ZU_2013_Nevro_2.qxd 05.07.2013 15:52 Page 10

Реабилитация и медико-социальная экспертиза при заболеваниях нервной системы: потребности и реалии сегодняшнего дня

28-29 марта в Киеве состоялся конгресс «Всеукраинский форум нейрореабилитации и медико-социальной экспертизы». Столь представительный форум, целиком посвященный вопросам реабилитации при неврологической патологии, проводится в Украине впервые. Его организаторами выступили Всеукраинская общественная организация «Украинская ассоциация по борьбе с инсультом» и ГУ «Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности МЗ Украины» (г. Днепропетровск). Конгресс собрал около 500 участников из разных областей нашей страны, а также ближнего и дальнего зарубежья. Клиническим и организационным опытом в сфере оказания реабилитационной помощи при инсульте и других заболеваниях нервной системы делились ученые-клиницисты из России, Беларуси, Эстонии, Австрии, Румынии, Израиля, Великобритании, Нидерландов. Предлагаем вниманию читателей краткое изложение некоторых выступлений украинских и зарубежных участников.

Открывая первое пленарное заседание, **директор ГУ «Украинский государственный НИИ медико-социальных проблем инвалидности МЗ Украины», доктор медицинских наук, профессор Анатолий Владимирович Ипатов** привел данные об эпидемиологии инвалидности по причине неврологических заболеваний в Украине, а также напомнил правовую базу и основные положения о медико-социальной экспертизе. Понятие «инвалид» в формате украинского законодательства неразрывно связано с функционированием системы медико-социальных экспертных комиссий (МСЭК), в которых работает около 1500 врачей-экспертов. Работа МСЭК, а также реабилитационного звена системы здравоохранения регулируется Законом Украины «Про реабілітацію інвалідів в Україні» от 06.10.2005 г. Согласно постановлению Кабинета Министров Украины от 3.12.2009 г. № 1317 «Питання медико-соціальної експертизи» МСЭК проводят освидетельствование лиц, которые обращаются по направлению лечебных учреждений после осуществления диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при наличии данных о необратимости нарушений функций организма, обусловленных заболеваниями, последствиями травм и вызывающих ограничения жизнедеятельности. Таким образом, ключевым критерием инвалидности является ограничение жизнедеятельности. Это понятие в мире за последние десятилетия претерпело серьезную эволюцию. По современному украинскому законодательству под ограничением жизнедеятельности следует понимать полную или частичную потерю человеком способности к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, общению, ориентации, контролю над своим поведением.

При проведении МСЭК неврологических больных врачи-эксперты часто испытывают трудности, связанные с определением степени ограничения жизнедеятельности, причинно-следственной связи нарушений неврологических функций с профессиональной деятельностью больных, влиянием вредных производственных факторов. О сложности принятия адекватных экспертных решений свидетельствует тот факт, что ежегодно в НИИ медико-социальных проблем инвалидности по направлениям региональных МСЭК обследуется около 900 больных неврологического профиля.

В структуре неврологических причин инвалидности в Украине стабильно лидируют цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ), в частности мозговой инсульт и дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ). Анализ статистики исходов инсульта выявил некоторые несоответствия мировым данным. Судя по показателям 2009 г., в нашей стране явно недооценивается процент инвалидизации по причине инсульта: 7,8 против 25% в мире. Очевидно, значительная часть постинсультных больных с инвалидизирующими ограничениями жизнедеятельности просто не попадают в поле зрения МСЭК. Характерным для отечественной неврологии остается высокий удельный вес ДЭ в структуре цереброваскулярных причин первичной инвалидности – в среднем 28% по Украине за 2012 г.

Из года в год растет показатель первичной инвалидности по причине рассеянного склероза. Как известно, это заболевание поражает в основном лиц молодого трудоспособного возраста, нанося большой социально-экономический ущерб, несмотря на гораздо меньшие по сравнению с ЦВЗ показатели заболеваемости и распространенности.

Неравномерная динамика показателей заболеваемости и первичной инвалидности по причине болезни Паркинсона (со значительными различиями между регионами и колебаниями из года в год) свидетельствует о проблемах с диагностикой и статистическим учетом этого заболевания в нашей стране.

Несмотря на высокую актуальность проблемы черепно-мозговой травмы (ЧМТ), в Украине не существует официальной статистики инвалидности вследствие этой нозологии. Тем не менее сбор и анализ этой информации проводится НИИ медико-социальных проблем инвалидности с 2007 г. По нашим данным, за период с 2007 по 2012 год отмечается снижение первичной инвалидности по причине ЧМТ. Высоким остается процент первичной инвалидности вследствие сотрясений головного мозга: до 40% в структуре первичной инвалидности от всех ЧМТ. Парадокс заключается в самой возможности установления инвалидности по причине сотрясения мозга при утвержденных критериях судебно-медицинской экспертизы, согласно которым этот вид травмы может служить основанием только для установления телесных повреждений легкой степени, которые не влекут за собой стойких нарушений здоровья и трудоспособности. В 2013 г. совместно с Институтом нейрохирургии и Украинским бюро судебно-медицинской экспертизы планируется выпустить методические рекомендации по проведению МСЭК у пациентов с ЧМТ и их последствиями, в которых будет урегулирован и вопрос экспертизы при сотрясениях головного мозга.

Главный внештатный специалист МЗ Украины по специальности «неврология», руководитель отдела сосудистой патологии головного мозга ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», доктор медицинских наук, профессор Тамара Сергеевна Мищенко осветила проблемные вопросы реабилитации лиц с неврологической патологией в Украине.

– По статистике МЗ Украины, в 2012 г. в стране зарегистрировано 4,89 млн лиц с неврологической патологией, из них 3,17 млн с различными формами ЦВЗ и 1,72 млн – с другими заболеваниями нервной системы. Как и во всем мире, неврологические заболевания, особенно инсульт и его последствия, имеют большой удельный вес среди причин смертности (15%) и инвалидности. Востребованность реабилитационного этапа помощи растет вместе с ростом распространенности неврологических заболеваний у лиц трудоспособного возраста. Стойкая тенденция к «омоложению» неврологической патологии, особенно ЦВЗ, отмечается с 2000 г.

По состоянию на 2012 г. специализированную помощь населению оказывают 4850 врачей-неврологов. Обеспеченность неврологическими койками – одна из самых высоких в мире: 5,9 на 10 тыс. населения (для сравнения: в среднем 0,36 – в мире и 1,71 – в Европе). Проблема не в коечном фонде, а в его рациональном использовании. В стране еще очень мало специализированных, в том числе реабилитационных отделений поликлиник и стационаров, где может быть оказана помощь после инсульта, нейротравм, а также пациентам с прогрессирующими заболеваниями, такими как рассеянный склероз, болезнь Паркинсона, нейромышечные дистрофии. Во многих областных центрах Украины функционируют реабилитационные отделения, но они не отвечают современным европейским требованиям к площади помещений, оборудованию и комплектации мультидисциплинарной бригады профильными специалистами. Специализированные санатории рассчитаны на пациентов с легким неврологическим дефицитом, а для лиц с тяжелыми последствиями инсульта возможности медицинской и социальной реабилитации практически отсутствуют.

О проблеме нейрореабилитации в Украине заговорили относительно недавно. Большую работу по развитию этого направления проводят Украинская ассоциация по борьбе с инсультом, Научно-практическое общество неврологов, психиатров и наркологов Украины, НИИ медико-социальных проблем инвалидности, которые совместно с Министерством здравоохранения Украины разрабатывают нормативно-правовую базу медицинской реабилитации, инициируют и проводят образовательные семинары и тематические форумы для специалистов здравоохранения, включая и этот конгресс.

Приказом МЗ Украины № 602 от 3.08.2012 г. утвержден унифицированный клинический протокол оказания медицинской помощи при ишемическом инсульте (ИИ). Четвертый раздел протокола отвечает на вопросы: где, когда, как и кто проводит реабилитационные мероприятия у пациентов, перенесших ИИ. Это официальное руководство к действию для всех медицинских работников, вовлеченных в процесс реабилитации. В настоящее время готовится протокол по геморрагическому инсульту, в котором также регламентируются вопросы реабилитации.

Дискуссионной остается роль нейропротекции в реабилитационном периоде. В европейских и американских клинических руководствах, которые послужили прототипами и для создания отечественного протокола медицинской помощи при ИИ, отношение к медикаментозной нейропротекции однозначно: в связи с отсутствием убедительных доказательств эффективности применять ее не рекомендуется.

В 140 РКИ, проведенных с 1955 по 2010 год, участвовали 25 тыс. пациентов, изучалось 70 потенциальных нейропротекторов, но ни в одном не было получено положительных результатов. Однако при всестороннем анализе исследований обнаруживаются их недостатки, такие как включение пациентов в разные периоды от начала инсульта, с разной тяжестью неврологического дефицита. Разнородность групп больных не дает возможности получить статистически достоверные результаты. Так, в широко обсуждаемом многоцентровом исследовании Церебролизина у пациентов с инсультом в странах Азии CASTA (Cerebrolysin Acute Stroke Trial Asia) не было получено статистически значимых преимуществ исследуемого препарата перед плацебо в общей популяции больных. У большинства участников исследования инсульт был легким или средней

ZU_2013_Nevro_2.qxd 05.07.2013 15:52 Page 11

тяжести. Такие пациенты, как правило, хорошо восстанавливаются даже без дополнительных вмешательств. Наблюдается так называемый «эффект потолка», при котором невозможно продемонстрировать значительное улучшение за счет применения дополнительных методов терапии. Однако при проведении субанализа по тяжести инсульта отмечался положительный эффект Церебролизина на исход заболевания в самой тяжелой подгруппе больных с оценкой тяжести инсульта по шкале NIHSS >12 баллов в виде повышения выживаемости на 9,7% ($p<0,05$) и положительного влияния на исход заболевания.

Многие зарубежные эксперты в области неврологии и нейрореабилитации продолжают считать, что нейропротекция является перспективным направлением и нуждается в дальнейшем изучении. «С учетом сложности патофизиологических каскадов при ИИ в будущем основной терапевтической стратегией, по-видимому, будет мультимодальный подход, нацеленный на ряд ключевых механизмов. Хорошими кандидатами для подобных стратегий являются средства с трофическими и регенераторными эффектами» (A. Rogalewski, A. Shneider et al., Stroke, 2006).

Главный специалист Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по медицинской реабилитации, генеральный секретарь Российской ассоциации спортивной медицины и реабилитации больных и инвалидов, доктор медицинских наук, профессор Галина Евгеньевна Иванова поделилась опытом организации системы реабилитации постинсультных больных в РФ.

– В РФ с 2008 по 2012 год осуществлялась федеральная программа усовершенствования помощи больным с ЦВЗ, в рамках которой в каждом субъекте страны было организовано минимум четыре (в некоторых субъектах до 16) нейрососудистых центра по модели 30 специализированных коек для оказания помощи при инсульте на 200 тыс. населения. В этой системе, помимо усовершенствования всех этапов помощи в остром периоде инсульта, впервые предусмотрена реабилитация больных, которая начинается с первых суток заболевания в палатах интенсивной терапии (нейрореанимации). Нейрососудистые центры открываются как отдельные структуры по образу европейских stroke unit и обязательно включают реабилитационные отделения. «Из нейрореанимации в нейрореабилитацию» – оптимальная модель организации помощи, которая была принята на основе опыта развитых стран. В декабре 2012 г. министром здравоохранения РФ утвержден Порядок организации медицинской реабилитации, в феврале 2013 г. он принят Министерством юстиции как закон, обязательный для исполнения во всех 83 субъектах РФ.

При организации реабилитационных отделений приходится сталкиваться с массой проблем. Катастрофически не хватает квалифицированных кадров. В штатном расписании отделения для лечения инсульта на 30 коек, помимо врачей-неврологов с подготовкой по нейрореанимации (4,75 ставки) и неврологов (2 ставки), предусмотрены терапевт (0,5 ставки), врач функциональной диагностики (1 ставка), врачи ЛФК (2 ставки), инструкторы ЛФК (2 ставки), физиотерапевт (1 ставка), рефлексотерапевт (0,5 ставки), психиатр (0,5 ставки), нейропсихологи-логопеды (2 ставки), клинические психологи (2 ставки), а также средний медицинский персонал.

Очень сложно организовать специализированную помощь на базе старых клиник, они не отвечают современным требованиям к перечню и площади помещений для отделения нейрореабилитации. Такое отделение должно располагать залами эрготерапии, кинезиотерапии, трудотерапии, арт-терапии, кабинетами массажа, логопеда, психолога, когнитивного тренинга, ординаторской для всей мультидисциплинарной бригады отделения и другими помещениями. Норматив площади отделения на одну реабилитационную койку в мире – 17 м^2. Это огромные расходы, но полноценная реабилитация позволяет сэкономить намного больше средств на дальнейшем уходе за инвалидами, что хорошо понимают в развитых странах. В России принят норматив 10 м^2, но пока выполнить его на практике очень трудно, как и оснастить помещения необходимым оборудованием. Нами уже пройдена половина пути, и нужно двигаться дальше, чтобы работать по мировым стандартам.

Основные направления реабилитационных мероприятий (начиная с реанимационного отделения) – это стимуляция процессов нейропластичности, сенсорное выравнивание (сенсорная стимуляция или депривация), восстановление этапного управления функциями и формирование у пациента адекватного активного отношения к развивающимся осложнениям и своей роли в них. Нейропротекторы незаменимы в обеспечении адекватного восстановления активности и нарушенных функций. Инсульт – энергодефицитное состояние, которое приводит к глубоким нарушениям функционирования нейронов, причем у пожилых больных это происходит на фоне сопутствующих соматических заболеваний. Без нейропротекции специалисты мультидисциплинарной бригады не смогут в полной мере реализовать возможности эрготерапии, лечебной физкультуры, когнитивного тренинга и других подходов. Учитывая проблему полипрагмазии, для медикаментозной поддержки реабилитационного процесса необходимо выбирать препараты с мультимодальным действием, такие как нейропептиды и их аналоги. В этой группе лидирующие позиции занимает Церебролизин. В клинических исследованиях, проведенных в России В.И. Скворцовой с соавт., наблюдался дозозависимый эффект функционального восстановления больных при назначении Церебролизина в дозах 10 и 50 мл/сут. Минимальной эффективной дозой у пациентов с инсультом считается 30 мл/сут. За рубежом в настоящее время проводятся новые исследования, которые дадут ответы на многие вопросы клинического применения этого препарата.

В заключение следует отметить, что эффективность реабилитации должна оцениваться по четким числовым критериям. За год работы в некоторых субъектах РФ внедренная модель нейрореабилитации снижала количество случаев выхода на инвалидность в 3 раза.

Лекцию на тему «Концепция развития сосудистой деменции» прочел авторитетный **специалист в области изучения когнитивных нарушений, профессор Амос Корчин (медицинский факультет им. Саклера Тель-Авивского университета, Израиль)**.

– Распространенность дементирующих заболеваний вследствие увеличения средней продолжительности жизни человека и изобилия в развитых странах приобретает характер эпидемии. Деменция является одной из главных причин социальной дезадаптации и инвалидизации в пожилом возрасте. В настоящее время под сосудистой деменцией понимают когнитивные нарушения от легкой до тяжелой степени выраженности, вызванные предположительно ишемией или кровоизлияниями в головной мозг. Отдельные случаи не обязательно объединены общей этиологией и механизмом развития. Морфологической основой развития сосудистой деменции могут быть множественные лакунарные инфаркты мозга, микрогеморрагии, инсульт в стратегически важных областях мозга, подкорковая атеросклеротическая энцефалопатия (болезнь Бинсвангера), генетически детерминированные синдромы (CADASIL). Механизмы сосудистых повреждений мозга – кровоизлияние, тромбоз, вазоспазм, снижение перфузии, нарушения реологических свойств крови. В этиологии сосудистой деменции выделяют группу «гипер»-факторов риска – это общеизвестные факторы риска сердечно-сосудистой патологии (в том числе инсульта): гипертензия, гиперлипидемия, гипергликемия, гипергомоцистеинемия. К ним также можно причислить хроническое воспаление и эндотелиальную дисфункцию.

Сосудистая деменция считается второй по распространенности причиной когнитивных нарушений после болезни Альцгеймера, но точные данные отсутствуют, поскольку определение этой патологии неточное и не разработано четких критериев разграничения сосудистой деменции и деменции альцгеймеровского типа. Более того, почти все деменции можно считать смешанными. Об общности сосудистой деменции и болезни Альцгеймера свидетельствуют следующие факты:

– по клиническому течению некоторые случаи сосудистой деменции схожи с болезнью Альцгеймера;

– при патоморфологическом исследовании мозга умерших пациентов с болезнью Альцгеймера часто выявляются признаки сосудистой патологии;

– сосудистые факторы риска также являются факторами риска болезни Альцгеймера;

– холиномиметики, которые используются для лечения болезни Альцгеймера, также эффективны при сосудистой деменции.

Разграничение сосудистой деменции и болезни Альцгеймера, являясь концептуально правильным, на практике неприменимо и непродуктивно, поскольку их объединяют общие факторы риска, феноменология, развитие и подходы к лечению. Основу симптоматической терапии попрежнему составляют холиномиметики. С учетом роли сосудистых факторов риска в качестве средств, которые потенциально могут предотвращать развитие деменции, исследуются гипотензивные препараты, статины, НПВП, фолиевая кислота и витамин B_{12}, антиоксиданты, эстрогены. Но все еще неизвестно, какие препараты, в каких сочетаниях, дозах и когда следует назначать для профилактики развития сосудистой деменции. Важную роль играет изменение стиля жизни: отказ от курения, контроль массы тела, рациональное питание, поддержание физической и умственной активности.

Таким образом, большинство деменций имеют смешанный патогенез с участием сосудистых и нейродегенеративных факторов. Факторы риска деменции – это в основном сосудистые факторы риска, коррекция которых возможна и доступна.

Заведующий кафедрой неврологии Университета медицины и фармации «Iuliu Hatieganu» (Клуш-Напока, Румыния), профессор Дафин Ф. Мурешану представил современную концепцию медикаментозного воздействия на процессы нейропластичности в нейрореабилитации.

– Естественные возможности восстановления после острого повреждения ЦНС базируются на четырех фундаментальных биологических процессах, которые обеспечивают защиту и репарацию нервной ткани – нейротрофике, нейропротекции, нейропластичности и нейрогенезе. Комбинация различных биоактивных молекул (трофических факторов, интерлейкинов и др.), модулирующих эти процессы, оказывает более выраженный эффект на восстановление функций, чем каждый их этих факторов в отдельности. Это явление синергизма отчасти объясняет тот факт, что ни в одном из клинических исследований потенциальных нейропротекторов с каким-либо одним направлением действия (например, только нейропротекция или только стимуляция нейропластичности) не было получено положительных результатов. В то же время исследования препаратов со сложным составом и мультимодальным действием демонстрируют обнадеживающие результаты.

Церебролизин – единственный из применяемых на практике препаратов естественного происхождения, содержащий активные фрагменты важнейших нейротрофических факторов, таких как GDNF, CNTF, IGF1, IGF2 и другие биоактивные молекулы, точный состав которых продолжает изучаться. Это препарат мультимодального действия, который можно применять и как нейропротектор в остром периоде инсульта, и в качестве стимулятора естественных механизмов восстановления при курсовом назначении в рамках долгосрочной стратегии ведения постинсультных больных. Церебролизин проявляет свойства нейропротектора в остром периоде инсульта посредством модуляции патологических каскадов эксайтотоксичности, воспаления, апоптоза, окислительного стресса. В восстановительном периоде препарат стимулирует длительно действующие эндогенные восстановительные процессы за счет действия нейротрофических молекул, стимуляции спраутинга и синаптогенеза (механизмов нейропластичности), а также нейрогенеза.

Лектор представил дизайн и результаты многоцентрового рандомизированного плацебо-контролируемого двойного слепого исследования II фазы CARS (Cerebrolysin and Recovery after Stroke), в котором трехнедельная терапия Церебролизином в дозе 30 мл/сут впервые продемонстрировала достоверное положительное влияние на функциональные исходы ИИ в раннем восстановительном периоде. В период до 90 дней от начала инсульта Церебролизин достоверно улучшал моторные функции руки на стороне гемипареза, которые оценивались по шкале ARAT.

Исходя из обнадеживающих результатов CARS, было спланировано новое многоцентровое рандомизированное исследование CAPTAIN (Cerebrolysin Asian Pacific Trial in Acute Brain Injury and Neurorecovery). Это исследование по изучению эффектов Церебролизина при травмах головного мозга вскоре начнется в Австралии, странах Азии и Океании. Протокол исследования предусматривает, помимо назначения препарата в остром периоде, несколько повторных курсов лечения в восстановительном периоде.

Таким образом, фармакологическая поддержка является важной составляющей реабилитационного процесса при повреждениях головного мозга вследствие инсульта, травмы и других причин и должна осуществляться как в остром, так и в восстановительном периодах. Наиболее обоснованна на сегодняшний день стратегия с использованием препаратов мультимодального действия, которые улучшают и закрепляют результаты немедикаментозных методов нейрореабилитации.

К сожалению, ограниченный объем публикации не позволяет осветить все выступления, прозвучавшие за два дня работы форума. Встреча предоставила уникальную возможность для профессионального общения и обмена опытом между специалистами ведущих научных и лечебных учреждений, поиска новых решений для клинической практики и актуальных направлений для дальнейших научных исследований.

Подготовил ***Дмитрий Молчанов***
Фото автора