

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

**НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ
ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ ПРАКСИСА ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ
ГОЛОВНОГО МОЗГА РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ**

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

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

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

Москва 2020

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 | 8 |
| Краткая информация | 8 |
| 2. Нейропсихологическая диагностика пациентов с апраксиями | 20 |
| 3. Нейропсихологическая реабилитация пациентов с апраксиями | Ошибка! Закладка не определена. |
| Критерии оценки качества психологической помощи | 31 |
| Список литературы | 33 |
| Приложение А1. Состав Рабочей группы | 36 |
| Приложение А2. Методология разработки методических рекомендаций | 38 |
| Приложение А3. Связанные документы | 40 |
| Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента | Ошибка! Закладка не определена. |
| Приложение В. Информация для пациента | 42 |

Ключевые слова

Клиническая психология, нейропсихология, нарушения праксиса, нейропсихологическая реабилитация.

Список сокращений

ВКБ - внутренняя картина болезни;

ВПФ - высшие психические функции;

МДБ - мультидисциплинарная реабилитационная бригада;

МКБ 10 - Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision)Ф - международная классификация функционирования ограничений жизнедеятельности и здоровья (International Classification of Functioning, Disability and Health-ICF).

Термины и определения

ВКБ пациента – совокупность представлений человека о своём заболевании, результат творческой активности, которую проделывает пациент на пути осознания своей болезни; включает четыре уровня психического отражения болезни в психике заболевшего (чувственный, эмоциональный, интеллектуальный, мотивационный) [1].

ВПФ человека – наиболее сложноорганизованные психофизиологические процессы, возникающие на основе «натуральных психологических функций», за счёт опосредствования их «психологическими орудиями», что делает их социальными по своему происхождению, опосредствованными по психологическому строению и произвольными по способу своего формирования [2].

Действие – это процесс, направленный на реализацию осознаваемой цели [3].

Деятельность – это активное взаимодействие человека с окружающей действительностью (в том числе, с предметной средой), посредством которого осуществляется связь с предметом той или иной потребности [3].

Комплаенс пациента – приверженность пациента лечению и его готовность пациента следовать и соблюдать рекомендации лечащего врача и сотрудничать с лечащим врачом и другими специалистами мультидисциплинарной команды.

Комплаенс родственников пациента – готовность родственников пациента следовать и соблюдать рекомендации лечащего врача и сотрудничать с лечащим врачом и другими специалистами мультидисциплинарной команды.

Клинический (медицинский) психолог – это специалист с высшим немедицинским образованием, занимающий должность «Медицинский психолог» в учреждениях здравоохранения (Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010 N 541н "Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения" (Зарегистрировано в Минюсте РФ 25.08.2010 N 18247)) в сфере профессиональной деятельности которого входит психологическая диагностика и реабилитация при нарушениях когнитивных и эмоциональных процессов.

Нейропсихологическая диагностика – это процедура исследования высших психических функций с помощью набора специальных методик 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 [4].

Нейропсихологическая реабилитация пациента – это ряд воздействий, проводимых клиническим психологом, направленных на ВПФ с целью восстановления бытового, социального, профессионального функционирования пациента.

Нейропсихологический симптом – нарушение высшей психической/когнитивной функции, возникающее при поражениях головного мозга различной этиологии.

Нейропсихологический синдром – это закономерное и устойчивое сочетание нейропсихологических симптомов, возникающее при поражении определенных отделов или систем головного мозга.

Операция – способ (как правило, автоматизированный и неосознаваемый) выполнения действия, определяемый условиями ситуации [3].

Потребность – источник активности человека (поведения, деятельности), один из главных факторов его мотивации [3].

Праксис - это произвольные целенаправленные движения.

Введение

Реабилитационная работа и оценка различных параметров психической деятельности пациента в связи с проводимым лечением и восстановлением нарушенных функций относятся к числу основополагающих практических задач, которые призваны решать клинические 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 клинических психологов в решении этих задач отвечает запросам медицины, в структуру реабилитационных мероприятий включена психологическая помощь.

Реабилитация - это комплексная система деятельности реабилитационной команды, пациента и его близких, направленная на активизацию психофизиологических и психологических механизмов профессиональными методами, заключающимися в опосредовании через личность пациента лечебно-восстановительных воздействий, с целью возвращения пациента в социальную среду и восстановление его личного и социального статуса [5, 6, 7, 8].

Процесс реабилитации направлен как на преодоление осложнений и последствий болезни, так и на минимизацию функциональных нарушений, максимально раннее и оптимальное для пациента возвращение к бытовому, социальному и профессиональному функционированию.

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.

Краткая информация

1.1. Определение

Праксис представляет собой систему высокоорганизованных, координированных, сознательных, произвольных движений. Произвольные движения 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 [4].

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 [4].

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 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.

В рамках теории системной динамической локализации ВПФ [9, 10] выделяются четыре основных компонента праксиса, нарушениям которых соответствуют формы апраксии: кинетическая, кинестетическая, пространственная и регуляторная.

- ***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 эфферентной моторной афазией, в основе которой лежит нарушение сукцессивной организации речи [9, 10].

- ***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 [11]. Кинестетическая апраксия может

сочетаться с выделенной А.Р. Лурией [9, 10] 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.

Профессиональные компетенции клинического психолога¹ в МДБ²:

- Владение методами и процедурой нейропсихологического обследования;

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).

- Владение навыками нейропсихологической диагностики и использования специфических психометрических методов, которые могут применяться для оценки праксиса и других ВПФ;
- Умение формировать индивидуальные программы когнитивной реабилитации;
- 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 пациентами с поражениями мозга является неполное понимание родными и близкими пациента имеющихся у него нарушений и путей их преодоления.

Рекомендуется проводить психообразовательные мероприятия с пациентами и их близкими.

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 поражениях головного мозга различной этиологии.

| Наименование | Частота | Оптимальное число занятий³ |
|--|--------------------|--|
| Специальное нейропсихологическое обследование | 1 раз за курс | Нет данных |
| Нейропсихологическое обследование | 1 раз за курс | Нет данных |
| Сбор анамнеза и жалоб пациента с нарушениями психической сферы | 1 раз за курс | Нет данных |
| Составление индивидуальной программы нейропсихологической реабилитации | 1 раз в неделю | Нет данных |
| Нейропсихологическая коррекционно - восстановительная процедура при нарушениях психических функций | 3-5 раз в неделю | 7 |
| Нейропсихологическая реабилитация | 3-5 раз в неделю | 7 |
| Обучение родственников пациента тактике и методам восстановления когнитивных функций пациентов | 2 раза за курс | Нет данных |
| Процедуры двигательного праксиса | 3-5 раз в неделю | 7 |
| Процедуры по адаптации к условиям микросреды | 2-3 раза в неделю | 15 |
| Школа психологической профилактики для пациентов и родственников | 2 раза за курс | Нет данных |
| Услуги по реабилитации пациента, перенесшего острое нарушение мозгового кровообращения | 20 раз за 2 недели | Нет данных |
| 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

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

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 C70-C72.5;

C72.9 - 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 внутрочерепных или внутрипозвоночных, тромбофлебит венозных синусов и вен, тромбоз. Исключены: внутрочерепные 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 (T36-T50):

T36 - Отравление антибиотиками системного действия:

Исключены: отравление антибиотиками: противоопухолевыми (T45.1), применяемыми местно НКДР (T49.0), применяемыми для лечения: уха, горла, носа (T49.6), глаза (T49.5);

T37 - Отравление другими противомикробными и противопаразитарными средствами системного действия:

Исключены: противомикробными средствами: местного применения НКДР (T49.0), для лечения болезней: уха, горла, носа (T49.6), глаз (T49.5);

T38 - Отравление гормонами, их синтетическими заменителями и антагонистами, не классифицированное в других рубриках:

Исключены: минералокортикоидами и их антагонистами (T50.0), гормонами окситоцинового действия (T48.0), гормонами паращитовидной железы и их производными (T50.9);

T39 - Отравление опиоидными 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 (Т42.4), кокаином (Т40.5), опиоидами (Т40.0-Т40.2);

Т42 - Отравление противосудорожными, седативными, снотворными и противопаркинсоническими средствами:

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

Т43 - Отравление психотропными средствами, не классифицированное в других рубриках:

Исключены: средствами, подавляющими аппетит (Т50.5), барбитуратами (Т42.3), бензодиазепинами (Т42.4), 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;

Т50 - 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; b7653 - стереотипные и двигательные персеверации; Все домены d (1 - 9) |
| Домены МКФ, связанные с реабилитацией пациентов с апраксиями | b760 - контроль произвольных двигательных функций; b7653 - стереотипные и двигательные персеверации; 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 |

2. Нейропсихологическая диагностика пациентов с апраксиями

2.1. Жалобы и анамнез

При проведении нейропсихологической диагностики пациентов с нарушениями праксиса, клинический психолог сталкивается с жалобами такого рода, как «руки не слушаются», «все валится из рук», «изменился почерк», «не могу одеться», «не могу застелить постель» и др.. Иногда пациент жалуется на невнимательность или неловкость.

При сборе психологического анамнеза (при беседе с пациентом и его родственниками) необходимо выявить преморбидный уровень освоения тех или иных

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).

двигательных навыков и осуществлять интерпретацию результатов, полученных в ходе специального нейропсихологического обследования, с учетом этого уровня.

2.2. Иная диагностика

Различные по локализации поражения мозга могут вызвать совершенно неодинаковые формы нарушений праксиса [9, 10, 12].

Цели нейропсихологической диагностики пациентов с нарушениями праксиса:

1. Проведение специального нейропсихологического обследования, направленного на углубленное исследование праксиса;
2. Выявление структуры и степени выраженности нарушений праксиса;
3. Количественная оценка (по возможности) степени нарушения праксиса;
4. Оценка компенсаторного ресурса в виде сохранных компонентов праксиса и сохранных ВПФ;
5. Оценка ВКБ и комплаенса.

В случае проведения полного нейропсихологического обследования в заключении отмечаются все выявленные нарушения ВПФ, в том числе и праксиса.

При описании в нейропсихологическом заключении нарушений праксиса отражается способность пациента:

1. формировать намерение и плана движения;
2. усваивать и удерживать двигательную программу;
3. удерживать структуру и порядок элементов двигательной программы;
4. придавать рукам необходимые позы (кинестетически и пространственно организованные);
5. плавно переключаться с одного элемента двигательной программы на другой;
6. отслеживать правильность выполнения двигательной программы;
7. корригировать ошибки при выполнении двигательной программы.

В заключении должен быть сделан краткий вывод о необходимости:

1. Реабилитационных занятий с клиническим психологом (нейропсихологом);
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.

Классические клиничко-психологические методики исследования нарушений праксиса, направленные на оценку различных составляющих произвольных движений и действий (в том числе согласно рубрике МКФ), представлены в табл. 3.

Табл. 3. Таблица методик и тестов для диагностики нарушений праксиса при повреждениях головного мозга и их соотношение с МКФ.

| Тесты, пробы (название) | Оцениваемые параметры | Код по МКФ |
|--|--|----------------|
| Воспроизведение позы пальцев руки - «пробы на праксис позы пальцев» [10] | -кинестетическая составляющая; -пространственная составляющая; -регуляторная составляющая; -кинетическая составляющая | b760, b7653 |
| Проба на динамический праксис, например «Кулак-ладонь-ребро» [10] | -кинетическая составляющая; -пространственная составляющая; -регуляторная составляющая | b760, b7653 |
| Графомоторные пробы (предлагают нарисовать узор, составленный из двух сменяющихся элементов) | -кинетическая составляющая; -пространственная составляющая; -регуляторная составляющая | b760, b7653 |
| Проба «Игра на рояле» | -кинетическая составляющая; -пространственная составляющая; -регуляторная составляющая; | b760, b7653 |
| Проба «кулак-кольцо» | -кинетическая составляющая; составляющая; -регуляторная составляющая; -кинестетическая составляющая | b760, b7653 |
| Проба на реципрокную мануальную координацию | -кинетическая составляющая; -регуляторная составляющая | b760, b7653 |
| Пробы на слухо-моторные координации («пробы на ритмы») | -кинетическая составляющая; -регуляторная составляющая | b760, b7653 |
| Пробы Хэда | -пространственная составляющая; -регуляторная составляющая | b760, b7653 |

| | | |
|---|---|----------------|
| Движения и действия с предметами и символические движения и действия. | -пространственная составляющая; -регуляторная составляющая; -кинестетическая составляющая | b760, b7653 |
| Выполнение одиночных движений по инструкции. | -регуляторная составляющая | b760, b7653 |
| Выполнение асимметричных двигательных программ (асимметричное постукивание) | -кинетическая составляющая; -регуляторная составляющая | b760, b7653 |
| Реакция выбора (в том числе, конфликтная проба) | -регуляторная составляющая | b760, b7653 |
| Выполнению мало привычной для пациента программы действий, включающей несколько последовательных движений (например, зажечь спичкой свечу). | -кинестетическая составляющая; -пространственная составляющая; -регуляторная составляющая; -кинетическая составляющая | b760, b7653 |
| Письмо под диктовку слов, фраз, например: «Мишина машина», «Проворонила ворона вороненка» | -пространственная составляющая; -регуляторная составляющая; -кинетическая составляющая -кинестетическая составляющая. | b760, b7653 |
| Самостоятельный рисунок трехмерных объектов (стол, куб, дом) | -пространственная составляющая; -регуляторная составляющая; -кинетическая составляющая; -кинестетическая составляющая. | b760, b7653 |

Критерии качества нейропсихологической диагностики пациентов с нарушениями праксиса при повреждениях головного мозга.

- Наличие клинико-психологического заключения (вводной части заключения), включающего анализ состояния эмоциональной, мотивационной сфер в процессе обследования, критичности к своему заболеванию и допускаемым ошибкам, жалоб и оценку адекватности их предъявления.

- Наличие нейропсихологического заключения, включающего качественный и, по возможности, количественный анализ выполнения больным различных нейропсихологических проб и тестов, направленных на оценку праксиса.

- Использование соответствующей психологической и нейропсихологической терминологии для описания нарушенных и сохранных звеньев праксиса.
- Наличие психологически обоснованного вывода о состоянии праксиса.
- Наличие (в случае необходимости) психологически обоснованного вывода о дисфункции соответствующих мозговых зон.

3. Нейропсихологическая реабилитация пациентов с апраксиями

Методологическая и методическая база современной нейропсихологической реабилитации разработана как отечественными, так и зарубежными авторами, среди которых Л.С. Выготский [2, 12], А.Р. Лурия [9, 10, 13], А.Н. Леонтьев [3, 16], Н.А. Бернштейн [14], П.Я. Гальперин [15], А.В. Запорожец [16], Л.С. Цветкова [17, 18, 19], Т.В. Ахутина [20], В.М. Шкловский [21], К. Гольдштейн [22, 23], О. Зангвилл [24], Дж. Пригатано [25], Й. Бен-Йишай [26], Б. Вилсон [27], Дж. Иванс [27] и др.

Цели нейропсихологической реабилитации пациентов с нарушениями праксиса:

1. Поддержание имеющегося уровня сохранных ВПФ пациента, как “опоры” для восстановления/сохранения (при невозможности восстановления) имеющегося уровня нарушения праксиса пациента.
2. Организация окружающей бытовой среды пациента с целью минимизация ограничений в его функционировании из-за имеющихся нарушений произвольных движений;
3. Восстановление нарушенных механизмов произвольных движений;
4. Перенос освоенных в ходе реабилитационной работы способов выполнения произвольных движений в условия реальной жизнедеятельности пациента.

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

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 [13]. 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 [13], 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 «собираание мелких предметов со стола».

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

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).

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 представляемые 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» [13, 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 («П■■■» - «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 одну 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 «постепенное 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 поочередно 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» [13, 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» [13, с. 88]. Такая работа, как правило, ведется с каким-либо одним предметным материалом (письмо, внешние локомоции), а затем постепенно переносится на другой материал.

Работа над пространственной составляющей праксиса проводится в рамках восстановления функций пространственного анализа и синтеза.

Работа над регуляторной составляющей праксиса проводится в рамках восстановления регуляторных (управляющих) функций.

Общие рекомендации, не отражающие специфику формы апраксии, содержат 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 [29, 30, 31].

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 [32].

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 [30, 33].

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 [30, 34].

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 [30]. Для облегчения генерализации достигнутых результатов важно соблюдать условия:

- Навык должен быть отработан в максимальном количестве разнообразных ситуаций;
- Перенос должен направляться клиническим 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. 4 и табл. 5.

Табл. 4. 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 | Ш | С |
| 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 | Ш | С |

Табл. 5. Критерии качества нейропсихологической реабилитации пациентов с апраксиями при повреждениях головного мозга.

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

Критерии качества нейропсихологической реабилитации пациентов с нарушениями праксиса при повреждениях головного мозга.

- Наличие ВКБ, адекватной нарушениям праксиса, и возможности/необходимости их восстановления.
- Наличие комплаенса по отношению к реабилитационным мероприятиям. Снижение проявлений нарушений праксиса в одном или нескольких видах деятельности, действий или операций (в зависимости от поставленных реабилитационных целей).
- Снижение проявлений нарушений праксиса в одном или нескольких видах деятельности, действий или операций (в зависимости от поставленных реабилитационных целей).
- Минимизация степени бытовой, социальной или профессиональной зависимости от других людей (в пределах поставленных реабилитационных целей).

Список литературы

1. Психосоматика: телесность и культура: Учебное пособие для вузов / под ред. В.В. Николаевой. – М.: Академический проект, 2009. 311 с.
2. Выготский Л.С. Психология. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2000. 1008 с.
3. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. – М.: Политиздат, 1975. 304 с.
4. Хомская Е.Д. Нейропсихология. – СПб.: Питер, 2005. 496 с.
5. Цветкова Л.С. Проблемы афазии и восстановительного обучения. – М.: Изд-во МГУ, 1979. 162 с.
6. Социально-психологический аспект реабилитации больных с афазией / Л. С. Цветкова, Ж. М. Глозман, Н. Г. Калита и др.; / Под общ. ред. Л. С. Цветковой. – М.: Изд-во МГУ, 1980. 82 с.
7. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. изд., доп. и перераб. – Л.: Медицина: Ленингр. отд-ние, 1985. 216 с.
8. Глозман Ж.М. Социальная реабилитация нейрохирургических больных: проблема и методики оценки. Вестник Моск. ун-та. Серия 14. Психология. 1990. №1. С. 13-24.
9. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. – М.: МГУ, 1962. 431 с.
10. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. – М.: Академия, 2002. 384 с.
11. De Renzi E., Lucchelli F. Ideational apraxia. Brain, 1988; № 111: 1173-1185.

12. Выготский Л.С. Психология и учение о локализации психических функций. Собр. соч. Т. 1. – М.: Педагогика, 1982; с. 168-174.
13. Лурия А.Р. Восстановление функций мозга после военной травмы. – М.: АМН СССР, 1948; 236 с.
14. Бернштейн Н.А. О построении движений. – Москва, 1947. 253 с.
15. Гальперин П.Я. Введение в психологию. – М.: Университет, 2000. 336 с.
16. Леонтьев А. Н., Запорожец А. В. Восстановление движений. Исследование восстановления функций руки после ранения. – М., 1945. 231 с.
17. Цветкова Л.С. Проблемы афазии и восстановительного обучения. – М.: Изд-во МГУ, 1979. 162 с.
18. Цветкова Л.С. Нейропсихологическая реабилитация больных. – М.: Изд-во МГУ, 1985. 263 с.
19. Цветкова Л.С. Мозг и интеллект. Нарушение и восстановление интеллектуальной деятельности. – М.: Просвещение, 1995. 304 с.
20. Ахутина Т.В. Нейролингвистический анализ динамической афазии. – М.: Изд-во МГУ, 1975. 143 с.
21. Шкловский В.М., Визель Т.Г. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии. – М.: «Ассоциация дефектологов», 2000. 96 с.
22. Goldstein K. The organism: A holistic approach to biology derived from pathological data in man. New York: Zone Books /MIT Press, 1934 /1995.
23. Goldstein K., Scheerer M. Abstract and Concrete Behavior: An Experimental Study With Special Tests. In: Psychological Monographs, ed. by John F. Dashell. 1941. V. 53, No. 2. P. i-151.
24. Zangwill O.L. Psychological aspects of rehabilitation in cases of brain injury. British Journal of Psychology. 1947. V. 37, No. 2. P. 60-69.
25. Prigatano G.P. Principles of neuropsychological rehabilitation. New York, NY: Oxford University Press, 1999. 356 p.
26. Ben-Yishay Y., Diller L. Handbook of holistic neuropsychological rehabilitation: outpatient rehabilitation of traumatic brain injury. New York, NY: Oxford University Press, 2011. 141 p.
27. Wilson B.A., Gracey F., Evans J.J., Bateman A. Neuropsychological rehabilitation: theory, models, therapy and outcome. New York, NY: Cambridge University Press, 2009. 368 p.

28. Цветкова Л.С. Афазия и восстановительное обучение: Учебное пособие для студентов дефектологических факультетов педагогических институтов. – М.: Просвещение, 1988; 207 с.
29. Григорьева В.Н., Нестерова В.Н. Апраксия рук в клинике ишемического инсульта: монография. – Нижний Новгород: НижГМА, 2013; 166 с.
30. 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.
31. 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.
32. 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.
33. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (Краткая версия). Всемирная Организация Здравоохранения. Изд-во: Спб институт усовершенствования врачей, 2001. 223 с.
34. Dovern A., Fink G.R., Weiss P.H. Diagnosis and treatment of upper limb apraxia. *Journal of Neurology*, 2012; № 259 (7): 1269–1283.
35. Eccles M., Clapp Z., Grimshaw J., Adams P.S., Higgins B., Purves I., Russell I. North of England evidence based guidelines development project: methods of guidelines development. *British Medical Journal*. 1996. V. 312. P. 760-762.

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. Баулина М.Е., к. психол. н., член РПО.

3. 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.

4. Григорьева В.Н., д. мед. н., зав. кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики, почетный работник высшего профессионального образования РФ, член правления Всероссийского общества неврологов.

5. 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.

6. 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".

7. 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.

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

9. 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. 6 и табл. 7.

Табл. 6. Рейтинговая схема для оценки уровня достоверности доказательств [35].

| 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. 7. Рейтинговая схема для оценки уровня убедительности рекомендаций [35].

| 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 валидации 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/>

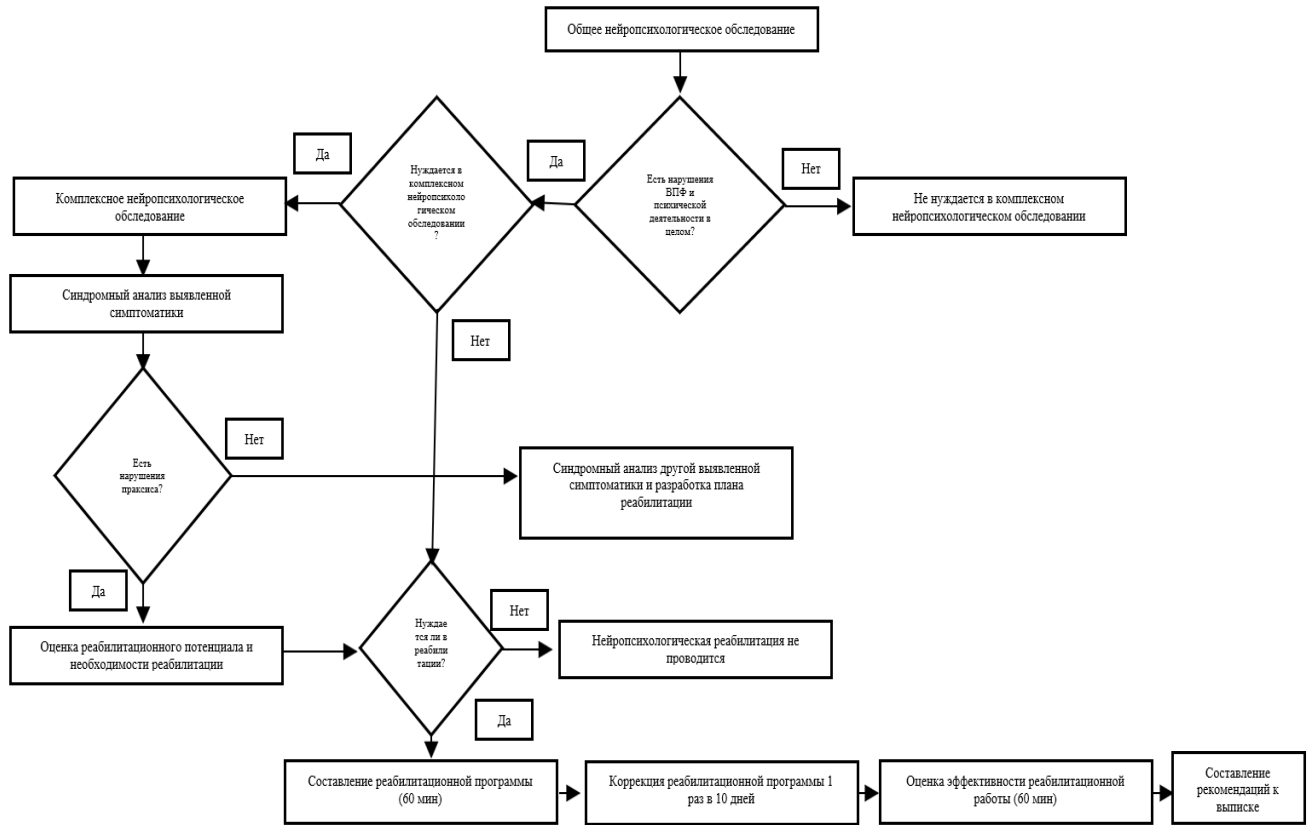
Проект рекомендаций был рецензирован также независимыми экспертами, которых просили оценить, прежде всего, доходчивость изложенного материала, точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций, исполнимость положений и рекомендаций.

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 пациента:

- 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).