

Часть 2.

Нейрореабилитация больных с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы: методология, стратегия, концепция и организация помощи (XXI век 2000-2014 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.

К восьмидесятым годам прошлого столетия в СССР уже существовала система лечения и реабилитации на разных этапах заболевания в онкологии, кардиологии, гинекологии, травматологии и целом ряде других разделов медицины в поликлиниках, стационарах, диспансерах, санаториях.

Дальнейшая разработка актуальных проблем лечения и нейрореабилитации больных с сосудистыми поражениями головного мозга, проводится в течение многих лет на четырех факультетах Российского научно-исследовательского медицинского университета (РНИМУ имени Н.И. Пирогова): на кафедре неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики лечебного факультета (руководитель - академик РАМН, председатель общества неврологов России Е.И. Гусев); кафедре фундаментальной и клинической неврологии медико-биологического факультета (руководитель – чл. - кор. РАМН, генеральный секретарь Европейского Совета по инсульту, член правления Всемирной организации инсульта В.И.Скворцова); кафедре неврологии факультета усовершенствования врачей (руководитель профессор А.И.Федин). В 2003 г. открыта кафедра клинической психологии на психолого-социальном факультете (декан Н.Н.Снежкова). Совместная работа перечисленных кафедр в будущем позволит им стать основным лидером по подготовке высокопрофессиональных специалистов: врачей, нейропсихологов, нейродефектологов, социальных работников, организаторов здравоохранения, овладевших междисциплинарными знаниями для реализации сложнейших проблем лечения и нейрореабилитации больных с поражением ЦНС.

Важным стимулом для развития нейрореабилитации в России было выделение Е.И.Гусевым в Актовом докладе на сессии РАМН в 1992 году этого направления как одного из основных наряду с изучением патогенеза, совершенствованием диагностики инсульта и разработкой методов его медикаментозного и хирургического лечения. Им и его учениками разрабатываются новые подходы к проведению лечебных и реабилитационных мероприятий на различных этапах инсульта, предложены

критерии раннего прогнозирования течения болезни. Осуществляется изучение молекулярно-генетических факторов риска развития нарушений мозгового кровообращения, сформулирована концепция ишемической болезни головного мозга. Особо следует отметить монографию Е.И.Гусева и В.И.Скворцовой "Ишемия головного мозга", в которой представлены результаты фундаментальных исследований по одной из наиболее сложных проблем ишемического инсульта [2,3,4,5,8].

Под руководством академика РАМН, профессора В.В.Крылова, сотрудниками Московского института скорой помощи им. Н.В.Склифосовского разработаны эффективные методы малоинвазивной сосудистой нейрохирургии для лечения геморрагического инсульта.

В НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения г. Москвы, директор – профессор Л.М. Рошаль, осуществляется лечение и нейрореабилитация детей с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы в остром периоде заболевания.

В Первом Санкт-Петербургском государственном медицинском университете им. акад. И.П.Павлова на кафедре, руководимой академиком РАМН А.А.Скоромцом, опубликована целая серия методических рекомендаций по организации неврологической и нейрореабилитационной помощи больным с инсультом [18].

В Екатеринбурге, Красноярске, Новосибирске, Рязани, Курске и многих других городах Российской Федерации организованы нейрореабилитационные центры и центры патологии речи.

В 1999 г. была создана Национальная ассоциация по борьбе с инсультом (НАБИ, президент - академик РАМН Е.И.Гусев), деятельность которой направлена на повышение качества медицинской помощи больным с цереброваскулярной патологией.

Важнейшим событием в здравоохранении является организация Института цереброваскулярной патологии и инсульта - исследовательского и практического центра мирового уровня (создатель и первый директор чл.-кор. РАМН В.И.Скворцова).

По инициативе руководителей НАБИ было осуществлено крупномасштабное эпидемиологическое исследование в разных регионах России (1999—2000г.г). Общее количество охваченного населения составило 2 398 498 человек старше 25 лет, проживающих в 19 городах страны [9]. Всего за год наблюдения в изучаемой популяции зарегистрировано 336 новых случаев мозгового инсульта на 100 тысяч населения. Было установлено, что заболеваемость среди мужчин и женщин не имеет статистически значимых различий (3,34 и 3,37). Выраженная тенденция к увеличению частоты и «омоложению» инсульта отмечается во всем мире.

По данным регистра 2001 г. в России увеличивается количество инфарктов мозга (общая заболеваемость 1,98; у мужчин - 2,04, у женщин -1,93 на тысячу жителей), частота которого в 4 раза выше частоты геморрагического инсульта. Удельный вес ишемических инсультов составил 79,84 % внутримозговых поражений.

Только 59,9 % больных получали медицинскую помощь в условиях стационара, 34% лечились на дому, 0,4% больных при развитии инсульта вообще не получали медицинской помощи. Общая летальность при инсульте составила 40,37 % (36,6 % у мужчин, 43,4 % у женщин), была значительно чаще при кровоизлиянии в мозг по сравнению с его инфарктами (61,4 и 21,8 %). *Наименьшая летальность отмечена при лечении в условиях стационара (19,9 %). При оказании помощи на дому она была выше более чем в 3 раза (66,8 %). Максимальная смертность отмечалась в домах престарелых, а также при отсутствии медицинской помощи (89,5 % и 98,8 % соответственно) [9].*

Следующим после инсульта заболеванием ЦНС по значению и тяжести последствий является черепно-мозговая травма (ЧМТ). ЧМТ одна из главных причин смертности и инвалидизации населения, а у лиц молодого возраста - ведущая причина летальности. Ежегодно в мире от черепно-мозговой травмы погибают 1,5 млн человек, а 2,4 млн. становятся инвалидами. Причины ЧМТ значительно разнятся в зависимости от социальных, географических, погодных, демографических и иных факторов. Так, например, в США первое место занимает автомобильная травма, на Тайване - мотороллерная, в Шотландии - падения, в России – имеется тенденция к увеличению криминальной травмы. Огромную роль в изучении причин и распространенности ЧМТ, ее зависимости от пола, возраста, употребления алкоголя и иных условий сыграли популяционные эпидемиологические исследования, проведенные в 80-90-х годах прошлого века во многих странах, в частности в России [15,17].

Под руководством академика РАН А.Н.Коновалова, академика РАМН А.А. Потапова, профессора Л.Б. Лихтермана в 1985—1990 годах НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко РАМН было проведено эпидемиологическое исследование в рамках отраслевой программы «Травма центральной нервной системы». Исследование было основано на принципе выборочного изучения, охватившего 30 городов и 27 сельских территорий с общей численностью населения более чем 30 миллионов человек и позволившего выделить наиболее существенные показатели, такие как: частота верифицированных случаев, структура ЧМТ, частота госпитализации и т.д. В итоге была разработана дифференциальная шкала исходов и классификация черепно-мозговой травмы, которые имеют большое значение для статистики, диагностики, тактики лечения, прогноза и нейрореабилитации [15].

В структуре клинических форм ЧМТ повсеместно доминирует сотрясение головного мозга (63-90%), далее следуют ушибы мозга (5-13%) и сдавление мозга (1-3%). С увеличением возраста доля более тяжелых клинических форм ЧМТ возрастает как у мужчин, так и у женщин [13,14,15,16]. Среди причин ЧМТ в России преобладает бытовой травматизм - 49-78%, в том числе на долю умышленного травматизма приходится 26-49%. Дорожно-транспортный травматизм по частоте занимает второе место - 9,7-29.9%. Около 20% пострадавших в России получают ЧМТ, находясь в состоянии

алкогольного опьянения. Показатель госпитализации по поводу ЧМТ составляет 2 на 1000 населения. Смертность вследствие ЧМТ достигает 0.2-0.4 на 1000 населения, инвалидизация - 30-35 на 100 тыс. населения. Число инвалидов вследствие ЧМТ к концу прошлого века достигло в России 2 млн. человек, в США - 3 млн., а во всем мире - около 100 млн. человек. По данным эпидемиологических исследований было установлено, что в России частота ЧМТ составляет примерно 4-6 случаев на 1000 населения или 400 – 600 тыс. пострадавших в год. Около 10% из них погибают и ещё столько же становятся инвалидами. *На долю ЧМТ приходится 24-31% всех случаев инвалидности, полученных в результате травм, - большинство из них составляют люди молодого возраста. ЧМТ является наиболее частой причиной смерти и тяжелой инвалидности в группе лиц не старше 35 лет. По количеству недожитых вследствие преждевременной смерти лет ЧМТ и другие виды повреждений обуславливают почти половину потерь трудового потенциала России, превышая показатели смертности от болезней сердечно-сосудистой системы в 4,5 раза [7,13,14,17].*

В 1998-2002 гг. А.Н.Коноваловым, А.А.Потаповым и Л.Б.Лихтерманом подготовлено и издано «Клиническое руководство по черепно-мозговой травме» (в трех томах), в третьем томе которого опубликованы две главы по проблеме нейрореабилитации: «Нейрореабилитация как наука» (В.Л.Найдин, О.А. Максакова, О.А.Кроткова, Н.Я.Смирнова); «Система организации нейрореабилитации больных с последствиями черепно-мозговой травмы» (В.М.Шкловский) [13]. В реабилитационном отделении Института нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко РАМН, разработана программа реабилитации больных с нарушением двигательных и высших психических функций, выделены клинические синдромы в восстановительный период при ЧМТ.

В последние годы в России проведена огромная крупномасштабная работа по модернизации системы лечения и нейрореабилитации больных с последствиями цереброваскулярных заболеваний и травмы: введены в клиническую практику нейрососудистые центры, первичные нейрососудистые отделения, нейрохирургические отделения, разработана программа маршрутизации больных. В беспрецедентно короткие сроки в стране внедрены в клиническую практику новые организационные формы медицинской помощи больным в остром периоде инсульта, включающие нейрореанимационные мероприятия и проведение тромболизиса.

Целый ряд поступков крупнейших руководителей доказывает возможность кардинального позитивного изменения ситуации в стране в любой области, несмотря на огромные экономические, политические, хозяйственные трудности. Например, новый министр обороны страны С.К. Шойгу в кратчайший срок прекратил преступное системное разрушение первоклассной структуры военной медицины, попытку реорганизовать (вернее дезорганизовать) Военно-медицинскую академию в Санкт-Петербурге, одного из лучших ведущих учебных учреждений страны, готовящих прекрасные кадры врачей и ученых не только для

армии. Уникальным примером модернизации системы медицинских учреждений здравоохранения г. Москвы может служить акция, осуществленная руководителем Департамента здравоохранения Л.М. Печатниковым, предвидевшим дефолт, проявившим политическую волю, взявший на себя ответственность закупить и установить сложнейшую диагностическую и лечебную высокотехнологичную аппаратуру, взамен морально и физически устаревшей. Более того, были построены перинатальные центры, отремонтированы больницы и поликлиники, преобразившие систему здравоохранения, значительно потребовав у врачей повышения чувства ответственности и профессиональности знаний.

Идеология и методология междисциплинарного подхода к лечению и нейрореабилитации была заложена нашими великими предшественниками: неврологами – В.М.Бехтеревым, С.Н.Давиденковым; физиологами – И.П.Павловым, А.А.Ухтомским, Л.А. Орбели, П.К. Анохиным, Н. А. Бернштейном; психологами – Л.С.Выготским, А.Р.Лурия, А.Н.Леонтьевым, Б.Г. Ананьевым.

Этиология и патогенез инсульта и ЧМТ различен. Однако, последствия очаговых поражений головного мозга вследствие этих заболеваний практически одинаковы - нарушение речевой и других высших психических когнитивных функций, нейромоторный и сенсорный дефицит, психические расстройства. Больные не в состоянии себя обслуживать, не могут выполнять элементарные гигиенические функции, не могут самостоятельно есть, понимать речь окружающих, не могут говорить, читать и писать, нарушена система коммуникации. Эти больные дезорганизуют жизнь всей семьи, поскольку требуют за собой со стороны родственников постоянного надзора и ухода, отвлекая на себя значительную часть населения, которая фактически тоже становится иждивенцами общества. *Но, в отличие от дементных больных, у них сохраняется сознание и самосознание. Именно нарушения речи и других когнитивных функций являются важнейшим ведущим фактором при определении инвалидности, поскольку резко снижается качество жизни человека [26-31, 37].*

В биосистеме, существующей на планете Земля, только у человека в течение десятков тысяч лет сформировалась высшая психическая когнитивная функция речи. Речь - сложнейшая познавательная функция, высшая в иерархии когнитивных процессов. Далее нужно понимать, что благодаря речи развивается познавательная деятельность, формируются мышление и самосознание. «Речь есть не только орудие общения, но и орудие мысли. Сознание развивается, главным образом, при помощи речи и возникает из социального опыта» (Л.С. Выготский).

Наконец, следует вспомнить работы нашего великого соотечественника, нобелевского лауреата, физиолога, академика И.П.Павлова, сформулировавшего почти сто лет назад определение специфики I и II сигнальной системы животных и человека.

Лечение и нейрореабилитация больных с очаговым поражением головного мозга вследствие перенесенного инсульта и ЧМТ требует особой единой организационной структуры, которая включает междисциплинарные программы для осуществления лечебно-реабилитационного процесса, позволяющего достичь максимально возможного восстановления и активного социального функционирования.

Нейрореабилитация этих больных отличается от реабилитации больных в кардиологии, хирургии, травматологии, при нейродегенеративных и других заболеваниях ЦНС (болезнь Альцгеймера, боковой амиотрофический склероз, рассеянный склероз и др.), при которых требуются стабилизация состояния и поддерживающие реабилитационные мероприятия. Более того, даже в рамках одной нозологической группы сосудистого или травматического генеза клиника расстройств, цели и задачи лечения и нейрореабилитации существенно отличаются и нуждаются в применении разных методов и организационных мер [33-35,38,39].

Обсуждая проблемы лечения и реабилитации больных с очаговыми поражениями головного мозга у взрослых в результате перенесённого инсульта и черепно-мозговой травмы, необходимо еще и еще раз обратить внимание на детскую популяцию, несмотря на то, что это особая тема. Положение остаётся критическим. Количество детей с поражением ЦНС неуклонно растёт. Более чем у 50% детей в раннем возрасте обнаруживаются расстройства высших когнитивных функций, обусловленные поражением центральной нервной системы в результате перинатальной патологии, в период родов, в раннем периоде развития, которые входят по Международной классификации болезней (МКБ-10) в группу нервно-психических расстройств: умственная отсталость, детский церебральный паралич (ДЦП), расстройства психологического (психического) развития, гнозиса, праксиса, девиантные формы поведения, задержка общего и речевого развития. Затруднен процесс восприятия знаний, обучения в школе. Крайне тяжелыми расстройствами являются афазия и дизартрия в результате перенесенных в детском возрасте черепно-мозговой травмы или инсульта. Мы в повседневной практике наблюдаем детей, перенесших инсульт в возрасте 2-3 лет. Последние данные, озвученные в 2010 году Министром здравоохранения - утрашающие: лишь 8,1% детей оканчивают школу здоровыми. До настоящего времени отсутствует достоверная статистика. Это наиважнейшая проблема не только медицины и здравоохранения – это социальная проблема жизнеспособности государства уже в ближайшие годы. Одной из важнейших рекомендаций, решающих успешность лечения и нейрореабилитации детей с органическим поражением ЦНС являются объединенные комплексы учреждений здравоохранения и системы образования.

Нейрореабилитация – сложнейший, патогенетически обоснованный процесс междисциплинарного комплексного лечения и восстановительных нейрореабилитационных мероприятий с обязательным применением методов медицинского, медико-

психологического, медико-педагогического и медико-социального воздействия, значение и интенсивность которых меняются на разных этапах заболевания. Этот процесс обращен, прежде всего, к личности больного.

Нейрореабилитация является областью нейронаук – медицинской науки и практики, требующей от специалистов знания нейроанатомии, нейрофизиологии, психофизиологии, неврологии, психиатрии, нейропсихологии и нейродефектологии, нейросоциологической составляющей, и, наконец, понимания законов нейроэкономики.

60 лет потребовалось, чтобы в 1987 году был организован Московский центр патологии речи, который в 1992 году преобразован в самостоятельное учреждение – Центр патологии речи и нейрореабилитации Департамента здравоохранения г. Москвы (ЦПРиН). ЦПРиН является клинической базой Московского НИИ психиатрии Минздрава РФ. В структуре Института функционируют Отдел патологии речи и нейрореабилитации и Научно-методический организационный Центр Минздрава РФ (Приказ МЗ РФ № 534 от 22 августа 2005 г). Они объединены общими принципами работы с организационно-методическим отделом Департамента здравоохранения г. Москвы, также функционирующим в структуре ЦПРиН. Эти отделы возглавляют специализированную службу, организованную в лечебно-профилактических учреждениях г. Москвы и других городов Российской Федерации по оказанию помощи больным с последствиями очаговых поражений головного мозга в результате перенесённого инсульта и черепно-мозговой травмы на разных этапах заболевания. Сейчас можно с уверенностью утверждать, что совместная клиническая и научно-методическая организационная работа оказалась рациональной и высокопродуктивной. Причем это стало возможным благодаря совместной работе Президиумов обществ неврологов России (президент Е.И.Гусев) и психиатров России (президент В.Н.Краснов), обсуждению на съездах, конгрессах, конференциях, совместным заседаниям Президиумов РАМН и РАО. Существенный вклад в этот процесс внесли постоянные контакты и обсуждения с сотрудниками ВОЗ и многолетняя работа главного специалиста Минздрава СССР по логотерапии, что позволило создать специализированную междисциплинарную нейрореабилитационную службу.

Важную роль сыграла деятельность научного совета по проблемам возрастного развития, коррекции и реабилитации РАМН и РАО, позволяющая решать целый ряд междисциплинарных проблем научных исследований, образования и др.

И самое важное - многолетняя научно-исследовательская работа и клинический опыт, организация специализированной помощи, подготовка кадров, в результате чего были созданы основополагающие следующие нормативные документы:

1. Приказы Минздрава РСФСР №190 «О состоянии и мерах по дальнейшему развитию и повышению качества специализированной помощи населению

РСФСР с нарушениями речи» от 9 апреля 1976 г., Минздрава РФ № 383 «О специализированной помощи больным при нарушениях речи и других высших психических функций» от 28 декабря 1998 г., № 25 «О мерах по улучшению медицинской помощи больным с нарушениями мозгового кровообращения» от 25 января 1999 г.; приказ Минздравсоцразвития РФ № 534 «О мерах по совершенствованию организации нейрореабилитационной помощи больным, перенесшим инсульт и черепно-мозговую травму» от 22 августа 2005 г., и целый ряд других, касающихся возможностей работы специалистов с университетским немедицинским образованием в системе здравоохранения, оплаты труда, профессиональной аттестации, которые определили дальнейшее развитие специализированной помощи в стране крайне тяжелым больным;

2. Стандарты, технологические карты нейрореабилитации больных на разных этапах заболевания, специальные схемы и протоколы клинических и нейропсихологических исследований;

3. Компьютерные программы для восстановления высших психических функций; разработано техническое задание для создания и внедрения медицинских информационных систем (МИС), в том числе электронной версии специализированной (нейрореабилитационной) истории болезни, системы управления Центром и специализированной службой города;

4. Положения о палате ранней нейрореабилитации, отделении нейрореабилитации многопрофильной больницы, положение о специализированных кабинетах в поликлинике, психоневрологическом диспансере и других лечебно-профилактических учреждениях;

5. Положения о Центре и его подразделениях: штатные нормативы врачей разных специальностей, нейропсихологов и нейрореабилитологов; должностные обязанности, нормы нагрузки специалистов, перечень оборудования и т.д.;

6. На клинической базе (ЦПРиН) Московского НИИ психиатрии Минздрава России создан Институт дефектологии и медицинской психологии повышения квалификации и переподготовки кадров. Разработаны образовательные программы, по которым подготовлено более 5000 специалистов: врачей, психологов, нейропсихологов, нейродефектологов, специалистов по социальной работе, организаторов здравоохранения и др.

В основу этой работы была положена пошаговая система, позволившая создать специализированную нейрореабилитационную службу во главе с ЦПРиН в мегаполисе с многомиллионным населением.

ЦПРиН является специализированным лечебно-профилактическим учреждением, в котором осуществляется междисциплинарная, комплексная диагностика, лечение и нейрореабилитация взрослого и детского населения.

Впервые междисциплинарное лечение и нейрореабилитация оказывается совместно контингенту больных с последствиями инсульта,

черепно-мозговой травмы, нейроинфекций и других заболеваний ЦНС, что, безусловно, рационально с разных точек зрения.

В ноябре 2009 года сданы в эксплуатацию новые запланированные корпуса **Научно-практического центра патологии речи и нейрореабилитации (НПЦ патологии речи и нейрореабилитации)**, что позволило значительно увеличить объем оказания специализированной помощи более чем в 2,5 раза.

Ежедневно проходят комплексный курс лечения и нейрореабилитации свыше 500 больных. Открыто единственное в мировой практике отделение для детей с последствиями инсульта и тяжелой черепно-мозговой травмы. Учитывая значительный рост числа пожилых и старых людей в нашем обществе, несомненным достоинством работы ЦПРН является систематическая организация высококвалифицированной помощи больным этих возрастных групп на разных этапах заболевания - в стационарных условиях, дневном стационаре, стационаре на дому.

В Центре функционирует 35 отделений.

Структура Центра включает:

Комплекс диагностических подразделений: ФМРТ, ЭЭГ, ЭЭГ-картирование, уровень постоянных потенциалов головного мозга (УПП) (косвенная оценка метаболизма мозга), доплерография, транскраниальная магнитная стимуляция, стабилметрия,

* **Отделение клинико-лабораторных исследований** - реализует технологии клинической лабораторной диагностики: гематологической, общеклинической, биохимической, иммунологической, генетической

* **Амбулаторно-поликлинический комплекс**, включающий консультативно-диагностическое отделение для взрослых пациентов, консультативно-диагностическое отделение для детей, специализированное амбулаторное детское отделение для детей на 150 посещений в день

* **Стационарный комплекс:** специализированные стационарные отделения на 375 коек для взрослых пациентов, включающие дневной стационар для больных с очаговыми поражениями головного мозга в результате инсульта, ЧМТ и других заболеваний ЦНС с нарушениями опорно-двигательного аппарата, речи и других высших психических функций, психическими расстройствами, стационар для детей с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы (в том числе терапевтические койки для матерей по уходу за детьми), дневной стационар для детей, дневной стационар для взрослых больных с нарушениями общения и коммуникации (логоневрозы и др.)

* **Стационар на дому** - отделение на 100 мест для больных с нарушениями опорно-двигательного аппарата, речи и других высших психических функций, которые не способны самостоятельно передвигаться по городу и нуждаются в продолжительном лечении и нейрореабилитации после стационара.

* **Отделение фониатрии и оториноларингологии** - предназначено для преодоления нарушений глотания, восстановления нарушенных слуховых, голосовых функций и выработки компенсаторных механизмов,

определяющих в дальнейшем степень социальной адаптации больных.

***Отдел медицинской психологии** в составе которого отделения: нейропсихологической диагностики и программирования лечебно-нейрореабилитационного процесса; исследования внимания, восприятия гнозиса, праксиса, памяти; нейролингвистики; отделение нейропсихологической диагностики и психотерапии коммуникативных расстройств; - социальной адаптации и психотерапии; - оптодиагностики и оптотерапии.

***Отдел фармакотерапии.**

***Отделение нейромоторной реабилитации (ЛФК)** с гидрокинезотерапией (бассейн).

*** Отделение кардиореабилитации.** Важный раздел работы, контроль за состоянием сердечно-сосудистой системы, дозирование допустимой нагрузки.

*** Отделение физиотерапии.**

*** Отделение восстановления социально-бытовых и трудовых навыков** (эрготерапии).

***Центр телемедицины** для дистанционного консультирования, диагностики, лечения и нейрореабилитации в стационаре на дому; для проведения семинаров, лекций, конференций в других учреждениях г.Москвы, городах РФ и зарубежных стран.

*** Отдел информационных технологий** обеспечивает функционирование аппаратных программных средств вычислительного комплекса Центра, локальных вычислительных сетей и коммуникационного оборудования.

***Организационно-методический отдел,** осуществляющий научно-методическое и организационное руководство лечебно-нейрореабилитационной помощи больным с последствиями инсульта, черепно-мозговой травмы и других заболеваний ЦНС Министерства Здравоохранения РФ и Департамента здравоохранения города Москвы и других городов РФ.

*** Отделение по работе с родственниками больных.**

В программе НИ ЦПРН обязательны многопрофильные обследования пациентов - неврологом, психиатром, терапевтом, кардиологом, нейропсихологом, нейродефектологом, офтальмологом, отоларингологом, врачом лечебной физкультуры, дерматологом, врачом-физиотерапевтом, при необходимости, эндокринологом, пульмонологом, урологом, нейрохирургом, гинекологом, травматологом и другими специалистами-консультантами.

Лечебно-нейрореабилитационные программы включают:

Медикаментозную терапию. Логотерапию, нейролингвистический анализ и программирование, нейросенсорный тренинг, эрготерапию. Нейромоторный тренинг: индивидуальные и групповые занятия ЛФК, массаж, рефлексотерапию, лазерную терапию, гидрокинезотерапию (бассейн), физиотерапию, психотерапию, тренажеры, БОС-тренинг, (ЭМГ, стабิโลграфия). *Высокотехнологичные методы:* локомат,

вертикализатор и др. *Методы космической медицины* – лечебно-нагрузочные (антигравитационные) костюмы, стимулятор «Корвит» и целый ряд др.

Вопросы консультаций или срочной госпитализации больных в институт нейрохирургии им. Бурденко и кардиохирургии им. А.Н.Бакулева по указанию академика РАН А.Н.Коновалова и академика РАН Л.А.Бокерия выполняются безотлагательно. В течение многих лет нуждающиеся в нейрореабилитации госпитализируются в ЦПРН.

Активно проводится научно-исследовательская работа.

В Центре работают 8 докторов наук и 17 кандидатов наук. Сотрудниками Центра опубликованы монографии, статьи, учебно-методические пособия, тезисы докладов. Всего более 600 печатных работ.

Центр патологии речи и нейрореабилитации - уникальное, современного класса учреждение, соответствующее международным стандартам, рекомендованных ВОЗ. Система лечения и нейрореабилитации больных с последствиями церебрального инсульта, черепно-мозговой травмы и других заболеваний ЦНС на разных этапах заболевания, внедренная в практику ЛПУ г. Москвы, учитывает огромную протяженность города с севера на юг (89,2км) и с запада на восток (39,7км) и вместе с тем может служить моделью для развития специализированной службы в субъектах РФ с учетом территориальных, демографических экономических условий (100,300,500 тыс. населения).

Таким образом, в Москве создана и успешно функционирует специализированная служба по оказанию помощи взрослому и детскому населению с органическими и функциональными нарушениями ЦНС.

Разработанная программа нейрореабилитации предполагает:

1. Снижение в современном обществе социального бремени, возникающего в связи с большой распространенностью цереброваскулярных заболеваний и черепно-мозговой травмы и их последствий, а также иных поражений ЦНС в перинатальном периоде и других возрастных группах;
2. Формирование государственной политики признания нейрореабилитации больных с очаговым поражением головного мозга в результате инсульта, черепно-мозговой травмы и других заболеваний ЦНС одним из приоритетных направлений медицины и здравоохранения, занимающих первое место по смертности, тяжести последствий и инвалидности;
3. Качественное улучшение доступной, высококвалифицированной медицинской междисциплинарной помощи населению при очаговых и других поражениях центральной нервной системы;
4. Внедрение современных рекомендаций по диагностике, лечению, нейрореабилитации, ведению больных и организации специализированной нейрореабилитационной помощи в здравоохранении; интеграцию в практическое здравоохранение отечественного и международного опыта в области научных исследований лечения и нейрореабилитации больных.

Программы разработаны в Отделе патологии речи и нейрореабилитации Московского НИИ психиатрии Минздрава России в

соответствии с рекомендациями ВОЗ для внедрения в практику учреждений здравоохранения РФ.

Благодаря многолетнему опыту успешной работы ЦПРН разработана концепция лечения и система организации нейрореабилитации больных инсультом, ЧМТ и другими заболеваниями ЦНС, внедренные в практику г. Москвы и получившие развитие в стране.

В настоящее время лечение и нейрореабилитация проводится в 82 лечебно-профилактических учреждениях г. Москвы, в которых функционируют 192 специализированных кабинета. Количество больных, обратившихся в подразделения специализированной службы, в том числе в ЦПРН, за последние двенадцать лет составило более 300 тысяч человек.

В крупнейшем мегаполисе с 15-миллионным населением – в г. Москве определена стратегия помощи одной из наиболее тяжелых категорий больных инсультом, ЧМТ, и другими заболеваниями ЦНС разработана концепция лечения и нейрореабилитации, система организации специализированной помощи.

Практика показывает, что наибольшая эффективность нейрореабилитации больных с тяжелыми последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы может быть обеспечена лишь при следующих условиях:

Максимально раннее начало реабилитационных мероприятий

Непрерывность

Интенсивность

Длительность

Междисциплинарность и комплексность лечебно-реабилитационного процесса на разных этапах восстановительного лечения

Адекватная клиническая нейропсихологическая и нейролингвистическая диагностика

Систематический контроль за соматическим, неврологическим, психическим и психологическим состоянием больного

Прогноз целесообразности применения тех или иных форм реабилитации

Решение социально-психологических, социально-бытовых и трудовых проблем

Включение в реабилитационный процесс членов семьи на всех этапах заболевания

Решение проблем поддержки

В последние годы в стране проведена огромная работа по организации, развитию лечения и нейрореабилитации больных с последствиями инсульта, ЧМТ и других заболеваний центральной нервной системы. В перспективе клиническая практика и существующая специализированная помощь больным с последствиями инсульта, черепно-мозговой травмы

и других заболеваний ЦНС позволят начать восстановительный процесс на самых ранних стадиях заболевания (в нейрососудистых центрах, отделениях реанимации, палатах интенсивной терапии, палатах ранней реабилитации), и на последующих этапах в нейрореабилитационных отделениях проводить профилактику тяжелых последствий заболевания до достижения максимально возможных результатов **при обязательном условии – кадрового и технического обеспечения, утвержденного законодательными актами.**

Огромное значение для оказания своевременной ранней, и на всех последующих этапах, высококвалифицированной специализированной лечебно-реабилитационной помощи больным приобрела модернизация системы *скорой помощи* службы в г.Москве и в других регионах страны, что определяет успех всего лечебно-реабилитационного процесса. В результате значительно снизились показатели летальности, так как бригады «Скорой помощи» доставляют больных инсультом в реанимационные отделения и сосудистые центры в течение 40 - 100 мин. (Достижения прошлых лет – от 6 до 24 часов, (Шмидт Е.В.) [42].

Практическая реализация основных принципов стратегии системы лечения и нейрореабилитации позволяет добиться высокой эффективности медицинской междисциплинарной помощи больным с очаговыми поражениями головного мозга, в результате инсульта, черепно-мозговой травмы и других заболеваний ЦНС.

Нейроэкономический анализ - главная составляющая нейрореабилитационной помощи в г.Москве. Нейроэкономика - новая, единственная наука, соответствующая современным требованиям экономического осмысления ситуации, способная доказать, что несмотря на высокую стоимость, лечение и нейрореабилитация, в частности, при очаговых поражениях головного мозга, являются важнейшим фактором экономии бюджетных средств. При этом базовыми научно-практическими платформами являются неврология, нейрохирургия, кардиология, кардиохирургия, психиатрия, нейропсихология и нейродефектология.

В последние десятилетия появилось понимание проблем нейрореабилитации, активизировалась организация специализированной помощи в системе здравоохранения г. Москвы и Российской Федерации- **2058 ЛПУ в регионах РФ используют методы нейрореабилитации.**

В мае 2011 года создана Всероссийская общественная организация «Национальная ассоциация нейрореабилитологов» (НАН). Руководство ассоциацией осуществляет Правление, в президиум которого входят известнейшие в России и за рубежом ученые. Президент ассоциации – академик РАО, профессор В.М.Шкловский, вице-президент ассоциации – академик РАМН, профессор Е.И.Гусев.

Вместе с тем, в России и других государствах сегодня остаётся целый ряд серьезных проблем, требующих решения: чем выше интенсивность и успехи в деле спасения жизни, тем сложнее процесс выхаживания и реабилитации больных [11,12,19,37,45,46]. Значительно

увеличилось количество больных молодого возраста. Инсульт занял первое место по тяжести последствий [6,20,21,37,45,46]. В раннем периоде заболевания формируются различные группы больных с легкими, умеренными или тяжелыми последствиями. Больные достаточно долго задерживаются в стационаре, где нет условий для осуществления междисциплинарной реабилитации, которую необходимо начинать в остром периоде заболевания. Только в условиях специального нейрореабилитационного учреждения (отделения) при достаточном кадровом обеспечении возможно проведение необходимой диагностики, программирования процесса лечения и нейрореабилитации, наблюдения за состоянием больных, а также определения прогноза на будущее [30,33]. Проблема прогноза крайне важна, так как позволяет наметить дифференцированные программы междисциплинарного процесса лечения и нейрореабилитации на разных этапах заболевания в соответствующих учреждениях специализированной службы [19,22]. Целесообразно центрировать внимание на тех больных, у которых можно ожидать положительную динамику состояния, вплоть до практического восстановления трудоспособности, планировать лечебную и восстановительную программу для дальнейшего направления его в то или иное подразделение нейрореабилитационной службы [11,12]. *Это позволит применять постепенно усложняющиеся программы [35], способствующие поэтапному восстановлению нарушенных двигательных и когнитивных функций: внимания, памяти, гнозиса, праксиса, речевой функции, являющейся важнейшим механизмом интеллектуальной деятельности, а также двигательных функций, навыков самообслуживания и т.д.*

Решение этих проблем может быть осуществлено при условии реорганизации ВУЗовской подготовки врачей разных специальностей, нейропсихологов, нейродефектологов, более того, организаторов здравоохранения, юристов, экономистов, без участия которых невозможно добиться нового современного уровня междисциплинарного лечения и нейрореабилитации. крайне тяжелой категории больных с очаговыми поражениями головного мозга и другими заболеваниями ЦНС.

Несмотря на то, что много лет тому назад обращено внимание на важность проблемы нарушений высших психических когнитивных функций, процесс организации подготовки кадров в ВУЗах специалистов нейрореабилитологов, нейродефектологов практически отсутствует [7]. Вузовская подготовка в медицинских и других университетах требует пересмотра и изменения программы, усиления контроля за качеством преподавания профессорско-преподавательского состава в ВУЗах на факультетах медицинской психологии и открытия в медицинских ВУЗах кафедр нейродефектологии.

Не уделяется внимание созданию таких моделей организации помощи, которые обеспечивали бы её разным категориям больных, нуждающихся в лечении и нейрореабилитации. Проблема требует понимания в обществе, активной позиции врачей, которые более чем кто-либо другой осведомлены

о тяжелом положении больных и их семей. Но самая главная и трудная задача — активное участие государства, его руководителей, организаций и административных органов в профессиональном решении вопросов профилактики, лечения и реабилитации данной категории больных, а также контроля за исполнением Постановлений правительством РФ и Приказов Министерства здравоохранения РФ. Это важно с экономической точки зрения, так как эти заболевания наносят громадный ущерб государству в любой стране, который заключается не только в истреблении населения трудоспособного возраста, но связан с грандиозными затратами, необходимыми для спасения жизни, лечения, выхаживания и реабилитации больных. Следует учитывать положение родственников, которые вынуждены во многих случаях оставить работу в связи с необходимостью ухода за инвалидом. Эти суммы исчисляются миллиардами долларов. Если бы какая-то доля из этих денег вкладывалась в развитие науки, лечение и организацию реабилитационного процесса, мы могли бы достигнуть значительных успехов в деле сохранения здоровья населения, в том числе и в детской популяции РФ.

Таким образом, существует целый ряд равнозначных по важности проблем, которые требуют анализа, с обязательным участием профессионалов, принятия неотложных решений, обязательного перераспределения ресурсов и реорганизации системы здравоохранения, а также рационального использования опыта уже существующих медицинских служб.

Литература:

1. Алферова В.В., Узбеков, М.Г., Лукьянюк Е.В., Шкловский В.М. и др. Некоторые аспекты нарушения метаболизма у больных, перенесших ишемический инсульт. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. Приложение «Инсульт», М 2008, 23: 23-27.
2. 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.
3. Гусев Е.И., Боголепов Н.Н., Бурд Г.С. Сосудистые заболевания головного мозга. М: 2 МОЛГМИ 1979; 142.
4. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Медицинская карта стационарного больного. М, 1990; 1-44.
5. 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.
6. Гусев Е.И. Ишемическая болезнь головного мозга. Актовая речь. Российский государственный медицинский университет, М 1992; 35.
7. Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Бурд Г.С. Неврология и нейрохирургия. М: Медицина; 2000; 645.
8. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. М: Медицина, 2001; 328.
9. Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В. Проблема инсульта в Российской Федерации: время активных совместных действий. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, М, 2007; 8: 4-10.
10. Гусев Е.И., Боголепова А.Н. Когнитивные нарушения при цереброваскулярных заболеваниях М: МЕДпресс-информ 2013; 160.
11. Кадыков А.С. Реабилитация после инсульта. М: Миклош 2003; 176.
12. Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шахпаронова Н.В. Реабилитация неврологических больных. – М: МЕДпресс–информ; 2008:554.
13. Коновалов А.Н., Лихтерман Л.Б., Потапов А.А. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме (в 3-х томах) М:Антидор 1998-2002; 1:553; 2:631; 3:631.
14. Коновалов А. Н. Черепно-мозговая травма как научная медицинская и социальная проблема. М., 1983.

- 15 Коновалов А.Н., Лихтерман Л.Б., Лившиц А.В., Ярцев В.В. Отраслевая научно-техническая программа «Травма центральной нервной системы» М., 1986.
16. Лихтерман Л.Б. Черепно-мозговая травма. М: 2003; 358.
- 17 Пёппель Э., Тернер Ф. Поэзия, мозг и время. Сб. Красота и мозг: биологические аспекты эстетики. М., 1995.
- 18 Скоромец А.А., Сорокоумов В.А., Камаева О.В. и соавт. Методические рекомендации по организации неврологической помощи больным с инсультами в Санкт–Петербурге. СПб.: Человек, 2002.
19. Сковрцова В.И. Клинический и нейрофизиологический мониторинг, метаболическая терапия в остром периоде церебрального ишемического инсульта. Автореф.дисс.докт.мед.наук. М 1993; 47.
20. Сковрцова В.И., Голухов Г.Н., Тутанцев Л.Л. и др. Ранняя реабилитация больных с инсультом. Методические рекомендации №44. М РУДН 2004; 39.
21. Сковрцова В.И., Шкловский В.М., Поляев Б.А. и др. Основы ранней реабилитации больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения. Методические рекомендации. М: Минздравсоцразвития РФ 2006; 23.
22. Советов А.Н. Восстановительные и компенсаторные процессы в центральной нервной системе. М: Медицина 1988; 144.
23. Хельсингборгская декларация о европейских стратегиях в отношении инсульта. Под ред.: Т. Kjellstrom, В. Norrving, А. Shatchkute, 2006; 28-29.
24. Цветкова Л. С. Введение в нейропсихологию и восстановительное обучение. М: МПСИ 2000; 148.
25. Цветкова Л. С. Нейропсихологическая реабилитация больных. 2-е издание, исправленное и дополненное. М: МПСИ; Воронеж: Модэк, 2004. – 424
26. 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.
27. Шкловский В.М. Реабилитация больных с афазией после мозговых инсультов и травм. Кн. Реабилитация больных с нервными и психическими заболеваниями. М 1972; 342-345.
28. Шкловский В.М. Реабилитация больных с нарушением речи после травмы мозга. Материалы Всероссийского съезда невропатологов и психиатров. Казань 1974; 92-94.
29. Шкловский В.М. Социально-психологический аспект реабилитации больных с афазиями. - Ж. Невропатология и психиатрия им. С.С. Корсакова, вып. №2, М 1982; 248-253.
30. 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.
31. Шкловский В.М. Современная концепция нейрореабилитации больных с очаговыми поражениями головного мозга. Сб. Актуальные вопросы медицинской нейрореабилитации., М 1996; 252-268.
32. Шкловский В.М., А.Р. Лурия и современная концепция нейрореабилитации: Международная конференция памяти А.Р. Лурия, 1-я: Сборник докладов. М 1998; 312-319.
33. Шкловский В.М., Шипкова К.М., Лукашевич И.П. Прогностические критерии восстановления речи у больных с последствиями ишемического инсульта // Журн. неврологии и психиатрии им. Корсакова- 1999 Т. 99, вып. П.: 13-16.
34. Шкловский В.М. Концепция нейрореабилитации больных с последствиями инсульта. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, М 2003; 8:10-23.
35. Шкловский В.М. Система организации нейрореабилитации больных с последствиями черепно-мозговой травмы. - Клиническое руководство. Черепно-мозговая травма, М 2003; 3: 543-556.
36. Шкловский В.М. Лечение и нейрореабилитация больных с последствиями очаговых поражений головного мозга - проблема нейропсихиатрии, Тезисы докладов на XIV съезде психиатров России, М; 15-18 ноября 2005; 427.
37. Шкловский В.М. «Организация специализированной нейрореабилитационной помощи больным с очаговыми поражениями головного мозга в результате инсульта, черепно-мозговой травмы и других заболеваний центральной нервной системы». Методическое письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 6 февраля 2006г. №504-РХ. Сборник «Методические документы по организации специализированной помощи больным с очаговыми поражениями головного мозга в результате инсульта, черепно-мозговой травмы и других заболеваний центральной нервной системы». М 2006; 67.

- 38 Шкловский В.М. Лечение и нейрореабилитация больных с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы – стратегическая задача здравоохранения, Российская конференция «Современные принципы терапии и реабилитации психически больных», 11-13 октября 2006; 280.
- 39 Шкловский В.М. Междисциплинарность - основополагающий принцип нейрореабилитации больных с последствиями инсульта, черепно-мозговых травм и других заболеваний ЦНС. Материалы общероссийской конференции «Взаимодействие специалистов в оказании помощи при психических расстройствах», М; 27-30 октября 2009; 127.
40. E.Poppel, P.Stoerig, N.Logothetis, W.Fries, K.P.Boergen, W.Ortel, J.Zihl: Plastisity and rigidity in the representation of the human visual field. *Experimental Brain Research* 68 (1987) 445-448
41. E.Poppel: Pre-semantically defined temporal windows for cognitive processing. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 364 (2009) 1887-1889
42. Shmidt E.V. Stroke as an emergency problem. Proceedings of a WHO meeting held in Tokyo 11-13 March 1974. Edited by S. Hatano, I. Shigematsu, T. Strasser, WORLD HEALTH ORGANIZATION, Geneva, 1976; 308-315.
43. Strasser T. The community approach to cardiovascular diseases. Proceedings of a WHO meeting held in Tokyo 11-13 March 1974. Edited by S. Hatano, I. Shigematsu, T. Strasser, WORLD HEALTH ORGANIZATION, Geneva, 1976; 108-112.
44. Strasser T. The uses of hypertension register. Proceedings of a WHO meeting held in Tokyo 11-13 March 1974. Edited by S. Hatano, I. Shigematsu, T. Strasser, WORLD HEALTH ORGANIZATION, Geneva, 1976; 113-116.
45. Toole J.F. Management of stroke in population. Proceedings of a WHO meeting held in Tokyo 11-13 March 1974. Edited by S. Hatano, I. Shigematsu, T. Strasser, WORLD HEALTH ORGANIZATION, Geneva, 1976; 233-239.
46. Weiss M. Rehabilitation of stroke patients in the community. Proceedings of a WHO meeting held in Tokyo 11-13 March 1974. Edited by S. Hatano, I. Shigematsu, T. Strasser, WORLD HEALTH ORGANIZATION, Geneva, 1976; 316-325.