

ВВЕДЕНИЕ

В большинстве экономически развитых стран инсульт занимает второе-третье место в структуре общей смертности и первое место среди причин стойкой утраченной трудоспособности. Как следствие этого – огромные экономические и интеллектуальные потери общества, которые, по некоторым оценкам, только в США составляют 51 млрд. долларов в год.

В России инсульт занимает первое место по частоте инвалидизации. Инвалидизация после перенесенного инсульта составляет 3,2 на 1000 населения. Если учесть, что у 90 % выживших после инсульта наблюдаются двигательные и речевые расстройства, обусловившие их инвалидизацию, то очевидна высокая социально-медицинская значимость данной проблемы и, следовательно, актуальным является изучение инсульта во всех его аспектах. В среднем среди людей, перенесших инсульт, 70% остаются инвалидами и только 10% возвращаются к труду. 10% становятся тяжелыми инвалидами и нуждаются в посторонней помощи.

Следующими (после двигательных дефектов) по значимости и распространенности постинсультными нарушениями являются речевые. Среди них наиболее частыми являются афазии и дизартрии, обусловленные локальными поражениями мозга. В литературе им посвящено наибольшее число работ, в которых афазии рассматриваются как системное нарушение речи, состоящее в полной или частичной потере речи и расстройствах других высших психических функций. Известно, что афазия – это нарушение речи, которое возникает при локальных поражениях преимущественно левого полушария, являющегося доминантным в отношении большей части ВПФ. В настоящее время накоплен значительный по объему и содержанию теоретический и практический материал по нарушениям и восстановлению речи и других высших психических функций у лиц с левополушарными очаговыми поражениями мозга. Вместе с тем клинические наблюдения показывают, что эти

формы патологии встречаются не только при поражениях левого, но и правого (субдоминантного) полушария мозга.

Литература, посвященная последствиям локальных поражений мозга, содержит в основном описания последствий левополушарных очагов поражения. Правополушарные нарушения речевой и других высших психических функций освещены недостаточно. Преимущественно они включены в более глобальные исследования, относящиеся к проблеме межполушарной асимметрии мозга.

Тема доминантности и субдоминантности полушарий имеет относительно давнюю историю. Со времен исследований Брока и Вернике установлено, что оба полушария мозга при всей их морфологической симметричности не являются функционально равноценными. При этом установленная доминантность левого полушария в отношении речевых функций оказалась вовсе не столь абсолютной, как это можно было предполагать, и степень этой доминантности, как показали исследования, значительно варьирует от субъекта к субъекту и от функции к функции.

Еще Джексон (1869) высказывал предположение, что речь осуществляется совместной работой обоих полушарий, причем левое, доминантное, полушарие связано с наиболее сложно построенными формами произвольной речи, в то время как правое полушарие осуществляет более элементарные функции автоматизированной речи.

Как писал А.Р. Лурия, «мы должны отказаться от упрощенных представлений, согласно которым одни (речевые) процессы осуществляются только левым (у правшей) полушарием, в то время как другие (неречевые) – только правым полушарием... существует тесное взаимодействие обоих полушарий, причем роль каждого может меняться в зависимости от задачи, и от структуры ее организации».

Имеются данные о различии функций полушарий мозга в формировании слухового восприятия. Показана специализация правого полушария мозга к опознанию пространственных характеристик стимула. При его поражении «выявляется смещение четкой и стабильной в норме внутренней системы координат, отражающей» экстраперсональное пространство.

Преимущественная роль левого полушария выявляется также при опознании абстрактных слов, т.е. слов, в значении которых малая степень образности сочетается с широкой полисемией.

Правое полушарие «кодирует» речевую просодию, музыкальный слух, звуки обыденной жизни, левое – речевой слух, к которому относится не только различение фонем, но и анализ последовательности звуков в слове, опознание грамматических, синтаксических, идеоматических стереотипов и ряд других слухоречевых функций. (Н.Н. Трауготт, 1986).

Я.А. Меерсон приходит к выводам: «При поражении правого полушария в большей мере нарушались: 1) оценка конкретных, наглядных особенностей зрительных сигналов или их компонентов при сохранной способности к обобщению, а также способность одновременно учесть, «охватить» ряд признаков конкретной зрительной ситуации; зрительное обобщение при этом страдает вторично, вследствие затруднений в выделении и оценки характерных, специфических свойств сигнала и невозможности одновременно учесть несколько его признаков; нарушения более ярко выступали у больных с поражением затылочных и теменных структур; 2) сравнительная оценка и удержание в памяти неправильных «невербализуемых» геометрических фигур; эти нарушения отмечались у больных с затылочными и теменными и задневисочными очагами, однако лишь у последних были единственным отчетливым проявлением зрительно-гностических расстройств; 3) память на конкретные, индивидуализированные признаки; нарушения имели место у всех групп больных, но больше выступали у больных с затылочными очагами; 4) помехоустойчивость зрительной системы; расстрой-

ства наблюдались у всех групп больных, однако больше всего были выражены при затылочных, несколько меньше – при височных и еще меньше – при теменных поражениях; 5) оценка пространственных параметров сигналов; различия, зависящие от латерализации очага поражения, отмечались главным образом у больных с очагами в теменных и меньше – затылочных долях.

Межполушарные различия, обнаруженные при исследовании зрительной памяти, касались не только запоминания обобщенных и конкретных признаков сигналов. Выявлялась еще одна особенность: при левополушарных поражениях больше страдала кратковременная, а при правополушарных – долговременная память.

Наиболее характерной особенностью правополушарных больных является отсутствие критики к своему состоянию – отрицание паралича в парализованных конечностях, причем никакие логические доводы не могут убедить их в обратном. Как крайний случай можно привести пример «неузнавания» собственной руки или ноги. Нарушается ориентация больного в пространстве, знакомые пространственные отношения предметов начинают казаться больному отчужденными, незнакомыми. Больные эйфоричны, днем безынициативны, а ночью, наоборот, впадают в двигательное беспокойство, отмечаются зрительные и слуховые галлюцинации, напоминающие алкогольный делирий».

В своей статье «Мозг. Стратегия полушарий», В.С. Ротенберг (2001) пишет: «Основной отличительной особенностью «правополушарного» – образного – мышления считают способность целостно, в комплексе воспринимать предметы и явления, с одновременной и даже мгновенной обработкой многих, если не всех их параметров. А «левополушарное» мышление наделяют способностью к последовательной обработке информации, когда познание происходит ступенчато, шаг за шагом, и благодаря этому носит аналитический, а не синтетический характер. Иначе говоря, правое полушарие как бы сразу «схватывает» всю картину мира в целом,

левое же формирует ее постепенно, из отдельных, тщательно изученных деталей» (См. рис. В.С. Ротенберга).



На рисунке условно показано характерное различие стратегии мышления обеих полушарий мозга. Из случайного набора деталей левое полушарие строит четкий ряд геометрических фигур, наводит порядок в их расположении. Правое полушарие из тех же деталей придумывает некий целостный образ, в котором каждый элемент наделяется внутренней или видимой связью с другими.

Как мы видим, в специальной литературе накоплено значительное количество теоретического и практического материала по нарушениям и восстановлению ВПФ у больных с правополушарными очаговыми поражениями мозга. Однако данный контингент пациентов остается недостаточно изученным.

В данной работе содержится описание организации и содержание исследования, нейропсихологическое обследование лиц с правополушарными очаговыми поражениями мозга и обработка полученных данных. В главе «Восстановительное обучение лиц с очаговыми поражениями правого полушария мозга» описаны основные направления комплексной нейропсихологической логопедической работы с экспериментальной группой, а также приведены клинические примеры, выписки из протоколов пациентов, прошедших курсы восстановительного обучения.

Исследование и восстановительное обучение осуществлялось в процессе оказания нейропсихологической, реабилитационной помощи пациентам.

ГЛАВА I.

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ НАРУШЕНИЙ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ ПРИ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ПРАВОГО ПОЛУШАРИЯ МОЗГА.

В процессе нашего исследования использовалась диагностическая нейропсихологическая методика А.Р. Лурии и его последователей, которая позволяет выявить универсальные закономерности патологических синдромов, а также их индивидуальные особенности.

В экспериментальную группу были отобраны 54 пациента: 19 женщин и 35 мужчин (средний возраст – 51,5лет), перенесших инсульт в правом полушарии мозга.

Со всеми испытуемыми проводилась комплексная нейро-реабилитация: использовалось медикаментозное, кинезитерапевтическое лечение; психокоррекционные, нейропсихологические методы, разработанные в русле концепции А.Р. Лурия о системной динамической локализации высших психических функций (Э.С. Бейн, 1982; М.К Бурлакова, Л.С. Цветкова, 1997; Т.Г. Визель, В.М. Шкловский, 2000 и др.).

Использовались следующие *методы исследования*:

- Анализ медицинской документации.
- Метод клинического наблюдения – экспериментальная и контрольная группы наблюдались в динамике).

- Клинико-экспериментальные методы – *нейропсихологическое* тестирование по методике А.Р. Лурия, адаптированной Т.Г. Визель, В.М. Шкловским. Исследовались: речь; праксис; письмо; чтение; счет; гнозис (предметный, оптико-пространственный, сомато-сенсорный, буквенный, цифровой, цветовой, лицевой, слуховой); память, интеллектуальные процессы.

- Использовались данные *инструментальных методов*: электроэнцефалографические (ЭЭГ); компьютерная томография (КТ). Результаты учитывались при нейропсихологическом анализе выявленных нарушений речи и других высших психических функций.

- Метод комплексного дифференцированного медико-психолого-педагогического воздействия.

Основное внимание уделялось качественным параметрам выполнения тестов. Проводился также и количественный анализ полученных результатов. При обработке данных исследования учитывалось то, что:

а) имеет место значительно выраженная вариабельность степени доминантности левого полушария у разных лиц и в отношении разных функций;

б) различия в отношении нарушений при поражениях правого (субдоминантного) полушария и, следовательно, в вопросе об участии правого полушария в компенсации дефектов, вызванных поражениями левого (доминантного) полушария.

Результаты эксперимента позволили выявить специфические особенности нарушения различных ВПФ у лиц с правополушарным инсультом, которые существенным образом отличают их от пациентов с левополушарными очагами поражения.

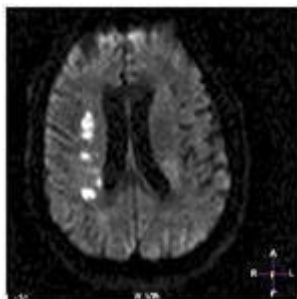
Рассмотрим полученные результаты по отдельным ВПФ.

ГНОСТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

У 24 исследованных испытуемых оказались ярко выраженными расстройства, которые при левополушарных очагах встречаются гораздо реже и не столь явно проявляются:

Топографическая ориентировка. Испытуемые (37,5%) часто не узнают знакомую местность, не могут выбрать правильный маршрут на знакомой улице.

Пример: Пациентка К., 70 лет; ЦВБ. ХНМК 2 ст. Поздний восстановительный период ОНМК по ишемическому типу в бассейне правой СМА (от 2005 г, 16.02.08 г).



«Я шла в магазин за хлебом и вдруг поняла, что не знаю где я и куда теперь идти». Усвоение же нового маршрута оказывается ей не под силу. Серьезные затруднения вызывали задания типа «Нарисуй путь от кабинета до палаты», «Выведи человечка из лабиринта», «Выбор маршрута в собственной квартире».

Так, ей было предложено «пройти» из прихожей на кухню (рис.1). После многократных попыток, она так и не справилась с заданием.



Рисунок 1.

• **Топографическая память.** Часть испытуемых (41,7%: 6 человек – у 4 больных отмечен ишемический инсульт, у 2 – геморрагический) сообщает о том, что они испытывают затруднения при выборе маршрута в собственной квартире.

Так, пациентка Ч. (48 лет; ОНМК по геморрагическому типу в бассейне правой СМА (16.08.2006г.). Состояние после клипирования аневризмы правой ВСА – ЗСА) говорит:

«Я хотела пойти на кухню, но забыла, **как** туда нужно идти».

• **Лицевой гнозис.** При предъявлении испытуемым портретов знаменитых людей, выявились затруднения в узнавании знакомых лиц (25%). Так, Л. Толстой «узнавался» как К. Маркс или И. Тургенев; С. Есенин, как В. Высоцкий или «какой-то певец».

Пример: Ч-ная Тамара Николаевна, 48лет. Диагноз: ОНМК по геморрагическому типу в бассейне правой СМА (16.08.2006 г.). Состояние после клипирования аневризмы правой ВСА-ЗСА;

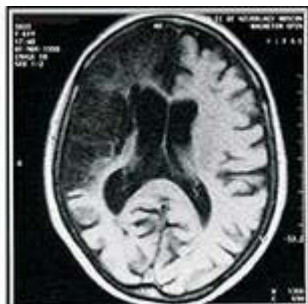
П- няк Степан Степанович, 47 лет. Диагноз: ЦВБ ОНМК по ишемическому типу в бассейне правой СМА (2006 г.).

Испытуемые с более тяжелой патологией не могли узнать на фотографиях даже своих близких.

– **Понимание художественных изображений.** При исследовании понимания художественных изображений, пациентам предъявлялась сюжетная картина «Разбитое окно». Описывая её, они предполагали разные варианты: «Это трюмо... А почему женщина наверху?..»; «Это шкаф что ли? Или угол дома?»; «Это музей. В музее висит картина (женщина, выглядывающая через разбитое окно)» и др. Эти высказывания свидетельствуют о том, что лица данной категории (33,36%) не в состоянии определить взаимное расположение объектов, а также воспринять общую «идею» художественного изображения.

Пример: Н-ч Любовь Семеновна, 46 лет. ЦВБ. Последствие ОНМК по ишемическому типу (от 1996 г.) в бассейне правой

СМА, грубый левосторонний гемипарез. Субкомпенсация. Церебросклероз.



Мальчик играл в снежки
и разбил окно
лишь стоило ругать
он убежал, потом мальчик
купил маме цветы

Рисунок 2.

Пациентка определила два «объекта» – мальчика и женщину в разбитом окне. Однако игнорирует ещё два персонажа – мужчину и мальчика за деревом. Выявляются грубые искажения сюжета: замещение – «мяч», а не снежок, «мама ругает», а не мужчина; а также привнесения: мальчик «убежал, потом... купил маме цветы». При описании картины у данной пациентки наблюдалось повышенное настроение, что явилось следствием неточного её описания, грубого искажения эмоциональной составляющей (рис.2).

Пример: Ман-ик Семен Семенович, 62 года. ЦВБ. Последствие ОНМК по ишемическому типу в бассейне правой СМА (от 1999 г). Выраженный левосторонний гемипарез до плегии в кисти. Субкомпенсация. Артериальная гипертензия III ст., осложненная форма с поражением сосудов головного мозга, сердца, риск IV. ИБС ПИКС (от 02.2000 г.). Стенокардия напряжения II ФК, ХСН II. Церебральный атеросклероз.

Рассказ по картине «Случай на реке»: *«Мороз и солнце. Ребята вышли погулять, покататься. Кто гуляет, кто катается по парам. Этот упал, этот провалился. Это старинный Храм. Тобольск – не Тобольск, что-то не пойму. «Осторожно» написано. Это все невнимательность! Это спасатель по идее. Люди идут. Это кто? Отдыхающие что ли? Что-то как-то неестественно сидит. Не пойму никак».*

Ещё один пример фрагментарности зрительного восприятия. Данный пациент также «не видит» все изображенные фрагменты картины и делает необоснованное заключение. Нарушена общая ориентировка в картине и последовательный анализ её деталей.

Те же испытуемые, которые могли правильно **оценить** ситуацию, тем не менее, не справлялись с определением «ролей», изображенных людей. «Мужчина обнимает мальчика»; «Стекло разбил тот, которого ругают. А другой непонятно зачем здесь стоит»; «Папа говорит сыну идти домой, потому что мама зовет на обед»; «Все радостные, потому что уроки закончились». Акустический гнозис. *Испытуемым предлагалось угадать звучащую мелодию. («Вечерний звон», «Подмосковные вечера», «Во поле береза стояла», «Ёлочка»).* Многие пациенты не справлялись с заданием (46%), а также предъявляли жалобы на то, что и сами не могут воспроизвести мелодию, хотя до заболевания пели замечательно.

Испытуемые со сниженной критикой сами этого не замечали. Об их «нарушении музыкального слуха» сообщали родственники.

• **Симультанный гнозис.** Задания по обследованию состояния симультанного гнозиса испытуемые выполняли с ошибками различного характера (83,4%). При описании картины «Случай на реке», выявилось следующее:

1. Неспособность восприятия картины как единого целостного сюжета.

Пример. Выписка из протокола: Пациент Б-шев, 56 лет (ОНМК по ишемическому типу в бассейне правой СМА (от 26.02.08 г). Ранний восстановительный период. Грубый левосторонний гемипарез до плегии в руке. Церебральный атеросклероз. Артериальная гипертензия III ст., осложненная форма с поражением сосудов головного мозга, сердца, глазного дна, риск IV. ФК 2. ХСН I):

Рассказ по картине «Случай на реке»: *«Собака что ли лежит?... Нет... Дедушка привязанный куда-то.... Здесь стоит кто-то.... Бабка, что ли?.... Все.»*

2. Игнорирование значительных деталей.

Пример. Выписка из протокола: Пациент Г-чак 63 года (ОНМК по ишемическому типу (от 9.03.08) в бассейне правой СМА. Ранний восстановительный период. Гипестезия левой верхней конечности):

«В смысле что тут? Персонажи. Тут мальчик тонет. Этот хочет спастись. А это в белом халате врач, наверное. Этот бежит тоже спастись. Это женщина. Женщина смотрит с палкой.»

3. Игнорирование левого поля картины (при подсказке или включении контроля, справлялись).

НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ ПРАКСИСА

Конструктивный праксис. (87,6% ошибок различного характера). Испытуемым предлагалось сделать три рисунка «Дом», «человек», «стол». Большинство рисунков имело следующие неточности:

Конец ознакомительного фрагмента.

Приобрести книгу можно

в интернет-магазине

«Электронный универс»

e-Univers.ru