

РОЛЬ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ БРИГАДЫ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Е.В. Ширшова

ФГУЗ Клиническая больница № 83 ФМБА России, Москва

Приведены результаты комплексного клинического обследования 418 пациентов с различными проявлениями цереброваскулярной патологии (ЦВБ). С позиций функциональных нарушений проведен анализ выявленных клинических проявлений ЦВБ и уточнено их влияния на ограничение основных видов жизнедеятельности. Научно обоснованы преимущества мультидисциплинарного подхода при проведении восстановительного лечения и реабилитации пациентов с ЦВБ.

Ключевые слова: цереброваскулярные заболевания, мультидисциплинарный подход, восстановительное лечение и реабилитация.

MULTIDISCIPLINARY TEAM VALUE IN RECOVERY TREATMENT OF PATIENTS WITH CEREBROVASCULAR DISEASES

Shirshova E.V.

The results of a comprehensive clinical examination of 418 patients with various manifestations of cerebrovascular diseases (CVD) are analyzed. From the standpoint of functional disorders the analysis identified clinical manifestations CVD was performed and clarified their influence on the restriction of the fundamental types of activity. Multidisciplinary approach in restorative treatment and rehabilitation of patients with CVD is justified.

Keywords: cerebrovascular diseases, multidisciplinary approach, medical rehabilitation.

Восстановительное лечение пациентов с цереброваскулярной патологией (ЦВБ) на протяжении многих лет остается одной из приоритетных проблем отечественного здравоохранения, что во многом обусловлено значительным ростом уровня заболеваемости, а также тяжестью медицинских, экономических и социальных последствий как для пациентов и их родственников, так и для общества в целом [1].

В последние годы успешно решены многие сложные вопросы ранней диагностики и лечения пациентов с сосудистыми заболеваниями головного мозга, что позволило снизить смертность при данной патологии, однако по-прежнему нередки случаи, когда даже самый интенсивный курс терапии не дает ожидаемых результатов, поэтому цереброваскулярные заболевания стабильно остаются одной из основных причин инвалидности.

По данным статистики, в 1990 г. ЦВБ занимали шестое место в качестве причины инвалидности или 2,4% от общего числа инвалидов

в мире, причем по прогнозам к 2020 г. эта патология должна занять четвертое ранговое место [2]. Однако в России ЦВБ как причина инвалидности уже в 1995 г. занимали четвертое по частоте место во всем контингенте инвалидов [3]. В настоящее время в России проживает свыше миллиона человек, перенесших инсульт, при этом третью часть из них составляют лица трудоспособного возраста, а к труду возвращается лишь каждый четвертый больной [4].

Клиническая практика свидетельствует, что возможности восстановления нарушенных функций у пациентов с ЦВБ весьма вариабельны. Это обусловлено, прежде всего, особенностями контингента – невысокими реабилитационными возможностями и тяжестью сопутствующих соматических заболеваний. Наряду с этим на окончательный результат медицинской реабилитации также в немалой степени оказывают влияние своевременность, адекватность и правильность выбора тактики проведения восстановительного лечения, координация и согласованность деятельности врачей раз-

личных специальностей, участвующих в лечебном процессе.

В научной литературе имеются данные, наглядно свидетельствующие о высокой результативности мультидисциплинарного подхода в ведении и ранней реабилитации больных в остром периоде церебрального инсульта. Вместе с тем, на сегодняшний день не существует единой общепринятой научно обоснованной системы мероприятий для проведения специалистами мультидисциплинарной бригады (МДБ) лечения и медицинской реабилитации пациентов цереброваскулярными заболеваниями. Практически не разработаны принципы и методические подходы определения реабилитационных возможностей пациентов с ЦВБ, потребности в основных видах реабилитации, составления индивидуальных реабилитационных программ, не выявлены особенности проведения восстановительного лечения и реабилитации пациентов данной категории с учетом всего многообразия нарушений на биологическом, личностном и социальном уровнях [5-7].

Цель исследования. Изучение роли МДБ при восстановительном лечении пациентов с различными проявлениями цереброваскулярных заболеваний.

Материалы и методы исследования.

Проведено комплексное обследование 418 пациентов с различными проявлениями цереброваскулярной патологии. Всем больным проводили клиническое обследование, включающее следующие исследования: соматическое, исследование неврологического статуса, экспериментально-психологическое, биомеханическое, инструментальные (компьютерная томография или магнитно-резонансная томография, дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, электрокардиография и др.), клинико-биохимические и другие лабораторные исследования, определение жизненной активности больного по индексу Бартеля.

Результаты исследования.

При проведении исследования все пациенты в зависимости от этиологии, клинических и нейровизуализационных особенностей отдельных форм ЦВБ были разделены на 3 основные группы.

Первую группу больных (190 чел.) представляли пациенты с преобладанием в заболевании проявлений артериальной гипертензии – гипертонической энцефалопатии (ГЭ).

В данной группе количество лиц женского пола составило 51,6% (98 чел.), мужчин – 48,4% (72 чел.); средний возраст пациентов на момент обследования – $69,6 \pm 12,6$ лет.

В неврологическом статусе у пациентов выявлены очаговые неврологические симптомы, что проявлялось двигательными нарушениями: легкие и умеренные парезы конечностей – 42 чел. (22,1%), пирамидные знаки – 31 чел. (16,3%), экстрапирамидные нарушения (паркинсоноподобный акинетико-ригидный синдром – 16 чел. (8,4%), амиостатический синдром – 9 чел. (4,7%), псевдобульбарный синдром – 22 чел. (11,5%), характерны были также прогрессирующие эмоционально-волевые нарушения.

Во вторую группу включены больные (142 чел.) с атеросклеротической дисциркуляторной энцефалопатией (АЭ).

В этой группе женщин было 45,1% (64 чел.), мужчин – 54,9% (78 чел.). Средний возраст пациентов на момент обследования составил $73,2 \pm 10,2$ года.

У 96 пациентов (67,6%) этой группы с признаками хронической недостаточности мозгового кровообращения в корковых областях, кровоснабжаемых внутренней сонной артерией, основу клинических проявлений составляли прогрессирующие нарушения когнитивных функций (снижение памяти, внимания, интеллекта), эмоционально-волевые нарушения, легкие и умеренные нарушения высших корковых функций.

В третью группу включены пациенты (86 чел.) с хронической вертебрально-базилярной сосудистой недостаточностью (ВБН).

В этой группе женщин было 65,1% (56 чел.), мужчин – 35,9% (30 чел.). Средний возраст пациентов на момент обследования составил $58,3 \pm 6,2$ года.

Для пациентов данной группы была характерна полисимптомность клинических проявлений, что, возможно, связано с мозаичностью и полиморфностью поражения участков головного мозга, кровоснабжаемых сосудами вертебрально-базилярной системы.

У всех больных выявлен типичный симптомокомплекс поражения ВБС, который проявлялся вестибулярными нарушениями, расстройствами статики, зрительными и глазодвигательными нарушениями.

У 44 пациентов (51,2%) отмечали кохлеовестибулярный синдром – сочетание головок-

ружения с шумом в ушах и снижением слуха.

Проведенная оценка влияния выявленных клинических проявлений ЦВБ на основные виды жизнедеятельности пациентов свидетельствовала, что двигательные и/или статодинамические нарушения значительно изменяли моторику пациентов, нередко полностью перестраивая двигательный стереотип. Как следствие, у всех больных имело место нарушение темпа ходьбы, укорочение длины шага, низкая скорость передвижения.

Важно, что клинико-биомеханический анализ функции ходьбы свидетельствовал, что степень независимости пациента при ходьбе напрямую определялась основными биомеханическими показателями. При этом обращало на себя внимание то, что при относительно незначительных межгрупповых различиях показателей в итоге у пациентов с наиболее тяжелыми нарушениями функции передвижения длина шага редуцируется более чем в 2 раза относительно показателей здоровых лиц, темп ходьбы снижается в 2,5 раза, а средняя скорость передвижения уменьшается более чем в 3 раза.

Характерно, что у многих пациентов двигательным расстройствам сопутствовали различные нарушения высших психических функций, включая нарушения праксиса и гнозиса, когнитивные, эмоционально-волевые расстройства.

Так, по результатам оценки выраженности когнитивных нарушений, проведенной на основании Краткой шкалы оценки психических функций (КШОПС), больные без признаков когнитивных нарушений составили 27,1% (113 чел.), тогда как пациенты с умеренными когнитивными нарушениями – 56,5% (236 чел.) и с выраженными когнитивными нарушениями – 16,5%. (69 чел.).

Наряду с этим у многих пациентов были выявлены астено-депрессивные, тревожно-депрессивные и апато-депрессивные расстройства. Проведенное 340 пациентам психологическое исследование показало следующие результаты. Уровень депрессии по шкале Бека составил 17,85 баллов, что соответствует легкой степени депрессии. При этом максимальные нарушения отмечены по следующим субшкалам (в баллах): сон (1,2), половая сфера (1,15), астения (1,12), самоконтроль (1,08), пессимизм и несостоятельность (по 1,025).

Депрессивные расстройства сопровождались тревожными нарушениями, наличие которых определялось как клинически, так и с по-

мощью теста Спилбергера (средний уровень реактивной тревоги – 51,8 и личностной – 51,1).

В целом обращало на себя внимание отчетливое доминирование признаков негативной аффективности: астения, нарушения концентрации, ипохондрическая озабоченность своим состоянием, высокий уровень тревоги.

Результаты проведенного теста PULSES Profile свидетельствовали, что среди всех больных количество пациентов, способных к самообслуживанию, составило 312 чел. (74,6%), а количество больных, полностью зависящих от посторонней помощи и нуждающихся в постоянном уходе – 106 чел. (25,4%).

Для уточнения характера функциональных ограничений, оказывающих наибольшее негативное влияние на основные виды жизнедеятельности пациентов, а также для определения направления дальнейших реабилитационных мероприятий оценили корреляционные связи между выявленными клиническими симптомами и показателями, отражающими нарушения основных видов жизнедеятельности.

Изучение факторной структуры сопоставляемых показателей позволило выделить наиболее значимые показатели, отражающие реабилитационные возможности пациентов с ЦВБ:

- Категория мобильности пациента (по Perry et al., 1995).
- Количественная оценка выраженности нарушений двигательных функций верхних конечностей.
- Количественная оценка вестибулярно-мозжечковых нарушений, полученных методом стабилотрии.
- Клинико-психологическая характеристика по основным показателям: внимание; память на образы; мышление; шкала депрессии; уровень реактивной и личностной тревожности; выраженность когнитивных нарушений на основании КШОПФ.
- Определение потребности пациентов в посторонней помощи с применением теста PULSES Profile

• Проведенный корреляционный анализ выявил тесную достоверную прямую зависимость между изучаемыми параметрами и позволил заключить, что ограничения способности к самообслуживанию и самостоятельному передвижению у обследованных пациентов зависели от нарушения статодинамической функции. Способность к обучению напрямую была связана с нарушениями психических, статодинамических

и сенсорных функций. Ограничения коммуникативных возможностей связаны с нарушением психических, статодинамических и сенсорных функций. Ограничения ориентации – с нарушениями психических и сенсорных функций, а нарушение контроля над своим поведением – с нарушениями психических функций.

Важно отметить, что ограничение возможности передвижения расценивалось большинством больных ЦВБ как наиболее значимый фактор, ограничивающий их способность к самообслуживанию и в значительной степени определяющий зависимость от посторонней помощи, что оказывало существенное влияние на настроение, самооценку, оценку будущего, систему отношений с другими людьми. Закономерным следствием этого являлось возникновение депрессивных расстройств, дезорганизующих приспособительное поведение пациента.

Выявленные у большинства больных когнитивные нарушения, включая нарушения речи в виде афазии и дизартрии, оказывали существенное влияние на возможность общения с окружающими, ограничивали способность к обучению, способность контролировать поведение, что приводило к глубокой социальной дезадаптации.

Таким образом, полученные результаты наглядно показали наличие взаимосвязи между собой всех клинических проявлений ЦВБ, что приводит к потенцированию функциональных ограничений, возникающих у пациентов, и обуславливает сочетанное нарушение у них основных видов жизнедеятельности: способности к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, обучению, трудовой деятельности, ориентации, общению и возможности контролировать свое поведение.

Применение критериев оценки степени выраженности основных ограничений жизнедеятельности [12] позволило выразить количественные показатели степени основных нарушений в виде алгоритма выявления реабилитационного потенциала больных и инвалидов с ЦВБ.

За основу определения и квантификации показателей реабилитационного потенциала приняты следующие критерии:

1. Количественная оценка выраженности нарушений двигательных функций.
2. Количественная оценка вестибулярно-мозжечковых нарушений.
3. Экспериментально-психологическая характеристика больного.

4. Определение жизненной активности больного по индексу Бартеля.

Созданная программа оценки реабилитационного потенциала апробирована на больных с цереброваскулярной патологией. Все пациенты обследованы по разработанной программе. Полученные данные позволяли оценить их реабилитационный потенциал. В результате все пациенты были разделены на три группы в зависимости от выявленного уровня реабилитационного потенциала (с низким, средним и высоким уровнем).

На основе оценки реабилитационных возможностей больных разработаны дифференцированные базовые программы восстановительного лечения, предусматривающие все уровни реабилитационного потенциала.

Для оценки эффективности выполнения разработанных нами программ методом анкетирования проведено медико-социальное исследование, направленное на выяснение «качества жизни» больных до проведения курса восстановительного лечения и после его завершения, у 78 пациентов с ЦВБ.

Качество жизни (по оценке самого больного) изменилось в сторону повышения. Так, количество больных, оценивших качество жизни как «очень плохое» до реабилитации, после осуществления реабилитационной программы уменьшилось на 4 человека (30,8%). Группа больных, признавших качество жизни «плохим», уменьшилось на 7 человек (36,8%), в то же время увеличилось количество респондентов, оценивших качество жизни как «удовлетворительное» и «хорошее» (на 20,8 и 36,4% соответственно). Количество больных, давших своему состоянию наивысшую оценку «отличное», возросло на 18,2%.

Основным направлением восстановительного лечения пациентов с ЦВБ принято считать устранение патологических систем, формирующих стойкие неврологические синдромы. При проведении соответствующих медицинских мероприятий, направленных на подавление возникших патологических детерминант, дестабилизацию патологической системы и активацию антисистем, необходимы согласованные и четко координированные действия различных специалистов – невролога, кинезотерапевта, физиотерапевта, логопеда, психиатра, психолога и многих иных специалистов, поэтому организация восстановительного лечения и реабилитации пациентов с цереброваску-

лярной патологией на основе применения мультидисциплинарного подхода представляется обоснованной и целесообразной, так как способствует более эффективному восстановлению нарушенных функций [9].

Организация практической деятельности МДБ в условиях неврологического отделения стационара основывалась на принципах, представленных на схеме.

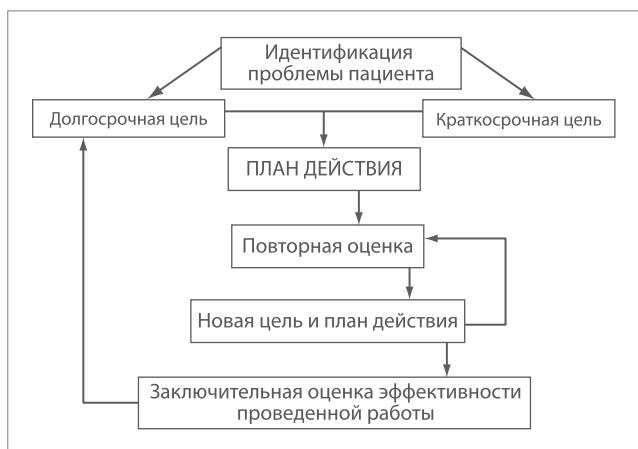


Рис. Принцип постановки бригадных целей реабилитации МДБ.

Наиболее важным аспектом при осуществлении практической деятельности МДБ и одним из основных компонентов мультидисциплинарного подхода являлась постановка бригадных целей реабилитации.

С учетом опыта практической деятельности в состав МДБ в зависимости от характера функционального дефицита, имеющегося у пациента, вводили следующих специалистов: невролог, имеющий подготовку по специальности «Восстановительная медицина», врач и методист ЛФК, врач и медицинская сестра физиотерапии, логопед, клинический психолог, массажист, рефлексотерапевт, врач-эрготерапевт, психиатр, медицинские сестры, обученные методам медицинской реабилитации. В ряде случаев в состав МДБ включали терапевта, ортопеда, диетолога.

Адекватный физиологический фон при проведении реабилитации достигался направленным применением комплекса методов физиотерапевтического лечения и рефлексотерапии, медикаментозной терапией (10, 11).

По нашему мнению, обязательным условием восстановления основных видов жизнедеятельности у пациентов с ЦВБ является адекватная терапия психопатологических наруше-

ний и направленная психотерапевтическая работа, предусматривающая коррекцию мотиваций к восстановлению здоровья и социальной активности, отвлечение и переключение на формирование новых жизненных целей.

В качестве одной из форм непосредственного общения медицинского персонала с социально значимыми для пациента лицами практиковалось проведение занятий по специально разработанным программам, по обучению родственников правилам ухода и наблюдения за пациентом с ЦВБ.

Таким образом, у пациентов с ЦВБ имеет место сложный комплекс функциональных изменений, обуславливающий нарушение всех основных видов жизнедеятельности: способность к самообслуживанию, способность к самостоятельному передвижению, способность к общению и возможность контролировать своё поведение, и поэтому мультидисциплинарный подход при проведении восстановительного лечения представляется обоснованным и целесообразным, так как обеспечивает согласованность и четкую координацию действий различных специалистов.

Обсуждение

Современный этап развития медицинской реабилитации больных с ЦВБ характеризуется внедрением в клиническую практику мультидисциплинарного подхода. При этом в научной литературе приводятся данные, наглядно свидетельствующие о его высокой эффективности при ведении и восстановительном лечении больных, перенесших церебральный инсульт. Проведенные исследования на большом клиническом материале еще раз подтверждают целесообразность и необходимость использования МДБ для получения более успешных реабилитационных результатов. Данные исследования также подтверждены многими публикациями в медицинской литературе об опыте работы МДБ в клиниках Москвы и регионах, доказана их эффективность особенно в раннем периоде острого инсульта. Врачи проходят курс обучения работы в составе МДБ в московском Институте инсульта.

Основными принципами проведения специалистами МДБ восстановительного лечения и реабилитации пациентов с cerebrovascular заболеваниями являются: совместная оценка различными специалистами характера и степени выраженности функциональных ог-

раничений пациентов, основанная на данных комплексного клинико-функционального обследования, для составления плана конкретных, реально выполнимых краткосрочных и долгосрочных задач по восстановлению нарушенных функций пациента; объективная этапная оценка достигнутых пациентом результатов для последующей коррекции и планирования дальнейших восстановительных мероприятий [12].

При проведении специалистами МДБ восстановительного лечения и реабилитации пациентов с ЦВБ объем и направление приложения реабилитационных мероприятий необходимо определять индивидуально, исходя из характера и выраженности функционального дефицита, реабилитационных возможностей пациента.

При этом независимо от наличия и выраженности двигательных нарушений обязательными являются адекватная терапия имеющихся психопатологических нарушений и направленная психотерапевтическая работа, предусматривающая коррекцию мотиваций к восстановлению здоровья и социальной активности, отвлечение и переключение на формирование новых жизненных целей.

Литература

1. World Health Organization (WHO). The World Health Report 2005. Conquering suffering, enriching humanity.
2. Lynch R.T., Thomas K.R. People with disabilities as victims: Changing an ill-advised paradigm // J. Rehab. 1994. Vol. 6, № 1. P.8-11.
3. Сивуха Т.А., Муратова С.М., Косичкин М.М. и др. Комплексная программа реабилитации инвалидов вследствие сосудистых заболеваний головного мозга. Метод. рекомендации для врачей. М., 2006. 44 с.
4. Косичкин М.М., Гришина Л.П. Общий контингент инвалидов вследствие поражения нервной системы в Российской Федерации // Мед.-соц. эксперт. и реабилитация. 1998. № 1. С. 34-37.
5. Белова А.Н. Нейрореабилитация: руководство для врачей. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Антидор, 2002. 565 с.
6. Ворлоу Ч.П., Деннис М.С., Ван Гейн Ж. и др. Инсульт: пер. с англ. / Под ред. А.А. Скоромца, В.А. Сорокоумова. Л.: Политехника, 1998. 629 с.

Выводы

1. Разработанный алгоритм определения реабилитационного потенциала у пациентов с цереброваскулярными заболеваниями дает возможность объективно оценить уровень реабилитационных возможностей пациентов, что позволяет научно обоснованно решать вопросы формирования и практической реализации реабилитационных программ.

2. Дифференцированные программы восстановительного лечения для пациентов с ЦВБ, разработанные на основе оценки реабилитационного потенциала пациента, позволяют обеспечить наиболее адекватное проведение лечебно-восстановительных мероприятий, поскольку учитывают индивидуальные саногенетические возможности пациента.

3. Возникающие у пациентов с цереброваскулярной патологией нарушения всех основных видов жизнедеятельности определяют необходимость при проведении восстановительного лечения четкой координации и согласованности действий различных специалистов, соответствующее материально-техническое обеспечение, что обуславливает целесообразность применения мультидисциплинарного подхода при осуществлении данного вида медицинской помощи.

7. Гусев Е.И., Дробышева Н.А., Никифоров А.С. Реабилитация в неврологии: Учебное пособие. М., 2000. 52 с.
8. Демиденко Т.Д. Реабилитация при цереброваскулярной патологии. Л.: Медицина, 1989. 207 с.
9. Инсульт. Принципы диагностики, лечения и профилактики / Под ред. Н.В. Верещагина, М.А. Пирадова, З.А. Суслиной. М.: Интермедика, 2002. 208 с.
10. Кадыков А.С. Реабилитация после инсульта // Рос. мед. ж. 1997. № 1. С. 21-24.
11. Косичкин М.М., Пряников И.В. Факторы, определяющие уровень инвалидности вследствие поражения нервной системы в Российской Федерации // Обзорная информация ЦБНТИ Минсоцзащиты РФ. М., 1999. 16 с.
12. Королев А.А. Организация работы мультидисциплинарной бригады в процессе проведения восстановительного лечения. // Современные проблемы науки и образования – 2008.-№ 6. (приложение "Медицинские науки"). С. 21.

Информация об авторе:

Ширшова Елена Вениаминовна – зав. неврологическим отделением ФГУЗ КБ № 83 ФМБА России, д.м.н.

Тел.: (495) 395-35-93, e-mail: shirshovae@rambler.ru