

Российское психологическое общество
Союз реабилитологов России
Национальная ассоциация по борьбе с инсультом

**НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ
ДИАГНОСТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ
ПАЦИЕНТОВ С АПРАКСИЯМИ ПРИ
ПОВРЕЖДЕНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Методические рекомендации утверждены
на заседании Президиума Российского
психологического общества
на XI международном Конгрессе
«Нейрореабилитация-2019»

Год утверждения (частота пересмотра): 2019 (пересмотр
каждые 5 лет)

Москва 2019

Данные рекомендации были разработаны в соответствии с НАЦИОНАЛЬНЫМ СТАНДАРТОМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ «Клинические рекомендации (протоколы лечения). Общие положения» ГОСТ Р 56034-2014, введен в действие с 01.06.2015, код ОКС 11.160.

Данные рекомендации были изменены в соответствии с «Требованиями к оформлению клинических рекомендаций для размещения в Рубрикаторе» (письмо Первого заместителя Министра здравоохранения РФ Каграманяна И.Н. от 01.09.2016 №17-4/10/1-4939; письмо директора Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Камкина Е.Г. и директора Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Байбариной Е.М. от 08.09.2016 № 17-04-11541).

Оглавление

Ключевые слова	4
Список сокращений.....	5
Термины и определения.....	6
Введение	10
1. Краткая информация	12
2. Нейропсихологическая диагностика пациентов с апраксиями	39
3. Нейропсихологическая реабилитация пациентов с апраксиями	58
Критерии оценки качества психологической помощи .	80
Список литературы.....	84
Приложение А1. Состав Рабочей группы	89
Приложение А2. Методология разработки методических рекомендаций.....	92
Приложение А3. Связанные документы	96
Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента	97
Приложение В. Информация для пациента	98

Ключевые слова

Клиническая психология, нейропсихология, медицинский психолог, нейропсихологическая диагностика, нейропсихологическая реабилитация, клинико-психологическая диагностика, клинико-психологическая реабилитация, высшие психические функции, праксис, апраксии.

Список сокращений

ВКБ - внутренняя картина болезни (аутопластическая картина болезни);

ВПФ - высшие психические функции;

МДБ - мультидисциплинарная реабилитационная бригада;

МКБ 10 - международная классификация болезней;

МКФ - международная классификация функционирования ограничений жизнедеятельности и здоровья;

ЦНС - центральная нервная система;

ADL Scales - Rivermead Activities of Daily Living Scale.

TULIA - Test of Upper Limb Apraxia.

Термины и определения

ВКБ - субъективная сторона заболевания, сложное структурированное образование, включающее, по крайней мере, четыре уровня психического отражения болезни в психике заболевшего (чувственный, эмоциональный, интеллектуальный, мотивационный).

ВПФ - сложные формы сознательной психической деятельности, социальные по своему происхождению, опосредствованные по психологическому строению и произвольные по способу своего формирования.

Действия - единица деятельности; произвольная, преднамеренная, опосредованная активность, направленная на достижение осознаваемой цели.

Деятельность - динамическая система взаимодействий субъекта с миром, в процессе которых происходит возникновение и воплощение в объекте психического образа, и реализация опосредованных им отношений субъекта предметной действительности.

Клиническая психология - частная психологическая дисциплина, предмет которой - нарушения психической деятельности при психических

болезнях, нарушениях развития, поражениях ЦНС, а также психологические аспекты соматических расстройств/болезней. Клиническая психология изучает психологические факторы и психологические механизмы широкого спектра поведенческих, психических, психосоматических и соматических расстройств.

Клинико - психологическая диагностика - исследование структуры и степени выраженности нарушений ВПФ и личностных изменений.

Клинико - психологическая реабилитация - система профессиональных воздействий медицинского психолога, направленная на восстановление личного, профессионального и социального статуса больного, а также психологическая помощь и сопровождение семьи пациента и членов МДБ.

Комплаенс - готовность больного следовать и соблюдать рекомендации лечащего врача и сотрудничать с лечащим врачом и другими специалистами мультидисциплинарной команды.

Медицинский психолог - это должность специалиста в сфере здравоохранения. Основное требование к квалификации медицинского психолога -

высшее профессиональное образование по специальности "Клиническая психология". Основными задачами медицинского психолога являются проведение клинико-психологической диагностики и реабилитации.

Нейропсихологическая диагностика - исследование психических процессов с помощью набора специальных проб с целью квалификации и количественной характеристики нарушений (состояния) ВПФ и установления связи выявленных дефектов/особенностей с патологией или функциональным состоянием определенных отделов мозга либо с индивидуальными особенностями морфо - функционального состояния мозга в целом.

Нейропсихологическая реабилитация – это, прежде всего, ряд мероприятий, направленных на восстановление нарушенных ВПФ.

Нейропсихологический симптом - нарушение психической функции, возникающее вследствие локального поражения головного мозга (или вследствие иных патологических причин, приводящих к локальным изменениям в работе мозга).

Нейропсихологический синдром - закономерное сочетание нейропсихологических симптомов,

обусловленное поражением (выпадением) определенного фактора (или нескольких факторов).

Нейропсихологический фактор - определенный вид аналитико-синтетической деятельности специфических мозговых структур, который обеспечивает реализацию одного из звеньев функциональной системы психики.

Операция - единица деятельности; способ выполнения действия, определяемый условиями наличной (внешней или мысленной) ситуации.

Реабилитационный потенциал - вероятность достижения намеченных целей реабилитации в намеченный отрезок времени с учетом возможностей пациента.

Синдромный анализ - анализ нейропсихологических синдромов с целью обнаружения общего основания (фактора), объясняющего происхождение различных нейропсихологических симптомов; изучение качественной специфики нарушений различных психических функций, связанных с поражением (выпадением) определенного фактора; качественная квалификация нейропсихологических симптомов.

Введение

Реабилитационная работа и оценка различных параметров психической деятельности пациента в связи с проводимым лечением и восстановительными мероприятиями относятся к числу основополагающих практических задач, которые призваны решать медицинские психологи в клинике в соответствии с действующими профессиональными стандартами не только в нашей стране, но и во всем мире. В связи с тем, что участие медицинских психологов в решении этих задач отвечает запросам медицины, в структуру реабилитационных мероприятий внедрена психологическая помощь.

Процесс реабилитации, направленный на как можно полное и раннее возвращение больного к труду и полноценной жизни, преодоление последствий болезни, функциональных нарушений и послеоперационных осложнений понимается как системная деятельность, направленная на восстановление личного и социального статуса больного особым методом, главное содержание которого состоит в опосредовании через личность больного лечебно-восстановительных воздействий и мероприятий; создание психологически обоснованных

условий для развития личности с учетом вносимых болезнью ограничений. Иными словами, реабилитация - это активный процесс, в котором больной и его близкие выступают не просто «потребителями» лечения, а партнерами и активными участниками лечебно-восстановительных мероприятий. Психологические реабилитационные и коррекционные мероприятия должны начинаться как можно раньше. Вместе с этим следует ориентироваться не только на уже сформировавшиеся патологические симптомы, но и на прогнозируемые. Поэтому реабилитационно-коррекционная работа медицинского психолога должна быть, в том числе, превентивной.

Рекомендации прошли процессы авторской разработки, редактирования и рецензирования под руководством председателей профильных комиссий по медицинской психологии и медицинской реабилитации Экспертного совета Минздрава России. Пересмотр рекомендаций осуществляется по мере получения новых клинических данных, обобщений приобретенного опыта, но не реже чем 1 раз в 5 лет.

1. Краткая информация

1.1. Определение

Практика представляет собой систему высокоорганизованных, координированных, сознательных, произвольных движений и действий, на базе которых строится совокупность практических навыков человека. Произвольные движения и действия могут быть как самостоятельными двигательными актами, так и средствами, с помощью которых реализуются самые различные формы поведения. Произвольные движения входят в состав устной и письменной речи, а также многих других ВПФ. Они также включены в разнообразные моторные акты человека, составляя лишь определенную часть (уровень) внутри них [1]. Нарушения произвольных движений и действий относятся к сложным двигательным расстройствам, которые, в первую очередь, связаны с поражением коркового уровня двигательных функциональных систем. Этот тип нарушений двигательных функций получил в неврологии и нейропсихологии название апраксий [1]. Термин «апраксия» был введен в научную литературу Steinthal в 1871 году [2], однако Hugo Karl Lipmann первым

наиболее полно описал данное расстройство в начале XX века.

В повседневной жизни апраксия проявляется в том, что человек не может накрыть на стол, намазать масло на хлеб, выдавить зубную пасту на щётку или застелить постель, несмотря на нормальный мышечный тонус и хорошую силу в руках. В то же время приведенное определение апраксии не вполне совершенно, поскольку при распространенном типе патологического процесса (например, при дегенеративных заболеваниях головного мозга, инсультах, опухолях, черепно-мозговых травмах и других поражениях головного мозга) апраксия сосуществует с элементарными двигательными расстройствами, такими как парезы, ригидность, тремор и атаксия. У больных с поражениями левого полушария апраксия часто сочетается с афазией.

Под апраксией понимают нарушение выполнения произвольных, выученных, целенаправленных движений и действий, обусловленное поражением, прежде всего, коркового уровня двигательных функциональных систем, возникающее при сохранности

элементарных основ движений (мышечного тонуса, силы, амплитуды, скорости движений) [1, 3, 4].

Профессиональные компетенции клинического психолога¹ в МДБ²:

- Владение методами и процедурой нейропсихологического обследования;
- Владение навыками нейропсихологической диагностики и использования специфических психометрических методов, которые могут применяться для оценки праксиса и других ВПФ;
- Умение формировать индивидуальные программы когнитивной реабилитации;

¹ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 23 июля 2010 г. N 541н г. Москва "Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения". Зарегистрирован в Минюсте РФ 25 августа 2010 г. Регистрационный N 18247.

² Приказ Минздрава России от 29.12.2012 N 1705н "О порядке организации медицинской реабилитации" (Зарегистрировано в Минюсте России 22 февраля 2013 г. N 27276).

- Знание способов и средств восстановительной работы и осуществление выбора апробированных эффективных конкретных технологий восстановления нарушенных когнитивных функций (в том числе технологии мультисенсорной стимуляции);
- Владение методами клинико-психологической оценки эмоциональных состояний, поведения и личности в условиях острого периода непсихотического заболевания и вынужденной госпитализации;
- Владение методами клинико-психологической помощи и сопровождения эмоциональных состояний, личностных и поведенческих изменений пациентов и их родственников, связанных с болезнью и госпитализацией.

Часто возникающей проблемой в работе с такими больными является неполное понимание родными и близкими пациента имеющихся расстройств и путей их преодоления. Рекомендуется обеспечивать информацией пациентов и людей, ухаживающих за ними.

Необходимые действия медицинского психолога:

- Разъяснение специфики болезни;

- Разъяснение специфики расстройств при апраксии;
- Помощь в выработке адекватных поведенческих стратегий во взаимодействии с больным;
- Снятие психологического стресса, работа с эмоциональными реакциями родных и близких.

В связи с введением в систему здравоохранения принципа оплаты по клинико-статистическим группам, при организации реабилитации неизбежно возникает вопрос о расчетах дополнительных затрат на ее проведение. Для облегчения приводим лист услуг (табл. 1) по диагностике и реабилитации больных с нарушениями регуляторных функций, основанном на официальном рубрикаторе и практическом опыте отдельных клиник.

Табл.1. Расчет стоимости услуг по диагностике и реабилитации пациентов с апраксиями при повреждениях головного мозга.

Код	Наименование	Частота	Оптимальное число занятий³
A13.23.013	Специальное нейропсихологическое обследование	1 раз за курс	Нет данных
A13.29.005	Нейропсихологическое обследование	1 раз за курс	Нет данных
A13.29.001.001	Сбор анамнеза и жалоб больного с нарушениями психической сферы	1 раз за курс	Нет данных
A21.23.004	Составление индивидуальной программы нейропсихологической реабилитации	1 раз в неделю	Нет данных

³ Число занятий, необходимое для достижения одной узкоспециализированной цели при реабилитации больного с апраксией либо для вынесения предварительного заключения о сниженном реабилитационном потенциале.

A13.23.011	Нейропсихологическая коррекционно - восстановительная процедура при нарушениях психических функций	3-5 раз в неделю	7
A21.23.005	Нейропсихологическая реабилитация	3-5 раз в неделю	7
A21.23.006	Обучение родственников пациента тактике и методам восстановления когнитивных функций больных	2 раза за курс	Нет данных
A13.30.011	Процедуры двигательного праксиса	3-5 раз в неделю	7
A13.29.013	Процедуры по адаптации к условиям микросреды	2-3 раза в неделю	15
В04.069.001	Школа психологической профилактики для пациентов и родственников	2 раза за курс	Нет данных

B05.023.001 B05.024.002	Услуги по реабилитации пациента, перенесшего острое нарушение мозгового кровообращения	20 раз за 2 недели	Нет данных
B05.024.002	Услуги по реабилитации пациента, перенесшего нейрохирургическую операцию	20 раз за 2 недели	Нет данных

1.2 Этиология и патогенез

Апраксии встречаются при заболеваниях головного мозга различной этиологии.

1.3 Эпидемиология

Расстройства произвольных движений и действий являются одними из наиболее часто встречающихся нарушений когнитивных функций при поражениях головного мозга различной этиологии. Они не всегда своевременно выявляются и правильно диагностируются, что приводит к нарушению адаптации больных и снижению их функционирования в целом, а также тормозят процессы бытовой, социальной и профессиональной адаптации.

1.4. Кодирование по МКБ 10

Злокачественное новообразование глаза и его придаточного аппарата (С69):

С69.8 - Поражение глаза и его придаточного аппарата, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций.

Злокачественное новообразование мозговых оболочек (С70):

С70.0 - Оболочек головного мозга;

С70.9 - Мозговых оболочек неуточненных.

Злокачественное новообразование головного мозга (С71):

С71.0 - Большого мозга, кроме долей и желудочков;

С71.1 - Лобной доли;

С71.2 - Височной доли;

С71.3 - Теменной доли;

С71.4 - Затылочной доли;

С71.5 - Желудочка мозга;

С71.6 - Мозжечка;

С71.7 - Ствола мозга;

С71.8 - Поражение, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций головного мозга;

С71.9 - Головного мозга неуточненной локализации.

Злокачественное новообразование спинного мозга, черепных нервов и других отделов центральной нервной системы (С72):

С72.2 - Обонятельного нерва, обонятельной луковицы;

С72.3 - Зрительного нерва;

С72.4 - Слухового нерва;

С72.5 - Других и неуточненных черепных нервов;

С72.8 - Поражение спинного мозга и других отделов центральной нервной системы, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций.

Злокачественное новообразование спинного мозга и других отделов центральной нервной системы, которое по месту возникновения не может быть отнесено ни к одной из рубрик С70-С72.5;

С72.9 - Центральной нервной системы неуточненного отдела.

Доброкачественное новообразование мозговых оболочек (D32):

D32.0 - Оболочек головного мозга;

D32.1 - Оболочек спинного мозга;

D32.9 - Оболочек мозга неуточненных. Менингиома БДУ.

Доброкачественное новообразование головного мозга и других отделов центральной нервной системы (D33):

D33.0 - Головного мозга над мозговым наметом;

D33.1 - Головного мозга под мозговым наметом;

D33.2 - Головного мозга неуточненное;

D33.3 - Черепных нервов;

D33.7 - Других уточненных частей центральной нервной системы;

D33.9 - Центральной нервной системы неуточненной локализации.

Воспалительные болезни центральной нервной системы (G00-G09):

G00 - Бактериальный менингит, не классифицированный в других рубриках:

G00.0 - Гриппозный менингит;

G00.1 - Пневмококковый менингит;

G00.2 - Стрептококковый менингит;

G00.3 - Стафилококковый менингит;

G00.8 - Менингит, вызванный другими бактериями;

G00.9 - Бактериальный менингит неуточненный;

G01* - Менингит при бактериальных болезнях, классифицированных в других рубриках:

Менингит (при): сибирской язве (A22.8+), гонококковый (A54.8+), лептоспирозный (A27. -+), листериозе (A32.1+), болезни Лайма (A69.2+), менингококковый (A39.0+), нейросифилисе (A52.1+), сальмонеллезе (A02.2+), сифилисе: врожденном (A50.4+), вторичном (A51.4+), туберкулезе (A17.0+), тифоидной лихорадке (A01.0+). Исключены: менингоэнцефалит и менингомиелит при бактериальных болезнях, классифицированных в других рубриках (G05.0*);

G02* - Менингит при других инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках:

Исключены: менингоэнцефалит и менингомиелит при инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках (G05.2*);

G02.0 - Менингит при вирусных болезнях, классифицированных в других рубриках;

Менингит (вызванный вирусом): аденовирусный (A87.1+), энтеровирусный (A87.0+), простого герпеса (B00.3+), инфекционного мононуклеоза (B27. -+), кори (B05.1+), эпидемического паротита (B26.1+), краснухи

(B06.0+), ветряной оспы (B01.0+), опоясывающего лишая (B02.1+);

G02.1 - Менингит при микозах:

Менингит (при): кандидозный (B37.5+), кокцидиоидомикозе (B38.4+), криптококковый (B45.1+).

G02.8* - Менингит при других уточненных инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках;

Менингит, обусловленный: африканским трипаносомозом (B56.-+); болезнью Шагаса (B57.4+);

G03 - Менингит, обусловленный другими и неуточненными причинами:

G03.0 - Непиогенный менингит:

Небактериальный менингит;

G03.1 - Хронический менингит;

G03.2 - Доброкачественный рецидивирующий менингит;

G03.8 - Менингит, вызванный другими уточненными возбудителями;

G03.9 - Менингит неуточненный:

Арахноидит (спинальный) БДУ;

G04 - Энцефалит, миелит и энцефаломиелит:

Включены: острый восходящий миелит, менингоэнцефалит, менингомиелит. Исключены: доброкачественный миалгический энцефалит (G93.3), энцефалопатия: БДУ (G93.4), алкогольного генеза, (G31.2), токсическая (G92), рассеянный склероз (G35), миелит: острый поперечный (G37.3), подострый некротизирующий (G37.4);

G04.0 - Острый диссеминированный энцефалит;

G04.1 - Тропическая спастическая параплегия;

G04.2 - Бактериальный менингоэнцефалит и менингомиелит, не классифицированный в других рубриках;

G04.8 - Другой энцефалит, миелит и энцефаломиелит:

Постинфекционный энцефалит и энцефаломиелит БДУ;

G04.9 - Энцефалит, миелит или энцефаломиелит неуточненный;

G05* - Энцефалит, миелит и энцефаломиелит при болезнях, классифицированных в других рубриках:

Включены: менингоэнцефалит и менингомиелит при болезнях, классифицированных в других рубриках;

G05.0* - Энцефалит, миелит и энцефаломиелит при бактериальных болезнях, классифицированных в других рубриках:

Энцефалит, миелит или энцефаломиелит (при):
листериозе (A32.1+), менингококковый (A39.8+)
сифилисе: врожденном (A50.4+), позднем (A52.1+),
туберкулезный (A17.8+);

G05.1* - Энцефалит, миелит и энцефаломиелит при
вирусных болезнях, классифицированных в других
рубриках:

Энцефалит, миелит или энцефаломиелит (при):
аденовирусных (A85.1+), цитомегаловирусный (B25.8+),
энтеровирусный (A85.0+), простом герпесе (B00.4+),
гриппе (J10.8+, J11.8+), кори (B05.0+), эпидемическом
паротите (B26.2+), после ветряной оспы (B01.1+),
краснухе (B06.0+), опоясывающем лишае (B02.1+);

G05.2* - Энцефалит, миелит и энцефаломиелит при
других инфекционных и паразитарных болезнях,
классифицированных в других рубриках:

Энцефалит, миелит или энцефаломиелит при:
африканском трипаносомозе (B56. -+), болезни Шагаса
(хронической) (B57.4+), менингите, вызванном
свободноживущими амебами (naegleria) (B60.2+),
токсоплазмозе (B58.2+), эозинофильный
менингоэнцефалит (B83.2+);

G05.8* - Энцефалит, миелит и энцефаломиелит при других болезнях, классифицированных в других рубриках:

Энцефалит при системной красной волчанке (M32.1+);

G06 - Внутричерепной и внутрипозвоночный абсцесс и гранулема:

G06.0 - Внутричерепной абсцесс и гранулема:

Абсцесс (эмболический): головного мозга [любой части], мозжечковый, церебральный, отогенный внутричерепной(ая) абсцесс или гранулема: эпидуральный(ая), экстрадуральный(ая), субдуральный(ая);

G06.1 - Внутрипозвоночный абсцесс и гранулема:

Абсцесс (эмболический) спинного мозга [любой части], внутрипозвоночный абсцесс или гранулема: эпидуральный, экстрадуральный, субдуральный;

G06.2 - Экстрадуральный и субдуральный абсцесс неуточненный;

G07* - Внутричерепной и внутрипозвоночный абсцесс и гранулема при болезнях, классифицированных в других рубриках:

Абсцесс головного мозга: амебный (A06.6+), гонококковый (A54.8+), туберкулезный (A17.8+),

гранулема головного мозга при шистосомозе (B65.-+),
туберкулома: головного мозга (A17.8+), мозговых
оболочек (A17.1+);

G08 - Внутрочерепной и внутрипозвоночный флебит и
тромбофлебит:

Септическая(ий): эмболия, эндофлебит, флебит
внутричерепных или внутрипозвоночных,
тромбофлебит венозных синусов и вен, тромбоз.

Исключены: внутричерепные флебиты и
тромбофлебиты: осложняющие: аборт, внематочную
или молярную беременность (O00-O07, O08.7),
беременность, роды или послеродовой период
(O22.5, O87.3), негнойного происхождения (I67.6)
негнойные внутрипозвоночные флебиты и
тромбофлебиты (G95.1);

G09 - Последствия воспалительных болезней
центральной нервной системы:

Примечание. Эту рубрику следует использовать для
обозначения состояний, первично классифицированных
в рубриках G00-G08 (исключая те, которые отмечены
значком *) как причина последствий, которые сами
отнесены к другим рубрикам. Понятие "последствия"
включает состояния, уточненные как таковые или как

поздние проявления или последствия, существующие в течение года или более после начала вызвавшего их состояния.

Экстрапирамидные и другие двигательные нарушения (G20-G26):

G20 - Болезнь Паркинсона:

Гемипаркинсонизм, дрожательный паралич, паркинсонизм или болезнь Паркинсона: БДУ, идиопатический(ая), первичный(ая);

G21 - Вторичный паркинсонизм;

G22* - Паркинсонизм при болезнях, классифицированных в других рубриках:

Сифилитический паркинсонизм (A52.1+);

G23 - Другие дегенеративные болезни базальных ганглиев:

Исключена: полисистемная дегенерация (G90.3);

G24 - Дистония:

Включена: дискинезия. Исключен: атетонидный церебральный паралич (G80.3);

G25 - Другие экстрапирамидные и двигательные нарушения;

G26* - Экстрапирамидные и двигательные нарушения при болезнях, классифицированных в других рубриках.

Травмы головы (S00-S09):

S00 - Поверхностная травма головы:

Исключены: контузия головного мозга (диффузная) (S06.2), контузия головного мозга очаговая (S06.3), травма глаза и глазницы (S05.-);

S01 - Открытая рана головы:

Исключены: декапитация (S18) травма глаза и глазницы (S05.-), травматическая ампутация части головы (S08.-);

S02 - Перелом черепа и лицевых костей;

S03 - Вывих, растяжение и перенапряжение суставов и связок головы;

S04 - Травма черепных нервов;

S05 - Травма глаза и глазницы:

Исключены: травма: глазодвигательного нерва (S04.1), зрительного нерва (S04.0), открытая рана века и окологлазничной области (S01.1), перелом костей глазницы (S02.1, S02.3, S02.8), поверхностная травма века (S00.1-S00.2);

S06 - Внутричерепная травма;

S07 - Размозжение головы;

S08 - Травматическая ампутация части головы;

S09 - Другие и неуточненные травмы головы.

Отравление лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами (Т36-Т50):

Т36 - Отравление антибиотиками системного действия:

Исключены: отравление антибиотиками: .
противоопухолевыми (Т45.1), применяемыми местно
НКДР (Т49.0), применяемыми для лечения: уха, горла,
носа (Т49.6), глаза (Т49.5);

Т37 - Отравление другими противoinфекционными и
противопаразитарными средствами системного
действия:

Исключены: противoinфекционными средствами:
местного применения НКДР (Т49.0), для лечения
болезней: уха, горла, носа (Т49.6), глаз (Т49.5);

Т38 - Отравление гормонами, их синтетическими
заменителями и антагонистами, не классифицированное
в других рубриках:

Исключены: минералокортикоидами и их
антагонистами (Т50.0), гормонами окситоцинового
действия (Т48.0), гормонами парашитовидной железы и
их производными (Т50.9);

T39 - Отравление неопиоидными анальгезирующими, жаропонижающими и противоревматическими средствами;

T40 - Отравление наркотиками и психодислептиками (галлюциногенами):

Исключены: лекарственная зависимость и психические расстройства и нарушения поведения вследствие употребления психоактивных веществ (F10-F19);

T41 - Отравление анестезирующими средствами и терапевтическими газами:

Исключены: бензодиазепинами (T42.4), кокаином (T40.5), опиоидами (T40.0-T40.2);

T42 - Отравление противосудорожными, седативными, снотворными и противопаркинсоническими средствами:

Исключены: лекарственная зависимость, психические расстройства и нарушения поведения вследствие употребления психоактивных веществ (F10-F19);

T43 - Отравление психотропными средствами, не классифицированное в других рубриках:

Исключены: средствами, подавляющими аппетит (T50.5), барбитуратами (T42.3), бензодиазепинами (T42.4), лекарственная зависимость, психические расстройства и расстройства поведения вследствие

употребления психоактивных веществ (F10-F19), метаквалоном (Т42.6), психодислептиками (галлюциногенами) (Т40.7-Т40.9);

Т44 - Отравление препаратами, действующими преимущественно на вегетативную нервную систему;

Т45 - Отравление препаратами, преимущественно системного действия и гематологическими агентами, не классифицированное в других рубриках;

Т46 - Отравление препаратами, действующими преимущественно на сердечно-сосудистую систему:

Исключено: метараминолом (Т44.4);

Т47 - Отравление препаратами, действующими преимущественно на органы пищеварения;

Т48 - Отравление препаратами, действующими преимущественно на гладкую и скелетную мускулатуру и органы дыхания;

Т49 - Отравление препаратами местного действия, влияющими преимущественно на кожу и слизистые оболочки, и средствами, используемыми в офтальмологической, отоларингологической и стоматологической практике:

Включено: местно примененными глюкокортикоидами;

T50 - Отравление диуретиками и другими неуточненными лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами.

1.5 Классификация

Характеристики пациентов, для диагностики и реабилитации которых предназначены данные методические рекомендации, отражены в табл.2.

Табл. 2. Модель пациента (характеристики пациента, этапы диагностики и реабилитации⁴ и их виды согласно МКФ).

Обязательная составляющая модели пациента	Описание составляющей модели пациента
Клиническая ситуация	Состояния после повреждения головного мозга различной этиологии
МКБ-10	C69 - C72; D32, D33; G00 - G09; G20 - G26; S00 - S09; T36 - T50
Исключаются группы заболеваний согласно МКБ-10	Нет данных
Домены МКФ, связанные с диагностикой апраксий	b760 - контроль произвольных двигательных функций;

⁴ Приказ Минздрава России от 29.12.2012 N 1705н "О порядке организации медицинской реабилитации" (Зарегистрировано в Минюсте России 22 февраля 2013 г. N 27276).

	b7653 - стереотипные и двигательные perseverации; Все домены d (1 - 9)
Домены МКФ, связанные с реабилитацией пациентов с апраксиями	b760 - контроль произвольных двигательных функций; b7653 - стереотипные и двигательные perseverации; Все домены d (1 - 9)
Определитель кода МКФ, отмечающий величину уровня здоровья	xxx.1 - легкие проблемы; xxx.2 - умеренные проблемы; xxx.3 - тяжелые проблемы; xxx.4 - абсолютные проблемы
Этапы реабилитации (Приказ МЗ РФ № 1705н от 29.12.2012)	1, 2, 3 этапы
Возраст пациента	От 18 лет

В рамках теории системной динамической локализации ВПФ [5] выделяются четыре основных компонента праксиса: кинетический, кинестетический, пространственный и регуляторный.

Нарушениям указанных компонентов праксиса соответствуют четыре формы апраксии [5, 6]:

- Кинетическая (динамическая) апраксия. В зарубежных публикациях эта форма нарушений часто

описывается как «лимбико-кинетическая» апраксия. Данный вид апраксии отличается нарушением плавности, дезавтоматизацией движений и действий, «застреванием» на отдельных элементах (персеверации), нарушением «кинетической мелодии» и «динамики двигательного акта». Возникает преимущественно при повреждении премоторных областей коры головного мозга. Кинетическая апраксия может сочетаться с выделенной А.Р. Лурией [5,6] эфферентной моторной афазией, в основе которой лежит нарушение сукцессивной организации речи.

- Кинестетическая апраксия («эфферентная кинестетическая апраксия», «апраксия позы»). В зарубежных публикациях эта форма апраксии нередко обозначается как «идеомоторная» апраксия. Она проявляется расстройством тонких дифференцированных движений при действиях с реальными и воображаемыми предметами, а также при копировании этих действий. При кинестетической апраксии пациент не может найти нужное положение руки и приспособиться к свойствам используемого предмета. У больного отмечается поиск необходимой позы руки при манипуляции с предметами.

Происхождение этой формы апраксии связано преимущественно с повреждением теменных областей коры головного мозга. Однако после внедрения в клиническую практику методов нейровизуализации появились данные о возможности развития данной формы апраксии также и при очагах в лобной доле при прерывании межполушарных кортико-кортикальных связей или кортико-субкортикальных связей с базальными ганглиями и таламусом [7]. Кинестетическая апраксия может сочетаться с выделенной А.Р. Лурией [5, 6] афферентной моторной афазией, в основе которой лежит нарушение обратной кинестетической афферентации от органов артикуляции.

- **Пространственная апраксия.** Характеризуется нарушением пространственно-ориентированных движений, координации совместных движений рук (больному становится трудно застелить постель, одеться), хотя простые одиночные и ранее заученные жесты руки воспроизводятся правильно. К этому типу расстройств относится и конструктивная апраксия, проявляющаяся в трудностях конструирования, построения целого из отдельных элементов. Нет четкой

разницы при выполнении движений с открытыми и закрытыми глазами, и зрительный контроль больному не помогает. Эта форма апраксии возникает при повреждении теменно-височно-затылочной области головного мозга.

- Регуляторная апраксия или «префронтальная апраксия». В зарубежных публикациях ближе всего ей соответствует «идеаторная» апраксия. Эта форма нарушения праксиса проявляется в том, что пациент не может спланировать последовательность шагов, необходимую для выполнения нового, ранее невыученного сложного действия, и не может контролировать ход его выполнения. Возникают трудности усвоения двигательных программ, эхопраксия, системные (затрагивающие не отдельные элементы движения, а всю программу) персеверации. Элементарные и хорошо усвоенные простые действия с предметами (такие, как зажигание спички) могут осуществляться успешно, однако выполнение менее привычных манипуляций по инструкции вызывает сложности. Больной не осознает свои ошибки и не пытается их исправить. Развитие этой формы апраксии связывают, прежде всего, с поражением

префронтальной коры лобных долей, хотя после внедрения в клиническую практику методов нейровизуализации представления о ее нейроанатомических коррелятах расширились.

2. Нейропсихологическая диагностика пациентов с апраксиями

2.1. Жалобы и анамнез

Медицинский психолог сталкивается с жалобами такого рода, как «руки не слушаются», «все валится из рук» и так далее. Иногда пациент жалуется на невнимательность или неловкость.

При сборе психологического анамнеза (при беседе с больным и его родственниками) необходимо выявить преморбидный уровень освоения тех или иных двигательных навыков и осуществлять интерпретацию результатов, полученных в ходе специального нейропсихологического обследования, с учетом этого уровня.

2.2. Иная диагностика

Диагностика апраксий может быть осуществлена преимущественно в двух аспектах МКФ [8]:

- Структур и функций;

- Активности и участия.

Нейропсихологическая диагностика праксиса в аспекте структур и функций.

Исследование праксиса проводится в рамках комплексного нейропсихологического обследования по системе А.Р.Лурия [5] и, следовательно, предполагает соблюдение основных принципов нейропсихологической диагностики, разработанных в рамках теории системно-динамической локализации ВПФ:

- Качественный анализ дефекта и его количественная оценка;
- Выделение первичного дефекта и его вторичных системных следствий;
- Анализ как результата, так и особенностей процесса выполнения проб;
- Выявление как нарушенных, так и сохранных звеньев;
- Динамичность проведения обследования;
- Синдромный характер анализа;
- Учет текущего состояния больного;
- Учет преморбидных особенностей больного.

Цели нейропсихологической диагностики пациентов с апраксиями:

- Проведение специального нейропсихологического обследования, направленного на углубленное исследование праксиса;
- Выявление структуры и степени выраженности нарушений праксиса;
- Количественная оценка (по возможности) степени нарушения произвольных движений и действий;
- Оценка компенсаторного ресурса в виде сохранных звеньев ВПФ;
- Оценка ВКБ и приверженности реабилитации (комплаенс).

Различные нейропсихологические пробы и тесты выявляют различные аспекты нарушений праксиса и имеют разную чувствительность к разным видам апраксии, однако ни одна проба в отдельности не позволяет выявлять это расстройство достаточно надежно. В связи с этим при диагностике апраксии обычно применяется ряд заданий.

Наиболее чувствительными и специфичными для диагностики кинестетического праксиса [9] являются пробы:

1. Воспроизведение позы пальцев руки [6].

Испытуемого просят воспроизвести позу пальцев руки, показанную психологом. При этом рука больного экранируется. Возможен и другой вариант проведения методики. Испытуемого просят закрыть глаза. Медицинский психолог придает кисти и пальцам испытуемого определенную произвольную позу и просит запомнить ее, затем устраняет эту позу и возвращает кисть и пальцы больного в нейтральное положение, после чего просит пациента самостоятельно воспроизвести ранее установленное положение руки. Или больного просят повторить позу другой рукой. Задание выполняется каждой рукой по отдельности. Оценивается точность воспроизведения позы, временные характеристики выполнения задания, а также способность пациента исправлять ошибки самостоятельно или при помощи подсказки.

2. Копирование положений кисти руки медицинского психолога [10].

Испытуемый сидит напротив медицинского психолога за столом, рука опирается локтем на стол. Медицинский психолог демонстрирует определенное положение кисти, держит ее перед взором испытуемого в течение всего испытания и просит пациента выполнить такой же жест (время не ограничивается). Больному предлагается поочередно скопировать шесть статических поз кисти той же самой рукой (правой или левой), как и медицинский психолог (рис.1). Задание выполняется каждой рукой по отдельности. При качественном анализе результатов теста оценивается точность воспроизведения позы, временные характеристики выполнения задания, а также способность пациента исправлять ошибки самостоятельно или с подсказкой. Количественная оценка для каждой из поз кисти осуществляется по 2-балльной системе: 1 балл - поза правильно скопирована; 0 баллов - поза скопирована неправильно. Максимальная оценка результатов теста при копировании шести разных поз для каждой руки составляет 12 баллов.

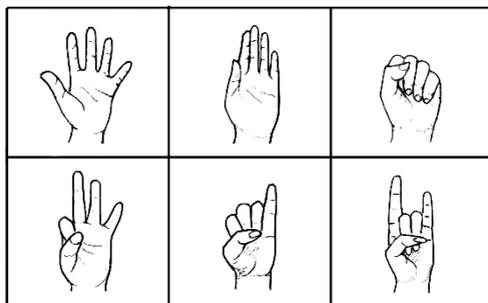


Рис.1. Задания для копирования положений руки
медицинского психолога.

Для диагностики кинетического праксиса наиболее часто используются следующие пробы:

1. Проба на динамический праксис «Кулак-ладонь-ребро» [6].

Перед началом пробы медицинский психолог демонстрирует испытуемому образец выполнения задания: поочередно опускает на стол сжатую в кулак ладонь, затем раскрытую ладонь вертикально на ее латеральный край, затем раскрытую кисть горизонтально ладонью вниз, показывая правильную последовательность движений три раза. И после третьего повторения просит пациента воспроизвести двигательную серию. Если больной не может самостоятельно воспроизвести двигательную программу, медицинский психолог вновь повторяет

двигательную серию, обозначая каждое движение словами: «кулак» - «ребро» - «ладонь». Задание выполняется каждой рукой по отдельности. Оценивается скорость формирования двигательного стереотипа, способность к переключению и удержанию двигательной программы. При качественном анализе результатов выполнения описываются возможные неточности и ошибки.

2. Графические пробы, при которых больному предлагают нарисовать узор, составленный из двух сменяющихся звеньев (рис.2).



Рис.2. Пример графического узора, используемого в графической пробе.

3. Проба «Игра на рояле».

Пациенту зрительно предъявляется цикл движения пальцами. Например, следующий цикл: «большой» палец – «указательный» палец, «большой» палец – «мизинец». Эта последовательность предъявляется три раза подряд, после чего пациенту нужно повторить данный цикл. Оценивается плавность

переключения с одного движения на другое и последовательность движений.

4. Проба на реципрокную мануальную координацию.

Пациенту предлагается положить обе руки на стол, одна рука согнута в кулак, вторая лежит на столе ладонью вниз. Задание заключается в том, чтобы осуществить несколько циклов движений обеими руками одновременно. Одна рука при этом переходит из позы кулак в позы ладонь, а другая - наоборот. Оценивается плавность переключения с одного движения на другое и последовательность движений. А также одновременность и верная последовательность смены поз на обеих руках.

5. Пробы на слухо-моторные координации («ритмы»).

Пациенту предлагаются на слух в качестве эталона несколько ритмов, например: П П П; I Ш I Ш; и так далее, которые ему нужно повторить после прослушивания. Оценивается плавность переключения с одного движения на другое и последовательность движений.

Весьма чувствительными пробами для диагностики пространственного праксиса являются следующие:

1. Пробы Хэда.

Специалист, сидя напротив пациента, предъявляет ему пространственно ориентированные позы рук. Пациенту необходимо выполнять движения теми же руками, которыми их выполняет специалист. Оценивается возможность пространственной перешифровки поз, а именно фиксируются координатные ошибки в ориентации рук.

2. Кубики Кооса.

Пациенту предъявляются пространственные узоры, которые он должен сконструировать из кубиков Кооса с разноокрашенными гранями. Оценивается пространственная ориентация кубиков. Отмечаются координатные, метрические и структурно-топологические искажения собранной фигуры в сравнении с эталоном.

3. Пробы на конструктивный праксис.

Пациенту дается задание нарисовать трехмерные изображения куба или стола. Оцениваются структурно-

топологические, координатные, метрические, проекционные представления.

4. Движения и действия с предметами и символические движения и действия.

Пациенту предлагается выполнить действия с привычными предметами или воспроизвести известные ему жесты (открыть бутылку с водой, разрезать лист ножницами, показать жест прощания или жест «победа»). Оцениваются координатные, метрические характеристики движений и жестов.

Обсуждая диагностику регуляторной апраксии, следует отметить, что регуляторный компонент является неспецифическим звеном при выполнении любых форм произвольной деятельности, поэтому любое задание, в котором присутствует произвольное движение, может быть показательным при диагностике регуляторной апраксии. Тем не менее, для диагностики данного вида апраксии в качестве наиболее чувствительных могут быть использованы двигательные пробы, в которых регуляторный компонент играет одну из ведущих ролей:

1. Выполнение одиночных движений по инструкции.

Пациента просят выполнить несколько движений по инструкции (поднять руку, постучать по столу три раза, сложить лист). Оценивается возможность следования инструкции.

2. Выполнение асимметричных двигательных программ (асимметричное постукивание).

Пациенту предлагается воспроизвести несколько циклов асимметричной программы (отстукивать по очереди левой рукой один удар, а правой два удара). Оцениваются возможности усвоения и удержания программы движения, а также контроль за ее выполнением.

3. Реакции выбора.

Пациенту предлагается отвечать на действия медицинского психолога условными сигналами (на один стук поднять правую руку, на два - левую; при демонстрации пальца показать кулак, при демонстрации кулака показать палец). Оцениваются возможности усвоения и удержания программы движения, а также контроль за ее выполнением.

Следует отметить, что пробы на регуляторный праксис отражают не только состояние регуляторного праксиса, но и сохранность фактора программирования,

регуляции и контроля деятельности в целом. Поэтому более подробное изложение диагностики данного вида нарушений отражено в клинических рекомендациях «Нейропсихологическая диагностика и реабилитация нарушений регуляторных функций при повреждениях головного мозга».

Кроме классических проб из батареи А.Р. Лурия для диагностики регуляторной апраксии могут быть использованы задания по выполнению мало привычной для пациента программы действий, включающей несколько последовательных этапов (например, зажечь спичкой свечу). Используются пробы на сложные действия с использованием серии (ряда) предметов по вербальной команде. Например, в соответствии с методикой Е. De Renzi и F. Lucchelli [11] больному предлагают выполнить по очереди три последовательных действия: зажечь свечу (свеча, подсвечник и спичечный коробок лежат горизонтально на столе перед пациентом); выпить стакан воды (на столе перед ним находятся закрытая бутылка с водой и стакан); погладить белье (утюг, ткань и обесточенная розетка располагаются на столе перед пациентом). Медицинский психолог дает больному подсказки,

побуждает его к действию, ободряет в случае затруднений и даже указывает на предмет, если больной стойко игнорирует его, но никогда специально не объясняет и не показывает, как использовать предмет. Он настаивает на том, чтобы действие было выполнено так, как оно выполняется в повседневной жизни. Задание выполняется двумя руками, хотя испытуемому и разрешается в большей степени вовлекать ту руку, которой ему удобнее действовать. Если двуручные движения затруднены из-за выраженных двигательных и (или) чувствительных нарушений в одной руке, то медицинский психолог оказывает помощь пациенту в осуществлении действия, придерживая предмет или заканчивая начатое. Оценивается скорость и правильность выполнения задания, анализируется характер допускаемых ошибок и возможность самостоятельного их исправления больным.

Расширенный список методик, используемых для диагностики апраксий, а также подробное описание методического материала, инструкций, вариантов проведения и интерпретации результатов содержатся в ряде работ [5, 6, 12].

В последние годы все большее применение в клинической практике стали находить стандартизированные скрининговые количественные методики диагностики апраксии. Так, например, T. Vanbellingen и соавторы [13] представили детальное описание своего скринингового теста TULIA. Тест включает 12 конкретных заданий: одно на выполнение бессмысленного жеста, три - на выполнение беспредметных коммуникативных жестов и восемь - на выполнение предметных действий. Из этих 12 заданий 7 жестов представляют собой воспроизведение (копирование) действий медицинского психолога, а 5 - пантомиму. Жесты должны быть воспроизведены испытуемым после того, как медицинский психолог продемонстрирует их и произнесет вслух инструкцию, то есть применяется и зрительная невербальная, и вербальная команды. Обследование проводится для правой и левой рук отдельно. Оценка за каждое задание проставляется в оценочном листе сразу после его завершения и составляет либо 1 (выполнил правильно), либо 0 (выполнил неправильно) баллов. Максимально возможная оценка составляет 12 баллов. Апраксия диагностируется при суммарном показателе теста менее

9 баллов. Оценки от 8 до 5 баллов соответствуют умеренной, а 4 и менее баллов - выраженной степени апраксии. В случае если у больного имеются тяжелые речевые расстройства с нарушением понимания обращенной речи, при его обследовании допускается применение только тестов на копирование жестов, при этом апраксия диагностируется при суммарной оценке менее 5 баллов. Детальное описание этого теста приводится в статье указанных авторов на английском языке; русскоязычная версия теста в настоящее время не валидизирована.

В целом за последние 40 лет опубликовано более 20 авторских способов диагностики апраксии. Однако до сих пор не существует общепринятых и хорошо стандартизированных методик, которые могли бы служить «золотым стандартом» диагностики отдельных видов апраксии [13,14]. Имеющиеся стандартизированные наборы тестов (такие, как вышеупомянутая методика TULIA) обладают хорошими психометрическими свойствами и удобны для использования в клинической практике, но они направлены на диагностику апраксии в целом и не позволяют распознавать отдельные ее варианты.

Для количественной оценки праксиса и степени влияния его нарушений на моторные повседневные навыки пациента можно использовать также и тесты, разработанные для исследования функциональных возможностей руки, такие как:

1. Тест с колышками и отверстиями (Nine-HolePegTest).

Больной, сидящий за столом, должен вставить колышки в отверстия. Регистрируется время от начала выполнения этого задания до его завершения. Возможно также остановить больного через 50 секунд и подсчитать число вставленных колышков к этому времени. Оценкой выполнения теста служит время в секундах, затрачиваемое на вставление одного колышка. В среднем здоровому человеку на это требуется около 2 секунд (18 секунд на выполнение теста).

Оборудование:

- 9 деревянных колышков (штифтов) длиной 32 мм и диаметром 9 мм;
- Деревянная пластина-база с девятью отверстиями диаметром 10 мм и глубиной 15 мм, расположенных в три ряда по три отверстия в каждом, на расстоянии 15 мм друг от друга;

- Крышка для базы, которая имеет хранилище для колышков глубиной 100 мм.

2. Тест для руки Френчай (Frenchay Arm Test).

Испытуемый сидит за столом, руки лежат на коленях. Это положение является исходным для каждого задания. Задания должны выполняться пораженной рукой. За каждое успешно выполненное задание больной получает оценку в 1 балл, за невыполненное задание - 0 баллов.

- Удерживать линейку и с ее помощью начертить линию, держа карандаш в другой (непораженной) руке. Задание считается выполненным успешно, если линейка удерживается стабильно;
- Взять в руку цилиндр диаметром 12 мм и длиной 5 см, поставленный вертикально на расстоянии 15 - 30 см от края стола, поднять на высоту около 30 см и затем опустить на место, не уронив при этом;
- Взять стакан, наполовину наполненный водой и поставленный на расстоянии 15 - 30 см от края стола, отпить воды и поставить стакан на место, не расплескав при этом воду;
- Снять, а затем установить на прежнее место бельевую прищепку, укрепленную на вертикальном

кольшке длиной 15 см и диаметром 10 мм. Кольшек укреплен на квадратной дощечке (длина стороны 10 см), расположенной на расстоянии 15 - 30 см от края стола. Больной не должен уронить прищепку или кольшек;

- Причесать волосы (или имитировать причесывание). Больной должен расчесать волосы на макушке, на затылке, с правой и левой сторон.

Описание указанных и других методик содержится в коллективной монографии под редакцией А. Н. Беловой и О. Н. Щепетовой [15]. При интерпретации результатов выполнения такого рода заданий особенно важно анализировать не только количественные показатели, но и качественные особенности «рисунка» двигательной активности рук. В целом необходимо отметить, что многие из существующих на сегодняшний день методов количественной оценки нарушений праксиса позволяют определить лишь неспецифический общий показатель расстройства. Этот показатель не отражает качественного своеобразия апраксии, то есть не дает каких-либо указаний на форму апраксии, а указывает лишь общую степень ее выраженности. В связи с этим для диагностики определенных форм апраксии

количественные методы диагностики необходимо сочетать с качественной оценкой выполнения действий больным и использовать наиболее чувствительные и специфичные для соответствующего вида апраксии пробы.

Нейропсихологическая диагностика праксиса в аспекте жизнедеятельности.

В настоящее время разрабатываются методы диагностики апраксии, приближенные к повседневным проблемам пациентов, включая видеосъемку выполнения повседневных действий больным с последующей оценкой степени правильности жестов и движений группой обученных экспертов. Однако до настоящего времени широкого применения в практике эти методы не нашли из-за своей трудоемкости. Сейчас самым важным методом оценки влияния нарушений праксиса на повседневную активность пациента остается наблюдение специалиста за больным в его реальной жизни и правильностью выполнения им повседневных действий.

Для количественной оценки влияния праксиса на повседневную жизнедеятельность можно использовать

Шкалу активностей повседневной жизни Ривермид (ADL Scales).

Описание этой и других методик содержится в коллективной монографии под редакцией А. Н. Беловой и О. Н. Щепетовой [15].

По результатам нейропсихологического заключения должен быть сделан краткий вывод о необходимости:

1. Реабилитационных занятий с медицинским психологом;
2. Повторного обследования для оценки динамики восстановительного процесса с указанием сроков, в которые необходимо провести повторное обследование;
3. Продолжения реабилитационных занятий после выписки пациента из стационара или реабилитационного центра.

3. Нейропсихологическая реабилитация пациентов с апраксиями

Основы российской нейропсихологической реабилитации были заложены Л.С. Выготским и А.Р. Лурия [3,16]. По их мнению, главной задачей реабилитации является восстановление нарушенного

звена функциональной системы с опорой на ее сохранные звенья, путем перестройки всей функциональной системы, обслуживающей выполнение данной задачи. Опираясь на принцип социального генеза ВПФ, в соответствии с которым индивидуальные внутренние психические функции происходят из внешних совместных действий ребенка и взрослого, Л.С. Выготский считал, что основным путем реабилитации может быть «объективирование расстроенной функции, вынесение ее наружу и превращение во внешнюю деятельность» [17]. Эта идея лежит в основе концепции нейрореабилитации российской психологической школы.

Методологическую базу отечественной нейрореабилитации составляют теории Л.С. Выготского, А.Р. Лурии, А.Н. Леонтьева, П.Я. Гальперина и другие, что подробно изложено в работах Л.С. Цветковой [18, 19], Ж.М. Глозман [20], Т.В. Ахутиной, Н.М. Пылаевой [21, 22, 23, 24], В.М. Шкловского [25, 26], Ю.А. Фукалова [27] и другими авторами.

Цели нейропсихологической реабилитации пациентов с апраксиями:

1. Поддержание и раннее восстановление когнитивного и эмоционального статуса;
2. Минимизация структуры и степени выраженности нарушений праксиса;
3. Перестройка функциональной системы произвольных движений путем реорганизации движения с помощью внутренних и/или внешних средств;
4. При наличии возможности - интериоризация (встраивание во внутренний план, автоматизация) перестроенной функциональной системы произвольного движения;
5. При постановке соответствующей цели реабилитации – перенос нового навыка и/или способа реализации произвольного движения в условия реальной жизнедеятельности пациента.

На сегодняшний день в нейропсихологической реабилитации можно выделить две основные стратегии работы:

- Восстановление;
- Замещение.

Стратегия восстановления предполагает реконструкцию тех механизмов и навыков

повседневной жизни, которые были присущи пациенту до болезни. Стратегия замещения предполагает построение новых механизмов и навыков для осуществления прежних целей [28].

В случае более легких расстройств, как правило, имеет смысл восстанавливать пострадавший навык, а в случае более грубых нарушений праксиса - обучать больного самого использовать компенсаторные стратегии поведения либо предоставлять ему внешние подсказки.

Описанные ниже подходы и методы рекомендуется использовать на первом, втором и третьем этапах реабилитации⁵.

Нейропсихологическая реабилитация пациентов с апраксией в аспекте механизмов и функций.

При реабилитации больных с апраксиями могут использоваться следующие стратегии. Для преодоления регуляторной апраксии создаются развернутые программы деятельности и действий с опорой на внешние и внутренние средства.

⁵ Приказ Минздрава России от 29.12.2012 N 1705н "О порядке организации медицинской реабилитации" (Зарегистрировано в Минюсте России 22 февраля 2013 г. N 27276).

Подробное описание приёмов работы с регуляторной апраксией, как частью более широкого синдрома нарушения программирования, регуляции и контроля деятельности содержится в клинических рекомендациях «Нейропсихологическая диагностика и реабилитация пациентов с нарушениями регуляторных функций при повреждениях головного мозга».

Для преодоления кинестетической апраксии необходимо сделать дефектное звено операции предметом специального действия [3]. При этой форме апраксии сохраняется внешняя пространственная ориентация движений и действий, что может служить опорой в восстановительной работе. При этом, по мнению А. Р. Лурии [3], необходимо учитывать два условия, позволяющих скомпенсировать основной дефект:

- Упростить движение, исключив лишние сопутствующие движения и перенести ведущую роль на наименее нарушенный проксимальный отдел конечности;
- Создать внешние направляющие схемы движения, которые на первых этапах позволяют

компенсировать дефекты во «внутреннем построении двигательного акта».

Кроме этого, рекомендуется проводить упражнения следующих типов:

- Рекомендуется проводить пальчиковую гимнастику.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - III).

Комментарии: *Пациенту предлагают эталонные позы пальцев, которые он должен скопировать.*

- Рекомендуется проводить упражнение «собираение мелких предметов со стола».

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - III).

Комментарии: *Перед пациентом раскладываются несколько мелких предметов (булавка, скрепка и так далее). Задание состоит в том, чтобы по очереди брать эти предметы со стола в руку.*

- Рекомендуется проводить упражнение «вкладывание маленьких предметов в большие».

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - III).

Комментарии: Пациенту предлагается набор из форм разного размера. Формы малого размера требуется вкладывать в формы большего размера.

- Рекомендуется проводить упражнение «лепка из пластилина».

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - III).

Комментарии: Пациенту предлагается слепить из пластилина предьявляемые фигуры, начиная с простых (колбаску, шар). В дальнейшем фигуры усложняются.

- Рекомендуется проводить упражнение «вязание макраме».

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - III).

Комментарии: Пациенту предлагается несколько нитей, которые необходимо переплести в заданном порядке.

- Рекомендуется проводить упражнение «определение структуры и формы предмета».

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - III).

Комментарии: Пациенту предлагаются предметы и формы, которые он должен внимательно осмотреть и

ощупать. Далее обсуждается, из каких частей состоит предмет, какую он имеет форму, какой формы его части, какой предмет по величине. Разные предметы сравниваются на основании указанных признаков. Отмечаются сходства и различия.

При реабилитации таких пациентов приветствуется работа в специальных трудовых мастерских.

Для преодоления кинетической апраксии необходимо «...развить двигательный навык, помочь больному воспроизводить последовательность действия и плавно осуществлять движение» [3, с. 95]. Дополнительной задачей является устранение произвольно возникающих лишних импульсов и движений. Для этого необходимо включить движение в организованную двигательную структуру или смысловую систему. Например, трудности выполнения слухо-моторных координаций компенсируются при выкладывании зрительных «нот» или схемы отстукиваемого ритма. Или включение выстукиваемого ритма в осмысленную речевую структуру («И■■■» - «СПАРТАК-ЧЕМПИОН»).

Кроме этого, рекомендуется проводить упражнения следующих типов:

- Рекомендуется проводить упражнение «прописи».

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - III).

Комментарии: *Пациенту предлагается при помощи карандаша или ручки воспроизвести по образцу разнообразные графические элементы, которые представляют собой части букв русского алфавита.*

- Рекомендуется проводить упражнение «обведение по контуру».

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - III).

Комментарии: *Пациенту предлагается обвести карандашом или ручкой различного рода контуры (круг, квадрат, различного рода кривые линии).*

- Рекомендуется проводить упражнение «одновременные движения двумя руками».

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - III).

Комментарии: *Пациенту предлагается рисовать простые контуры двумя руками одновременно или*

воспроизводить обеими руками сразу простые движения (круговые движения в одной сторону, в разные стороны и так далее).

- Рекомендуется давать задания на реципрокную координацию движений (не используемые в тестах и пробах).

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - III).

Комментарии: *Пациенту предлагается выполнять разные движения левой и правой руками одновременно (выполнять круговые движения одной рукой и равномерно отстукивать ритм другой).*

- Рекомендуется проводить упражнение «последовательное объединение отдельных поз в последовательность».

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - III).

Комментарии: *Пациенту предлагается воспроизвести последовательно две или более ранее усвоенных поз или движений (отставляя поочерёдно большой и указательный пальцы руки, стукнуть пальцем по столу и положить руку на стол и так далее).*

Для преодоления пространственной апраксии необходимо «...перевести действие, нарушенное в результате распада пространственных схем, на уровень предметной организации или же перейти от недоступного больному непосредственного построения движения в пространстве к его сознательному построению, которое опиралось бы на знание основных правил организации движений в пространстве» [3, с. 87]. Прежде всего, необходимо обозначить «точку отсчета», которой может быть парализованная рука. От этой «точки» выстраивается система координат, и больному разъясняется логика пространственного расположения предметов. «Больной учится создавать пространственные схемы, сначала опираясь на предметные ориентиры, затем вычерчивая их на бумаге и, наконец, перенося их в дефектную «внутреннюю геометрию» [3, с. 88]. Такая работа, как правило, ведется с каким-либо одним предметным материалом (письмо, внешние локомоции), а затем постепенно переносится на другой материал.

Кроме этого, рекомендуется проводить упражнения следующих типов:

- Рекомендуется восстанавливать представления о схеме тела с помощью смыслового обыгрывания частей тела с использованием зрительных опор.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - III).

Комментарии: *Руки и остальные части тела больного обозначаются яркими метками. Устанавливаются обозначения, что правая и левая руки помечены разными цветами. Проговаривается и обсуждается, какая рука левая, а какая правая. Обсуждается, в чем разница правой и левой руки по функциям. Позднее переходят к другим частям тела.*

- Рекомендуется проводить упражнение «складывание фигуры человека (или лица) из элементов».

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - III).

Комментарии: *Пациенту предъявляются изображения тела человека или лица, разрезанные на несколько частей. Задание заключается в том, чтобы соединить части изображения в целое. Для усложнения задания количество частей увеличивается.*

- Рекомендуется проводить упражнение «показ частей тела на себе, на рисунке, на другом человеке».

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - III).

Комментарии: *После восстановления собственной схемы тела происходит соотнесение правой и левой сторон тела пациента со сторонами тела человека, стоящего рядом или напротив, и у человека, изображенного на рисунке. Проговаривается и обсуждается, какая рука левая и правая у пациента, у человека, стоящего рядом или напротив, и у человека, изображенного на рисунке.*

- Рекомендуется отработка ориентации в окружающем пространстве.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - III).

Комментарии: *Отталкиваясь от сформированной ранее схемы тела, обозначаются стороны пространства, окружающего человека: что находится по правую руку, что по левую, что спереди, что сзади. Проговариваются отношения между окружающими предметами, например, стол находится справа от стола, перед окном стоит шкаф и так далее.*

Измеряются и оречевляются метрические отношения: что находится ближе или дальше, насколько предмет далек или близок.

- Рекомендуется работа с географической картой, часами.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - III).

Комментарии: Пациенту предъявляется карта России. Обсуждается и обозначается на карте, где находятся стороны света, в каком отношении, на каком расстоянии друг относительно друга находятся разные города. При предъявлении часового циферблата обсуждается и обозначается, чем отличаются часовая и минутные стрелки, где расположены отдельные цифры на циферблате, в каком отношении они находятся друг относительно друга.

- Рекомендуется отработка пространственного расположения букв и фигур.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - III).

Комментарии: Пациенту предъявляются буквы из разрезной азбуки в разных координатных положениях (перевернутые вверх ногами, перевернутые на 90

градусов). Требуется обсудить, чем отличаются данные положения от нормативных, и придать им верное положение. Аналогичное упражнение выполняется с абстрактными фигурами при предъявлении эталона.

- Рекомендуется конструирование пространственно ориентированного объекта.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - III).

Комментарии: *Пациенту предъявляются пространственные узоры, которые он должен сконструировать из кубиков Кооса с разноокрашенными гранями.*

В качестве общих рекомендаций, не отражающих специфику формы апраксии, зачастую указывают следующие приемы:

- Рекомендуется привлекать дополнительные опоры (картинки с изображением движения, реальный показ движения).

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - III).

- Рекомендуется анализировать задачи движений.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - III).

- Рекомендуется оречевлять движения.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - III).

- Рекомендуется использовать разнообразную обратную связь.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - III).

Более подробное описание приведенных и других методов работы содержится в ряде работ [9, 25, 29].

При работе с больными с апраксиями часто требуется формирование новых двигательных навыков, опирающихся на иную афферентацию и подчиняющихся другим принципам управления. Если поражённым является правое полушарие, восстановительная работа ведётся непосредственно с паретичными левыми конечностями. Если же поражено левое полушарие, начать работу лучше не с паретичной правой стороны, а со здоровой – левой: отрабатывать нужные движения на здоровой левой руке, а затем пытаться воспроизвести на правой. Это связано с тем,

что функциональная активность полушарий в выработке нового навыка не является амбивалентной. Если первоначальное преобладание функциональной активности задаётся правому полушарию, задача выполняется быстрее и более успешно [30].

Нейропсихологическая реабилитация пациентов с апраксией в аспекте жизнедеятельности.

В работе с повседневными навыками можно выделить две стратегии:

1. Приспособление больного к окружающей среде;
2. Приспособление окружающей среды к ограниченным возможностям пациента.

Первая стратегия используется в случае относительно высокого реабилитационного потенциала пациента. Основной рекомендацией является использование компенсаторных средств, как внутренних (самовербализация и так далее), так и внешних (опора на картинку и другие).

Наиболее известными методами при работе по приспособлению пациента с апраксией к повседневным окружающим его условиям являются:

1. Стратегический тренинг;
2. Исследовательский тренинг;

3. Метод безошибочного научения.

Стратегия приспособления, реорганизации окружающей среды к возможностям пациента используется в случае низких реабилитационных возможностей пациента или в случае стагнации положительной динамики. В рамках этой стратегии едва ли возможно предложить конкретные методики, так как окружающая пациентов среда уникальна. Однако наиболее часто используются такие приемы, как:

- Замена задач, предполагающих использование орудия, на задачи, при реализации которых орудие не требуется.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - III).

Комментарии: *Например, вместо использования ножа и разделочной доски предлагается использовать кухонный комбайн; вместо разрезания хлеба можно покупать уже нарезанный хлеб.*

- Изменение планировки места пребывания.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - III).

Комментарии: *Например, уменьшение количества комнат в квартире, добавление поручней, удаление дверей, перевешивание полок вверх или вниз и так далее.*

В процессе занятий руководствуются следующими принципами:

1. Препятствуют закреплению неоптимальных двигательных стратегий и обучают больного новым и эффективным двигательным программам;
2. Для компенсации расстройств праксиса в осуществление действия советуют вовлекать мышцы, которые до болезни в нем не участвовали. Так, например, в компенсаторных целях больным рекомендуется активнее задействовать проксимальные отделы рук, частично замещая этим дефекты движений кистей;
3. Во время отработки двигательных навыков контролируют безошибочное завершение выполнения пациентом действия в целом. Для этого в период наиболее трудных этапов действия методист поддерживает больного и исправляет его ошибки. В то же время мелкие и не особо значимые ошибки больного игнорируются. Такая тактика позволяет привести

пациента к завершению действия и не допустить его отказа от выполнения задания;

4. Во время выполнения задания пациенту предлагают называть осуществляемое им действие или использовать вспомогательные картинки с изображением правильной последовательности движений;

5. Внимание больного сознательно направляют на мышечно-суставные ощущения, возникающие у него при выполнении движения, для того, чтобы с их помощью анализировать правильные и неправильные двигательные фрагменты действия.

Проведение курса таких занятий позволяет улучшить те движения и бытовые навыки, которые подлежали тренировке. Однако эффект, достигнутый в отношении одного какого-либо навыка, не распространяется на другие. В этой связи рекомендуют выбирать для тренировок те действия, которые наиболее востребованы в повседневной жизни больного.

При восстановлении бытовых навыков важно точно установить, является ли причиной их нарушений апраксия, и выбрать соответствующее компенсаторное воздействие.

В целом, основной стратегией реабилитации больного с апраксией является помощь в отработке навыка, значимого для него в реальной окружающей среде.

Более подробное описание приведенных и других методов содержится в работах В.М. Шкловского, Т.Г. Визель [25]; М.А. Емельяновой с соавторами [29]; В.Н. Григорьевой, В.Н. Нестеровой [8] и других.

Важно еще раз отметить, что устранение апраксии само по себе не должно являться реабилитационной целью. Реабилитация должна быть сконцентрирована на функциональной активности пациента, которую необходимо четко структурировать, и при восстановлении которой важно использовать принцип безошибочного научения. Поскольку «перенос» эффекта тренировок достигается с трудом, то восстановительные мероприятия должны быть направлены, прежде всего, на важные для больного навыки повседневной активности и осуществляться в контексте, приближенном к условиям жизни пациента [14, 29].

Эффективность реабилитационных мероприятий и прогноз.

Важной проблемой, возникающей в связи с вопросом об эффективности реабилитации пациентов с апраксией, является проблема распространения («переноса») успешно освоенного одного навыка на другие ситуации или другой материал, так называемая «генерализация» успеха [29]. Для облегчения генерализации достигнутых результатов важно соблюдать условия:

- Навык должен быть отработан в максимальном количестве разнообразных ситуаций;
- Перенос должен направляться медицинским психологом уже в течение самого обучения, так как автоматически он не происходит;
- Работа над переносом двигательного навыка, отработанного в условиях клиники, в реальную жизнь пациента, должна составлять отдельную реабилитационную цель.

На сегодняшний день наиболее распространенным методом повышения стойкости реабилитационного эффекта является регулярное повторение отрабатываемых навыков и закрепление усвоенных способов, в первую очередь, в условиях реальной жизнедеятельности больного.

Критерии оценки качества психологической помощи

Критерии качества работы медицинского психолога отражены в табл. 3 и табл. 4.

Табл. 3. Критерии качества нейропсихологической диагностики пациентов с апраксиями при повреждениях головного мозга.

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
1	Наличие нейропсихологического заключения, включающего анализ состояния эмоциональной, мотивационной сфер в процессе обследования, критичности к своему заболеванию и к допускаемым ошибкам, жалоб и оценку адекватности их предъявления	III	C

2	Наличие нейропсихологического заключения, включающего качественный и, по возможности, количественный анализ выполнения больным различных нейропсихологических проб и тестов, направленных на оценку всех видов праксиса	Ш	С
3	Использование соответствующей психологической и нейропсихологической терминологии для описания нарушенных и сохранных звеньев праксиса	Ш	С
4	Наличие психологически обоснованного вывода о состоянии праксиса	Ш	С

5	Наличие (в случае необходимости) психологически обоснованного вывода о дисфункции соответствующих мозговых зон	III	C
---	--	-----	---

Табл.4. Критерии качества нейропсихологической реабилитации пациентов с апраксиями при повреждениях головного мозга.

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
1	Наличие ВКБ в адекватной отношении нарушений произвольных движений и действий и возможности/необходимости их восстановления	III	C

2	Наличие комплаенса по отношению к реабилитационным мероприятиям	Ш	С
3	Снижение проявлений нарушений произвольных движений и действий в одном или нескольких видах деятельности, действий или операций (в зависимости от поставленных реабилитационных целей)	Ш	С
4	Минимизация степени бытовой, социальной или профессиональной зависимости от других людей (в пределах поставленных реабилитационных целей)	Ш	С

Список литературы

1. Хомская Е.Д. Нейропсихология. СПб.: Питер, 2005; 496 с.
2. Pramstaller P., Marsden C.D. The Basal Ganglia and Apraxia . Brain, 1966; № 119: 319-340.
3. Лурия А. Р. Восстановление функций мозга после военной травмы. М.: АМН СССР, 1948; 236 с.
4. Goldstein L.H., McNeil J.E. (edited). Clinical Neuropsychology. A Practical Guide to Assessment and Management for Clinicians. 2nd edition. United States: Wiley-Blackwell, 2013; 628.
5. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. М.: МГУ, 1962; 431 с.
6. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М.: Академия, 2002; 384 с.
7. Leiguarda R.C., Marsden C.D. Limb apraxias. Higher-order disorders of sensorimotor integration. Brain, 2000; № 123 (5): 860-879.
8. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (Краткая версия). Всемирная Организация Здравоохранения. Изд-

- во: Спб институт усовершенствования врачей, 2001; 223 с.
9. Григорьева В.Н., Нестерова В.Н. Апраксия рук в клинике ишемического инсульта: монография. Нижний Новгород: НижГМА, 2013; 166 с.
10. Kimura D., Archibald Y. Motor functions of the left hemisphere. *Brain*, 1974; № 97: 337–350.
11. De Renzi E., Lucchelli F. Ideational apraxia. *Brain*, 1988; № 111: 1173-1185.
12. Бизюк А.П. Компендиум методов нейропсихологического исследования. СПб.: Речь, 2005; 400 с.
13. Vanbellinghen T., Kersten B., Van de Winckel A., Bellion M., Baronti F., Müri R., Bohlhalter S. A new bedside test of gestures in stroke: the apraxia screen of TULIA (AST). *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 2011; № 82: 389-392.
14. Dovern A., Fink G.R., Weiss P.H. Diagnosis and treatment of upper limb apraxia. *Journal of Neurology*, 2012; № 259 (7): 1269–1283.
15. Белова А.Н., Щепетова О.Н. (ред.). Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. М.: Антидор, 2002; 440 с.

16. Выготский Л.С. Психология. М.: ЭКСМО – Пресс, 2000; 1008 с.
17. Выготский Л.С. Психология и учение о локализации психических функций. Собр. соч. Т. 1, М.: Педагогика, 1982; с. 168-174.
18. Цветкова Л.С. Проблемы афазии и восстановительного обучения. М.: Изд-во МГУ, 1979; 162 с.
19. Цветкова Л.С., Глозман Ж.М., Калита Н.Г., Максименко М.Ю., Цыганок А.А. Социально-психологический аспект реабилитации больных с афазией. М.: Изд-во МГУ, 1980; 82 с.
20. Глозман Ж.М. Мотивационные и личностные аспекты реабилитации больных с афазией. Актуальные проблемы современной психологии. М.: МГУ, 1983; с. 212-215.
21. Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Система методов восстановительного обучения при грубой речевой патологии. Проблемы патологии речи. Тезисы всесоюзного симпозиума 16-21 октября 1989 г. Под ред. В. В. Ковалев. М.: Московский НИИ психиатрии; с. 10-12.

22. Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Работа с числовым рядом в восстановительном и коррекционном обучении. Дефектология, М.: Шк – пресса, 1993; № 2: с. 47-50.
23. Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Восстановительное обучение при грубой сенсомоторной афазии. Актуальные проблемы логопедической практики. Спб.: Акционер и К°, 2004; с. 92-115.
24. Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Подход Л.С. Выготского – А.Р. Лурия к нейропсихологии. В кн. тех же авторов: Преодоление трудностей учения: нейропсихологический подход. М.: Академия, 2015; с. 15-29.
25. Шкловский В.М., Визель Т.Г. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии. М.: «Ассоциация дефектологов», 2000; 96 с.
26. Шкловский В.М., Лукашевич И.П., Орлов И.Ю., Малин Д.И. Роль структурно-функциональных изменений головного мозга в формировании психопатологических расстройств у больных инсультом. Социальная и клиническая психиатрия. М.: Медпрактика – М, 2014; № 24 (1): с. 34-39.
27. Фукалов Ю.А., Скипетрова Л.А., Шкловский В.М. Организация специализированной помощи больным с

последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы в Центре патологии речи и нейрореабилитации. Социальная и клиническая психиатрия. М.: Медпрактика – М, 2009; № 19 (2): с. 32-34.

28. Цветкова Л.С. Афазия и восстановительное обучение: Учебное пособие для студентов дефектологических факультетов педагогических институтов. М.: Просвещение, 1988; 207 с.

29. Емельянова М.А., Скворцов А. А., Зайкова А. В. Восстановление произвольных движений при апраксии: основные подходы, методы и существующие проблемы. В кн. Корсакова Н.К., Микадзе Ю.В. (ред.): Наследие А.Р. Лурии в современном научном и культурно-историческом контексте: К 110-летию со дня рождения А.Р. Лурии. М.: Факультет психологии МГУ имени М.В. Ломоносова, 2012; 328 с.

30. Кроткова О.А., Максакова О.А., Дьякова Н.В. Взаимодействие полушарий мозга при запоминании ритма движений. В кн. Семенович А.В., Ковязина М.С. (ред): Межполушарное взаимодействие: Хрестоматия. М.: Генезис, 2009; с. 285 – 291.

Приложение А1. Состав Рабочей группы

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

1. Ахутина Т.В., д. психол.н., профессор, Eastern Psychological Association, American Educational Research Association, American Psychological Association.
2. Варако Н.А., к. психол. н., член РПО, член союза реабилитологов, European Federation of Psychologists' Associations, World Federation for NeuroRehabilitation, International Neuropsychological Society, благодарность Министра здравоохранения Российской Федерации за многолетний добросовестный труд и в связи с 50-летием со дня образования факультета психологии.
3. Григорьева В.Н., д. мед. н., зав. кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики, почетный работник высшего профессионального образования РФ, член правления Всероссийского общества неврологов.

4. Зинченко Ю.П., декан факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова, заведующий кафедрой методологии психологии факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова, доктор психологических наук, профессор, вице-президент РАО, президент Российского психологического общества, главный внештатный специалист по медицинской психологии Министерства здравоохранения РФ, председатель Совета по психологии и клинической психологии Учебно-методического объединения по классическому университетскому образованию, почетный работник высшего профессионального образования Российской Федерации, лауреат премии Правительства Российской Федерации, президент Российского психологического общества, главный медицинский психолог Минздрава России.

5. Ковязина М.С., д. психол. н., доцент, член-корреспондент РАО, член РПО, член союза реабилитологов, European Federation of Psychologists Associations, почётная Грамота За многолетний добросовестный труд и в связи с 50-летием со дня образования факультета психологии Приказ № 1022-п, диплом II степени "Лучшее издание по медицине".

6. Микадзе Ю.В., д. психол. н., профессор, член РПО, European Federation of Psychologists Associations, премия Конкурса работ, способствующих решению задач Программы развития МГУ за достижения в преподавании и методической работе, юбилейный нагрудный знак "250 лет МГУ им. М.В. Ломоносова", Заслуженный профессор, награда в память 850-летия Москвы.

7. Скворцов А.А. кандидат психологических наук, представителем профессиональных ассоциаций не является.

8. Фуфаева Е.В. психолог, клинический психолог, преподаватель психологии, член РПО, Московского нейропсихологического общества, Euroacademia Multidisciplinaria Neurotraumatologica, World Federation for NeuroRehabilitation.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Приложение А2. Методология разработки методических рекомендаций

Целевая аудитория данных методических рекомендаций:

Медицинский психолог.

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

- Поиск в электронной базе данных;
- Публикации в профильных медицинских журналах, монографиях.

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:

Доказательной базой для рекомендаций явились публикации, вошедшие в базу данных ELIBRARY, PUBMED, ResearchGate, Google Scholar, ScienceDirect, Web of Science, Scopus, РИНЦ. Глубина поиска составила 10 лет.

Методы, использованные для оценки качества доказательств:

- Консенсус экспертов.

Методы, использованные для формулировки рекомендаций:

- Консенсус экспертов.

Экономический анализ:

- Анализ стоимости не проводился.

Рейтинговая схема, согласно которой происходила оценка уровня достоверности доказательств и уровня убедительности рекомендаций, представлена в табл. 5 и табл. 6.

Табл. 5. Рейтинговая схема для оценки уровня достоверности доказательств.

Уровни достоверности	Описание
I	Мета-анализы, систематические обзоры, хорошо разработанные рандомизированные контролируемые клинические исследования
II	Хорошо разработанные контролируемые нерандомизированные исследования (когорта, случай-контроль)
III	Неконтролируемые исследования и выработанные общими усилиями

Табл. 6. Рейтинговая схема для оценки уровня убедительности рекомендаций.

Уровни убедительности	Описание
А	Непосредственно базируется на уровне I достоверности
В	Непосредственно базируется на уровне II достоверности или экстраполируется от уровня I достоверности
С	Непосредственно базируется на уровне III достоверности или экстраполируется от уровня II достоверности

Описание методов валидизации рекомендаций:

В предварительной версии настоящие рекомендации прошли процедуру рецензирования независимыми экспертами. Были получены комментарии со стороны психологов, клинических психологов, врачей-неврологов в отношении доходчивости изложения материала и его значимости, как рабочего инструмента повседневной практики.

Комментарии, полученные от экспертов, регистрировались, тщательно анализировались и

обсуждались членами рабочей группы. Принятые решения обосновывались и также регистрировались.

Порядок обновления методических рекомендаций:

Последние изменения в настоящих рекомендациях были вынесены на обсуждение в предварительной версии на XI Международном конгрессе «Нейрореабилитация-2019» (15 марта, 2019 года). Предварительная версия методических рекомендаций была опубликована на сайте www.expodata.ru для того, чтобы лица, не участвующие в конгрессе, имели возможность принять участие в обсуждении и их дальнейшем совершенствовании.

Экспертная оценка проводилась ведущими экспертами в области клинической психологии, членами Российского психологического общества <http://www.psyurus.ru/>

Проект рекомендаций был рецензирован также независимыми экспертами, которых просили оценить, прежде всего, доходчивость изложенного материала, точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций, исполнимость положений и рекомендаций.

Приложение А3. Связанные документы

Данные методические рекомендации разработаны с учетом следующих нормативно-правовых документов:

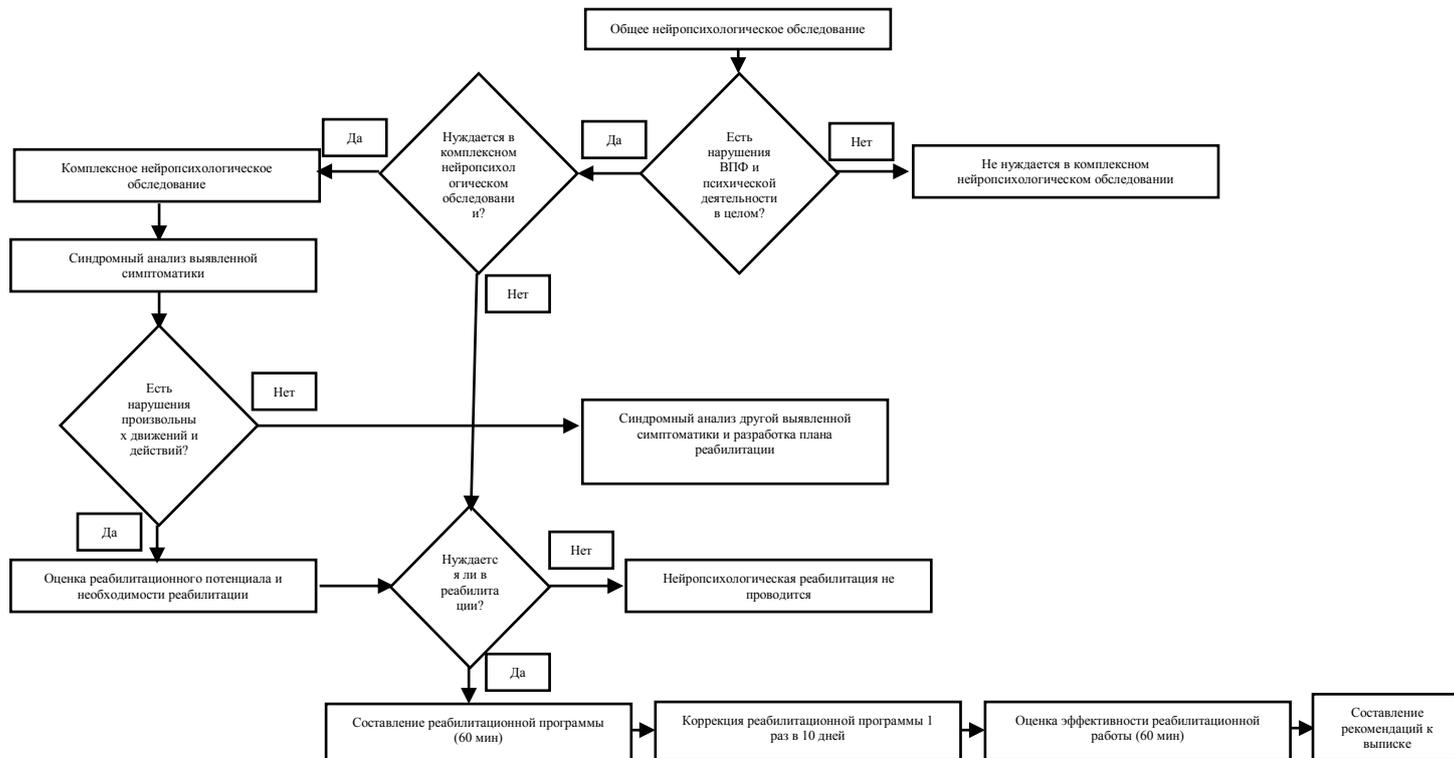
1. Нейропсихологическая диагностика и реабилитация пациентов с грубыми нарушениями памяти при повреждениях головного мозга:
http://psyrus.ru/med_psy/klinicheskie-rekomendatsii/

2. Нейропсихологическая диагностика и реабилитация пациентов с нарушениями регуляторных функций при повреждениях головного мозга:
http://psyrus.ru/med_psy/klinicheskie-rekomendatsii/

3. Нейропсихологическая диагностика и реабилитация пациентов с нарушениями мышления при повреждениях головного мозга:
http://psyrus.ru/med_psy/klinicheskie-rekomendatsii/

4. Нейропсихологическая диагностика и реабилитация пациентов с нарушениями сознания после повреждения головного мозга:
http://psyrus.ru/med_psy/klinicheskie-rekomendatsii/

Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента



Приложение В. Информация для пациента

Наиболее частые ошибки окружения больного:

- Гиперопека и, таким образом, торможение перехода к большей самостоятельности;
- Раздражение, обида, агрессия и отчуждение от пациента (то есть приписывание имеющихся трудностей не болезни, а личностным особенностям).