

Недавно в Москве побывал профессор Фолькер Гёмберг (Volker Hoemberg, Германия) – один из основателей и генеральный секретарь Всемирной федерации нейрореабилитации и Европейской федерации нейрореабилитации, бывший президент Немецкого общества неврологической реабилитации, создатель и руководитель 7 центров нейрореабилитации. Он посетил Центр патологии речи и нейрореабилитации и НИИ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко РАМН, где выступил с лекциями о доказательной реабилитации и нейропластичности, а также поделился планами по строительству центра нейрореабилитации на острове Кипр, рассчитанного на больных из стран Ближнего Востока и России.



намного дешевле реабилитации в условиях стационара. Вот, собственно, и вся структура.

– Кто и как оплачивает это лечение?

– Почти вся реабилитация в Германии оплачивается страховыми компаниями. Помощь в остром периоде (фазы А, Б и В) обычно оплачивается из фондов ОМС. В отдаленном периоде (фаза Г) оплата осуществляется преимущественно из фондов пенсионного страхования, чтобы человек мог вернуться к работе.

Последние 3 года в немецком законодательстве происходит увеличение прав больного на выбор больным реабилитационного центра. Теперь страховая компания уже не диктует больному,

нии. Сколько у вас начитывается реабилитационных центров?

– В Германии, где проживает около 80 млн человек и ежегодно регистрируется около 300 тыс. случаев инсульта, имеется около 250 нейрореабилитационных стационарных отделений и около 50 специализированных амбулаторных центров. Этого количества, в целом, вполне достаточно, но имеются области, особенно в сельской местности, испытывающие дефицит. В настоящий момент я участвую в организации нейрореабилитационного центра в Южной Германии.

– Насколько мне известно, вы создали за свою жизнь уже 7 таких центров. Что вами движет?

или черепно-мозговой травмы, лучше их понимать и, в конце концов, выбирать оптимальную для данного больного стратегию лечения или методику реабилитации. В этом смысле функциональная нейровизуализация может стать основой дифференцированной терапии, поскольку позволяет узнать, какие мозговые структуры и как реагируют на то или иное вмешательство. Но мы только в начале пути, потому что лонгитюдных исследований пока еще мало.

Другое направление исследований связано с влиянием фармакологических препаратов на процесс реабилитации. Миллионы долларов потрачены на изучение так называемых нейропротекто-

## Перспективы

# Научитесь ловить рыбу!

## Немецкий опыт нейрореабилитации может быть полезен в России

– Профессор Гёмберг, вы известны как один из основоположников нейрореабилитации в Германии и многие годы возглавляли Немецкое общество неврологической реабилитации. В этой связи хотелось бы узнать, что представляет собой нейрореабилитация в вашей стране – какие имеются клиники, как они финансируются?

– Когда более 20 лет назад мы основали Немецкое общество неврологической реабилитации, эта область была не развита, но за прошедшие десятилетия ситуация значительно изменилась. Нам удалось создать очень плотную сеть нейрореабилитационных учреждений высокого класса, и мы также достигли политических успехов, обеспечив непрерывность помощи на всех этапах, начиная с отделения реанимации и интенсивной терапии, затем ранней реабилитации, и кончая трудовой адаптацией и лечением в отдаленном периоде, например у больных с хроническими расстройствами сознания, такими как вегетативное состояние. К счастью, в этой деятельности мы получили поддержку властей. Думаю, что в настоящее время в Германии создана одна из лучших в мире систем реабилитации. Также очень важно, что у нас законодательно закреплено право больного на получение реабилитации, когда это необходимо. Эта система жестко контролируется страховыми компаниями, которые следят за тем, сохраняется ли такая необходимость. Например, если больной находится в реабилитационном отделении больше двух недель, врачу необходимо письменно обосновать необходимость его дальнейшего пребывания в стационаре. Это препятствует разбазариванию средств и помогает их рациональному использованию, так чтобы каждый нуждающийся в реабилитации получил возможность попасть в отделение.

Когда мы начали выстраивать такую систему 20 лет назад, многие больные не могли попасть в отделения нейрореабилитации из-за отсутствия свободных коек. Сегодня этой проблемы нет. С другой стороны, мы еще не до конца решили вопрос, как добиться стойкого длительного эффекта реабилитации, и сейчас много работаем над тем, как этого достичь. Приведу пример. К вам поступает 67-летний больной с правосторонним гемипарезом и нарушениями речи после инсульта, и вы знаете, что эти симптомы останутся у него на всю жизнь. Что можно сделать для этого больного, его родственников и сиделок? Одним из путей являются регулярные (еженедельные, затем ежемесячные или более редкие) посещения специалистами больного на дому после выписки из реабилитационного отделения. Лично я считаю, что гораздо важнее консультировать больных, их родственников и сиделок по поводу того, что им делать в будущем, чем бесконечно продолжать то или иное лечение.

Я люблю повторять знаменитую китайскую поговорку: «Если дать человеку рыбу, он будет сыт один день; если научить его ловить рыбу, он будет сыт всю жизнь». Это вопрос обучения больного и тех, кто его окружает.

– Расскажите, пожалуйста, какими возможностями располагает нейрореабилитационная служба Германии?

– Около 15 лет назад у нас была внедрена система этапной реабилитации. Она довольно проста. Рассмотрим больных с инсультом, которые составляют 60% нагрузки нейрореабилитационных учреждений Германии. Обычно больной сначала попадает в отделение интенсивной терапии инсульта, где проводится компьютерная томография и, по возможности, тромболизис. Это острая стадия, которую мы называем фазой А. Инструктор ЛФК и логопед могут здесь начать какую-то реабилитацию. Если через несколько дней состояние больного улучшится, он должен быть переведен в отделение реабилитации. В зависимости от тяжести своего состояния он находится в фазе Б, В или Г. Фаза Б означает, что больной еще нуждается в тщательном медицинском наблюдении, мониторинге или даже ИВЛ, но уже возможна полноценная нейрореабилитация. Когда состояние больного улучшается и он не нуждается в постоянном наблюдении врача, но нуждается в постоянном уходе, он переходит в фазу В. Если больной становится способен к самообслуживанию, то он находится в фазе Г. Например, больной после инсульта с изолированной афазией или парезом. Конечно, больной может попадать прямо из фазы А в фазу Г, минуя промежуточные стадии.

Достоинство такой этапной системы в том, что она помогает рассчитать ежедневные затраты на каждого пациента. Несколько лет назад система возмещения расходов на неотложную медицинскую помощь в Германии полностью поменялась. Раньше финансирование шло по койко-дням, сейчас – по тяжести больных. Эти изменения увеличили спрос на реабилитацию. Поскольку скоромощным больницам теперь платят за диагностику, а не за продолжительность госпитализации, они экономически заинтересованы поскорее перевести больных в отделение нейрореабилитации. Одновременно выросла нагрузка на имеющиеся реабилитационные койки. Поэтому больные в фазе Г лечатся амбулаторно или в дневных стационарах. Страховые компании на этом настаивают, потому что это

где ему реабилитироваться. Если выбранный больным центр существенно дороже обычного, то разницу приходится доплачивать из своего кармана, что случается крайне редко. В целом, система хорошо работает. К сожалению, мы недостаточно знаем, что происходит с больным после того, как он покидает реабилитационный центр.

Кроме того, за последние десятилетия во всем мире наблюдается колоссальный рост научных работ в области нейрореабилитации. Благодаря невероятным успехам нейронаук появились новые, более эффективные методики и стратегии реабилитации. Многие из них доступны почти повсеместно. Можно сказать, что нейрореабилитация стала прикладной нейронаукой. Кроме того, получили распространение научные методы оценки эффективности тех или иных процедур.

Наконец, в Европе наблюдается интерес к совместным усилиям в области нейрореабилитации. Около 20 лет назад мы создали Всемирную федерацию нейрореабилитации – ВФНР, которая насчитывает сегодня более 30 национальных обществ нейрореабилитации и более 20 тыс. индивидуальных членов. Сейчас под эгидой ВФНР создается Европейская федерация нейрореабилитации (ЕФНР), которая будет заниматься развитием нейрореабилитации во всей Европе. Например, мы разрабатываем европейскую программу последипломной подготовки по нейрореабилитации для неврологов, нейрохирургов, невропедиатров и специалистов физиотерапии и реабилитации. На сегодняшний день по этому вопросу имеется соглашение между немецким, австрийским, швейцарским, голландским и итальянским обществами нейрореабилитации. С другой стороны, на карте европейской нейрореабилитации остаются белые пятна: ни в Великобритании, ни во Франции нет национальных обществ. Причина в том, что в этих странах нейрореабилитацией занимаются не неврологи, а физиотерапевты и реабилитологи. Но постепенно здесь происходят перемены. Мы стимулируем создание секций по нейрореабилитации в национальных обществах физиотерапии и реабилитации, которые могли бы войти в состав ЕФНР. Инструкторы ЛФК, трудотерапевты и логопеды становятся обладателями научных степеней. Происходит «академизация» этих дисциплин в рамках Болонского процесса, гармонизация различных уровней подготовки.

– Давайте вернемся к Герма-

– Мне нравится двигаться вперед, создавать новые структуры. Потребность в них была особенно велика после объединения Германии, потому что в бывшей ГДР никаких реабилитационных центров не существовало, и я был вовлечен там в несколько проектов. В Восточной Германии было создано много реабилитационных центров, потому что людям хотелось на этом заработать. Но эти центры зачастую себя не оправдывали, поскольку оказались неудачно расположенными. Сейчас ситуация понемногу выправляется. Рынок, так сказать, очищается, но, как я уже сказал, определенный дефицит коек пока еще есть. Процесс оптимизации некоторых структур бесконечен. Например, не решена проблема послереабилитационного ухода для закрепления эффекта реабилитации. Мы над этим работаем.

– В России ощущается явный недостаток нейрореабилитационных центров. Что бы вы посоветовали тому, кто собирается создавать новый центр?

– Во-первых, провести детальный анализ, каким больным вы собираетесь помогать. Во-вторых, я бы настойчиво рекомендовал создать непрерывную цепь нейрореабилитационной службы (от острого до отдаленного периода), подобно тому, как это имеет место в Германии. Она должна включать специальные учреждения для длительного пребывания больных с минимальным уровнем сознания (после церебральной гипоксии или черепно-мозговой травмы). Любопытно, что когда такие больные попадают в домашние условия, их состояние порой улучшается. Возможно, привычная обстановка улучшает сознание у больных с вегетативным статусом.

Очень важная часть нейрореабилитации как науки – изучение комы. Мы пытаемся понять, что происходит в мозгу при снижении сознания, и что вообще значит выражение «угнетение сознания». С помощью методик функциональной нейровизуализации удалось показать, что существует континуум от комы до ясного сознания, а вовсе не отдельные стадии. В зависимости от применяемого внешнего стимула мы видим, что в, казалось бы, бессознательном состоянии мозг очень активен. Конечно, это не может не влиять на нейрореабилитацию. Сейчас многие нейрореабилитационные центры, особенно если они ведут исследовательскую работу, имеют магнитно-резонансные томографы, которые позволяют наблюдать за процессами восстановления мозга после инсульта

ров, а в результате мы имеем лишь несколько лекарственных средств с недоказанной эффективностью. С другой стороны, известно, что назначение антидепрессантов улучшает восстановление двигательных функций при инсульте. Это важно, потому что у более половины больных после инсульта развивается депрессия. Более того, антидепрессанты, если их принимать в остром периоде заболевания, могут активизировать механизмы починки и увеличивать выживаемость. Таким образом, фармакологическая поддержка нейрореабилитации – новая и перспективная тема. Это касается и состояний угнетенного сознания, когда рекомендуется назначение психостимуляторов (модафинила и амфетамина).

– А какими исследованиями занимаетесь лично вы?

– Последние 10-15 лет я занимался улучшением методик двигательной реабилитации с помощью функциональной нейровизуализации. До этого мои исследовательские интересы были сосредоточены на нейропсихологии и когнитивной нейрореабилитации.

– Почему, будучи неврологом, вы занялись нейрореабилитацией? Наши неврологи эта область мало интересуют. Там доминируют врачи ЛФК и физиотерапевты...

– Двадцать лет назад в Германии было то же самое. Однако сейчас повсеместно наблюдается интерес неврологов к проблеме восстановления нарушенных функций, поскольку нейропластичность очень важна. Другая причина состоит в том, что неврология становится амбулаторной специальностью и неврологические койки в стационаре перепрофилируются в нейрореабилитационные. Надеюсь, что новая европейская программа по нейрореабилитации будет мотивировать молодых неврологов посвящать себя этой проблеме. Поскольку нейрореабилитация рассматривается сегодня как разновидность прикладной нейронауки, это также способствует восприятию ее в качестве составной части неврологии. Важно, чтобы это направление возглавляли специалисты с неврологической подготовкой. Недопустимо, чтобы неврологическими больными занимались люди, не имеющие представления об устройстве мозга.

Беседу вел  
Болеслав ЛИХТЕРМАН,  
корр. «МГ»,  
доктор медицинских наук.