

УДК 616.831-005-008.6:616-009.2
EDN: MPTAXV
<https://doi.org/10.15275/ssmj2201078>

Оригинальная статья

ДИАГНОСТИКА НЕГЛЕКТ-СИНДРОМА, АССОЦИИРОВАННОГО С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ, У ПАЦИЕНТОВ В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ИНСУЛЬТА

М.Ю. Стариковский, И.Е. Повереннова, Л.А. Репина, А.С. Лахов, М.В. Куров

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, Самара, Россия

DIAGNOSTICS OF NEGLECT SYNDROME ASSOCIATED WITH MOTOR DISORDERS IN PATIENTS WITH ACUTE STROKE

M.Yu. Starikovskiy, I.E. Poverennova, L.A. Repina, A.S. Lakhov, M.V. Kurov

Samara State Medical University, Samara, Russia

Для цитирования: Стариковский М.Ю., Повереннова И.Е., Репина Л.А., Лахов А.С., Куров М.В. Диагностика неглект-синдрома, ассоциированного с двигательными расстройствами, у пациентов в острый период инсульта. Саратовский научно-медицинский журнал. 2026; 22 (1): 78-82. EDN: MPTAXV. <https://doi.org/10.15275/ssmj2201078>

Аннотация. Цель: определение частоты возникновения и выраженности постинсультного неглект-синдрома, ассоциированного с двигательными нарушениями. **Материал и методы.** В исследование включены 100 пациентов в острый период инсульта с клиникой гемипареза (49 мужчин и 51 женщина, средний возраст 68,0±11,8 года). Всем пациентам проведен неврологический осмотр с оценкой по стандартным постинсультным шкалам и тесты (шкала Кэтрин Бержего и Саннибрукская методика), позволяющие оценить наличие и выраженность неглект-синдрома. **Результаты.** У 84 пациентов выявлен неглект-синдром, из них 36 мужчин и 48 женщин. В 53,6% случаев синдром наблюдался у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения в бассейне левой, а в 46,4% – правой средней мозговой артерии. Медианный балл по шкале Кэтрин Бержего составил 4,0 (1,0; 8,75), что соответствовало неглект-синдрому легкой степени. Средний балл по Саннибрукской методике оценки составил 39,32±19,6, что также относится к легкой степени выраженности неглект-синдрома. Обе шкалы имеют статистически значимую прямую связь между собой ($r_{xy}=0,33$ с 95% доверительным интервалом 0,143–0,493; $p=0,001$). **Заключение.** Неглект-синдром встречается с высокой частотой (84 из 100 пациентов), чаще в бассейне левой средней мозговой артерии. Обе шкалы одинаково диагностируют частоту синдрома и его выраженность. Синдром неглекта сочетается с двигательными постинсультными нарушениями, усугубляя их выраженность.

Ключевые слова: инсульт с двигательными нарушениями, неглект-синдром, частота постинсультного неглект-синдрома

For citation: Starikovskiy MYu, Poverennova IE, Repina LA, Lakhov AS, Kurov MV. Diagnostics of neglect syndrome associated with motor disorders in patients with acute stroke. *Saratov Journal of Medical Scientific Research*. 2026; 22 (1): 78-82. (In Russ.) EDN: MPTAXV. <https://doi.org/10.15275/ssmj2201078>

Abstract. *Objective:* to determine the episode of occurrence and diagnosis of post-stroke ignore syndrome associated with movement disorders. *Material and methods.* The study included 100 patients in the acute period of stroke with hemiparesis (49 men and 51 women, mean age 68.0±11.8 years). All patients underwent a neurological examination with assessment using standard post-stroke scales and tests (Catherine Bergego Scale and Sunnybrook Neglect Assessment Procedure) to assess the presence and severity of neglect syndrome. *Results.* Neglect syndrome was detected in 84 patients, including 36 men and 48 women. In 53.6% of cases, the syndrome was observed in patients with acute cerebrovascular accidents in the left middle cerebral artery basin, and in 46.4% of cases, in the right middle cerebral artery basin. The median score on the Catherine Bergego Scale was 4.0 (1.0; 8.75), which corresponded to mild neglect syndrome. The average score on the Sunnybrook Neglect Assessment Procedure was 39.32±19.6, which also corresponds to a mild degree of neglect syndrome. Both scales have a statistically significant direct relationship with each other ($r_{xy}=0.33$ with a 95% confidence interval of 0.143–0.493; $p=0.001$). *Conclusion.* Neglect syndrome occurs with a high frequency (84 out of 100 patients), more often in the left middle cerebral artery basin. Both scales equally diagnose the frequency of the syndrome and its severity. Neglect syndrome is combined with post-stroke motor disorders, aggravating their severity.

Keywords: stroke with motor disorders, neglect, frequency of post-stroke neglect syndrome

Введение. Неглект-синдром – неврологическое нарушение осознания, при котором пациенты не воспринимают информацию и не реагируют на различные стимулы или условия, возникающие со стороны, контралатеральной стороне поражения головного мозга [1]. Неглект в переводе с английского означает «пренебрегать», «не обращать внимания», и обычно он проявляется игнорированием зрительных, слуховых, тактильных раздражителей, воздействующих с определенной стороны (чаще с левой). Клинические проявления неглект-синдрома отражаются в синонимичных его названиях: «одностороннее зрительно-пространственное игнорирование», «синдром игнорирования», «гемипространственное сенсорное невнимание» [2]. Проявления неглект-синдрома вариabельны и могут выражаться в зрительной, слуховой, обонятельной, тактильной модальностях.

Большинство исследователей сходятся во мнении о том, что неглект-синдром – это вариант оптико-пространственной агнозии, развивающейся в результате одностороннего поражения корковых структур затылочных, теменных, височных, частично лобных отделов полушарий большого мозга [3]. Происходит нарушение восприятия разных модальностей и не формируется целостный образ. При этом элементарные функции остаются сохраненными (цветоощущение, острота зрения и др.). Соответствующие корковые области обеспечивают идентификацию сенсорных воздействий, а верхняя теменная доля, фронтальное глазодвигательное поле отвечают за перемещение целенаправленного внимания [4]. Расстройства в двигательной сфере представлены «забыванием» о наличии руки и/или ноги, что, безусловно, усугубляет проявления постинсультного центрального гемипареза [5]. Поскольку правое полушарие опосредует восприятие стимулов от обеих половин тела, а левое – только от правой половины, неглект-синдром чаще имеет правостороннюю латерализацию, а левосторонние поражения часто компенсируются неповрежденным правым полушарием. Степень тяжести синдрома наиболее высока при поражении корковой пересильвиевой лобно-височно-теменной сети [6].

В рутинной работе невролога и практике врача-клинициста редко можно встретить указание на неглект-синдром. В стандартной оценке неврологического статуса обычно не делается акцент на наличие или отсутствие неглект-синдрома у пациента, хотя это может оказывать влияние на реабилитационный потенциал больного и восстановление двигательных, чувствительных и других нарушений. К нозологиям, наиболее часто характеризующимся поражением полушарий головного мозга, относится инсульт. Согласно данным литературы, распространенность неглект-синдрома у пациентов с правосторонним инсультом колеблется от 33 до 85%. При левостороннем поражении этот показатель достигает только 24%. В большинстве публикаций, посвященных изучению неглект-синдрома при острых нарушениях мозгового кровообращения (ОНМК), приводятся данные о его более частом выявлении у пациентов с правополушарным инсультом. Отмечается также прямая корреляционная связь с возрастом: у пожилых одностороннее сенсорное игнорирование диагностируется значительно чаще, чем у молодых людей [7].

Для диагностики неглект-синдрома проводится клиническое и нейропсихологическое обследование. Синдром считается подтвержденным при наличии хотя бы одного признака: геминевнимание, сенсорное угасание, насильственный поворот головы к здоровой стороне, аллоэтезия (ощущение у пациента воздействия сенсорных стимулов на стороне, противоположной реальной стимуляции), анозогнозия. Когда факт наличия неглект-синдрома подтвержден клиническими и физикальными обследованиями, проводится нейропсихологическая диагностика. Она позволяет определить характер игнорирования и его выраженность. Пациент выполняет блок тестовых заданий, в который могут быть включено рисование часов, чтение фразы, узнавание изображений, таблица чисел, тактильный гнозис, узнавание предметов [8].

Диагностика неглект-синдрома имеет некоторые сложности ввиду редкой встречаемости в рутинной практике. Особенно сложно дифференцировать этот синдром от других корковых дефицитов, схожих по клиническому проявлению симптоматики, например, гемипареза [9]. В клинических рекомендациях 2021 г. Всемирной федерацией нейрореабилитации обозначены основные нейропсихологические тесты для выявления неглект-синдрома [10]. К наиболее часто используемым относятся бланковые и компьютеризированные тесты, направленные на поиск и вычеркивание объектов – цифр, линий, которые применены во множестве исследований [10, 11]. Тесты на спонтанное рисование и копирование объектов (часов, дома, лица человека и др.) направлены на оценку зрительно-конструктивных и пространственных навыков, выявление репрезентативного неглект-синдрома [12].

Двигательные нарушения в виде центральных парезов на контралатеральной инсультной стороне являются наиболее частыми и наиболее тяжелыми последствиями ОНМК. Наличие неглект-синдрома способствует усугублению двигательных расстройств у пациента с инсультом. Известно также, что неглект-синдром – негативный прогностический фактор для постинсультного восстановления [13]. Нарушение восприятия ограничивает активность пациента, снижает его функциональность, уровень участия в реабилитационном процессе и в повседневной жизни [14]. Эти обстоятельства свидетельствуют об актуальности изучения указанного синдрома у пациентов с инсультом. Оценка распространенности синдрома игнорирования у постинсультных больных и методов его диагностики, влияния неглекта на восстановление неврологического дефицита способствует оптимизации программы реабилитации для пациентов с ОНМК.

Цель – определение частоты возникновения и улучшение диагностики постинсультного неглект-синдрома, ассоциированного с двигательными нарушениями.

Материал и методы. Исследование проведено у 100 пациентов, находившихся в отделении для больных с ОНМК Регионального сосудистого центра ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина». До включения в исследование от всех участников было получено письменное информированное согласие. Критерием включения было наличие у пациента двигательных нарушений в виде центрального гемипареза. Средний возраст больных составил $68,0 \pm 11,8$ года. Среди них было 49 мужчин (49,0%) и 51 женщина (51,0%). Всем пациентам при поступлении проводили стандартную диагностику для верификации диагноза (исследование

неврологического статуса с оценкой по шкалам NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale), Рэнкин, Ривермид, ультразвуковую доплерографию сосудов брахиоцефального ствола, компьютерную томографию головного мозга, компьютерную ангиографию сосудов головного мозга, лабораторные исследования). В исследование включены пациенты как с геморрагическим, так и с ишемическим инсультом с полушарной локализацией очага, подтвержденной компьютерной томографией головного мозга с клиникой центрального гемипареза. Степень гемипареза и выраженность другой неврологической симптоматики была умеренной для возможности проведения тестирования на выявление неглект-синдрома. Дополнительно пациентам осуществлялись диагностические тесты, направленные на выявление синдрома – Шкала Кэтрин Бержего (Catherine Bergego Scale, CBS) и Саннибрукская методика оценки неглект-синдрома (Sunnybrook Neglect Assessment Procedure, SNAP), включая задания на рисование, копирование, вычеркивание, деление линий, исключение фигур. Исследование осуществляли в острый период в течение 1-й недели после возникновения инсульта.

Оценку необходимого числа наблюдений в исследовании не проводили, так как отбирались все пациенты с инсультом с клиникой гемипареза за определенный период, и одной из задач как раз являлось определение числа пациентов с неглект-синдромом в общей выборке, поскольку эти данные в источниках литературы сильно разнятся.

Для обработки статистических данных использовали программу IBM SPSS Statistics 26. Проверку на нормальность распределения количественных признаков проводили с помощью критерия Колмогорова – Смирнова с поправкой Лиллиефорса и дополнительно построением гистограмм с оценкой асимметрии и эксцесса. Корреляционный анализ выполняли с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Статистическая достоверность результатов определялась на 5% уровне значимости. Для представления параметрических данных использовали среднюю арифметическую (M) и среднеквадратическое отклонение (SD), доверительный интервал (DI), медиану и квартили (в зависимости от вида распределения, $Me [Q_1-Q_3]$). Для представления

качественных данных использовали абсолютные значения и проценты.

Результаты. Первоочередной задачей исследования являлась оценка частоты встречаемости неглект-синдрома среди пациентов с ОНМК с клиникой гемипареза, для чего было проведено сопоставление полученных результатов по шкалам CBS и SNAP (табл. 1).

Как видно из таблицы, обе шкалы позволяют в одинаковой степени оценить наличие или отсутствие неглект-синдрома. Однако ввиду разной градации шкал по степени тяжести неглект-синдрома шкала CBS позволяет оценить ее более детально, в то время как шкала SNAP делит всех пациентов только на 2 категории. Для оценки того, насколько идентично шкалы CBS и SNAP показывают наличие или отсутствие неглект-синдрома и его степень тяжести, проведен корреляционный анализ с помощью метода Спирмена, который выявил статистически значимую прямую связь средней тесноты ($r_{xy}=0,33$ с 95% ДИ 0,143–0,493; $p=0,001$). Поскольку балльная оценка двух шкал различается (SNAP позволяет получить результат от 0 до 100 баллов, а CBS – от 0 до 30 баллов), проведен аналогичный анализ количественных данных обеих шкал, и также выявлена статистически значимая прямая связь средней тесноты ($r_{xy}=0,44$ с 95% ДИ 0,245–0,623; $p<0,001$). Таким образом, среди 100 пациентов с имеющимися постинсультными двигательными нарушениями у 84 выявлен неглект-синдром разной степени тяжести. Чаще синдром наблюдался у пациентов с нарушением кровообращения в бассейне левой средней мозговой артерии (45 больных, или 53,6% от общего числа пациентов с неглектом), реже – в правой (39 человек, или 46,4%).

Соотношение мужчин и женщин составило 1:1,33 (36 мужчин и 48 женщин), из чего следует, что у женщин неглект-синдром встречается несколько чаще. Медианный балл по CBS составил 4,0 (1,0–8,75), что соответствовало легкой степени синдрома. Средний балл по SNAP оценки составил $39,32 \pm 19,6$, что также относится к легкой степени выраженности синдрома. Наиболее значимые отклонения выявлены в задании на рисование и копирование (табл. 2).

Для оценки связи между неглект-синдромом и выраженностью двигательных нарушений у пациента проведен корреляционный анализ по методу Спирмена. Наиболее показательной в данном аспекте

Таблица 1

Частота встречаемости неглект-синдрома и степень его выраженности согласно шкале Кэтрин Бержего и Саннибрукской методике оценки неглект-синдрома

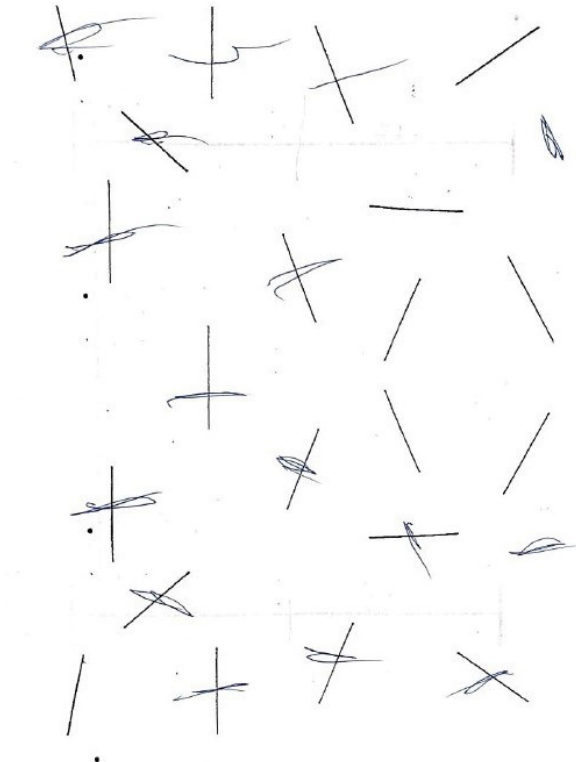
Шкала	Нет неглект-синдрома	Неглект-синдром			Всего пациентов
		легкий	умеренный	тяжелый	
CBS	16	66	14	4	100
SNAP	16	48		36	100

Таблица 2

Описательная статистика результатов отдельных тестов Саннибрукской методики оценки неглект-синдрома

Описательная статистика	Задание теста			
	рисование и копирование	вычеркивание линий	деление линий пополам	исключение фигур
$Me [Q_1-Q_3]$	20 [20–30]	0 [0–9]	1 [0–5,75]	6 [1–21,25]

оказалась CBS: между ней и уровнем двигательных нарушений выявлена прямая связь средней тесноты ($r_{xy}=0,37$ с 95% ДИ 0,178–0,570; $p<0,001$). Из всех тестов по SNAP больше всего связанным с двигательными нарушениями оказался тест вычеркивания линий – выявлена прямая связь средней силы ($r_{xy}=0,36$ с 95% ДИ 0,174–0,516; $p=0,001$). На рисунке приведен пример вычеркивания линий пациентом с неглект-синдромом.



Выполнение задания по Саннибрукской методике оценки неглект-синдрома пациентом К. 67 лет

Проведена оценка связи между выраженностью неглект-синдрома и возрастом пациентов. Методом Спирмена для CBS выявлена прямая связь средней тесноты ($r_{xy}=0,358$ с 95% ДИ 0,169–0,532; $p=0,001$), что свидетельствует о более выраженных проявлениях синдрома игнорирования у возрастных пациентов. Шкала SNAP показала слабую корреляцию с возрастом.

Обсуждение. Проведенное исследование показало, что обе используемые шкалы – CBS и SNAP – позволяют одинаково хорошо оценить наличие или отсутствие феномена игнорирования у пациента с постинсультными двигательными нарушениями. Несмотря на различия в подходе и способах выявления неглект-синдрома, результаты по этим шкалам коррелировали друг с другом с высоким уровнем значимости, что говорит о том, что каждая из этих шкал с успехом может использоваться для диагностики наличия неглект-синдрома у больного, подтверждая литературные данные [14].

Так, CBS позволяет более детально определить степень тяжести неглект-синдрома у постинсультных пациентов с моторным дефицитом, что является

важным, поскольку наличие двигательных нарушений у пациента обычно уделяется большое внимание как признаку инвалидизации, а неглект-синдром может не диагностироваться вовсе. Использование данной шкалы может способствовать более глубокой оценке неврологической симптоматики и, как следствие, составлению наиболее адекватного индивидуального плана реабилитации. Значимая прямая связь между CBS и двигательными нарушениями показывает, что более грубые двигательные расстройства соответствуют большей степени выраженности неглект-синдрома. Кроме того, CBS показала прямую значимую связь с возрастом пациента, что подтверждает имеющиеся данные литературы, согласно которым у пожилых одностороннее игнорирование отмечается значительно чаще [7].

По SNAP для оценки феномена игнорирования у пациентов с ОНМК с двигательными нарушениями наибольшую значимость показал тест вычеркивания линий. Следовательно, в клинической практике для ориентировочной диагностики наличия или отсутствия неглект-синдрома у постинсультных больных с моторным дефицитом может использоваться только один этот тест, однако для оценки степени тяжести неглект-синдрома лучше использовать обе шкалы в полном объеме.

В проведенном исследовании у 84 (84,0%) пациентов с двигательными нарушениями диагностирован неглект-синдром, что может показаться неоправданно частым. Однако в литературе приводятся данные о том, что при правостороннем инсульте до 85% пациентов могут страдать феноменом игнорирования [15]. Возможно, как уже было сказано, имеется недостаточная диагностика неглект-синдрома на фоне постинсультных парезов. Более того, полученные результаты подтверждают данные других авторов, согласно которым неглект-синдром может встречаться при поражении как правого, так и левого полушария [16], причем в настоящем исследовании 53,6% больных с неглект-синдромом имели левополушарную локализацию инсульта.

Заключение. Неглект-синдром с высокой частотой сочетается с двигательными постинсультными нарушениями, усугубляя их выраженность и затрудняя в значительной степени реабилитационный процесс. Использование диагностических шкал является удобным, быстрым и эффективным методом диагностики постинсультного неглекта, в том числе у пациентов с двигательными нарушениями, что способствует своевременному назначению реабилитационных мероприятий уже в ранний постинсультный период. Пациентам, перенесшим ОНМК, для повышения эффективности реабилитационного процесса и повышения качества жизни необходимо проведение коррекции не только двигательных нарушений, но и неглект-синдрома.

Конфликт интересов отсутствует.

Вклад авторов. Все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.

Информированное согласие на публикацию. Пациенты подписали форму добровольного информированного согласия на публикацию медицинской информации.

Источник финансирования. Авторы декларируют отсутствие внешнего финансирования для проведения исследования и публикации статьи.

Соответствие принципам этики. Протокол исследования одобрен локальным этическим

комитетом. Одобрение и процедуру проведения протокола получали по принципам Хельсинкской декларации.

References (Список источников)

1. Heilman K, Valenstein E. Mechanisms underlying hemispatial neglect. *Ann Neurol*. 1979;5(2):166-70. DOI:10.1002/ana.410050210
2. Trofimov DS. Diagnosis of neglect syndrome in post-stroke patients. Ekaterinburg: UGMU, 2022; 62 p. (In Russ.) Трофимов Д.С. Диагностика синдрома неглекта у постинсультных больных. Екатеринбург: УГМУ, 2022; 62 с.
3. Nikitaeva EV. The experience of organizing psychological support for patients with neglect syndrome in the acute period of ischemic stroke. *Bulletin of Medical Internet Conferences*. 2020;(4):130-2. (In Russ.) Никитаева Е.В. Опыт организации психологического сопровождения пациентов с синдромом неглекта в острый период ишемического инсульта. Бюллетень медицинских Интернет-конференций. 2020;(4):130-2.
4. Ting D, Pollock A, Dutton GN, et al. Visual neglect following stroke: current concepts and future focus. *Surv Ophthalmol*. 2011;56(2):114-34. DOI:10.1016/j.survophthal.2010.08.001
5. Barrett A, Goedert K, Carter A, et al. Spatial neglect treatment: the brain's spatial-motor Aiming systems. *Neuropsychol Rehabil*. 2022;32(5):662-88. DOI:10.1080/09602011.2020.1862678
6. Buslovich EV, Kulesh AA, Semashkova TD. The reasons for the need and ways to eliminate neglect syndromes and the study of psychometric status, methods for diagnosing the symptom of neglect. *Social Sciences and Humanities: Theory and Practice*. 2018;1(2):764-74. (In Russ.) Буслович Е.В., Кулеш А.А., Семашкова Т.Д. Причины необходимости и способы устранения синдромов неглекта и изучение психометрического статуса методики диагностики симптома игнорирования. Социальные и гуманитарные науки: теория и практика. 2018;1(2):764-74.
7. Hedna VS, Bodhit AN, Ansari S, et al. Hemispheric differences in ischemic stroke: Is left-hemisphere stroke more common? *J Clin Neurol*. 2013;9(2):97-102. DOI:10.3988/jcn.2013.9.2.97
8. Korte K, Hillis AE. Recent advances in the understanding of neglect and anosognosia following right hemisphere stroke. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2009;9(6):459-465. DOI:10.1007/s11910-009-0068-8
9. Shurupova MA, Ajzenshtejn AD, Ivanova GE. Homonymous hemianopia and visual ignorance. Part I – phenomenology, diagnostics. *Physical and Rehabilitation Medicine, Medical Rehabilitation*. 2022;4(4):244-58. (In Russ.) Шурупова М.А., Айзенштейн А.Д., Иванова Г.Е. Гомонимная гемианопсия и зрительный неглект. Часть I – феноменология, диагностика. Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. 2022;4(4):244-58. DOI:10.36425/rehab112424
10. Kerkhoff G, Rode G, Clarke S. Treating neurovisual deficits and spatial neglect. In: Platz T, Ed. *Clinical pathways in stroke rehabilitation*. Springer: Cham, 2021; p. 191-217. DOI:10.1007/978-3-030-58505-1
11. Kovalchuk VV, Hajbullin TN, Galkin AS, et al. Treatment of a neglect syndrome in movement rehabilitation of stroke patients. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2019;119(3):29-38. (In Russ.) Ковальчук В.В., Хайбуллин Т.Н., Галкин А.С. и др. Особенности коррекции синдрома неглекта при осуществлении двигательной реабилитации пациентов с полушарным инсультом. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019;119(3):29-38. DOI:10.17116/jnevro201911903129
12. Facchin A, Vallar G, Daini R. The Brentano Illusion Test (BRIT): An implicit task of perceptual processing for the assessment of visual field defects in neglect patients. *Neuropsychol Rehabil*. 2021;31(1):39-56. DOI:10.1080/09602011.2019.1655067
13. Nijboer TC, Kollen BJ, Kwakkel G. Time course of visuospatial neglect early after stroke: A longitudinal cohort study. *Cortex*. 2013;49(8):2021-7. DOI:10.1016/j.cortex.2012.11.006
14. Shurupova MA, Ajzenshtejn AD, Ivanova GE. Homonymous hemianopia and visual ignorance. Part II – rehabilitation. *Physical and Rehabilitation Medicine, Medical Rehabilitation*. 2023;5(5):237-54. (In Russ.) Шурупова М.А., Айзенштейн А.Д., Иванова Г.Е. Гомонимная гемианопсия и зрительный неглект. Часть II – реабилитация. Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. 2023;5(5):237-54 DOI:10.36425/rehab516531
15. Grigoryeva VN, Semaka MA, Sorokina TA. Neglect in patients with acute non-lacunar hemispheric ischemic stroke: Clinical subtypes, their incidence and association with the lesion localization. *Medical Almanac*. 2024;2(79):67-75. (In Russ.) Григорьева В.Н., Семака М.А., Сорокина Т.А. Неглект у больных с острым нелакунарным полушарным ишемическим инсультом: клинические подтипы, частота встречаемости и связь с локализацией очага поражения. Медицинский альманах. 2024;2(79):67-75.
16. Ajzenshtejn AD, Shurupova MA, Eneeva SA, Ivanova GE. Identification of neglect syndrome in cerebral stroke patients using standard tests and eye tracking method. *Extreme Medicine*. 2025;27(2):161-8. (In Russ.) Айзенштейн А.Д., Шурупова М.А., Энеева С.А., Иванова Г.Е. Выявление синдрома неглекта у лиц, перенесших церебральный инсульт, с использованием традиционных тестов и метода айтрекинга. Медицина экстремальных ситуаций. 2025;27(2):161-8. DOI:10.47183/mes/2025-308

Статья поступила в редакцию 29.12.2025; одобрена после рецензирования 06.02.2026; принята к публикации 06.03.2026. The article was submitted 29.12.2025; approved after reviewing 06.02.2026; accepted for publication 06.03.2026.

Информация об авторах:

Максим Юрьевич Стариковский – врач-невролог, аспирант кафедры неврологии и нейрохирургии, max999_95@mail.ru, ORCID 0000-0002-2592-6614; **Ирина Евгеньевна Повереннова** – заведующая кафедрой неврологии и нейрохирургии, профессор, доктор медицинских наук, ipover555@mail.ru, ORCID 0000-0002-2594-461X; **Лидия Александровна Репина** – ассистент кафедры неврологии и нейрохирургии, кандидат медицинских наук, eza13@yandex.ru, ORCID 0000-0003-4146-5560; **Александр Сергеевич Лахов** – ассистент кафедры неврологии и нейрохирургии, кандидат медицинских наук, neurolog.alex@gmail.com, ORCID 0000-0002-9311-3041; **Максим Владимирович Куров** – доцент кафедры неврологии и нейрохирургии, кандидат медицинских наук, maksukurov@yandex.ru, ORCID 0000-0001-6041-0229.

Information about the authors:

Maksim Yu. Starikovskiy – Neurologist, assistant of the Department of Neurology and Neurosurgery, max999_95@mail.ru, ORCID 0000-0002-2592-6614; **Irina E. Poverennova** – Head of the Department of Neurology and Neurosurgery, Professor, DSc, ipover555@mail.ru, ORCID 0000-0002-2594-461X; **Lydia A. Repina** – Instructor of the Department of Neurology and Neurosurgery, PhD, eza13@yandex.ru, ORCID 0000-0003-4146-5560; **Aleksander S. Lakhov** – Instructor of the Department of Neurology and Neurosurgery, PhD, neurolog.alex@gmail.com, ORCID 0000-0002-9311-3041; **Maksim V. Kurov** – Assistant Professor of the Department of Neurology and Neurosurgery, PhD, maksukurov@yandex.ru, ORCID 0000-0001-6041-0229.