

## **Часть 1.**

### **Нейрореабилитация больных с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы: методология, стратегия, концепция и организация помощи (XX век 1931 – 1999 гг.)**

***В.М. Шкловский***

Московский НИИ психиатрии Минздрава России, Центр патологии речи и нейрореабилитации Департамента здравоохранения г. Москвы

***Ключевые слова:*** *нейрореабилитация, очаговые поражения головного мозга, инсульт, черепно-мозговая травма, стратегия, методология, междисциплинарность, концепция, алгоритм, структура.*

### **65 лет программы ВОЗ по борьбе с гипертонией и инсультом**

Становление и совершенствование реабилитации как самостоятельного вида медицинской деятельности происходило на протяжении почти шестидесяти лет. Большую роль в развитии и организации медицинской помощи населению планеты сыграла Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), которая была создана всего лишь через три года после окончания Второй мировой войны — в 1948 году. На всём протяжении существования ВОЗ, практически всю вторую половину XX века, борьба с сердечно-сосудистыми и цереброваскулярными заболеваниями была предметом её пристального внимания и значительных усилий. Это связано с тем, что сердечно-сосудистые и цереброваскулярные заболевания являются ведущими причинами смертности во всем мире.

В начале третьего тысячелетия, в которое мы вступили, целесообразно охарактеризовать и попытаться проанализировать историю этой проблемы, состояние научных исследований, внедрение их в практику медицины, международный и отечественный опыт. Мы надеемся, что это поможет сформировать методологию и разработать стратегию нейрореабилитационного процесса у больных с очаговыми поражениями головного мозга, перенесших инсульт или черепно-мозговую травму (ЧМТ).

Методология является учением о научных способах познания. Это совокупность основополагающих принципов и методов какой-либо науки. Методология воплощается в организации и регуляции всех видов человеческой деятельности как в научной, так и в практической, медицинской, психологической, управленческой и других сферах.

Применительно к реабилитации принципы методологии – это различные формы и нормативы логически правильных, доказательных способов получения информации и значимых результатов, которые играют важную роль в возникновении продуктивных подходов к изучению и воздействию на физиологические и психические процессы у человека.

*Реабилитация больных* – одна из самых актуальных и сложных проблем медицины, здравоохранения и социальной помощи. Это объясняется, прежде всего, большим количеством заболеваний с крайне тяжелыми последствиями, приводящих к инвалидизации. С другой стороны, стремительное развитие науки и практики, в том числе медицины – скоропомощных служб, родовспоможения, служб реанимации, совершенствование технологий в хирургии, кардиохирургии, нейрохирургии все более расширяют возможности спасения человеческой жизни. Это особенно актуально для категории больных с очаговыми поражениями головного мозга в разных возрастных группах, которые ранее считались некурабельными.

***Нейрореабилитация представляет собой сложную междисциплинарную систему медицинских, медико-психологических, медико-педагогических, медико-социальных программ, направленных на восстановление и выработку компенсаторных механизмов нарушенных функций, а также на психологическую и социальную реадaptацию больных.*** Нейрореабилитация связана с широким кругом сложных проблем медицины, здравоохранения и зависит от социальной, организационно-правовой поддержки, экономических условий.

Первое заседание Комитета экспертов ВОЗ по реабилитации состоялось в 1958 году. На нем были сформулированы общие принципы лечения, предложены рекомендации по дальнейшим исследованиям в этой области. В феврале 1964 года ведущие неврологи разных стран, которые занимались проблемами цереброваскулярной патологии мозга: Р.О.Уэйтс (Великобритания), заместитель директора НИИ неврологии АМН СССР Е.В.Шмидт (СССР), директор центрального госпиталя Кайуши S.Katsuki (Япония), получили приглашение от руководителя отдела сердечнососудистых болезней профессора Fejfar собраться в штаб-квартире ВОЗ (Женева, Швейцария), чтобы обсудить проблемы цереброваскулярных заболеваний и методы борьбы с ними. На последующих совещаниях ВОЗ поднимался вопрос об артериальной гипертензии как одном из важнейших факторов риска инсульта. Представители нашей отечественной науки активно разрабатывали методы профилактики, лечения артериальной гипертензии и инсульта, особенно в 60-е годы, когда совещания ВОЗ проводились в СССР (Рига, 1966; Москва, 1967 г.). В качестве главных пунктов программы ВОЗ были предложены эпидемиологические и клинко-патологоанатомические исследования, а также дифференциальная диагностика сосудистых поражений мозга. Были пересмотрены и упрощены клинические протоколы, используемые в ходе исследований. Результатом этих совещаний явились массовые обследования для определения частоты случаев основных сосудистых заболеваний мозга среди различных групп населения. Экспериментальные исследования по принятым программам были проведены в 1968 г. в Токио (Япония), Риге, Москве, Рязани (СССР) и в Праге (Чехословакия).

К семидесятым годам двадцатого века количество стран-участников экспериментальных эпидемиологических исследований значительно увеличилось. Так, в 1971 году в Гетеборге (Швеция) в совещании приняли

участие 41 исследователь из 13 центров Дании, Ирландии, СССР, Швеции, Финляндии, Югославии и Японии. *Впервые были начаты регистрационные программы, наряду с проблемами профилактики и лечения больных инсультом прозвучала проблема реабилитации этой категории больных. Эпидемиологические, экспериментальные исследования церебрального инсульта, проведенные в течение десяти лет, выявили огромное значение проблемы инсульта для мирового сообщества.* На совещании ВОЗ в Женеве (Швейцария, 1973 г.) были представлены следующие цифры: годовой показатель частоты случаев инсульта среди взрослого населения составлял 1,5—3 на 1000 человек. Инсульт приводит к большим экономическим потерям, так как 30% больных до инсульта были заняты производительным трудом. Около трети больных нуждаются в помощи окружающих, так как не в состоянии себя обслуживать. Смертность и инвалидизация трудоспособного населения вследствие инсульта были очень высоки. В США, например, в 1968 г. было установлено, что около 2 миллионов больных после перенесённого инсульта имеют ту или иную степень инвалидности. Эти данные позволили сделать заключение, что проблема инсульта имеет не только медицинское, но и большое социальное значение.

*Критический обзор накопленных знаний, обсуждение практических рекомендаций по лечению инсульта и артериальной гипертонии, в том числе программы реабилитации этих заболеваний, были представлены на совещании ВОЗ (Токио, 1974 год). Дано определение термина «борьба с инсультом», который включал все аспекты профилактики болезни, ранней диагностики, лечения, реабилитации, осложнений заболевания, санитарного просвещения, а также профессионального совершенствования медицинского персонала.* Было подчеркнуто, что борьба с инсультом и сердечнососудистыми болезнями успешна лишь в том случае, если она является частью *общей национальной программы здравоохранения.*

Вице-президент Японского кардиологического общества Y. Mikamo заявил: «мозговой инсульт представляет собой убийцу номер один», так как сердечно-сосудистые заболевания являются важнейшей причиной утраты трудоспособности или смертности среди лиц среднего и пожилого возраста.

Руководитель отделения кардиоваскулярных заболеваний ВОЗ, профессор S.Hatano (Токио, Япония) в докладе «Общемировое значение проблемы артериальной гипертонии и инсульта» призвал наладить международное сотрудничество, которое должно помочь развитию борьбы с этими заболеваниями. *S.Hatano подчеркнул, что уменьшение смертности от инсульта неизменно будет сопровождаться увеличением числа лиц, для которых жизнь сводится лишь к отправлению физиологических функций* [40-42].

В докладе руководителя отделения кардиоваскулярных заболеваний T.Shtrasser (Женева, Швейцария) было подчеркнуто, что сердечно-сосудистые болезни стали проблемой общегосударственного значения, так как они предельно сложны и должны базироваться на объединенных ресурсах всего общества [48, 49].

*Деятельность по борьбе с инсультом и сердечно-сосудистыми заболеваниями должна быть организована на общенациональном уровне: службы «Скорой помощи», амбулатории, больницы, в том числе службы реабилитации, уход за больными на дому и гериатрические учреждения должны быть государственными [46].*

Следует специально остановиться на значении доклада академика АМН СССР Е.В.Шмидта «Инсульт как состояние, требующее неотложной помощи», который представляет большой исторический интерес. **Высокая смертность (особенно в течение первых суток ОНМК) связана не только с тяжестью заболевания, но и с отсутствием своевременной, должным образом дифференцированной, медицинской помощи, которая должна оказываться там, где произошёл инсульт.** Организация такой помощи необходима в первые часы развития ОНМК. Десятилетний опыт работы специализированной скорой неврологической помощи, накопленный в Советском Союзе, показал, что организация такой службы не только возможна, но и рациональна. Первые бригады специализированной скорой помощи были организованы в Ленинграде и Москве. Примерно половине больных (42%) помощь была оказана в течение первых 6 часов после инсульта, а 58% больных — в течение 24 часов с момента начала заболевания. Инсультными бригадами было госпитализировано в разных городах СССР от 40 до 75% больных. Смертность среди лиц, доставленных инсультными бригадами в лечебные учреждения, значительно ниже, чем среди больных, оставленных дома. По мнению Е.В.Шмидта, инсультные бригады следовало создавать в городах с населением 300—500 тысяч человек. В тех случаях, когда такие бригады заняты не полностью, их можно использовать и для оказания других видов неотложной помощи. *Были сделаны следующие выводы: организация службы неотложной помощи больным с инсультом вполне возможна; для оказания такой помощи следует рекомендовать такие виды службы, как передвижные инсультные бригады и специализированные отделения для лечения больных с сосудистыми расстройствами нервной системы; создание в лечебных учреждениях Ленинграда и Москвы специальных отделений для реабилитации, а также специализированных санаториев для таких больных оправдывается их эффективностью [46]. Эти положения доклада Е.В.Шмидта легли в основу дальнейшего развития специализированной помощи больным с инсультом, рекомендуемые ВОЗ.* Были также учтены наши замечания и предложения, переданные по просьбе профессора Е.В.Шмидта и профессора Б.А.Лебедева, которые в тот период представляли СССР по проблемам неврологии и психиатрии в ВОЗ. В этих документах излагался накопленный опыт работы по организации специализированной службы в Ленинграде и Москве, восстановлению высших психических функций, в том числе речи, значение нейропсихологической диагностики у больных с нарушением когнитивных функций. Изложена история вопроса научной разработки проблем нарушений высших психических функций (ВПФ), отмечено значение работ А.Р.Лурия в создании нейропсихологии и изучении афазии. Подчеркнута важность совместной работы врачей разных специальностей (неврологов, нейрохирургов,

психиатров, терапевтов, кардиологов, кардиохирургов, эндокринологов и др.), специалистов по лечебной физкультуре, нейропсихологов, логопедов, медико-социальной работе и целого ряда других специалистов, непосредственно участвующих в лечебно-восстановительном процессе. Обоснованы возможные варианты организации специализированной службы на разных этапах заболевания: центров, специализированных стационарных отделений, дневных стационаров, стационаров на дому, кабинетов в поликлиниках амбулаторной сети здравоохранения для разных категорий больных. *Е.В.Шмидт рекомендовал учесть опыт нашей многолетней клинической и организационной работы по созданию специализированной службы для нейрореабилитации больных с очаговыми поражениями головного мозга.*

Председатель американской ассоциации неврологов, профессор J.Toole (США) представил протоколы ведения больных с инсультом, а также методические рекомендации по врачебному и сестринскому обслуживанию больных, используемые в рамках комплексной программы по борьбе с инсультом. По приведенной J.Toole статистике в США насчитывалось более 2,5 миллиона человек, страдающих инсультом разной степени тяжести. Ежегодно появляется 500 тысяч новых больных. В течение первых 30 дней после инсульта выживает менее половины больных. Из оставшихся в живых по истечении месяца лишь 10% выздоравливают без неврологического дефицита и возвращаются к прежнему труду. *Особое внимание было уделено значительному количеству (35%) случаев транзиторной ишемии мозга, предшествующих ишемическому инсульту, и особенностям ведения больных.* Диагноз больному инсультом должен быть поставлен в максимально ранние сроки, что дает возможность правильно и своевременно организовать лечебные мероприятия. *J.Toole выступил категорически против ведения больных инсультом на дому.* Принципиальное значение имеет скорейшая госпитализация больных, так как *только в стационарных условиях можно обеспечить адекватную помощь.* J.Toole подчеркнул факт совместной подготовки и ратификации доклада американской кардиологической ассоциации и американской ассоциации невропатологов - проблема инсульта интересует обе эти группы специалистов. В числе разработчиков этого доклада были специалисты по сердечно-сосудистой хирургии, терапевты, врачи общей практики и психиатры [50]. Предложения американской ассоциации неврологов и кардиологов получили широкое распространение, оказали большое влияние на принятие решения ВОЗ.

Необходимость комплексной программы реабилитации, включающей социальные аспекты проблемы, была представлена в докладе руководителя медицинской реабилитационной Варшавской школы профессора M.Weiss (Польша). *Он отметил важность позиции и клинического опыта специалистов из США и СССР, выражающих твердое убеждение в том, что диагностика и лечение расстройств речи должны проводиться на ранних этапах заболевания.* «Все было бы возможно, если бы программа медицинской реабилитации носила комплексный характер, а общество было должным образом подготовлено к тому, чтобы принять таких больных в свою среду».

При поражении головного мозга больной теряет способность к общению с окружающими: становится неадекватен в восприятии близких ему людей и окружающей обстановки. Обычно встреча больного с логопедом происходит лишь через несколько недель после начала заболевания. Опыт показывает, что это слишком поздно. Реабилитация должна начинаться с того момента, как только минует угроза жизни больного [51].

***Итоги интенсивной двадцатилетней работы, основанной на международном сотрудничестве в рамках программы ВОЗ по борьбе с инсультом, были представлены на сессии ВОЗ профессором S.Hatano (Швейцария, г. Женева, 1977 г.). Было отмечено, что после сердечно-сосудистой патологии инсульт является самой частой причиной смерти и инвалидизации среди трудоспособного населения. Принципы реабилитации больных инсультом разработаны в такой степени, что можно рассчитывать на значительное улучшение их состояния и независимость от окружающих. Впервые было обозначено, что проблема диагностики и терапии инсульта носит междисциплинарный характер. Особое внимание в его докладе было уделено восстановлению речевой функции и максимально раннему началу реабилитации больных.***

Необходимой предпосылкой планирования, осуществления и оценки мероприятий по борьбе с любой болезнью, в том числе с инсультом, является наличие точной информации о состоянии проблемы, именно в связи с этим группой ВОЗ были разработаны основные принципы и методы получения надежных данных. *Был поставлен вопрос об эффективном использовании уже существующих медицинских учреждений и улучшении современного состояния медицинской помощи больным инсультом [40-42].*

***ВОЗ выделила важнейшую задачу—расширение небольших программ до масштабов общенациональных, ориентированных на реабилитационное обслуживание населения, а также развитие методов организации и подготовки кадров для управления сложным процессом реабилитации. В 1985-89 годах более чем в 60 странах начало проводиться активное внедрение нейрореабилитационных методов в медицинских учреждениях. 30 лет потребовалось для того, чтобы понять необходимость разработки и внедрения в клиническую практику здравоохранения реабилитации больных с тяжелыми последствиями инсульта.***

Улучшение медицинской помощи, повышение качества реабилитации и снижение смертности среди взрослого населения выдвинуло на первый план вопросы медико-социальной экспертизы. ВОЗ и Организацией объединенных наций (ООН) проведена работа по оказанию помощи инвалидам, в том числе больным с последствиями инсульта. Был принят целый ряд документов: Декларация о правах инвалидов (1975 г.); Всемирная программа действий в отношении инвалидов (1982 г.); Конвенция о профессиональной реабилитации и занятости инвалидов (1983 г.) и целый ряд других. *На основе разработанных документов, указанных выше, в Германии, Австрии, Франции, Швейцарии, Нидерландах, Испании, США, Великобритании, Швеции, Бельгии и других странах были ратифицированы собственные законодательные акты —*

*организационно-правовые основы медицинской реабилитации.*

Последующее обобщение результатов многолетних международных клинических и научных исследований нашло свое отражение в подготовленной ВОЗ *Хельсингборгской* декларации по ведению больных инсультом в Европе под ред. Т. Kjellstrom, В. Norrving, А. Shatchkute (Швеция 1995). В частности, в намеченных целях к 2005 г. предполагалось, что более 70% выживших пациентов должны быть независимы в повседневной жизни через 3 месяца после начала заболевания. Достичь столь высоких результатов предполагалось за счет реабилитационной службы, включавшей междисциплинарную группу специалистов, что, действительно так для определенной категории больных, и такое мнение существует до сих пор. Однако, существует мало доказательств тому, что реабилитационные мероприятия через 6 месяцев после инсульта могут значительно уменьшить речевые, двигательные и сенсорные дефекты, так как практически нет достаточного опыта специализированной помощи, лечения и нейрореабилитации больных с тяжелыми нарушениями двигательных и когнитивных функций. Также следует сказать, что до сих пор отсутствуют профессионально подготовленные кадры врачей, нейропсихологов, нейродефектологов, получивших достаточную базовую вузовскую и послевузовскую подготовку.

В Декларации сказано «при «необходимости» можно пригласить нейропсихолога». Вместе с тем, при очаговой патологии мозга, обусловленной инсультом или черепно-мозговой травмой, нейропсихолог является важнейшим специалистом, обеспечивающим диагностику и программирование процесса нейрореабилитации. Во всяком случае, до настоящего времени, нет способа и метода, позволяющего осуществить тщательное исследование и трактовку нарушений системы высших психических когнитивных функций, которые, как правило, неразрывно связаны между собой. Никакие краткие «парциальные» тесты и компьютеризированные программы пока не способны дать полное представление о состоянии сложнейшей системы специфических для человека функций: внимания, гнозиса, праксиса, памяти, мышления, речи и ее разных форм – письма, чтения, счета и многих других, свойственных только человеку. Этот документ надолго определил пессимистическое отношение клиницистов и чиновников к восстановлению неврологических и психических функций в позднем периоде заболевания. Вместе с тем, клинический опыт русской неврологической, нейрохирургической и нейропсихологической школы свидетельствует об обратном - о возможности восстановления нарушенных функций даже в поздние сроки заболевания и при больших очагах поражения мозга.

### **Становление нейрореабилитации в России**

Уникальный опыт диагностики, лечения и организации помощи больным с очаговыми поражениями головного мозга был накоплен в годы Великой отечественной войны и в послевоенный период.

Во время войны врачи и психологи (Б.Г. Ананьев, Э.С. Бейн, С.М. Блинков, А.В. Запорожец, В.М. Коган, А.Н. Леонтьев, А.Р. Лурия, М.С. Лебединский, К.А. Семенова, Н.Н.Трауготт, А.В. Ярмоленко и многие др.) работали в госпиталях, занимаясь лечением и восстановлением высших психических функций у раненых с последствиями черепно-мозговых травм, а также изучением очаговых поражений головного мозга. Среди них имя А.Р. Лурия занимает особое место. В августе 1941 года А.Р. Лурия был назначен руководителем крупного нейрохирургического эвакогоспиталя, а с конца 1944 года начал работать в Институте нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко, в котором им и его сотрудниками была организована первая в стране лаборатория нейропсихологии, в которой были осуществлены практически все последующие исследования вплоть до 1977 года. В институте нейрохирургии в 1974 году была создана группа реабилитологов, ставшая в дальнейшем отделением нейрореабилитации, в котором работали дефектологи - Г.Б.Рудая, Л.Г.Попова, нейропсихолог О.А.Кроткова. Возглавил отделение профессор В.Л. Найдин.

Значительный вклад также принадлежит группе врачей Института - основоположников нейропсихиатрии, занимающихся психическими расстройствами у нейрохирургических больных (А.С. Шмарьян, П.П. Лобова, Н.М. Вяземский, Т.А. Доброхотова, Н.Н. Брагина, О.С. Зайцев, С.В. Ураков).

Таким образом, в институте сложилась на редкость благополучная обстановка, способствующая эффективному междисциплинарному научно-практическому взаимодействию в области нейронаук и развитию нейрореабилитации.

А.Р. Лурия принадлежит огромная заслуга в разработке основных теоретических принципов современной нейропсихологии, с самого начала формировавшейся под воздействием практических потребностей нейрохирургической и неврологической клиники. Важнейшее значение имеют фундаментальные исследования А.Р. Лурии, изложенные в его основных работах «Травматическая афазия» (1947 г.), «Высшие корковые функции и их нарушения при локальных поражениях мозга» (1962 г.), «Лобные доли и регуляция психических процессов» (1966 г.), «Основы нейропсихологии» (1973 г.). Учение о динамической локализации высших психических функций, их системном многоуровневом строении и иерархической организации, классификация афазии, принципы восстановительной работы и закономерности компенсации нарушенных функций, которые до настоящего времени остаются классическими [22,23,24,25].

Большое значение имеет создание в 1965 году А.Н. Леонтьевым и А.Р. Лурия самостоятельного факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова и кафедры нейропсихологии и патопсихологии, где трудились их ученики и последователи: Б.В.Зейгарник, Е.Н. Соколов, Е.Д. Хомская, Л.С. Цветкова, Н.К. Корсакова, Л.И. Московичюте, Т.В. Ахутина, Э.Г. Семерницкая, В.В. Лебединский, А.Ш.Тхостов и целый ряд других.

Легендарное имя профессора К.А.Семеновой неразрывно связано практически со всеми непростыми событиями, происходящими в нашей



стране. В период Великой отечественной войны К.А.Семенова служила в госпитале начальником отделения для раненых с черепно-мозговой травмой. В послевоенное время работала научным сотрудником в НИИ судебной экспертизы им. В.П.Сербского. Ею был создан отдел восстановительного лечения для детей с церебральным параличом, ставший всемирно известным научно-методическим центром в нашей стране и за рубежом. Благодаря ее усилиям организована специализированная клиническая психоневрологическая больница N18 для лечения детей с ДЦП в возрасте от 5 дней до 18 лет с последствиями травм позвоночника и головного мозга. В этом уникальном учреждении были созданы все условия для проведения научно-исследовательской работы, лечения и реабилитации пациентов, включая нейрохирургическое отделение. К.А. Семенова разработала классификацию форм ДЦП, доказала необходимость раннего лечебно-восстановительного процесса в возрасте 3-9 месяцев с последующим систематическим лечением в течение нескольких лет. Исследования и клиническая практика К.А. Семеновой остаются крайне важными, широко известными за рубежом.

В конце 50-х и начале 60-х годов XX века под руководством академика АМН СССР Н.В.Коновалова и академика АМН СССР Е.В.Шмидта в Институте неврологии АМН СССР были осуществлены исследования по изучению патологии магистральных артерий головы, уникальных для того времени методов диагностики, разработана современная концепция гетерогенности ишемических инсультов, новые принципы лечения сосудистых заболеваний мозга. Получены первые данные о распространенности и структуре сосудистых поражений головного мозга в Тушинском районе г. Москвы и в некоторых регионах страны. В 1964 году было организовано первое в стране клиническое реабилитационное отделение в условиях научно-исследовательского учреждения. Л.Г.Столяровой, Э.С.Бейн, А.С.Кадыковым, Л.А.Черниковой, Н.В.Шахпароновой, Г.Р.Ткачевой были разработаны прогностические критерии восстановления нарушенных двигательной и речевой функций [26,35]. В настоящее время под руководством академика РАМН З.А. Суслиной и чл.-кор. РАМН М.А.Пирадова проводятся исследования в области нейрореаниматологии, кардионеврологии, превентивной нейропротекции, эволюции структурно-перфузионных изменений в веществе головного мозга при различных вариантах инсульта.

История проблемы лечения церебрального инсульта в России требует анализа крайне важной и мало известной информации о становлении системы нейрореабилитации в различных медицинских учреждениях СССР, в частности, в Ленинградском институте физиологии РАН.

В связи с огромным интересом к проблеме нейрофизиологии мозга, И.П. Павловым в 1931 году в Ленинграде психиатрическая больница № 7 была реорганизована в психоневрологическую клинику Института физиологии РАН, для пациентов с функциональными и органическими заболеваниями ЦНС. Одним из первых руководителей клиники был профессор С.Н. Давиденков. В этой клинике были открыты отделения для больных с разными формами неврозов и неврологическое отделение для пациентов с поражениями мозга

сосудистого и травматического генеза в результате перенесенного инсульта и черепно-мозговой травмы, направляемых из Ленинградского нейрохирургического института им. А.Л.Поленова профессором И.С.Бабчиным. Персонал врачей клиники был уникален, в основном ученики и сотрудники И.П. Павлова: неврологи, психиатры, психоневрологи (специалисты в области неврозов), кардиологи, физиологи. В этой клинике сконцентрировались врачи особой формации (Я.М.Краевский, К.М. Штейнгант, К.М. Воронковская, И.Е.Вольперт, Я.Л.Шрайбер, Л.Б.Лобок, Б.М.Гузиков, В.М.Смирнов, Е.П. Кок и другие), которых объединяло не только взаимопонимание, но и междисциплинарные знания в области нейрофизиологии, неврологии, психиатрии, неврологии, кардиологии - понимание значения когнитивных процессов, поведения человека в рамках непсихотических расстройств. Среда и атмосфера, царившая в клинике, была удивительной, доброжелательность и забота о больных, терпение, доброта насыщали всю атмосферу учреждения, *что становилось мощнейшим психотерапевтическим фактором для больных и всего персонала*. Благодаря профессору Н.А. Крышовой, ученице и соратнице И.П. Павлова, ставшей после профессора С.Н. Давиденкова руководителем клиники, нами с 1953 года начали разрабатываться методы и система междисциплинарного обследования, диагностики, лечения и нейрореабилитации больных с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы. Особое внимание уделялось нейропсихологическим исследованиям, в частности программированию реабилитационного процесса, которые были внедрены в практику ряда лечебно-профилактических учреждений г. Ленинграда.

Через несколько лет, в 1956 году, был организован первый в стране Центр патологии речи и нейрореабилитации при психоневрологической больнице им. И.П. Павлова и первая специализированная служба в больницах и поликлиниках Ленинграда, положившая начало междисциплинарному лечению и нейрореабилитации больных с последствиями очаговых поражений головного мозга на разных этапах заболевания. К этой работе присоединились сотрудники психоневрологического института им. В.М.Бехтерева: профессор И.М. Тонконогий, проф. Т.Д. Демиденко, дефектолог С.А. Дорофеева. В клинических разборах больных участвовали Н.А. Крышова, Л.Я. Пинес, В.Н. Мясищев, Г.В.Гершуни, Н.Н.Трауготт, Л.В.Бондарко, Л.А.Чистович, Б.Д. Карвасарский, С.И. Кайданова, Я.М.Меерсон, первые в ту пору специалисты-дефектологи и афазиологи М.Г. Храковская, И.Я. Султаненко, С.М. Гридина, Л.М. Дымшиц, Л.Я.Миссуловин и др. [4,6,7,14,15,20,21,31].

Эта работа была нами продолжена в 1967 году в Москве в Институте судебной психиатрии им. В.П.Сербского, а затем с 1972 года в Московском НИИ Психиатрии МЗ РФ, где был создан отдел патологии речи и нейрореабилитации. Многолетний опыт позволил разработать междисциплинарную концепцию лечения и нейрореабилитации, систему организации специализированной помощи, алгоритм и порядок направления больных для лечения и нейрореабилитации на разных этапах заболевания в специализированных подразделениях ЛПУ службы города.

*Результаты клинических исследований и практики определили необходимость совместного лечения и нейрореабилитации больных с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы, как самостоятельное, специализированное особо важное, приоритетное направление, которое требовало модернизации методических подходов к лечебно-диагностической и учебной работе со студентами ВУЗов.* По рекомендации академика АМН, заместителя министра здравоохранения СССР Ю.Ф.Исакова на кафедре нервных болезней 2-го Московского государственного медицинского института, возглавляемой академиком АМН СССР Н.К. Боголеповым, были разработаны методические рекомендации по интенсивной терапии и новые, во многом теоретические, но необходимые подходы к проведению лечебных и реабилитационных мероприятий на различных этапах заболевания [3].

Важная роль в развитии специализированной нейрореабилитационной службы принадлежит академику АМН и РАО СССР Л.О.Бадалян - главному неврологу г. Москвы, создателю и руководителю первой кафедры детской неврологии (1963 г.), заместителю председателя Общества неврологов и психиатров СССР, понимающему значение междисциплинарного лечебно-реабилитационного процесса.

Л.О. Бадалян - один из немногих не только понимал значение и смысл раннего развития и формирования высших психических когнитивных функций в первые месяцы жизни новорожденного ребенка, но и принимал активное участие в организации системы этапной помощи новорожденным с перинатальной патологией, издержками родовспоможения, в родильных домах, специализированных неврологических стационарах для новорожденных грудных детей, поликлиниках, специализированных детских садах, домах ребенка, интернатах, реабилитационных центрах для детей с черепно-мозговой и спинальной травмой.

Выполняя обязанности главного невролога горздравотдела г. Москвы он принял активное участие в развитии системы специализированной помощи больным с последствиями очаговых поражений головного мозга в результате перенесенного инсульта и черепно-мозговой травмы с тяжелыми последствиями высших психических когнитивных функций, гемипарезами, непсихотическими психическими расстройствами в неврологических стационарах городских больниц, поликлиниках, психоневрологических диспансерах на разных этапах заболевания. Постоянно читал лекции по неврологии в Институте дефектологии и медицинской психологии повышения квалификации и переподготовки кадров. По нашей просьбе им был издан учебник «Невропатология» для студентов педагогических ВУЗов (1982) [1].

Член-корреспондент РАМН, профессор В.А. Карлов с 1971 по 1999 год – заведующий кафедрой МГМСУ. Он и его ученики разработали и значительно расширили междисциплинарный подход к лечению эпилепсии и эпилептических синдромов за счет углубленного изучения современной клинической фармакологии, включающей фармакокинетику и фармакодинамику высокоэффективных медикаментов. Им впервые была поднята проблема полипрагмазии – взаимодействия лекарственных

препаратов.

Клинические исследования профессора В.А. Карлова нашли отражение в монографиях: «Терапия нервных болезней (1990,1996) [16], «Неврология» (руководство для врачей) (1999, 2003) [17]. По данным статистических (популяционных) исследований, приведенным в его монографии «Эпилепсия у детей, мужчин и женщин» (2010 г.) [18], цереброваскулярные заболевания и ЧМТ являются одними из наиболее частых причин развития эпилептических припадков у больных с очаговым поражением мозга. При закупорке сосудов риск эпилептических припадков повышается в 20 раз, при субарахноидальном кровоизлиянии может превышать в 50 раз. Наличие острых припадков увеличивает риск развития постинсультной эпилепсии в течение 2-х лет более 30% . Тяжелая и средней тяжести ЧМТ повышает риск развития эпилепсии у детей соответственно в 27,26 и 7,09 раза. При поражении одной доли головного мозга риск возникновения припадков составляет 30 %, в то время как при более обширных поражениях возможность развития эпилепсии возрастает до 45%. Формирование сосудистой или посттравматической эпилепсии существенно затрудняет лечебно-реабилитационный процесс, снижая качество жизни больных. К проблеме сосудистой или посттравматической эпилепсии в разные годы обращались многие отечественные и зарубежные авторы [1, 10, 12, 18, 19].

Многолетние исследования по разработке фундаментальных и прикладных аспектов по нейрофизиологии эпилепсии, осуществленные профессором В.А. Карловым получили международное признание. Этот уникальный опыт клинических исследований в течение многих лет позволяет решить сложнейшие проблемы лечения и нейрореабилитации больных с посттравматической и сосудистой патологией.

С 1975 г. академик РАМН, профессор Е. И. Гусев осуществляет руководство кафедрой неврологии и нейрохирургии РНИМУ им. Н.И.Пирогова. Им и его учениками сформулирована концепция ишемической болезни головного мозга, разработаны принципиально новые положения в вопросах патогенеза ишемических нарушений мозгового кровообращения, центральной и церебральной гемодинамики, микроциркуляции и метаболизма при острых нарушениях мозгового кровообращения и хронической сосудистой мозговой недостаточности. Разработаны новые подходы к проведению лечебных и реабилитационных мероприятий на разных этапах инсульта. Результаты клинических исследований нашли свое отражение в монографиях академика Е. И. Гусева «Сосудистые заболевания головного мозга», «Интенсивная терапия при заболеваниях головного мозга» и методических рекомендациях «Этапная помощь больным с мозговым инсультом», - Е.И. Гусев, Г.С.Бурд, М.Ю. Мартынов и др. [10,11,12,13].

В связи с огромной потребностью реабилитационной службы, по приказу Минздрава СССР (1981г.) были созданы больницы и отделения восстановительного лечения на базе существующих отделений лечебной физкультуры и массажа, физиотерапии, рефлексотерапии. Необходимо отметить, что простое объединение физиотерапии, лечебной физкультуры,

массажа, рефлексотерапии без междисциплинарного принципа обеспечения лечебно-реабилитационного процесса не имеет ничего общего со сложной программой реабилитации. Вместе с тем, этот приказ Минздрава сыграл положительную роль. За прошедшие годы начало формироваться понимание, в каком направлении следует вести научно-исследовательскую, методическую и организационную работу, появился интеграционный опыт при комплексном взаимодействии специалистов различного профиля.

Такова краткая история развития и становления процесса лечения и нейрореабилитации больных с последствиями очаговых поражений головного мозга в результате перенесенного инсульта или черепно-мозговой травмы в XX веке.

### Литература:

1. Бадалян Л.О. Невропатология. Учебник для студентов высших учебных заведений. М: Академия, 1982; 400.
2. Бернштейн Н.А. О построении движений. М: Медгиз, 1947; 254.
3. Боголепов Н.К., Бурд Г.С., Федин А.И., Алтунян Ш.Л. Интенсивная терапия больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения в реанимационном отделении. Методические рекомендации. М 1973; 75.
4. Бондарко Л.В. Осциллографический анализ речи. Л., 1965; 47.
5. Бондарко Л. В., Вербицкая Л. А., Гордина М. В. Основы общей фонетики. Л., 1983.
6. Бондарко Л.В., Вербицкая Л.А., Гордина М.В., Белякова Г.А. и др. Интерференция звуковых систем., Издательство Ленинградского университета, 1987.
7. Бондарко Л.В., Чистович Л.А. Об управлении артикуляционными органами в процессе речи: Анализ нарушений речи при задержке обратного акустического сигнала. Сб. Исследования по структурной типологии. М., 1963.
8. Вассерман Л. И., Дорофеева С. А., Меерсон Я. А. Методы нейропсихологической диагностики. СПб: Стройлеспечать 1997; 360.
9. Ворлоу Ч.П., Деннис М.С., Ван Гейн Ж., Ханкий Г.Ж., Сандеркок П.А.Г., Бамфорд Ж.М., Вордлау Ж. Инсульт: Практическое руководство для ведения больных (пер. с англ. редакция Скоромец А.А.). СПб: Политехника, 1998; 629.
10. Гусев Е.И., Боголепов Н.Н., Бурд Г.С. Сосудистые заболевания головного мозга. М: 2 МОЛГМИ 1979; 142.
11. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Медицинская карта стационарного больного. М, 1990; 1-44.
12. Гусев Е.И., Бурд Г.С., Ерохин О.Ю., Мартынов М.Ю., Спасенников Б.А. Этапная помощь больным с мозговым инсультом. Методические рекомендации МР СССР М 1991; 23.
13. Гусев Е.И. Ишемическая болезнь головного мозга. Актовая речь. Российский государственный медицинский университет, М 1992; 35.
14. Демиденко Т.Д. Восстановительная терапия постинсультных больных. Л: Медицина, 1974; 7-12.
15. Демиденко Т.Д. Реабилитация при цереброваскулярной патологии. М: Медицина, 1989; 208.
16. Карлов В.А. Терапия нервных болезней. М.: Медицина, 1996.
17. Карлов В.А. Неврология. Руководство для врачей, 2003.
18. Карлов В.А. Эпилепсия у детей и взрослых женщин и мужчин. М: изд-во Медицина 2010, 720.
19. Касевич В. Б., Бондарко Л. В., Вербицкая Л. А., Гордина М. В., Зиндер Л. Р. Стили произношения и типы произнесения. Ж. Вопросы языкознания. 1974. № 2; 64—70.
20. Крышова Н.А., Кок Е.П., Шкловский В.М. Клинико-статический анализ нарушений понимания речи при сенсорной афазии. Материалы Всесоюзного совещания по вопросам нарушений и восстановления речи, 1961, 13-14.
21. Крышова Н.А., Кок Е.П., Шкловский В.М. Анализ нарушений понимания речи при височной афазии. Сб. Доклады АПН РСФСР, N5, 1962, 117-120.
22. Лурия А. Р. Травматическая афазия. М: изд-во академии медицинских наук, 1947; 367.
23. Лурия А. Р. Высшие корковые функции и их нарушения при локальных поражениях мозга. М: изд-во МГУ 1962; 431.

24. Лурия А.Р. Лобные доли и регуляции психических процессов. М: изд-во Московского университета, 1966, 740.
25. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М: 1973.
26. Столярова Л.Г., Ткачёва Г.Р. Реабилитация больных с постинсультными двигательными расстройствами. М: Медгиз 1978; 350.
27. Тонконогий И. М. Инсульт и афазия. Л: Медицина 1968; 267.
28. Хельсингборгская декларация о европейских стратегиях в отношении инсульта. Под ред.: Т. Kjellstrom, В. Norrving, А. Shatchkute, 2006, с.31.
29. Цветкова Л.С. Введение в нейропсихологию и восстановительное обучение. М: МПСИ 2000; 148.
30. Цветкова Л.С. Нейропсихологическая реабилитация больных. Речь и интеллектуальная деятельность. Учеб. пос. 1985.
31. Чистович Л.А. Венцов А.В., Гранстрем М.П. Физиология речи. Восприятие речи человеком. Л.: Наука, 1976; 388.
32. Шкловский В.М. Тонконогий И.М., Цукерман И.И. Проводниковая афазия и нарушение оперативной памяти. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, №12, 1965; 20-31.
33. Шкловский В.М. Реабилитация больных с афазией после мозговых инсультов и травм. Кн. Реабилитация больных с нервными и психическими заболеваниями. М 1972; 342-345.
34. Шкловский В.М. Реабилитация больных с нарушением речи после травмы мозга. Материалы Всероссийского съезда невропатологов и психиатров. Казань 1974; 92-94.
35. Шкловский В.М. Социально-психологический аспект реабилитации больных с афазиями. - Ж. Невропатология и психиатрия им. С.С. Корсакова, вып. №2, М 1982; 248-253.
36. Шкловский В.М. Визель Т.Г., Боровенко Т.Г., Насоновская Г.М. Нейропсихологические аспекты реабилитации больных с нарушениями высших психических функций. Сб. Тезисы докладов к VI Всесоюзному съезду психологов СССР, АН СССР М 1983; III:500-502.
37. Шкловский В.М. Логотерапевтическая помощь больным с афазией в СССР и перспективы ее развития. Международный конгресс по реабилитации больных с афазией, 1-й: Тезисы. Краков, 1984; 7-10.
38. Шкловский В.М. А.Р. Лурия и современная концепция нейрореабилитации: Международная конференция памяти А.Р. Лурия, 1-я: Сборник докладов. М 1998; 312-319.
39. Шмидт Е.В., Макинский Т.А. Мозговой инсульт. Заболеваемость и смертность. Журнал невропатологии и психиатрии 1979, 327-342
40. Hatano, S. WHO stroke control programme, WHO Chronicle, 1972; 26: 456-458.
41. Hatano, S. Control of stroke in the community – methodological considerations and protocol of WHO stroke register. Working document for meeting on community control of stroke and hypertension, Geneva, 6 – 13 December 1973. (Unpublished WHO document №.CVD/S/73.6).
42. Hatano S. Experience with community stroke register. Proceedings of a WHO meeting held in Tokyo 11-13 March 1974. WORLD HEALTH ORGANIZATION, Geneva, 1976; 117-129.
43. Hypertension and stroke control in the community. Proceedings of a WHO meeting held in Tokyo 11-13 March 1974. World Health Organization, Geneva 1976; 362.
44. V.M. Shklovsky - Rehabilitation with Patients Following Stroke and Neurotrauma. Brain Damage and Rehabilitation A Neuropsychological Approach. Abs. Munchen, 1989; 18—19.
45. V.M. Shklovsky, E.V. Lukyanyuk. Significance of the Functional Diagnostics Methods for Predicting Neurorehabilitation in TBI Patients. 3rd World Congress on Brain Injury 1999; 263.
46. Shmidt E. V. Stroke as an emergency problem. Proceedings of a WHO meeting held in Tokyo 11-13 March 1974. WORLD HEALTH ORGANIZATION, Geneva, 1976; 308-315.
47. Steriade M., Gloor P., Llinas R.R. et al. Basic mechanisms of cerebral rhythmic activities. Electroencephalography and Clinical Neurophysiology 1990; 76: 481—508.
48. Strasser T. The community approach to cardiovascular diseases. Proceedings of a WHO meeting held in Tokyo 11-13 March 1974. WORLD HEALTH ORGANIZATION, Geneva, 1976; 108-112
49. Strasser T. The uses of hypertension register. Proceedings of a WHO meeting held in Tokyo 11-13 March 1974. WORLD HEALTH ORGANIZATION, Geneva, 1976; 113-116.
50. Toole J.F. Management of stroke in population. Proceedings of a WHO meeting held in Tokyo 11-13 March 1974. WORLD HEALTH ORGANIZATION, Geneva, 1976; 233-239.
51. Weiss M. Rehabilitation of stroke patients in the community. Proceedings of a WHO meeting held in Tokyo 11-13 March 1974. WORLD HEALTH ORGANIZATION, Geneva, 1976; 316-325.

52. Wilson S. L., McMillan T. M. Computer-based Assessment in Neuropsychology. A Handbook of Neuropsychological Assessment. 1994; 28-43.