

УДК 616.8-005

**НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ  
РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПАЦИЕНТОВ С  
НЕГЛЕКТОМ ПОСЛЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО  
КРОВООБРАЩЕНИЯ*****Мартынова Виктория Павловна****Медицинский психолог, КЛРЦ «Территория здоровья», г. Барнаул, Россия,  
e-mail: vika1996.18@mail.ru****Ларина Алёна Владимировна****Магистрант, Алтайский государственный университет, г. Барнаул, Россия,  
e-mail: ski-91@mail.ru****Харченко Светлана Сергеевна****Генеральный директор, КЛРЦ «Территория здоровья», г. Барнаул, Россия,  
e-mail: kss@mcr-alt.ru*

В данной статье рассматривается описание клинического случая синдрома неглекта у пациента, перенесшего острое нарушение мозгового кровообращения, а также особенности организации нейропсихологического сопровождения в круглосуточном стационаре в отделении медицинской реабилитации на втором этапе. Подробно приведены основные нейропсихологические методы в работе по преодолению синдрома неглекта.

**Ключевые слова:** острое нарушение мозгового кровообращения, неглект, когнитивные нарушения, нейропсихологическая диагностика, нейропсихологическая реабилитация.

**NEUROPSYCHOLOGICAL FEATURES OF REHABILITATION  
MEASURES IN PATIENTS WITH NEGLECT AFTER ACUTE  
CEREBROVASCULAR ACCIDENT*****Martynova Viktorija Pavlovna****Clinical psychology, KLRC «Territorija zdorov'ja», Barnaul, Russia,  
e-mail: vika1996.18@mail.ru****Larina Alyona Vladimirovna****Master student, Altai State University, Barnaul, Russia,  
e-mail: ski-91@mail.ru****Kharchenko Svetlana Sergeevna****General director, KLRC «Territorija zdorov'ja», Barnaul, Russia,  
e-mail: kss@mcr-alt.ru*

This article discusses the description of a clinical case of neglect syndrome in a patient who suffered an acute cerebrovascular accident, as well as the features of the organization of

neuropsychological support in a round-the-clock hospital in the medical rehabilitation department at the second stage. The main neuropsychological methods in the work on overcoming the neglect syndrome are given in detail.

**Key words:** acute cerebrovascular accident, neglect, cognitive impairment, neuropsychological diagnostics, neuropsychological rehabilitation

На данный момент ишемический инсульт считается одним из самых часто встречающихся и тяжело протекающих поражений головного мозга [2, 4, 5, 6, 10].

Возникновение острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) зависит от множества факторов, среди которых можно выделить: возраст, перенесенный эмоциональный стресс, малоподвижный образ жизни, наличие в анамнезе сосудистых заболеваний (например, артериальная гипертония), заболеваний сердца, сахарный диабет, а также наличие вредных привычек и др.

По данным Министерства здравоохранения Алтайского края, количество случаев острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) на 2019 год составляет 7882, из них умерли 1627 человек. На 2020 год статистика составляет 7621 случай, умерли 1778 человек. Ниже представлена статистика пролеченных в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) людей за 2019 и 2020 годы в Алтайском крае.

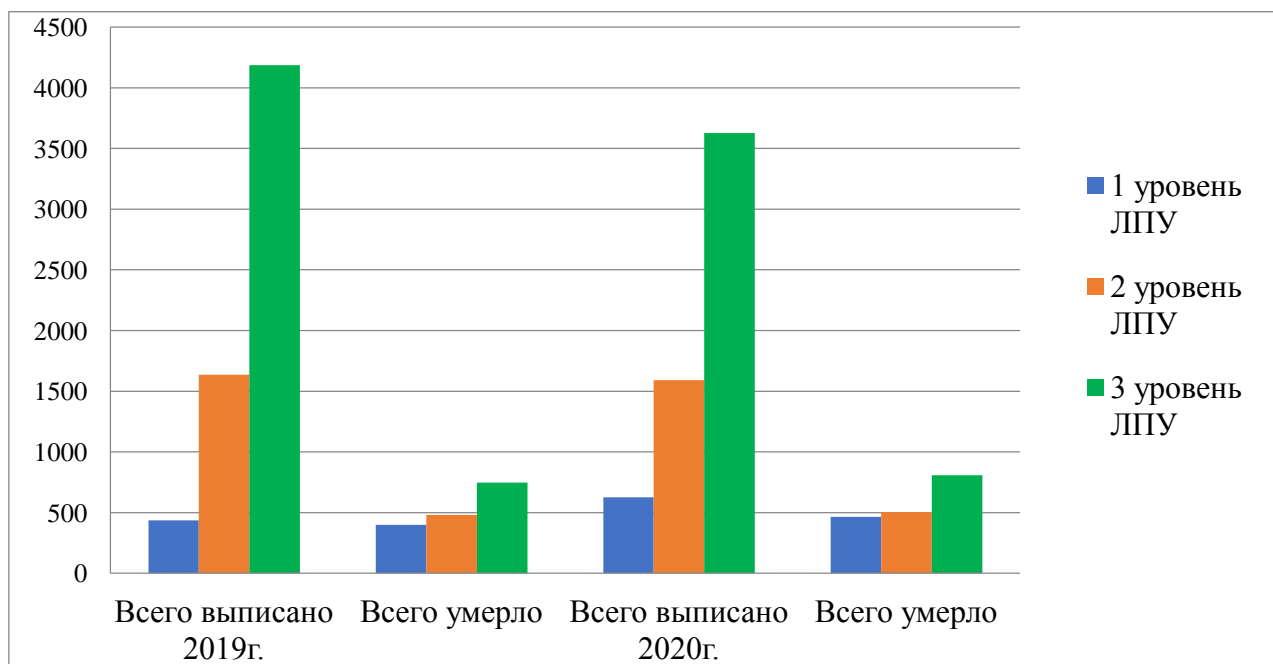


Рис. 1. Количество пациентов с инсультом, пролеченных в Алтайском крае за 2019–2020 г.г.

Когнитивные нарушения – это один из основных симптомов, которые можно увидеть в клинике ОНМК. В зависимости от локализации очага поражения наблюдается степень выраженность тех или иных нарушений высших психических функций. Как правило, при поражении конвекситальных отделов префронтальной области «ключевым» признаком является нарушение произвольных движений и действий, снижение мотивации, критики, при поражении теменных и затылочно-теменных структур наблюдается нарушение зрительных форм анализа и синтеза, что характеризуется проявлением различных форм агнозий, среди которых симптом неглекта (как правило, при правополушарных очагах).

Неглект – зрительное невнимание, характеризующееся игнорированием одной части пространства, преимущественно левой стороны [4]. Такие пациенты испытывают трудности отвечать на стимуляцию или воспринимать информацию на стороне, противоположной пораженному полушарию, не могут обнаружить стимул, ответить на него или сфокусировать на нем внимание, также испытывают трудности при ориентировке в пространстве, быту [1, 5].

Выделяют следующие виды синдрома неглекта:

- репрезентативное игнорирование, связанное с дефицитом памяти и репрезентации информации. Больной, страдающий этим видом пространственного игнорирования, игнорирует часть пространства, описывая его по памяти;
- моторное игнорирование, выражающееся в дефиците инициации движений;
- сенсорное игнорирование, связанное с расстройством внимания. При этом виде пространственного игнорирования больной не может сфокусировать внимание на части пространства, противоположной поражению мозга [6, 7].

Довольно часто при нейропсихологической диагностике выявляется сочетание синдрома игнорирования и лобного синдрома, что проявляется нарушениями критики к своему состоянию, поведения, нарушениями мотивации.

Как правило, пациенты с игнорированием не в полной мере осознают свое нарушение, что в итоге формирует пассивное отношение к своему заболеванию, а это отрицательно сказывается на эффективности проводимых реабилитационных мероприятий.

Целью данной работы является описание клинического случая, опыта организации психологической помощи и определение правильного алгоритма взаимодействия с пациентами, перенёвшими ОНМК и находящимися на лечении в реабилитационном стационаре, у которых по результатам нейропсихологического обследования было выявлено наличие одностороннего зрительно-пространственного игнорирования (неглекта). Данная статья имеет актуальность не только для членов мультидисциплинарной команды, а также для среднего и младшего медицинского персонала. Коррекционные занятия в дальнейшем могут улучшить реабилитационный прогноз и, как следствие, качество жизни [3, 8, 9, 11, 12].

**Описание клинического случая.** Пациент С., 60 лет, мужчина. Образование – высшее. Перенес ишемический инсульт в правой средней мозговой артерии (ПСМА). В ходе нейропсихологического исследования было выявлено наличие префронтального медиобазального, затылочно-теменного нейропсихологических синдромов. На момент осмотра предъявляет жалобы на нарушение движений в левых конечностях, «стал медленнее соображать», нарушение внимания. Пациент находится в ясном сознании, контакту доступен, отвечает на вопросы и выполняет задания неохотно, эмоционально лабилен, раздражителен. В месте, времени, собственной личности ориентирован. К своему состоянию критика нарушена. Пациент считает, что

полученные вследствие инсульта нарушения восстановятся самостоятельно или в обычной жизни ему больше не пригодятся.

При исследовании зрительного гнозиса в пробах на называние реалистичных, наложенных изображений, чтение текста выявлено зрительное невнимание в виде игнорирования левой части пространства листа. При выполнении нейропсихологических проб на копирование пациент рисовал лишь правую часть циферблата часов и других изображений. Ту же симптоматическую картину пациент демонстрирует и в письме под диктовку, пишет в столбец по правому краю.

При выполнении нейропсихологических проб на пространственный, динамический праксис по типу «кулак-ребро-ладонь» пациент выполняет только одной рукой (правой). Программа произвольной деятельности формируется после повторного предъявления и выполняется с единичными ошибками.

Вместе с тем концентрация и объем произвольного внимания снижены. На протяжении всего обследования заметна быстрая истощаемость, низкий уровень вработываемости, переключение затруднено. Результаты пробы таблицы Шульце: 83, 98, 99, 121, 125 с.

Объем кратковременной памяти снижен (кривая запоминания 4, 5, 5, 6, отсроченное – 1). Предложенные для запоминания предложения воспроизводит неточно, отмечается высокая подверженность гомогенной и гетерогенной интерференции, низкий уровень продуктивности запоминаемого материала, присутствуют элементы привнесения из прошлых заданий. Текст после самостоятельного прочтения воспроизводит неточно, требуются подсказки в виде наводящих вопросов со стороны психолога.

Однако стоит отметить сохранность интеллектуальной деятельности. Пациент успешно справлялся с заданиями на понимание и объяснение простых логико-грамматических конструкций (инвертированных конструкций, пословиц, метафор), операциями арифметического счета при

серийном отсчитывании, решении задач с условием. Мышление – абстрактное. Пациент с легкостью справлялся с пробами: простые аналогии, значимые признаки.

Пациент проходил курс медицинской реабилитации на втором этапе в круглосуточном стационаре в течение 10 дней. С пациентом работали члены мультидисциплинарной реабилитационной команды (МДРК), в том числе были проведены индивидуальные коррекционно-восстановительные занятия, в которые входили следующие упражнения:

1. Стимулирование пораженной стороны (тактильное, зрительное, двигательное) – постоянное привлечение внимания пациента к его пораженной стороне (расположение с левой стороны картинок, ярких предметов, выделение яркой полосой левой части пространства листа и использование бегунков при чтении текста, поиск цифр, предметов, тумбочки с личными вещами, телевизора, расположение кровати левой стороной к выходу).

2. Включение пораженной стороны в активную повседневную деятельность расположение еды предметов быта (за исключением острых предметов, горячей пищи).

3. Общение с пациентом с игнорируемой стороны для всех лиц, взаимодействующих с пациентом (специалисты-члены МДРК, средний и младший медицинский персонал, родственники).

4. Проведение коррекционных нейропсихологических занятий, включающих в себя: работу на листах, разделенных пополам, чтение текста, работа с прямой линией (нахождение центра отрезка прямой линии, разделение отрезков прямых линий на равные части), расстановка стрелок и обозначение времени на немом циферблате, работа с указанием пространственных отношений объектов, сравнение предметов с выделением отличительных признаков, расположенных слева и справа от пациентов, схематичное изображение плана палаты, маршрута, копирование и

дорисовывание изображений. Также в восстановительной работе учитывались и другие когнитивные нарушения.

На первых нейропсихологических занятиях пациент проявлял слабую заинтересованность и активность во время занятий, жаловался, что быстро утомляется, либо прекращал выполнять, если предъявленные упражнения оказывались более сложными. Тем не менее при выполнении заданий старался четко следовать инструкции и рекомендациям психолога. Например, при чтении текста с ярким выделением левой части пространства листа старался ориентироваться на вспомогательную линию. При копировании и переносе геометрических фигур с левой половины листа на правую на ошибки, подмеченные психологом, реагировал положительно, старался их исправить самостоятельно. При затруднении пациентом выполнения заданий давались устные напоминания в виде: «Найдите начало строки текста», «Обратите внимание на левую половину листа» и др. Стоит отметить, что на последующих занятиях нарушения кратковременной слухоречевой памяти регрессировали, пациенту стало доступно запоминание более сложного по объему текста, зрительного материала. Длительность занятий увеличилась с 15 до 30 мин. Параллельно с нейропсихологическим восстановительным обучением в работе с пациентом активно принимали участие другие члены МДРК: врач-невролог, врач ЛФК, инструкторы ЛФК, медицинский логопед. В результате улучшилась ориентировка в пространстве, уменьшилось количество ошибок, увеличилось количество самостоятельного произвольного корректирования средней линии восприятия за счет тренировки и подключения произвольной регуляции. Отмечалась положительная динамика в виде улучшения мотивационного компонента деятельности: заинтересованность и вовлечение в восстановление и результаты собственной деятельности, пациент стал передвигаться самостоятельно с опорой в пределах палаты, при выполнении заданий старался компенсировать

свое нарушение, поворачивая голову, глаза в левую сторону, ориентируясь на стимулирующие метки, стикеры, а также подмечал улучшения.

Результаты полученных наблюдений позволяют сделать следующие выводы: на данный момент синдром неглекта является одним из распространенных нарушений, возникающих в результате ОНМК. Своевременная диагностика и коррекция этого нарушения в ходе нейропсихологического исследования является важным звеном на начальном этапе его реабилитации. Помимо нейропсихологических занятий, должно быть проведено психологическое консультирование не только пациентам, но и их родственникам. В последнем случае медицинским психологом объясняется специфика нарушения и способы снижения проявления симптома игнорирования в виде демонстрационного занятия, выдаются четко изложенные и доступные для понимания рекомендации и памятки. Еще одним важным звеном должно быть информирование и участие специалистов МДРК.

Таким образом, можно говорить о необходимости разработки общего алгоритма работы для всего медицинского персонала, участвующего в восстановлении пациента.

#### Список литературы:

1. Буклина С.Б. Нарушение высших психических функций при поражении глубоких и стволовых структур мозга. 2-е изд. М. : МЕДпресс-информ, 2019. 312 с.
2. Виленский Б.С. Инсульт: профилактика, диагностика и лечение. СПб : Фолиант, 2002. 397 с.
3. Выготский Л. С. Проблема развития и распада высших психических функций. М. : Изд-во Смысл; Эксмо, 2005. 22 с.
4. Доброхотова Т. А., Брагина Н.Н. Функциональная асимметрия и психопатология очаговых поражений мозга. М. : Медицина, 1977. 360 с.
5. Захаров В.В., Вахнина Н.В. Инсульт и когнитивные нарушения // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2011. № 2. С. 8–16.
6. Ковальчук В.В., Шварцман П.И., Гусев А.О. Причины необходимости и способы устранения синдромов неглекта и «отталкивания» у пациентов после инсульта – факторов, препятствующих проведению адекватной реабилитации // Медико - социальная экспертиза и реабилитация. 2013. № 2. С. 50-53. URL:



<https://cyberleninka.ru/article/n/prichiny-neobhodimosti-i-sposoby-ustraneniya-sindromov-neglekta-i-ottalkivaniya-u-patsientov-posle-insulta-faktorov-prepyatstvuyuschih/viewer>

7. Ковальчук В.В. Пациент после инсульта. Принципы реабилитации и особенность ведения. М., 2016. 328 с. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/prichiny-neobhodimosti-i-sposoby-ustraneniya-sindromov-neglekta-i-ottalkivaniya-u-patsientov-posle-insulta-faktorov-prepyatstvuyuschih/viewer>

8. Ковальчук В.В., Баранцевич Е.Р., Галкин А.С. Мультидисциплинарный принцип ведения пациентов после инсульта. Критерии эффективности и факторы успеха физической, нейропсихологической и медикаментозной реабилитации // Эффективная фармакотерапия. 2020. Т. 16. № 31. С. 10–22.

9. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. 8-е издание, стереотип. М. : Academia, 2013. 384 с.

10. Русских О.А., Перевошиков П.В., Бронников В.А. Синдром игнорирования (неглекта) у постинсультных пациентов и возможности нейропсихологической реабилитации // Комплексные исследования человека: Психология. Материалы VII Сибирского Психологического Форума. Томск : Изд-во ТГУ. 2017. С.127–131.

11. Русских О.А. Синдром игнорирования и возможности нейропсихологической реабилитации пациентов // Человек. Искусство. Вселенная. 2021. № 2. С. 152–157.

12. Цветкова Л. С. Введение в нейропсихологию и восстановительное обучение: учебное пособие. М.: Московский психолого-социальный институт, 2000. 148 с.

### References:

1. Buklina S.B. Narushenie vysshih psicheskikh funkcij pri porazhenii glubinyh i stvolovyh struktur mozga. 2-e izd. М. : MEDpress-inform, 2019. 312 p.

2. Vilenskij B.S. Insul't: profilaktika, diagnostika i lechenie. SPb : Foliant, 2002. 397 p.

3. Vygotskij L. S. Problema razvitiya i raspada vysshih psicheskikh funkcij. М. : Izd-vo Smysl; Eksmo, 2005. 22 p.

4. Dobrohotova T. A., Bragina N.N. Funkcional'naya asimmetriya i psihopatologiya ochagovyh porazhenij mozga. М. : Medicina, 1977. 360 p.

5. Zaharov V.V., Vahnina N.V. Insul't i kognitivnye narusheniya // Nevrologiya, nejropsihiatriya, psihosomatika. 2011. No. 2. P. 8–16.

6. Koval'chuk V.V., SHvarcman P.I., Gusev A.O. Prichiny neobhodimosti i sposoby ustraneniya sindromov neglekta i «ottalkivaniya» u pacientov posle insul'ta – faktorov, prepyatstvuyushchih provedeniyu adekvatnoj rehabilitacii // Mediko - social'naya ekspertiza i rehabilitaciya. 2013. No. 2. P. 50-53. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/prichiny-neobhodimosti-i-sposoby-ustraneniya->

sindromov-neglekta-i-ottalkivaniya-u-patsientov-posle-insulta-faktorov-prepyatstvuyuschih/viewer

7. Koval'chuk V.V. Pacient posle insul'ta. Principy reabilitacii i osobennost' vedeniya. M., 2016. 328 p. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/prichiny-neobhodimosti-i-sposoby-ustraneniya-sindromov-neglekta-i-ottalkivaniya-u-patsientov-posle-insulta-faktorov-prepyatstvuyuschih/viewer>

8. Koval'chuk V.V, Barancevich E.R., Galkin A.S. Mul'tidisciplinarnyj princip vedeniya pacientov posle insul'ta. Kriterii effektivnosti i faktory uspekha fizicheskoy, nejropsihologicheskoy i medikamentoznoj reabilitacii // Effektivnaya farmakoterapiya. 2020. T. 16. No. 31. P. 10–22.

9. Luriya A.R. Osnovy nejropsihologii. 8-e izdanie, stereotip. M. : Academia, 2013. 384 p.

10. Russkih O.A., Perevoshchikov P.V., Bronnikov V.A. Sindrom ignorirovaniya (neglekta) u postinsul'tnyh pacientov i vozmozhnosti nejropsihologicheskoy reabilitacii // Kompleksnye issledovaniya cheloveka: Psihologiya. Materialy VII Sibirskogo Psihologicheskogo Forumu. Tomsk : Izd-vo TGU. 2017. P.127–131.

11. Russkih O.A. Sindrom ignorirovaniya i vozmozhnosti nejropsihologicheskoy reabilitacii pacientov // Chelovek. Iskusstvo. Vselennaya. 2021. No. 2. P. 152–157.

12. Cvetkova L. S. Vvedenie v nejropsihologiyu i vosstanovitel'noe obuchenie: uchebnoe posobie. M.: Moskovskij psihologo-social'nyj institut, 2000. 148 p.