

---

## ОБ ОПЫТЕ РАБОТЫ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ БРИГАДЫ В ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Б.В. Эпельман

Администрация Московского района Санкт-Петербурга  
*Московский пр., 129, Санкт-Петербург, 196084*  
*тел. +79114636467, эл. почта: somvoz@live.ru*

В статье приведен опыт работы новой формы оказания медицинской помощи больным, перенесшим острое нарушение мозгового кровообращения: лечение на дому мультидисциплинарной бригадой, включающей врачей, психологов, средний медицинский персонал и социальных работников. Приведена подробная характеристика лечившихся больных, объем оказанных услуг, оценка эффективности лечения.

**Ключевые слова:** острое нарушение мозгового кровообращения, реабилитация, мультидисциплинарная бригада.

Болезни системы кровообращения являются ведущей причиной инвалидности и смертности населения [6], а в их структуре ведущее место занимает острое нарушение мозгового кровообращения [5]. Летальность при этой патологии может достигать 30% [2], а люди, перенесшие данное заболевание, нередко становятся инвалидами и нуждаются в комплексе мер медицинской и социальной помощи [4]. Традиционно эта помощь включает в себя ряд этапов: скорая медицинская помощь, лечение в стационаре, реабилитационный этап. Среди новых форм организации можно отметить создание мультидисциплинарных бригад в стационаре [3]. Наиболее же сложным представляется оказание реабилитационных мероприятий, поскольку степень ограничения жизнедеятельности данной категории пациентов нередко столь значительна, что традиционные формы (санатории, отделения реабилитации поликлиник, дневные стационары) являются неприемлемыми. К тому же в силу ограничений жизнедеятельности эти пациенты (особенно проживающие без родственников) нуждаются в системе мер социальной защиты. Поэтому, на наш взгляд, весьма перспективной является такая система организации оказания помощи пациентам, перенесшим острое нарушение мозгового кровообращения, как мультидисциплинарные бригады (МДБ), определенный опыт работы которых накоплен в Санкт-Петербурге [1].

Нами был проанализирован такой опыт на базе социально-реабилитационного отделения для пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (МДБ) крупной многопрофильной поликлиники № 51. МДБ предназначена для оказания медико-социальной помощи на дому больным, перенесшим ОНМК, с целью их максимального функционального восстановления, улучшения качества жизни, уменьшения зависимости от окружающих.

Продолжительность курса медико-социальной реабилитации на дому определяется медицинской комиссией индивидуально для каждого пациента в соответствии с характером и сроками, необходимыми для проведения социально-реабилитационных и оздоровительных мероприятий и обычно составляет 1—2 месяца.

Деятельность МДБ включает: профессиональный уход, мероприятия по улучшению физического и психологического статуса пациентов, их подготовку к адаптации в социально-общественной жизни, самостоятельному проживанию в квартире, недопущение помещения в специальный интернат.

Изучение состава пациентов, лечившихся МДБ, показало, что среди них несколько преобладали (составляя 52,3%) женщины. Около половины (49,7%) лечившихся составили лица 70—79 лет; треть (32,0%) — 60—69 лет; 18,3% — старше 80 лет. Средний возраст пациентов —  $73,2 \pm 0,6$  лет (среди мужчин —  $71,5 \pm 0,4$ ; среди женщин —  $74,8 \pm 0,5$ ). В социальной структуре преобладали (с удельным весом 74,9%) инвалиды (0,9% — I группы; 65,1% — II группы; 29% — III группы). 13,7% составили пенсионеры. 10,3% до заболевания работали, 1,1% были неработающими. Среди мужчин доля работавших была почти втрое выше, чем среди женщин (14,9% и 51,7% соответственно). Преимущественно (в 93,3% случаев) пациенты перенесли ишемический инсульт. У 91,7% пациентов был гемипарез (в 72,4% — односторонний, в 12,2% — двусторонний). Доля больных с гемипарезом среди женщин была выше (94,4%), чем среди мужчин (88,8%). При ишемическом инсульте двусторонний гемипарез имел место в 11,9% случаев, при геморрагическом — в 16,4%. Практически у всех (99,4%) пациентов имелась сопутствующая патология, в том числе у 37,8% — одно заболевание, у 59,4% — два, у 2,2% — три и более. Доля имевших два и более заболевания составила 63,5% при ишемическом и 41,7% при геморрагическом инсульте. Среди направленных на лечение в бригаду МДБ большую часть (65,6%) составили пациенты, выписанные из стационара. Из них 4,2% лечились в течение недели; 33,9% — двух; 61,9% — более двух недель. Средняя длительность пребывания в стационаре составила  $17,6 \pm 1,4$  дней. Процент госпитализированных снижается с увеличением возраста, составляя: 67,5% в 60—69 лет, 63,2% в 70—79 лет, 60% в 80 лет и более. Преимущественно (в 97,4% случаев) лечение в МДБ начиналось в течение первой недели после выписки из стационара. Средний срок начала лечения после выписки составил  $3,5 \pm 0,4$  дней. Треть пациентов (34,4%) изначально лечилась по поводу данного заболевания на дому. Причем лечение в МДБ в основном (в 98,3% случаев) начиналось в течение первой недели (в среднем через  $3,53 \pm 0,3$  дней).

При поступлении пациентов на лечение оценивалась степень сохранности отдельных функций. Сравнительно невысоким (2,3%) был процент пациентов с нарушением сознания (выше среди мужчин и лиц старше 80 лет). Почти в каждом третьем (28,7%) случае имело место нарушение мочеиспускания (с возрастом данный показатель существенно увеличивался). Почти у каждого шестого (14,1%) имелись нарушения тазовых органов (среди женщин показатель вдвое выше, чем среди мужчин, а среди лиц старше 80 лет — вдвое выше, чем в более молодом возрасте). Понимание (реакция на те или иные задания) полностью было нарушено в 2,3% случаев, частично — в 59,0% (в остальных случаях нарушений не было). 2,3% пациентов (1,15 мужчин и 3,4% женщин) были неподвижны, и у 6,8% (4,6% мужчин и 9,0% женщин) двигательная активность ограничивалась возможностью садиться в кровати. 71,8% могли передвигаться с чьей-либо помощью, 19,2% (22,7% мужчин и 15,8% женщин) — самостоятельно передвигались. Неподвиж-

ные пациенты были среди лиц 70—79 лет (2,7%) и старше 80 лет (3,7%). Самостоятельно передвигаться могли 28% лиц 60—69 лет, 16,2% — 70—79 лет, 3,7% 80 лет и старше. Психические функции были сохранены у 71,6% пациентов (69,7% мужчин и 73,6% женщин). У 19,3% они были нарушены в той или иной степени, а 9,1% больных были неконтактны. Процент лиц с сохраненными функциями составил 70,8% в возрасте 60—69 лет, 76% — в 70—79 лет, 69% в 80 лет и старше. Психическая активность (в том числе эмоциональность, уровень внимания) была на нормальном уровне у 17,5% пациентов (14,6% мужчин и 20,5% женщин). В 16,4% случаев она была повышена (у 13,5% мужчин и 19,3% женщин). В большинстве же случаев (в 66,1%, у мужчин в 71,9%, у женщин — в 60,2%) она была снижена. С возрастом доля лиц с нормальной психической активностью снижается и составляет: 22,9% в 60—69 лет; 14,7% в 70—79 лет; 7,1% в 80 лет и старше. Выше она (18,7%) у больных с ишемическим инсультом, по сравнению с перенесшими геморрагический инсульт (8,3%). Прочие нарушения отмечались у 66,5% пациентов (65,2% мужчин и 67,8% женщин). Наибольшим (77,8%) был показатель в возрасте 80 лет и старше. При ишемическом инсульте он составил 65,2%, при геморрагическом — 83,3% ( $p < 0,01$ ). Интегральной характеристикой степени «сохранности» пациента, его возможности к самообслуживанию является индекс Бартела, который у 8,7% пациентов не превышал 5 баллов, у 19,8% составлял 6—10 баллов, у 47,1% — 11—15 баллов, у 24,4% — 16—20 баллов. В среднем он составил  $12,4 \pm 0,3$  балла. В возрасте 60—69 лет данный индекс составлял 13,2 балла, в 70—79 лет — 12,2 балла, в 80 лет и старше — 10,6 балла. При ишемическом инсульте индекс Бартела составлял 12,6 баллов, при геморрагическом — 10,1 балл.

Как показал проведенный нами анализ, объем оказанной помощи значителен. В течение периода лечения пациентов примерно 11 раз осматривают терапевт, невролог (назначающие необходимую терапию), дважды консультирует психолог, с ним проводится более 12 занятий лечебной физкультурой и 10 занятий с логопедом. Медицинские сестры посещают пациента более 17 раз, социальные работники — 4 раза. Средняя длительность лечения МДБ составила около полутора месяцев ( $42,9 \pm 1,1$  дней). Выше она (43,7 дней) в возрасте до 80 лет, ниже (37,3 дней) в старшей возрастной группе.

Оценка эффективности проведения перечисленных выше мероприятий проводилась по разным критериям (поэтапно). Во-первых, оценивалась динамика имевших место нарушений. За исключением функции «понимание» по всем остальным функциям имела место положительная динамика. На 26,1% снизилась доля лиц с нарушением сознания, на 25,4% — с нарушением мочеиспускания, на 24,1% — с тазовыми нарушениями. Более выраженной была динамика среди мужчин. Например, по последним двум функциям процент снижения составил: среди мужчин — 32,0% и 37,8%, среди женщин — 19,2% и 17,6%. Среди лиц разного возраста минимален процент изменений в старшей возрастной группе. На втором этапе оценивалась динамика индекса Бартела. По окончании лечения индекс Бартела составил в среднем 14,8 баллов, увеличившись по сравнению с базовым уровнем на 19,4%. Среди лиц 60—69 лет он практически не отличался (15,1 и 15,0 баллов), а в возрасте 80 лет и старше был ниже (10,6 баллов). Досто-

верно ( $p < 0,05$ ) различие его значений при ишемическом (15,0 баллов) и геморрагическом (13,2 баллов) инсультах, т.е. наиболее выраженной была динамика среди лиц 70—79 лет, перенесших геморрагический инсульт. Длительность лечения МДБ прямо не влияла на величину индекса, который составлял: 13,5 баллов при длительности лечения до недели; 10,3 баллов — при лечении в течение двух недель; 14,5 баллов — от двух недель до месяца; 15,1 баллов — в течение 1—2 месяцев; 14,2 баллов — при более длительном лечении. Анализируемый индекс увеличивается с увеличением числа осмотров терапевта (с 12 при числе осмотров не более 3 до 18,4 при числе осмотров более 10). При количестве осмотров невролога до 6 он составляет 13,2, более 10—14,9. В то же время индекс снижается с 15,1 при однократном осмотре психологом до 11 при неоднократном осмотре. В случае, если проводится не более двух занятий лечебной физкультурой, индекс ниже (10,3), чем при числе занятий более 10 (15,3). В зависимости от аналогичной кратности занятий логопедом соответствующие величины индекса — 13,8 и 15,4. Наиболее существенное различие значений индекса при разной кратности посещений медсестрами: 5,0 баллов при наличии не более трех посещений и 15,1 баллов при наличии более 10 посещений. При 2—3-кратном посещении социального работника индекс составил 10,7 баллов, при числе посещений более 10—14,9 баллов.

С учетом всех перечисленных критериев в целом оценка динамики состояния больных в результате проведенного лечения была следующей: улучшение — в 91,4% случаев (у 93,2% мужчин, 89,5% женщин), отсутствие перемен — в 6,9% (у 4,6% мужчин и 9,3% женщин), ухудшение — в 1,7% (у 2,3% мужчин и 1,2% женщин). В возрастной группе 60—69 лет доля пациентов с улучшением была максимальной (95,7%). Ниже и практически равной (89,3% и 88,9%) она была в возрасте 70—79 и 80 лет и старше. Важно отметить, что среди больных с ухудшением была минимальной (33,3%) доля лечившихся в стационаре, а также средняя длительность лечения МДБ (18,7 дней). По окончании лечения МДБ 45,8% пациентов (53,9% мужчин и 37,5% женщин) были переведены на амбулаторную реабилитацию; 33,9% — под наблюдение социальных работников на дому (25,8% мужчин и 42,1% женщин); 18,1% направлены на медико-социальную экспертизу (18,0% мужчин и 18,2% женщин); по 1,1% (и женщин и мужчин) были госпитализированы с направлением на стационарную реабилитацию. По окончании лечения пациентам были даны следующие рекомендации: наблюдение невролога (в 34,1% случаев), других врачей (22,2%) и невролога, и других специалистов (17,1%), прием препаратов (11,9%), прием препаратов с наблюдением специалистов (14,8%).

Таким образом, можно утверждать, что лечение пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, мультидисциплинарной бригадой является новой прогрессивной стационарзамещающей технологией, достаточно эффективной, особенно при ведении больных с ишемическими формами инсульта. Подобный опыт, на наш взгляд, может быть распространен на другие регионы и при лечении других пациентов с достаточно тяжелыми заболеваниями, требующих комплексной помощи, ухода, восстановления утраченных функций и социальной активности.

## ЛИТЕРАТУРА

- [1] *Беликова Т.В., Зоткин Е.Г., Филатов В.Н.* Организация работы мультидисциплинарной бригады по оказанию медико-социальной помощи патронажным больным сахарным диабетом пожилого и старческого возраста в условиях учреждения гериатрического профиля // Пушковские чтения: Мат. I научно-практ. конф. — СПб., 2005. — С. 11—13.
- [2] *Железняк Е.С., Колосков А.В., Годес Е.П.* О некоторых особенностях летальности в крупном многопрофильном стационаре // *Здравоохранение Украины*. — 2008. — № 1(29). — С. 135—136.
- [3] *Иванова А.В.* Организация сестринской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения на стационарном этапе // *Проблемы городского здравоохранения*. Вып. 11.: Сб. науч. тр. / Под ред. проф. Н.И. Вишнякова. — СПб., 2006. — С. 135—139.
- [4] *Пенюгина Е.Н., Докиш Ю.М., Хохрякова Л.С. и др.* Развитие реабилитационной службы крупного города в современных условиях // *Проблемы городского здравоохранения*. Вып. 9: Сб. науч. тр. / Под ред. проф. Н.И. Вишнякова. — СПб., 2004. — С. 341—354.
- [5] *Плужникова Т.В.* Основные факторы риска возникновения цереброваскулярных заболеваний и особенности их проявления // *Здравоохранение Украины*. — 2008. — № 1 (29). — С. 20—29.
- [6] *Рыжак С.А., Подлужная М.Я., Зайцева Н.В.* Медико-экономический анализ смертности населения Пермского края // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. — 2009. — № 3 — С. 5—8.

## ABOUT EXPERIENCE OF MULTIDISCIPLINE TEAM IN SUPERVISING PATIENTS, BEING STRUCKED BY HARD INFRINGEMENT OF BRAIN BLOOD CIRCULATION

**B.V. Epelman**

Moskovskiy district's Administration of Saint-Petersburg  
*Moskovskiy av., 129, Saint-Petersburg, Russia, 196084*  
*tel. +79114636467, email: somvoz@live.ru*

In article the operational experience of the new form of rendering of medical aid to the patients who have transferred sharp infringement of brain blood circulation is resulted: treatment in-home the multidisciplinary brigade including doctors, psychologists, the average medical personnel and social workers. The detailed characteristic of treated patients, volume of the rendered services is resulted, efficiency of treatment is estimated.

**Key words:** sharp infringement of brain blood circulation, rehabilitation, a multidisciplinary brigade.