

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

Белкин Андрей Августович,
*директор АНО «Клинический институт мозга»,
руководитель Свердловского регионального сосудистого
центра, профессор кафедр нервных болезней
и анестезиологии-реаниматологии Уральского
государственного медицинского университета,
член правления межрегиональной общественной
организации «Объединение нейроанестезиологов
и нейрореаниматологов», заместитель председателя
Комиссии МЗ РФ по реабилитации,
главный реабилитолог УРФО*



Андрей Августович, в настоящее время одним из приоритетных направлений борьбы с инсультом является совершенствование оказания медицинской помощи таким больным — создание специализированных региональных сосудистых центров и первичных сосудистых отделений. Каким образом определяется объем реабилитационных мероприятий, необходимых тому или иному пациенту?

Если структурировать стационарную помощь, оказываемую больным с инсультом, то станут очевидными два подхода ее реализации — осуществление интенсивной терапии и реабилитация. Это две стороны одной медали: чем раньше начата мобилизация пациента, тем меньше возникает осложнений активных методов интенсивной терапии. Поясню: каждый лишний день пребывания больного в лежачем положении задерживает начало «вертикализации» пациента, что приводит к формированию так называемого синдрома bed-rest. Таким образом, можно считать, что ранняя реабилитация необходима для любого пациента, но должна быть безопасной. Это возможно при условии индивидуального подбора режима мобилизации под врачебным контролем и при участии реаниматолога. Например, поднять голову и верхнюю часть туловища больного можно только до определенного предела. Для такого маневра нужна специальная подготовка персонала, но польза для больного очевидна.

Зачем необходимо определять реабилитационный потенциал?

Реабилитационный потенциал — важнейший показатель для адекватного дозирования усилий персонала и экономии ресурсов пациента. Для максимальной эффективности реабилитации у конкретного пациента надо представлять, а на что, вообще, ему можно рассчитывать. Иллюзии успеха приводят к тяжелой депрессии как у пациента, так и у персонала.

Расскажите, пожалуйста, как определяется клинически реабилитационный потенциал?

Объектом исследования всегда является пациент и имеющийся у него неврологический дефицит, возникший в результате церебрального повреждения. Утрата сознания, двигательная недостаточность, эмоционально-когнитивные проблемы, дезсоциализация и потеря качества жизни — вот основные критерии оценки реабилитационного потенциала.

Что, по Вашему мнению, может повысить точность оценки реабилитационного потенциала?

В медицине возможность повышения точности любого прогноза максимально достигает 97%. Хороший эксперт может определить прогноз исхода состояния на 92—94% — это отличный показатель, но такие эксперты есть не везде. Какой выход? Только работа с обширной базой данных, где накапливаются верифицированные случаи и имеется специальный математический аппарат обработки соответствующего материала, поможет прогнозировать вероятность наступления того или иного исхода. Это

важно не только непосредственно для самого прогноза, но и для оценки динамики состояния и эффективности лечения. Проще сказать: если при повторных тестированиях отдаленный прогноз улучшается, значит терапия эффективна.

А как реализуется программа оказания медицинской помощи больным с инсультом в Свердловской области и Екатеринбурге? С какими проблемами Вы сталкиваетесь при ее реализации и как их решаете?

Сегодня программой охвачены почти $\frac{3}{4}$ взрослого населения. У нас работают 14 первичных сосудистых отделений, а в ближайшее время в эту систему вольется и наша реабилитационная клиника Института мозга в качестве специализированного регионального центра. Программа задумана замечательно, мы просто пытаемся ее реализовывать, но сталкиваемся с инертностью мышления многих врачей, руководителей, а главное, с дефицитом кадров. Несмотря на все это, достижения очевидны: снизилась летальность, благодаря визуализации улучшилась диагностика инсульта. Кроме того, в настоящее вре-

мя мы располагаем эпидемиологическими данными и планируем ресурсы на лечение. Существенной проблемой, снижающей эффект программы, является чрезвычайно низкий уровень информированности населения по проблеме инсульта. По нашим данным, до 70% населения выжидают спонтанного регресса симптоматики, чем лишают себя возможности своевременного получения необходимой терапии. Это сигнал для СМИ и забытых советских санпросвет-действий.

Андрей Августович, что бы Вы пожелали нашим читателям?

Ломать некоторые стереотипы советской медицины, а это значит бороться с полипрагмазией, «зомбированием» пациентов на ежегодные «прокапывания». Нужно вести серьезную работу в плане вторичной профилактики, что предполагает скрининг информативных показателей и повышение комплаентности пациентов для формирования правильного образа жизни и повышения ее качества. Ну а главное, будьте сами здоровы и оптимистичны.

★ ★ ★