

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

СОГЛАСОВАНО

Главный внештатный специалист
психиатрии

19 мая Костюк Г.П.
2023 г.

РЕКОМЕНДОВАНО

Экспертный совет по науке по
Департамента здравоохранения

города Москвы № 10
«10» июня 2023 г.



**НЕЙРОКОГНИТИВНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ
ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА
(структурно-функциональная модель
программы «Клиника памяти»)
Методические рекомендации № 25**

Москва 2023

УДК 616.89+616.89-008.46+616-08-039.73
ББК 56.145.3
Н46

Организация-разработчик: государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ»)

Авторы-составители:

Костюк Г.П. — доктор медицинских наук, профессор, главный врач;

Курмышев М.В. — кандидат медицинских наук, заместитель главного врача;

Андрющенко А.В. — доктор медицинских наук, руководитель отдела психических расстройств при нейродегенеративных заболеваниях головного мозга;

Стародубцев С.В. — заместитель главного врача по организационно-методической работе;

Савилов В.Б. — заведующий медико-реабилитационным отделением ПНД № 15;

Осипова Н.Г. — магистр психологии, медицинский психолог;

Эминова В.С. — младший научный сотрудник Научно-клинического исследовательского центра нейропсихиатрии.

Рецензенты:

Трущелёв С.А. — доктор медицинских наук, доцент, ученый секретарь Научно-клинического исследовательского центра нейропсихиатрии ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ»;

Колыхалов И.В. — доктор медицинских наук, главный научный сотрудник отдела гериатрической психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

Нейрокогнитивная реабилитация пациентов пожилого возраста (структурно-функциональная модель программы «Клиника памяти»): методические рекомендации / Г.П. Костюк, М.В. Курмышев, А.В. Андрющенко [и др.]. — М.: ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ», 2023-60 с.

В методических рекомендациях изложено проектное решение комплексной программы психосоциальной терапии и нейрокогнитивной реабилитации на модели медицинской технологии «Клиника памяти». Описаны необходимые ресурсы и информационные технологии для обеспечения функционирования подобного медико-реабилитационного подразделения в лечебно-профилактических учреждениях. Программа «Клиника памяти» разработана для пациентов пожилого и старческого возрастов с синдромом мягкого когнитивного снижения. Цель программы — профилактика деменции, повышение уровня качества жизни и социальной интеграции.

Методические рекомендации выполнены в рамках темы НИР «Нейрокогнитивный тренинг в структуре медицинской реабилитации пациентов с нейродегенеративными когнитивными нарушениями разной степени выраженности»

Для врачей-психиатров, гериатров, неврологов, терапевтов, врачей общей практики, медицинских психологов и социальных работников, оказывающих помощь лицам пожилого и старческого возраста.

Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения г. Москвы и не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения.

ISBN

© Департамент здравоохранения города Москвы, 2023

© ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ», 2023

© Коллектив авторов, 2023

СОДЕРЖАНИЕ

Нормативные ссылки	4
Терминологический словарь	5
Сокращения.....	9
Введение	10
Структурно-функциональная модель реабилитационной программы «Клиника памяти»	12
Общий алгоритм программы нейрокогнитивной реабилитации для разных моделей пациентов	13
Краткое описание общей схемы процессов «Клиники памяти»	15
Создание базы данных потенциальных пациентов	16
Формирование очереди на госпитализацию	18
Догоспитальный осмотр претендентов	21
Описание структуры 6-недельного цикла реабилитационной программы	24
Диагностический этап нейрокогнитивной программы.....	27
Реабилитационный этап нейрокогнитивной программы.....	31
Заключительный этап нейрокогнитивной программы	42
Постгоспитальное сопровождение	46
Риски, связанные с внедрением, масштабированием и функционированием проекта «Клиника памяти»	48
Результаты деятельности структурно-функциональной модели «клиника памяти».....	52
Заключение.....	53
Литература.....	56

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящем документе использованы ссылки на следующие нормативно-правовые акты:

- Конституция Российской Федерации;
- Закон Российской Федерации от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»;
- Закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. № 566-н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения»;
- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых»;
- приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 29 декабря 2020 г. № 1505 «О совершенствовании оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения»;
- приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 2 ноября 2009 г. № 1400 «Об организации оказания и учета стационарной медицинской помощи иногородним, а также иностранным гражданам в лечебно-профилактических учреждениях Департамента здравоохранения города Москвы»;
- поручение главного внештатного специалиста психиатра Г.П. Костюка от 30 мая 2019 г. № 03-02-3694/19 в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. 566-н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения».

ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИЙ СЛОВАРЬ

«10 слов Лурии» — методика исследования произвольной вербальной памяти (процесса заучивания и отсроченного воспроизведения) А.Р. Лурии

Должность — структурная единица в организации, отвечающая установленным квалификационным требованиям, несущая должностные обязанности и наделенная должностными полномочиями в соответствии с руководящими документами

Качество медицинской помощи — совокупность признаков медицинских технологий, отражающих их способность удовлетворять потребности пациентов с учетом стандартов здравоохранения, соответствующих современному уровню медицинской науки и технологии

Когнитивные функции — наиболее сложные функции головного мозга, с помощью которых осуществляется процесс рационального познания мира и обеспечивается целенаправленное взаимодействие с ним: восприятие, произвольные движения (праксис), оптико-пространственная деятельность, речь и связанные с ней процессы письма и чтения, память, мышление, произвольная регуляция психической активности

Комплексная программа нейрокогнитивной реабилитации — комплекс нейропсихологических, когнитивных, психосоциальных, психотерапевтических, двигательных и медикаментозных методов воздействия на пациентов с мягким когнитивным снижением с целью улучшения когнитивных функций и социального функционирования, включающий в себя специально адаптированные психотерапевтические и психологические тренинги, занятия лечебной (адаптивной) физической культурой, медикаментозную терапию

Контроль качества медицинской помощи — совокупность мероприятий, направленных на обеспечение прав пациентов на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества, на основе оптимального использования кадровых и материально-технических ресурсов медицинских организаций

Медико-реабилитационное отделение — структурное подразделение психоневрологического диспансера или психиатрической больницы, предназначенное для проведения психосоциальной терапии и медико-психосоциальной реабилитации пациентов, страдающих психическими расстройствами. Медицинская помощь оказывается в условиях дневного стационара. Деятельность отделения организуется на принципах бригадного полипрофессионального обслуживания пациентов

Медицинская карта стационарного больного (история болезни) — первичный медицинский документ, в котором отражаются этапы диагностических, лечебных и других медицинских услуг, выполняемых в стационарных условиях

Модель пациента — сконструированное описание объекта (типы моделей: заболевание, синдром, клиническая ситуация), регламентирующее совокупность клинических или ситуационных характеристик, выполненное на основе оптимизации выбора переменных (осложнение, фаза, стадия заболевания) с учетом наибольшего их влияния на исход и значимых причинно-следственных связей, определяющих возможность и необходимость описания технологии оказания медицинской помощи

Мягкое когнитивное снижение — моно- или полифункциональное когнитивное расстройство, явно выходящее за рамки возрастной нормы, но не ограничивающее самостоятельности и независимости, то есть не вызывающее дезадаптации в повседневной жизни. Как правило, отражается в жалобах индивидуума и обращает на себя внимание окружающих; может препятствовать наиболее сложным формам интеллектуальной активности. Распространенность среди пожилых лиц достигает, по данным исследований, 11–17%. Среди пациентов с очаговыми и диффузными органическими поражениями головного мозга встречается в 44% случаев.

Оценка качества медицинской помощи — определение соответствия оказанной медицинской помощи установленным на данный период стандартам, а также ожиданиям и потребностям пациентов/потребителей.

Пациент/получатель реабилитационной программы «Клиника памяти» — лицо, обратившееся за медицинской помощью, потребляющее медицинские, медико-социальные, лечебно-реабилитационные и иные услуги, оказываемые медицинским персоналом

Полипрофессиональная бригада — форма организованного сотрудничества специалистов разного профиля для реализации индивидуального плана лечения и реабилитации пациента в условиях лечебно-реабилитационной среды

Претендент на реабилитацию в «Клинике памяти» — лицо, изъявившее желание пройти программу реабилитации в «Клинике памяти» до проведения диагностических мероприятий с целью определения показаний и противопоказаний

Процедура — установленный способ осуществления деятельности или процесса

Процесс — совокупность взаимосвязанных и взаимодействующих видов деятельности, преобразующая входы в выходы

Психосоциальная реабилитация — восстановление или формирование недостаточных или утраченных в результате болезни когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов личности, навыков, знаний, умений взаимодействовать, решать проблемы, использовать стратегии совладания, которые обеспечивают интеграцию пациента в общество

Результативность — характеристика лечебно-реабилитационных методик, отражающая степень достижения запланированного результата при их применении

Роль — совокупность полномочий и функций участника бизнес-процесса, которыми он наделяется для обеспечения работоспособности бизнес-модели

Система контроля качества — совокупность взаимосвязанных и взаимодействующих элементов для руководства и управления организацией применительно к качеству

Супервизия — управленческий инструмент, который отслеживает работу отдельных сотрудников и в то же время дает им возможность отслеживания собственного прогресса и определения потребности в обучении и развитии

Тренинг — метод активного обучения, направленный на развитие знаний, умений, социальных установок и навыков для применения их на практике

СОКРАЩЕНИЯ

- АФК** — адаптивная физическая культура
- ВИЧ** — вирус иммунодефицита человека
- ГБУЗ** — государственное бюджетное учреждение здравоохранения
- КТ** — когнитивный тренинг
- ЛФК** — лечебная физическая культура
- МКС** — мягкое когнитивное снижение
- МКСБ** — медицинская карта стационарного больного
- МРО** — медико-реабилитационное отделение
- CDT** — Clock Drawing Test («Тест рисования часов»)
- HADS** — The Hospital Anxiety and Depression Scale («Госпитальная шкала тревоги и депрессии»)
- MHIS** — Modified Hachinski Ischemic Score («Модифицированная ишемическая шкала Хачински»)
- MMSE** — Mini-Mental State Examination («Краткая шкала оценки психического статуса»)
- MoCA** — The Montreal Cognitive Assessment («Монреальская шкала оценки когнитивных функций»)
- SF-36** — Medical Outcomes Study — Short Form-36 (MOS SF-36) («Опросник для оценки качества жизни пациента»)

ВВЕДЕНИЕ

Во всем мире увеличивается доля пожилых людей в численности населения. К 2030 г. в мире один человек из шести будет старше 60 лет, а доля жителей планеты старше 60 лет увеличится на 400 млн. По прогнозам на 2050 г., численность населения мира в возрасте 60 лет и старше удвоится и составит 2,1 млрд человек, а число людей в возрасте 80 лет и старше до 2050 г. утроится и достигнет 426 млн человек [1].

Стремительный рост продолжительности жизни сопряжен с увеличением численности людей позднего возраста, страдающих разными формами нейродегенеративных заболеваний, сопровождающихся когнитивным снижением. Согласно оценкам Всемирной организации здравоохранения, в мире около 50 млн людей с разными формами деменции, и ежегодно эта цифра увеличивается на 10 млн новых случаев заболевания. Государства несут колоссальную финансовую нагрузку в связи с деменцией: до 40% — затраты на социальную помощь, 45% — затраты на семьи, осуществляющие уход, и до 15% — затраты национальных систем здравоохранения [2].

По средним подсчетам, в России количество случаев деменции составляет около 2 млн человек и к 2050 г. увеличится больше чем вдвое [3].

Болезнь Альцгеймера характеризуется продромальным периодом в течение 15–20 лет с первоначальными изменениями в головном мозге задолго до проявления симптомов когнитивных нарушений [4]. Синдром мягкого когнитивного снижения (МКС) (Mild Cognitive Impairment, MCI) является переходной стадией между нормальным (физиологическим) старением и деменцией с риском в течение ближайших 3–5 лет перейти в деменцию [5]. Ежегодная конверсия в болезнь Альцгеймера пациентов с синдромом МКС составляет около 12% в отличие от 1–2% пожилых людей с нормальным старением [5, 6]. Однако исследования показывают, что когнитивные нагрузки в форме когнитивных тренингов и изменение образа жизни могут предотвратить до 40% случаев развития деменции [3].

Синдром МКС представляет собой «ядро» клинической картины диагноза «легкое когнитивное расстройство» (F06.7 по Международной классификации болезней 10-го пересмотра), входящего в рубрику F06 «Другие психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью (лечение заболевания)» [7]. Прогностические возможности медицины в отношении синдрома МКС сегодня ограничены отсутствием убедительных биомаркеров. Но на допатологической стадии нейродегенеративного заболевания, на этапе синдрома МКС, открывается «окно возможностей» профилактической медицины. Отсутствие медикаментозных методов лечения, способных остановить или замедлить течение заболевания, сместило фокус интереса в сторону нефармакологического подхода и психосоциальной терапии людей, имеющих синдром МКС, то есть подверженных риску развития деменции [6, 8].

В настоящее время в мировой медицинской практике отмечается тенденция к интеграции различных оздоровительных и реабилитационных систем. Обращая внимание на клинические и субклинические состояния пациентов, предшествующие развитию когнитивных нарушений, государственная система здравоохранения проводит профилактические мероприятия, направленные на предотвращение прогрессирования когнитивного дефицита.

Изложенная в методических рекомендациях структурно-функциональная модель нейрокогнитивной реабилитации пациентов пожилого возраста с начальными формами когнитивного снижения включает различные по структуре варианты регулярной тренировки когнитивных функций и является наиболее перспективной из существующих медико-реабилитационных программ. Эта модель отлично показала себя не только в обычное время, но и в сложный для страны период пандемии COVID-19 [9–14].

В методических рекомендациях уделено значительное внимание организационным процессам, а также клинико-психологическим принципам нейрореабилитации, что позволит существенно облегчить организацию такого

реабилитационного процесса любой заинтересованной медицинской организацией или организацией социального обслуживания [13, 15].

Настоящие методические рекомендации предназначены для специалистов различных профилей: врачей-психиатров, гериатров, неврологов, терапевтов, врачей общей практики, медицинских психологов и социальных работников, оказывающих помощь лицам пожилого и старческого возраста.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ

РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ «КЛИНИКА ПАМЯТИ»

Медико-реабилитационное отделение (МРО) «Клиника памяти» — структурное подразделение филиала медицинской организации (психоневрологического диспансера), оказывающее первичную специализированную медико-санитарную помощь и специализированную медицинскую помощь в условиях дневного стационара по профилю «психиатрия» с использованием очных, дистанционных и смешанных форм работы [16].

Структурно-функциональная модель реабилитационной программы «Клиника памяти» — это специализированные площадки, МРО дневного пребывания для людей пожилого и старческого возраста с начальными проявлениями когнитивного дефицита в таких познавательных функциях, как восприятие, произвольные движения (праксис), оптико-пространственная деятельность, речь и связанные с ней процессы письма и чтения, память, мышление, произвольная регуляция психической активности [14].

Цели программы — сохранение когнитивного здоровья пожилых людей, профилактика деменции, восстановление социального функционирования и улучшение качества жизни пожилых людей и членов их семей.

Основной задачей программы стала разработка современного формата помощи пациентам позднего возраста с синдромом МКС — теоретической и структурно-функциональной модели нейрокогнитивной реабилитации для обеспечения оптимального когнитивного функционирования на позднем этапе онтогенеза.

В январе 2016 г. в ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы» открылось первое в России специализированное МРО «Клиника памяти». Работа клиники осуществляется в рамках государственного задания, определяемого Департаментом здравоохранения города Москвы. Специалистами клиники была разработана комплексная программа психосоциальной терапии и нейрокогнитивной реабилитации для пациентов с синдромом МКС. Отечественный опыт программы нейрокогнитивной реабилитации «Клиника памяти» на сегодняшний день является передовым и существенно отличается от аналоговых зарубежных программ.

Фактически для России внедрение структурно-функциональной модели «Клиника памяти» стало прогрессивным опытом, когда на додементной стадии значительному числу пациентов позднего возраста с когнитивным дефицитом смогли оказать своевременную медико-реабилитационную помощь.

Структурно-функциональная модель «Клиника памяти» востребована в значительной степени, и в процессе развития появилась потребность в ее тиражировании. В настоящий момент «Клиники памяти» функционируют не только в городе Москве, но и в других регионах нашей страны: Нижегородской, Самарской, Тверской, Кировской и Вологодской областях, а также в Хабаровском крае. Структурно-функциональная модель реабилитационной программы «Клиника памяти» смогла показать достаточно высокую эффективность в сложных условиях пандемии COVID-19 и связанных с ней ограничениях.

ОБЩИЙ АЛГОРИТМ ПРОГРАММЫ НЕЙРОКОГНИТИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ РАЗНЫХ МОДЕЛЕЙ ПАЦИЕНТОВ

Медико-реабилитационная работа МРО «Клиника памяти» выстраивается в зависимости от критериев и признаков, определяющих модель пациента. В основе модели пациентов заложен синдромальный подход. Пациент, согласно совокупности клинических характеристик (показания, отсутствие противопоказаний к реабилитации), соответствует определенной модели:

нормальное (физиологическое) старение, синдром МКС, легкая деменция (рис. 1). Пациенты пожилого и старческого возраста с симптомами деменции средней тяжести и тяжелой стадии перенаправляются в психоневрологический диспансер по месту жительства для получения необходимого лечения.

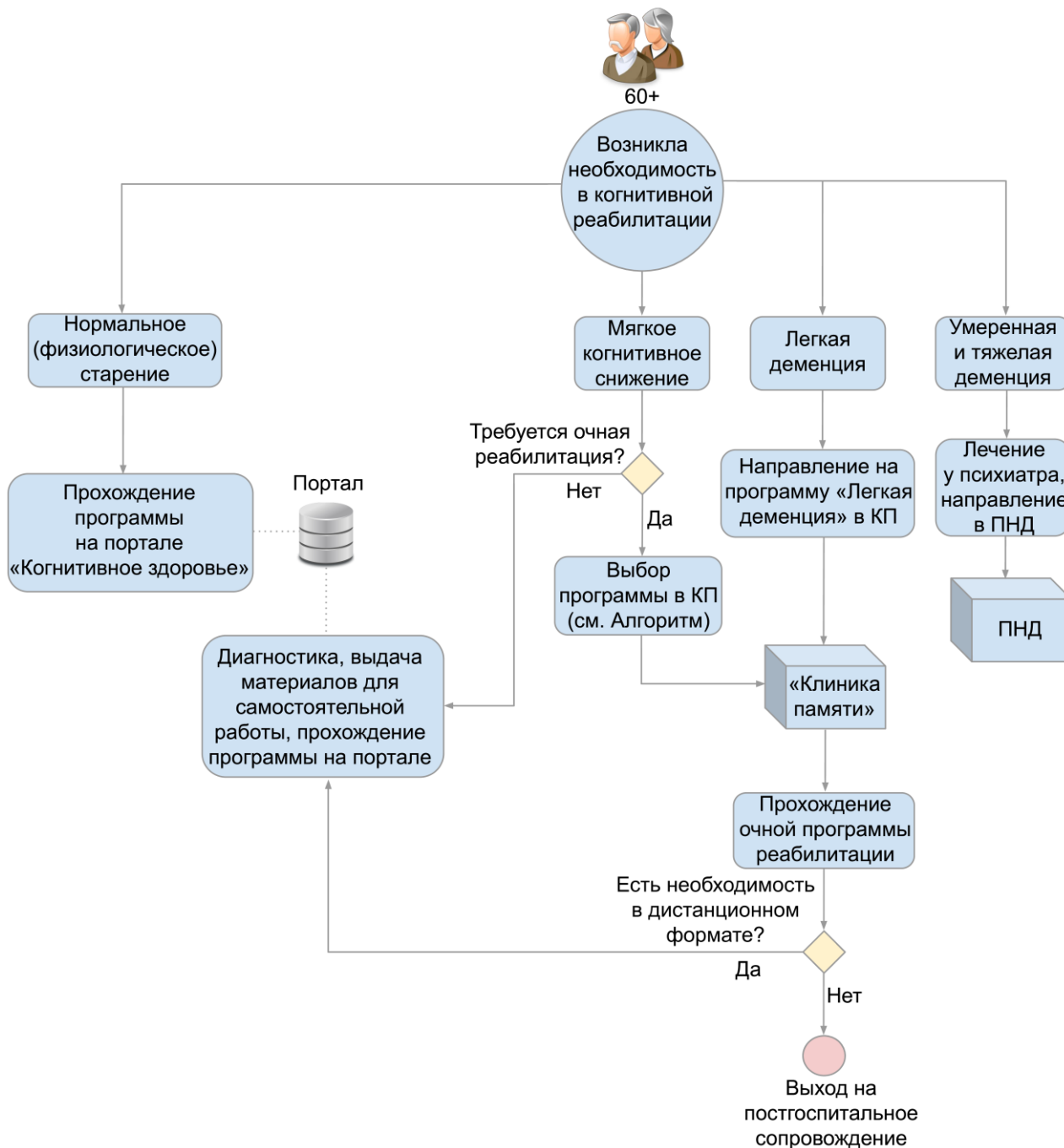


Рис. 1. Общий алгоритм программы нейрокогнитивной реабилитации.

КП — «Клиника памяти»; ПНД — психоневрологический диспансер.

КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ ОБЩЕЙ СХЕМЫ ПРОЦЕССОВ

«КЛИНИКИ ПАМЯТИ»

Разработанная специалистами схема процессов нейрокогнитивной реабилитации МРО «Клиника памяти» для пациентов пожилого и старческого возраста с когнитивными расстройствами включает три этапа:

1. Диагностический.
2. Реабилитационный.
3. Заключительный.

В диагностический этап реабилитационной программы входит первичный осмотр пациента врачами-психиатрами и консультирование пациента медицинским психологом и инструктором лечебной физической культуры (ЛФК). На основе полученных данных принятых для реабилитации пациентов распределяют на 6 групп. Составляется расписание занятий для эффективного прохождения программы нейрокогнитивной реабилитации.

Реабилитационный этап программы включает две фазы: адаптационную и рабочую.

Адаптационная фаза направлена на мотивацию пациентов на прохождение реабилитационного курса.

Рабочая (основная) фаза связана непосредственно с проведением групповых занятий врачом-психотерапевтом, медицинскими психологами, специалистом ЛФК. Групповые занятия проводятся по плану программы с учетом подбора уровня сложности упражнений под каждую группу.

Важный показатель успешности проведения этого этапа — прохождение пациентом полной программы нейрокогнитивной реабилитации согласно расписанию.

Заключительный этап реабилитационной программы связан с оценкой эффективности программы по таким параметрам, как психологическое тестирование пациентов, клиническая результативность и динамика повседневной жизнедеятельности. По окончании программы специалисты мотивируют пациентов на самостоятельную работу. Итогом проведенной работы

является анализ медико-реабилитационной деятельности командой «Клиники памяти» (заведующий отделением, врачи-психиатры, врач-психотерапевт, медицинские психологи, инструктор ЛФК, младший медицинский персонал), соблюдение регламентов, а также внесение предложений, связанных с улучшением процессов программы «Клиника памяти».

Общая схема процессов программы «Клиника памяти» представлена на рис. 2.

СОЗДАНИЕ БАЗЫ ДАННЫХ ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Во время проведения организационных работ по сбору информации о претендентах важно уделять значение всем возможным источникам предоставления информации о программе «Клиника памяти» [16]. На сайте «Клиника памяти» претендент может оставить заявку с указанием личных данных на прохождение программы нейрокогнитивной реабилитации.

По согласованию с руководством Центров социального обслуживания Департамента труда и социальной защиты населения (по телефону и/или по официальному запросу) на выделенных площадках организуются встречи, где специалисты «Клиники памяти» (заведующий отделением/врач-психиатр/медицинский психолог) рассказывают о проблемах нарушения когнитивных функций у пожилых людей и возможностях «Клиники памяти» в реабилитации данных состояний, а также предоставляют материалы о порядке госпитализации в «Клинику памяти». Такая форма взаимодействия с претендентами предусматривает использование коротких информационных сообщений (15–20 минут) и обратную связь, по результатам которой формируется список претендентов, включающий контактные данные (фамилия, имя, отчество, возраст, адрес, номер телефона).

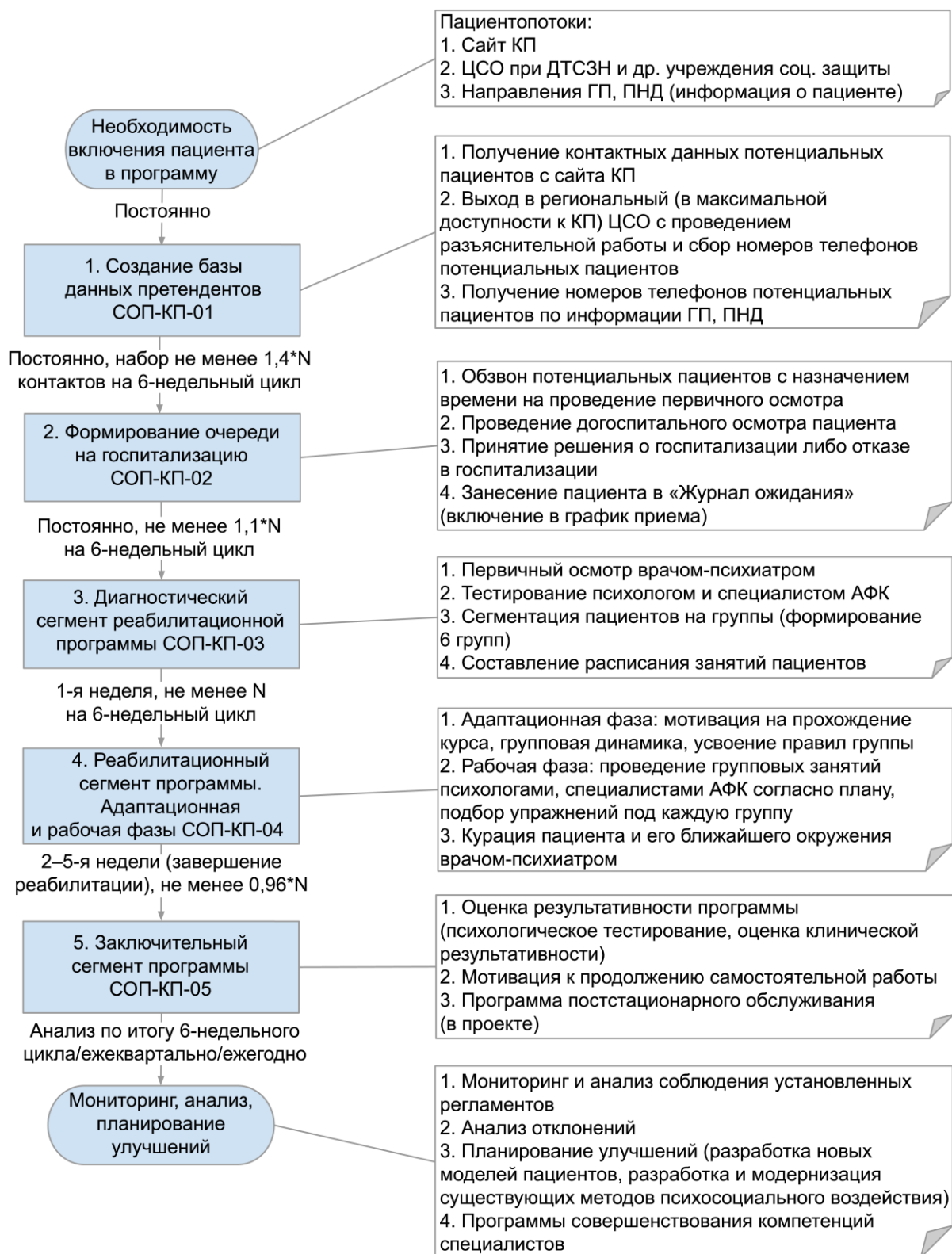


Рис. 2. Общая схема процессов программы «Клиника памяти».

АФК — адаптивная физическая культура; ГП — городская поликлиника; ДТСЗН — Департамент труда и социальной защиты; КП — «Клиника памяти»; ПНД — психоневрологический диспансер; СОП — стандартная операционная процедура; ЦСО — Центр социального обслуживания; N — количество пациенто-мест отделения.

Отметим, что врачам городских поликлиник и психоневрологических диспансеров (в зоне обслуживания) важно владеть информацией о функционирующей программе нейрокогнитивной реабилитации для пациентов пожилого и старческого возраста с синдромом МКС [8], что позволит перенаправлять данную категорию пациентов в «Клиники памяти» для своевременной профилактики и лечения нейрокогнитивного дефицита. С этой целью необходимо снабжать их актуальной информацией о реабилитационной программе «Клиника памяти» через информационные сообщения в письменной форме или организацию коротких очных встреч со специалистами данных подразделений по согласованию с руководством.

Еще один важный поток формирования потенциальных пациентов — контакты, предоставленные самими претендентами по телефону. Первоисточником информации о «Клинике памяти» могут быть сведения, полученные из уст в уста (опыт пациентов, прошедших курс реабилитации) либо из публикаций в средствах массовой информации. Необходимо вновь (через 6–12 месяцев) приглашать пациентов, ранее прошедших реабилитационный курс, с целью поддержания их когнитивного статуса, что позволяет расширить базу данных потенциальных пациентов. Однако приоритет остается за первичными пациентами.

Данные о претендентах (контактная информация), собранные из различных источников, медицинский регистратор переносит в «Журнал ожидания» (электронный вариант базы данных в формате Excel или информационный модуль). Для формирования очереди на госпитализацию медицинскому регистратору важно набрать не менее 60 контактов в течение 6 недель.

ФОРМИРОВАНИЕ ОЧЕРЕДИ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ

До проведения догоспитального осмотра претендента осуществляется ряд дополнительных мероприятий, связанных с составлением расписания.

Медицинский регистратор обзванивает претендентов на прохождение реабилитации в «Клинике памяти», предварительно согласовав список контактов с врачом-психиатром.

Во время контакта с претендентом по телефону медицинский регистратор уточняет наличие отдельных противопоказаний, определяет возможность претендента пройти догоспитальный осмотр и отвечает на интересующие претендента вопросы.

Противопоказания [9, 16] для прохождения программы нейрокогнитивной реабилитации «Клиника памяти» выясняет врач на догоспитальном осмотре:

- соматические заболевания в фазе обострения;
- синдром нарушения функций тазовых органов;
- выраженные депрессивные и тревожно-депрессивные расстройства (результат по подшкалам HADS-A и HADS-D больше 10 баллов), требующие специализированной терапии;
- наличие в анамнезе эндогенной патологии;
- тяжелые формы когнитивных расстройств;
- эписиндром;
- отсутствие показаний для когнитивной реабилитации.

В случае предварительного определения у претендента показаний и его согласия на первичный осмотр медицинский регистратор согласовывает с ним дату и время проведения первичного догоспитального осмотра.

В день проведения догоспитального осмотра информация с указанием данных претендента и времени посещения им «Клиники памяти» передается врачу-психиатру (рис. 3).

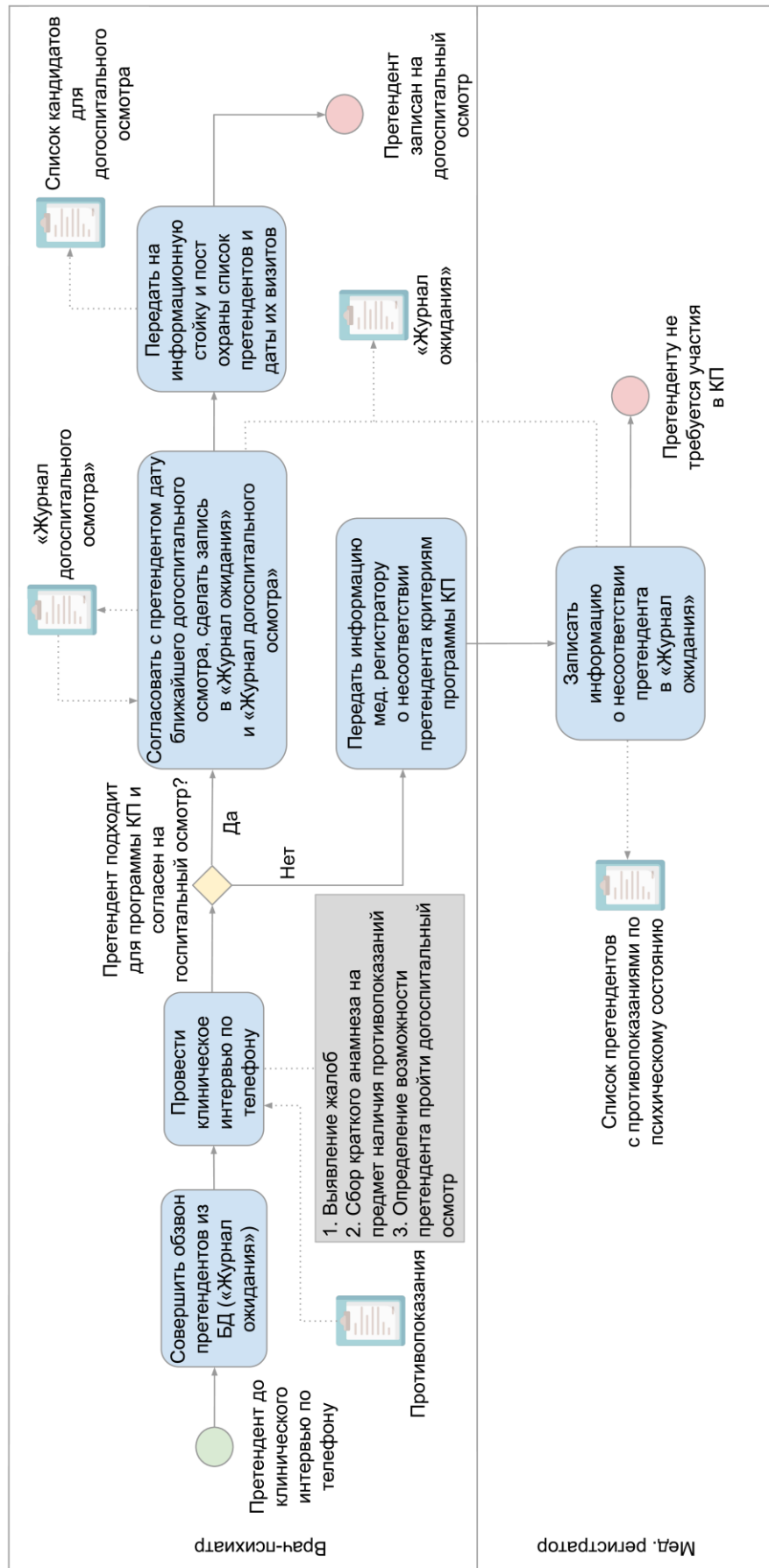


Рис. 3. Формирование очереди на госпитализацию — обзвон претендентов. БД — база данных; КП — «Клиника памяти».

ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ОСМОТР ПРЕТЕНДЕНТОВ

Претенденты осматриваются врачом-психиатром на догоспитальном этапе [16], когда фактически происходит отбор профильных пациентов в реабилитационную программу «Клиника памяти» (рис. 4).

Врач-психиатр проводит клиническую беседу с претендентом: выявляет жалобы, собирает анамнез, проводит осмотр состояния пациента для выявления показаний/противопоказаний.

С целью определения показаний для прохождения программы нейрокогнитивной реабилитации врач-психиатр оценивает претендента с помощью скрининговых клинических шкал и тестов, таких как:

- «Краткая шкала оценки психического статуса» (Mini-Mental State Examination, MMSE) [17];
- «Тест рисования часов» (Clock Drawing Test, CDT) [18];
- «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) [19];
- «Модифицированная ишемическая шкала Хачински» (Modified Hachinski Ischemic Score, MHIS) [20].

Показание [9, 16] к госпитализации — наличие у пациентов позднего возраста снижения когнитивных функций, диагностированного на основании комплекса клинико-анамнестических данных (жалобы пациента, данные наблюдения лечащего врача) и результатов психологического обследования, проведенного с помощью «Монреальской шкалы оценки когнитивных функций» (The Montreal Cognitive Assessment, MoCA) [21] (от 16 до 25 баллов) и шкалы MMSE (от 20 до 27 баллов).

Полученные данные врач-психиатр отражает в заключении. При наличии у претендента показаний к прохождению программы врач-психиатр согласовывает с ним дату госпитализации, которая выбирается в соответствии с наличием ближайшего по времени свободного места в очереди на госпитализацию.

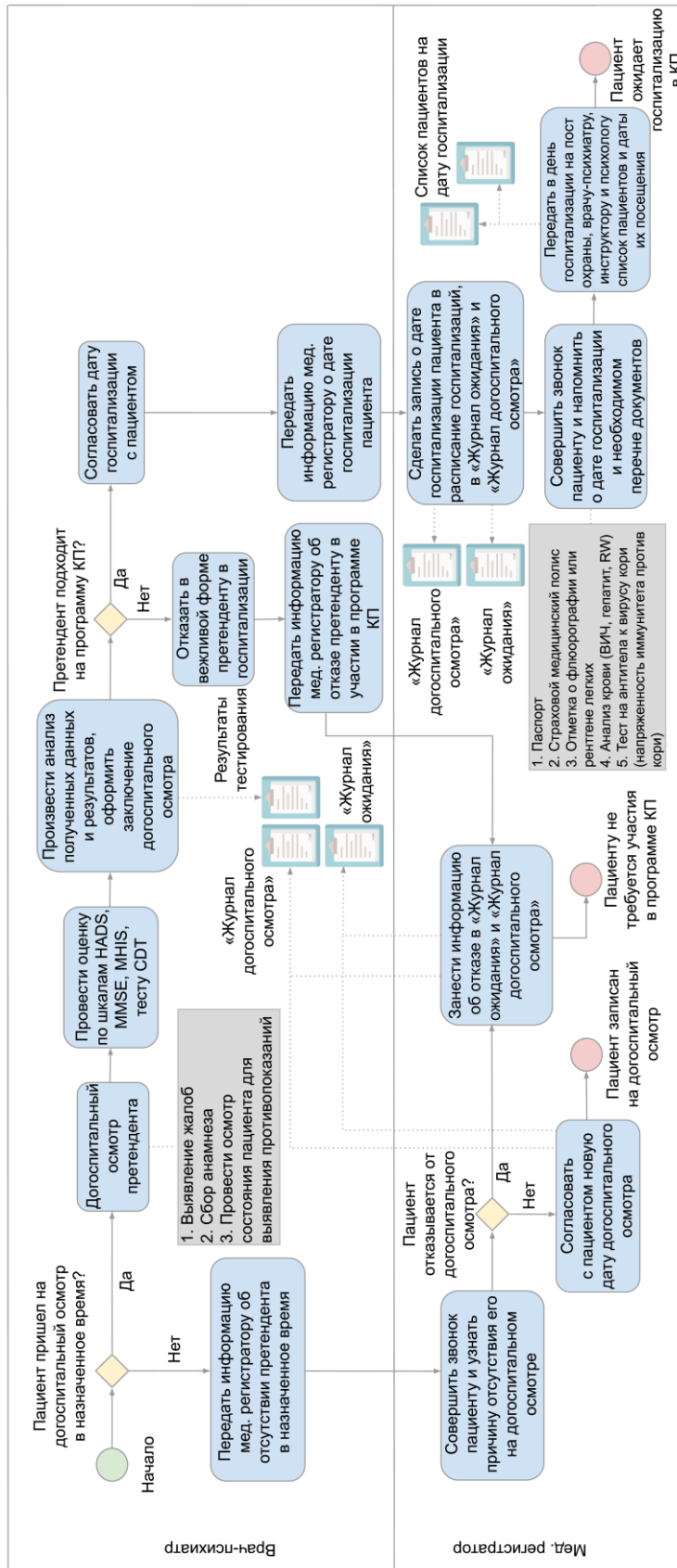


Рис. 4. Формирование очереди на госпитализацию — догоспитальный осмотр претендентов. КП — «Клиника памяти».

В случае отсутствия показаний и/или наличия противопоказаний врач-психиатр в вежливой форме отказывает претенденту в госпитализации, объясняя причину отказа.

После согласования даты госпитализации с потенциальным пациентом врач-психиатр информирует медицинского регистратора о дате госпитализации, и данные пациента заносятся в расписание госпитализаций в «Журнал догоспитального осмотра».

Стандартный набор на 6-недельный цикл нейрокогнитивной реабилитации программы «Клиника памяти» составляет не менее 50 пациентов [9, 16].

Накануне госпитализации медицинский регистратор напоминает пациенту о ближайшей дате госпитализации и необходимости предоставления следующих документов [16]:

- документа, удостоверяющего личность (паспорт);
- полиса обязательного медицинского страхования (ОМС);
- отметки о флюорографии или рентгене легких;
- результатов анализа крови (ВИЧ, гепатит, RW);
- других данных исследований с учетом текущей эпидемиологической обстановки в регионе.

Согласно приказу Департамента здравоохранения города Москвы от 2 ноября 2009 г. № 1400 «Об организации оказания и учета стационарной медицинской помощи иногородним, а также иностранным гражданам в лечебно-профилактических учреждениях Департамента здравоохранения города Москвы», решение о возможности оказания плановой консультативно-диагностической медицинской помощи иногородним гражданам за счет средств бюджета города Москвы принимается Департаментом здравоохранения города Москвы по письменному заявлению пациента или его законного представителя на имя руководителя Департамента здравоохранения города Москвы.

ОПИСАНИЕ СТРУКТУРЫ 6-НЕДЕЛЬНОГО ЦИКЛА РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ

Структурно-функциональная модель «Клиника памяти» представлена 6-недельной программой нейрокогнитивной реабилитации (рис. 5) [12, 16].

Этапы 6-недельного цикла:

1. Диагностический этап (1-я неделя).
2. Реабилитационный этап (2-я неделя — адаптационная фаза, 3–5-я недели — рабочая фаза).
3. Заключительный этап (6-я неделя).

Пациенты посещают регулярные когнитивные тренировки и занятия по психотерапии со 2-й по 5-ю неделю.

ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ БРИГАДА

Ведение случая реабилитации осуществляет полипрофессиональная бригада [16] в составе руководителя (заведующий отделением), ведущего случая (лечащий врач-психиатр), врача-психотерапевта, медицинского психолога, инструктора ЛФК, медсестры.

Принципиальным является постоянное взаимодействие участников полипрофессиональной бригады на протяжении всего цикла реабилитационной программы: на диагностическом этапе, в адаптационной фазе реабилитационного этапа (окончательное определение состава групп по сложности упражнений), в рабочей фазе реабилитационного этапа (постоянный анализ выполнения группой отобранных упражнений), на заключительном этапе (супервизии/интервизии, совместный анализ результативности и поиск корректирующих мероприятий).

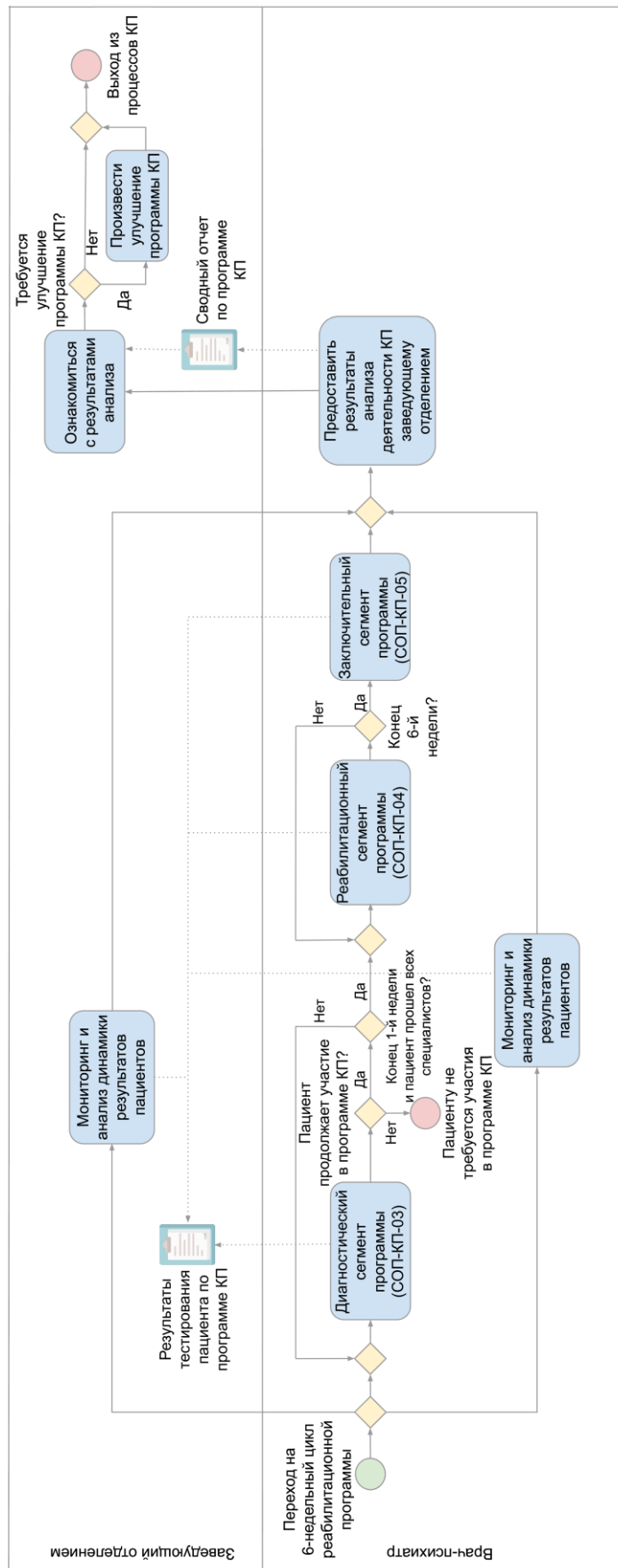


Рис. 5. Структура 6-недельного цикла реабилитационной программы.
 КП — «Клиника памяти»; СОП — стандартная операционная процедура.

Каждый участник полипрофессиональной бригады несет свою ответственность (табл. 1).

Таблица 1. Матрица ответственности участников полипрофессиональной бригады

Функциональная роль	Должность в подразделении/службе	Примечание
Руководитель ППБ	Заведующий отделением	Руководит решениями ППБ, инициирует внеплановое заседание ППБ, последнее слово в принятии решения маршрута пациента, мониторинг анализ результативности реабилитационного процесса
Лечащий врач (ведущий случая)	Врач-психиатр	Ответственное лицо в лечении пациента (биологическая терапия), определяет показания/противопоказания в госпитализации
Специалист ППБ	Медицинский психолог/специалист по социальной работе/инструктор ЛФК	Функциональная диагностика пациента для ППБ, оценка динамики состояния пациента, исполнение решения ППБ в рамках своей компетенции (проведение тренингов, участие в терапии средой)
Супервизор ППБ	Руководитель Центра компетенций	Анализ деятельности ППБ «по структуре», мониторинг и анализ динамики принятия решения ППБ, супервизия проводимых программ и оценка их результативности
Куратор ППБ	Заместитель главного врача (руководитель амбулаторной/полустационарной службы)	Привлечение в сложных, неразрешимых на уровне отделения случаях, конфликтах интересов. Оценка результативности ППБ с точки зрения целевых показателей учреждения. Анализ деятельности ППБ «по содержанию»

Примечание. ЛФК — лечебная физическая культура; ППБ — полипрофессиональная бригада.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЭТАП НЕЙРОКОГНИТИВНОЙ ПРОГРАММЫ

Первичный осмотр врачом-психиатром и инструктором ЛФК

При проведении первичного осмотра пациента (рис. 6) врач-психиатр анализирует данные догоспитального осмотра и данные проведенных пациентом догоспитальных исследований (анализ крови (ВИЧ, гепатит, RW), отметка о флюорографии или рентгене легких), уточняет жалобы, собирает анамнез, проводит общий осмотр пациента, устанавливает предварительный диагноз, назначает диагностические процедуры, устанавливает режим питания, назначает лекарственную терапию, определяет задачи госпитализации.

После прохождения первичного осмотра у врача-психиатра пациент перенаправляется на консультацию к инструктору ЛФК.

Медсестра (санитар или социальный работник) сопровождает пациента к инструктору ЛФК и передает инструктору диагностический талон. Инструктор ЛФК проводит диагностику пациента по «Шкале повседневной жизнедеятельности» Д. Бартел («Шкала Бартел») для оценки уровня бытовой активности [22] и по результатам набранных пациентом баллов устанавливает режим занятий адаптивной физической культурой (АФК) [16] в зависимости от возраста пациента, физического состояния, перенесенных заболеваний и травм:

- тренирующий режим — сумма баллов 85–100;
- щадящий режим — сумма баллов 70–85.

Инструктор ЛФК заносит данные в протокол теста, отражает информацию в медицинской карте стационарного больного (МКСБ) и ставит отметку (подпись) о проведенной консультации в диагностическом талоне. По окончании консультации инструктор ЛФК направляет пациента к медицинскому психологу и передает психологу диагностический талон.

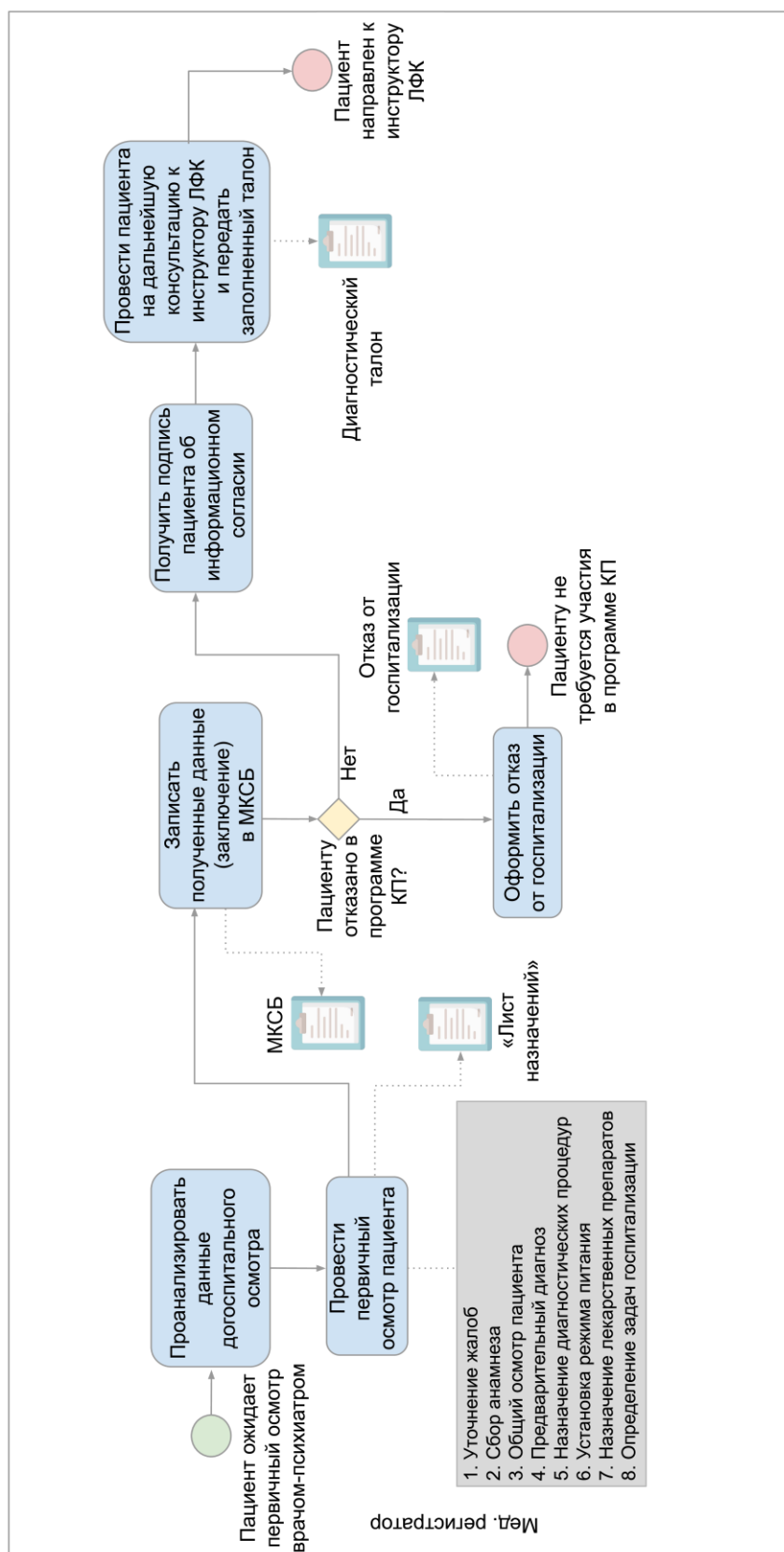


Рис. 6. Диагностический этап программы — первичный осмотр врачом-психиатром.

КП — «Клиника памяти»; ЛФК — лечебная физическая культура; МКСБ — медицинская карта стационарного больного.

Первичная консультация медицинского психолога

Медицинский психолог проводит психологическое обследование, используя нейропсихологические методики, клинические и психометрические шкалы и опросники (MoCA [21], «10 слов Лурии» [23], «Опросник для оценки качества жизни пациента» (Medical Outcomes Study — Short Form-36, MOS SF-36, SF-36) [8, 24]) и применяя методы наблюдения и клинической беседы. Полученные данные медицинский психолог заносит в протоколы тестов и МКСБ, а также проставляет отметку (подпись) в диагностическом талоне. По окончании психологического обследования медицинский психолог информирует пациента о дате вводного занятия и предупреждает, что вся необходимая информация будет размещена на информационном стенде, в том числе каждую пятницу до 13:00 вывешивается расписание на следующую неделю [12, 14, 16].

Прохождение пациентами всех специалистов отслеживает медицинский регистратор, который собирает у медицинских психологов диагностические талоны и проверяет завершение осмотра пациента всеми специалистами.

В течение диагностической недели, согласно расписанию, в среду, четверг и пятницу для госпитализированных пациентов проводится медицинским психологом вводное занятие в групповом формате (12–14 пациентов). На этом занятии медицинский психолог знакомится с пациентами, сообщает о правилах внутреннего распорядка и правилах работы в группе, объясняет цели и задачи нейрокогнитивной программы «Клиника памяти», делает акцент на еженедельном расписании групп (рис. 7).



Рис. 7. Диагностический этап программы — первичная консультация медицинского психолога.

МКСБ — медицинская карта стационарного больного; ППБ — полипрофессиональная бригада.

Формирование групп пациентов и расписания занятий

В пятницу диагностической недели заведующий МРО инициирует совещание полипрофессиональной бригады [16], задачами которого ставятся:

1. Согласование списка пациентов, включенных в реабилитационную программу (вне этого списка будут пациенты с выявленными в ходе диагностического этапа противопоказаниями, не прошедшие диагностический этап в полном объеме и вовремя не предоставившие необходимый перечень документов).
2. Согласование распределения пациентов по группам с разными режимами (щадящий и тренирующий) для АФК.
3. Согласование распределения групп пациентов по психологическим и социальным критериям (знакомые пациенты, супруги и близкие

родственники проходят реабилитацию в разных группах, в одну группу не включают нескольких пациентов с лидерскими качествами).

4. Формирование 6 реабилитационных групп.
5. Формирование расписания занятий на 2–6 недель реабилитационной программы «Клиника памяти» для каждой группы.

Расписание занятий на 1-ю неделю по группам размещается на информационном стенде. Оно охватывает оформление пациентов, психологическую диагностику, формирование групп, вводные занятия. Медицинский регистратор оповещает пациентов о расписании и выдает каждому маркированный бейдж.

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЭТАП НЕЙРОКОГНИТИВНОЙ ПРОГРАММЫ

В течение реабилитационного этапа медицинские психологи, врачи-психотерапевты и инструктор ЛФК проводят реабилитационные мероприятия согласно расписанию (рис. 8, 9).

В течение 2–5-й недель на информационном стенде размещается расписание занятий на текущую неделю (табл. 2).

До начала когнитивных тренингов инструктор ЛФК проводит занятия по АФК. Длительность одного занятия АФК не более 30 минут, с учетом установленного пациенту режима — тренирующего или щадящего. Набор адаптированных для пожилого возраста аэробных и физических упражнений, выполняемых в группе под наблюдением инструктора ЛФК, играет протективную и стимулирующую роль в сохранении когнитивных функций и профилактике синдрома старческой астении [9, 12, 16, 25].

Медицинские психологи проводят когнитивные тренинги исходя из статуса группы, с учетом уровня сложности предлагаемых лекций и заданий (активизирующие упражнения, внимание, память, мышление, речь). Когнитивные тренинги проводятся с пациентом дважды в день. Длительность одного занятия — 50–60 минут [9, 12, 16].

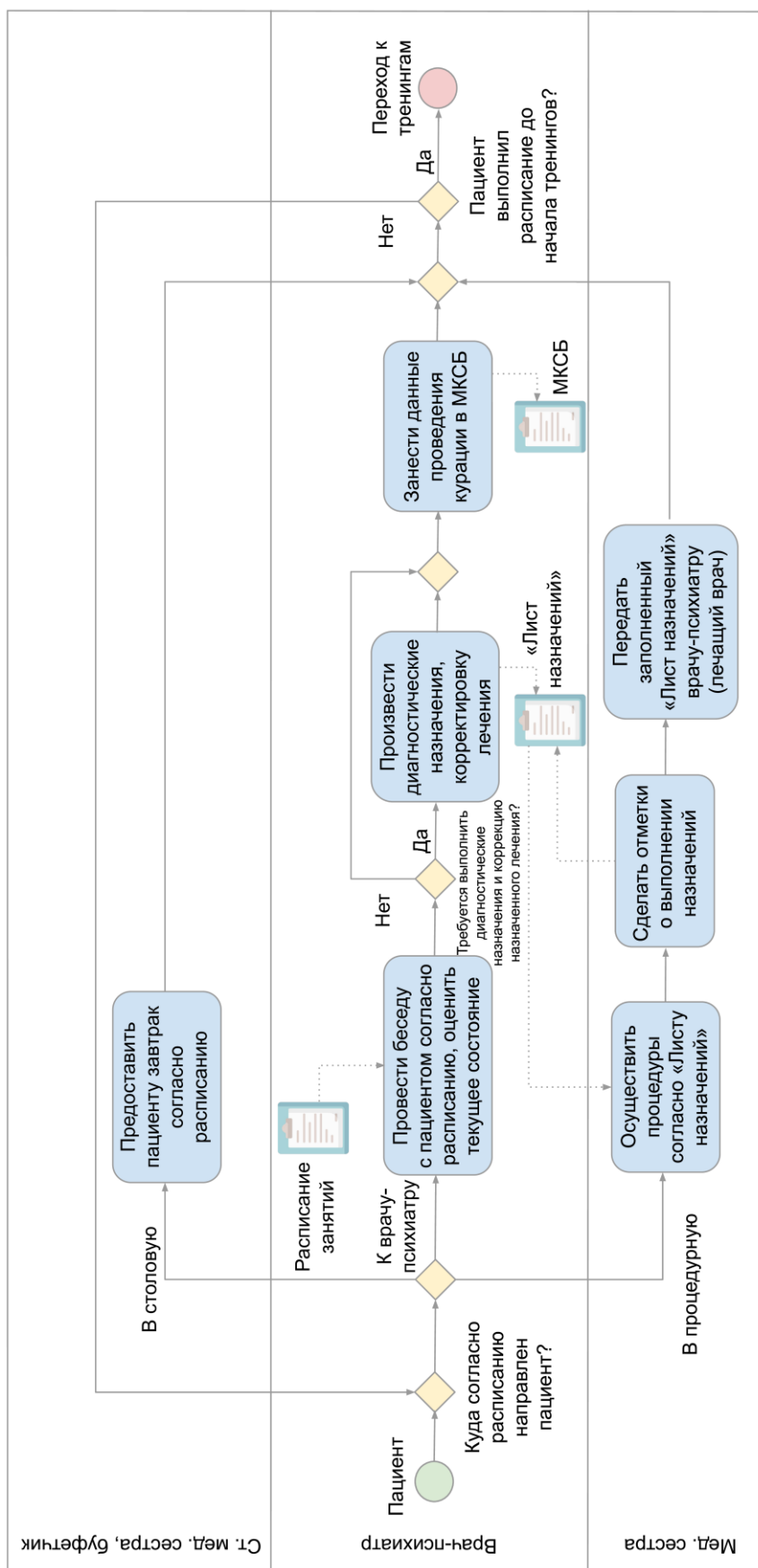


Рис. 8. Реабилитационный этап программы — 1.

МКСБ — медицинская карта стационарного больного.

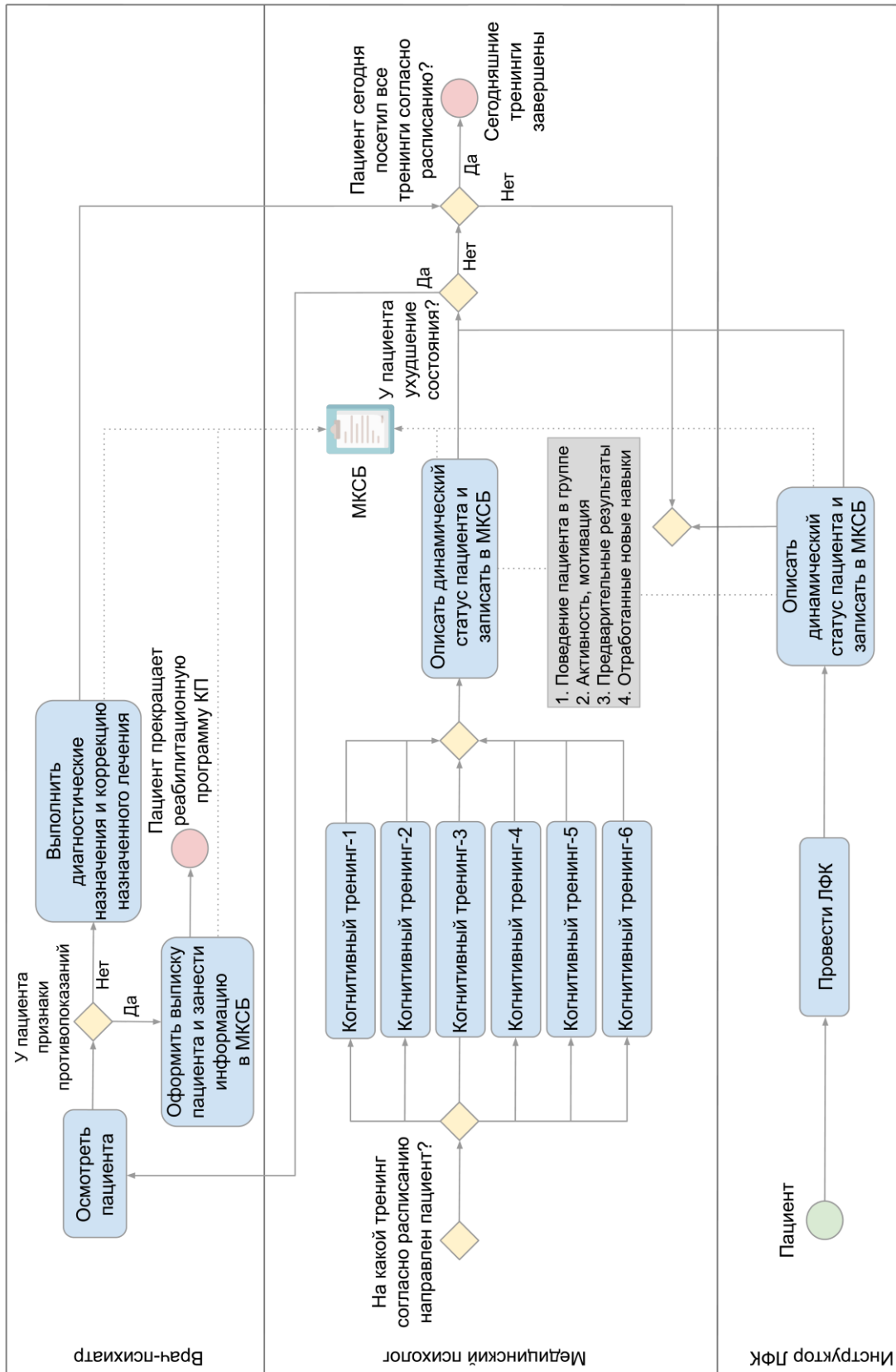


Рис. 9. Реабилитационный этап программы — 2.

КП — «Клиника памяти»; ЛФК — лечебная физическая культура; МКСБ — медицинская карта стационарного больного.

Таблица 2. Расписание занятий на реабилитационную неделю

Время	Понедельник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница
08:00–08:30	Завтрак (столовая для пациентов)				
08:30–09:00	Процедуры. Консультация с врачом-психиатром				
09:00–09:30	АФК (зал лечебной физкультуры для групповых занятий)				
10:00–11:00	Когнитивный тренинг (выбор из КТ-1, -2, -3, -4)	Когнитивный тренинг (выбор из КТ-1, -2, -3, -4)	Когнитивный тренинг (выбор из КТ-1, -2, -3, -4)	Когнитивный тренинг (выбор из КТ-1, -2, -3, -4)	Когнитивный тренинг (выбор из КТ-1, -2, -3, -4)
11:00–12:00	Когнитивная разминка (зал для когнитивной разминки)				
12:00–13:00	Когнитивный тренинг (выбор из КТ-1, -2, -3, -4)	Когнитивный тренинг (выбор из КТ-1, -2, -3, -4)	Когнитивный тренинг (выбор из КТ-1, -2, -3, -4)	Когнитивный тренинг (выбор из КТ-1, -2, -3, -4)	Когнитивный тренинг (выбор из КТ-1, -2, -3, -4)
13:00–14:00	Психотерапия (когнитивный тренинг КТ-5) (зал для психотерапевтических тренингов)				
14:00–14:30	Обед (столовая для пациентов)				

Примечание. АФК — адаптивная физическая культура; КТ — когнитивный тренинг.

Медицинские психологи или врачи-психотерапевты проводят психотерапевтические тренинги по арт-терапии и групповой психотерапии [11, 16].

В перерыве между когнитивными тренингами медицинский психолог или социальный работник проводит когнитивную разминку.

По окончании каждого тренинга специалист, проводивший тренинг, описывает динамический статус пациента (поведение пациента в группе, активность, мотивация, предварительные результаты, отработанные навыки). Информация отражается в МКСБ.

Каждую пятницу медицинские психологи сверяют расписание и вывешивают его на информационном стенде. Медицинский регистратор

(старшая медсестра) контролирует соблюдение пациентами расписания и при необходимости напоминает пациентам.

Важным моментом является соблюдение расписания всеми пациентами, информирование пациентов медицинским регистратором (старшей медсестрой) в случае изменений в расписании или по мере необходимости. Информационный стенд должен всегда содержать актуальную информацию.

В строго отведенное согласно расписанию время врач-психиатр проводит беседы с пациентами, выясняет текущее состояние, делает при необходимости диагностические назначения и коррекцию назначенного лечения. При изменении состояния пациента на тренингах врач немедленно оповещается (специалистами полипрофессиональной бригады) и проводит осмотр пациента. При появлении признаков противопоказаний прекращает реабилитационную программу пациента. Полученные данные врач-психиатр заносит в МКСБ [16].

Пациент получает актуальное психиатрическое и соматическое лечение. Назначения лечащим врачом передаются старшей медсестре и медицинской сестре процедурного кабинета в виде «Листа назначений». Медицинская сестра процедурного кабинета осуществляет сестринские процедуры — выполняет назначения врачей (диагностические и лечебные), о чем делается отметка в «Листе назначений» и регистрация в МКСБ.

В обязанности медицинской сестры входит обеспечение терапевтической среды и выполнения санитарно-эпидемиологического режима в отделении.

Комплексная программа реабилитации

Со 2-й по 5-ю неделю пациенты активно включены в процесс нейрокогнитивной реабилитации и психосоциальной терапии [9, 12, 16].

Упражнения программы нейрокогнитивной реабилитации для пациентов с синдромом МКС имеют гибкую структуру и возможность изменения сложности в зависимости от статуса группы и с учетом динамики в ходе выполнения заданий [9, 12, 13, 16]. Когнитивные тренинги объединены, и каждый вид тренинга пронумерован исходя из его назначения:

- когнитивный тренинг-1 (КТ-1) — программа, преимущественно тренирующая мышление;
- когнитивный тренинг-2 (КТ-2) — программа, преимущественно тренирующая память;
- когнитивный тренинг-3 (КТ-3) — программа, преимущественно тренирующая внимание;
- когнитивный тренинг-4 (КТ-4) — арт-терапия, адаптированная для пациентов пожилого и старческого возраста с когнитивным снижением;
- когнитивный тренинг-5 (КТ-5) — психотерапевтический тренинг, адаптированный для пациентов пожилого и старческого возраста с когнитивным снижением.

На каждом занятии тренингов КТ-1, КТ-2, КТ-3 используются активирующие упражнения (набор из 30 упражнений) и упражнения как на память (набор из 15 упражнений), так и на внимание (набор из 15 упражнений), мышление (набор из 15 упражнений). По сложности выполнения упражнения делятся на легкие, средние и сложные.

Программа нейрокогнитивной реабилитации «Клиника памяти» строится на принципах постепенного наращивания сложности и интенсивности занятий [26]. У медицинского психолога, проводящего когнитивные тренинги, есть возможность изменения уровня сложности упражнений внутри занятия в зависимости от уровня группы от легкого к среднему, а от него к сложному с помощью целого арсенала способов:

- изменения времени выполнения упражнений;
- изменения количества упражнений на занятии;
- применения внешних стимулов-подсказок (рисунки, надписи и др.);
- использования отвлекающих стимулов;
- повторения пройденного упражнения;
- использования различных форм умения восприятия заданий (на слух и/или под запись);

- ограничения в использовании сенсорных каналов и систем при выполнении упражнений.

Перед началом курса за каждым медицинским психологом закрепляется соответствующий когнитивный тренинг (КТ-1, -2, -3, -4, -5). Важным моментом в реабилитационном процессе является то, что медицинские психологи могут быть взаимозаменяемы.

В конце каждой недели реабилитационного курса медицинские психологи сверяют выполненные группами упражнения во избежание незапланированных повторений.

Методические материалы нейрокогнитивных тренингов

Упражнения на мышление

УПРАЖНЕНИЕ 1. «Вставьте букву»

Цель: развитие мышления, памяти.

Уровень сложности: низкий.

Количество участников: до 10 человек.

Формат упражнения: индивидуальный/групповой.

Стимульный материал: да.

Инструкция: вставьте в каждое буквенное сочетание букву «а» (можно вставлять две или три буквы) так, чтобы получилось слово.

Например: кш — каша.

1. льт

2. бнк

3. лмп

4. рф

5. ннс

6. кльк

7. ппрт

8. крн

9. рк

10. швбр

УПРАЖНЕНИЕ 2. «Анаграммы»

Цель: развитие мышления, внимания.

Уровень сложности: высокий.

Количество участников: до 10 человек.

Формат упражнения: индивидуальный/групповой.

Стимульный материал: да.

Инструкция: в этих 6 парах слов переставьте буквы таким образом, чтобы получились названия 6 овощей.

Например: бок + ролик = брокколи.

1. сад + реки =

4. вес + лак =

2. каша + корт =

5. клан + жаба =

3. тур + пешка =

6. пион + тамбур =

УПРАЖНЕНИЕ 3. «Аналогии»

Цель: развитие мышления, речи.

Уровень сложности: низкий.

Количество участников: до 10 человек.

Формат упражнения: индивидуальный/групповой.

Стимульный материал: да.

Инструкция: вам даны три слова, первые два находятся в определенной связи (надо подумать, почему они связаны). Между третьим и одним из предложенных слов существуют такие же отношения. Необходимо найти четвертое слово и подчеркнуть его.

Например: волк — животное, воробей — ... (синица, птица, лес, зерно).

1. Воробей — птица = щука — (насекомое, рыба, вода, млекопитающее)

2. Нос — лицо = палец — (человек, рука, показывать, тело)

3. Вода — пить = хлеб — (пирог, кофе, резать, есть)

4. Март — апрель = среда — (понедельник, неделя, четверг, месяц)

5. Картина — стена = ковер — (одеяло, персидский, большой, пол)

6. Пить — напиток = есть — (голодный, овощи, пища, обедать)

7. Склад — товар = библиотека — (стол, библиотекарь, полка, книги)

8. Огурец — овощ = георгин — (сорняк, роса, садик, цветок)

9. Учитель — ученик = врач — (больные, палата, больной, термометр)

10. Огород — морковь = сад — (забор, яблоня, колодец, скамейка)

Упражнения на память

УПРАЖНЕНИЕ 1. «Собери пословицу»

Цель: развитие семантической памяти.

Уровень сложности: низкий.

Количество участников: до 10 человек.

Формат упражнения: индивидуальный/групповой.

Стимульный материал: да.

Инструкция: пословица — изречение в виде грамматически законченного предложения, в котором выражена народная мудрость в поучительной форме. Из частей, «потерявших» друг друга, необходимо собрать и записать известные пословицы.

Например: 1. Мал золотник, *не вытащишь и рыбку из пруда.*

2. Без труда, *да дорог.*

1. Мал золотник, *да дорог.*

2. Без труда *не вытащишь и рыбку из пруда.*

1. Взявшись за гуж, *не суйся в воду.*

2. Обжегшись на молоке, *а телегу зимой.*

3. Не говори «гоп», *да не укусишь.*

4. Любишь кататься, *пока не перепрыгнешь.*

5. Не зная броду, *не говори, что не дюж.*

6. Близок локоток, *будешь дуть и на воду.*

7. Готовь сани летом, *люби и саночки возить.*

УПРАЖНЕНИЕ 2. «Алфавит»

Цель: развитие двигательной памяти, внимания.

Уровень сложности: средний.

Количество участников: до 10 человек.

Формат упражнения: индивидуальный/групповой.

Стимульный материал: да.

Инструкция: ваша задача — назвать верхнюю букву в клетке и одновременно с этим поднять правую руку, если нижняя буква — «П», или

левую руку, если нижняя буква — «Л», или обе руки, если это буква «О». Первые 3 буквы мы назовем вместе с вами и выполним соответствующие им действия, а далее вам нужно будет продолжить самостоятельно.

А	Р	Й	Ю	Х	У	Ы
О	Л	П	О	Л	О	О
Ч	И	К	Э	Ш	М	Ж
П	П	О	П	Л	Л	О
Е	З	Ц	Н	Я	Б	Р
П	Л	О	О	П	Л	П
Ё	С	Ь	Ф	Ь	К	А
П	О	П	Л	П	Л	О
И	Г	Я	Й	Э	Ф	Х
Л	О	Л	Л	П	О	П

УПРАЖНЕНИЕ 3. «Алфавит. Прочти и запомни»

Цель: развитие вербальной и зрительной памяти.

Уровень сложности: высокий.

Количество участников: до 10 человек.

Формат упражнений: индивидуальный/групповой.

Стимульный материал: да.

Инструкция: вспомните и запишите все буквы алфавита от «А» до «Я».

Проверьте. Прочтите вслух указанные ниже слова.

Лист	Сажа	Балкон
Гнездо	Машина	Рука
Кошка	Вилка	Напиток
Роза	Шерсть	Щенок
Паутина	Дерево	Ёлка
Игра	Оркестр	Ботинок
Молоко	Диктор	Счастье
Поцелуй	Улыбка	Яблоко

Еще раз прочитайте и постарайтесь запомнить все слова первого столбика.

Закройте их и запишите в алфавитном порядке. Прочитайте слова.

Затем прочитайте и постарайтесь запомнить все слова второго столбика. Закройте их и запишите в алфавитном порядке. Прочитайте слова.

Далее прочитайте и постарайтесь запомнить все слова третьего столбика. Закройте их и запишите в алфавитном порядке. Прочитайте слова.

Посмотрите на слова всех трех столбиков еще раз, закройте их и напишите в алфавитном порядке. Сверьте свои записи с образцом.

Упражнения на внимание

УПРАЖНЕНИЕ 1. «Найди букву»

Цель: развитие внимания.

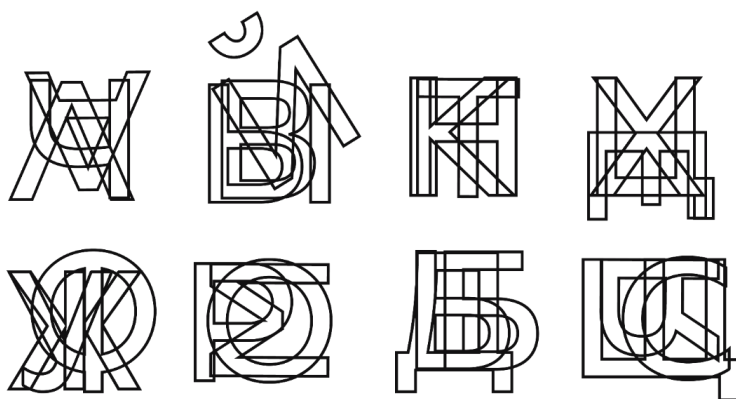
Уровень сложности: низкий.

Количество участников: до 10 человек.

Формат упражнения: индивидуальный/групповой.

Стимульный материал: да.

Инструкция: перед вами изображения букв, наложенные друг на друга. найдите все буквы и запишите их под изображениями. Придумайте по слову на каждую найденную букву.



УПРАЖНЕНИЕ 2. «Змейка»

Цель: развитие внимания, мелкой моторики.

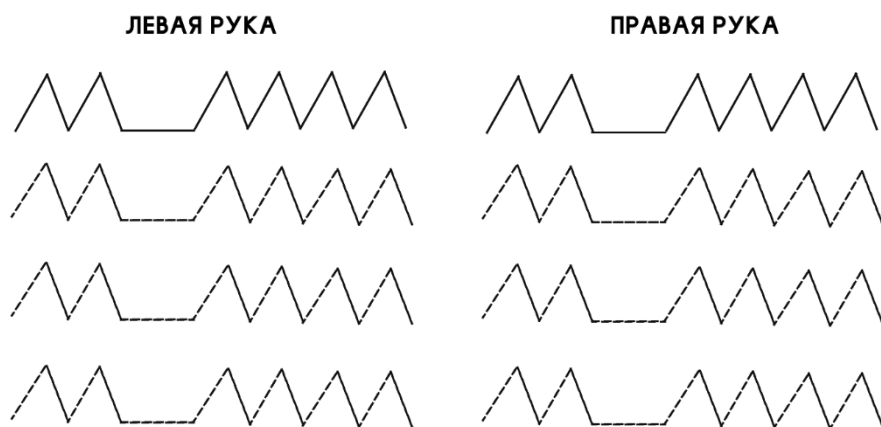
Уровень сложности: средний.

Формат упражнения: индивидуальный/групповой.

Количество участников: до 10 человек.

Стимульный материал: да.

Инструкция: возьмите в обе руки по карандашу и одновременно двумя руками обводите контур по направлению из центра листа. Таким образом обводим каждую строку.



УПРАЖНЕНИЕ 3. «Рассказчики»

Цель: развитие внимания, памяти.

Уровень сложности: высокий.

Количество участников: до 10 человек.

Формат упражнения: групповой.

Стимульный материал: нет.

Инструкция: я начну рассказ и скажу 2–3 слова, следующий участник должен будет повторить мои слова и продолжить рассказ, добавив также 2–3 слова, чтобы он был логически верный. Таким образом, все участники группы продолжают, повторяя все, что было сказано до них, и добавляя свои слова. Мы сделаем несколько кругов, пока история не завершится.

Например: «Однажды вечером... когда зажглись фонари...».

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП НЕЙРОКОГНИТИВНОЙ ПРОГРАММЫ

На заключительном этапе реабилитационной программы (по завершении всех тренингов) в соответствии с расписанием медицинский психолог проводит повторный скрининг всех прошедших программу пациентов по тестам и шкалам (MoCA, «10 слов Лурии», SF-36). Врач-психиатр оценивает динамику

клинического состояния пациента в рамках проведенной медико-реабилитационной программы (диагностические мероприятия по шкалам и тестам MMSE, CDT, HADS). Протоколы шкал и тестов специалисты отражают в МКСБ. Таким образом выполняется оценка динамики состояния пациентов (рис. 10) [16].

Исходя из полученных результатов, заведующий отделением проводит:

- анализ результативности каждого случая на основании динамики показателей контрольных шкал;
- анализ группы и цикла по критериям результативности (сравнительный анализ между разными группами и с предыдущими циклами);
- анализ выполнения ключевых показателей результативности и эффективности;
- анализ отклонений по всем показателям и при необходимости проводит корректирующие мероприятия.

Также заведующий отделением составляет аналитическую справку [16].

Расписание занятий на 6-ю неделю (заключительную) по группам размещается на информационном стенде (табл. 3). Выписка пациентов производится в пятницу.

О результативности реабилитационной программы судят по тому, насколько достигнута ее цель — улучшение когнитивных функций и социального функционирования пациента с МКС в специально организованной среде (рис. 11, табл. 4).

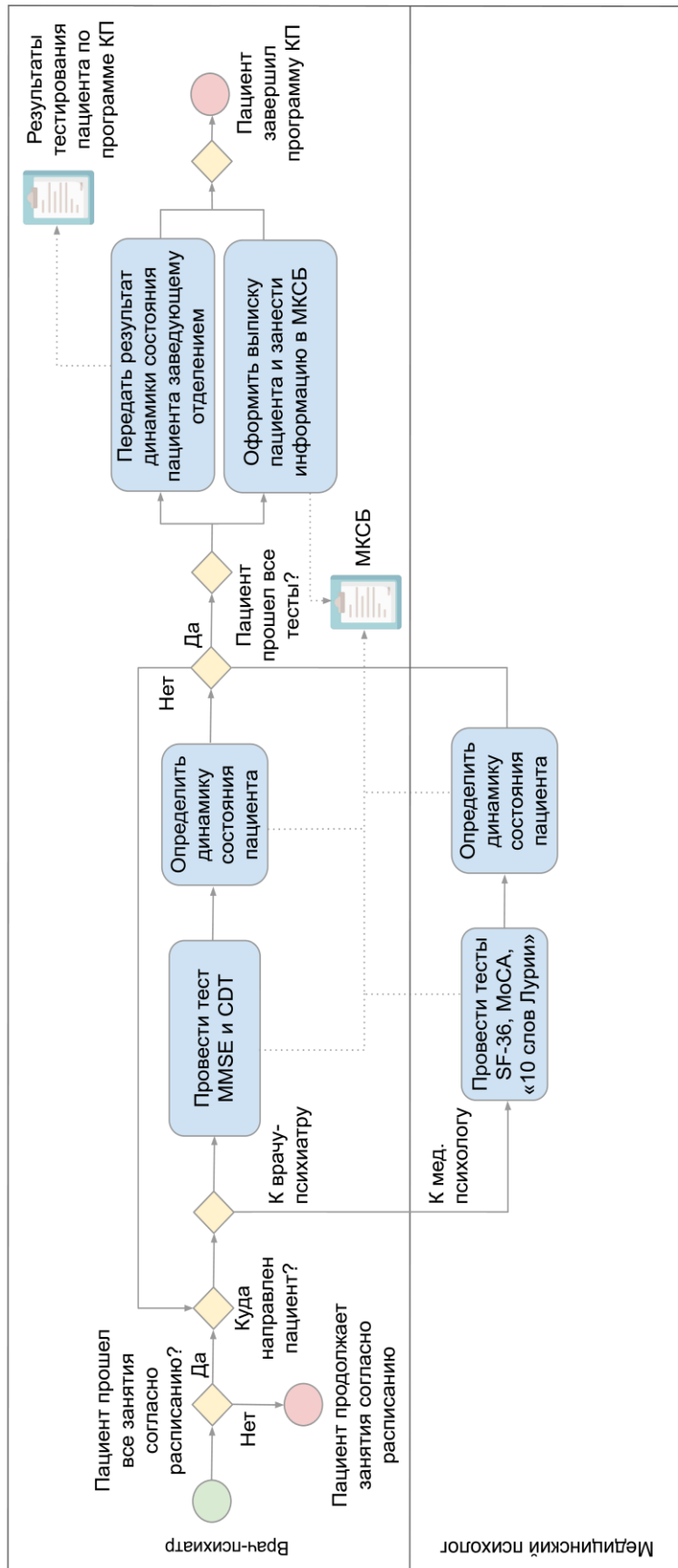


Рис. 10. Заключительный этап программы.

КП — «Клиника памяти»; МКСБ — медицинская карта стационарного больного.

Таблица 3. Расписание занятий на заключительную неделю

Время	Понедельник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница
08:00–08:30	Завтрак (столовая для пациентов)				
08:30–09:00	Процедуры, консультация с врачом-психиатром				
09:00–09:30	АФК (зал лечебной физкультуры для групповых занятий)				
10:00–11:00	Итоговая диагностика				
12:00–13:00	Психотерапия (когнитивный тренинг КТ-5)				
13:00–13:30	Обед (столовая для пациентов)				
13:30–14:00	Выдача методических пособий для самостоятельной работы				

Примечание. АФК — адаптивная физическая культура.

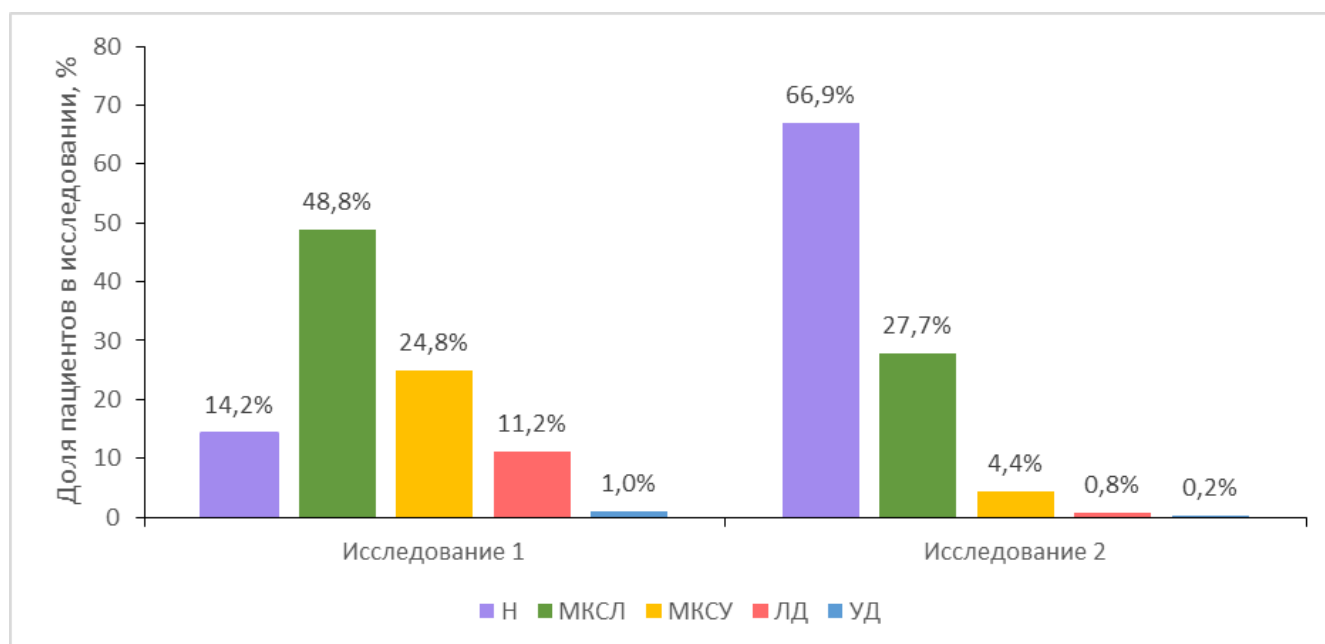


Рис. 11. Эффективность программы нейрокогнитивной реабилитации по шкале MMSE.

Исследование 1 — пациенты до реабилитации; исследование 2 — пациенты после реабилитации; ЛД — легкая деменция; МКСЛ — мягкое когнитивное снижение (легкие когнитивные нарушения); МКСУ — мягкое когнитивное снижение (умеренные когнитивные нарушения); Н — норма, УД — умеренная деменция.

Таблица 4. Показатели эффективности программы нейрокогнитивной реабилитации по шкале MMSE

Показатель	Исследование 1	Исследование 2
Норма	74	348
Мягкое когнитивное снижение (легкие когнитивные нарушения)	254	144
Мягкое когнитивное снижение (умеренные когнитивные нарушения)	129	23
Легкая деменция	58	4
Умеренная деменция	5	1

Примечание. Исследование 1 — пациенты до реабилитации; исследование 2 — пациенты после реабилитации.

Метод обеспечения результативности — выполнение предписаний лечащего врача и рекомендованных реабилитационных методик, установленных процессов и процедур.

Критерий достижения — пациент выписан с положительной динамикой показателей шкал MMSE, MoCA, теста CDT. Совокупная оценка положительной динамики **не менее 3 баллов** (включительно) при условии отсутствии отрицательной динамики по любой шкале [16].

Метод измерения результата — доля (процент) выписанных пациентов с исходом «улучшение» [16].

ПОСТГОСПИТАЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ

Специалистами «Клиники памяти» было разработано специальное «Методическое пособие», рассчитанное на самостоятельную работу пациента, прошедшего курс нейрокогнитивной реабилитации. Пособие рассчитано на 3–4 месяца, с периодичностью занятий 2 раза в неделю, не более 1 часа в первой половине дня. «Методическое пособие» — рабочая тетрадь, которая выдается пациентам по окончании реабилитационной программы [16].

Перед выдачей пациенту «Методического пособия для самостоятельной работы» медицинский регистратор проводит:

- мотивационную беседу о необходимости самостоятельной работы для закрепления эффекта программы;
- инструктаж пациента о работе с «Методическим пособием»;
- согласование проведения повторной консультации через 3 месяца;
- заполнение «Журнала учета выдачи учебных пособий» с отметкой даты выдачи, персональных и контактных данных пациента.

Мониторинг самостоятельной работы пациента с пособием проводится медицинским регистратором периодически, 1–2 раза в 3–4 месяца (обзвон), с целью выяснения динамики самостоятельной работы пациента с пособием.

Пациент выполняет упражнения непосредственно в пособии, делая в нем все необходимые записи. При отсутствии самостоятельной работы и выяснении причин (отказ, ухудшение состояния и пр.) постгоспитальное сопровождение прекращается. В случае ухудшения состояния пациента ему или его родственнику дается рекомендация для посещения соответствующего сектора медицинской помощи. Если пациент выполняет самостоятельную работу, при необходимости проводится консультирование пациента.

С 4-го по 5-й месяц от окончания реабилитационного цикла медицинский регистратор по телефону согласовывает с пациентом дату и время постгоспитального осмотра (предстоящей консультации) врачом-психиатром и медицинским психологом. Согласованная дата заносится в «Журнал постгоспитального осмотра».

На постгоспитальный осмотр приглашаются два пациента в день. Врач-психиатр проводит консультирование пациента, проходившего самостоятельную программу с «Методическим пособием». Оценивается клиническая и реабилитационная динамика, проверяется выполнение заданий «Методического пособия». При необходимости приглашаются родственники пациента, с которыми также проводится беседа. Врач-психиатр выполняет скрининг-диагностику пациента (MMSE, CDT, HADS).

Медицинский психолог консультирует пациента на предмет динамики и успешности прохождения самостоятельной работы с пособием, проводит тестирование пациента по шкале МоСА.

По итогам постгоспитального осмотра врач-психиатр и медицинский психолог делают соответствующие записи, которые вкладываются в МКСБ. Общее время консультаций врача-психиатра и медицинского психолога составляет 2,5 часа.

На основании постгоспитального осмотра врач-психиатр принимает решение о необходимости прохождения повторного курса реабилитационной программы «Клиника памяти». Основаниями для повторного прохождения программы являются мотивация пациента (в том числе уровень заполнения «Методического пособия») и отсутствие на текущий момент противопоказаний.

Врач-психиатр по согласованию с пациентом назначает предварительное время повторного прохождения программы нейрокогнитивной реабилитации «Клиника памяти» через 6, 9 или 12 месяцев. После этого медицинский регистратор включает пациента в очередь на следующую госпитализацию.

**РИСКИ, СВЯЗАННЫЕ С ВНЕДРЕНИЕМ,
МАСШТАБИРОВАНИЕМ И ФУНКЦИОНИРОВАНИЕМ
ПРОЕКТА «КЛИНИКА ПАМЯТИ»**

По поручению главного внештатного специалиста психиатра Г.П. Костюка от 30 февраля 2019 г. № 03-02-3694/19 в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. 566-н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения», в целях улучшения качества и приведения к единообразию порядка оказания психиатрической помощи в специализированных МРО для оказания помощи лицам пожилого и старческого возраста при когнитивном снижении («Клиника памяти») на базе территориальных специализированных медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы психиатрического

типа была создана Рабочая группа, членами которой являются действующие руководители МРО «Клиника памяти» в городе Москве, а также руководитель организационно-методического и консультативного отдела по психиатрии Департамента здравоохранения города Москвы.

Деятельность Рабочей группы (на постоянной основе) направлена на обеспечение непрерывности контроля, оценку качества медицинской помощи и включает проведение проверок, а при выявлении дефектов и недостатков качества и безопасности медицинской деятельности — принятие мер к их устранению. Анализ результатов контроля качества и безопасности медицинской деятельности, а также предложения по планированию и реализации мероприятий в системе контроля качества предоставляются главному внештатному специалисту психиатру Департамента здравоохранения города Москвы (по мере необходимости, не реже 1 раза в 6 месяцев).

Виды мероприятий по устранению рисков, связанных с внедрением и масштабированием и функционированием проекта «Клиника памяти», представлены в табл. 5.

Таблица 5. Мероприятия по устранению рисков проекта «Клиника памяти»

Рисковое событие	Мероприятия по устранению рисков
Риски, связанные с внедрением проекта «Клиника памяти»	
Недостаточное наполнение отделения пациентами соответствующего профиля	<ol style="list-style-type: none"> 1. Поэтапное разворачивание сети «Клиник памяти», обеспечивающее длительность записи на курс тренингов не дольше 12 недель, т.е. двух циклов 2. Постоянное информирование потенциальных пациентов об открытии отделения: <ol style="list-style-type: none"> а. Статья/заметка в муниципальных газетах с описанием работы отделения и указания контактного телефона б. Организация раздачи информационных листовок потенциальным пациентам в. Регулярное взаимодействие с поликлиниками и территориальными Центрами социальной защиты с

	<p>целью проведения мини-лекций и раздачи информационных листков; сбор контактов претендентов (фамилия, имя, отчество, номер телефона)</p> <p>3. Инструктаж специалистов, проводящих мини-лекции. На начальном этапе открытия «Клиники памяти» мини-лекции проводит только заведующий отделением или врач-психиатр</p> <p>4. Использование электронных информационных средств (социальные сети, новости, информационные поводы, мессенджеры)</p>
Сбои в организации наполнения базы претендентов, некорректный сбор контактной информации	<p>1. Соблюдение алгоритма набора пациентов в программу</p> <p>2. Инструктаж всех участников процесса набора пациентов</p> <p>3. На этапе внедрения все телефонные коммуникации с претендентами на реабилитацию в МРО (входящие и исходящие звонки) осуществляет врач-психиатр или заведующий отделением «Клиника памяти»</p> <p>4. Контактный телефон работает в четко выделенное время для исключения пропуска звонков</p> <p>5. Ответственный за наполнение базы претендентов — заведующий отделением</p>
Отсутствие мотивации персонала на участие во внедрении проекта ввиду недостаточного понимания сути программы и модели пациента	<p>1. Прохождение первичной стажировки специалистов (врачи-психиатры, психологи, инструктор ЛФК) в действующем МРО</p> <p>2. Создание программы обучения специалистов МРО с контролем знаний</p> <p>3. Создание привлекательной мотивационной схемы для специалистов пилотного проекта</p>
<p>Риски, связанные с масштабированием и функционированием проекта «Клиника памяти»</p>	

<p>При увеличении количества МРО возможны проблемы их координации и единого методического сопровождения, особенно при условии принадлежности МРО к разным ТПО</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Создание единого методического подчинения МРО «Клиника памяти» Центру компетенций, сформированному при главном специалисте 2. Выполнение Центром компетенций аналитических, методических, образовательных функций по отношению к персоналу МРО
<p>Снижение эффективности программы, связанное с отсутствием наблюдения за пациентами, прошедшими реабилитационные программы</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Коррекция действующих или создание новых программ реабилитации для пациентов, обращающихся повторно 2. Создание программ сопровождения пациентов после выписки (дистанционное сопровождение, телемедицина, предоставление разработанного материала для самостоятельной работы) с последующим очным контролем через 2–3 месяца 3. Включение пациентов «Клиники памяти» в программу постгоспитального мониторинга
<p>Отсутствие объективизированной системы мониторинга и анализа обратной связи с потребителем услуги. Риски жалоб и обращений</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Создание системы и мониторинга обратной связи потребителя (пациента и его родственника), получившего реабилитационные программы (анкеты, система обзвона) 2. Включение пациентов «Клиники памяти» в программу постгоспитального мониторинга
<p>Проблемы, связанные с исполнением разработанных алгоритмов и технологических стандартов «Клиники памяти»</p>	<p>Создание информационных модулей (микро-МИС) для обеспечения системы поддержки принятия решения специалистов МРО, обеспечения системы контроля работы, мониторинга и анализа отклонений</p>
<p>Отсутствие анализа эффективности</p>	<p>В информационных модулях «микро-МИС» создается цикл управления разработкой новых методов психосоциального</p>

<p>применяемых методик в приложении к конкретным моделям пациента «Клиники памяти», анализа контроля соблюдения протоколов реабилитации. Риски неуправляемости процесса и, как следствие, ухудшение качества оказания медицинской помощи</p>	<p>воздействия, в систему закладывается возможность оценки результативности применяемых методик, анализ затрачиваемых ресурсов, формирование новой модели пациента (при неэффективности применяемых методов) для разработки новых методик и/или анализ деятельности конкретных исполнителей (с целью повышения квалификации специалистов). На «выходе» работы системы получаются: точная оценка ресурсозатрат деятельности «Клиники памяти», поддержание высокого уровня качества проведения методов психосоциального воздействия, создание проектов с целью разработки новых, действительно необходимых методов воздействия, формируется актуальная программа обучения для специалистов «Клиники памяти»</p>
--	---

Примечание. ЛФК — лечебная физическая культура; МИС — медицинская информационная система; МРО — медико-реабилитационное отделение; ТПО — территориальное психиатрическое объединение.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ МОДЕЛИ «КЛИНИКА ПАМЯТИ»

С 2016 по 2022 г. были достигнуты высокие результаты деятельности структурно-функциональной модели «Клиника памяти»:

1. Создана модель для оказания помощи пациентам на позднем этапе онтогенеза с синдромом МКС:

- 1) сформирована организационная и кадровая структура «Клиники памяти»;
- 2) определены критерии результативности, эффективности и качества реабилитационного процесса.

2. Доказана клиническая эффективность:

- 1) пролечено более 12 000 пациентов в городе Москве;

- 2) по основным шкалам и тестам оценки когнитивных функций (MMSE, MoCA, CDT) достоверное улучшение составляет в совокупности 75–80%.

3. Отработан опыт взаимодействия с первичным звеном для маршрутизации пациентов с рисками когнитивных расстройств:

- 1) подобраны скрининговые методики по выявлению когнитивных нарушений для использования врачами первичного звена;
- 2) получен опыт раннего выявления когнитивных нарушений и направления пациентов в «Клинику памяти».

4. Получен опыт тиражирования структурно-функциональной модели «Клиника памяти» на территории города Москвы и других регионов Российской Федерации:

- 1) открыто 9 «Клиник памяти» в городе Москве с 2016 по 2020 г.;
- 2) открыты и функционируют «Клиники памяти» в Нижегородской, Самарской, Тверской, Кировской и Вологодской областях, а также в Хабаровском крае;
- 3) достигнута идентичность результативности, эффективности и качества реабилитационного процесса.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Структурно-функциональная модель «Клиника памяти» — это новая стратегия когнитивной реабилитации и значимый социальный проект для жителей Москвы.

Структура работы сети «Клиник памяти» достаточно пластична и находится в постоянном процессе самосовершенствования. Предиктором новых подходов и алгоритмов служит опыт, приобретаемый в процессе наблюдения за динамикой когнитивных функций данной когорты пациентов.

Открытие новых «Клиник памяти» на территории Российской Федерации ставит перед разработчиками структурно-функциональной модели новые задачи, важнейшей из которых является создание центра компетенций как особого вида структурного элемента модели «Клиника памяти».

Флагманская «Клиника памяти» выполняет функции методического центра лучших практик. На ее базе станет осуществляться поиск инновационных практик, внедрение и апробация современных методов и технологий, стандартизация новых решений, а также проводиться подготовка кадров.

Разработка дополнительных образовательных программ повышения квалификации и обучение специалистов организаций, перенимающих опыт «Клиники памяти», позволит развернуть данную модель у себя в регионе. Особенность обучения — это не только знакомство с теоретическим материалом, но и стажировки в действующих «Клиниках памяти».

Разработчики структурно-функциональной модели — ведущие специалисты в этой области, реализовавшие ее внедрение, — будут осуществлять общее руководство, обучение, сопровождение и необходимую профессиональную помощь специалистам вновь открываемых «Клиник памяти». Указанная деятельность необходима для достижения идентичности результативности, эффективности и качества медико-реабилитационного процесса структурно-функциональной модели.

Методическое руководство с подробным описанием всех этапов реабилитации и алгоритмов работы МРО «Клиника памяти» является важным инструментом тиражирования инновационной технологии.

Еще одна задача, стоящая перед разработчиками модели, — разработка, согласование и внедрение нормативно-правового обеспечения межведомственного и междисциплинарного взаимодействия на этапе направления пожилых пациентов для оказания специализированной помощи при выявлении когнитивных нарушений. Междисциплинарное взаимодействие врачей-психиатров, психотерапевтов, неврологов, медицинских психологов и логопедов при выявлении когнитивного дефицита в позднем возрасте, основанное на высоком профессиональном уровне, необходимо для своевременной диагностики и проведения необходимых медико-реабилитационных мероприятий.

Методические рекомендации показали работу структурно-функциональной модели «Клиника памяти» в том виде, как она работает. Вместе с тем для обеспечения масштабирования программы во время моделирования бизнес-процессов были внесены изменения в части управления ресурсами (кадровый состав и инфраструктура для приведения к соответствию установленным нормативам), мониторинга параметров управления программой, анализа ключевых показателей эффективности, системы сбора обратной связи, управления несоответствиями и возможностями планирования улучшений, а также оптимизированы и алгоритмизированы применяемые технологии.

Использование алгоритмов дистанционной работы структурно-функциональной модели «Клиника памяти» дает возможностькратно увеличить охват получателей медицинской услуги за счет онлайн-работы с пациентами пожилого и старческого возраста с синдромом МКС.

Комплексная программа нейрокогнитивной и психосоциальной реабилитации с четкими алгоритмами проведения лечебных мероприятий разработана для решения задач профилактики деменции и сохранения когнитивного здоровья населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. World Health Organization (WHO). Ageing and health. Published: October 1, 2022. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> (дата обращения: 11.03.2023).
2. WHO. Dementia: a public health priority. 2013. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/dementia-a-public-health-priority> (дата обращения: 11.03.2023).
3. Nichols E. et al.; GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators. Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 // *Lancet Public Health*. — 2022. — Vol. 7, № 2. — P. e105–e125. DOI: [http://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00249-8](http://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00249-8).
4. Lee J.S., Lee S.Y. Effect on Cognitive Function in Elderly People // *The Korean Society of Health Service Management*. — 2015. — Vol. 9, № 3. — P. 201–210. DOI: <https://doi.org/10.12811/kshsm.2015.9.3.201>.
5. Руководство по гериатрической психиатрии / Под ред. С.И. Гавриловой. — М.: МЕДпресс-информ, 2020. — 440 с.
6. Костюк Г.П., Курмышев М.В., Андрющенко А.В. и др. Синдром мягкого когнитивного снижения: Монография / Под ред. Г.П. Костюка. — М.: ГБУЗ ПКБ № 1, 2022. — 174 с.
7. Психические расстройства и расстройства поведения (F00–F99). Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации. Москва, 1998. URL: https://psychiatr.ru/download/1998?view=1&name=МКБ-10_с_гиперссылками.pdf (дата обращения: 11.03.2023).
8. Petersen R.C., Caracciolo B., Brayne C. et al. Mild cognitive impairment: a concept in evolution // *J. Intern. Med*. — 2014. — Vol. 275, № 3. — P. 214–228. DOI: <http://doi.org/10.1111/joim.12190>.
9. Костюк Г.П., Курмышев М.В., Савилов В.Б. и др. Восстановление когнитивных функций у лиц пожилого возраста в условиях

- специализированного медико-реабилитационного подразделения «Клиника Памяти» // Социальная и клиническая психиатрия. — 2017. — Т. 27, № 4. — С. 25–31.
10. Курмышев М.В., Савилов В.Б., Костюк Г.П. Динамика восприятия качества жизни у пациентов с когнитивным снижением в период пребывания в комплексной программе нейрокогнитивной реабилитации // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2018. — № 3. — С. 47–52.
11. Курмышев М.В., Савилов В.Б., Костюк Г.П. Тревожно-депрессивные расстройства у лиц пожилого возраста с явлениями когнитивного снижения // Психическое здоровье. — 2019. — № 9. — С. 25–35.
12. Курмышев М.В., Савилов В.Б., Масякин А.В., Костюк Г.П. «Клиника Памяти» — инновационная модель реабилитации когнитивных функций у людей пожилого возраста с мягким когнитивным снижением в условиях отделения дневного пребывания // Социальная и клиническая психиатрия. — 2018. — Т. 28, № 2. — С. 50–54.
13. Рощина И.Ф., Сюняков Т.С., Осипова Н.Г. и др. Оценка эффективности нейрокогнитивной реабилитации пациентов с мягким когнитивным снижением в условиях ограничений во время пандемии COVID-19 // Психиатрия. — 2022. — Т. 20, № 4. — С. 36–43. DOI: <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-4-36-43>.
14. Савилов В.Б., Пак М.В., Бурыгина М.В., Курмышев М.В. Комплексная программа нейрокогнитивной реабилитации для пожилых пациентов, страдающих синдромом мягкого когнитивного снижения, в условиях медико-реабилитационного отделения «Клиника памяти» // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2019. — № 27 (спецвыпуск). — С. 699–703.
15. Рощина И.Ф., Калантарова М.В., Шведовская А.А., Хромов А.И. Профилактика когнитивного снижения в позднем онтогенезе: программы «Клиника памяти» и «Когнитивная стимулирующая терапия» //

- Клиническая и специальная психология. — 2022. — Т. 11, № 3. — С. 44–70. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpse.2022110302>.
16. Бурьгина Л.А., Гаврилова С.И., Костюк Г.П. и др. Психосоциальная терапия и нейрокогнитивная реабилитация пациентов пожилого возраста с когнитивными расстройствами. Структурно-функциональная модель реабилитационной программы «Клиника памяти» / Под ред. Г.П. Костюка. — М.: КДУ, 2019. — 332 с.
 17. Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. “Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician // *J. Psychiatr. Res.* — 1975. — Vol. 12, № 3. — P. 189–198. DOI: [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6).
 18. Borson S., Brush M., Gil E. et al. The Clock Drawing Test: Utility for Dementia Detection in Multiethnic Elders // *J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci.* — 1999. — Vol. 54, № 11. — P. M534–540. DOI: <https://doi.org/10.1093/gerona/54.11.m534>.
 19. Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale // *Acta Psychiatr. Scand.* — 1983. — Vol. 67, № 6. — P. 361–370. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>.
 20. Hachinski V.C., Iliff L.D., Phil M. et al. Cerebral blood flow in dementia // *Arch. Neurol.* — 1975. — Vol. 32, № 9. — P. 632–637. DOI: <https://doi.org/10.1001/archneur.1975.00490510088009>.
 21. Nasreddine Z.S., Phillips N.A., Bédirian V. et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment // *J. Am. Geriatr. Soc.* — 2005. — Vol. 53, № 4. — P. 695–699. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>.
 22. Mahoney F., Barthel D. Functional evaluation: The Barthel Index // *Md State Med. J.* — 1965. — Vol. 14. — P. 61–65. PMID: 14258950.
 23. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: Практическое руководство. — М.: Апрель-Пресс; Психотерапия, 2010. — С. 152–156.

24. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. SF-36 Health survey. Manual and interpretation guide. — Boston, MA: New England Medical Center, The Health Institute, 1993. — 314 p.
25. Saviolov V., Karpenko O., Kurmyshev M., Kostyuk G. Neurocognitive Rehabilitation Program for People With Mild Cognitive Impairment — “Memory Clinic” // Handbook on Optimizing Patient Care in Psychiatry (1st ed.) / A. Shrivastava, A. De Sousa, N. Shah. — N.Y.: Routledge, 2022. — 10 p. DOI: <https://doi.org/10.4324/9780429030260>.
26. Рощина И.Ф. Когнитивный тренинг для пациентов с синдромом мягкого когнитивного снижения: Методические рекомендации / Под ред. С.И. Гавриловой, И.Ф. Рощиной. — М.: ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, 2013. — 34 с.