



## Г.Е. ИВАНОВА: «Мы должны сделать все возможное, чтобы помочь людям, перенесшим инсульт, вернуться к нормальной жизни»

*Еще несколько лет назад острое нарушение кровообращения мозга так часто приводило к глубокой инвалидизации пациента, что диагноз «инсульт» и медиками, и родственниками больных воспринимался скорее как приговор. Однако в последнее время ситуация изменилась. Инсульт по-прежнему остается одной из сердечно-сосудистых катастроф, восстановление после которой требует и времени, и сил, но шансы на то, что по окончании комплекса реабилитационных мероприятий пациент будет как минимум способен к самообслуживанию, в последние годы увеличились многократно. О том, как изменился подход к ведению больных, перенесших инсульт, и каких результатов благодаря этому удалось достичь, мы спросили главного внештатного специалиста Минздравсоцразвития РФ по медицинской реабилитации, руководителя отдела медико-социальной реабилитации НИИ цереброваскулярной патологии и инсульта РНИМУ им. Н.И. Пирогова, д.м.н., профессора Галину Евгеньевну ИВАНОВУ.*



**– Галина Евгеньевна, прежде чем начать разговор о современных подходах к реабилитации пациентов, перенесших мозговую инсульт, давайте уделим немного внимания истории вопроса. Когда были сделаны первые попытки восстановления нарушенных в результате инсульта функций организма?**

– Первой попыткой реабилитации больных, перенесших инсульт, считается создание так называемых аппаратов Цандера – приспособлений для механотерапии. Появились они в 1857 г. в Швеции, стране, из которой к нам пришли многие реабилитационные методики, такие как, например, лечебная гимнастика. Созданные Густавом Цандером аппараты были предназначены для увеличения объема движений в конечностях. Их появление стало серьезным шагом вперед для восстановительной медицины, од-

нако определенные недостатки у аппаратов Цандера тоже были. Громоздкие блоковые тренажеры устанавливались в лечебницах, добраться до них могли пациенты, сохранившие основные моторные функции и способные передвигаться без посторонней помощи. Другими словами, аппараты Цандера могли помочь только больным с незначительными постинсультными функциональными нарушениями.

За полтора века, прошедшие с момента создания первых аппаратов для механотерапии, было разработано большое количество методов лечения инсульта, в том числе относящихся к восстановительной медицине. Сегодня комплекс реабилитационных мероприятий включает в себя не только механотерапию, но и различные инструментальные, мануальные и нейропсихологические методы: кинезотерапию, роботомеха-



## Актуальное интервью

нотерапию, терренотерапию, различные виды массажа, применение естественных и преформированных факторов природы, элементов спортивных упражнений, методов коррекционной педагогики и многие другие. Более того, говоря о реабилитации пациентов, перенесших мозговой инсульт, мы теперь ставим задачу восстановления не только двигательных, но и высших психических функций.

### – Сколько времени с момента инсульта должно пройти, чтобы пациент мог без вреда для здоровья приступить к реабилитационным мероприятиям?

– В систему реабилитационных мероприятий больной с инсультом попадает буквально с того момента, как за ним приехала «скорая». Пациента доставляют в стационар, где ему ставится диагноз (уточняется локализация и характер инсульта), проводятся первые экстренные мероприятия по стабилизации состояния и предупреждению распространения поражения мозга, после чего сразу же начинается процесс реабилитации.

Реабилитацией при церебральном инсульте занимается междисциплинарная бригада, состав которой прописан в порядке и стандартах оказания медицинской помощи данной категории пациентов. Врачи, входящие в бригаду, работают совместно, координируя свои усилия, однако в каждый момент времени приоритетным для больного является один-единственный специалист. Например, очевидно, что вне зависимости от тяжести состояния и течения заболевания пациент должен получать питательные вещества. Именно поэтому одним из первых с больным после инсульта начинает работать логопед. Он оценивает, способен ли пациент принимать пищу самостоятельно, или нарушения выражены так сильно, что без питания через зонд или капельницу не обойтись.

Следующим значимым этапом реабилитации является оценка позы пациента: очень важно, чтобы она была правильной, ведь в ней больной проводит большую часть суток. Для того чтобы помочь пациенту принять «лечебную позу», специалисты оценивают биомеханические параметры, затем, в первые 24–48 часов после инсульта, начинают роботизированную вертикализацию пациента. Благодаря этому удается, насколько возможно, сохранить регуляцию позно-тонической активности мышц ног и туловища, облегчить работу органов малого таза, сохранить реакцию системы кровообращения на изменение положения тела и в дальнейшем избежать рисков развития осложнений.

### – Раньше считалось, что больному после инсульта нуждается в полном покое.

– Действительно, в свое время пациентам, перенесшим инфаркты и инсульты, не разрешали шевелиться на протяжении 3 недель. За это время

у них развивались пролежни, начиналась пневмония и возникали другие проблемы, которые ошибочно принимались за последствия инсульта. Однако с внедрением во врачебную практику МРТ, когда появилась возможность в буквальном смысле слова заглянуть в головной мозг пациента, выяснилось, что многие патологические процессы, считавшиеся последствиями инсульта, на самом деле были результатами неправильного лечения, в частности того, что пациент «залеживался». Главная задача врачей, работающих с больным после инсульта, заключается в том, чтобы как можно раньше дать мозгу пациента понять – жизнь продолжается, и она ничуть не хуже, чем прежде.

### – Значит, больного, перенесшего инсульт, необходимо как можно раньше вовлекать в программу реабилитационных мероприятий?

– И да, и нет. Вследствие повреждения и некроза того или иного участка головного мозга у пациента будет наблюдаться выпадение определенных функций. Точно соотнести размер очага поражения и нарушение функций невозможно, так как нервная система обладает потрясающими компенсаторными возможностями. Однако от профессионализма реабилитологов напрямую зависит то, насколько эффективно удастся использовать эти резервы: если реабилитационная программа будет разработана правильно, то функциональные нарушения будут менее выражены, чем можно было бы ожидать, исходя из размеров некротизированной области. И наоборот, если поручить восстановление непрофессионалам, у пациента сформируются различные нарушения, уже не связанные напрямую с участком мозга, поврежденным в результате инсульта.

Например, больные с поражениями нервной системы, в частности перенесшие инсульт, нуждаются не в облегченном варианте обычной гимнастики, а в специальных лечебных мероприятиях, называемых прикладной рефлекторной кинезотерапией. Как известно, в результате инсульта страдает способность нервной системы адекватно реагировать на привычные раздражители. Поэтому пытаться взаимодействовать с мозгом пациента при помощи обычных движений «вправо-влево» бесполезно и даже вредно, нужны такие воздействия, которые будут «прочитаны» нервной системой, несмотря на болезнь. Если же вместо кинезотерапии использовать обычные гимнастические упражнения, это приведет к формированию патологической позы, которая, к сожалению, довольно часто встречается у больных с поражениями нервной системы. В современной кинезотерапии используются движения, воспринимаемые мозгом на бессознательном уровне. Многие ли вообще знают о существовании таких движений? К сожалению, даже не все

психиатрия



## Актуальное интервью

врачи имеют о них представление и уж тем более не используют их в ходе реабилитации пациентов. На Западе подготовка врача-кинезотерапевта занимает от 5 до 11 лет – это время необходимо, чтобы досконально изучить нейрофизиологию, разобрать этапы развития патологического процесса, научиться воздействовать на определенные точки с целью достижения определенных результатов. Это сложнейшая система рефлекторных упражнений, при помощи которых мы помогаем нашим пациентам восстановить двигательные функции. Однако необходимо помнить, что пациенты после инсульта очень быстро устают, у них легко наступает переутомление, поэтому нагрузка обязательно должна быть строго дозированной.

**– Может ли пациент, получающий медицинскую помощь по программе ОМС, рассчитывать на такую реабилитацию, о которой Вы рассказываете?**

– Да, благодаря открывающимся по всей России сосудистым центрам – учреждениям, созданным специально для того, чтобы оказывать высококвалифицированную высокотехнологичную помощь пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями в остром периоде течения заболевания. Я считаю, что в стране, где до 500 тысяч человек ежегодно заболевают инсультом, создание таких центров является просто необходимой мерой. На сегодняшний день сосудистые центры создаются из расчета 30 копек на 200 тысяч населения, что больше, чем, например, в США, где на те же 30 копек приходится не 200, а 250 тысяч человек. Благодаря введению федеральной программы, в рамках которой, в частности, и были созданы эти центры, инвалидизация пациентов, перенесших инсульт, в регионах, где программа уже запущена, снизилась в 2,5 раза. Раньше 90% людей, перенесших инсульт, увозили из клиник на колясках, они были обузой для государства, для родственников, да и для самих себя. Не имея возможности даже приготовить обед или дойти до туалета, эти люди недоумевали, а зачем их, собственно, было спасать. Теперь же 53% больных после инсульта покидают больницы на своих собственных ногах. Особенно важно, что этого результата нам удалось достичь при тех же профессиональных кадрах, что и раньше, изменив лишь определенные организационные моменты.

**– Что именно пришлось изменить, чтобы добиться таких впечатляющих результатов?**

– Наши врачи на протяжении долгого времени не имели возможности учиться. Посудите сами: заработная плата врача, работающего в обычной региональной больнице и дежурящего 8 раз в месяц, составляет около 6 тысяч рублей, в то время как стоимость одного тома медицинской литературы – не меньше 2,5 тысяч. Таким образом, даже самообра-

зование во многих случаях не представлялось возможным. Что касается курсов усовершенствования врачей, то минимальный сертификационный цикл, необходимый для получения удостоверения о повышении квалификации реабилитолога, длится 72 часа. Это две недели, которые доктор должен провести в Москве или Санкт-Петербурге, причем все это время он должен где-то жить и чем-то питаться. Сегодня у врачей появилась возможность повысить квалификацию полностью за счет государства. К тому же изменился подход к обучению: теперь доктора разных специальностей вместе изучают те проблемы, решать которые им также придется вместе. Это, вкупе с созданием сосудистых центров, и привело к тем результатам, о которых я говорила.

**– Что Вы можете сказать о профессиональных конгрессах, на которых так или иначе затрагивается тема реабилитации больных после мозгового инсульта?**

– Я хорошо помню, как после первого международного конгресса «Нейрореабилитация» изменился сам стиль профессионального взаимодействия. Врачи стали больше консультироваться с представителями смежных специальностей, потому что поняли, насколько сложны области, которые мы затрагиваем в ходе лечения пациента, перенесшего мозговой инсульт. Один специалист, пусть и высококвалифицированный, не может гарантировать пациенту максимальную эффективность лечебного процесса.

Кроме того, заседания на подобных ежегодных мероприятиях носят чисто прикладной характер, на обсуждение выносятся только те проблемы, с которыми врачам приходится сталкиваться в реальной клинической практике. Еще одним преимуществом таких конгрессов и конференций по сравнению с курсами, которые врачи в обязательном порядке должны проходить раз в пять лет, является своевременность и актуальность получаемой буквально «из первых рук» информации. Так, мы с моей коллегой д.м.н., профессором Л.В. СТАХОВСКОЙ недавно приняли участие в Балтийском медицинском конгрессе, который состоялся в Калининграде. Мы рассказали об уже отработанной технологии перехода на «новые рельсы». Калининградская область сейчас как раз вступает в сосудистую программу, это очень сложный и ответственный период для всего здравоохранения области. Очень хотелось бы изменить отношение самих врачей к больным, перенесшим мозговой инсульт. Это действительно тяжелый контингент, взаимодействовать с которым порой очень и очень сложно. Однако это не безнадежные больные, и мы, медики, должны сделать все возможное, чтобы помочь людям, перенесшим инсульт, вернуться к нормальной жизни. ✨

*Беседовала А. Лозовская*