

УДК 616.831-005:616.89-008.43

Т.Г. Визель,

О.И. Шабетник

Особенности синдромов у больных с очаговыми поражениями правого полушария мозга

Аннотация. Статья посвящена теме доминантности / субдоминантности полушарий головного мозга в отношении высших психических функций. Исходя из недостаточной изученности субдоминантных речевых расстройств, авторы проводят собственное исследование на больных с очаговыми поражениями правого полушария. Описаны выявленные у них симптомы игнорирования противоположной стороны, нарушения схемы тела, ориентации в окружающем пространстве, лицезная агнозия, анозогнозия, в эмоциональной сфере – психологический шок, суицидальное настроение, направленная агрессия, зависимое поведение, фрустрация и др. Наряду с этим, в статье показана эффективность проведенных реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: доминантности / субдоминантности полушарий головного мозга, правое полушарие, симптомы, эффективность проведенных реабилитационных мероприятий.

T.G. Vizel,

O.I. Shabetnik

Features of syndromes at patients with the focal damage of the right-brain

Summary. The article is devoted to the theme of dominance / subdominance of brain hemispheres concerning the higher mental functions. On the basis of the insufficient knowledge of subdominant speech disorders, the authors conduct their own research on patients with focal lesions of the right hemisphere. The article deals with the revealed at them symptoms of ignoring the opposite side, abnormalities of the body scheme, orientation in space, facial agnosia, anosognosia, in emotional sphere – psychological shock, the suicide mood, the directed aggression, dependent behaviour, frustration, etc. Along with this the article shows the effectiveness of carried out rehabilitation measures.

Keywords: dominance / subdominance of hemispheres, right hemisphere, symptoms, rehabilitation measures, efficiency.

В России ежегодно диагностируется свыше 300 000 инсультов [1-3]. Согласно мировой статистике, происходит постепенное его «омоложение». В настоящее время до 30% случаев заболеваний приходится на лиц, не достигших 65 лет.

Тема доминантности и субдоминантности полушарий имеет относительно давнюю исто-

рию [4-10]. 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 [11-19].

Позднее по поводу двуполушарного участия в осуществлении высших психических функций писал А.Р. Лурия (1976): «... мы должны отказаться от упрощенных представлений, согласно которым одни (речевые) процессы осуществляются только левым полушарием, а неречевые – правым (у правой)... существует тесное взаимодействие обоих полушарий, причем роль каждого может меняться в зависимости от задачи, на решение которой направлена психическая деятельность и структуры ее организации» [20].

К настоящему времени клиническими исследованиями установлено, что при локализации очага поражения в правом полушарии синдрома афазий, агнозий и апраксий выглядят несколько иначе, чем при левополушарных поражениях. Прежде всего, это относится к степени выраженности этих нарушений, их стойкости, а также к констатации наличия при правополушарных очагах специфических расстройств эмоционально-волевой сферы [21-29].

Несмотря на то, что в названных публикациях содержатся ценные сведения по изучаемой нами проблеме, они не исчерпывают потребностей науки и практики в описании специфики нарушений речевой и других ВПФ у лиц с правополушарными очаговыми поражениями мозга [30-40].

Наше исследование осуществлялось в процессе оказания нейропсихологической реабилитационной помощи в отделении нейрореабилитации Окружной клинической больницы «Травматологический центр» г. Сургута с 2007 г. по 2009 г.

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

Контрольная группа состояла из 20 человек: 7 женщин и 13 мужчин (средний возраст 46,1 лет), перенесших инсульт в правом полушарии мозга.

Результаты констатирующего эксперимента позволили подтвердить данные литературы

о наличии у обследованных пациентов с правополушарным поражением мозга специфических особенностей нарушения различных ВПФ, делающих их отличными от аналогичных последствий левополушарных поражений. Удалось также уточнить их структуру и выявить новые параметры нарушений ВПФ.

Ниже приводятся основные данные по разным функциям:

Топографическая ориентировка и память. 37% человек потеряли способность узнавать знакомую местность, не могли выбрать правильный маршрут на знакомой улице. 40% человек сообщали о том, что они испытывают затруднения при выборе маршрута в собственной квартире.

Лицевой гнозис. В 25% случаев при предъявлении портретов знаменитых людей выявлялись затруднения в узнавании знакомых лиц.

Понимание картинных изображений. 33% исследуемых были не в состоянии определить взаимное расположение объектов, а также воспринять общую «идею» художественного изображения.

Акустический гнозис. 45% пациентов не справились с заданием идентификации знакомых мелодий, а также предъявляли жалобы на то, что и сами не могут воспроизвести мелодию, хотя до заболевания владели вокальными данными.

Симультанный гнозис. 82% исследуемых выполняли задания с ошибками различного характера:

- Неспособность восприятия картины как единого целостного сюжета;
- Игнорирование значительных деталей;
- Игнорирование левого поля картины (при подсказке или включении контроля, справились).

Конструктивный праксис. Исследуемым предлагалось сделать три рисунка «Дом», «человек», «стол». 89% рисунков имело следующие неточности:

- Неспособность расположить рисунок в пространстве.
- Отсутствие на рисунках существенных деталей.
- Неспособность изображения рисунка схематически.

➤ Привнесение несущественных или несуществующих деталей.

Изложение. Для письменного или устного изложения исследуемым предъявлялся текст «Курица и золотые яйца». 41% справлялась с заданием, пересказав текст близко к оригиналу и сделав правильный вывод. Однако 59% пациентов привносила в пересказ негативно окрашенные реплики и комментарии.

Изложение текста со скрытым контекстом. Для пересказа предъявлялся текст «Почтовая марка». Практически все участники экспериментальной группы составили пересказ близко к тексту. Однако лишь незначительная часть пациентов правильно оценила ситуацию сюжета. 73% исследуемых объясняла роли действующих лиц, не осознавая иронического подтекста.

Составление рассказа – по сюжетным картинкам Х. Бидструпа. Анализ составленных рассказов (96%) дал основание полагать, что участники экспериментальной группы не в состоянии воспринимать юмористические сюжетные картинки (так же, как и устные юмористические истории).

Эмоциональная сфера. Число специальных работ, посвященных эмоциям у постинсультных пациентов, в литературе ограничено. Наиболее информативным применительно к задачам нашего исследования является работа Л.П. Ефимовой (2007), содержащая данные, аналогичные полученным нами [3]. К ним относится, прежде всего, то, что имеются существенные различия в состоянии эмоций при лево- и правополушарных очаговых поражениях мозга. В частности, общепризнано, что эмоциональная сфера у лиц с левополушарным инсультом страдает минимально. У них в основном наблюдается реакция на заболевание в виде его невротической переработки. Отрицательное эмоциональное состояние распространяется преимущественно на близких людей, медицинский персонал, т.е. на лиц, имеющих непосредственное отношение к факту болезни и выхода из нее. По отношению к

другим явлениям мира, объектам, ситуациям эмоции остаются соответствующими преморбидному радикалу личности. В отличие от этого, у лиц с правополушарным инсультом, как показывает наше исследование, дело обстоит по-иному. В частности, выявлено, что для эмоциональных расстройств изученного контингента характерны:

- Эмоциональная бедность. 15% испытуемых не проявила в беседе интереса к вопросам и стремления к контактам с окружающими.

- Негативное отношение к экспериментатору, контактам с другими больными, родственниками и персоналом больницы. Оно проявлялось в 17% случаев.

- Эмоциональная лабильность. Сниженное настроение, неуверенность в себе и плаксивость чаще наблюдались у 17% женщин, перенесших инсульт в правом полушарии мозга.

- Безучастность или склонность к негативизму, иногда агрессии. Они чаще выявлялись у мужчин (59%).

- Снижение критики к своему состоянию. Наблюдалась практически у всех исследуемых (88%): Типичные реплики: «Что вы от меня хотите? У меня все хорошо!».

- Монотонность, эмоционально бедная окраска голоса выявились в 79% случаев.

Наше исследование показало также, что имеется определенная гендерная закономерность в проявлении эмоций у лиц, перенесших инсульт в правом полушарии мозга. Она состоит в том, что подавляющее большинство пациентов-мужчин проявляют склонность к негативному отношению к внешним объектам, явлениям, событиям (91%), тогда как женщины склонны в аналогичных ситуациях к эйфоричному состоянию (63%).

Информативными в плане гендерных различий в эмоциональной сфере испытуемых были их реакции на свои ошибки в разных видах речевой модальности: «Пересказ прочитанного текста», «Рассказ по сюжетной картинке», «Составление рассказа по серии картинок Х. Бидструпа». Они представлены на гистограмме (см. рис.).

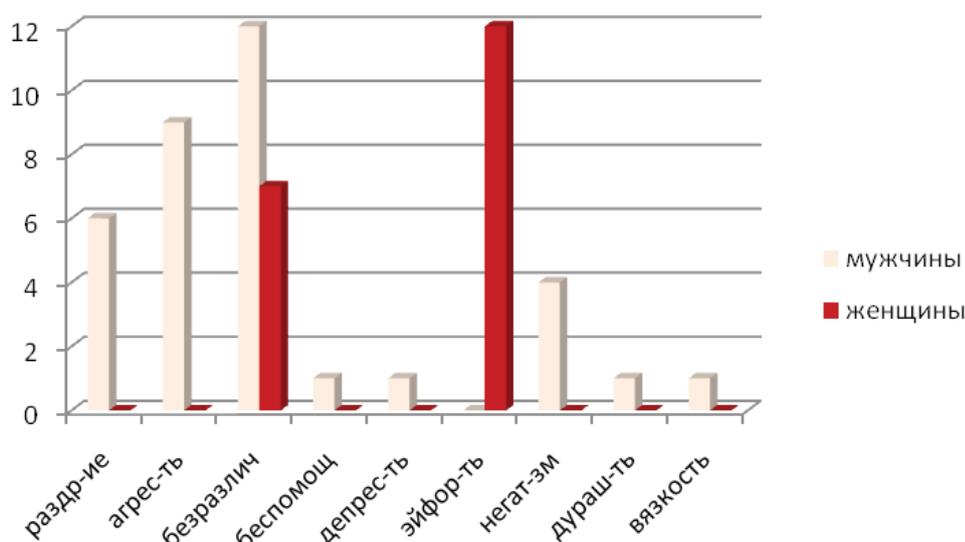


Рис. Гендерные отличия эмоциональной реакции на ошибки

В числовом выражении отличия выглядят следующим образом:

- у мужчин: раздражение – 6 человек; агрессивность – 9 человек; безразличие – 12 человек; негативизм – 4 человека;
- у женщин: безразличие – 7 человек; эйфоричность – 12 человек.

Легко видеть также, что эмоциональные нарушения количественно преобладают у мужчин. Из 59 больных 31 чел. – мужчины и 19 чел. – женщины.

Афазии.

Из 54 обследованных пациентов, перенесших инсульт в правом полушарии мозга, не

имеющих по анамнестическим сведениям левшества, прошедших нейропсихологическое обследование, наряду с нарушениями ВПФ, у 14 нами были выявлены синдромы афазий: у 5 человек (9%) – семантическая афазия, у 6 (11%) – динамическая афазия и у трех (6%) человек акустико-мнестическая афазия.

Нарушение процессов нейродинамики.

У всех 54 обследованных нами пациентов выявлялся синдром нейродинамических нарушений различных модальностей. Однако на центральном плане выявилось:

Таблица

Нейродинамические нарушения

Нарушение функций	Больные		По геморрагическому типу	
	муж	жен	муж	жен
топографическая ориентировка	5%	2%	4%	2%
топографическая память	4%	2%	4%	1%
лицевой гнозис	2%	-	2%	2%
акустический гнозис	2%	5%	2%	-
симульный гнозис	8%	3%	-	-
понимание картинных изображений	14%	6%	10%	3%
конструктивный праксис	5%	-	2%	2%
восприятие контекста	7%	6%	6%	-
нарушение темпа речи	9%	6%	8%	5%

Вывод.

Изучение больных с правополушарными очагами поражения мозга показывает, что последствия поражений весьма разнообразны. Они имеют оттенок поведенческих, эмоциональных и пространственно-ориентировочных расстройств. В речевой функции наиболее заметным признаком патологии являются нарушения эмоциональных компонентов речи, проявляющиеся в собственной речевой экспрессии и в понимании эмоционально окрашенной речи собеседника – исчезает идентификация

интонационно-выразительных компонентов. Теряется способность узнавания эмоций по речевому высказыванию, из-за чего страдает коммуникативная функция речи в целом.

Несмотря на существующие результаты по оценке качества и эффективности мультидисциплинарной модели восстановительного лечения больных, перенесших инсульт, системный подход к реабилитации и выхаживанию подобного контингента больных требует дальнейшего изучения с учетом местных условий и потребностей.

Литература

1. Виленский Б.С. Инсульт: профилактика, диагностика и лечение. СПб.: Фолиант, 2002.
2. Департамент здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры. Х.-М.: ХМГМИ, 2005. С. 3, 40.
3. Ефимова Л.П. Системный подход к реабилитации больных, перенесших инсульт, в условиях специализированного центра // Вестник новых медицинских технологий. – 2007. – № 3.
4. Блинков С.М. Особенности строения большого мозга человека. височная доля человека и обезьян. М., Медгиз, 1955.
5. Брагина Н.Н. Функциональные асимметрии человека. М.: Медицина, 1988. 240 с.
6. Лурия А.Р. Травматическая афазия. М., 1947.
7. Лурия А.Р. Мозг человека и психические процессы. М.: АПН РСФСР, 1963. 480 с.
8. Лурия А.Р. Поражения мозга и мозговая локализация высших психических функций. М.: МГУ, 1982.
9. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. М.: Академический проспект, 2000. 512 с.
10. Симерницкая Э.Г. Доминантность полушарий. М.: МГУ, 1976.
11. Выготский Л.С. Развитие высших психических функций. М.: АПН, 1960. 500 с.
12. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М.: МГУ, 1973. 375 с.
13. Симерницкая Э.Г. Мозг человека и психические процессы в онтогенезе. М.: МГУ, 1985. – 190 с.
14. Хомская Е.Д. Нейропсихология. М.: МГУ, 1987. 288 с.
15. Хрестоматия по нейропсихологии / под ред. Е.Д. Хомской. М.: Российское психологическое общество, 1999. 526 с.
16. Нейропсихология индивидуальных различий. / Е.Д. Хомская, И.В. Ефимова, Е.В. Будыка, Е.В. Ениколопова. М.: Рос. пед. агентство, 1997. 282 с.
17. Gazzaniga M.S. The bisected brain. N.Y., 1970.
18. Gazzaniga M.S., Le Doux J.E. The Integrated Mind. N.Y., 1978.
19. Hecaen H. Introduction a'la neuropsychologie. Paris, 1972.
20. Лурия А.Р. Функциональная организация мозга. М.: МГУ, 1976
21. Бейн Э.С. Восстановление речи у больных с афазией. М., 1982.
22. Бурлакова М.К. Речь и афазия. М.: Медицина, 1997.
23. Коган В.М. Восстановление речи при афазии // Труды Ц. ин-та экспертизы и трудоспособности. М., 1962.

24. Лукашевич И.П. Структурный подход к представлению и анализу нейропсихологической информации // <http://www.psy.org.ru>. [Электронный ресурс].
25. Лурия А.Р. О двух видах персевераций при поражениях лобных долей мозга // Лобные доли и регуляция психических процессов. М., 1966.
26. Лурия А.Р. Нейропсихология памяти. Т. I. М., 1974.
27. Лурия А.Р. О двух путях достижения достоверности психологического исследования // Вопросы психологии. – М. – 1970. – № 3.
28. Хомская Е.Д. Общие и локальные изменения биоэлектрической активности мозга во время психической деятельности // Физиология человека, 1976. Т. 2. № 3.
29. Цветкова Л.С. Нейропсихологическая реабилитация больных. Речь и интеллектуальная деятельность. М.: МГУ, 1985.
30. Бизюк А.П. Основы нейропсихологии. СПб., 2001. С. 133.
31. Вассерман Л.И. Методы нейропсихологического исследования. СПб.: Стройлеспечать, 1997. 304 с.
32. Визель Т.Г. Основы нейропсихологии. М.: Астрель. 2005. С. 58.
33. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология. СПб.: Питер, 2004.
34. Корсакова Н.К. Клиническая нейропсихология. М.: Асадема, 2003. С. 11, 14.
35. Цветкова Л.С. Нейропсихологическая реабилитация больных. М.: РАО МПСИ, 2004.
36. Цветкова Л.С. Нейропсихология и афазия: новый подход. М.: РАО МПСИ, 2001.
37. Цветкова Л.С. Методика оценки речи при афазии. М.: МГУ, 1981.
38. Шкловский В.М. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии. Ч. I, II. (Методические рекомендации). М., 1985.
39. Значение групповых занятий в реабилитации больных с последствиями инсульта и нейротравм // Нейропсихологические исследования в неврологии, нейрохирургии и психиатрии. / Е.Д. Шкловский., Т.Г. Визель, Г.М. Насоновская, Т.Г. Боровенко. Л., 1981.
40. Шкловский В.М. Восстановление речевых функций у больных с разными формами афазий. М.: Ассоциация дефектологов, 2000. С. 96.

References

1. Vilenskij B.S. Insul't: profilaktika, diagnostika i lechenie. SPb.: Foliant, 2002.
2. Departament zdravoohraneniya Hanty-Mansijskogo avtonomnogo okruga – Jugry. H.-M.: HMGMI, 2005. S. 3, 40.
3. Efimova L.P. Sistemnyj podhod k rehabilitacii bol'nyh, perenessih insul't, v uslovijah specializirovannogo centra // Vestnik novyh medicinskih tehnologij. – 2007. – № 3.
4. Blinkov S.M. Osobennosti stroeniya bol'shogo mozga cheloveka. Visochnaja dolja cheloveka i obez'jan. M., Medgiz, 1955.
5. Bragina N.N. Funkcional'nye assimetrii cheloveka. M.: Medicina, 1988. 240 s.
6. Lurija A.R. Travmaticheskaja afazija. M., 1947.
7. Lurija A.R. Mozg cheloveka i psihicheskie processy. M.: APN RSFSR, 1963. 480 s.
8. Lurija A.R. Porazhenija mozga i mozgovaja lokalizacija vysshih psihicheskikh funkcij. M.: MGU, 1982.
9. Lurija A.R. Vysshie korkovye funkcii cheloveka i ih narusheniya pri lokal'nyh porazhenijah mozga. M.: Akademicheskij prospekt, 2000. 512 s.
10. Simernickaja Je.G. Dominantnost' polusharij. M.: MGU, 1976.
11. Vygotskij L.S. Razvitie vysshih psihicheskikh funkcij. M.: APN, 1960. 500 s.
12. Lurija A.R. Osnovy nejropsihologii. M.: MGU, 1973. 375 s.
13. Simernickaja Je.G. Mozg cheloveka i psihicheskie processy v ontogeneze. M.: MGU, 1985. – 190 s.
14. Homskaja E.D. Nejropsihologija. M.: MGU, 1987. 288 s.

15. Hrestomatija po nejropsihologii / pod red. E.D. Homskoj. M.: Rossijskoe psihologicheskoe obwestvo, 1999. 526 s.
16. Nejropsihologija individual'nyh razlichij. / E.D. Homskaja, I.V. Efimova, E.V. Budyka, E.V. Enikolopova. M.: Ros. ped. agentstvo, 1997. 282 s.
17. Gazzaniga M.S. The bisected brain. N.Y., 1970.
18. Gazzaniga M.S., Le Doux J.E. The Integrated Mind. N.Y., 1978.
19. Hecaen H. Introduction a'la neuropsychologie. Paris, 1972.
20. Lurija A.R. Funkcional'naja organizacija mozga. M.: MGU, 1976
21. Bejn Je.S. Vosstanovlenie rechi u bol'nyh s afaziej. M., 1982.
22. Burlakova M.K. Rech' i afazija. M.: Medicina, 1997.
23. Kogan V.M. Vosstanovlenie rechi pri afazii // Trudy C. in-ta jekspertizy i trudospobnosti. M., 1962.
24. Lukashevich I.P. Strukturnyj podhod k predstavleniju i analizu nejropsihologicheskoy informacii // <http://www.psy.org.ru>. [Jelektronnyj resurs].
25. Lurija A.R. O dvuh vidah perseveracij pri porazhenijah lobnyh dolej mozga // Lobnye doli i reguljacija psihicheskikh processov. M., 1966.
26. Lurija A.R. Nejropsihologija pamjati. T. I. M., 1974.
27. Lurija A.R. O dvuh putjah dostizhenija dostovernosti psihologicheskogo issledovanija // Voprosy psihologii. – M. – 1970. – № 3.
28. Homskaja E.D. Obvie i lokal'nye izmenenija bioelektricheskoy aktivnosti mozga vo vremja psihicheskoy dejatel'nosti // Fiziologija cheloveka, 1976. T. 2. № 3.
29. Cvetkova L.S. Nejropsihologicheskaja rehabilitacija bol'nyh. Rech' i intellektual'naja dejatel'nost'. M.: MGU, 1985.
30. Bizjuk A.P. Osnovy nejropsihologii. SPb., 2001. S. 133.
31. Vasserman L.I. Metody nejropsihologicheskogo issledovanija. SPb.: Strojlespechat', 1997. 304 s.
32. Vizel' T.G. Osnovy nejropsihologii. M.: Astrel'. 2005. S. 58.
33. Karvasarskij B.D. Klinicheskaja psihologija. SPb.: Piter, 2004.
34. Korsakova N.K. Klinicheskaja nejropsihologija. M.: Asadema, 2003. S. 11, 14.
35. Cvetkova L.S. Nejropsihologicheskaja rehabilitacija bol'nyh. M.: RAO MPSI, 2004.
36. Cvetkova L.S. Nejropsihologija i afazija: novyj podhod. M.: RAO MPSI, 2001.
37. Cvetkova L.S. Metodika ocenki rechi pri afazii. M.: MGU, 1981.
38. Shklovskij V.M. Vosstanovlenie rechevoj funkcii u bol'nyh s raznymi formami afazii. Ch. I, II. (Metodicheskie rekomendacii). M., 1985.
39. Znachenie gruppovyh zanjatij v rehabilitacii bol'nyh s posledstvijami insul'ta i nejrotravm // Nejropsihologicheskie issledovanija v nevrologii, nejrohirurgii i psihiatrii. / E.D. Shklovskij., T.G. Vizel', G.M. Nasonovskaja, T.G. Borovenko. L., 1981.
40. Shklovskij V.M. Vosstanovlenie rechevyh funkcij u bol'nyh s raznymi formami afazij. M.: Associacija defektologov, 2000. S. 96.