v vedenii i rannei reabilitatsii nevrologi-cheskikh bol'nykh: Metodicheskoe posobie. *Chast' 3. Logopediya. Glotanie* [A multi-disciplinary approach in the conduct and early rehabilitation of neurological patients: Toolkit. Part 3: Logopaedics. Swallowing] / Ed. A.A. Skoromets. SPb., 2003v. 26p. [in Russian]

6. Kamaeva O. V., Polina Monro, Burakova Z. F. i dr. Mul'tidistsiplinarnyi podkhod v vedenii i rannei reabilitatsii nevrologicheskikh bol'nykh: Metodicheskoe posobie. *Chast' 5. Fizicheskaya terapiya* [A multi-disciplinary approach in the conduct and early rehabilitation of neurological

patients: Toolkit. Part 5: Physical therapy] / Ed. A.A. Skoromets. SPb., 2003. 42 p. [in Russian]

7. Kamaeva O. V., Polina Monro, Burakova Z. F. i dr. Mul'tidistsiplinarnyi podkhod v vedenii i rannei reabilitatsii nevrologi-cheskikh bol'nykh: Metodicheskoe posobie. *Chast' 6. Ergoterapiya*. [A multi-disciplinary approach in the conduct and early rehabilitation of neurological patients: Toolkit. Part 6. Occupational Therapy] / Ed. A.A. Skoromets. SPb., 2003d. 40p. [in Russian]

8. Karakulova Yu. V., Amirakhova L. Sh. Neiropsikhologicheskii status i kachestvo zhizni patsientov v vosstanovitel'nom periode ishemicheskogo insul'ta pod vliyaniem neiroprotektornoj terapii [Neuropsychological status and quality of life of patients in the recovery period of ischemic stroke under the influence of neuroprotective therapy]. *Ural'skii meditsinskii zhurnal* [Ural Medical Journal]. 2013. №1. pp. 21-24. [in Russian]

9. Koval'chuk V. V., Bogatyreva M. D., Minnullin T. I. Sovremennye aspekty reabilitatsii bol'nykh, perenessikh insul't [Modern aspects of rehabilitation of patients with stroke]. *Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii im. S.S. Korsakova*. [Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakof]. 2014. №6. pp. 101-105. [in Russian]

10. Koval'chuk V. V., Skoromets A. A. Osnovnye printsipy i rezul'taty deyatel'nosti mul'tidistsiplinarnoi brigady pri vosstanovitel'nom lechenii patsientov, perenessikh insul't, na primere opyta raboty tsentra nevrologicheskoi reabilitatsii [Basic principles and results of a multidisciplinary team in the rehabilitation treatment of stroke patients, for example, work experience neurological rehabilitation center]. *Nevrologicheskii vestnik im. V.M. Bekhtereva*. [Neurological Herald named after V.M. Bekhterev]. 2007. № 4. pp.5-9. [in Russian]

11. Kravtsova E. Yu., Martynova G. A., Kravtsova T. Yu. Klinicheskie osobennosti raznykh podtipov ishemicheskogo insul'ta u lits trudospobnogo vozrasta [Clinical features of different subtypes of ischemic stroke in people of working age]. *Permskii meditsinskii zhurnal* [Perm Medical Journal]. 2011. №4. pp. 17-21. [in Russian]

12. Skoromets A. A., Boricheva L. M., Kamaeva O. V. i dr. Effektivnost' razlichnykh metodov reabilitatsii postinsul'tnykh bol'nykh v ambulatornykh usloviyakh posle vypiski iz bol'nitsy [Efficacy of different methods of rehabilitation of post-stroke patients on an outpatient basis after discharge]. *Zhurnal*

nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova. Insult' (prilozhenie k zhurnalu) [Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakof. Stroke (supplement to the journal). 2007. Special Edition. pp. 39-40. [in Russian]

13. Skoromets A. A., Skoromets A. P., Skoromets T. A. Nervnye bolezni [The nervous disease]. M. : MEDpress-inform, 2007. 552 p.

14. Sorokoumov V. A. Metodicheskie rekomendatsii po organizatsii nevrologicheskoi pomoshchi bol'nym s insult'ami v Sankt-Peterburge [Guidelines on the organization of neurological care of stroke patients in St. Petersburg]. SPb. : Chelovek [SPb. : Man], 2002. 48 p. [in Russian]

15. Dubois B., Slachewsky A., Litvan I., Pillon B. The FAB: a Frontal Assessment Battery at bedside. *Neurology*. 2000. Vol. 55. pp. 1621-1626.

16. Folstein M. F., Folstein, S. E., Hugh P. R. "Mini-Mental State." A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*. 1975. Vol.12. pp. 189-198.

17. Hickie I., Lloyd A., Wakefield D. et al. The psychiatric status of patients with the chronic fatigue syndrome. *Br J Psychiatry*. 1990. Vol. 156. pp. 534-540.

18. House A., Dennis M., Hawton K. et al. Methods of identifying mood disorders in stroke

patients: experience in the Oxfordshire Community Stroke Project. *Age Ageing*. 1989. Vol. 18. pp. 371-379.

19. Kwantabisa N. Occupational therapy ADL checklist self maintenance. Merton and Sutton Community NHS Trust. Stroke Rehabilitation Team Protocol. London, 1999. pp. 7-9.

20. Lindmark B. Evaluation of functional capacity after stroke with special emphasis on motor function and activities of daily living. *Scand J Rehabil Med Suppl*. 1988. Vol. 21. pp. 1-40.

21. Machoney F., Barthel D. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J*. 1965. Vol. 14. pp. 61-65.

22. Nasreddine Z. S., Phillips N. A., Bedirian V. et al. The Montreal cognitive assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc*. 2005. Vol. 53. pp. 695-699.

23. Scandinavian Stroke Study Group. Multicenter trial of hemodilution in ischemic stroke: background and study protocol. *Stroke*. 1985. Vol. 16. pp. 885-890.

24. Teasdale G., Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness: a practical scale. *Lancet*. 1974. Vol. 2. pp. 81-84.

25. Wade D. T. Measurement in neurological rehabilitation. *New York: Oxford University Press*, 1992. 308 p.

Контактная информация:

Ковальчук Виталий Владимирович – Заслуженный врач России, председатель Общества врачей-реабилитологов Санкт-Петербурга (Россия), профессор Европейской Академии Естественных Наук (Ганновер, Германия), профессор Кембриджского Университета (Кембридж, Великобритания), руководитель Центра медицинской реабилитации Санкт-Петербурга (Россия), зав. отделением реабилитации пациентов с заболеваниями ЦНС СПб ГБУЗ «Городская больница №38 им. Н.А. Семашко» (Санкт-Петербург, Россия).

Почтовый адрес: 196605, Санкт-Петербург, Пушкин, ул. Ленинградская, д. 85/12, кв. 155

E-mail: vikoal67@mail.ru

Телефон: тел. дом.: 7-812-4663745; тел. моб.: +7-921-9125872; факс: 7-812-4067743