

ОРГАНИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К РЕАБИЛИТАЦИИ ТЯЖЕЛЫХ БОЛЬНЫХ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

ДИРЕКТОР
ФГБУ «НАУЧНО-
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ИНСТИТУТ НЕЙРОХИРУРГИИ
ИМЕНИ АКАДЕМИКА
Н.Н. БУРДЕНКО»
Александр Николаевич
Коновалов



ДИРЕКТОР
ФГБУ «ГОСПИТАЛЬ
ДЛЯ ИНКУРАБЕЛЬНЫХ
БОЛЬНЫХ –
НАУЧНЫЙ ЛЕЧЕБНО-
РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ
ЦЕНТР»
Андрей Вячеславович
Гречко



Нейрореабилитация – это самый сложный, патогенетически обоснованный процесс междисциплинарного комплексного лечения и проведения восстановительных мероприятий с обязательным применением методов медицинского, медико-психологического, медико-педагогического и медико-социального воздействия. В настоящее время нейрореабилитация представляет собой одно из важнейших и развивающихся направлений медицины. Развитие медицинской науки и практики в области лучевой и ультразвуковой диагностики, клеточных технологий, геной инженерии, информационных технологий, в области создания биоинженерных комплексов и технологий; переоценка и формирование новых подходов к трактовке ранее известных в науке и прак-

тике фактов; новые организационные возможности оказания высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи создали условия для развития соответствующих времени организационных, диагностических и терапевтических технологий медицинской реабилитации сложнейшего контингента пациентов, нуждающихся в нейрореабилитации.

Состояния после оперативных вмешательств на головном и спинном мозге по поводу опухолей, различной сосудистой патологии, нарушений ликвороциркуляции, последствий тяжелой черепно-мозговой травмы, отклонений в развитии центральной нервной системы (ЦНС) и т.д. – далеко не полный перечень сложнейших для организации процесса восстановления функций организма состояний. В связи с большой частотой возникновения особую группу представляют пациенты с геморрагическим и ишемическим инсультом и тяжелой черепно-мозговой травмой.

Частота черепно-мозговой травмы (ЧМТ) составляет 4,5 на 1 тыс. населения с приростом до 2% ежегодно. Специализированную медицинскую помощь в условиях стационара ежегодно получают более 80 тыс. пациентов с ЧМТ. Летальность при ЧМТ составляет 5–10%, а при наиболее тяжелых формах достигает 41–85%. Частота инсульта в различных регионах России колеблется от 460 до 560 случаев на 100 тыс. человек. Только в Москве ежегодно регистрируют до 36 тыс. инсультов, в Санкт-Петербурге – 12 тыс. в год. В структуре инсультов ишемические повреждения составляют 70–80%, кровоизлияние в мозг – 20–25%, субарахноидальные кровоизлияния – до 5%. Более трети больных (35%) погибают в первые 3–4 недели после инсульта.

Использование современных (новейших) технологий в медицине привело к расширению показаний к оперативным вмешательствам и спасению пациентов, которые ранее были обречены на гибель. При этом количество пациентов с длительной искусственной вентиляцией легких (ИВЛ) и низким уровнем сознания, требующих особых, отличных от традиционных подходов

к лечению и восстановлению функций, соответственно, увеличилось. Недостаточность научной, методической и лечебной базы для этой отрасли медицины, подготовленных кадров приводит к неоправданно высоким затратам медицинских организаций на ведение подобных пациентов, высокой летальности и значительной инвалидизации среди них. Чрезмерная загруженность отделений нейрореанимации, специализированных профильных отделений блокирует проведение высокотехнологичных оперативных вмешательств, уменьшает объемы возможной помощи нуждающимся пациентам. При такой организационной модели оказания помощи пациентам с заболеваниями и повреждениями ЦНС высокие затраты на оказание помощи в специализированном стационаре не уменьшают, а увеличивают расходы на дальнейшее ведение пациента, связанные с необходимостью постоянной заботы о таком пациенте на протяжении всего времени его дожития.

Больные с заболеваниями ЦНС требуют особых мультидисциплинарных подходов к лечению, при эффективной реализации которых можно получить не только значительно лучший исход заболевания, но и существенный экономический эффект. Реанимационные отделения не приспособлены для длительного пребывания больных, а значит, проведение реабилитационных мероприятий (восстановление самостоятельного дыхания, когнитивных и двигательных функций) откладывается на неопределенный срок. Указанные больные находятся как бы в разрыве лечебно-технологического процесса. С одной стороны, по большинству признаков (стабильная центральная и церебральная гемодинамика, отсутствие дислокационных нарушений, отсутствие выраженных нарушений гомеостаза и т.д.) эти больные не являются реанимационными; с другой – из-за низкого уровня сознания больных, необходимости поддерживать ИВЛ невозможен их перевод в клинические отделения для проведения традиционных реабилитационных мероприятий. Вследствие этого, находясь вне сферы основных интересов как реаниматологов, так и реабилитологов, больные не получают полноценного, методологически выверенного лечения, в результате чего существенно снижается надежда на благоприятный исход заболевания.

Недостаточно квалифицированная реабилитационная помощь ведет к вторичным осложнениям в виде снижения вентиляции, нарушений трофики, развития воспалительных процессов, нарушений мышечного тонуса и изменений в опорно-двигательном аппарате, нарушений регуляции кровообращения и т.д., то есть к синдрому «после интенсивной терапии» (ПИТ-синдрому, PICS), что оказывает огромное влияние на исход.

При оценке состояния пациентов с длительной ИВЛ и низким уровнем сознания установлено, что течение заболевания в первую очередь связано с локализацией и распространенностью патологического процесса в головном мозге. В клинической картине у подобных пациентов преобладает общемозговая симптоматика вне зависимости от причин заболевания (геморрагический и ишемический инсульты, состояние после опера-

ций по поводу удаления опухолей головного мозга, после тяжелой черепно-мозговой травмы и т.д.).

Длительно лежащие в реанимационном отделении пациенты особенно подвержены вторичным воспалительным (инфекционным) осложнениям, что может приводить к контаминации (переносу инфекции) на окружающих больных. Самое простое решение этого вопроса – создание отделений реанимации для длительно лежащих больных. Однако такой подход не способствует решению комплекса задач в лечении данной категории пациентов. Здесь требуется совершенно новая структура, в которой вопросы реанимации (интенсивной терапии) и реабилитации решаются комплексно и совместно с коллективом специалистов на основе создания индивидуальных программ. В этой связи метод организации реабилитационного процесса по принципу мультидисциплинарной команды (реаниматологи, реабилитологи, хирурги, неврологи и т.д.) представляется наиболее перспективным. Использование этого метода позволяет выделить первостепенные задачи, в то же время не упуская из виду проблемы второго плана, организовать работу с больным наиболее рационально с учетом индивидуальных особенностей как самого пациента, так и патологического процесса, точно дозировать нагрузки, адекватно воспринимаемые больным.

Современная медицинская реабилитация является неотъемлемой частью комплексного лечения больных с тяжелыми заболеваниями и повреждениями центральной нервной системы и в значительной степени обеспечивает благоприятный исход. Раннее начало терапии (первые 24–48 часов от развития заболевания, или повреждения, или оперативного вмешательства), всесторонняя диагностика последовавших за повреждением нарушений функций пациента, направленность реабилитационного процесса на максимально возможное восстановление или компенсацию функций обуславливают выбор наиболее эффективного минимума из широчайшего мультидисциплинарного набора оборудования и высокоинтеллектуальной диагностической и терапевтической техники, методов реабилитационного воздействия, методов контроля и анализа эффективности проведенных мероприятий.

Различают несколько этапов реабилитации. Первый – стационарный, его задачей является вовлечение в реабилитационный процесс всех имеющих реабилитационный потенциал пациентов, которым оказана специализированная или высокотехнологичная медицинская помощь; второй – стационарный, задачей которого является оказание помощи пациентам, имеющим реабилитационный потенциал, но в связи с тяжестью клинического состояния не успевшим восстановиться до возможности самостоятельно перемещаться и осуществлять самообслуживание; и третий этап – для пациентов, имеющих реабилитационный потенциал, полностью независимых в повседневной жизни при осуществлении самообслуживания, перемещении и общении. Третий этап медицинской реабилитации осуществляется в амбулаторно-поликлинических медицинских организациях или поликлинических отделениях реабилитационных цент-



ров, в санаторно-курортных условиях, выездными бригадами или дистанционно (с помощью информационных технологий) на дому. Лица, не имеющие реабилитационного потенциала, получают паллиативную медицинскую помощь или помощь по уходу, то есть отдельные услуги по медицинской реабилитации из соответствующего классификатора. При незначительных повреждениях или заболеваниях с минимальным снижением или утратой функций ЦНС пациенты могут направляться на медицинскую реабилитацию с первого этапа сразу на третий. Наиболее сложным вопросом являются определение реабилитационного потенциала и последующий прогноз восстановления функций, определяющие эффективность всех последующих действий.

Подобная модель требует переосмысления подходов к реабилитационному процессу у больных с острой патологией ЦНС, в первую очередь у пациентов после перенесенных нейрохирургических операций, с тяжелой ЧМТ и церебральным инсультом. Теоретически обосновано и практически доказано, что методы реабилитации должны применяться в наиболее ранний период после перенесенного оперативного вмешательства на головном мозге или после инсульта и ЧМП, что в значительной степени определяет успех дальнейшего реабилитационного лечения. Начатые на самых ранних этапах болезни, даже без активного участия пациента мероприятия по моделированию естественных в нормальных условиях функций (вертикальное положение, дыхание, поддержание гомеостаза при стимуляции, естественные отправления, восприятие, движение и др.) позволяют предупредить возникновение многих осложнений и изменить состояние пациентов с низким уровнем сознания.

Учитывая накопленный опыт работы с подобными пациентами, можно сформулировать основные задачи и последовательность их решения:

1. Оптимизация реанимационных протоколов (седации, миорелаксации, коррекции водно-электролитных, трофических, гемодинамических нарушений, других нарушений кислородтранспортной системы, коррекции боли, воспаления и др.).
2. Нутритивная и фармакологическая поддержка пациента при выполнении реабилитационных мероприятий.
3. Ранняя вертикализация под непрерывным мониторингом основных функций.
4. Оценка реабилитационного потенциала и рисков проведения реабилитационных мероприятий.
5. Формирование индивидуальной реабилитационной программы (эффективный минимум) и инструментов контроля эффективности и безопасности ее осуществления.
6. Выполнение реабилитационной программы (разнообразная сенсорная стимуляция, обязательно завершающаяся реализацией стимулируемых функций с активностью, соответствующей клиническому состоянию пациента) при условии контролируемой реакции организма пациента на производимую стимуляцию (дыхание, питание, выделение, движе-

ние, поддержание позы, внимание, память, мышление, речь, восприятие, общение).

7. Оценка эффективности терапии и своевременная маршрутизация пациента в специализированные подразделения медицинских организаций для профильной медицинской реабилитации, оказания своевременной паллиативной помощи или помощи по уходу.

Решение всех этих задач возможно только при наличии соответствующих площадей, диагностического и терапевтического оборудования, при комплексном мультидисциплинарном подходе и безусловном лидерстве профильных специалистов – реаниматолога и клинициста, при заинтересованном участии специалистов по медицинской реабилитации: врача по лечебной физкультуре и спортивной медицине, физиотерапевта, логопеда, нейропсихолога, медицинского психолога, психиатра, эрготерапевта, медицинских сестер, социальных работников и др., а также при обязательном участии родственников пациента или ухаживающих лиц.

Для таких социально значимых задач по восстановлению пациентов после тяжелой ЧМТ, сосудистых заболеваний, после оперативного лечения на головном мозге создается федеральный научный лечебно-реабилитационный центр (НЛРЦ).

НЛРЦ является федеральным учреждением, оказывающим услуги по лечению и медицинской реабилитации на стационарном и амбулаторно-поликлиническом этапах реабилитации с использованием самых последних достижений в области нейронаук гражданам Российской Федерации. Особой задачей НЛРЦ является научно обоснованная и методически выверенная лечебно-реабилитационная помощь больным с низким уровнем сознания, находящимся на ИВЛ.

В структуре НЛРЦ предусмотрены два отделения респираторной реабилитации, отделение мониторингового наблюдения, блок для больных в вегетативном состоянии, стационарное и амбулаторное отделения нейрореабилитации, оснащенные современным оборудованием для нейрореабилитации, дающим возможность применять современные технологии проведения реабилитационных мероприятий и аудита эффективности, а также техническими средствами реабилитации. Диагностическая база представлена отделениями электрофизиологии, микробиологии, лучевой, функциональной диагностики, клинической и биохимической лабораториями, лабораториями биомеханики и нейропсихологии.

НЛРЦ будет осуществлять научную работу по диагностике структурных и функциональных повреждений головного мозга; разработке принципов и методов восстановления самостоятельного дыхания; изучению эффективности методов двигательной и когнитивной реабилитации; прогнозированию течения и исходов заболеваний; определению реабилитационного потенциала и многим другим направлениям.

В сферу деятельности НЛРЦ войдет учебно-методическая работа, включающая создание материалов (пособий, руководств, стандартов, протоколов и т.д.);



выступления на конференциях, симпозиумах, съездах; организацию обучающих курсов, выездных циклов подготовки специалистов; координацию учебно-методической работы среди заинтересованных организаций по проблемам восстановления самостоятельного дыхания, вегетативных состояний в Москве и регионах России.

Достижение замкнутого цикла реабилитационного лечения будет актуально не только для больных с заболеваниями и повреждениями головного мозга, черепно-мозговой травмой мирного времени, но и для

пострадавших в результате боевых действий и чрезвычайных ситуаций.

Таким образом, с открытием НЛРЦ в Российской Федерации будет создана новая система лечения и реабилитации наиболее тяжелого контингента больных с поражением мозга, что существенно улучшит их восстановление и качество жизни, будет способствовать оптимизации работы нейрохирургических стационаров в России, поднимет на новый уровень оказание помощи пациентам.

СТАТЬЯ ПОДГОТОВЛЕНА ПРИ УЧАСТИИ:
ГЛАВНОГО СПЕЦИАЛИСТА МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
Г.Е. Ивановой

ГЛАВНОГО РЕАНИМАТОЛОГА
ФГБУ «ГОСПИТАЛЬ ДЛЯ ИНКУРАБЕЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ –
НАУЧНЫЙ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР» РАМН
А.Л. Парфёнова