

**ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ  
БОЛЬНЫМ С ИНСУЛЬТОМ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

---



***Интервью с главным специалистом  
Министерства здравоохранения РФ  
по медицинской реабилитации, зав. отделом  
медицинской и социальной реабилитации  
НИИ цереброваскулярной патологии  
и инсульта ГБОУ РНИМУ им. Н.И. Пирогова,  
д.м.н., проф. Галиной Евгеньевной Ивановой***

***Галина Евгеньевна, в настоящее время одним из приоритетных направлений по борьбе с инсультом будет совершенствование оказания медицинской помощи таким больным — создание специализированных региональных сосудистых центров и первичных сосудистых отделений. Программа реабилитации этих пациентов — следующий закономерный этап. Каковы же правовые основы реабилитации пациентов после инсульта на сегодняшний день?***

С 2011 г. в нашей стране основным законом, регулирующим отношения в сфере здравоохранения, является Федеральный закон №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Статья 40 этого закона называется «Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение». Впервые за всю историю развития здравоохранения в нашей стране вопросам реабилитации уделяется столь пристальное внимание. Законом на нас возложена обязанность обеспечивать гражданам доступность получения помощи, связанной с медицинской реабилитацией и санаторно-курортным лечением. Медицинская реабилитация определяется в Законе как комплекс мероприятий медицинского, психологического характера, направленных на восстановление функциональных резервов организма, улучшение качества жизни, сохранение трудоспособности пациента и его интеграцию в общество. Необходимо обратить внимание на то, что медицинская реабилитация, как следует из того же Закона, включает в себя, в том числе, комплекс применения природных лечебных факторов. Она начинается после стабилизации функций пациента и представляет собой как проведение лечебных мероприятий в обычном понимании, так и применение немедикаментозной терапии и других методов.

***Галина Евгеньевна, какие именно специалисты участвуют в медицинской реабилитации?***

Медицинская реабилитация должна осуществляться в медицинских организациях специалистами с высшим и средним медицинским образованием и иными специалистами с немедицинским образованием. Так, в Законе, это — юридическая формулировка. Регламентировать порядок работы педагога или психолога соответственно с высшим педагогическим или высшим психологическим образованием Министерство здравоохранения, конечно, не может, но это не означает, что эти специалисты нами к работе не привлекаются. Напротив, привлекаются, и привлекаются активно. Понятно, что не может идти речи о полноценной реабилитации пациента, перенесшего инсульт, без участия специалиста-логопеда. Порядок медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения утверждается уполномоченным органом исполнительной власти, а также Министерством юстиции. При этом утверждается и определенное количество ставок специалистов.

***Каким образом определяется объем реабилитационных мероприятий, необходимых тому или иному пациенту?***

Проведение медицинской реабилитации — процесс очень дорогостоящий. Реабилитационные мероприятия обходятся дороже, чем оказание высокотехнологичной медицинской помощи. Именно по этой причине такие мероприятия должны в первую очередь проводиться в отношении тех пациентов, от которых можно ожидать положительного ответа на квалифицированную медицинскую помощь, то есть пациентов, обладающих высоким реабилитацион-

ным потенциалом. Одним из самых сложных организационных вопросов, не решенных на сегодняшний день профессиональными сообществами ни по одному из клинических направлений, является легальное закрепление понятия реабилитационного потенциала, критериев и алгоритма его определения. Эта проблема широко обсуждается на больших конференциях, съездах профессиональных сообществ.

***Как будет строиться дальнейший план реабилитации в отношении пациентов с разным реабилитационным потенциалом?***

Первым этапом медицинской реабилитации является оказание первой медицинской реабилитационной помощи в острый период инсульта в отделениях реанимации и интенсивной терапии, специализированных профильных клинических отделениях стационаров при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления нарушенных функций, то есть при наличии у больного реабилитационного потенциала. После выписки из сосудистого центра дальнейшее лечение и реабилитация пациента могут быть организованы несколькими способами. Часть больных, не более 15%, направляются для получения амбулаторной помощи в поликлинику. Не более 30% больных направляются для продолжения стационарного лечения в реабилитационные центры. Еще 10—15% пациентов проходят реабилитацию в санаториях, примерно столько же долечиваются в домашних условиях. Эти цифры практически неизменны, в связи с чем можно заранее планировать потребность в медицинских учреждениях того или иного вида.

Второй этап медицинской реабилитации касается не всех пациентов, а только тяжелых, но имеющих перспективу улучшения состояния, то есть обладающих определенным реабилитационным потенциалом. Это больные, которые после первого этапа — пребывания в специализированном отделении сосудистого центра — могут себя обслуживать, самостоятельно перемещаться, общаться. По данным как отечественной, так и международной статистики, таких пациентов не более 30% от общего числа, и именно они будут продолжать лечение в центрах медицинской реабилитации, предназначенных для оказания стационарной помощи.

Третий этап медицинской реабилитации — это этап для пациентов, полностью самостоятельных в перемещении, которые могут себя обслуживать и свободно общаться. В отношении этой категории больных дальнейшие реабилитационные мероприятия осуществляются в учреждениях амбулаторного типа, санаториях, дневных стационарах и прочих учреждениях нестационарной формы. Министерство здравоохранения особо обращает внимание на привлечение инвестиций, то есть частного капита-

ла, именно в развитие третьего этапа реабилитационных мероприятий. Такие инвестиции могут быть очень рентабельными, как показывает пример отдельных субъектов Российской Федерации, где такой опыт существует. Пациенты с низким реабилитационным потенциалом — оставшиеся 5—7% больных с тяжелым течением инсульта — должны быть направлены для оказания паллиативной медицинской помощи. И развитию этих учреждений Министерство здравоохранения также будет сейчас уделять большое внимание.

***А каковы требования к помещениям, предназначенным для проведения реабилитационных мероприятий?***

К сожалению, это самый болезненный вопрос. Недаром в Порядке оказания медицинской помощи среди всех условий и требований на первом месте стоит требование о соответствии помещений и территории, и уже потом идут стандарты по оборудованию, кадровому обеспечению и др. Реабилитационные мероприятия нельзя осуществлять в коридоре или в палате, где на пациента приходится не более 6 м<sup>2</sup>. Должны обязательно существовать определенные помещения для проведения реабилитационных мероприятий. Кроме того, там, где пациенты пребывают круглосуточно, обязательно должны быть дополнительные площади, чтобы больные могли их использовать для обучения навыкам самообслуживания. В учреждениях, осуществляющих реабилитацию, должны быть предусмотрены залы индивидуальной кинезиотерапии, тренажерные залы для проведения механотерапии, эрготерапии, кабинеты массажа, помещения для занятий с логопедом, психологом, когнитивного тренинга. Переносное физиотерапевтическое оборудование также должно храниться не в тренажерном зале, а в отдельном помещении. А условия размещения больных должны быть такими, чтобы можно было осуществлять полноценную возможность самообслуживания пациентов и проводить различные нейрофизиологические стимуляции, в зависимости от латерализации поражения.

***Галина Евгеньевна, каковы основные принципы эффективной реабилитации пациентов после инсульта?***

Существует несколько основных принципов реабилитации. Начинать ее следует уже в первые 12 ч от развития заболевания. Первая запись в истории болезни, касающаяся реабилитационных мероприятий, должна быть сделана в период от 12 до 24 ч после развития инсульта, фактически в реанимационном отделении. Противопоказаний к реабилитации нет ни у одного пациента, независимо от того, противопоказаны ли ему какие-то методы лечения.

Еще один принцип — ранняя мобилизация больного, в первые 12—48 ч. Необходимо придерживаться протоколов вертикализации, причем дол-

жен быть жесткий контроль за своевременным осуществлением мероприятий по вертикализации больного. Если вертикализация своевременно не начата, в истории болезни обязательно должны быть отражены причины этого.

Важным принципом является мультидисциплинарный подход к мероприятиям по реабилитации больного. Ежедневно должен проводиться мультидисциплинарный обход. Во время каждого такого обхода неврологом-реабилитологом должны быть поставлены цели для всей мультидисциплинарной бригады. Они должны быть специфичны для каждого специалиста, конкретны, измеряемы и достижимы. Реальные в исполнении и определенные во времени. Например, за неделю пациент должен начать поворачиваться в кровати, самостоятельно стоять и т.д. И если цель не достигнута, необходимо вместе разбираться в причинах. В постановке таких реабилитационных задач обязательно должен участвовать сам пациент, если он в сознании и способен с вами контактировать.

Реабилитация должна длиться до тех пор, пока наблюдается улучшение функций. И, наконец, в проведении реабилитационных мероприятий важна преемственность.

***С какими трудностями может столкнуться специалист, занимающийся нейрореабилитацией, и как их избежать?***

После постановки диагноза и стабилизации состояния больного перед врачом, занимающимся реабилитацией, стоит ряд задач. Первая — это обеспечение адекватной «цены» активности. Необходимо ответить на вопрос, какую пациент может выдержать нагрузку, исходя из его состояния в данный конкретный момент времени. Сколько времени он может работать и с какой интенсивностью, чтобы не стимулировать апоптоз. Для невролога этот вопрос еще более актуальный, чем для кардиолога, потому что сердечно-сосудистая система, сердце могут терпеть ишемию или снижение поступления кислорода до 60% от нормы. К тому же существуют маркеры, свидетельствующие о превышении нагрузки над допустимым уровнем, — боль в сердце, одышка, вегетативные реакции, такие как потоотделение и др. У нервной системы таких маркеров нет. Мозг способен выдержать снижение кровотока не более, чем на 10%. А узнать о том, что эта грань преодолена, можно лишь постфактум. Именно поэтому очень важно иметь четкое представление о «цене» активности пациента. Это жизненно важно.

Далее стоит задача поддержания стабильного состояния пациента при применении стимуляции и потенцирования функций нервной системы на основе использования сохранившихся ресурсов головного мозга. Основной принцип здесь таков — реабилитационные мероприятия должны не только

сами стимулировать эндогенную пластичность, но и в полной мере использовать результаты проводимой медикаментозной терапии, сочетаться с ней по механизму действия во избежание истощения резервов организма и развития обратной реакции. На этом этапе должны применяться воздействия, изменяющие нейрохимию: холинолитики, вещества, влияющие на нейротрансмиттеры, нейропептиды, но также и преформированные физические факторы. У этих воздействий одна и та же мишень — изменение проницаемости нервных клеток. И здесь добиться достижения терапевтических целей можно с помощью физиотерапевтической аппаратуры.

По данным нейровизуализационных методов исследования, различные участки мозга могут вовлекаться в процесс восстановления в разное время, при этом каждый конкретный участок — в свой определенный момент. Именно тогда процесс восстановления происходит наиболее эффективно. И если этот момент пропустить, не включить вовремя пациента в реабилитационный процесс, то далее он становится все более ригиден. И в итоге мы наблюдаем картину, когда через 6 мес после инсульта у значительного числа больных сохраняются все те же синдромы. Это говорит о том, что мы до сегодняшнего дня еще не полностью правильно понимаем механизмы формирования этих нарушений, несмотря на то что первые работы по реабилитации при инсульте были опубликованы еще в 1857 г. Порой проще восстанавливать тяжелейшего пациента, которого мы получаем в первые сутки и активно с ним работаем, чем больного, который спустя 6 мес после развития инсульта смог самостоятельно дойти до вашего кабинета, несмотря на имеющийся двигательный дефицит. Текущее состояние такого пациента — результат неправильных, несвоевременных реабилитационных мероприятий.

У больных с плохими исходами восстановление наблюдается только на ранних этапах реабилитационного лечения. И задержка начала реабилитации больных после инсульта оказывает на восстановление функционального состояния крайне неблагоприятное влияние.

***Галина Евгеньевна, вся Ваша жизнь в медицине посвящена реабилитации пациентов после инсульта. Как специалист Вы можете часами говорить об этом, и естественно, в рамках нашей короткой беседы все темы затронуть нельзя. Скажите, что важное осталось за рамками нашего разговора, о чем Вы хотели бы еще обязательно сказать?***

Сложнейшие реабилитационные вопросы нельзя решать, не разобравшись с решением главной задачи — как полноценно и взвешенно управлять процессом. Эта задача стоит и перед заведующим отделением, и перед главным врачом, и перед заведующим центром — как наиболее эффективно распо-

ряжаться временем специалиста и пациента и при этом правильно вести медицинскую документацию.

Важнейшей врачебной задачей является реабилитационный прогноз — с медицинской точки зрения обоснованная вероятность достижения определенных целей за намеченный отрезок времени с учетом состояния пациента, его реабилитационного потенциала. Раньше подобными задачами прогнозирования занимались только специалисты в области спортивной медицины в сборных командах страны, которые должны были обеспечить рост спортивного результата и выход спортсмена на старт чемпионата мира или олимпиады в определенном функциональном состоянии. Сейчас эта задача стоит перед каждым клиницистом пяти клинических направлений: неврология, кардиология, травматология, онкология, неонатология. Мы должны научиться понимать состояние пациента и управлять им.

Реабилитационная медицина занимается восстановлением. Концепция реабилитации, принятая в нашей стране, полностью отличается от концепции, принятой, скажем, в Великобритании, где считают, что заниматься полноценным восстановлением слишком дорого и проще приспособить окружающую среду к нуждам пациента, чем заново научить пациента жить в этой среде. Мы ориентируемся на восстановление, а это означает, что репарация должна лежать в основе этого процесса. Что в нее

входит? Запуск функционирования существующих, но ранее не активных путей, стимуляция спрутинга и реорганизации нейрональных цепей. Каждый из этих пунктов предусматривает разные методы воздействия.

Что известно врачам-реабилитологам на сегодняшний день? Что нейрогенез, активированный в патологических условиях, недостаточен. Даже если у пациента произошла транзиторная ишемическая атака, это не означает, что его организм совершенно спокойно, без проведения реабилитационных мероприятий, восстановит прежний функциональный уровень. Это одно из больших заблуждений. Такой пациент также нуждается в комплексе реабилитационных мероприятий. Только они должны проводиться в основном в амбулаторно-поликлиническом звене, а не в условиях дорогостоящего стационарного лечения.

И еще один момент. Каждый пациент должен знать, что он небезразличен окружающим, что он кому-нибудь нужен. В этом смысл его функционирования. В этом случае организм сам выскивает реабилитационные резервы, и процесс восстановления становится эффективным. Полноценно может жить только человек, востребованный окружающими, близкими, обществом. Это — важнейший критерий качества жизни. А конечная задача реабилитационной медицины — именно повышение качества жизни наших пациентов.

★ ★ ★