

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

**НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ  
ДИАГНОСТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ  
ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ  
СОЗНАНИЯ  
ПОСЛЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ 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 нарушениями сознания .....	43
3. Нейропсихологическая реабилитация пациентов с нарушениями сознания .....	52
Критерии оценки качества психологической помощи .	59
Список литературы.....	64
Приложение А2. Методология разработки методических рекомендаций.....	74
Приложение А3. Связанные документы .....	78
Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента .....	80
Приложение В. Информация для пациента .....	81

## **Ключевые слова**

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

## **Список сокращений**

ВКБ - внутренняя картина болезни (аутопластическая картина болезни);

ВПФ - высшие психические функции;

ВС - вегетативное состояние;

МДБ - мультидисциплинарная реабилитационная бригада;

МКБ 10 - международная классификация болезней;

МКФ - международная классификация функционирования ограничений жизнедеятельности и здоровья;

ЦНС - центральная нервная система.

## **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

Сознание - это состояние психической жизни индивида, выражающееся в субъективных переживаниях событий внешнего мира и жизни самого индивида, в отчете об этих событиях [1]. Современная отечественная нейропсихология рассматривает сознание как высшую форму отражения человеком внешнего (объективного) и внутреннего (субъективного) мира в виде символов (слов, знаков) и образов, как интегративный обобщенный «образ мира» и «образ своего Я», как продукт деятельности мозга [2].

Сознание, являясь свойством функционирующей нервной системы, включает в себя такие процессы как поддержание бодрствования, активности, внимания, памяти, речи, интеллекта, самосознания и так далее.

Исходя из этого определения, в структуре сознания выделяют две основные составляющие: 1) уровень активации (уровень бодрствования) и 2) содержание сознания (собственно психические функции, их интеграция и сознательная деятельность в целом).

Уровень бодрствования в физиологическом плане в основном ассоциируется с работой структур ретикулярной формации ствола мозга и диэнцефальных (гипофизарно-гипоталамических) структур.

За содержание сознания отвечают сложнейшие нейрональные ансамбли, формирующиеся с участием многих корковых (горизонтальных) и корково-подкорковых (вертикальных) связей в центральной нервной системе, при этом важнейшая роль придается структурам лимбической системы (поясная кора, мозолистое тело, гиппокамп, амигдала и другие) и коре головного мозга. Так, повреждение структур лимбической системы и медиобазальных отделов коры лобных и височных долей может приводить к спутанности сознания, трудностям ориентировки во времени, месте и в собственном состоянии, сочетающимся с нарушениями памяти. Повреждение коры головного мозга влечет дезинтеграцию в работе ВПФ и нарушает сознательную деятельность [2].

В медицине сознание принято считать ясным (сохранным), если человек способен адекватно реагировать на внешние стимулы и ориентироваться в

окружающей ситуации, месте, времени и собственной личности [3].

Длительные состояния нарушения сознания, как свидетельствуют нейровизуализационные и нейрофизиологические исследования, обусловлены изменениями подкорково-корковых взаимодействий [4]. Особое значение придается таламокортикальному пути и корково-корковым внутрислоистарным связям, в особенности связям между лобными и теменными зонами. Таким образом, в случае повреждения мозга имеет место ситуация, когда в структурно-функциональной модели работы мозга в различной степени повреждены все 3 функциональных блока мозга согласно теории А.Р. Лурии [5].

Нарушения сознания подразделяют на следующие группы:

1. Синдромы угнетения/выключения сознания (иногда обозначаемые как «количественные нарушения сознания»);
2. Синдромы спутанности и помрачения сознания (иногда обозначаемые как «качественные нарушения сознания»);

3. Посткоматозное бессознательное (вегетативное) состояние;
4. Синдромы реинтеграции сознания после выхода из ВС [6].

Синдромы спутанности и помрачения сознания характеризуются некоторым изменением уровня бодрствования при значительном нарушении содержания сознания. Отечественные авторы к состояниям спутанности сознания относят амнестическую спутанность, Корсаковский синдром, речевую спутанность, синдром речедвигательного возбуждения, а к синдромам помрачения сознания - онейроид, дереализационно-деперсонализационные состояния, сумеречное состояние сознания, делирий [6].

Синдромы угнетения/выключения сознания характеризуются снижением уровня активации сознания с исчезновением всех элементов его содержания. К этим синдромам относятся оглушение, сопор, кома, ВС, акинетический мутизм, состояние минимального сознания [6].

Признаком выхода из комы является открывание глаз, спонтанное или в ответ на раздражители. В дальнейшем восстановление психической деятельности

может проходить по разным направлениям. Одним из них является выход в ясное сознание, другим - выход в ВС.

Согласно отечественной классификации Т.А. Доброхотовой [6], восстановление психической деятельности после вызванной повреждением головного мозга комы проходит последовательно несколько этапов:

- ВС;
- Акинетический мутизм;
- Акинетический мутизм с эмоциональными реакциями;
- Мутизм с пониманием речи;
- Дезинтеграция (реинтеграция) речи;
- Амнестическая спутанность;
- Интеллектуально-мнестическая недостаточность;
- Психопатоподобный синдром;
- Неврозоподобный синдром.

ВС характеризуется стабилизацией вегетативных функций (спонтанное дыхание, адекватная гемодинамика); открыванием глаз, появлением циклов «сон-бодрствование», проявляющихся в периодических пробуждениях, то есть в открывании глаз. Однако при



этом нет никаких признаков психической жизни: отсутствуют фиксация взора, произвольные движения, собственная речь и понимание речи, эмоциональные реакции на внешние стимулы. Возможны физиологические реакции на боль (потоотделение, изменение позы тела), но нет движений, направленных на устранение или локализацию раздражителя. Возможны блуждающие движения глазных яблок и произвольные движения головы и конечностей, однако нет признаков целенаправленных поведенческих ответов на зрительные, слуховые, тактильные или болевые стимулы. В ряде случаев отмечаются вокализации и эмоциональные реакции (плач), но возникают они не в ответ на внешнюю стимуляцию. Произвольный контроль за работой кишечника и мочевого пузыря отсутствует.

Выделяют персистирующее (обратимое, преходящее) и перманентное (необратимое, стойкое, хроническое) ВС. Персистирующее ВС диагностируют не ранее, чем через месяц после травматического или нетравматического поражения головного мозга. Диагноз перманентного ВС может быть установлен через 12 месяцев после черепно-мозговой травмы или через 3

месяца после нетравматического повреждения головного мозга. Первым признаком выхода из ВС является фиксация взора и попытка слежения за предметом.

Акинетический мутизм характеризуется отсутствием произвольных движений и собственной речи при сохранности открывания глаз, фиксации взора, слежения, понимания речи и рефлекторного отдергивания конечностей в ответ на боль. Больной фиксирует взор на производящем обследовании врача, реагирует движениями глаз на звуковой сигнал или не реагирует, или реагирует с длительной задержкой, выполняя самые простые инструкции после повторных команд.

Состоянию акинетического мутизма в зарубежных классификациях во многом соответствует «состояние минимального сознания» или «минимальный уровень сознания». Этот термин предложен международной группой экспертов [7]. Состояние минимального сознания диагностируют у больных с повреждениями головного мозга в случае их неспособности к длительному осознанному контакту с окружающими, при условии исключения афазии,

агнозии, апраксии и сенсомоторного дефицита как причины недостаточной коммуникации. Отличием данного состояния от вегетативного является то, что больной способен хотя бы к одному из следующих действий: выполнение простых команд, позный или словесный ответ «да/нет» (вне зависимости от правильности этого ответа), осмысленные двигательные, поведенческие и/или эмоциональные реакции на внешние стимулы. В последнее время в рамках «состояния минимального сознания» дополнительно выделяют «состояние минимального сознания со знаком минус» для описания группы пациентов, которые отчетливо фиксируют взор, локализуют болевой раздражитель, но еще не выполняют инструкции.

Для этапа акинетического мутизма с эмоциональными реакциями характерна отчетливая фиксация взора и слежение, дифференцированная реакция на стимул в любой модальности (вербальный, невербальный эмоциональный).

Стадия мутизма с пониманием речи в рамках отечественной классификации характеризуется

постепенным восстановлением понимания речи и восстановлением собственной речи.

В дальнейшем пациенты могут проходить этапы реинтеграции речи, амнестической спутанности, превалирования симптоматики интеллектуально-мнестических или психопатоподобных нарушений.

Дифференциальная диагностика истинно (первично) сниженных состояний сознания (кома, ВС) с «псевдокомой»:

1. Психогенная ареактивность - состояние, при котором больной не реагирует ни на осмотр, ни на обращенную к нему речь, хотя находится в состоянии бодрствования. Может наблюдаться в рамках ряда психических заболеваний: конверсионное расстройство, кататонический ступор, диссоциативное расстройство, фуга, симуляция [8].

Некоторые дифференциальные признаки:

- Сохранность реакций зрачков на свет;
- Отсутствие плавающих движений глаз;
- Отсутствие нарушений при неврологическом обследовании;
- Активное сопротивление больного при попытке открыть ему глаза;

- Моргание (в случае, когда глаза пациента открыты) в ответ на быстрое движение руки другого человека по направлению к глазам больного;
- Рука больного, пассивно поднятая над его глазами и затем отпущенная, не падает на лицо больного (проба «рука не падает на лицо»), проба «движение руки» (быстрое движение рукой к глазам больного);
- ЭЭГ, характерное для бодрствования.

2. Синдром locked-in («запертого человека») – состояние, при котором больной находится в ясном сознании, но у него отсутствует речь, глотание и движения в мышцах лица и конечностей из-за их паралича. Сохранены лишь вертикальные движения глаз и моргание. Сознание и когнитивные функции также сохранены, что можно выявить по глазодвигательным сигналам больного при контакте с ним при помощи азбуки. Синдром обусловлен прерыванием кортико - спинальных и кортико - нуклеарных путей на уровне Варолиева моста при интактности ретикулярной формации в области среднего мозга. Он может возникнуть при обширном инфаркте или кровоизлиянии

с вовлечением вентральных отделов Варолиевого моста и при стволовом энцефалите.

При этом синдроме больной может общаться с окружающими путем моргания и вертикального движения глаз, отвечая, таким образом, на вопросы «да» или «нет».

Больной может общаться также и с помощью индивидуально сконструированных электронных устройств. При наличии адекватного ухода такие больные могут долгие годы сохранять социальную активность.

Профессиональные компетенции клинического  
психолога<sup>1</sup> в МДБ<sup>2</sup>:

- Владение методами и процедурой нейропсихологического обследования;
- Владение навыками нейропсихологической диагностики и использования специфических психометрических методов, которые могут применяться для оценки состояния сознания и других ВПФ;
- Знание способов и средств восстановительной работы и осуществление выбора апробированных эффективных конкретных технологий восстановления нарушенных когнитивных функций (в том числе технологии мультисенсорной стимуляции);

---

<sup>1</sup> 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.

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

- Умение формировать индивидуальные программы когнитивной реабилитации;
- 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.

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 сознания, основанном на официальном рубрикаторе и практическом опыте отдельных клиник.

Табл. 1. Расчет стоимости услуг по диагностике и реабилитации пациентов с нарушениями сознания после повреждений головного мозга.

<b>Код</b>	<b>Наименование</b>	<b>Частота</b>	<b>Оптимальное число занятий<sup>3</sup></b>
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

---

<sup>3</sup> Число занятий, необходимое для достижения одной узкоспециализированной цели при реабилитации больного с нарушениями регуляторных функций либо для вынесения предварительного заключения о сниженном реабилитационном потенциале.

A21.23.004	Составление индивидуальной программы нейропсихологической реабилитации	1 раз в неделю	Нет данных
A13.23.011	Нейропсихологическая коррекционно - восстановительная процедура при нарушениях психических функций	2-3 раза в неделю	15
A21.23.005	Нейропсихологическая реабилитация	2-3 раза в неделю	15
A21.23.006	Обучение родственников пациента тактике и методам восстановления когнитивных функций больных	2 раза за курс	Нет данных
A13.29.013	Процедуры по адаптации к условиям микросреды	2-3 раза в неделю	Нет данных
B04.069.001	Школа психологической профилактики для пациентов и родственников	2 раза за курс	Нет данных

B05.023.001	Услуги по реабилитации пациента, перенесшего острое нарушение мозгового кровообращения	3-5 раза в неделю	Нет данных
B05.024.002	Услуги по реабилитации пациента, перенесшего нейрохирургическую операцию	3-5 раза в неделю	Нет данных

### **1.2 Этиология и патогенез**

Нарушения сознания встречаются при заболеваниях головного мозга различной этиологии.

### **1.3 Эпидемиология**

Нарушения сознания являются одними из наиболее часто встречающихся 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 в будущем 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 реабилитации<sup>4</sup> и их виды согласно МКФ).

<b>Обязательная составляющая модели пациента</b>	<b>Описание составляющей модели пациента</b>
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
Домены МКФ, связанные с диагностикой сознания	b110 - Функции сознания; b114 - Функции ориентированности;

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

	Все домены d (1-9)
Домены МКФ, связанные с реабилитацией пациентов с нарушениями сознания	b110 - Функции сознания; b114 - Функции ориентированности; 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. Нейropsychологическая диагностика пациентов с нарушениями сознания**

### **2.1. Жалобы и анамнез**

При сборе психологического анамнеза в беседе с родственниками больного необходимо выявить преморбидный уровень когнитивной сферы пациента и осуществлять интерпретацию результатов, полученных в ходе специального нейropsychологического обследования, с учетом этого уровня.

## 2.2. Иная диагностика

Клинический метод включает клиническое обследование, результаты которого важно дополнять указанием стадии восстановления сознания и когнитивных функций больного. Для этого целесообразно применение качественных (номинальных, описательных) шкал, а также проведение количественной оценки степени восстановления произвольных психических и поведенческих реакций с помощью количественных (порядковых и числовых) шкал.

1. Качественные, описательные:
  - Шкала стадий восстановления психической деятельности Т. А. Доброхотовой;
  - Шкала уровней когнитивных функций [9].
2. Количественные шкалы, измеряющие функциональные возможности пациента. Одной из наиболее распространенных шкал является «Шкала восстановления после комы» или «Coma Recovery Scale» [10,11].

Для оценки динамики течения реабилитационного процесса на основе изменений реакций пациента на различные раздражители можно

выделить некоторые компоненты, которые могут быть отражены в заключении нейропсихолога [12,13]:

1. Нейродинамические параметры психической деятельности:

- Состояния активности - пробуждения (самостоятельное - спонтанное или только при стимуляции);
- Восстановление цикла сна - бодрствования;
- Возможность привлечения непроизвольного внимания больного к окружающей обстановке и длительность удержания внимания;
- Возможность привлечения произвольного внимания больного к стимулу и время удержания внимания к стимулу;
- Длительность латентного времени ответа при выполнении инструкций.

2. Степень сохранности анализаторных функций и восстановления восприятия (зрительного, слухового, тактильного):

- Генерализованная недифференцированная реакция на любой вид раздражителя (нет дифференцировки модальностей);

- Четкая локализация в зависимости от модальности (зрительная, тактильная, слуховая, болевая) стимула (ориентировочные реакции).

### 3. Уровень произвольности движений и действий:

- Непроизвольные ориентировочные реакции - учитывается любая ориентировочная реакция, вне зависимости от модальности ее проявления;
- Целенаправленные спонтанные реакции без направленной стимуляции извне;
- Целенаправленные движения и действия в ответ на инструкцию.

### 4. Способность к коммуникации:

- Отсутствие коммуникативных попыток;
- Неадекватные характеристики контакта (негативизм, избирательность контакта и так далее);
- Невербальная коммуникация;
- Вербальная коммуникация со снижением инициативы;
- Адекватная вербальная коммуникация.

### 5. Уровень выполнения инструкций:

- Выполнение инструкций по подражанию;
- Выполнение инструкций с подкреплением и опорой на другие модальности;

- Выполнение речевой (или письменной) инструкции.

В заключении также должна быть отражена оценка по шкалам. По результатам специального нейропсихологического заключения должен быть сделан краткий вывод о необходимости:

- Реабилитационных занятий с нейропсихологом, клиническим психологом, эрготерапевтом;
- Повторного обследования для оценки динамики восстановительного процесса с указанием сроков, в которые необходимо провести повторное обследование.

Инструментарий диагностики для пациентов с ограниченными вербальным контактом/с низким уровнем произвольной регуляции деятельности или множественными первичными повреждениями систем организма.

Переход больного на уровень состояния минимального сознания с возможностью выполнения инструкций позволяет проводить раннее нейропсихологическое обследование. Следует учесть, однако, что полная нейропсихологическая диагностика на данном этапе ограничена как вследствие неполного восстановления сознания, так и сопутствующих

нарушений (первичные поражения анализаторных систем, двигательные расстройства различного генеза). В этот период пациенты не доступны полному вербальному контакту. Сохранным может быть лишь понимание речи и выполнение простых инструкций. Это, в свою очередь, требует адаптации классических методик нейропсихологического обследования. Таким образом, нейропсихологические методики первичного обследования должны быть:

- Индивидуально подобранными в зависимости от возможностей пациента;
- Мультиинформативными с позиций дальнейшего анализа;
- Кратковременными по предъявлению и простыми по своей структуре;
- Ориентированными на получение результатов, которые могут быть использованы для постановки реабилитационных целей при командной форме работы.

Таким образом, основной задачей проведения нейропсихологического обследования является выявление первичных и вторичных нарушений ВПФ.



Ниже приведен пример адаптации материала для исследования нарушений ВПФ детей с тяжелой черепно-мозговой травмой [14]:

1. Для оценки зрительного восприятия:

Стимульный материал: 1) реальные предметы (зубная щетка, фломастер, ложка, расческа и так далее); 2) изображения реальных предметов (отдельные карточки с перцептивно-близкими и перцептивно-отдаленными изображениями реальных предметов).

Инструкция: «Покажи (название предмета)»; «Покажи, как пользоваться этим предметом» (функциональное значение предмета).

Процедура проведения: сначала предметы (картинки) предъявляются по одному, в дальнейшем по два (слева и справа в поле зрения пациента) с обязательной сменой места предъявления.

Отслеживаются первичные и вторичные нарушения в процессе выполнения задания:

- Неузнавание предметов и их изображений;
- Отсутствие зрительного поиска с одной стороны зрительного поля (оптико-пространственное игнорирование);

- Отчуждение смысла слова при правильном использовании предмета;
- Большая длительность привлечения зрительного внимания к задаче;
- Патологическая инертность психических процессов (выбор одного и того же предмета).

2. Для оценки импрессивной речи и слухоречевого восприятия:

Инструкция: 1) «Покажи на себе: НОС (РОТ, УХО, ЛОБ); 2) «Покажи на себе в том же порядке, как я называю: НОС — РОТ — ЩЕКА».

Процедура проведения: предъявляется сначала по одному слову, потом по два, потом по три слова.

Отслеживаются первичные и вторичные нарушения в процессе выполнения задания:

- Отчуждение смысла слова;
- Снижение объема слухоречевого восприятия;
- Патологическая инертность психических процессов.

3. Для оценки чтения:

Инструкция: 1) «Прочитай и выполни: ЗАКРОЙ ГЛАЗА (ОТКРОЙ РОТ, ПОКАЖИ НОС)»; 2) «Найти картинку к этому слову».

Процедура проведения: карточки с написанной фразой. Набор карточек для оценки зрительного восприятия.

Отслеживаются первичные и вторичные нарушения в процессе выполнения задания:

- Привлечение внимания к задаче;
- Отсутствие выполнения как показатель непонимания прочитанного.

4. Для оценки счетных операций:

Инструкция: «Сколько будет 2+2, 7-5, 12-8».

Процедура проведения: результаты написаны на карточках и предъявляются по 2 результата (правильный и неправильный) слева и справа; обязательная смена места предъявления.

5. Для оценки зрительной памяти (при сохранности зрительного восприятия):

Инструкция: «Я покажу Вам сейчас картинку, посмотрите на неё и запомните. Потом Вам надо будет найти её среди других картинок».

Процедура проведения: предъявляется одна картинка из набора картинок для оценки зрительного восприятия; потом предъявляется 3 картинки - 1 стимул, 2 дистрактора (неиспользованные ранее картинки).

По мере восстановления возможностей пациента пробы для нейропсихологической диагностики начинают подбираться все в большем соответствии с классической схемой проведения нейропсихологического исследования.

### **3. Нейропсихологическая реабилитация пациентов с нарушениями сознания**

Основы российской нейропсихологической реабилитации были заложены Л.С. Выготским и А.Р. Лурия [15,16]. 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.

Когнитивная реабилитация пациентов в сниженных и измененных состояниях сознания достаточно новое направление, которое требует теоретической и методологической разработки [28]. Так, в современной прикладной когнитивной (нейропсихологической) реабилитации пациентов, находящихся в сниженном состоянии сознания, можно выделить два направления:

1. Психологическая реабилитация психотерапевтическими методами [29,30,31,32]. С учетом отсутствия вербального контакта с пациентами методы работы основаны на нескольких психотерапевтических подходах, основными из которых являются:

- Процессуально - ориентированный подход [33];
- Телесно - ориентированный подход [34];
- Соматическая терапия биосинтез [35], бодинамический подход [36], элементы танатотерапии [37].

Основными задачами психологической работы с пациентом в рамках данных подходов могут быть:

- Расширение и углубление уровня контакта пациента с внешним миром, расширение количества и вариативности невербальных сигналов пациента для коммуникации с внешним миром;
- Диагностика возможностей невербальной коммуникации;
- Нахождение внутренних телесных ресурсов для преодоления трудной ситуации.

Медицинский психолог, работающий в данном направлении, должен пройти дополнительное образование в том или ином психотерапевтическом направлении.

## 2. Психостимулотерапия.

Данный метод основан на представлениях, сложившихся в процессе психиатрических исследований больных, перенесших длительную кому

вследствие тяжелого поражения головного мозга [6,38]. Путем активной внешней стимуляции, направленной на изменение содержания психической деятельности, возможна активизация функций полушарий мозга.

Психостимуляция должна отражать трехвременную структуру психической деятельности, которая осуществляется в настоящее время; отражает прошлый опыт и предопределяет свое будущее содержание.

Задачи психостимуляции:

- Восстановление навыков осуществления психической деятельности;
- Оживление накопленных больным знаний, в том числе чувственных (о близких людях, привычных ситуациях, событиях и так далее) и абстрактных, полученных в процессе учебы и общения с окружающими;
- Восстановление произвольной психической деятельности, инициативы, активного стремления к завершению действий, поступков, сложной познавательной и психомоторной деятельности значимым результатом в будущем.

Все применяющиеся стимулы можно разделить на две группы. Первая - неречевые воздействия, среди которых выделяют тактильные, слуховые, зрительные, эмоциональные и другие стимулы, в качестве которых может выступать и вся окружающая ситуация в целом. Во вторую группу объединены речевые воздействия: обращения к больному, инструкции (просьбы), вопросы, информационные сообщения, разъяснительные и коррекционные беседы.

Приводим пример особенностей реабилитации в зависимости от этапов восстановления психической деятельности.

На этапе ВС возможно только пассивное взаимодействие пациента и ухаживающего/специалиста [39]. Основными задачами на этом этапе являются:

- Формирование элементарной аффективной связи;
- Активизация генерализованных ответов непроизвольного характера, их упорядочивание в процессе систематических зрительных, слуховых, тактильных воздействий.

Основная цель реабилитации на данном этапе - вызвать ориентировочные реакции, которые могут быть реализованы в рамках основных модальностей:



- Зрительной (слежение за предметом, фигурами и лицами людей и так далее);
- Слуховой (поворот головы/глаз/рук в сторону звука);
- Двигательной (ощупывание, хватание предметов, находящихся в пределах кровати и так далее).

По мере восстановления уровня сознания осуществляется переход к активно-пассивному взаимодействию ухаживающего/специалиста и больного.

Задачами реабилитационных воздействий являются:

- Активизация сенсомоторной координации;
- Увеличение частоты и объема ориентировочных реакций и произвольных движений в процессе эмоционально - положительного взаимодействия, ухаживающего/специалиста.

Общей целью работы на этом этапе служит появление четких сенсомоторных координаций в ответ на коррекционные воздействия.

После того, как достигается активное, хотя и непродолжительное взаимодействие с пациентом, осуществляется решение следующих задач:

- Закрепление сенсомоторных координаций;
- Формирование четких перцептивных действий и комплексов;
- Восстановление потребности к общению с родственниками, интереса к окружающей среде;
- Включение пациента в бытовую ситуацию;
- Постепенное восстановление социально-бытовых навыков.

Программа психостимулотерапии должна подбираться индивидуально для каждого пациента, проводиться в зависимости от состояния пациента и поставленных междисциплинарной командой реабилитационных целей.

## **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 нарушениями сознания после повреждения головного мозга.

<b>№</b>	<b>Критерии качества</b>	<b>Уровень достоверности доказательств</b>	<b>Уровень убедительности рекомендаций</b>
1	Наличие нейропсихологического заключения, включающего нейропсихологический анализ поведения, состояния эмоциональной сферы, уровня произвольной активности в процессе обследования	III	C

2	Наличие нейропсихологичес кого заключения, включающего качественный и, по возможности, количественный анализ изменений поведения пациента в ответ на предъявляемые стимулы, направленных на оценку состояния сознания	III	С
3	Использование соответствующей психологической и нейропсихологичес кой терминологии для описания нарушенных и сохраненных звеньев сознательной деятельности	III	С
4	Наличие нейропсихологичес ки обоснованного вывода о состоянии сознания	III	С

5	Наличие (в случае необходимости) нейропсихологически обоснованного вывода о дисфункции соответствующих мозговых зон	Ш	С
6	Участие в анализе дополнительных инструментальных методов обследования, если данные дополнительные методы назначены лечащим врачом	Ш	С

Табл.4. Критерии качества нейропсихологической реабилитации пациентов с нарушениями сознания после повреждения головного мозга.

<b>№</b>	<b>Критерии качества</b>	<b>Уровень достоверности доказательств</b>	<b>Уровень убедительности рекомендаций</b>
1	Повышение (восстановление) уровня сознания пациента в рамках его реабилитационного прогноза и реабилитационного потенциала	III	C
2	Оказание специализированной помощи по нейропсихологической реабилитации в рамках действующих международных подходов	III	C

	в реабилитации пациентов, находящихся в сниженных состояниях сознания		
3	Снижение проявлений нарушений сознательной деятельности (в зависимости от этапа восстановления психической деятельности и поставленных реабилитационных целей)	III	C
4	Минимизация степени бытовой, социальной или профессиональной зависимости от других людей (в пределах поставленных реабилитационных целей)	III	C

## Список литературы

1. Новая философская энциклопедия: Ин-т философии РАН. Нац. обществ.-науч. фонд; Предс. научно-ред. совета В.С. Степин. М.: Мысль, 2010; №1: 744 с.
2. Хомская Е.Д. Нейропсихология. СПб.: Питер, 2005; 496 с.
3. Плам Ф., Познер Дж.Б. Диагностика ступора и комы. М.: Медицина, 1986; 544 с.
4. Laureys S., Tononi G. The Neurology of Consciousness: Cognitive Neuroscience and Neuropathology. Amsterdam: Elsevier, 2015: 462.
5. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. М.: МГУ, 1962; 431 с.
6. Доброхотова Т. А. Нейропсихиатрия. М.: БИНОМ, 2006; 304 с.
7. Giacino J. T., Ashwal S., Childs N., et al. The minimally conscious state: Definition and diagnostic criteria. *Neurology*, 2002; № 58(3): 34 —53.
8. Сергеев Д. В. Структурные комы: диагностика и исходы. Материалы лекции. Научный центр неврологии РАМН – доклад 22 мая 2014 г.



9. Hagen C, Malkmus D, Durham P. Levels of Cognitive Functioning. Downey, Calif: Rancho Los Amigos Hospital, 1979.
10. Giacino J.T., Kalmar K., Whyte J. The JFK Coma Recovery Scale- Revised: Measurement Characteristics and Diagnostic Utility. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 2004; № 85(12): 2020-2029.
11. Мочалова Е.Г., Легостаева Л.А., Зимин А.А., Юсупова Д.Г., Сергеев Д.В., Рябинкина Ю.В., Бодин Е., Супонева Н.А., Пирадов М.А. Русскоязычная версия пересмотренной шкалы восстановления после комы — стандартизированный метод оценки пациентов с хроническими нарушениями сознания. Журнал неврологии и психиатрии, 2018; №3 (2): с. 25-31.
12. Фуфаева Е.В., Микадзе Ю.В., Лукьянов В. И. Нейропсихологическая диагностика сниженного уровня состояния сознания после тяжелой черепно-мозговой травмы у детей. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2017; № 117 (11): с. 33–40.
13. Fufaeva E. V., Mikadze Y. V., Lukyanov V. I. Neuropsychological diagnosis of decreased consciousness after severe craniocerebral trauma in

children. *Neuroscience and Behavioral Physiology*, 2019; № 49 (2): 252–258.

14. Фуфаева Е.В., Лукьянов В.И., Быкова В.И., Семенова Ж.Б., Валиуллина С.А. Раннее нейropsychологическое сопровождение детей с тяжелой черепно-мозговой травмой. "Нейрохирургия и неврология детского возраста", 2012; № 4 (34): 61-75.

15. Выготский Л.С. Психология. М.: ЭКСМО – Пресс, 2000; 1008 с.

16. Лурия А. Р. Восстановление функций мозга после военной травмы. М.: АМН СССР, 1948; 236 с.

17. Выготский Л.С. Психология и учение о локализации психических функций. М.: Педагогика, 1982; № 1: 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. Ковязина М.С., Фомина К.А. К вопросу о теоретическом обосновании клинико-психологического подхода к реабилитации больных с измененными состояниями сознания. Consilium Medicum, 2017; 2.1: с. 53-55.
29. Максакова О.А. Командная работа как путь к возвращению сознания. Журнал «Вопросы нейрохирургии» имени Н.Н. Бурденко, 2014; №78(1): с. 57-68.
30. Гусарова С.Б., Игнатьева Н.С., Максакова О.А., Максаков В.Ю. Пятнадцатилетний опыт

психологической нейрореабилитации. Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья. Материалы международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья». М.: 2011; с. 391 – 394.

31. Гусарова С. Б. Восстановление сознания: процессуально-ориентированный подход. Журнал «Вопросы нейрохирургии» имени Н.Н. Бурденко, 2014; №1: 69-76.

32. Быкова В.И., Семенова Ж.Б., Фуфаева Е.В., Львова Е.А., Валиуллина С.А.. Психологическая реабилитация детей после тяжелой черепно-мозговой травмы. «Нейрохирургия и неврология детского возраста», № 2012; № 2–3 (32–33): с. 161-167

33. Минделл А., Минделл Э. Вскать, задом наперед: Процессуальная работа в теории и практике. М.: Независимая фирма «Класс», 1999; 224 с.

34. Райх В. Анализ личности. СПб.: Ювента, 1999; 333 с.

35. Boadella D. Lifestreams an introduction to biosynthesis. London: New York: Routledge & Kegan Paul, 1987: 173.

36. Marcher L, Fich S. Body Encyclopedia: A Guide to the Psychological Functions of the Muscular System. North Atlantic Books, 2010: 528.
37. Баскаков В.Ю. Танатотерапия: Теоретические основы и практическое применение: Учебное пособие. М.: Ин-т Общегуманитарных исследований, 2007: с. 176.
38. Зайцев О.С., Царенко С. В. Нейрореаниматология. Выход из комы (терапия посткоматозных состояний). М.: Литасс, 2012; 120 с.
39. Закрепина А.В. Педагогические технологии в комплексной реабилитации детей с тяжелой черепно-мозговой травмой. М.: Парадигма, 2012: 288 с.

## 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.

<b>Уровни достоверности</b>	<b>Описание</b>
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.

<b>Уровни убедительности</b>	<b>Описание</b>
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](http://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://psyurus.ru/med\\_psy/klinicheskie-rekomendatsii/](http://psyurus.ru/med_psy/klinicheskie-rekomendatsii/)

2. Нейропсихологическая диагностика и реабилитация пациентов с нарушениями регуляторных функций при повреждениях головного мозга:  
[http://psyurus.ru/med\\_psy/klinicheskie-rekomendatsii/](http://psyurus.ru/med_psy/klinicheskie-rekomendatsii/)

3. Нейропсихологическая диагностика и реабилитация пациентов с нарушениями мышления при повреждениях головного мозга:  
[http://psyurus.ru/med\\_psy/klinicheskie-rekomendatsii/](http://psyurus.ru/med_psy/klinicheskie-rekomendatsii/)

4. Нейропсихологическая диагностика и реабилитация пациентов с апраксиями при повреждениях головного мозга:  
[http://psyurus.ru/med\\_psy/klinicheskie-rekomendatsii/](http://psyurus.ru/med_psy/klinicheskie-rekomendatsii/)

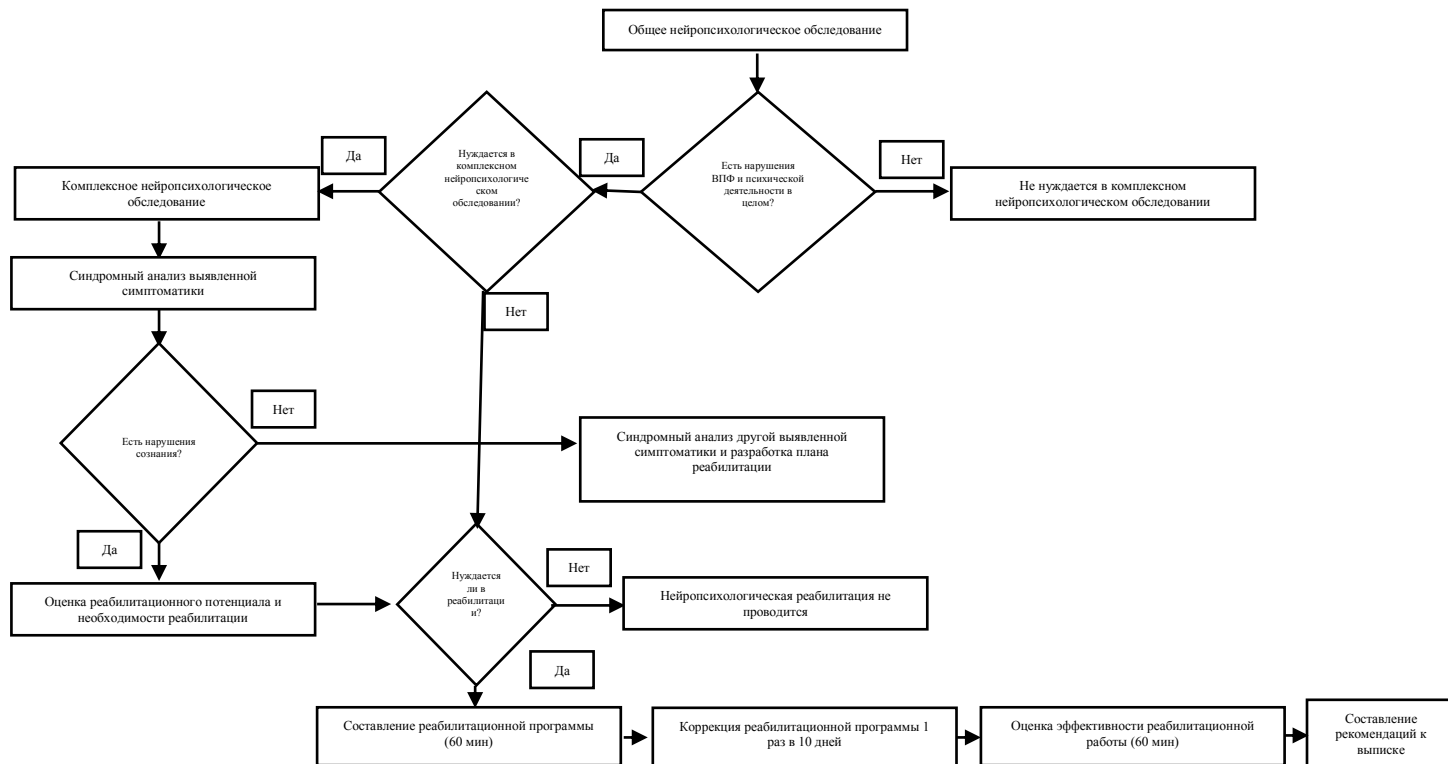
5. Practice guideline update recommendations summary: Disorders of consciousness Report of the Guideline Development, Dissemination, and

Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology; the American Congress of Rehabilitation Medicine; and the National Institute on Disability, Independent Living, and Rehabilitation Research/ Neurology, 2018; № 91: 450-460. doi:10.1212/WNL.0000000000005926

6. Клинические рекомендации «Нейрореабилитация в нейрохирургии»:

<http://ruans.org/Files/Pdf/Guidelines/neurorehabilitation.pdf>

## 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).