

R. Nau

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА ГОЛОВНОГО МОЗГА

Университет г. Гёттингена, Германия

В Германии инсульт головного мозга поражает 2 из 1000 жителей в год, что соответствует 160 тыс. инсультам в год, согласно другим источникам — до 250 тыс. В настоящее время в лечении инсультов в острой стадии достигнуты значительные успехи. Смертность при инсультах на ранних стадиях заболевания, ранее превышавшая 50%, значительно снизилась. Именно потому, что все большее число пациентов переживают острую стадию инсульта, увеличивается число больных не только с *Restitutio ad integrum*, но и с тяжелой инвалидностью: приблизительно 60% пациентов остаются после перенесенного инсульта инвалидами. Поэтому реабилитация является важным этапом в лечении инвалидизированных больных.

Цель реабилитации заключается в уменьшении, насколько это возможно, степени инвалидизации и ограничении функциональных возможностей пациента, в разработке у него заместительных функциональных возможностей с целью максимально полного использования сохранившихся способностей к выполнению тех или иных нагрузок. Иными словами, задача реабилитации — не компенсация, а борьба с определенными функциональными нарушениями, для того чтобы пациент мог пользоваться и пораженной стороной, пострадавшей рукой, кистью для взятия предметов, чтобы он мог ходить и сохранять равновесие. Для управления пораженной стороной больной должен ее чувствовать. Прежде всего следует уменьшить чрезмерную спастичность. Это достигается в соответствии с концептом Бобата — изменением положения тела пациента и установлением соотношения между ключевыми пунктами. Далее следует развивать у пациента «чувство стороны с гемипарезом», что является очень важным моментом. Для этого создают специальную ситуацию: до стороны гемипареза постоянно дотрагиваются (например, при мытье, щётками и т.п.), таким образом пациент постоянно получает чувствительную информацию с пораженного участка тела. Важно также раздражение проприорецепторов.

Если наша рука долгое время остается без движений, мы практически не можем знать, в каком положении она находится. Если мы хотим получить представление о пространствен-

ном ее положении, то достаточно напрячь мышцы. Пациент с гемипарезом не может самостоятельно изменять положение руки в пространстве, поэтому он зависит от внешней стимуляции. Эта стимуляция осуществляется, например, при пассивных движениях. Для того чтобы больной вновь приобрел прежний чувствительный и двигательный опыт, чувство положения тела в пространстве, мы используем обычные движения, которые встречаются в повседневной жизни: помогаем пациенту при помощи его паретичной руки вымыть или натереть кремом здоровую руку. При этом пациент чувствует свое тело, тактильно-кинестетический чувствительный канал активируется, что приводит к разработке прицельных движений.

Оптимальная реабилитация достигается при совместной работе различных специалистов — врачей, среднего медицинского персонала, специалистов по лечебной гимнастике, эрготерапевтов, специалистов по спортивной гимнастике, нейропсихологов. Только в таком случае возможны наилучшие результаты в реабилитации. Тем не менее существуют определенные моменты, усложняющие реабилитацию и значительно нарушающие процесс спонтанного излечения, на которых следует остановиться более подробно.

При реабилитации пациентов с инсультом головного мозга могут возникнуть следующие проблемы:

I. Боли в плече.

II. Нейропсихологические нарушения: а) анозогнозия; б) нарушения ориентировки в пространстве; в) неглект; г) синдром «толкателя» (*Pusher-Syndrom*);

III. Депрессия

I. Боли в плече. Более чем у 50% всех пациентов с гемиплегией наблюдаются нарушения в области плечевого сустава на пораженной стороне. Боли в плече подчас настолько сильны, что они могут приводить к дополнительному ограничению функциональных возможностей. Их патогенез можно представить в виде следующих механизмов:

1. При отсутствии поддерживающей мышечной силы в плечевом суставе (в связи с низким мышечным тонусом) плечевой сустав сублюксирован

2. Медиальная сторона лопатки притянута

к позвоночнику спастически сокращенной *M.omboidi*. Костная поддерживающая сила сустава также уменьшена, и лопатка не перемещается при движениях руки, прежде всего при пассивных. Движения осуществляются только в сублоксированном плечевом суставе.

3. Вследствие сублоксации и при отсутствии стабилизирующего мышечного тонуса при движениях, и прежде всего при пассивных, постоянно происходит защемление частей капсулы сустава и соответственно возникают микротравмы. Особенно велико число этих микротравм (вследствие спастики) при вращении плеча внутрь (ротации плеча внутрь).

Боли в плече в большинстве случаев можно избежать, если придерживаться следующих правил:

1. Положение руки в пространстве больного должно быть konsekventным не только в горизонтальном положении, но и когда он сидит в коляске, при этом его рука не должна свисать.

2. Нельзя тянуть руку пациента. При пассивном изменении положения руки головку плечевой кости сначала надо ввести в полость сустава, а затем изменить положение руки больного.

3. Нельзя перемещать руку больного, держа ее за кисть и изменяя положение последней, так как вследствие тяжести руки при движении увеличивается нагрузка на сустав. При пассивном изменении положения руки в пространстве всегда нужно поддерживать пораженную руку за локоть.

4. Необходимо постоянное внимание персонала, особенно среднего медицинского, к пораженной конечности больного с соблюдением ими konsekventных приемов.

II. Нейропсихологические нарушения. Инсульг головного мозга приводит к полному изменению мироощущения больного, не оставляя ему ни малейшего времени для привыкания и приспособления к этому новому миру. Головной мозг получает от обеих сторон тела совершенно различную, а подчас и взаимоисключающую информацию, которая к тому же будет по-разному обработана головным мозгом. Это может привести к тому, что пациент ту ситуацию, в которой он оказался, и свою болезнь не сможет распознать. Пациенту с периферическим парезом руки или ноги не составляет никакого труда процесс одевания и обслуживания самого себя. При ишемическом инсульте головного мозга он в большинстве случаев на это неспособен. Это является свидетельством еще одного нарушения, которое не всегда сразу определяется и затрагивает область когнитивных функций и обработки информации.

При выполнении сложных, комплексных функций оба полушария головного мозга работают в единстве, при этом с различными функциональными приоритетами. Поражение одного из полушарий влияет на совместную работу обоих и на выполнение когнитивных функций головного мозга.

Согласно концепции специализации полушарий головного мозга, оба полушария более или менее ответственны за выполнение тех или иных функций головного мозга. У правой и левой полушарие головного мозга отвечает за анализ, синтез и конкретизацию. Это означает, что левое полушарие планирует определенный акт или действие посредством составления общего действия из отдельных его составных частей. Как аналог можно себе представить составление предложений и слов из отдельных звуков. Поражение левого полушария приводит к апраксии и афазии.

При поражении правого полушария головного мозга нарушаются совокупные операции и абстрагирование, то есть зрительное узнавание предметов, ситуаций, музыки и лиц. Кроме того, в этом полушарии представлена схема положения тела в пространстве.

Повреждение правого полушария головного мозга приводит к агнозии, нарушениям пространственной ориентировки и феномену неглекта. Хотелось бы остановиться в своем сообщении на отдельных картинах этих нарушений, которые очень затрудняют реабилитацию пациентов.

При анозогнозии пациент не понимает или неправильно представляет ситуацию, в которой он находится, и собственное заболевание. В некоторых случаях пациент считает себя совершенно здоровым, пытается встать с кровати и падает вследствие гемипареза, совершенно не понимая, почему это произошло. При не очень значительной анозогнозии пациент не замечает изменений в своем состоянии, но осознает последствия своего поведения и больше не пытается вставать с кровати. Если ему при этом объясняют характер имеющихся у него нарушений, может случиться так, что пациент на это отреагирует крайне несдержанно, даже агрессивно или попытается найти этому другое объяснение: «Я очень устал», «Я не могу поднять левую руку из-за боли в плече» или «Я сломал левую руку».

Ясно, что пациент, который не понимает, что с ним произошло, не начнет упражнений для улучшения своего состояния. Без реабилитационных мероприятий он совершенно точно останется лежать в кровати и ни на шаг без

посторонней помощи не продвигается к выздоровлению. Для такого больного важно, чтобы с ним проводились последовательные упражнения.

При поражениях правого полушария мозга часто наблюдаются нарушения зрительно-пространственного восприятия, конструктивных функций, а также восприятия схемы собственного тела. Пациент, например, не может сказать, какое время показывают обычные часы со стрелками, ему сложно налить какую-либо жидкость, определить, где верх и низ у различных элементов одежды, какое отверстие пуловера предназначено для головы, а какое — для рук и т.д. Пациент совершенно беспомощен при выполнении тех манипуляций, которые с двигательной точки зрения не представляют для него никакого труда. Такие пациенты особенно страдают от своего мироощущения, так как они не понимают, что с ними происходит и почему такие отдельные манипуляции, например процесс одевания, не получаются. Такой пациент может подготовить налоговый отчет и не в состоянии самостоятельно и правильно одеться.

Обсуждая нарушения восприятия схемы собственного тела мы переходим к двум следующим феноменам: феномену неглекта и синдрому «толкателя» (Pusher-Syndrom).

При феномене неглекта пациент «пренебрегает» пораженной стороной (от английского *neglect*, что означает «пренебрегать»). При этом раздражения, поступающие с пораженной стороны тела (чаще всего левая сторона тела при поражениях правого полушария головного мозга), не принимаются во внимание или он неадекватно реагирует на них. Это пренебрежение распространяется также на зрительные, слуховые и осязательные раздражения. Если с пациентом заговорить, находясь с пораженной его стороны, то он не отреагирует на обращенные к нему слова, при этом реакция на обращение со здоровой стороны будет совершенно адекватной. При менее выраженном неглекте наблюдается следующий феномен: пациент реагирует на раздражения с обеих сторон; при одновременном раздражении обеих сторон пациент воспринимает раздражение лишь здоровой стороны.

При синдроме неглекта пациент пренебрегает своей пораженной стороной тела: он моет пораженную сторону недостаточно аккуратно или вообще не моет, не одевает, левая рука свисает, как будто её вовсе не существует. Это неблагоприятно влияет на развитие болей в плече.

Целью терапии должна являться выработка у пациента способности к восприятию своей пораженной стороны. Это достигается, например, при стимуляции пораженной стороны тела (касание, движение, причесывание и т.д.). Эффективно, если пациент сам здоровой рукой поднимает свою больную руку. Еще лучше, если кто-нибудь из медицинского персонала «ведет» его здоровую руку. Кроме того, необходимо по возможности обращаться к пациенту, находясь с его пораженной стороны (или, по крайней мере, несколько наискосок спереди). Палата пациента должна располагаться таким образом, чтобы он получал наибольшее число раздражений со своей пораженной стороны. В то же время звонок вызова медицинской сестры не следует размещать с пораженной его стороны, так как при необходимости больной, скорее всего, не найдет этого звонка. При оценке ориентации пациента в пространстве необходимо учитывать, что коридор, по которому он проходит, направляясь в различные кабинеты для получения лечебных процедур, он воспринимает только с правой стороны. Иными словами, этот путь туда и обратно выглядит для него по-разному, что может быть обусловлено феноменом неглекта.

Синдром «толкателя» (Pusher-Syndrom) характеризуется очень тяжелой клинической картиной с выраженным когнитивным дефицитом. В английском языке *to push* означает «толкать», «давить», «жать», и эти определения уже сами по себе являются одной из особенностей этого синдрома.

У пациента с таким синдромом нарушено восприятие схемы тела смещением срединной линии (возможно, вследствие феномена неглекта). При этом происходит сдавливание пораженной области здоровой стороной и соответственно перемещение в сторону поражения и назад. В этом положении пациенты удерживаются только при помощи медицинского персонала. Однако самого пациента это не очень беспокоит, тогда как в объективно прямом положении они себя чувствуют крайне неудобно. Это смещение положения тела более выражено в положении сидя, чем в положении лежа, и в положении стоя, чем в положении сидя. При движении синдром «толкателя» несколько ослабевает (например, при ходьбе).

При синдроме «толкателя» всегда наблюдаются такие симптомы, как неглект, анозогнозия и нарушения ориентации в пространстве. Реабилитация при этом синдроме длительна и требует больших усилий. Без адекватной помощи пациент не в состоянии осуществлять большинство функций (ходьба и положение стоя).

Целью терапии должна являться выработка у пациента вновь чувства схемы собственного тела, при которой он будет получать информацию через пораженную сторону и тренироваться путем воспроизведения чувства восприятия правильной срединной линии тела.

III. Депрессия. Феномен депрессии наблюдается, по данным различных авторов, у 30—70% всех пациентов после инсульта головного мозга при поражениях как правого, так и при левом полушарии головного мозга. Несомненно, что эта депрессия связана непосредственно с поражением головного мозга и превосходит то, что можно было бы ожидать при функциональных дефицитах. У больных с другими тяжелыми и хроническими заболеваниями такого депрессивного состояния, как у больных после инсульта головного мозга, не наблюдается. Среди пациентов с ишемией головного мозга значительно больше пациентов с депрессией, чем среди пострадавших с черепно-мозговой травмой. Комбинация анозогнозии и депрессии подтверждает, что мы имеем дело не только с чисто реактивным состоянием больного как реакцией на само заболевание. Источником развития депрессии у пациента является непосредственно поражение головного мозга. Несмотря на то что при поражениях левого полушария головного мозга у пациента чаще развивается чувство “катастрофы” (“теперь для меня все кончено, ничто мне больше не поможет, ничто не имеет больше значения»), а при поражениях правого полушария головного мозга — чувство полного безразличия и равнодушия, депрессия и в том, и в другом случае наблюдается с приблизительно одинаковой частотой.

В последнее время при обследовании пациентов с инсультом головного мозга мы пользовались различными тестами для выявления депрессии. Более чем у 40% пациентов мы обнаружили симптомы тяжелой депрессии, часто у тех пациентов, у которых первично депрессивного компонента не было. Между тем известно, что депрессия негативно влияет на успех реабилитации, так как пациент менее мотивирован и не так активно участвует в упражнениях.

Общение с пациентами показывает, что они часто не воспринимают успехи в лечении своего заболевания. Бывает так, что терапевты отмечают положительные изменения в состоянии пациента: лучше стал ходить, более независим, самостоятелен. Сам же больной это не осознает: он сравнивает свое нынешнее состояние с тем, что было у него до инсульта го-

ловного мозга (мог пробежать тысячу метров). Поэтому мы просматриваем вместе с пациентом список функциональных нарушений, включающий и самые простейшие из них, и обдумываем с ним, каковы реальные цели терапии. Один раз в неделю подводим вместе итоги лечения и обсуждаем достигнутые результаты: например, самостоятельно одел рубашку, надел ботинки, поднялся с кровати и сел в инвалидную коляску. При помощи такого конкретного обсуждения отдельных целей лечения пациент видит, в какой области и насколько больших успехов он достиг.

Еще одним возможным способом лечения депрессии является назначение противодепрессивных препаратов. Трициклические препараты (такие, как amitriptилин) в связи с их кардиальными побочными свойствами, антихолинергическим сопутствующим действием и успокаивающим эффектом не очень широко применяются. Мы можем добиться хороших результатов при назначении препаратов, тормозящих повторное введение в клетку серотонина, несколько лет назад появившихся на фармацевтическом рынке. Чаще мы применяем пароксетин (фирменное название “тагонис”). Этот медикамент обладает быстрым действием как при быстром изменении настроения у пациента (недержание аффективного состояния), так и при депрессии. При использовании этого препарата настроение пациента значительно улучшается. Для этого половины таблетки в сутки вполне достаточно, причем эта доза значительно ниже, чем рекомендуемая фирмой-производителем.

Если когнитивные нарушения у пациента отсутствуют, то он, как правило, посредством определенной тренировки самостоятельно учится ходить и обходиться в повседневной жизни без посторонней помощи. При когнитивных нарушениях, часто наблюдающихся на фоне инсультов головного мозга, поражающих правое полушарие, и у пациентов с депрессией отсутствуют стимул и мотивация. Такие пациенты часто не понимают того положения, в котором они находятся, они равнодушны, безразличны, лежат без движения в постели и без реабилитационных мероприятий достичь выздоровления не смогут. Прицельные же упражнения с учетом когнитивных нарушений позволят добиться высоких результатов реабилитации, значительно превосходящих итоги спонтанного улучшения состояния.

Поступила 18.02.99.