

леваний у детей с использованием УОИ λ 650 нм обуславливает целесообразность широкого внедрения этой методики в терапию таких заболеваний с преобладанием в клинической картине нарушений со стороны желчевыводящих путей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Maciorkowska E., Guzikowska-Ustymowicz K., Ryszczyk E. et al. The EGFR expression in gastric mucosa of children infected with *Helicobacter pylori* infection. *Adv. Med. Sci.* 2009; 54 (2): 93—187.
2. Сичинава И.В. Клинико-морфологические аспекты хронических гастродуоденитов у детей. *Вопросы детской диетологии.* 2010; 8 (1): 31—40.
3. Александрова В.А., Рычкова С.В. *Функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта: Учебное пособие для врачей.* СПб.: МАПО; 2004.
4. Александрова В.А. *Заболевания гастродуоденальной зоны и их лечение: Учебное пособие.* СПб.: МАПО; 2003.
5. Daniels J.A., Lederman H.M., Maitra A., Montgomery E.A. Gastrointestinal tract pathology in patient with common variable immunodeficiency (CVID): a clinicopathologic study and review. *Am. J Surg. Pathol.* 2007; 31 (12): 12—1800.
6. Иванченкова Р.А. Некоторые аспекты желчеобразования. *Клиническая медицина.* 1999; 7: 17—22.
7. Kori M., Cohen S., Levine A. et al. Collagenous gastritis; a rare cause of pain and iron-deficiency anemia. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 2007; 45 (5): 6—603.
8. Комарова Л.А., Егорова Г.И. *Сочетанные методы аппаратной физиотерапии и бальнеолечения.* СПб.; 1994.
9. Буканович О.В. *Синусоидально-модулированные токи, ультразвук, их сочетанное применение при хронических гастродуоденитах у детей: Дисс. ... канд. мед. наук.* М.; 1996.
10. Егорова Г.И., Кирьянова В.В., Максимов А.В., Митрофанов А.С. *Применение светового излучения инфракрасного и видимого диапазонов в лечебной практике: Учебное пособие и методические рекомендации.* СПб.: МАПО; 1996.
11. Lin M.N., Chen L.K., Hwang S.J. et al. Childhood functional pain and *Helicobacter pylori* infection. *Hepatogastroenterology.* 2006; 72: 6—883.
12. Nakayama Y., Hidaka N., Kato S. et al. Diagnosis of *Helicobacter pylori* infection in children. *Nippon Rinsho.* 2009; 67 (12): 90—2284.

REFERENCES

1. Maciorkowska E., Guzikowska-Ustymowicz K., Ryszczyk E. et al. The EGFR expression in gastric mucosa of children infected with *Helicobacter pylori* infection. *Adv. Med. Sci.* 2009; 54 (2): 93—187.
2. Sichinava I.V. Clinical-morphological aspects of chronic gastroduodenitis in children. *Voprosy detskoy dietologii.* 2010; 8 (1): 31—40. (in Russian)
3. Aleksandrova V.A., Richkova S.V. *Functional Disorders of the Gastrointestinal Tract: [Uchebnoe posobie dlya vrachey].* St. Petersburg: MAPO; 2004. (in Russian)
4. Aleksandrova V.A. *Gastroduodenal Diseases and their Treatment. [Zabolevaniya gastroduodenal'noy zony i ikh lechenie: Uchebnoe posobie].* St. Petersburg: MAPL; 2003. (in Russian)
5. Daniels J.A., Lederman H.M., Maitra A., Montgomery E.A. Gastrointestinal tract pathology in patient with common variable immunodeficiency (CVID): a clinicopathologic study and review. *Am. J Surg. Pathol.* 2007; 31 (12): 12—1800.
6. Ivanchenkova R.A. Some aspects of the bile. *Klinicheskaya meditsina.* 1999; 7: 17—22. (in Russian)
7. Kori M., Cohen S., Levine A. et al. Collagenous gastritis; a rare cause of pain and iron-deficiency anemia. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 2007; 45 (5): 6—603.
8. Komarova L.A., Egorova G.I. *Combined Methods of Physiotherapy and Balneotreatment. [Sochetannye metody apparatnoy fizioterapii i bal'neoteplolecheniya].* St. Petersburg; 1994. (in Russian)
9. Bukanovich O.V. *Sinusoidal Modulated Currents, Ultrasound, their Combined Use in Chronic Gastroduodenitis in Children: Diss.* Moscow; 1996. (in Russian)
10. Egorova G.I., Kir'yanova V.V., Maksimov A.V., Mitrofanov A.S. *The Use of Infrared Light and Visible Radiation in Medical Practice: [Uchebnoe posobie i metodicheskie rekomendatsii].* St. Petersburg: MAPO; 1996. (in Russian)
11. Lin M.N., Chen L.K., Hwang S.J. et al. Childhood functional pain and *Helicobacter pylori* infection. *Hepatogastroenterology.* 2006; 72: 6—883.
12. Nakayama Y., Hidaka N., Kato S. et al. Diagnosis of *Helicobacter pylori* infection in children. *Nippon Rinsho.* 2009; 67 (12): 90—2284.

Поступила 27.04.15

© ПОНОМАРЕНКО Г.Н., ЩЕГОЛЕВ А.В., 2015
УДК 615.83.03:616.831-005-036.11-036.86

Пономаренко Г.Н., Щеголев А.В.

Нейрореанимационная реабилитация — «понятийная смута» (перспективы системного развития ранних восстановительных мероприятий)

ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, 194044, Санкт-Петербург

Для корреспонденции: Пономаренко Геннадий Николаевич, ponomarenko_g@mail.ru

В статье рассмотрены современные представления об использовании физических методов лечения для ранней активизации и медицинской реабилитации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) и его последствиями. Выполнен сравнительный анализ доказательных исследований по применению лечебных физических факторов в программах реанимации и реабилитации больных с ОНМК. Показано, что структура и содержание программ лечения и реабилитации таких больных в разные периоды имеют значительные различия. Представлены аргументы в пользу разделения определений «ранняя реабилитация» и «нейрореанимационная реабилитация» на основе разделения конечных «точек» (структур, механизмов развития патологического процесса) их приложения и документов, регламентирующих их использование. Определены перспективы развития ранних реабилитационных мероприятий и условия успешной работы мультидисциплинарной реабилитационной бригады для больных с ОНМК.

Ключевые слова: острая недостаточность мозгового кровообращения; медицинская реабилитация; нейрореабилитация; физические методы лечения.

Для цитирования: Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2015; 14 (5): 40—45.

Ponomarenko G.N., Shchegolev A.V.

**THE NEURORESUSCITATIVE REHABILITATION — THE “CONCEPTUAL CHAOS”
(ON THE PROSPECTS FOR THE SYSTEMATIC DEVELOPMENT OF THE EARLY
REHABILITATIVE MEASURES)**

Federal state budgetary educational institution of higher professional education
“S.M. Kirov Military Medical Academy”, Russian Ministry of defense, Sankt-Peterburg

This article deals with the currently accepted concept of the application of the physical therapeutic methods for the early activation and medical rehabilitation of the patients presenting with acute cerebral circulation disorders (ACCD) and their consequences. The authors undertook the comparative analysis of the evidence-based investigations concerned with the application of therapeutic physical factors in the framework of the programs for resuscitation and rehabilitation of the patients suffering from ACCD. It was shown that the structure and the contents of the treatment and rehabilitation programs for such patients may differ significantly in different periods. The arguments are provided in favour of differentiation between the notions of “early rehabilitation” and “neuroresuscitative rehabilitation” based on the differentiation between the “end points” (structure and mechanisms of development of pathological processes), their applications, and the relevant regulatory documents. The prospects for the further development of earlier rehabilitation measures are discussed along with the conditions to be created for the successful work of a multi-disciplinary rehabilitation team having to do with the patients suffering from ACCD.

Key words: *acute cerebral circulatory insufficiency, medical rehabilitation, neurorehabilitation, physical therapeutic methods*

For citation: Fizioterapiya, bal'neologiya i reabilitatsiya. 2015; 14 (5): 40—45.

For correspondence: Ponomarenko Gennadiy, ponomarenko_g@mail.ru

Received 24.07.15

Сосудистые заболевания головного мозга занимают второе место в структуре смертности населения после ишемической болезни сердца и завершаются инвалидностью у 60—80% пациентов, что составляет серьезную медико-социальную проблему [1, 2]. Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) включают различные состояния — от внезапной потери сознания до постепенного развития (в течение нескольких минут, часов) с появлением очаговой и/или общемозговой неврологической симптоматики, которая может привести к смерти пациента уже в раннем периоде заболевания. Клинико-неврологические проявления ОНМК характеризуются симптомами поражения ЦНС в зависимости от вида, локализации и объема поражения тканей и структур мозга, его отека и дислокации.

Согласно классификации Е.И. Гусева и соавт., выделяют следующие периоды инсульта: острейший — первые 3—5 сут с момента развития инсульта (сегодня некоторые исследователи ограничивают его первыми сутками заболевания); острый — до 21 дня; ранний восстановительный — 6 мес; поздний восстановительный — до 2 лет после ОНМК [3]. Первые два периода определяют локализацию, тяжесть, клинические особенности и прогноз ОНМК.

В соответствии с нормативными документами инсульт является неотложным состоянием, требующим госпитализации пациентов в региональные сосудистые центры или специализированные отделения многопрофильных стационаров (уровень убедительности доказательств А) [4, 5].

В соответствии со Стандартом медицинской помощи больным с инсультом (при оказании специализированной помощи), утвержденным Приказом Минздравсоцразвития от 01.08.2007 № 513 [6], больному с ОНМК назначают постельный двигательный режим. Наряду с неотложными медикаментозными мероприятиями в структуре мероприятий скорой

помощи начиная с первых часов инсульта предусмотрен комплекс разноплановых лечебных мер, объединенный понятием «ранняя активизация». Основная цель ранней активизации — профилактика осложнений (пневмония, тромбофлебит, пролежни, запоры) и ускорение функционального восстановления больного (нормализация мышечного тонуса, опорной и двигательной способности, возможности общения и самообслуживания) с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов лечения, имеющих хорошую доказательную базу эффективности [7].

По завершении реанимационных мероприятий больных с последствиями ОНМК переводят на этап медицинской реабилитации, выполняемый мультидисциплинарной бригадой. В многочисленных рандомизированных контролируемых исследованиях убедительно показано, что ведение больных с инсультом мультидисциплинарной бригадой специалистов (невролог, психолог, методист ЛФК, трудотерапевт, логопед, специально подготовленный младший медицинский персонал и др.) снижает смертность и нарушение функционирования пациентов на 30% (уровень доказательств А) [8—10].

Между тем в последние годы на основе выделенного мировым неврологическим сообществом PICS-синдрома (postintensive care syndrome — ПИТ-синдром — синдром «послеинтенсивной терапии») — совокупности ограничивающих повседневную жизнь пациента соматических, неврологических и социально-психологических последствий пребывания в условиях отделения реанимационной интенсивной терапии рядом отечественных ученых сведения об эффективных физических методах купирования патогенеза ОНМК были обобщены в концепцию нейрореанимационной реабилитации и сформулированы ее теория и практика [9]. Аргументами для подмены дефиниций «ранняя активизация»

термином «нейрореанимационная реабилитация», по мнению авторов, являются принцип раннего начала реабилитационных мероприятий [10] и сходный набор используемых в процессе реанимации и реабилитации лечебных физических средств (кинезотерапия, ортезотерапия, нейромюостимуляция и пр.). В основе такой концепции лежат публикации зарубежных исследователей, обобщенные в отдельных статьях и руководствах. Между тем анализ представленных в качестве основы для публикаций по нейрореанимационной реабилитации оригинальных работ такой вывод сделать не позволяет.

Сегодня в международных базах данных доказательных исследований (PEDro, PubMed, EMBASE, E-library, Кокрановская библиотека, DARE, NGC) имеются сведения о 1,5 тыс. рандомизированных контролируемых исследований, соответствующих современным критериям доказательств эффективности физических методов в реабилитации больных с последствиями ОНМК. Их анализ свидетельствует о возрастании количества доказанных физических методов лечения и упражнений (кинезотерапия, ортезотерапия, раннее механическое растяжение мышц, электромагнитостимуляция, ранняя магнитная стимуляция и др.), эффективно применяемых у пациентов в острой фазе ОНМК с доказанной эффективностью. Вместе с тем система их использования в данном периоде составляет предмет не реабилитации, а ранней активизации пациентов [11—13]. В ряде исследований авторы, оценивая эффекты очень ранней мобилизации больных с ОНМК, безосновательно называют ее ранней реабилитацией [14].

Анализируя результаты представленных публикаций, отечественные авторы вслед за зарубежными справедливо относят их к «восстановительным», а затем в соответствии с крылатым выражением М.Е. Салтыкова-Щедрина «с легкостью необыкновенной» заменяют дефиницией «реабилитационные».

При таком подходе они забывают недавнюю историю развития специальности «Восстановительная медицина» и делают, на наш взгляд, грубые методологические ошибки в попытке ее замены медициной «реабилитационной». Возникшая «понятийная смута» стала следствием игнорирования ряда базовых научно-практических закономерностей.

1. Большинство входящих в реабилитационные технологии методов и средств используют не только для медицинской реабилитации, но и для оказания специализированной медицинской помощи, а также санаторно-курортного лечения, оздоровления и спортивной медицины. Медицинская реабилитация является одной из областей их использования и зачастую является их связующим и конечным звеном.

2. Ведущим практическим принципом современной реабилитации является принцип активного участия пациента. Известно, что концепция медицинской реабилитации, зародившаяся в 50-е годы XX века, была востребована обществом прежде всего как социальная потребность. В процессе реабилитации у пациента формируются новый динамический двигательный стереотип и отношение к окружающему миру, которые тесно связаны с корковыми

процессами высшей нервной деятельности. В связи с этим реабилитация направлена на личность пациента, которая тесно ассоциирована со всеми уровнями здоровья, и на улучшение качества жизни пациента. По образному выражению М.М. Кабанова, «...лечить можно и животных, а реабилитировать — только человека, так как одна из основ реабилитации — апелляция к его разуму» [15]. Современная программа реабилитации включает комплекс медицинских и общих оздоровительных мероприятий в сочетании с методами психологической и психофизиологической коррекции.

3. В постулируемом понятии «нейрореанимационная реабилитация» исчезает особый ракурс видения больного в диагностике, профилактике, лечении, восстановлении функций и социальной значимости. Являясь слишком общим понятием, она не позволяет в достаточной мере реализовать практическую направленность и конкретные мероприятия в остром периоде. Вместе с тем именно по этим вопросам существуют наибольшие разногласия. Необходимо дать не только определение понятия, но и выяснить место физических методов в системе реанимационных мероприятий, а также содержание и организацию реабилитационных мероприятий (время начала и окончания, длительность, этапы, формы, контроль эффективности). Для устранения «понятийного разбоя» необходимо выбрать единый уровень рассмотрения проблемы и приурочить понятие реабилитации к определенным процессам в организме больного.

Таковыми процессами являются процессы саногенеза и реадaptации. При этом исходят из сравнения и противопоставления двух научных категорий — патогенеза и саногенеза. Под патогенезом понимают механизмы возникновения, развития и завершения болезни в организме, которые появляются под влиянием этиологических факторов и характеризуются определенными структурными изменениями. Под саногенезом понимают весь комплекс физиологических и патофизиологических защитно-приспособительных механизмов, который реализуется на трех уровнях: физиологических реакций организма на обычные условия среды, адаптационных изменений в условиях неблагоприятной выраженности факторов среды и патофизиологических адаптационных реакций. Последние направлены на компенсацию патогенетических сдвигов и являются предметом реабилитации больных.

Адаптация — понятие более конкретное, чем саногенез, и отражает совокупность физиологических реакций, лежащих в основе приспособления организма к изменениям окружающих условий и направленных на сохранение относительного постоянства его внутренней среды — гомеостаза. В ней выделяют 2 направления: актуализацию — усиление функций и лабильзацию — включение других функциональных систем и структур для поддержания необходимого равновесия между организмом и средой (компенсацию). Компенсация — один из механизмов адаптации, заключающийся в возмещении нарушенной функции за счет изменения других, не пострадавших (или малопострадавших) функций. В соответствии

с теорией функциональных систем П.К. Анохина (1975) компенсацию функций обычно обеспечивают сохранившиеся элементы поврежденной структуры; структуры, близкие в функциональном отношении; дополнительные механизмы. Адаптация всегда начинается с компенсации, но по мере развития процесса роль компенсаторного компонента в общей компенсаторно-приспособительной реакции уменьшается. Следовательно, по мере развития адаптации должно уменьшаться напряжение функциональных систем организма. Действительно, физиологический смысл адаптации состоит не в напряженном функционировании систем организма, а во включении приспособительных механизмов, составляющих его функциональные резервы. Характерной чертой развившейся адаптации является отсутствие напряжения приспособительных механизмов, что достигается функциональной перестройкой деятельности организма. Именно последняя лежит в основе реабилитации.

Среди рассматриваемых сегодня компенсаторно-приспособительных реакций у больных (реконвалесцентов) присутствуют также такие важные механизмы восстановления, как реституция и регенерация. Реституция — это процесс восстановления деятельности обратимо поврежденных структур (например, восстановление проницаемости мембран, окислительно-восстановительных процессов и ферментативных систем). Регенерация — это структурно-функциональное восстановление целостности тканей и органов после их повреждения или частичной утраты (интенсификация физиологической регенерации — рост и размножение специфических элементов различных тканей).

С позиций реабилитации практически важной представляется возможность достижения компенсации функций при сохраняющихся структурных расстройствах, так как даже после клинического выздоровления в течение определенного времени еще происходит нормализация строения поврежденного органа.

Рассматривая реабилитацию как процесс активации реадaptации восстановленных морфологических структур, мы можем легко установить временные взаимоотношения между нею и лечением. Временная последовательность развития морфофункциональных нарушений головного мозга после ОНМК свидетельствует о том, что начало лечения не всегда есть начало реабилитации. Лечение должно быть начато раньше реабилитации, которая проводится после формирования процессов реадaptации. При этом незыблемым остается классический постулат о том, что лечение направлено в первую очередь на устранение причины и/или последствий, вызванных ею в организме (этиопатогенез), а реабилитация — на поддержание жизнедеятельности организма и улучшение приспособления больного к новым условиям, окружающей среде, а затем и к социальным факторам — труду, обществу (адаптациогенез).

4. К тому, что реабилитация должна быть начата после начала процессов реадaptации, эмпирически пришли еще на заре зарождения данной концепции. Ее авторы справедливо полагали, что по мере того,

как под влиянием лечебных воздействий восстанавливаются защитные и компенсаторные механизмы организма, намечаются первоначальные признаки восстановления функций, должны подключаться реабилитационные мероприятия с тщательно дозированной, адекватно подобранной к состоянию организма нагрузкой. Таким образом, момент начала реабилитации — это первые признаки обратного развития заболевания.

В связи с этим, по всей видимости, некорректно говорить о реабилитации, когда патологический процесс прогрессирует и может привести к гибели больного. Реабилитация в этом случае лишена смысла. Термин «реабилитация» в этой ситуации носит абстрактно-теоретический, умозрительный (если не сказать схоластический) характер и в лучшем случае указывает на принцип подхода к больному, на возможные перспективы его восстановления, если он останется в живых. Это особенно относится к больному в остром периоде ОНМК, у которого из-за когнитивных нарушений даже психологическое воздействие маловероятно. Если ортодоксально придерживаться этих взглядов (т. е. что реабилитация всегда должна начинаться с первого же контакта больного с врачом) и продолжить эту мысль, то и профилактику заболеваний следует отнести к реабилитации. Такое расширенное толкование явно ее обесценивает.

5. Задачами медицинской реабилитации больных после ОНМК является полное (или частичное) восстановление нарушенных функций ЦНС и возвращение (или приспособление) больного к активному труду и повседневной жизни. Медицинская реабилитация тесно связана с лечением пациентов, но не тождественна ему. Кардинальный признак любого заболевания — наличие причины (этиологического фактора) и/или сопутствующих факторов, механизма развития (патогенеза), манифестирующего комплекса признаков (синдром), определяющих течение и исход болезни. Систему медицинских мероприятий, направленных на устранение причины болезни и механизмов ее развития, называют лечением, она составляет предмет специализированной медицинской помощи. Вместе с тем ликвидация причины и купирование основных механизмов развития болезни не всегда приводят к устранению или полной компенсации повреждения, восстановлению функциональных систем организма, психосоматических функций и механизмов эффективного поддержания гомеостаза. При этом, несмотря на достигнутое улучшение клинического состояния пациентов, качество жизни и интегральные показатели их работоспособности нередко существенно не возрастают, что уменьшает итоговую эффективность проводимых медицинских мероприятий.

Указанные причины определяют необходимость дальнейшего максимального устранения последствий заболеваний или травм, восстановления функций пораженного органа (системы), уменьшения поведенческих и соматических факторов риска, сохранения и увеличения продолжительности жизни больного, улучшения качества его жизни, что является целью и содержанием медицинской ре-

билитации. Это достигается путем повышения физической работоспособности и функционального класса заболевания, прекращением или сокращением количества обострений, уменьшением базисной медикаментозной терапии, восстановлением психологического статуса, предупреждением возможной инвалидизации.

6. Диалектика структурных и функциональных изменений организма в процессе болезни определяет возможность использования различных по интенсивности физических методов и средств как для лечения, так и для последующей реабилитации больных. Грань между лечением и реабилитацией не стирает и термин «восстановительное лечение», абсолютно не эквивалентный понятию «медицинская реабилитация», так как не существует лечения, которое не преследовало бы цели восстановления структуры и функции. Тем не менее в последние десятилетия это понятие в отечественной медицине активно укоренялось.

Следует считать, что показанием для назначения реабилитации пациенту является не болезнь, а ее последствия. При этом потребность в медицинской реабилитации существует в том случае, когда имеется принципиальная возможность устранения или минимизации последствий. Разделение дефиниций лечения (специализированной медицинской помощи) и медицинской реабилитации в федеральной структуре организации здравоохранения предусмотрено Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ. Различны и основные средства лечения (хирургические вмешательства, медикаментозная терапия, лечебные физические факторы) и реабилитации (физические упражнения, психотерапия, эрготерапия и др.). Цель реабилитации — восстановление человека как личности и его социальная интеграция в общество. Цель медицинской реабилитации — максимальное восстановление (или компенсация) последствий патологического процесса (болезни, повреждения, увечья) [16].

Применительно к острым сосудистым заболеваниям головного мозга лечебный процесс направлен на сохранение жизни организма в рамках типового патологического процесса, а также на устранение тех последствий, которые вызваны этой борьбой. Главной целью является именно сохранение и поддержание жизнедеятельности. Когда же эта цель будет достигнута и наступит переломный момент в развитии болезни, означающий окончательный переход к благоприятному исходу, тогда одновременно начинаются и процессы реадaptации.

Формы, содержание и сроки реабилитации больных с ОНМК целиком и полностью определяются программой реабилитации. Такие программы должны составляться для конкретных нозологических единиц (групп больных) дифференцированно в зависимости от степени тяжести, клинической формы, течения и т. д. В них находят отражение как общие, так и (особенно) частные специфические вопросы, в том числе методики воздействия (общереабилитационные и специальные), а также методы контроля эффективности медицинской реабилитации. Они

учитывают особенности проведения лечебных и реабилитационных мероприятий у данных больных, например длительность и время перехода от этапа реанимации больного к этапу его реабилитации. Напротив, существующая неопределенность в терминологии, связанной с медицинской реабилитацией, порождает междисциплинарные конфликты в организационно-правовых и профессиональных сферах, существенно снижает эффективность усилий, направленных на ее развитие.

По данным многочисленных метаанализов сделан вывод о том, что проводить реабилитацию больных с ОНМК должна мультидисциплинарная бригада, которую возглавляет специалист-невролог. Однако ее полноценная и эффективная работа возможна только после завершения неотложных и жизнеспасающих мероприятий. Входящие в бригаду специалисты должны получить дополнительное образование, позволяющее им ориентироваться в общебиологических, специальных физиологических, социальных, организационных и других вопросах.

Тесная взаимосвязь лечебного и реабилитационного процессов определила формирование в 70-е годы XX века в мировой медицине новой медицинской специальности «Физическая и реабилитационная медицина», получившей широкое международное признание. При этом физическая медицина включает изучение методов, используемых для лечения пациентов, а реабилитационная медицина сосредоточена преимущественно на коррекции последствий заболеваний и повреждений — медицинской реабилитации. В Европе и США уже два десятилетия проводят подготовку врачей по физической реабилитации. По физической и реабилитационной медицине в европейских клиниках работают более 17 тыс. специалистов [17].

В настоящее время существует необходимость преподавания в медицинских учебных заведениях основных вопросов теории и практики реабилитации, овладения методами оценки восстановления функций и работоспособности реконвалесцентов. Без этого невозможен контроль эффективности реабилитации, а следовательно, и ее рациональное проведение. Реализация представленных положений освободит концепцию медицинской реабилитации от ненужных «реанимационных» этапов и послужит надежной научной основой ее дальнейшего развития в системе отечественного здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сковцова В.И. Снижение заболеваемости, смертности и инвалидности от инсультов в Российской Федерации. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Прил. «Инсульт»*. 2007; 1: 25—7.
2. *Жизнь после инсульта. Школа здоровья* / Под ред. В.И. Сковцовой. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2008.
3. Суслина З.А., Варакин Ю.Я., Верещагин Н.В. *Сосудистые заболевания головного мозга*. М.; 2009.
4. *Протокол ведения больных «Инсульт»*. Утвержден Минздравсоцразвития России 10.02.2005 г. — 250 стр. — <http://www.rspor.ru>.
5. *Guidelines for Management of Ischaemic Stroke and Transient Ischaemic Attack*. The European Stroke Organization (ESO); 2008. Available at: <http://www.eso-stroke.org>
6. *Приказ Минздравсоцразвития от 01.08.2007 г. № 513. Стандарт медицинской помощи больным с инсультом (при оказании*

- специализированной помощи). – М., 2007. – 89 с. 89 стр. – <http://www.rspor.ru>
- Пономаренко Г.Н. Медицинская реабилитация: Учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2-14.
 - Хенерици М.Г., Богуславски Ж., Сакко Р.Л. Инсульт: Клиническое руководство: Пер. с англ. под общ. ред. В.И. Скворцовой. М.: МЕДпресс-информ; 2008.
 - Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шахпаронова Н.В. Реабилитация неврологических больных. М.: МЕДпресс-информ; 2009.
 - Goldstein L.B., Bushnell Ch.D., Adams R.J. et al. Guidelines for the Primary Prevention of Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association. American Stroke Association. *Stroke*. 2011; Vol. 42: 517–68.
 - Белкин А.А., Алашеев А.М., Левит А.Л., Халин А.В. Обоснование реанимационной реабилитации в профилактике и лечении синдрома «после интенсивной терапии» (ПИТ-синдром). *Вестник восстановительной медицины*. 2014; 1: 37–43.
 - Принципы диагностики и лечения больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения: Методические рекомендации. М.: 2000.
 - Gosselink R., Bott J., Johnson M., Nava S., Norrenberg M., Schonhofer B. et al. *Physiotherapy for adult patients with critical illness: recommendations of the European Respiratory Society and European Society of Intensive Care Medicine Task Force on Physiotherapy for Critically Ill Patients*. Springer-Verlag; 2009.
 - Bailey P., Thomsen G.E., Spuhler J., Blair R., Jewkes J., Bezdjian L. et al. Early activity is feasible and safe in respiratory failure patients. *Crit. Care Med*. 2007; 35(1): 23–5.
 - Schwartz A., Zangen R.R., Leker I. The effect of deep transcranial magnetic stimulation in sub acute stroke patients — preliminary results. *J. Rehab. Med*. 2015; 54: 36p.
 - Cumming T.B., Thrift A.G., Collier J.M., Churilov L., Dewey H.M., Donnan A., Bernhardt J. Very early mobilization after stroke fast-tracks return to walking: further results from the phase ii avert randomized controlled trial. *Stroke*. 2011; Vol.42: 153–6.
 - Кабанов М.М. Реабилитация психических больных. М.: 1985.
 - Епифанов В.А., Епифанов А.В. Реабилитация в неврологии. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2013.
 - Паномаренко Г.Н. Принципы доказательной медицины в физиотерапии. *Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры*. 2004; 2: 46–9.
 - Gutenbrunner C., Ward A.B., Chamberlain M.F. The white book on physical and rehabilitation medicine in Europe. *J. Rehabil. Med*. 2007; 45: 6–47.
 - The report of conducting patients «Stroke». It is confirmed MZ and social development the Russian Federation 10.02.2005. Available at: <http://www.rspor.ru> (in Russian).
 - Guidelines for Management of Ischaemic Stroke and Transient Ischaemic Attack*. The European Stroke Organization (ESO); 2008. Available at: <http://www.eso-stroke.org>
 - Order Ministry of Health and Social Development from 01.08.2007 № 513. *The Standard of Medical Aid by the Patient with a Stroke (at Rendering of the Specialised Help)*. Moscow; 2007. 89 p. Available at: <http://www.rspor.ru> (in Russian)
 - Ponomarenko G.N. *Medical Rehabilitation: The Textbook. [Meditsinskaya rehabilitatsiya. Uchebnik]*. Moscow: GEOTAR-MEDIA; 2014; 360 p. (in Russian)
 - Khenneritsi M.G., Boguslavskiy Zh., Sakko R.L. A Stroke: A Clinical Management. [Klinicheskoye rukovodstvo]; Transl. from Engl. Under the General Editing V.I.Skvortsovoj. Moscow: The MEDpress-inform; 2008. (in Russian)
 - Kadykov A.S., Chernikova L.A., Shakhparonova N.V. *Rehabilitation of Neurologic Patients. [Rehabilitatsiya nevrologicheskikh bol'nykh]*. Moscow: The MEDpress-inform; 2009; 560 p. (in Russian)
 - Goldstein L.B., Bushnell Ch.D., Adams R.J. et al. Guidelines for the Primary Prevention of Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association / American Stroke Association. *Stroke*. 2011; 42: 517–84.
 - Belkin A.A., Alasheev A.M., Levit A.L., Khalin A.V. Substantiation resuscitations rehabilitations in preventive maintenance and syndrome treatment «after intensive therapy» (PIT-SYNDROME). *Vestnik vosstanovitel'noy meditsiny*. 2014; 1: 37–7. (in Russian)
 - Principles of Diagnostics and Treatment of Patients with Sharp Infringements of Brain Blood Circulation: Methodical Recommendations. Moscow; 2000. 32 p. (in Russian)
 - Gosselink R., Bott J., Johnson M., Nava S., Norrenberg M., Schonhofer B. et al. *Physiotherapy for adult patients with critical illness: recommendations of the European Respiratory Society and European Society of Intensive Care Medicine Task Force on Physiotherapy for Critically Ill Patients*. Springer-Verlag; 2009.
 - Bailey P., Thomsen G.E., Spuhler J., Blair R., Jewkes J., Bezdjian L. et al. Early activity is feasible and safe in respiratory failure patients. *Crit. Care Med*. 2007; 35(1): 23–7.
 - Schwartz A., Zangen R.R., Leker I. The effect of deep transcranial magnetic stimulation in sub acute stroke patients — preliminary results. *J. Rehabil. Med*. 2015; Suppl. 54.
 - Cumming T.B., Thrift A.G., Collier J.M., Churilov L., Dewey H.M., Donnan A., Bernhardt J. Very early mobilization after stroke fast-tracks return to walking: further results from the phase ii avert randomized controlled trial. *Stroke*. 2011; 42: 153–8.
 - Kabanov M.M. *Rehabilitation of Mental Patients. [Rehabilitatsiya psichicheskikh bol'nykh]*. Moscow; 1985. (in Russian)
 - Yepifanov V.A., Yepifanov A.V. *Rehabilitation in Neurology. [Rehabilitatsiya v nevrologii]*. Moscow: GEOTAR-MEDIA; 2013. (in Russian)
 - Ponomarenko G.N. The principles of medicine in physical therapy. *Vopr. kurortologii*. 2004; 2: 46–9.
 - Gutenbrunner C., Ward A.B., Chamberlain M.F. The white book on physical and rehabilitation medicine in Europe. *J. Rehabil. Med*. 2007; Suppl. 45: 6–47.

Поступила 24.07.15

REFERENCES