

УДК 159.96
ББК 88.75
М54

Организация-разработчик: Государственное автономное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины имени С. И. Спасокукоцкого Департамента здравоохранения города Москвы»

Составители: А. В. Котельникова, А. В. Титова, А. А. Кукшина, Е. В. Костенко, И. В. Погонченкова.

Рецензенты:

Даминов В. Д., д.м.н., заведующий кафедрой медицинской реабилитации и восстановительного лечения, главный специалист по медицинской реабилитации, руководитель Клиники медицинской реабилитации ФГБУ «НМХЦ им. Н. И. Пирогова Министерства здравоохранения РФ»;

Бузина Т. С., д.психол.н., доцент, главный внештатный специалист по медицинской психологии Минздрава России по ЦФО, заведующий кафедрой общей психологии ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России.

Методика скрининговой оценки когнитивного статуса пациентов с нарушением речи после перенесенного инсульта / Методические рекомендации. – А. В. Котельникова, А. В. Титова, А. А. Кукшина, Е. В. Костенко, И. В. Погонченкова. – М.: ГАУЗ МНПЦ МРВСМ им. С. И. Спасокукоцкого ДЗМ. 2024. – 25 с.

Предназначение: Методические рекомендации адресованы медицинским психологам, медицинским логопедам, врачам-неврологам, врачам физической и реабилитационной медицины, другим специалистам медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы, ординаторам, аспирантам, научным работникам научно-практических (исследовательских) организаций.

Методические рекомендации выполнены в рамках научно-исследовательской работы по теме «Совершенствование методов медицинской реабилитации для восстановления или замещения нарушенных функций у пациентов с заболеваниями центральной, периферической нервной системы, заболеваниями и травмами опорно-двигательного аппарата».

*Данный документ является собственностью Департамента
здравоохранения города Москвы и не подлежит тиражированию и
распространению без соответствующего разрешения*

ISBN

© Департамент здравоохранения города Москвы, 2024
© ГАУЗ МНПЦ МРВСМ им. С. И. Спасокукоцкого ДЗМ
© Коллектив авторов, 2024

СОДЕРЖАНИЕ

Нормативные ссылки	4
Определения, обозначения, сокращения	5
Введение	6
Методика скрининговой оценки когнитивного статуса пациентов после перенесенного инсульта «Шкала оценки когнитивного статуса пациентов после перенесенного инсульта с учетом нарушений речи»	8
– Теоретико-методологические основания	8
– Психометрические характеристики методики	9
– Порядок проведения	11
– Количественная обработка и интерпретация данных	14
Практическое применение «Шкалы оценки когнитивного статуса пациентов после перенесенного инсульта с учетом нарушений речи»	16
Список литературы	18
Приложение	19

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых».

Постановление Правительства РФ от 17 ноября 2021 г. № 1968 “Об утверждении Правил поэтапного перехода медицинских организаций к оказанию медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, разработанных и утвержденных в соответствии с частями 3, 4, 6 - 9 и 11 статьи 37 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”.

Клинические рекомендации – Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака у взрослых – 2021-2022-2023 (01.09.2021).

Клинические рекомендации - Когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста – 2020.

Определения, обозначения, сокращения

КНОКС – краткое нейропсихологическое обследование когнитивной сферы

МДРК – мультидисциплинарная реабилитационная команда

МКФ – Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья

ОНМК – острое нарушение мозгового кровоснабжения

MoCA – The Montreal Cognitive Assessment, Монреальская шкала оценки когнитивных функций

MMSE – Mini Mental State Examination, Краткая шкала оценки психического статуса

Введение

Инсульт, или острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), является ведущей причиной смертности и инвалидности в мире, частота его за последние 30 лет увеличилась примерно в два раза, а в России заболеваемость регистрируется на уровне 400–450 тыс. случаев в год [1]. Постинсультные осложнения носят разнообразный характер: до 82% пациентов имеют двигательные нарушения [2], более чем в 30% случаев нарушена речь [3], до 83% выживших после инсульта имеют когнитивные нарушения, по крайней мере в одной, а 50% – в нескольких когнитивных областях, а через 3 месяца после инсульта при удовлетворительном результате лечения у пациентов сохраняются нарушения памяти, зрительно-конструктивных или исполнительных функций в 71% случаев [4].

Основным методом диагностики когнитивного статуса пациентов в плане построения индивидуального реабилитационного маршрута является скрининговое исследование когнитивных нарушений, затрагивающих различные психические функции (речь, внимание, память, праксис, гнозис, мыслительные процессы), с помощью оценочных шкал. При всем многообразии имеющегося к настоящему времени психодиагностического инструментария выбор конкретных методик для применения в клинической практике работы медицинского психолога в реабилитации определяется их соответствием ряду критериев, как специфических для контингента пациентов, переживающих психологические последствия двигательных нарушений, так и общих для всех психодиагностических методик: адаптированность к русскоязычной популяции; удовлетворительные психометрические характеристики (валидность, надежность, дискриминативность); соответствие измерительных возможностей выбранного инструмента временным рамкам и этапности реабилитационного процесса; релевантность психодиагностической методики содержанию реабилитационных задач в части персонализации реабилитационного маршрута и преемственности этапов [5].

Кроме того, необходимо учитывать, что речевые нарушения являются распространенным (по данным различных авторов, от 12 до 57%) инвалидизирующим фактором, занимают второе по значимости место после двигательных нарушений и препятствуют проведению эффективной нейрореабилитации как в отношении самой афазии, так и в отношении сопутствующих ей расстройств [3, 6, 7]. В частности, у пациентов с последствиями инсульта в левом каротидном бассейне речевые нарушения диагностируются в 40–50% случаев и проявляются в форме афазий и дизартрий, сочетающихся с патологией других высших психических функций (различными видами агнозий и апраксий), нарушением глотания, двигательными и психическими расстройствами [8]. Наличие различного рода речевых расстройств приводит к тому, что в повседневной клинической практике скрининг и точная количественная оценка когнитивных нарушений у данной категории пациентов

не могут быть основаны на стандартных батареях тестов, используемых клиницистами, и делает необходимым участие в диагностических процедурах специалистов – логопедов и нейропсихологов. При разработке дизайна исследования пациентов, перенесших ОНМК, как правило, одним из основных критериев соответствия называется «способность отвечать на предлагаемые вопросы» [9]. В противном случае пациенты с афазией регулярно исключаются из протоколов исследований восстановления когнитивных и/или физических функций после инсульта.

К настоящему моменту наивысшей точностью в отношении выявления степени нарушений и топоники постинсультного когнитивного дефекта обладает развернутое нейропсихологическое обследование, к условным минусам которого относятся значительное количество времени, затрачиваемое на диагностику, и невозможность реализации процедуры обычным медицинским резидентом, находящимся на переднем крае лечения. Второй по результативности диагностики может считаться методика «Краткое нейропсихологическое обследование когнитивной сферы (КНОКС)» [10]. Тест валидизирован на русскоязычной популяции, обладает известными психометрическими характеристиками, часть заданий предполагает вариации выполнения с учетом возможных речевых нарушений, временные затраты находятся в пределах 30 минут. К недостаткам данной методики применительно к анализируемой проблеме следует отнести отсутствие специфических интерпретационных нормативов для пациентов с цереброваскулярной патологией и стандартизации показателей в плане оценки вклада каждого из исследуемых когнитивных доменов (память, внимание, исполнительские функции и т. д.) в структуру общей оценки.

Стандартные скрининговые инструменты «Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA)» и «Mini Mental State Examination (MMSE)» обладают известными психометрическими характеристиками, апробированы на русскоязычной популяции, но имеют ограничения в данном случае, потому что включают в себя вопросы, требующие сохранности импрессивной речи и возможности давать воспроизводимые посредством речи ответы, что приводит к невозможности проведения скрининга и точной количественной оценки когнитивных нарушений у пациентов с афазией и, в свою очередь, – к невключению данной категории пациентов в реабилитационные программы [11]. Существует также ряд диагностических методик, которые могут быть использованы для диагностики когнитивных расстройств у пациентов с афазиями: TMT (Trail Making Test) – Тест прокладывания пути/Построения маршрута, CLQT – Когнитивно-лингвистический экспресс-тест, CDT – Тест «Рисование часов», FAS – COWA/тест COWA/FAS – Тест на контролируемую ассоциацию слов/Тест на беглость речи, ACL – Новая тестовая батарея для оценки афазии и связанных с ней КН, WAB – Западная батарея афазии и WAB-R – обновленная версия, включающая дополнительные задания, CERAD/ CERAD – NR/ CERAD –

plus – Батарея тестов для установления нейропсихологических критериев болезни Альцгеймера, BDA – Бостонское диагностическое обследование на афазию, CoBaGa – Батарея когнитивных тестов на глобальную афазию, тест CASP – Шкала оценки когнитивных функций у пациентов с инсультом. Данные методики не проходили процедуру психометрической апробации на отечественной популяции, русскоязычные версии представлены на иноязычных сайтах с возможностью исключительно коммерческого использования, кроме того, имеются ограничения к использованию в случае серьезного нарушения понимания речи.

Следует отметить также, что для всех проанализированных методик характерно отсутствие единого стандартизированного показателя, отражающего сохранность когнитивного статуса и дающего возможность интерпретировать полученные данные в терминах количественного измерителя Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ).

Таким образом, анализ методических возможностей нейропсихологической диагностики состояния когнитивных функций у пациентов с нарушениями речи после перенесенного ОНМК показал, что к настоящему моменту существует потребность в разработке скринингового инструмента диагностики когнитивного статуса с учетом нарушений речи у пациентов, перенесших инсульт, обладающего доказанными психометрическими характеристиками и предоставляющего возможность быть использованным не только узкими профильными специалистами (нейропсихологом, логопедом), но и любым членом мультидисциплинарной реабилитационной команды (МДРК).

Методика скрининговой оценки когнитивного статуса пациентов после перенесенного инсульта

Теоретико-методологические основания

В рамках научно-исследовательской работы по теме «Совершенствование методов медицинской реабилитации для восстановления или замещения нарушенных функций пациентов с заболеваниями центральной и периферической нервной системы, заболеваниями и травмами опорно-двигательного аппарата» в ГАУЗ МНПЦ МРВСМ имени С. И. Спасокукоцкого ДЗМ разработан и валидизирован психодиагностический инструмент «Шкала оценки когнитивного статуса пациентов после перенесенного инсульта с учетом нарушений речи», приоритет на установление авторского права зарегистрирован в Федеральной службе по интеллектуальной собственности 11.04.2024 (регистрационный номер – 2204109873).

«Шкала оценки когнитивного статуса пациентов после перенесенного инсульта с учетом нарушений речи» предназначена для скринингового исследования и позволяет получить единую балльную оценку, соответствующую принятым параметрам построения индивидуального реабилитационного

маршрута в соотношении с МКФ. Методика представляет собой тест, состоящий из 10 заданий. Общее время выполнения составляет в среднем 10 минут. Задания подобраны и оформлены таким образом, что использование теста для диагностики когнитивных нарушений может производиться с его помощью не только узкими специалистами (нейропсихолог, медицинский логопед), но и любым медицинским резидентом – членом МДРК.

Каждое задание снабжено инструкцией для пациента и для исследователя, также указан способ количественной обработки. Графическое оформление стимульного материала представлено таким образом, что дает возможность одновременно врачу, проводящему обследование, зачитывать инструкцию, а пациенту – выполнять задание (листы перевернуты). При подборе иллюстративного материала учитывалось также возможное наличие у обследуемых пациентов возраст-ассоциированных нарушений зрения: имеющиеся в тесте изображения предметов представлены дважды, в стандартном и в укрупненном варианте.

Каждое из заданий теста предоставляет прямую или косвенную возможность альтернативного произнесению вслух способа ответа когнитивно-сохранным пациентом с нарушениями речи.

Теоретико-методологическим основанием методики явились следующие положения:

- тестовые задания подобраны с учетом представленности основных доменов когнитивных функций, которые включают в себя, согласно DSM-V: память, внимание, праксис, гнозис, речь, мышление, социальный интеллект;
- разработка, подбор и адаптация стимульного материала проведены с учетом возможного наличия афазии у пациентов;
- методика содержит четкую инструкцию для медицинского резидента, отражающую порядок и способ предъявления стимульного материала пациенту с нарушениями речи;
- разработанная методика соответствует принятым психометрическим требованиям;
- интерпретация данных носит стандартизированный характер, то есть методика состоит из равновесных заданий, создающих единую факторную структуру.

Психометрические характеристики методики

Психометрические характеристики методики «Шкала оценки когнитивного статуса пациентов после перенесенного инсульта с учетом нарушений речи» изучались в процессе апробации на выборке пациентов, перенесших инсульт.

В исследовании приняли участие 147 пациентов, находившихся на стационарном этапе медицинской реабилитации в филиале № 3 Государственного автономного бюджетного учреждения здравоохранения «Московский научно-

практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины имени С. И. Спасокукоцкого» Департамента здравоохранения г. Москвы с двигательными нарушениями в виде гемипареза, возникшими в результате перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения, ишемического инсульта (ИИ) – коды диагнозов по МКБ-10 – I 63.4, I 63.5, I 63.8. Это были 75 (51,0%) женщин, 72 (49,0%) мужчины в возрасте $64,4 \pm 8,8$ года.

Репрезентативность обследованной выборки в отношении нарушений речи обеспечивалась соответствием имеющимся литературным данным [3] и составила 27,3% (40 человек) от общего количества пациентов, включенных в выборку апробации. Данные о процентной представленности речевых нарушений – в таблице 1.

Таблица 1

Процентная представленность видов речевых нарушений в выборке апробации

Вид речевых нарушений	Степень нарушения (n=40)		
	легкая	средняя	тяжелая
Афазия	3 (6,7%)	4 (10,1%)	5 (12,9%)
Дизартрия	20 (49,5%)	7 (18,0%)	1 (2,8%)

В качестве критериев соответствия для включения в исследование были обозначены: наличие подтвержденного ИИ (по данным нейровизуализационного исследования КТ/МРТ головного мозга) в остром, раннем и позднем (до 1 года) восстановительном периоде; возраст от 18 до 80 лет; наличие показаний для консультации медицинского психолога, согласно имеющемуся в учреждении алгоритму; добровольность участия; наличие информированного согласия; соответствие степени выраженности расстройств 1–4 классу нарушений структур, функций, активности и участия по «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья».

Оценка состояния когнитивных функций пациентов после перенесенного ОНМК проводилась медицинским психологом с помощью двух методик: «Шкала оценки когнитивного статуса пациентов после перенесенного инсульта с учетом нарушений речи» и «Краткое нейропсихологическое обследование когнитивной сферы (КНОКС)», обладающей известными психометрическими характеристиками [13]. Общее время обследования занимало около 35–37 минут.

В процессе анализа полученных данных была исследована связь итоговых показателей «Шкалы оценки когнитивного статуса пациентов после перенесенного инсульта с учетом нарушений речи» и методики КНОКС. Значение коэффициента корреляции Спирмена составило 0,59 (на уровне статистической

достоверности $p=0,001$), что свидетельствует об удовлетворительных характеристиках конструктивной валидности апробируемой методики.

Синхронная надежность (внутренняя согласованность) теста оценивалась с помощью коэффициента Альфа-Кронбаха. Значение α также достигло удовлетворительного уровня – 0,71.

Расчет дискриминативной способности тестовых заданий производился путем оценки корреляции каждого тестового задания с общим баллом теста: значение коэффициента корреляции располагалось в промежутке от 0,24 до 0,63. Максимально информативными для формирования общего балла оказались задания, отражающие состояние исполнительских функций, конструктивно-пространственного и кинетического праксиса: «реакция выбора» (0,53), «копия изображения куба» (0,58), «графическая серия» (0,63). Дискриминативность заданий, связанных с оценкой различных видов памяти и восприятия, мануального праксиса: «понимание» (0,38), «называние» (0,39), «вспомнить картинку» (0,39), «праксис» (0,44), «календарь» (0,45), «глазомер» (0,49) – оценивалась как средняя. Задание на ассоциативное мышление, возможности зрительного анализа и социальный интеллект («ассоциативный выбор») оказалось положительно связано с итоговым баллом как $R=0,24$ – описанный результат характеризует незначительный вклад данных параметров в различительную способность методики.

Конкурентная валидность в отношении диагностики когнитивных нарушений у пациентов с нарушениями речи после ОНМК, прогностическая ценность и практическая значимость апробируемой методики изучалась путем сопоставления частоты встречаемости различных уровней когнитивных нарушений, диагностированных по данным методики КНОКС, и «Шкалы оценки когнитивного статуса пациентов после перенесенного инсульта с учетом нарушений речи». Обнаружена гипердиагностика (80%), по данным КНОКС, тяжелого уровня когнитивных нарушений у пациентов с нарушениями речи: из 5 человек, расцененных КНОКС, как тяжелые – что является противопоказанием к двигательной реабилитации 2 этапа – апробируемая методика в качестве тяжелого определила только 1 пациента.

Таким образом, в процессе исследования были показаны удовлетворительные психометрические характеристики методики – «Шкала оценки когнитивного статуса пациентов после перенесенного инсульта с учетом нарушений речи» может быть использована как в исследовательских целях, так и в рутинной клинической практике медицинской реабилитации.

Порядок проведения

Исследователь предъявляет пациенту бланк с 10-ю заданиями, к каждому из которых предлагается инструкция.

Задание 1. «Называние»

Экспериментатор зачитывает инструкцию.

Инструкция для пациента без речевых нарушений: Я буду показывать Вам картинки. Вы должны назвать то, что Вы видите (экспериментатор поочередно показывает изображения и спрашивает: «Что это?»). Постарайтесь запомнить то, что Вы видели, – мы к этому еще вернемся.

Инструкция для пациента с речевыми нарушениями: Покажите поочередно все предметы по названию, произносимому экспериментатором.

Оценка:

- за правильно названные 6 предметов начисляется 4 балла; 4–5 предметов – 3 балла; 2–3 предмета – 2 балла; 1 предмет – 1 балл

– за правильно показанные предметы начисляется половинная сумма баллов: 6 предметов – 2 балла; 4–5 предметов – 1 ½ балла; 2–3 предмета – 1 балл; 1 предмет – ½ балла.

Задание 2. «Понимание»

Экспериментатор кладет ручку, телефон и лист бумаги перед пациентом на стол, расположив их друг под другом в виде вертикальной колонки, далее просит пациента выполнить следующие действия:

а. Прикоснитесь к ручке

б. Покажите мне свой нос

в. Положите ручку рядом с телефоном

г. Покажите мне свои колени

д. Положите телефон на лист бумаги, не трогая ручку

е. Покажите мне свой живот

Оценка: ½ балла начисляется за каждое правильно выполненное задание пунктов а, б, е, г; 1 балл – за задания в, д.

Задание 3. «Копия изображения куба»

Экспериментатор зачитывает инструкцию.

Инструкция: Вот нарисован куб (экспериментатор показывает куб). Вы должны нарисовать рядом с ним точно такой же куб.

Оценка: 4 балла начисляется, если воспроизведены три стороны и сохранены углы; 3 балла – если воспроизведены три стороны, но нарушены углы; 2 балла – если соблюдены две стороны; 1 балл только за одну воспроизведенную сторону; 0 баллов – если не воспроизведена ни одна из сторон.

Задание 4. «Графическая серия»

Экспериментатор зачитывает инструкцию.

Инструкция: вот начало ряда (экспериментатор показывает первый ряд). Обратите внимание на последовательность изображенных фигур. Вы должны продолжить этот ряд до конца страницы.

После выполнения первого ряда просят аналогично продолжить второй ряд.

Оценка: 2 балла за 10 правильных чередований; 1 балл – 1 ошибка; 0 баллов – две и более ошибок. Результаты по каждой строке суммируются в общий балл.

Задание 5. «Реакция выбора»

Экспериментатор произносит инструкцию.

Инструкция:

а. Когда я один раз стучу кулаком по столу, Вы отвечаете ударом дважды. Когда я стучу дважды, Вы стучите один раз.

Необходимо убедиться, что пациент понял, потренировавшись.

Затем выполняется серия: 1-1-2-1-2-2-1.

б. Теперь, когда я постучу один раз, Вы ответите мне тем же стуком. Когда я ударю дважды, Вы ничего не делаете.

Необходимо убедиться, что пациент понял, привести пример.

Затем выполнить серию: 1-1-2-1-2-2-1.

Оценка каждой пробы: 2 балла – без ошибок, 1 балл – 1 ошибка, 0 баллов – 2 и более ошибок. Результаты по каждой строке суммируются в общий балл.

Задание 6. «Глазомер»

Инструкция: В правой части этой страницы расположена вертикальная линия. Экспериментатор скрывает остальную часть страницы (текст) белым листом. «Пожалуйста, укажите горизонтальной отметкой середину этой линии». При этом бланк должен быть размещен на столе прямо перед пациентом без возможности использовать измерительные инструменты. Центр линии и допустимое отклонение указаны в правой части страницы 1 (квадратик «ОК»).

Оценка: 4 балла – отметка находится в пределах центрального квадрата, 2 балла – в пределах пунктирной части, 0 баллов – за пределами пунктирной части.

Задание 7. «Вспомнить картинку»

Экспериментатор инструктирует пациента: «Ранее я показал(а) Вам 6 изображений. Можете ли Вы найти их на этом рисунке и показать мне?»

Оценка: 4 балла начисляются за 6 верно припомненных (названных или показанных) изображений предметов, 3 балла – за 4–5 предметов, 2 балла – за 2–3 предмета, 1 балл – за 1 предмет.

В тех случаях, когда пациент верно вспомнил все 6 ранее предъявленных изображений предметов, но имеется добавочная продукция (пациент в качестве ранее предъявленных определяет более 6 изображений), начисляется 3 балла. Если пациент в качестве ранее предъявленных изображений предметов определяет 10 и более изображений, баллы за задание 7 не начисляются (0 баллов).

Задание 8. «Праксис»

При наличии двигательных нарушений пробы выполняются здоровой рукой.

Экспериментатор зачитывает инструкцию:

а. Делайте, как я: положите руку на стол, сделайте «козу» вторым (указательным) и пятым (мизинцем) пальцами, остальные согните;

б. Делайте, как я: сделайте «колечко» большим и средним пальцами;

в. Сделайте жест, посылающий воздушный поцелуй;

г. Сделайте жест, чтобы сказать «чшшшшшш» (просьба о тишине).

Оценка: 1 балл за каждое успешно выполненное задание.

Задание 9. «Ассоциативный выбор»

а. Экспериментатор делает жест, будто пьет воду из стакана (без стакана) и просит пациента связать этот жест с одним из рисунков в первой колонке.

б. Экспериментатор делает движение, имитирующее игру на скрипке, и просит пациента связать этот жест с одним из трех рисунков во второй колонке.

Оценка: 2 балла за каждое успешно выполненное задание.

Задание 10. «Календарь»

Экспериментатор произносит инструкцию: Скажите мне, пожалуйста, какой сегодня день, месяц, год. Можно показать вот на этом календаре.

Оценка: ½ балла начисляются за верно названный день недели (например, вторник), ½ балла – за сегодняшнюю дату (например, 9-е), 1 балл – за месяц, 2

балла – за год.

Количественная обработка и интерпретация данных

Подсчет итогового баллов осуществляется простым суммированием полученных результатов по всем 10 пунктам шкалы.

Учитывая методическую целесообразность приведения шкальных оценок, используемых для построения реабилитационного маршрута пациента, в соответствии с балльной оценкой по МКФ, количественные нормативы апробируемой методики были сформированы в соответствии с количественным определителем МКФ и кривой нормального распределения (табл. 2).

Количественная интерпретация производится путем сопоставления с разработанными нормативами, где 38–40 баллов – отсутствие нарушений; 33–37 баллов – нарушения легкой степени; 20–32 – нарушения средней степени; 4–19 – нарушения тяжелой степени; 0–3 – крайне тяжелые нарушения.

Таблица 2

Количественная интерпретация итогового балла «Шкалы оценки когнитивного статуса пациентов после перенесенного инсульта с учетом нарушений речи»

	МКФ	Шкала оценки когнитивного статуса пациентов после перенесенного инсульта с учетом нарушений речи (баллы)	% (нормальное распределение)
0	НЕТ проблем (никаких, отсутствуют, ничтожные)	38–40 – отсутствие нарушений	0 – 4
1	ЛЕГКИЕ проблемы (незначительные, слабые)	33–37 баллов – нарушения легкой степени	5 – 24
2	УМЕРЕННЫЕ проблемы (средние, значимые)	20–32 – нарушения средней степени	25 – 49
3	ТЯЖЕЛЫЕ проблемы (высокие, интенсивные)	4–19 – нарушения тяжелой степени	50 – 95
4	АБСОЛЮТНЫЕ проблемы (полные)	0–3 – крайне тяжелые нарушения	96 – 100

Практическое применение Шкалы оценки когнитивного статуса пациентов после перенесенного инсульта с учетом нарушений речи

Психодиагностическая методика «Шкала оценки когнитивного статуса пациентов после перенесенного инсульта с учетом нарушений речи» предназначена для скрининговой оценки состояния когнитивных функций пациентов после ОНМК в процессе медицинской реабилитации (первичной и динамической диагностики).

Инструмент доступен к использованию как узкопрофильным специалистом (медицинский психолог, медицинский логопед, нейропсихолог), так и любым членом МДРК (врач-невролог, врач физической и реабилитационной медицины). По результатам диагностики доступна следующая информация:

- балльно-уровневая оценка общей когнитивной сохранности (крайне тяжелая – тяжелая – средняя – легкая степень нарушений либо отсутствие таковой);
- определитель МКФ в отношении доменов b114 «функции ориентированности», b117 «интеллектуальные функции», b122 «глобальные психосоциальные функции», b140 «функции внимания», b144 «функции памяти», b160 «функции мышления»;
- оценка степени сохранности исполнительских функций, конструктивно-пространственного, мануального и кинетического праксиса, различных видов памяти и восприятия, мануального праксиса, ассоциативного мышления, возможности зрительного анализа и социального интеллекта.

Методика рекомендована к применению перед началом мероприятий по комплексной медицинской реабилитации для корректной маршрутизации пациента, перенесшего ОНМК, в отношении двигательной и когнитивной реабилитации и построения индивидуального реабилитационного маршрута; после окончания реабилитационных мероприятий в целях динамической оценки, а также обеспечения преемственности этапов реабилитационного процесса.

Список литературы:

1. Пирадов М. А., Максимова М. Ю., Домашенко М. А. Инсульт. В кн.: Интенсивная терапия: национальное руководство: в 2 т. Т. II, ред. И.Б. Заболотских, Д.Н. Проценко. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2020:717-733.
2. Chohan S. A., Venkatesh P. K., How C. H. Long-term complications of stroke and secondary prevention: an overview for primary care physicians. *Singapore Medical Journal*. 2019;60(12):616-620.
3. Нейрореабилитация: учебное пособие для вузов, ред. Шкловского В.М. М.: Юрайт; 2023. 401 с.
4. Боголепова А. Н. Постинсультные когнитивные и астенические нарушения. *Фармакология & Фармакотерапия*. 2021; 2:26-27.
5. Бурлачук Л. Ф. Словарь-справочник по психодиагностике. СПб.: Питер; 2007. 688 с.
6. Косивцова О. В., Захаров В. В. Постинсультные афазии: клиническая картина, дифференциальный диагноз, лечение. *Эффективная фармакотерапия*. 2017; 1:10-16.
7. Щербакова М. М., Котов С. В. Медико-педагогическая системная реабилитация больных с афазией по инновационным методикам восстановления. *Consilium Medicum*. 2016;18(12):62–67.
8. Русских О. А., Бронников В. А., Перевошиков П. В. Психологические особенности пациентов с последствиями инсульта в правом каротидном бассейне как фактор, препятствующий управлению автомобилем. *СГН*. 2019; 1(3). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-osobennosti-patsientov-s-posledstviyami-insulta-v-pravom-karotidnom-basseyne-kak-faktor-prepyatstvuyuschiy> (дата обращения: 29.09.2023).
9. Тынтерова А. М., Перепелица С. А., Скалин Ю. Е., Реверчук И. В., Яковлев М. Ю., Тихонова О. А., Гришина А. А. Диагностика психоэмоциональных и когнитивных нарушений в остром периоде ишемического инсульта. *Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация*. 2021; 3(3):270–280.
10. Тонконогий И. М. Краткое нейропсихологическое обследование когнитивной сферы (КНОКС) / И.М. Тонконогий // Под. ред. Ю. В. Микадзе. — М.: ПЕР СЭ, 2010. — 69 с.
11. Котельникова А. В. Психометрическая апробация скрининговых методик диагностики когнитивного статуса постинсультных пациентов: наблюдательное когортное исследование / А. В. Котельникова, И. В. Погонченкова, Е. В. Костенко [и др.] // *Вестник восстановительной медицины*. – 2023. – Т. 22, № 2. – С. 32-41. – DOI 10.38025/2078-1962-2023-22-2-32-41.

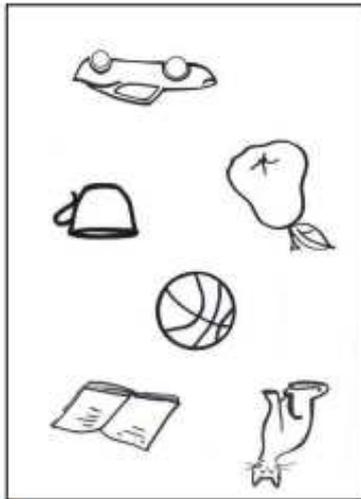
Приложение

«Шкала оценки когнитивного статуса пациентов после перенесенного инсульта с учетом нарушений речи»

ФИО _____
№ И/Б _____
Дата исследования: _____

Шкала оценки когнитивного статуса пациентов после перенесенного инсульта с учетом нарушений речи

1. Называние _____



«Я буду показывать Вам картинки. Вы должны назвать то, что Вы видите (экспериментатор поочередно показывает изображения и спрашивает: «Что это?»). * Постарайтесь запомнить то, что Вы видели, - мы к этому еще вернемся».

*Если пациент не может словесно назвать, попросить его показать поочередно все предметы по названию, произносимому экспериментатором.

Ответы (записывает экспериментатор):

Оценка: Правильно названные 6 предметов – 4 балла; 4-5 предметов – 3 балла; 2-3 предмета – 2 балла; 1 предмет – 1 балл.

За правильно показанные предметы начисляется половинная сумма баллов:

6 предметов – 2 балла; 4-5 предметов – 1 ½ балла; 2-3 предмета – 1 балл; 1 предмет – ½ балла.

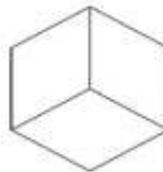
2. Понимание _____

Положите ручку, телефон и лист бумаги перед пациентом на стол, расположив их друг под другом в виде вертикальной колонки. Попросите пациента выполнить следующие действия:

- | | |
|-------------------------------------|---|
| а. Прикоснитесь к ручке | г. Покажите мне свои колени |
| б. Покажите мне свой нос | д. Положите телефон на лист бумаги, не трогая ручку |
| в. Положите ручку рядом с телефоном | е. Покажите мне свой живот |

Оценка: ½ балла – за каждое правильно выполненное задание пунктов а, б, е, г; 1 балл – за задания в, д.

3. Копия изображения куба _____



«Вот нарисован куб (экспериментатор показывает куб). Вы должны нарисовать рядом с ним точно такой же куб».

Оценка: 4 балла – если воспроизведены три стороны и сохранены углы, 3 балла – если воспроизведены три стороны, но нарушены углы, 2 балла – если соблюдены две стороны, 1 балл только за одну воспроизведенную сторону, 0 баллов – если не воспроизведена ни одна из сторон.

О
К



4. Графическая серия

V X V X V X

0 + 0 + 0 +

«Вот начало ряда (экспериментатор показывает первый ряд). Обратите внимание на последовательность изображенных фигур. Вы должны продолжить этот ряд до конца страницы». После выполнения первого ряда попросить аналогично продолжить второй ряд.

Оценка: 2 балла за 10 правильных чередований; 1 балл – 1 ошибка; 0 баллов – две и более ошибок. Результаты по каждой строке суммируются в общий балл.

5. Реакция выбора

«Когда я один раз стучу кулаком по столу, Вы отвечаете ударом дважды. Когда я стучу дважды, Вы стучите один раз». Убедитесь, что пациент понял, потренировавшись. Затем выполните серию: 1-1-2-1-2-2-1.

«Теперь, когда я постучу один раз, Вы ответите мне тем же стуком. Когда я ударю дважды, Вы ничего не делаете». Убедитесь, что пациент понял, приведя пример. Затем выполните серию: 1-1-2-1-2-2-1.

Оценка каждой пробы: 2 балла – без ошибок, 1 балл – 1 ошибка, 0 баллов – 2 и более ошибок. Результаты по каждой строке суммируются в общий балл.

6. Глазомер

В правой части этой страницы расположена вертикальная линия. Экспериментатор скрывает остальную часть страницы (текст) белым листом. «Пожалуйста, укажите горизонтальной отметкой середину этой линии». При этом бланк должен быть размещен на столе прямо перед пациентом без возможности использовать измерительные инструменты. Центр линии и допустимое отклонение указаны в правой части страницы 1 (квадратик «ОК»).

Оценка: 4 балла – отметка находится в пределах центрального квадрата, 2 балла – в пределах пунктирной части, 0 баллов – за пределами пунктирной части.

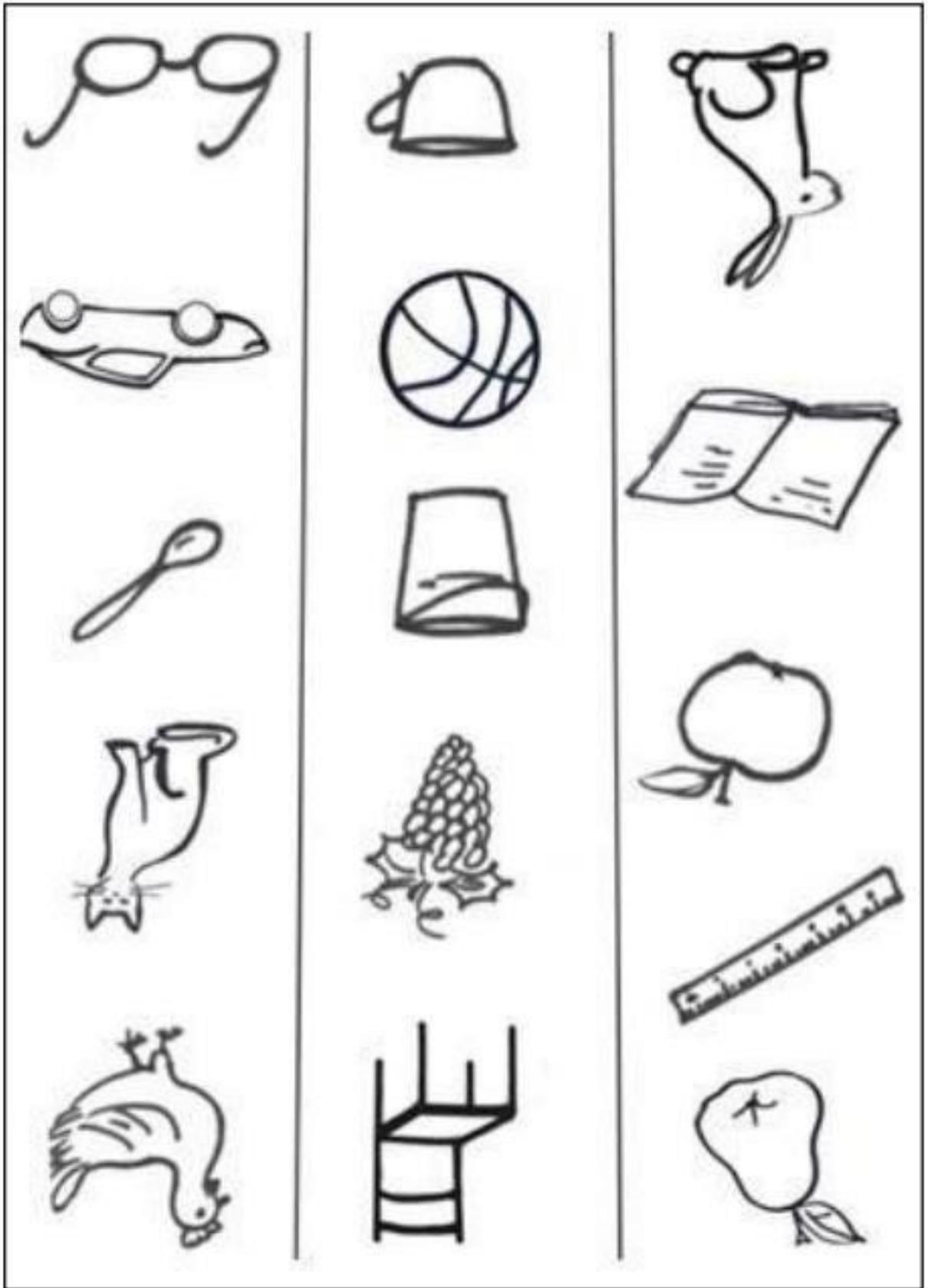
7. Вспомнить картинку



«Ранее я показал(а) Вам 6 изображений. Можете ли Вы найти их на этом рисунке и показать мне?»

Ответы (записывает экспериментатор):

Оценка: 4 балла – 6 предметов,
3 балла – 4-5 предметов,
2 балла – 2-3 предмета,
1 балл – 1 предмет.



8. Праксис*

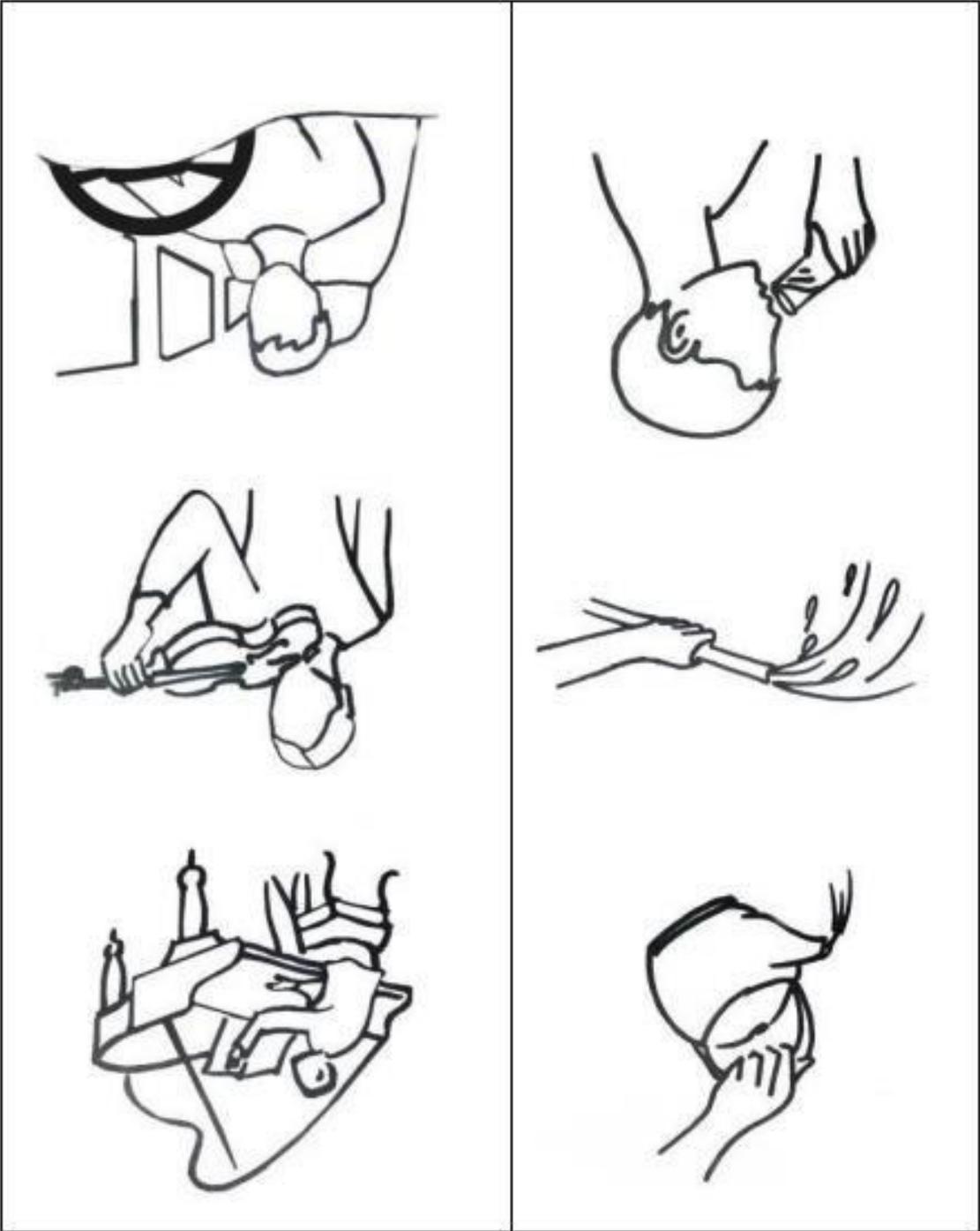
*Пробы выполняются здоровой рукой

- а. «Делайте, как я». Положите руку на стол, сделайте «козу» вторым (указательным) и пятым (мизинцем) пальцами, остальные согните.
- б. «Делайте, как я». Сделайте «колечко» большим и средним пальцами.
- в. «Сделайте жест, посылающий воздушный поцелуй».
- г. «Сделайте жест, чтобы сказать «чшшшшшш» (просьба о тишине).

Оценка: 1 балл за каждое успешно выполненное задание.

9. Ассоциативный выбор

		<p>а. Экспериментатор делает жест, будто пьет воду из стакана (без стакана) и просит пациента связать этот жест с одним из рисунков в первой колонке.</p> <p>б. Экспериментатор делает движение, имитирующее игру на скрипке и просит пациента связать этот жест с одним из трех рисунков во второй колонке.</p> <p>Оценка: 2 балла за каждое успешно выполненное задание.</p>
--	---	--





<p>ВОСКРЕСЕНЬЕ</p> <p>СУББОТА</p> <p>ПЯТНИЦА</p> <p>ЧЕТВЕРГ</p> <p>СРЕДА</p> <p>ВТОРНИК</p> <p>ПОНЕДЕЛЬНИК</p>	31	<p>ДЕКАБРЬ</p> <p>НОВЯБРЬ</p> <p>ОКТЯБРЬ</p> <p>СЕНТЯБРЬ</p> <p>АВГУСТ</p> <p>ИЮЛЬ</p> <p>ИЮНЬ</p> <p>МАЙ</p> <p>АПРЕЛЬ</p> <p>МАРТ</p> <p>ФЕВРАЛЬ</p> <p>ЯНВАРЬ</p>	2030	
	30		2029	
	29		2028	
	28		2027	
	27		2026	
	26		2025	
	25		2024	
	24		2023	
	23		2022	
	22		2021	
	21		2020	
	20		2019	
	19		2018	
	18		2017	
	17		2016	
	<p>«Скажите мне, пожалуйста, какой сегодня день, месяц, год. Можно показать вот на этом календаре».</p> <p>Оценка: $\frac{1}{2}$ балла – за верно названный день недели (например, вторник), $\frac{1}{2}$ балла – за сегодняшнюю дату (например, 9-ое), 1 балл – за месяц, 2 балла – за год.</p>		16	2015
			15	2014
14		2013		
13		2012		
12		2011		
11		2010		
10		2009		
9		1927		
8		1926		
7		1925		
6		1924		
5		1923		
4		1922		
3		1921		
2	1920			
1	1919			