

Значение опыта учреждений Кремлевской медицины в решении научно-методических и практических проблем современной клинической реабилитологии

А.И. Романов¹, С.Б. Шевченко²

¹ФГБУ «Центр реабилитации» УД Президента РФ, Московская область,

²Главное медицинское управление УД Президента РФ

Совершенствование научно-методических основ и практических подходов в сфере клинической реабилитологии в настоящее время является актуальной задачей. На основании анализа исторического опыта развития данного направления медицины, изучения фундаментальных принципов реабилитологии как научного направления, оценки результатов работы лечебно-профилактических учреждений системы Кремлевской медицины и зарубежных клиник обоснована необходимость внедрения современных медицинских и информационных технологий, оптимизации организационной структуры ЛПУ, укрепления сотрудничества с ведущими научными центрами, модернизации системы подготовки кадров.

Ключевые слова: реабилитация, клиническая реабилитология, Кремлевская медицина, научно-методические основы, этапная система, управление лечебно-профилактическими учреждениями.

Currently, the perfection of scientific and methodological background and practical work in clinical rehabilitology is an actual task. Analyses of historic development of this field of medicine, studies of fundamental rehabilitation principles as a scientific direction as well as the assessment of effectiveness of curative and rehabilitative institutions in the system of "kremlin medicine" and in foreign clinics have urged the authors to conclude the following: it is necessary to implement modern medical and information technologies, to optimize the structure of medical institutions, to modernize the system of staff training.

Key words: rehabilitation, clinical rehabilitology, kremlin medicine, scientific and methodological background, staged system, management of curative-prophylactic institutions.

Клиническая реабилитология, пройдя определенный период становления, достаточно прочно утвердилась в медицине XXI столетия. Во многом это объясняется комплексностью данного научно-практического направления, затрагивающего как медицинскую, так и социально-психологическую сферу. При этом важно подчеркнуть отход врачебного сообщества от узкого понимания смысла реабилитации как ряда дополнительных мер, главным образом физиотерапевтического характера, в дополнение к основному блоку чисто лечебных мероприятий, что нашло свое выражение в крайне неудачном термине «долечивание». Сейчас все большее число медиков рассматривает реабилитацию как сущность самого лечебного процесса с соблюдением принципа этапности и преемственности оказания медицинской помощи. В подобном случае полностью утрачивается отношение к реабилитации как к неопределенному понятию.

Такому пониманию места современной клинической реабилитологии в целом способствовал весь ход прогресса медицины, причем начиная с классического периода ее формирования — XIX века. Отсюда берет начало пироговская концепция этапного оказания медицинской помощи, получившая дальнейшее развитие при возникновении массовых травматических эпидемий периода войн истекшего столетия (Е.И. Смирнов). Эти исходные принципы отечественной медицины были взяты на вооружение в особенности кремлевскими лечебно-профилактическими учреждениями, что привело в последней четверти XX века к созданию эталонной медицины в системе 4-го Главного управления Минздрава СССР (Е.И. Чазов).

Причем оказалось, что данная методология стала наиболее благоприятной для создания реабилитационного направления [11].

Поэтому исторически сложилось, что вопросы клинической реабилитологии как в научном, так и в практическом плане наиболее полно были проработаны в ЛПУ Кремлевской медицины. Нельзя сказать, что накопленный опыт был уделом узкого круга специалистов указанной системы — всем профессионалам он был доступен и по публикациям, и по устному общению. Однако контакты между специалистами стали более обширными и плодотворными в последние 20 лет, особенно в рамках постоянно проводимых в Центре реабилитации УД Президента РФ международных конференций по реабилитологии (их состоялось семь, не считая многочисленных симпозиумов, семинаров, круглых столов, школ). Автор неоднократно выступал на этих конференциях с докладами по вопросам теории, методологии и практики медицинской реабилитации [9, 10].

Важными этапами в формировании клинической реабилитологии стали состоявшиеся в Москве VII Международная конференция по реабилитологии (2011) и Международный конгресс «Реабилитология и санаторно-курортное лечение» (2012). Они привлекли к участию большое число клиницистов, заинтересованных в развитии практических аспектов реабилитологии, а также представителей фундаментальной науки из академических учреждений, сообщивших о достижениях в области геномных и постгеномных технологий (в том числе создания персонализированной медицины), биочиповой диагностики, применения стволовых клеток и т.д.

Внимание специалистов и общественности к проблемам реабилитологии обусловлено не только общим поступательным, эволюционным развитием медицинских знаний, но и теми вызовами, которые бросает человечеству новый цивилизационный виток. Прежде всего речь идет о таких факторах, как омоложение и рост числа больных с инсультом [3, 5, 13, 14], беспрецедентное увеличение травм в ДТП с последующей инвалидизацией, сверхсмертность работающего населения (особенно мужчин), врожденная и экологически обусловленная патология, тотальное постарение человеческой популяции в глобальном масштабе и т.д. В этих условиях возрастает груз ответственности здоровых лиц по уходу и реабилитации.

В контексте перечисленных проблем, а также широко обсуждаемого сейчас вопроса о повышении качества жизни нашего населения, сохранении и приумножении человеческого «капитала» или «фактора» (о чем говорится и в Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 г. – «Стратегии–2020») реабилитологии, на наш взгляд, отводится значимое место. В связи с этим встает проблема поиска оптимальных путей развития данного перспективного направления. Есть предложения о полном реформировании, без учета прошлого опыта. Однако нам более созвучны слова В.В. Путина, сказанные на юбилейных мероприятиях в Саранске в 2012 г.: «Сегодня нужны качественно новые подходы. Ничего механически из прошлого применять нельзя, невозможно и контрпродуктивно. Но все позитивное мы должны учитывать и иметь в виду».

В связи с этим коллектив Центра реабилитации УДП РФ, обладающий уникальным практическим опытом и серьезным научно-методическим потенциалом, ставит перед собой задачу существенного повышения качества медицинской помощи за счет внедрения новых технологий и прогрессивных организационных подходов к управлению лечебно-диагностическим процессом, т.е. речь идет о совершенствовании традиционных методик наряду с внедрением новых методов лечения, создании наиболее комфортной среды взаимодействия в системе «пациент–врач». Именно здесь требуется взвешенность и продуманность всех нововведений, а тем более реформаторских решений.

Как всегда, мы стараемся удерживать себя в рамках гармонического сочетания теории (науки и образования), методологии и практики. Такой подход показал свою эффективность. Голая эмпирика, практицизм – это, как правило, тупиковый путь. Без науки дорога реабилитации лежит только к фитнесу или спа-процедурам (или в лучшем случае – сеансам магнитотерапии). Есть у Н.И. Пирогова замечательная фраза, текст которой выбит на его памятнике на Большой Пироговской улице в Москве: «Отделить учебное от научного в университете нельзя. Но на-

учное и без учебного все-таки светит и греет, а учебное без научного – как бы ни была приманчива его внешность – только блещит» (здесь, правда, говорится о сопоставлении ученого и преподавателя, но смысл уместен в контексте «наука–практика»).

В вопросах теории мы руководствуемся как лучшими зарубежными разработками [16–19], так и отечественными доктринами классического и современного плана [1, 2, 4, 6, 7, 15]. Среди них преобладают взгляды на реабилитацию как на адаптацию организма к новым условиям – в случае болезни – на действие патологического(их) фактора(ов), т.е. речь идет о компенсаторно-восстановительных процессах. Очевидно, не зря зарубежные специалисты применительно к реабилитации употребляют термин «реадаптация».

Имеет определенное отношение к вопросам теории и терминологический аспект. Специалистам известна эпопея 1990–2000-х годов с термином «восстановительная медицина» и его пагубным влиянием на содержательные процессы в отечественной медицине и здравоохранении (путаница со специальностями ВАК и лечебными). Приказом Минздрава России № 94 от 09.02.2011 г. словосочетание «восстановительная медицина» было исключено из перечня основных специальностей: «Неврология», «Педиатрия», «Терапия» и др. [8]. Тем не менее спустя 2 года автор термина «восстановительная медицина» пытается на страницах «Медгазеты» вновь реанимировать его. При этом в качестве выхода из положения предлагает новое словосочетание «восстановительная медицина и медицинская реабилитация» [12]. Не хотелось бы вступать в полемику, но лишь приведу слова акад. РАМН Ю.П. Лисицына, сказанные им во время III Международной конференции по реабилитологии в 2000 г., когда возник спор, как надо говорить – реабилитация или восстановительная медицина: «Так это два рукава одной рубашки!».

В отношении методологии реабилитации приняты следующие концептуальные подходы:

- реабилитационная необходимость,
- реабилитационная способность,
- реабилитационный прогноз.

Центр реабилитации УДП РФ располагает собственными методическими разработками, в частности классификацией реабилитационных программ: полная – от 16–18 до 21–24 дней; интенсивная – до 7 дней; щадящая – без ограничения срока. Имеются и другие предложения: например, реализация «ускоренных» программ, что актуально в спорте высших достижений или для лиц интенсивного труда. В Центре реабилитации разработаны собственные методические рекомендации для ведения на реабилитационном этапе пациентов с распространенной патологией, такой как инсульт, ишемическая болезнь сердца, расстройства сна (синдром обструктивного апноэ сна, инсомнии), метаболический синдром, диабет 2-го типа, ожирение и др. Также широко ис-

пользуются методические рекомендации, предложенные сотрудниками других учреждений системы Главного медицинского управления УДП РФ и ряда ведущих НИИ и клиник, в том числе Российского кардиологического научно-производственного комплекса, Научного центра неврологии РАМН, НИИ питания РАМН, Клиники им. Е.М. Тареева Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова и др. Применяются методы оценки реабилитационного потенциала с составлением прогностических программ.

Мы должны помнить, что реабилитология как наука образовалась еще в СССР на стыке трех отраслей: медицинской, педагогической и социальной и весьма успешно развивалась. Распад СССР и связанные с этим процессы негативно сказались на системе здравоохранения в целом, в том числе и на Кремлевской медицине. Потребовались большие усилия на всех уровнях для исправления допущенных в переходный период ошибок и обеспечения жизнедеятельности и развития системы Кремлевской медицины в новых экономических реалиях.

К настоящему времени удалось сформулировать общую унитарную доктрину Кремлевской медицины, сводящуюся в основном к персонифицированной лечебно-профилактической помощи, являющейся ключевой на всех этапах ведения пациента. В концепции развития нашей системы клинической реабилитации как квинтэссенции медицины отводится исключительно важное место, ибо она проводится по всей цепочке: поликлиника – стационар – Центр реабилитации – санаторий – поликлиника и направлена на повышение качества жизни и prolongation творческого профессионального долголетия наших пациентов.

Главными принципами персонифицированной лечебно-профилактической помощи являются:

- ориентация на качество жизни пациента, индивидуальный подход и активная работа не только с пациентом, но и с членами его семьи;
- работа многопрофильной профессиональной команды в лечении пациента;
- раннее начало необходимой реабилитационной программы;
- динамический мониторинг показателей здоровья;
- профилактическая направленность.

При этом появились следующие проблемы. Ныне применение типовых схем клинической реабилитации перестало приносить желаемый позитивный эффект. И это не случайно. Известно, что в состав мультидисциплинарной команды входят только специалисты основных клинических дисциплин и полностью игнорируются лабораторная служба, служба речевой терапии, педагоги, работники социальной сферы и т.д.

Выявился и еще один аспект, на первый взгляд, не имеющий отношения к обсуждаемой проблеме.

Среда нашего обитания резко и быстро меняется: в воздухе, воде, пище резко увеличивается количество вредных веществ. Мы даже не успеваем понять, оценить и приспособиться к этим изменениям – ни врачи, ни пациенты. У врачей отсутствует профессиональная система знаний о роли внешней среды и ее влиянии на здоровье человека. На эту проблему следует обратить самое пристальное внимание, иначе рост заболеваний сердечно-сосудистой системы, рака, диабета, ожирения будет увеличиваться в геометрической прогрессии, а эффективность реабилитационных процессов резко снизится.

Становится совершенно очевидным, что надо воссоздать институт главных специалистов системы УД Президента РФ. Руководителям крупнейших научных медицинских центров надо вернуть их статус и влияние как ведущих экспертов-профессионалов в системе управления здравоохранением, в определении основных направлений развития отрасли. Сейчас складывается понимание того, что необходимо тесное профессиональное взаимодействие руководителей федеральных научно-медицинских центров и руководителей системы здравоохранения страны.

Назрел и даже перезрел вопрос выделения специальности «Клиническая реабилитология» как отдельного направления подготовки специалистов. Зададимся простым вопросом: кто должен быть лечащим врачом пациента: врач по направлению той или иной нозологии, владеющий основами реабилитологии? Но что тогда принять за основу реабилитологии? Ответ очевиден: постдипломное повышение квалификации сейчас даже не предусматривает такой специальности и, естественно, обучение по ней не проводится. Как уже отмечалось, то, что было сделано по линии так называемой «восстановительной медицины», куда свалили в одну кучу ряд специальностей, причем не самых нужных, дало только отрицательный эффект в развитии реабилитологии и как следствие отрицательно сказалось на возможности эффективной и профессиональной работы с пациентами.

На наш взгляд, с инициативой решения данной проблемы может выступить Главное медицинское управление Управления делами Президента Российской Федерации путем организации кафедры реабилитологии с целью создания интегрированной системы профессиональной подготовки. Причем необходимо параллельно закрепить на законодательном уровне введение специальности клиническая или медицинская реабилитология в медицинских вузах. Следующим шагом в этом направлении должно быть введение специальности по реабилитологии среднего медицинского персонала; при этом мы должны определить, чему его учить и кто его должен учить, помня о разделении реабилитационных мероприятий не только по этапам, но и по учреждениям (поликлиника – стационар – Центр реабилитации – санаторий – поликлиника). На каждом этапе реби-

литации и тем более в разных медицинских учреждениях имеются свои особенности, которые необходимо учитывать при подготовке специалистов.

Для понимания широты проблемы я только упомяну этапы медицинской реабилитации:

- острый – лечение в отделении интенсивной терапии или реанимации;
- ранний восстановительный этап – лечение в реабилитационном центре или реабилитационной больнице;
- отдаленный – лечение в санаторно-курортном учреждении, учреждении по уходу.

Следовательно, речь идет о многоуровневой подготовке специалистов. И главное – нужен современный учебно-научный или организационно-методический центр по реабилитологии, расположенный на базе ЛПУ, который взял бы на себя вышеуказанные функции, а также координацию взаимодействия с другими центрами и отделениями по реабилитологии.

Нам кажется, причина подхода «и все и везде» кроется в нашей привычке выстраивать дискретные линии или последовательные изолированные цепи: «поликлиника – стационар – Центр реабилитации – санаторий». Между тем этапность подразумевает закольцованность этой воображаемой линии. В данном случае всегда реализуется автономный принцип регуляции системы. Это азы теории систем в случае самоорганизации. При регуляции извне нужна соответствующая управляющая структура, корректирующая такой системный процесс. Но вот что интересно: если разорвать кольцо по двум уровням «поликлиника и санаторий», то на краях окажется там и тут дом. То есть идея стационара на дому здесь сама собой напрашивается, и такое звено может и должно быть встроено в кольцо. Вообще-то, спрямлять или разрывать круг условно можно, но только как идеальную (не реальную) схему.

По-видимому, в решение этой проблемы должны быть вовлечены не только медицинские, но и социальные, педагогические сообщества. Объединение их профессиональных подходов создаст необходимую научно-практическую базу для ведения пациентов на каждом этапе реабилитационного процесса, с учетом типа учреждения лечебно-профилактического и санаторно-курортного профиля. При этом всегда следует помнить, что «хозяин положения» не врач, а пациент. Врач должен лишь направить силу воли пациента в нужном направлении – на выздоровление, а членов его семьи – на помощь и поддержку. Тогда уровень качества жизни больного не будет зависеть от болезни. Следует еще раз сказать, что созрела проблема разработки семейно ориентированных и стационар замещающих технологий с включением в лечебный процесс элементов виртуальной реальности (при нарушении жизненно важных функций).

Недопонимание этих вопросов и соответственно следование ложным концепциям и пренебрежение

к отечественным наработкам является, по нашему мнению, одной из главных причин отмеченного с 1990-х годов «бегства» российских специалистов и пациентов за рубеж.

Ключевым моментом возвращения в социум пациентов, перенесших тяжелые заболевания, является качественный состав мультидисциплинарной команды. И в этом плане мне хотелось бы дать сравнительную характеристику двух мультидисциплинарных команд: ФГБУ «Центр реабилитации» УДП РФ и больницы Левинштейн – реабилитационный центр, Израиль (данные Юлия Трегера, 2011).

Кочная мощность ФГБУ «Центр реабилитации» 325 коек, больницы Левинштейн 300 коек. Плановое число койко-дней 90 000 и 80 000 соответственно.

В перечень специалистов команды реабилитологов Центра реабилитации УДП РФ входят: заведующий отделением (организатор здравоохранения), лечащий врач-реабилитолог, физиотерапевт, врач ЛФК, диетолог, психолог, психотерапевт, врач-консультант, логопед, медицинские сестры параклинического и клинического отделений.

В число штатных специалистов-реабилитологов израильской больницы, помимо медицинских работников, включены: социальный работник, трудотерапевты, специалисты речевой терапии (логопеды), ортопеды, гидротерапевты, сексопатологи, учителя, спортивные врачи, специалисты нетрадиционной медицины.

Штат больницы Левинштейн – реабилитационного центра на 300 коек: 47 врачей-клиницистов, в том числе 30 реабилитологов, 100 врачей смежных специальностей, 150 медицинских сестер, 50 физиотерапевтов, 16 специалистов речевой терапии, 23 психолога, 15 социальных работников, 15 учителей специального обучения, 70 человек вспомогательного персонала.

Думаю, что в данном случае комментарии излишни.

В последний год штатное расписание ФГБУ «Центр реабилитации» и особенно мультидисциплинарные команды резко изменились в сторону увеличения специалистов социально значимого профиля. В результате этого исходы лечения по ряду нозологических форм резко изменились. Например, введение в штат только 5 специалистов речевой терапии позволило полностью избежать аспирационных пневмоний у больных с инсультом. Стала возможной организация телемедицинской консультативной помощи – при привлечении к реабилитационному процессу инженеров. Более широким стал охват физиопроцедурами, непосредственно действующими на центральную нервную систему, появилась возможность применения новых технологий в урологии, гинекологии, гастроэнтерологии.

Нужно всегда помнить об академизации реабилитологии. Наука и еще раз наука – эта та «палочка-выручалочка», которой нам не хватает в настоящее

время. В Центре реабилитации УДП РФ 17 врачей защитили диссертации на соискание ученых степеней кандидата или доктора медицинских наук на материалах Центра. Совместные разработки с ФБУН «Федеральный научный центр гигиены им. Ф.Ф. Эрисмана» (руководитель – акад. РАМН А.И. Потапов) в области влияния внешней среды, с ГНЦ РФ – Институт медико-биологических проблем РАН (руководитель – акад. РАН и РАМН А.И. Григорьев) – в области использования в здравоохранении космических технологий позволили создать и внедрить необходимое оборудование для лечения больных с инсультом или перенесших автодорожную катастрофу и т.д. Более того, впервые в России академиком А.И. Григорьевым применен метод «виртуальная реальность» в лечении больных при грубых нарушениях витальных функций. Благодаря ФГБУ «НИИ питания РАМН» (руководитель – акад. РАМН В.А. Тутельян) проведено обучение персонала Центра реабилитации энтеральному и парентеральному питанию больных, перенесших инсульт.

Таким образом, в заключение следует сказать о том, что в историческом плане понятие реабилитации эволюционировало от смысла «дополнительное», «физическое» лечение к осознанию его значения как всестороннего, внутреннего содержания медицины, самого врачевания в полном понимании этого слова.

Литература

1. Григорьев А.И. Значение вариантов нормы для общей патологии / В Сб.: *Материалы V Международной конференции по реабилитологии*. Москва, 6–8 декабря 2004 г. / Под ред. А.И. Романова. – М.: Златограф, 2005. – С. 7–9.
2. Григорьев А.И., Баевский Р.М. Концепция здоровья и проблема нормы в космической медицине. – М.: Слово, 2001. – 96 с.
3. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. – М.: Медицина, 2001. – 327 с.
4. Давыдовский И.В. Общая патология человека. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1969. – 612 с.
5. Кадыков А.С. Реабилитация после инсульта. – М.: Миклош, 2003. – 176 с.
6. Мухин Н.А. Избранные лекции по внутренним болезням. – М.: Литтерия, 2006. – 240 с.
7. Покровский В.И. Место реабилитации в современной медицине / В Сб.: *Материалы V Международной конферен-*

ции по реабилитологии. Москва, 6–8 декабря 2004 г. / Под ред. А.И. Романова. – М.: Златограф, 2005. – С. 25–31.

8. Приказ Минздравсоцразвития России от 09 февраля 2011 г. № 94н «О внесении изменений в номенклатуру специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации» (Зарегистрировано в Минюсте РФ 16.03.2011 № 20144).

9. Романов А.И. Предмет и содержание клинической реабилитологии / В Сб.: *Материалы V Международной конференции по реабилитологии*. Москва, 6–8 декабря 2004 г. / Под ред. А.И. Романова. – М.: Златограф, 2005. – С. 31–38.

10. Романов А.И. Принципы медицинской реабилитологии в системе учреждений кремлевской медицины / В Сб.: *Материалы VII Международной конференции по реабилитологии*. Москва, 27–28 октября 2011 г. / Под ред. А.И. Романова. – М.: АМАЛДАНИК, 2012. – С. 180–187.

11. Романов А.И. Центр реабилитации Управления делами Президента РФ: прошлое, настоящее, будущее (к 60-летию со дня основания) // *Кремлевская медицина*. – 2006. – № 2. – С. 44–48.

12. Румянцев А.Н. На запасном пути. Восстановительная медицина готова к выходу из тупиковой ситуации, в которой оказалась в годы смуты и кризиса. Интервью // *МГ*. – 8.2.2013. – № 10. – С. 7.

13. Скворцова В.И., Голухов Г.Н., Тутанцев Л.Л. и др. Ранняя реабилитация больных с инсультом. Методические рекомендации № 44. – М.: Изд-во РУДН, 2003. – 39 с.

14. Суслина З.А., Варакин Ю.Я., Верецагин Н.В. Сосудистые заболевания головного мозга. Эпидемиология. Патогенетические механизмы. Профилактика. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 356 с.

15. Чазов Е.И. Болезни сердца и сосудов. В 4 т. – М.: Медицина, 1992. – Т. 1, 496 с.; Т. 2, 512 с.; Т. 3, 448 с.; Т. 4, 448 с.

16. Barnes M.P., Ward A.B. *Textbook of rehabilitation medicine*. – Oxford University Press, 2000. – 391 p.

17. *Delisa's Physical Medicine and Rehabilitation: Principles and Practice. Two Volume Set. 5th ed.* – Lippincott Williams & Wilkins, 2010. – 2432 p.

18. *Rehabilitation Medicine*. Goodgold J. (Ed.). – St. Louis: The C.V. Mosby Co, 1988. – XV, 988 p.

19. *White Book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe* // *J. Rehab. Med.* – 2007. – Suppl. 45. – P. 6–47.