

СЕГОДНЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА РАЗВИВАЕТСЯ РЕВОЛЮЦИОННЫМИ ТЕМПАМИ

Андрей Васильевич Кочетков — доктор медицинских наук, профессор, заместитель главного врача ФГУЗ «Центральная клиническая больница восстановительного лечения ФМБА России», заведующий кафедрой восстановительной медицины ФГОУ «Институт повышения квалификации ФМБА России».

— Центральная клиническая больница восстановительного лечения, в которой Вы являетесь заместителем главного врача по науке, относится к системе Федерального медико-биологического агентства — ФМБА России. Расскажите об этом Агентстве.

— ФМБА России подведомственно Минздравсоцразвития России. Оно образовано Указом Президента РФ № 1304 от 11 октября 2004 г. Основное содержание его работы — медико-санитарное обеспечение работников организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда. В работе Агентства очень сильны традиции, в том числе высокой степени ответственности перед прикрепленным контингентом. А это ни много ни мало — около 6,5 млн взрослого населения. Достаточно большая часть этого контингента — жители закрытых административных территориальных образований (ЗАТО). Эти города не каждый день фигурируют на страницах печати и, как Вы понимаете, условия труда там не самые простые. ЗАТО — достаточно крупные населенные пункты, поэтому наши пациенты — не только непосредственно сотрудники производств, но и члены их семей, дети, а также пенсионеры и инвалиды, ветераны отрасли. Всего же в структуре ФМБА России находится более сотни лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), различных по масштабу и решаемым задачам, но объединенных на структурно-функциональной основе в единую систему. Роль Агентства в государственной системе здравоохранения

постоянно возрастает. Например, после расформирования Росздрава такие важнейшие направления практического здравоохранения, как служба крови, санаторно-курортная помощь, медико-социальная экспертиза и пр., переданы ФМБА России.

— Когда направление восстановительной медицины стало самостоятельным у нас в стране?

— Это произошло недавно. Специальность «врач восстановительной медицины» официально утверждена в 2003 г. Соответственно как направление практического здравоохранения эта отрасль развивается последние пять лет. Восстановительная медицина состоит из двух больших, достаточно самостоятельных направлений. Первое из них — профилактическое. Вспомним первого наркома здравоохранения Советской России Н. А. Семашко. Он был одним из основоположников отечественного профилактического здравоохранения. В тяжелейшие годы Гражданской войны и после ее окончания благодаря усилиям Наркомздрава и самоотверженной работе врачей, медсестер и добровольцев удалось избежать значительных эпидемий, которые на протяжении всей истории страны неотвратимо следовали за войнами, голодом, значительными перемещениями групп населения и т. д.

Второе направление — медицинская реабилитация больных и инвалидов. Как единая система в структуре государственной службы здравоохранения она оформилась в странах Европы и Америки. Достижения в этой области пришли в нашу страну в 60–70-е годы XX века.

— Как формировалась реабилитационная отрасль здравоохранения?

— После окончания Первой мировой войны в европейских странах, принимавших участие в боевых действиях, оказалось несколько миллионов инвалидов. Помимо уже тогда существовавших домов инвалидов, обеспечивающих преимущественно уход и общественное «призрение» (синоним слова «присмотр») инвалидов и тяжелобольных, в Европе и Америке получили развитие представления о необходимости всесторонней медицинской и особенно психологической помощи «страдальцам». Было показано, что большинство этих людей можно возвращать к полноценной жизни. Более того, они могут быть активными членами социальной среды. Развитие этих представлений и привело к формированию концепции медико-социальной реабилитации. В годы Второй мировой войны и после нее это направление оформилось как часть государственной системы здравоохранения во всех крупных странах. При этом доминировал англосаксонский опыт (США, Великобритания, Канада, Австралия), эта школа и сегодня лидирует в данном направлении. Четко выстроенная система на принципе поэтапной реабилитации военнослужащих стала базисом для реабилитации и гражданских лиц.

— Как развивается служба восстановительной медицины и реабилитации в ФМБА России?

— Служба восстановительной медицины и реабилитации в нашей стране, в том числе в ФМБА России, сегодня стремительно развивается. За последние 5 лет в ЛПУ ФМБА России создано и находится в процессе формирования более 30 профильных отделений в стационарах. С момента создания в 1968 г. в структуре 3-го ГУ МЗ СССР и до сих пор ЦКБВЛ является флагманом реабилитационного направления в Агентстве. По уровню материально-технического обеспечения, внедрению новых отечественных и зарубежных высокотехнологичных диагностических и лечебно-реабилитационных методов мы соответствуем мировому уровню. Более того, в применении методов гипербарической оксигенации, в лазерных и ряде других технологий мы





для получения ВМП по программам нейрореабилитации. Нацпроект действует с 2006 г. В 2006–2007 гг. мы работали исключительно с лицами, перенесшими тяжелые, часто сочетанные травмы головного и спинного мозга и нейрохирургические операции по поводу этих травм, а также мальформаций, аневризм и опухолей головного и спинного мозга. Это наиболее тяжелый контингент с позиций нейрореабилитации. С 2008 г. проектом предусматривается оказание ВМП постинсультным больным. Это тоже тяжелые пациенты. Все вышеперечисленные категории имеют значительный неврологический, преимущественно двигательный, дефицит. Многие из них прикованы к постели или инвалидной коляске. Для них абсолютно необходимым условием является создание «доступной среды обитания». В нашем реабилитационном стационаре это условие соблюдается, как говорится, по умолчанию. Однако после возвращения из стационара домой оно на практике не соблюдается нигде — ни в столице, ни в глубинке. Нельзя сказать, что ничего не делается в этом направлении. Однако того, что делается, явно недостаточно.

— **Вы занимаетесь нейрореабилитацией, а какое определение реабилитации Вы бы предложили?**

— Таких определений много. Есть универсальное, устраивающее всех и рекомендуемое ВОЗ. Основная идея процесса реабилитации — максимально восстановить функциональную независимость пациента после перенесенной катастрофы: травмы, заболевания, тяжелой операции.

— **В какие сроки после травмы, инсульта возможно активное восстановление нарушенных функций, прежде всего функций нервной системы?**

— При почти всех травмах и заболеваниях центральной нервной системы (ЦНС) вычлняют ранний восстановительный период, который начинается сразу за острым периодом. При мозговом инсульте это сроки до 6 месяцев. Если в эти сжатые сроки не провести весь комплекс индивидуально подобранных реабилитационных мероприятий, то на максимально возможный уровень функционального восстановления ЦНС рассчитывать не приходится. Однако добиться высокого уровня индивидуального восстановления функций ЦНС — лишь часть задачи (с ней мы реально справляемся). Что дальше? После стационарного и санаторного этапов реабилитации больной с инвалидизирующим поражением ЦНС в соответствии с рекомендациями ВОЗ пожизненно находится на амбулаторном (домашнем) этапе. Но, к сожалению, у нас редко можно встретить современный амбулаторный реабилитационный центр. Что происходит? При отсутствии научно обоснованных методов в амбулаторной практике функциональный уровень восстановления закономерно снижается. В настоящее время вместо продолжения амбулаторной двигательной реабилитации мы вынуждены обучать больного и его родственников комплексам необходимых упражнений, помогать осваивать элементы массажа и т. п. В амбулаторных условиях такой пациент закономерно может получить лишь преемственную медикаментозную терапию.

В странах Евросоюза, США, Канаде, Японии почти 80% постинсультных больных проходят реабилитацию амбулаторно, что снижает ее себестоимость. Имеется четко рассчитанное количество больших и малых реабилитационных центров. Как правило, они многопрофильные, хорошо оснащенные, укомплектованные профессиональными инструкторами.

— **Давайте поговорим о пациентах, перенесших инсульт. Они очень нуждаются в реабилитации, поскольку степень инвалидизации высока: только 15–20% лиц, перенесших инсульт, возвращаются к своей прежней деятельности. А главное — таких пациентов очень много.**

— Инсульт — проблема для любой страны, для любой системы здравоохранения, а реабилитация постинсультных больных — немалая часть этой проблемы. Причин инвалидизации после инсульта много. При преобладающем и в мире, и у нас ишемическом инсульте эффективно проведенный по показаниям тромболизис (в первые 3 часа развития инсульта) в совокупности с нейропротекцией не только спасает жизнь, но и предотвращает инвалидизацию. В развитых странах более 20 лет



находимся на передовых рубежах. Например, разработанные на базе ЦКБВЛ методы применения лазерных и фотоматричных аппаратов, современных радоно-масляных концентратов позволяют эффективно решать проблемы боли и мышечно-тонических нарушений различной этиологии. Оригинальные способы реабилитации мы патентуем. Наши достижения обеспечили участие ЦКБВЛ в числе первых в реализации национального проекта «Здоровье».

— **Расскажите, пожалуйста, о пациентах, поступающих по квотам национального проекта «Здоровье» на оказание высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП).**

— Минздравсоцразвития России постоянно расширяет перечень нозологических форм и состояний больных, направляемых

для получения ВМП по программам нейрореабилитации. Нацпроект действует с 2006 г. В 2006–2007 гг. мы работали исключительно с лицами, перенесшими тяжелые, часто сочетанные травмы головного и спинного мозга и нейрохирургические операции по поводу этих травм, а также мальформаций, аневризм и опухолей головного и спинного мозга. Это наиболее тяжелый контингент с позиций нейрореабилитации. С 2008 г. проектом предусматривается оказание ВМП постинсультным больным. Это тоже тяжелые пациенты. Все вышеперечисленные категории имеют значительный неврологический, преимущественно двигательный, дефицит. Многие из них прикованы к постели или инвалидной коляске. Для них абсолютно необходимым условием является создание «доступной среды обитания». В нашем реабилитационном стационаре это условие соблюдается, как говорится, по умолчанию. Однако после возвращения из стационара домой оно на практике не соблюдается нигде — ни в столице, ни в глубинке. Нельзя сказать, что ничего не делается в этом направлении. Однако того, что делается, явно недостаточно.

— **Вы занимаетесь нейрореабилитацией, а какое определение реабилитации Вы бы предложили?**

— Таких определений много. Есть универсальное, устраивающее всех и рекомендуемое ВОЗ. Основная идея процесса реабилитации — максимально восстановить функциональную независимость пациента после перенесенной катастрофы: травмы, заболевания, тяжелой операции.

— **В какие сроки после травмы, инсульта возможно активное восстановление нарушенных функций, прежде всего функций нервной системы?**

— При почти всех травмах и заболеваниях центральной нервной системы (ЦНС) вычлняют ранний восстановительный период, который начинается сразу за острым периодом. При мозговом инсульте это сроки до 6 месяцев. Если в эти сжатые сроки не провести весь комплекс индивидуально подобранных реабилитационных мероприятий, то на максимально возможный уровень функционального восстановления ЦНС рассчитывать не приходится. Однако добиться высокого уровня индивидуального восстановления функций ЦНС — лишь часть задачи (с ней мы реально справляемся). Что дальше? После стационарного и санаторного этапов реабилитации больной с инвалидизирующим поражением ЦНС в соответствии с рекомендациями ВОЗ пожизненно находится на амбулаторном (домашнем) этапе. Но, к сожалению, у нас редко можно встретить современный амбулаторный реабилитационный центр. Что происходит? При отсутствии научно обоснованных методов в амбулаторной практике функциональный уровень восстановления закономерно снижается. В настоящее время вместо продолжения амбулаторной двигательной реабилитации мы вынуждены обучать больного и его родственников комплексам необходимых упражнений, помогать осваивать элементы массажа и т. п. В амбулаторных условиях такой пациент закономерно может получить лишь преемственную медикаментозную терапию.

В странах Евросоюза, США, Канаде, Японии почти 80% постинсультных больных проходят реабилитацию амбулаторно, что снижает ее себестоимость. Имеется четко рассчитанное количество больших и малых реабилитационных центров. Как правило, они многопрофильные, хорошо оснащенные, укомплектованные профессиональными инструкторами.

— **Давайте поговорим о пациентах, перенесших инсульт. Они очень нуждаются в реабилитации, поскольку степень инвалидизации высока: только 15–20% лиц, перенесших инсульт, возвращаются к своей прежней деятельности. А главное — таких пациентов очень много.**

— Инсульт — проблема для любой страны, для любой системы здравоохранения, а реабилитация постинсультных больных — немалая часть этой проблемы. Причин инвалидизации после инсульта много. При преобладающем и в мире, и у нас ишемическом инсульте эффективно проведенный по показаниям тромболизис (в первые 3 часа развития инсульта) в совокупности с нейропротекцией не только спасает жизнь, но и предотвращает инвалидизацию. В развитых странах более 20 лет

занимаются научно обоснованными, с позиций доказательной медицины, методами тромболизиса и нейропротекции в специализированных отделениях (stroke unit), в России в национальном масштабе — только последние 2–3 года. В системе Агентства создано уже несколько таких специализированных центров, куда поступают больные с острыми нарушениями мозгового кровообращения.

С учетом исключительной значимости проблемы инсульта в стране необходимо все население информировать о его первых признаках, более эффективно работать с целевыми группами, имеющими высокий риск его развития (артериальная гипертония, сахарный диабет и др.). Инсульт — апофеоз болезней, которые развивались годами. Поэтому главная работа по профилактике инвалидизации должна вестись в направлении предупреждения заболеваемости.

— Как на практике выглядит высокотехнологичная помощь в нейрореабилитации? Каким образом происходит научное и техническое развитие этого медицинского направления?

— Последние два десятилетия ознаменованы революционным прорывом в постижении процесса нейропластичности — способности нервной ткани функционально перестраиваться в ответ на повреждение. Это позволило внедрить в практику нейрореабилитации принципиально новые высокотехнологичные решения: системы, построенные на принципе БОС (биологической обратной связи); роботы-тренажеры, технологии прецизионного воздействия на головной мозг под МРТ-контролем и др. Изобилие классических и новых методов и лечебно-реабилитационных технологий создает проблему дефицита времени, решать которую нужно строго индивидуально и максимально эффективно. Для этого в рамках шестинедельного курса нейрореабилитации (по программе нацпроекта) нами применяются научно обоснованные предикторы функционального восстановления ЦНС.

Сокращению сроков достижения намеченного функционального уровня моторного восстановления способствует разработка индивидуальных программ реабилитации на принципах *комплементарности* и *потенцирования* эффектов фармакологического, физио- и кинезотерапевтического воздействий.

Говоря о ВМП, надо подчеркнуть: развитие нейрореабилитации в стране ведется преимущественно *экстенсивным* путем. Это в первую очередь внедрение новых и преимущественно дорогостоящих методов и технологий, без которых, разумеется, не обойтись. Мы в ЦКБВЛ сочетаем этот путь с *интенсивным* — повышением уровня и постоянным совершенствованием знаний врача и более широким участием медсестры в реабилитационном процессе, совершенствованием стандартов оказания медпомощи, внедрением научных методов оценки качества медпомощи и др. В понятие интенсивности входит и получение врачом и медсестрой смежных знаний и практических навыков.

— На базе ЦКБВЛ расположена кафедра восстановительной медицины Института повышения квалификации ФМБА России, которой Вы заведуете. Какой вклад вносит кафедра?

— На нашей базе ведется большая педагогическая и научно-исследовательская работа. Четверо из 12 сотрудников кафедры являются штатными сотрудниками ЦКБВЛ. Врачей, медсестер и инструкторов ЦКБВЛ постоянно обучаем, повышаем квалификацию, переподготавливаем. Это все звенья единого процесса. На нашей кафедре с 2004 г. прошли профессиональную переподготовку и повышение квалификации более 200 врачей восстановительной медицины, 2/3 которых — из ЛПУ ФМБА России. С 2008 г. работает клиническая ординатура по специальности «восстановительная медицина». Подготовлено более 100 медсестер по специальности «реабилитационное сестринское дело» для ЦКБВЛ и ЛПУ ФМБА России, что я считаю крайне важным нашим достижением.

За последние 3 года соискателями кафедры защищено 8 кандидатских диссертаций, из них 4 — диссертации сотрудников ЦКБВЛ; в различной стадии готовности находятся еще 12 работ. В отечественных и зарубежных специализированных журналах опубликовано более 100 статей. Выпущено 6 методических пособий для врачей системы лечебно-профилактических и санаторно-курортных учреждений ФМБА России. В 2009 г. получен патент РФ «Способ реабилитации больных с травмами спинного мозга» на комплексное применение функциональной программируемой электростимуляции во время занятий на тренажерах для восстановления походки. Этой разработкой очень интересуются зарубежные коллеги.

— Когда есть такая потрясающая база, нельзя не предоставлять возможность оздоровления своему персоналу. Практикуется ли это?

— Администрация в соответствии с коллективным договором реализует значительную медико-социальную программу в интересах наших сотрудников, которые это знают и ценят. Регулярно проводятся оздоровительные и лечебные мероприятия, диагностическими возможностями ЦКБВЛ на бюджетной основе могут воспользоваться сотрудники и члены их семей. Делается в этом плане *ad maximum*.

— С какими главными проблемами Вы сталкиваетесь сегодня в Вашей профессиональной деятельности и в чем Вы видите пути их решения?

— Несмотря на значительный прогресс в последние годы, государственная система оказания высококвалифицированной специализированной помощи по медицинской реабилитации далека от совершенства. Проблемы носят системный характер, как и в других отраслях экономики и социальной сферы, о чем недвусмысленно сказано в Послании Президента России Д. А. Медведева Федеральному Собранию от 12 ноября 2009 г.

Задачей ближайших лет, на мой взгляд, являются создание (строительство или реконструкция) сети крупных многопрофильных центров восстановительной медицины и реабилитации (стационаров), оснащенных современным диагностическим и лечебно-реабилитационным оборудованием, особенно в больших промышленных городах, и, конечно же, начало создания единой сети малых и больших многопрофильных амбулаторных реабилитационных центров в регионах.



Беседовала Ленченко Ю. А.