

М.М. Щербакова

Диагностика речевых и когнитивных нарушений сосудистого генеза

Учебно-методическое пособие

Афазия
Неврология
Скрининг-диагностика
Когнитивные нарушения
Речевые нарушения
Дифференциальная диагностика
Ишемический инсульт
Дизартрия
Мутизм

Москва • 2022



МОНИКИ
1775

ФАКУЛЬТЕТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ

Министерство здравоохранения Московской области
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области
«Московский областной научно-исследовательский клинический институт
им. М.Ф. Владимирского»
Факультет усовершенствования врачей

Утверждено решением ученого совета
ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского
Протокол заседания ученого совета № 6 от 29.08.2022

М.М. Щербакова

Диагностика речевых и когнитивных нарушений сосудистого генеза

Учебно-методическое пособие

Москва
2022

В учебно-методическом пособии рассмотрены диагностические методики, предназначенные для выявления речевых нарушений центрального и периферического типа, а также даны классификации когнитивных нарушений сосудистого генеза.

Пособие предназначено для врачей-ординаторов 1-го года обучения (интернатура) и 2-го года обучения (ординатура) факультета усовершенствования врачей по специальности «неврология», слушателей повышения квалификации по специальности «логопедия».

Автор:

М.М. Щербакова – канд. мед. наук, логопед-афазиолог, медицинский психолог отделения неврологии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Рецензенты:

В.В. Захаров – д-р мед. наук, профессор кафедры нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

П.Р. Камчатнов – д-р мед. наук, профессор кафедры нервных болезней и нейрохирургии ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

А.С. Котов – д-р мед. наук, профессор, заведующий отделением неврологии по разделу «Наука» ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

*Автор выражает благодарность научному руководителю,
д-ру мед. наук, профессору Сергею Викторовичу Котову
за консультации и ценные замечания*

Введение

Речевые и когнитивные нарушения сосудистого генеза составляют значительный процент последствий локального нарушения мозгового кровообращения (НМК). Когнитивные нарушения развиваются у пациентов, перенесших ишемический инсульт, до 76% случаев [26]. Приблизительно 21–40% пациентов, перенесших инсульт, страдают стойкой афазией, которая постепенно ухудшает качество жизни и результаты реабилитации [34]. Среди группы речевых нарушений, развивающихся у больных с последствиями НМК, вторым по значимости признается двигательное речевое нарушение периферического типа, а именно синдром дизартрии (13,4% больных) [32].

Актуальность данного учебно-методического пособия обусловлена тем фактом, что существующие в настоящее время подходы разрознены по диагностическим критериям. Эта проблема провоцирует расхождение при постановке диагнозов, что препятствует адекватному построению прогноза больных с речевыми и когнитивными нарушениями сосудистого генеза и выбору оптимальных методов их компенсации.

В настоящее время в неврологической клинике к острым проблемам относят:

- четкую квалификацию при классификации клинических форм синдрома афазии;
- оценку специфики когнитивной дисфункции сосудистого генеза;
- дифференцировку клинических форм синдрома дизартрии.

Кроме вышесказанного, оптимизации требует и процедура исследования речевых нарушений вследствие отсутствия возможностей проведения скрининг-диагностики в течение 14 календарных дней (рекомендовано В.М. Шкловским [21]), так как средний срок пребывания пациента в стационаре (в том числе в сосудистой неврологической клинике) занимает две календарные недели.

В неврологической клинике ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского разработан коллегиальный подход к диагностике речевых и когнитивных нарушений сосудистого генеза (в создании диагностических методик принимали участие д-р мед. наук С.В. Котов, врач-невролог, и канд. мед. наук М.М. Щербакова, логопед-афазиолог, медицинский психолог). Приоритет предлагаемых методик исследования речевых и когнитивных нарушений сосудистого генеза заключается в направленной диагностике клинической формы и степени тяжести синдрома афазии, определении специфики когнитивных нарушений

(функциональной слабости конкретных стратегических областей головного мозга), квалификации периферических речевых нарушений (клинических форм синдрома дизартрии) за один клинический осмотр.

Цель данной работы – оптимизация процедуры диагностического исследования речевых и когнитивных функций у неврологических больных, нуждающихся в дальнейшей нейрореабилитации (логопедической и/или психологической помощи).

Алгоритм обследования пациентов с речевыми и когнитивными нарушениями сосудистого генеза

В процессе диагностического обследования специалист должен провести оценку связи клинических проявлений изменений речи центрального и периферического типа, а также высших психических функций с синдромами афазии, дизартрии, когнитивными нарушениями сосудистого генеза.

Приведем обобщенный алгоритм обследования пациента с речевыми и когнитивными нарушениями сосудистого генеза.

1. Симптоматика:

А. Речевая патология наблюдается только в устной речи, а именно в тонусе мышц языка, глоточном рефлексе, фонации (голосе), темпе речевого высказывания.

Б. Речевая патология затрагивает речевое мышление, а именно устную и письменную речь.

В. Патология высших корковых функций затрагивает интеллектуальную сферу, нарушает бытовую и социальную адаптацию, коммуникацию.

2. Процедура обследования:

А. Осматриваем периферический речевой аппарат: язык, глотку. Оцениваем четкость речи, возможность глотания, голос и темп речи.

Б. Оцениваем речевое мышление. В процессе диагностики необходимо исключить легкие, умеренные и грубые когнитивные нарушения, сенсорный дефект (нарушение слуха), мутизм, а также нарушение иннервации органов артикуляции (периферические речевые нарушения).

В. Проводим диагностическое обследование по стандартизированным методикам Mini-Mental State Examination (MMSE), Frontal Assessment Battery (FAB) и др. При этом необходима беседа с родственниками с целью уточнения преморбида больного и состояния его когнитивных функций до развития ишемического инсульта.

3. Причина речевых и когнитивных нарушений:

А. Изменение тонуса мышц периферического речевого аппарата (заинтересованность глубинных подкорковых образований и проводящих путей черепно-мозговых нервов).

Б. Распад речевого мышления (афазия).

В. Развитие когнитивных нарушений различной степени выраженности (легкие когнитивные нарушения, умеренные когнитивные нарушения, грубые когнитивные нарушения – деменция).

Предлагаемая схема диагностического обследования может быть использована для предварительной диагностики больных с речевыми и когнитивными нарушениями. Предварительная квалификация синдромов сокращает время подробного диагностического обследования и тем самым ускоряет процесс нейрореабилитации, а также позволяет качественно анализировать речевые и когнитивные нарушения сосудистого генеза.

Центральные речевые нарушения – синдром афазии

Синдром афазии представляет собой непсихическое расстройство психики, при котором страдает функционирование речевого мышления. Механизм афазии – органическое поражение коры головного мозга, спровоцированное ишемическим инсультом, черепно-мозговой травмой и другими заболеваниями головного мозга (в том числе нейроинфекциями); таким образом, имеет место локальное нарушение мозгового кровообращения [11, 22, 30].

Ключевая особенность больных с истинной афазией заключается в том, что при распаде речи и специфических изменениях неречевых высших психических функций, которые сопровождают речевой синдром и спровоцированы одним и тем же локальным очагом поражения головного мозга вследствие НМК, у пациентов не затрагиваются невербальный контакт, структура личности в целом, мотивационный компонент, процесс саморегуляции познавательной деятельности [22].

Решающую роль в правильном понимании данного речевого синдрома играет его качественный анализ, изучение структуры нарушений и в конечном счете выделение того фактора, который приводит к распаду речевого мышления.

Существуют следующие клинические формы синдрома афазии.

Передние формы афазии (ишемический/геморрагический очаг локализован в передних отделах, а именно в премоторной и префронталь-

ной коре, а также в средних отделах – теменной области коры головного мозга):

- эфферентно-моторная афазия (клиника – распад кинетической моторной программы, патология динамического праксиса);
- динамическая афазия (клиника – нарушение планирования и программирования речевого высказывания, а также грамматического структурирования речи, логического мышления);
- афферентно-моторная афазия (клиника – нарушение кинестетической моторной программы, патология орального праксиса).

Задние формы афазии (ишемический/геморрагический очаг локализован в задних отделах коры головного мозга – теменно-височно-затылочных отделах):

- синдром акустико-гностической афазии / сенсорной афазии (клиника – распад слухового речевого гнозиса и нейродинамические нарушения);
- синдром акустико-мнестической афазии (клиника – снижение объема слуховой речевой памяти и нарушение зрительного гнозиса);
- синдром семантической афазии (клиника – распад семантики речи, нарушения понимания логико-грамматических оборотов, зрительно-пространственные нарушения).

Атипичные афазии, как и классические левополушарные формы, дифференцируются на основе синдромного подхода. Их суть заключается в отсутствии стратегического очага в доминантном полушарии головного мозга и наличии атипичной симптоматики: подкорковой (затронуты глубинные подкорковые образования), правополушарной (угнетено субдоминантное полушарие), прогрессирующей (вследствие нейродегенеративного процесса) речевой патологии. К атипичным афазиям относятся:

- подкорковые афазии, псевдолобный и псевдовисочный типы (клиника – характерны симптомы на отдалении, флуктуативность симптоматики, модально-неспецифические нарушения памяти, ригидность психических процессов);
- правополушарные афазии – имеют наиболее высокий прогноз обратимости, в том числе возможна и спонтанная обратимость (клиника – типична диссоциация между сохраненной произвольной и нарушенной непроизвольной речью);
- первичная прогрессирующая афазия с плавной речью и нарушенной плавностью речи (клиника – на ранних этапах присутствуют

только речевые нарушения, затем по мере прогрессирования заболевания нарастают речевые нарушения и развивается неврологическая симптоматика, которая прогрессирует по мере развития атрофии коры головного мозга).

Тотальная афазия – глобальный распад речи, который проявляется в изменении как моторного (нарушение речевой продукции), так и сенсорного (нарушение восприятия речи) компонента. Речевое общение пациенту недоступно. Возникает при обширных очагах поражения коры и подкоркового белого вещества левого полушария (у правой), часто в зоне васкуляризации левой средней мозговой артерии, захватывая как передние, так и задние речевые зоны. Тотальная афазия выступает лишь этапом эволюции нарушения речи, так как по мере компенсации синдрома он приобретает клиническую картину грубой сенсомоторной афазии.

Грубая сенсомоторная афазия – системный распад речевого мышления, проявляющийся как нарушением понимания обращенной речи, так и дефектом собственной речи, но с сохранностью автоматизированной речи и возможностью адекватного реагирования на простейшие речевые инструкции. Грубая степень выраженности речевых нарушений обусловлена непосредственным повреждением головного мозга, то есть развивается вследствие разлитого торможения коры (диализа) в первые несколько суток после ишемического инсульта, ассоциирована с шоковой/субшоковой реакцией пациента на ишемический инсульт / инфаркт головного мозга. Таким образом, у пациентов имеется частичное угнетение сознания, что приводит к системному нарушению всех речевых операций. По мере нормализации общего соматического состояния больного требуется квалификация клинической формы афазии.

Диагностика пациентов с синдромом афазии

Диагностика пациентов с синдромом афазии включает в себя несколько этапов.

Первоначальный этап диагностики каждого пациента заключается в сборе анамнеза, в том числе при помощи опроса родственников. При сборе анамнеза учитываются данные предыдущей медицинской документации, а также общие анкетные данные, в том числе преморбидный уровень, социальный статус и другие факторы. Затем проводится неврологический осмотр с целью верификации диагноза ишемического инсульта (острое НМК), оценки соматического состояния больного

(уровень повседневной активности и степень инвалидизации в целом). После этого следует заключительный этап – логопедическое/нейропсихологическое обследование, на котором квалифицируется клиническая форма афазии, определяется состояние когнитивной сферы в целом (оценивается состояние невербальных высших психических функций), устанавливается степень тяжести речевого дефекта.

С целью оптимизации диагностического обследования (как процедуры обследования, так и достоверности полученных результатов) нами были составлены рекомендации по диагностике синдрома афазии [30, 33].

В предлагаемой скрининг-диагностике синдрома афазии задания скомпонованы по принципу четкой квалификации клинической формы обследуемого речевого синдрома. Каждый модуль соответствует какой-либо конкретной клинической форме афазии, и задания внутри данного модуля подобраны и скомпонованы таким образом, чтобы раскрыть все аспекты оцениваемого синдрома, в том числе квалифицировать степень тяжести речевого нарушения. Независимые модули позволяют при наличии у больного предварительного диагноза получить точный диагноз, исключая необходимость прохождения полного диагностического тестирования. Длительность процедуры обследования составляет от 5–7 до 30 минут (в отсутствие предварительного диагноза). Подобный алгоритм обследования качественно меняет всю систему диагностирования больных с синдромом афазии, сокращая время определения диагноза и ускоряя начало курса нейрореабилитации.

Методика направлена на квалификацию типичных левополушарных афазий, в том числе клинического проявления грубой степени тяжести (тотальная и грубая сенсомоторная афазия). Данная диагностическая методика также может применяться в отношении атипичных правополушарных клинических форм. Это обусловлено тем, что по своей клинической симптоматике синдромы соответствуют стандартным (левополушарным) клиническим типам, за исключением превалирования нарушений функционирования неречевых высших психических функций за счет правополушарного очага поражения головного мозга.

Подкорковые и первично прогрессирующие клинические формы афазии не определяются, так как имеют флуктуативную (при подкорковых афазиях) и/или сложную сочетанную клиническую (при первично прогрессирующих афазиях) симптоматику. В связи с этим их дифференцировка выстраивается на основе объективных клинических

исследований, в том числе медико-генетической экспертизы (дефект 17-й хромосомы), результатов исследований компьютерной/магнитно-резонансной томографии головного мозга (локализация очага поражения в глубинных подкорковых образованиях).

Рассмотрим подробнее процедуру скрининг-обследования синдрома афазии:

1. Регистрация больного.
2. Дата (число, месяц, год).
3. Номер по порядку.
4. Название учреждения.
5. Фамилия, имя, отчество пациента.
6. Возраст.
7. Группа инвалидности:
 - нет;
 - I группа;
 - II группа;
 - III группа.
8. Клинический диагноз:
 - острое нарушение мозгового кровообращения;
 - черепно-мозговая травма;
 - дифференциальный диагноз;
 - последствия нейроинфекции.
9. Образование больного:
 - высшее;
 - среднее, среднее специальное;
 - неполное среднее;
 - отсутствие образования.
10. Особенности эмоционально-волевой сферы больного:
 - норма;
 - возбуждение;
 - апатия;
 - депрессия;
 - агрессия.
11. Результаты объективных исследований (компьютерная/магнитно-резонансная томография):
 - очаговое поражение головного мозга отсутствует;
 - очаг в передней мозговой артерии;
 - очаг в левой средней мозговой артерии;

- очаг в правой средней мозговой артерии;
- очаг в задней мозговой артерии.

12. Степень тяжести речевых нарушений (субъективно):

12.1. Грубая степень тяжести: все модули, начиная с модулей

1. «Грубая сенсомоторная афазия»; 1.2. «Исключение мутизма».

12.2. Умеренная и легкая степень тяжести (общение доступно).

Уточнение зоны угнетения:

- информация отсутствует;
- лобные отделы;
- височные отделы;
- теменные отделы;
- затылочные отделы.

Предлагаемые диагностические модули:

- все модули, начиная с модуля 2. «Акустико-гностическая афазия»;
- «Динамическая афазия», «Эфферентно-моторная афазия»;
- «Акустико-гностическая афазия», «Акустико-мнестическая афазия»;
- «Афферентно-моторная афазия», «Семантическая афазия»;
- «Акустико-мнестическая афазия», «Семантическая афазия».

Этап 1

Модуль 1. «Грубая сенсомоторная афазия»

1. Ситуативная беседа: максимальная оценка – 3 балла. Время ожидания ответа – 30 секунд.

Больному задаются ситуативные вопросы и даются варианты ответа (да/нет). Его задача – ответить на эти вопросы, выбрав один из вариантов.

Адекватными считаются как утвердительный, так и отрицательный ответы. Время от озвучивания каждого вопроса до выбора ответа не должно превышать 30 секунд. Смена вопроса (переход к следующему заданию) осуществляется после выбора одного из ответов либо по истечении отведенного времени.

Всего задаются три ситуативных вопроса. Каждый ответ оценивается в 1 балл.

2. Автоматизированная речь: максимальная оценка – 2 балла. Время ожидания ответа – 2 минуты.

Больному поочередно предлагаются два автоматизированных ряда: счет до 10 и дни недели. Далее озвучивается инструкция: «Продолжите

Таблица 1. Обобщение результатов обследования при применении модуля тотальной и грубой сенсомоторной афазии

Форма речевого нарушения	Наличие	Количество баллов
Тотальная афазия	Нет	7–9
	Да (рекомендовано исключение мутизма)	0–6
Грубая сенсомоторная афазия	Нет	10–12
	Да	7–9

ряд». Время от озвучивания каждой инструкции до выбора последнего (четвертого либо шестого) слова не должно превышать 2 минут. Смена инструкции (переход к следующему заданию) осуществляется после выбора последнего слова либо по истечении отведенного времени.

Правильное выполнение каждой инструкции оценивается в 1 балл.

3. Дописывание стойких речевых конструкций: максимальная оценка – 3 балла. Время ожидания ответа – 30 секунд.

Больному поочередно предлагаются 3 стойкие речевые конструкции и инструкции к ним. Его задача – выбрать одно из предложенных слов для завершения скороговорки. Время от озвучивания каждой инструкции до выбора нужного слова не должно превышать 30 секунд. Смена инструкции (переход к следующему заданию) осуществляется после выбора нужного слова либо по истечении отведенного времени.

Правильный выбор окончания любого выражения оценивается в 1 балл.

4. Понимание простейших речевых инструкций: максимальная оценка – 4 балла. Время ожидания ответа – 30 секунд.

Больному поочередно показывают четыре картинки с изображениями лица и тела человека. Задача – выбрать ту картинку, на которой изображено действие, соответствующее заданной инструкции. Время от озвучивания каждой инструкции до показа нужной картинки не должно превышать 30 секунд. Смена инструкции (переход к следующему заданию) осуществляется после выбора картинки либо по истечении отведенного времени.

Правильное выполнение любой инструкции оценивается в 1 балл.

Результат диагностического обследования представлен в табл. 1.

Модуль 2. «Исключение мутизма»

Проводится для больных, которые при применении модуля 1 набрали 6 и менее баллов.

1. Дописывание в тексте пропущенных слов: максимальная оценка – 1 балл. Время ожидания ответа – 3 минуты.

Больному дается текст с пропущенными словами. Его задача – выбрать из ряда предложенных слов нужное и вставить его в текст. Время от озвучивания каждой инструкции до выбора последнего (десятого) слова не должно превышать 3 минут. Переход к следующему заданию осуществляется после выбора последнего слова либо по истечении отведенного времени.

Правильное выполнение задания (оценка в 1 балл) допускает не более одной ошибки.

2. Показ предметных картинок: максимальная оценка – 1 балл. Время ожидания ответа – 30 секунд.

Больному показывают шесть картинок и задают ситуативные вопросы к ним. Задача пациента – соотнести предмет, изображенный на картинке, с его функциональным назначением. После выбора картинки ее номер фиксируется экспериментатором в графе ответов. Время от озвучивания каждой инструкции до выбора картинки не должно превышать 30 секунд. Смена инструкции (переход к следующему заданию) осуществляется после выбора картинки либо по истечении отведенного времени.

Правильное выполнение задания (оценка в 1 балл) допускает не более одной ошибки.

3. Дописывание предложений: максимальная оценка – 4 балла. Время ожидания ответа – 3 минуты.

Больному предъявляются незавершенные предложения и варианты слов для их завершения. Время от озвучивания каждой инструкции до выбора нужного слова не должно превышать 3 минут. Смена инструкции (переход к следующему заданию) осуществляется после выбора нужного слова либо по истечении отведенного времени.

Максимальная оценка – 4 балла. Если больной совершает 1–2 ошибки, оценка снижается до 3 баллов. Три ошибки оцениваются в 2 балла. Четыре ошибки оцениваются в 1 балл. За 5 и более ошибок баллов не начисляется.

Результат диагностического обследования представлен в табл. 2.

Дополнительное задание: максимальная оценка – 1 балл (проводится для пациентов, которые в результате обследования набрали 3 балла).

Таблица 2. Обобщение результатов обследования при применении модуля мутизма

Форма речевого нарушения	Наличие	Количество баллов
Мутизм	Подтвержден	4–6
	Дифференциальный диагноз (предлагается дополнительное задание)	3
	Исключен	0–2

Больному дается простейшая логическая задача, которую он должен решить, выбрав один из предложенных вариантов ответа. Время ожидания ответа – 1 минута. Завершение задания регистрируется после выбора одного из ответов либо по истечении отведенного времени.

Один балл – мутизм подтвержден, 0 баллов – мутизм исключен (диагноз – тотальная афазия).

Этап 2. Дифференциальная диагностика клинической формы афазии

Этот этап актуален для пациентов с четкими клиническими признаками какой-либо конкретной формы афазии, а также для больных, которые на этапе 1 набрали 7 и более баллов.

Модуль «Акустико-гностическая афазия»

1. Показ сюжетных картинок: максимальная оценка – 4 балла. Время ожидания ответа – 30 секунд.

Больному показывают картинки. Его задача – выбрать по инструкции нужную картинку. После выбора картинки ее номер фиксируется экспериментатором в графе ответов. Время от озвучивания каждой инструкции до выбора картинки не должно превышать 30 секунд. Смена инструкции (переход к следующему заданию) осуществляется после выбора картинки либо по истечении отведенного времени.

Каждое правильное указание картинки оценивается в 1 балл.

2. Показ предметных картинок: максимальная оценка – 4 балла. Время ожидания ответа – 30 секунд.

Больному показывают картинки. Его задача – выбрать нужную картинку по инструкции. После выбора картинки ее номер фиксируется

экспериментатором в графе ответов. Время от озвучивания каждой инструкции до выбора картинки не должно превышать 30 секунд. Смена инструкции (переход к следующему заданию) осуществляется после выбора картинки либо по истечении отведенного времени.

Каждое правильное указание картинки оценивается в 1 балл.

3. Раскладывание подписей к предметным картинкам: максимальная оценка – 4 балла. Время ожидания ответа – 1 минута.

Больному показывают картинки. Его задача – «подписать» нужную картинку, выбрав одно из слов, приведенных в ячейках. Озвучивается упрощенный вариант каждой инструкции.

После выбора больным одного из предложенных ему слов экспериментатор записывает это слово под картинкой. Время от озвучивания каждой инструкции до выбора/показа предмета не должно превышать 1 минуты. Смена инструкции (переход к следующему заданию) осуществляется после выбора/показа слова либо по истечении отведенного времени.

Каждое правильное нахождение предмета оценивается в 1 балл.

4. Фонематическое восприятие (слуховой речевой гнозис): максимальная оценка – 6 баллов. Время ожидания ответа – 30 секунд.

Больному одновременно предъявляются четыре серии слогов и две серии слов. Озвучиваемые слоги и слова не выделяются. Задача пациента – показать те слоги/слова, которые он услышит. Время от озвучивания каждой инструкции до выбора/показа слова не должно превышать 30 секунд. Смена инструкции (переход к следующему заданию) осуществляется после выбора слога/слова в зеленой ячейке либо по истечении отведенного времени.

Каждая правильно указанная серия оценивается в 1 балл.

5. Составление слов из букв: максимальная оценка – 4 балла. Время ожидания ответа – 2 минуты.

Больному даны буквы с целью составления из них слов, причем имеются два условия: 1) одна из букв лишняя; 2) первая буква в каждом загаданном слове уже дана. Время от озвучивания каждой инструкции до выбора последней буквы в слове не должно превышать 2 минут. Смена инструкции (переход к следующему заданию) осуществляется после выбора последней буквы либо по истечении отведенного времени.

Каждое правильно составленное слово оценивается в 1 балл.

Результат диагностического обследования представлен в табл. 3.

Таблица 3. Обобщение результатов обследования при применении модуля акустико-гностической афазии

Форма речевого нарушения	Степень выраженности	Количество баллов
Акустико-гностическая афазия	Отсутствует	20–22
	Легкая	16–19
	Средняя	13–15
	Грубая	0–12

Модуль «Акустико-мнестическая афазия»

1. Показ недорисованных предметных картинок: максимальная оценка – 4 балла. Время ожидания ответа – 30 секунд.

Больному показывают недорисованные картинки. Его задача – определить, какой предмет изображен на каждой картинке.

После выбора картинки ее номер фиксируется экспериментатором в графе ответов. Время от озвучивания каждой инструкции до выбора картинки не должно превышать 30 секунд. Смена инструкции (переход к следующему заданию) осуществляется после выбора картинки либо по истечении отведенного времени.

Каждое правильное указание картинки оценивается в 1 балл.

2. Объяснение функциональных назначений предметов: максимальная оценка – 5 баллов. Время ожидания ответа – 2 минуты.

Больному одновременно предъявляются 5 предметных картинок и 8 названий действий с данными предметами. Его задача – выбрать нужную картинку по заданной инструкции.

После выбора картинки ее номер фиксируется экспериментатором в графе ответов. Время от озвучивания инструкции до выбора последней картинки не должно превышать 30 секунд. Смена инструкции (переход к следующему заданию) осуществляется после выбора картинки либо по истечении отведенного времени.

Каждое правильное указание названия действия оценивается в 1 балл.

3. Подбор аналогии: максимальная оценка – 2 балла. Время ожидания ответа – 1 минута.

Больному даются две пары слов. Его задача – подобрать к одному из слов пару по аналогии с примером. Время от озвучивания инструкции до выбора слова не должно превышать 1 минуты. Смена инструкции

Таблица 4. Обобщение результатов обследования при применении модуля акустико-мнестической афазии

Форма речевого нарушения	Степень выраженности	Количество баллов
Акустико-мнестическая афазия	Отсутствует	16–17
	Легкая	13–15
	Средняя	7–12
	Грубая	0–6

(переход к следующему заданию) осуществляется после выбора слова в зеленой ячейке либо по истечении отведенного времени.

Каждая правильно подобранная аналогия оценивается в 1 балл.

4. Слухоречевая память на серию слов: максимальная оценка – 2 балла. Время ожидания ответа – 2 минуты.

Больному предлагаются пять пустых ячеек и двенадцать слов на выбор, а также инструкция. Задача – прослушать серию из пяти слов и выбрать услышанные слова из ряда предложенных слов. Время от озвучивания инструкции до выбора последнего (пятого) слова не должно превышать 2 минут. Смена инструкции (переход к следующему заданию) осуществляется после выбора слова в зеленой ячейке либо по истечении отведенного времени.

Порядок выбора слов не имеет значения. Правильное указание 3–4 слов снижает оценку до 1 балла.

5. Слухоречевая память на текст: максимальная оценка – 4 балла. Время ожидания ответа – 2 минуты.

Больной прослушивает рассказ, после чего отвечает на четыре вопроса по тексту. Для этого он должен выбрать ответ среди предложенных ему вариантов. Время от озвучивания каждой инструкции до выбора ответа не должно превышать 2 минут. Смена вопроса (переход к следующему заданию) осуществляется после выбора слова в зеленой ячейке либо по истечении отведенного времени.

Каждая правильно подобранная аналогия оценивается в 1 балл.

Результат диагностического обследования представлен в табл. 4.

Модуль «Семантическая афазия»

1. Зрительно-пространственное восприятие пропорций: максимальная оценка – 1 балл. Время ожидания ответа – 1 минута.

Больному предъявляется горизонтальная прямая линия. Его задача – разделить эту линию пополам, выделив ее середину. Время от озвучивания инструкции до выбора больным середины прямой и ее выделения не должно превышать 1 минуты. Переход к следующему заданию осуществляется после выполнения инструкции либо по истечении отведенного времени.

2. Зрительно-пространственное восприятие наложенных изображений: максимальная оценка – 3 балла. Время ожидания ответа – 3 минуты.

Больному одновременно показывают три картинки, каждая из которых содержит по три наложенных друг на друга предмета, четырнадцать названий предметов и инструкцию. Задача пациента – определить, какие предметы изображены на каждой картинке, и подписать их названия, выбрав из ряда предложенных ему слов. Время от озвучивания инструкции до выбора больным слов-подписей к картинкам не должно превышать 3 минут. Переход к следующему заданию осуществляется после выбора последнего слова либо по истечении отведенного времени.

Порядок расположения названий предметов, относящихся к одной картинке, не имеет значения. Экспериментатор фиксирует ответ больного.

Правильный набор ответов к каждой картинке оценивается в 1 балл.

3. Схема тела: максимальная оценка – 4 балла. Время ожидания ответа – 30 секунд.

Больному показывают картинку с изображением человека. Затем поочередно предлагают четыре инструкции. Задача пациента – показать у изображенного на картинке человека ту часть тела, название которой он услышит. Озвучивается упрощенный вариант инструкции.

После выбора больным какой-либо части тела на картинке соответствующее ей название фиксируется экспериментатором в графе ответов. Время от озвучивания каждой инструкции до выбора части тела не должно превышать 30 секунд. Смена инструкции (переход к следующему заданию) осуществляется после показа на рисунке части тела либо по истечении отведенного времени.

Правильное выполнение любой инструкции оценивается в 1 балл.

4. Определение времени на часах: максимальная оценка – 2 балла. Время ожидания ответа – 2 минуты.

Больному предъявляются часы и две инструкции. Его задача – установить на часах заданное время. Время от озвучивания каждой ин-

струкции до установления больным заданного времени не должно превышать 2 минут. Экспериментатор фиксирует ответ больного. Переход к следующему заданию осуществляется после установления времени на часах либо по истечении отведенного времени.

Правильное выполнение любой инструкции оценивается в 1 балл.

5. Счетные операции: максимальная оценка – 1 балл. Время ожидания ответа – 2 минуты.

Больному одновременно даются три арифметических примера и десять вариантов ответов. Его задача – решить эти примеры, выбрав один из предложенных вариантов. Экспериментатор фиксирует ответ больного. Смена инструкции (переход к следующему заданию) осуществляется после решения последнего примера либо по истечении отведенного времени.

Правильное выполнение любой инструкции оценивается в 1 балл.

6. Понимание переносного смысла слов: максимальная оценка – 4 балла. Время ожидания ответа – 1 минута.

Больному предъявляются стойкие речевые выражения и варианты слов в качестве объяснения этих выражений. Его задача – выбрать правильное объяснение выражения из ряда предложенных вариантов.

Время от озвучивания инструкции до выбора больным варианта ответа не должно превышать 1 минуты. Экспериментатор фиксирует его ответ. Переход к следующему заданию осуществляется после выбора ответа либо по истечении отведенного времени.

Правильный выбор объяснения любого выражения оценивается в 1 балл.

7. Понимание логико-грамматических оборотов: максимальная оценка – 2 балла. Время ожидания ответа – 2 минуты.

Больному поочередно предъявляются две фразы, содержащие логико-грамматические обороты и варианты слов-ответов. Его задача – ответить на вопросы, выбрав один из предложенных вариантов. Время от озвучивания инструкции до выбора больным варианта ответа не должно превышать 2 минут. Экспериментатор фиксирует его ответ. Переход к следующему заданию осуществляется после выбора ответа либо по истечении отведенного времени.

Правильный ответ на любой вопрос оценивается в 1 балл.

Результат диагностического обследования представлен в табл. 5.

Таблица 5. Обобщение результатов обследования при применении модуля семантической афазии

Форма речевого нарушения	Степень выраженности	Количество баллов
Семантическая афазия	Отсутствует	16–17
	Легкая	14–15
	Средняя	8–13
	Грубая	0–7

Модуль «Динамическая афазия»

1. Динамический праксис: максимальная оценка – 1 балл. Время ожидания ответа – 5 секунд.

Данный модуль проводится по стандартной схеме. Больному предлагается воспроизвести серию движений (кулак – ребро – ладонь).

Каждое правильное воспроизведение серии оценивается 3 баллами. Оценка снижается при необходимости повторной инструкции и/или демонстрации серии (2 балла), сбоях при выполнении серии (1 балл). Если воспроизведение серии недоступно, пациент не получает баллов.

2. Подбор к словам синонимов и антонимов: максимальная оценка – 8 баллов. Время ожидания ответа – 3 минуты.

Больному предъявляются две группы ячеек со словами и варианты их а) синонимов, б) антонимов. Задача – подобрать к словам синонимы и антонимы. Озвучивается упрощенный вариант каждой инструкции. Время от озвучивания инструкции до выбора больным варианта ответа не должно превышать 3 минут. Экспериментатор фиксирует его ответ в свободных ячейках. Переход к следующему заданию осуществляется после выбора ответа либо по истечении отведенного времени.

Правильный подбор каждого синонима/антонима оценивается в 1 балл.

3. Построение фразы (предложения): максимальная оценка – 3 балла. Время ожидания ответа – 3 минуты.

Больному даны три, четыре и пять ячеек со словами. Далее ему предлагается составить из этих слов предложение. Порядок слов в предложении не принципиален. Вводная инструкция озвучивается 1 раз. Время от озвучивания каждой инструкции до выбора последнего в предложении слова не должно превышать 3 минут. Смена инструкции (пере-

Таблица 6. Обобщение результатов обследования при применении модуля динамической афазии

Форма речевого нарушения	Степень выраженности	Количество баллов
Динамическая афазия	Отсутствует	14–15
	Легкая	12–13
	Средняя	8–11
	Грубая	0–7

ход к следующему заданию) осуществляется после выбора последнего в предложении слова либо по истечении отведенного времени.

Каждое правильно составленное предложение оценивается в 1 балл.

4. Решение логических задач: максимальная оценка – 3 балла. Время ожидания ответа – 2 минуты.

Больному даются три логические задачи и варианты ответа (по типу да/нет). Его задача – выбрать правильный ответ для каждой задачи. Вводная инструкция озвучивается 1 раз. Время от озвучивания инструкции до выбора больным варианта ответа не должно превышать 2 минут. Экспериментатор фиксирует его ответ в свободных ячейках. Переход к следующему заданию осуществляется после выбора ответа либо по истечении отведенного времени.

Каждый правильный ответ оценивается в 1 балл.

Результат диагностического обследования представлен в табл. 6.

Модуль «Эфферентно-моторная афазия»

1. Воспроизведение дезавтоматизированных рядов: максимальная оценка – 2 балла. Время ожидания ответа – 2 минуты.

Больному поочередно предъявляются два дезавтоматизированных ряда: счет от 10 до 1 и дни недели с воскресенья по понедельник. Его задача – продолжить ряд обратного счета, начиная с 7, и дней недели, начиная с четверга. Время от озвучивания каждой инструкции до выбора последнего слова не должно превышать 2 минут. Смена инструкции (переход к следующему заданию) осуществляется после выбора последнего слова либо по истечении отведенного времени.

Правильное выполнение любой инструкции оценивается в 1 балл.

2. Графический праксис: максимальная оценка – 2 балла. Время ожидания ответа – 2 минуты.

Таблица 7. Обобщение результатов обследования при применении модуля эфферентно-моторной афазии

Форма речевого нарушения	Степень выраженности	Количество баллов
Эфферентно-моторная афазия	Отсутствует	6–7
	Легкая	5
	Средняя	4
	Грубая	0–3

Больному предъявляется рисунок ломаной линии. Его задача – продолжить этот рисунок, выбрав один из двух предложенных элементов. Время от озвучивания инструкции до выбора последнего (пятого) элемента рисунка не должно превышать 2 минут. Переход к следующему заданию осуществляется после выбора последнего элемента либо по истечении отведенного времени.

Максимальная оценка – 2 балла. Оценка снижается до 1 балла, если больной сделал ошибку только в одном элементе рисунка, за две ошибки и больше баллы не присваиваются.

3. Составление слов из слогов: максимальная оценка – 4 балла. Время ожидания ответа – 2 минуты.

Больному предъявляются слоги, его задача – составить из этих слогов слова. Время от озвучивания каждой инструкции до выбора последнего (третьего) слога не должно превышать 2 минут. Смена инструкции (переход к следующему заданию) осуществляется после выбора последнего слога либо по истечении отведенного времени.

Каждое правильно составленное слово оценивается в 1 балл.

Результат диагностического обследования представлен в табл. 7.

Модуль
«Афферентно-моторная афазия»

1. Автоматизированное письмо: максимальная оценка – 2 балла. Время ожидания ответа – 3 минуты.

Больному предлагается написать свою фамилию, имя, отчество (правильность заполнения анкетных данных сверяется с анкетными данными, указанными экспериментатором при регистрации больного). Время от озвучивания инструкции до завершения выполнения задания не должно превышать 3 минут. Переход к следующему заданию

Таблица 8. Обобщение результатов обследования при применении модуля афферентно-моторной афазии

Форма речевого нарушения	Степень выраженности	Количество баллов
Афферентно-моторная афазия	Отсутствует	14–15
	Легкая	12–13
	Средняя	8–11
	Грубая	0–7

осуществляется после завершения заполнения фамилии, имя, отчества больным либо по истечении отведенного времени.

Максимальная оценка – 2 балла. Наличие одной ошибки снижает оценку до 1 балла. За две и более ошибок баллов не начисляется.

2. Составление слов из букв: максимальная оценка – 3 балла. Время ожидания ответа – 2 минуты.

Больному предъявляются буквы и предлагается составить из них слово. Время от озвучивания каждой инструкции до выбора последней (четвертой) буквы не должно превышать 2 минут. Экспериментатор фиксирует ответы больного. Смена инструкции (переход к следующему заданию) осуществляется после выбора последней буквы слова либо по истечении отведенного времени.

Каждое правильно составленное слово оценивается в 1 балл.

3. Разгадывание кроссвордов: максимальная оценка – 10 баллов. Время ожидания ответа – 5 минут.

Больному поочередно предъявляются два кроссворда для разгадывания. Все слова в нем загаданы по горизонтали, а одно ключевое слово – по диагонали. Ключевое слово определяется после того, как весь кроссворд разгадан. Время от озвучивания каждой инструкции до заполнения последней ячейки ключевого слова не должно превышать 5 минут. Смена инструкции (завершение обследования) фиксируется после заполнения последней ячейки ключевого слова либо по истечении отведенного времени.

Каждое правильно набранное слово, включая ключевое, оценивается в 1 балл.

Результат диагностического обследования представлен в табл. 8.

Предлагаемый скрининг-тест, проходя апробацию в отделении неврологии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского в течение 9 лет

(со второго полугодия 2012 по первое полугодие 2022 г.), доказал валидность: обследование проводилось 1234 раза, как логопедом-афазиологом (М.М. Щербаковой), так и врачом-неврологом (врачами-ординаторами неврологического отделения), при этом совпадение диагноза наблюдалось в 98% случаев.

Таким образом, у специалистов появилась возможность квалифицировать конкретную клиническую форму афазии и определить степень выраженности обнаруженного речевого синдрома за один клинический осмотр.

Когнитивные нарушения сосудистого генеза

Диагноз сосудистых когнитивных нарушений основывается на клинических, неврологических и нейропсихологических данных, а также результатах магнитно-резонансной или компьютерной томографии головного мозга [2]. О когнитивных расстройствах можно говорить только в тех случаях, когда заболевание приводит к снижению когнитивных способностей по сравнению с исходным уровнем [18]. В целом субъективное и/или объективно выявляемое ухудшение когнитивных функций влияет на эффективность обучения, профессиональной, социальной и бытовой деятельности [33].

К основным проявлениям расстройств познавательной деятельности у пациентов с когнитивными нарушениями относятся нарушения памяти, интеллектуальной деятельности и внимания. При этом нарушения памяти носят модально-неспецифический характер, а недостаточность концентрации внимания и снижение активности сочетаются с быстрой психической истощаемостью [19].

Известно, что когнитивные расстройства могут варьировать от легкой степени выраженности до тяжелой – деменции, вызывающей нарушение адаптации в профессиональной, общественной и бытовой сферах [2, 9]. В возрасте старше 65 лет в популяции легкие когнитивные нарушения составляют 15–58%, умеренные когнитивные нарушения – 10–15%, деменции – 5% [9].

Легкие когнитивные нарушения формально остаются в пределах среднестатистической возрастной нормы или незначительно от нее отклоняются. Они выражаются снижением когнитивных способностей по сравнению с более высоким исходным индивидуальным уровнем, но не оказывают какого-либо влияния на повседневную жизнь [33].

Умеренные когнитивные нарушения представляют собой недостаточность одной или нескольких когнитивных функций, что выходит за

пределы возрастной нормы, но не ограничивает повседневную активность, то есть не вызывает деменции. Такие нарушения проявляются клинически очерченным синдромом. При данном синдроме когнитивные расстройства вызывают беспокойство самого пациента и обращают на себя внимание окружающих [7].

Под тяжелыми когнитивными расстройствами понимают стойкие или преходящие нарушения когнитивных функций, которые выражены столь существенно, что в значительной степени препятствуют или делают невозможным осуществление бытовой, профессиональной и социальной деятельности. К тяжелым когнитивным нарушениям относится деменция [33]. Деменция (лат. *dementia* – безумие, слабоумие) – синдром, характеризующийся грубым нарушением памяти и других когнитивных функций, включая ориентировку, абстрактное мышление, праксис [6].

Диагностика когнитивных нарушений сосудистого генеза

Приступая к диагностическому обследованию пациентов с когнитивными нарушениями, специалист-реабилитолог (клинический психолог, невролог, логопед-афазиолог) на предварительном диагностическом этапе должен отделить неспецифические когнитивные нарушения сосудистого генеза от синдрома афазии. Причина возможных квалификационных ошибок обусловлена наличием специфических когнитивных нарушений, характерных для каждой клинической формы афазии, которые требуют четкого разграничения с системными неспецифическими когнитивными расстройствами сосудистого генеза.

У лиц с неспецифическими когнитивными нарушениями основным поводом для обращения к неврологу или клиническому психологу служат жалобы на снижение работоспособности (64,7%), головную боль (60,3%), нарушение сна (54,1%), быструю утомляемость (42,5%), головокружение (36,6%), тревожность (33,5%), снижение концентрации внимания (32,9%). При активном расспросе более $\frac{2}{3}$ (77,4%) пациентов указывают на снижение памяти [5].

Пролонгированное (с 2012 по 2022 г.) динамическое наблюдение в неврологической клинике пациентов с когнитивными нарушениями различного генеза позволило разработать экспресс-диагностику когнитивной сферы, которая позволяет оценить всю когнитивную сферу больного за один клинический осмотр. Предлагаемый диагностический

способ не заменяет рекомендуемые стандартизируемые диагностические методики (в том числе MMSE, FAB и др.), а дополняет их. Он применяется для оценки специфики когнитивной патологии на предварительном диагностическом этапе и для отслеживания обратимости когнитивных нарушений после нейрореабилитации на заключительном восстановительном этапе.

Способ подразумевает значительное снижение временных затрат, так как диагностическая процедура занимает от 10 до 15 минут и не требует специальной подготовки исследователей, имеющих медицинское и/или психологическое образование (специализации «клиническая неврология», «специальная психология», «нейропсихология»).

Диагностическая методика состоит из 25 последовательных тестовых заданий, с помощью которых оценивают функционирование стратегических областей головного мозга: премоторной коры, префронтальной коры, теменных отделов, затылочных отделов, третичных отделов теменной, височной и затылочной областей (зоны ТРО), глубинных подкорковых отделов.

Принцип построения диагностической методики основывается на теории академика А.Р. Лурия о трех функциональных блоках головного мозга, а именно: 1-й блок – блок регуляции тонуса и бодрствования (глубинные подкорковые образования); 2-й блок – блок приема, переработки и хранения экстерорецептивной информации (задние отделы коры головного мозга – теменные, височные и затылочные отделы); 3-й блок – блок планирования, регуляции и контроля сложных форм психической деятельности (передние отделы коры головного мозга – лобные отделы). Согласно утверждению А.Р. Лурия [15], каждая высшая психическая функция осуществляется при участии всех трех функциональных блоков мозга, вносящих свой вклад в ее реализацию.

Диагностика позволяет оценить степень тяжести когнитивной дисфункции. Градация оценок варьирует от 0 до 3 баллов, что упрощает процедуру расчета результатов диагностирования. При этом единичная патология какой-либо психической операции говорит о незначительном/легком снижении когнитивных функций. Системная патология психических операций, в зависимости от количественного показателя, указывает на умеренную и грубую степень тяжести когнитивной дисфункции. Данный способ также позволяет оценить эффективность реабилитации, так как включает первичное обследование (при госпитализации) и повторное обследование (при выписке из стационара).

Рассмотрим процедуру скрининг-диагностики когнитивной сферы:

1. Регистрация больного.
2. Дата (число, месяц, год).
3. Номер по порядку.
4. Название учреждения.
5. Фамилия, имя, отчество пациента.
6. Возраст.
7. Группа инвалидности:
 - нет;
 - I группа;
 - II группа;
 - III группа.
8. Клинический диагноз:
 - острое нарушение мозгового кровообращения;
 - черепно-мозговая травма;
 - дифференциальный диагноз;
 - последствия нейроинфекции.
9. Образование больного:
 - высшее;
 - среднее, среднее специальное;
 - неполное среднее;
 - отсутствие образования.

Собственно экспресс-диагностика когнитивной сферы:

Этап 1. Предварительный

Привлечение внимания пациента к процедуре обследования: врач/ психолог делает резкий хлопок руками и произносит: «Внимание! Начинаем обследование».

Этап 2. Скрининг-диагностика когнитивной сферы:

- А. Глубинные подкорковые отделы.
- Б. Лобные отделы.
- В. Теменные отделы.
- Г. Височные отделы.
- Д. Затылочные отделы.
- Е. Теменно-височно-затылочные отделы (третичные поля).

Рассмотрим процедуру скрининг-диагностику когнитивной сферы подробнее.

Этап 2

А. Глубинные подкорковые отделы

Блок «Подвижность психических процессов»

1. Диалог в вопросно-ответной форме

Процедура: исследователь задает пациенту вопросы, а пациент на них отвечает. В случае задержки ответа или неправильного ответа он не фиксирует внимание больного на допущенной ошибке, а продолжает задавать следующий вопрос. Процедура должна занимать 6 минут.

Результаты: 3 балла – задание выполнено правильно, лимит времени не превышает 6 минут; 2 балла – дано 3–4 неправильных ответа или диалог занял 7 минут; 1 балл – дано 5 неправильных ответов или диалог занял 8 минут; 0 баллов – допущено 6 и более ошибок, диалог занял 9 и более минут.

Блок «Внимание»

2. Поиск слов среди буквенного текста

Процедура: больному предъявляется буквенный текст, внутри которого зашифрованы полнзначные слова. Задача больного – найти эти слова.

Инструкция: «Среди буквенного текста вставлены слова. Вы должны найти и подчеркнуть эти слова».

Результаты: 3 балла – задание выполнено без ошибок (найдено 11 слов из 11); 2 балла – допущены 1–2 ошибки (найдено 9–10 слов); 1 балл – допущено от 3 до 6 ошибок (найдено 5–8 слов); 0 баллов – пациент с заданием не справился (найдено 4 и менее слов).

Блок «Долгосрочная память и классификация информации (гиппокамп)»

3. Вопросы на персональную память

Процедура: исследователь предлагает пациенту письменно ответить на ряд вопросов, которые оценивают: 3.1. персональную память пациента; 3.2. неперсональную память пациента.

Результаты: 3 балла – информация указана правильно либо допущена 1 ошибка/отсутствует ответ на 1 вопрос; 2 балла – допущено 2 ошибки; 1 балл – допущено 3 ошибки; 0 баллов – пациент с заданием не справился.

Б. Лобные отделы. Премоторная кора

Блок «Кинетическая моторная программа»

4.1. Графомоторные практические навыки

Процедура: пациенту предъявляется рисунок ломаной линии. Его задача – продолжить этот рисунок, выбрав один из двух предложенных элементов в пустых ячейках.

Инструкция: «Посмотрите на рисунок. Продолжите его, выбрав один из двух элементов в пустых ячейках».

4.2. Динамический праксис

Проводится по стандартной схеме (проба «кулак – ребро – ладонь»).

Инструкция: «Воспроизведите движения по заданной схеме. Повторите серию движений 2 раза».

Результаты: 3 балла – все серии выполнены правильно; 2 балла – допущен один сбой при выполнении одной из серий; 1 балл – допущено два сбоя в одной серии или по одному сбою в каждой серии; 0 баллов – пациент с заданием не справился.

Блок «Кинетическая речевая моторная программа»

5. Составление слов из слогов

Процедура: больному предъявляются слоги и предлагается составить из них слова.

Инструкция: «Составьте слова из слогов, которые Вы видите перед собой».

Результаты: 3 балла – составлено три слова; 2 балла – составлено два слова; 1 балл – пациент смог составить только одно слово; 0 баллов – пациент с заданием не справился.

Б. Лобные отделы. Префронтальная кора

Блок «Поведенческие нарушения»

6. Оценка бытовых навыков пациентов

Проба подразумевает опрос пациента на предмет сохранности самообслуживания.

Результаты: 3 балла – поведенческих нарушений не наблюдается; 2 балла – отмечается затруднение при выполнении какого-либо одного бытового навыка; 1 балл – отмечается значительное затруднение / невозможность выполнения 2–3 навыков; 0 баллов – пациент фактически недееспособен.

Блок «Волевые процессы»

7. Изменение узоров

Процедура: больному предъявляется узор-образец и второй узор, который отличается от образца расположением некоторых элементов. Задача пациента – видоизменить второй узор так, чтобы он стал идентичен образцу.

Инструкция: «Посмотрите на узор-образец. Видоизмените второй узор так, чтобы он стал идентичен образцу».

Результаты: 3 балла – все узоры дополнены правильно либо допущена одна ошибка; 2 балла – допущено две ошибки или произошел один сбой при выполнении; 1 балл – допущено три ошибки или произошел один сбой при выполнении; 0 баллов – пациент с заданием не справился.

Блок «Эмоционально-волевая сфера» + блок «Интонация (просодика)» (височные отделы)

8. Умение смоделировать любое эмоциональное проявление

Процедура: больному предлагается «разыгрывание» различных жизненных ситуаций (чтение реплик). Его задача заключается в том, чтобы максимально утрированно изобразить чувства героя.

Инструкция: «Посмотрите на сюжетные картинки и реплики героев. Прочитайте эти реплики с выражением».

Результаты: 3 балла – все подписи прочитаны с интонацией, адекватной ситуации, изображенной на сюжетной картинке, либо допущено не более одной ошибки; 2 балла – допущено две ошибки; 1 балл – допущено 3–4 ошибки; 0 баллов – пациент с заданием не справился.

Блок «Планирование и программирование речевого высказывания»

9. Построение фразы (предложения)

Процедура: исследователь предлагает пациенту составить из слов предложение.

Инструкция: «Составьте предложение из слов «утро – дождь», «вечер – прогулка», «врач – больной», выбрав слова из ряда предложенных».

Результаты: 3 балла – правильно составлены все три предложения; 2 балла – пациент правильно составил только два предложения; 1 балл – составлено одно предложение; 0 баллов – пациент с заданием не справился.

Блок «Интеллектуальные процессы (логическое мышление)»

10. Решение простейших логических задач, доступных для восприятия пациентам с различным уровнем образования (в том числе неполным средним)

Процедура: больному предлагается решить логические задачи. Если он ошибается, повторяем условие задачи.

Инструкция: «Ответьте на вопросы».

Результаты: 3 балла – все задачи решены верно либо допущена одна ошибка; 2 балла – допущено 2–3 ошибки; 1 балл – допущено 4–5 ошибок; 0 баллов – пациент с заданием не справился.

В. Теменные отделы

Блок «Афферентный праксис»

11. Праксис позы кисти

Применяется один из вариантов этой стандартизированной пробы, разработанной А.Р. Лурия (2008). Мы предлагаем больному выполнить нужное движение не по наглядному образцу, а по словесной инструкции, – это снимает зрительную афферентацию движения и может более отчетливо выявить природу наблюдаемых нарушений.

Процедура: больному предлагается повторить одну из поз руки, приводимых на рисунке (вытянуть II и III или II и V пальцы). Желательно, чтобы больной как можно меньше контролировал свои движения зрением, для чего его руку можно отделять экраном.

Результаты: 3 балла – позы выполнены обеими руками; 2 балла – пациент допустил ошибку, но затем самостоятельно ее исправил; 1 балл – правильно выполнена только одна поза; 0 баллов – пациент с заданием не справился.

Блок «Оральный праксис»

12. Оральный артикуляционный праксис

Процедура: пациенту предъявляются стимулы в виде звуков и слов, которые исследователь воспроизводит с экранированием рта (для того чтобы у пациента не было опоры на оптический образ артикуляционной позы).

Результаты: 3 балла – все звуки и слоги воспроизведены верно либо допущена одна ошибка; 2 балла – допущено не более двух ошибок; 1 балл – допущено 3–4 ошибки; 0 баллов – пациент с заданием не справился.

Блок «Кинестетическая речевая программа»

13. Составление слов из букв

Больному предъявляются буквы и предлагается составить из них слово.

Инструкция: «Составьте из букв слово».

Результаты: 3 балла – все три слова составлены правильно; 2 балла – правильно составлены только два слова; 1 балл – пациент смог составить из букв только одно слово; 0 баллов – пациент с заданием не справился.

Г. Височные отделы

Блок «Речевой гнозис»

14. Показ слогов и слов, предъявляемых на слух

Процедура: больному предъявляются четыре серии слогов и две серии слов, которые озвучиваются. Задача больного – показать те слоги/ слова, которые он слышит.

Инструкция: «Посмотрите на слоги и слова. Сейчас я их буду озвучивать, а Вы показывать именно те, которые слышите».

Результаты: 3 балла – все слоги и слова показаны верно; 2 балла – допущена одна ошибка; 1 балл – допущено две ошибки; 0 баллов – пациент с заданием не справился.

Блок «Неречевой гнозис»

15. Узнавание знакомых звуков

Процедура: больному предъявляются на слух три различных звука (шелест бумаги, звон монет, хлопанье в ладоши). Его задача – идентифицировать эти звуки.

Инструкция: «Определите звуки, которые услышите».

Результаты: 3 балла – пациент адекватно идентифицировал все звуки; 2 балла – допущена одна ошибка, но позже самостоятельно исправлена; 1 балл – пациент не смог идентифицировать 1–2 звука; 0 баллов – пациент с заданием не справился.

Блок «Амнестический синдром»

16. Выявление наличия амнестического синдрома

Процедура: тест проводится в вопросно-ответной форме. Пациенту задаются вопросы о текущем режиме жизни (был ли завтрак, какие проводились лечебные процедуры), просят вспомнить название клиники и назвать длительность пребывания в ней, имена соседей (при их наличии) и лечащего врача.

Результаты: 3 балла – пациент на все вопросы отвечает верно либо не справляется с каким-либо одним пунктом (подсказка помогает); 2 балла – пациент не может справиться с ответами на два вопроса; 1 балл – пациент не может справиться с ответами на 3–4 вопроса; 0 баллов – пациент с заданием не справился.

Блок «Слуховая речевая память»

17. Слухоречевая память на серию слов

Процедура: больному предъявляются пять пустых ячеек и двенадцать слов на выбор. Его задача – прослушать серию из пяти слов и выбрать те, которые он услышал. Время от озвучивания инструкции до выбора последнего (пятого) слова не должно превышать 2 минут.

Инструкция: «Прослушайте серию слов. Выберите из услышанных слов те, которые Вам предъявлялись. Запишите их в пустые ячейки».

Результаты: 3 балла – все слова определены верно либо допущена одна ошибка; 2 балла – допущено две ошибки; 1 балл – пациент допустил 3–4 ошибки; 0 баллов – пациент с заданием не справился.

Блок «Темпо-ритмическая организация речи»

18. Проговаривание скороговорок

Процедура: исследователь предлагает пациенту зачитать скороговорки и при этом наблюдает за его речью, отмечая патологическое ускорение (тахилалия), патологическое замедление (брадилалия), запинки несудорожного характера (полтерн).

Результаты: 3 балла – темп речи нормальный; 2 балла – задержка/ускорение темпа, сбой при чтении; 1 балл – нарушение плавности, пациент несколько раз сбился при чтении; 0 баллов – значительная задержка/ускорение темпа (речь неразборчива), постоянный сбой при чтении, невыполнение задания.

Д. Затылочные отделы

Блок «Зрительный гнозис»

19.1. Восприятие контурных изображений

Процедура: показываем больному ряд предметных картинок с контурными изображениями предметов и просим его показать какую-либо одну. Затем предлагаем пациенту назвать все картинки и подложить к ним соответствующие подписи.

Инструкция: «Покажите, где...» (далее озвучивается подпись).

19.2. Показ недорисованных предметных картинок

Процедура: больному предъявляются картинки. Его задача – показать какую-либо одну по инструкции.

Инструкция: «Я буду называть картинки, а Вы мне должны их показывать».

Результаты: 3 балла – все картинки показаны верно либо допущена одна ошибка; 2 балла – допущено 2–3 ошибки; 1 балл – дано 2–3 правильных ответа; 0 баллов – пациент с заданием не справился.

Блок «Зрительная память»

20. Запоминание предметных картинок

Процедура: показываем больному 4 предметные картинки, просим внимательно рассмотреть их в течение 2 минут, затем убираем картинки и просим их назвать.

Инструкция 1: «Посмотрите на картинки. Попробуйте их запомнить».

Инструкция 2: «Назовите предметы, которые вы видели на картинках».

Результаты: 3 балла – все предметы названы правильно; 2 балла – допущена одна ошибка; 1 балл – допущено 2–3 ошибки; 0 баллов – пациент с заданием не справился.

Е. Теменно-височно-затылочные отделы (третичные поля)

Блок «Зрительно-пространственное восприятие»

21. Зрительно-пространственное восприятие наложенных изображений

Процедура: больному одновременно предъявляют три картинки, каждая из которых содержит по три наложенных друг на друга предмета, а также четырнадцать названий предметов и инструкцию. Задача пациента – определить, какие предметы изображены на каждой картинке, и подписать их названия, выбрав из слов, представленных в ячейках.

Инструкция: «Посмотрите на картинки. Укажите, какие предметы изображены на них, выбрав нужные слова-подписи».

Результаты: 3 балла – все предметы названы правильно; 2 балла – допущены 1–2 ошибки; 1 балл – допущено 3–4 ошибки; 0 баллов – пациент с заданием не справился.

22. Схема тела

Процедура: Больному предъявляется картинка с изображением человека. Затем поочередно предлагаются четыре инструкции. Задача пациента – показать у изображенного на картинке человека ту часть тела, название которой он услышит.

Инструкция: «Покажите часть тела на картинке».

Результаты: 3 балла – все части тела определены верно либо допущена одна ошибка; 2 балла – допущено две ошибки; 1 балл – дан только один правильный ответ; 0 баллов – пациент с заданием не справился.

Блок «Счетные операции»

23. Решение математических примеров

Процедура: больному одновременно предъявляются три арифметических примера и десять вариантов ответов. Его задача – решить эти примеры, выбрав правильный ответ из ряда предложенных вариантов.

Инструкция: «Решите примеры, выбрав ответ из ряда предложенных вариантов».

Результаты: 3 балла – пациент с заданием справился; 2 балла – пациент допустил ошибку; 1 балл – пациент допустил две ошибки; 0 баллов – пациент с заданием не справился.

Блок «Ориентация во времени»

24. Установление на часах заданного времени

Процедура: больному предъявляются часы (пустой циферблат без стрелок). Его задача – изобразить на часах заданное время.

Инструкция: «Посмотрите на изображение часов. Установите: а) 21:00; б) 17:45; в) 18:00.

Результаты: 3 балла – пациент с заданием справился; 2 балла – пациент допустил ошибку; 1 балл – пациент допустил две ошибки; 0 баллов – пациент с заданием не справился.

Блок «Семантика речи»

25.1. Понимание переносного смысла слов

Процедура: больному предъявляются стойкие речевые выражения и ячейки со словами в качестве вариантов объяснения этих выражений. Задача пациента – выбрать правильное объяснение для каждого выражения.

Инструкция: «Найдите правильное объяснение выражения».

25.2. Понимание логико-грамматических оборотов

Процедура: больному поочередно предъявляются две фразы, содержащие логико-грамматические обороты, и ячейки со словами-ответами. Задача пациента – ответить на вопросы, выбрав один из предложенных вариантов ответов.

Инструкция: «Ответьте на вопрос, выбрав один из предложенных Вам вариантов».

Результаты: 3 балла – все речевые обороты интерпретированы верно; 2 балла – допущены 1–2 ошибки; 1 балл – дан только один правильный ответ; 0 баллов – пациент с заданием не справился.

Окончательный результат диагностического обследования отражает как степень тяжести когнитивной дисфункции, так и функциональное подавление конкретных стратегических областей коры головного мозга: лобных, теменных, височных, теменно-височно-затылочных и затылочных отделов, глубинных подкорковых образований (табл. 9, 10). Общий когнитивный профиль рассчитывается исходя из следующих оценок: норма – 71–75 баллов, легкое снижение – 61–70 баллов, умеренное снижение – 51–60 баллов, грубое нарушение – 25–50 баллов, тотальный распад – 0–24 балла.

Методика прошла апробацию в неврологической клинике ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского в течение 5,5 года (с 2016 по 2022 гг.), в числе прочего она подразумевала анализ доказательности следующих параметров: а) показателей нормы у здоровых испытуемых (ординаторы неврологического отделения ГБУЗ МО МОНИКИ

Таблица 9. Результаты диагностического обследования когнитивной сферы (баллы, полученные больным за тестовые задания)

Номер истории болезни	Ф.И.О.
Тестовые задания	Баллы
1. Диалог в вопросно-ответной форме	
2. Поиск слов среди буквенного текста	
3. Память	
4. Практические пробы	
5. Составление слов из слогов	
6. Оценка бытовых навыков пациента	
7. Изменение узоров	
8. Умение смоделировать любое эмоциональное проявление	
9. Построение фразы (предложения)	
10. Решение простейших логических задач	
11. Праксис позы кисти	
12. Повторение звуков и слогов	
13. Составление слов из букв	
14. Показ слогов и слов, предъявляемых на слух	
15. Узнавание знакомых звуков	
16. Выявление наличия амнестического синдрома	
17. Слухоречевая память на серию слов	
18. Проговаривание скороговорок	
19. Зрительный гнозис	
20. Запоминание предметных картинок	
21. Зрительно-пространственное восприятие наложенных изображений	
22. Схема тела	
23. Решение математических примеров	
24. Установление на часах заданного времени	
25. Семантика речи	
Итоговый балл	

Таблица 10. Результаты диагностического обследования когнитивной сферы (функционирование стратегических областей)

Стратегическая область	Баллы
Глубинные подкорковые отделы (1–3')	
Лобные отделы	
премоторная кора (4, 5)	
префронтальная кора (6–10)	
Теменные отделы (11–13)	
Височные отделы (14–18)	
Затылочные отделы (19, 20)	
Теменно-височно-затылочные отделы (21–25)	

*Здесь и далее цифры соответствуют номерам тестовых заданий (см. табл. 9)

им. М.Ф. Владимирского); б) показателей когнитивной дисфункции у пациентов с сосудистыми когнитивными нарушениями (результаты MMSE, FAB отражены в историях болезни).

В результате проведенного исследования было определено, что специфика степеней тяжести когнитивной дисфункции, спровоцированной локальным нарушением мозгового кровообращения, определяется функциональным подавлением конкретных стратегических зон головного мозга, а именно:

- легкое снижение когнитивных функций взаимосвязано с системным неспецифическим снижением функционирования различных участков головного мозга, а также с доминированием лобных отделов (на примере 100 пациентов);
- умеренное снижение когнитивных функций определяется функциональным подавлением конкретных стратегических зон коры головного мозга: височных, теменных, затылочных (на примере 86 пациентов);
- грубое нарушение / тотальный распад когнитивных функций (деменция) провоцируется сочетанным функциональным угнетением глубинных подкорковых образований и лобных отделов (на примере 70 пациентов).

Периферические речевые нарушения – синдром дизартрии

Дизартрия – нарушение звукопроизношения и просодической стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации мышц речевого аппарата вследствие органического поражения центральной нервной системы (ЦНС). В данном случае мы имеем дело с глубинными поражениями головного мозга (периферических двигательных нервов, ядер периферических двигательных нервов (стволовые отделы); ядер, располагающихся в стволе и подкорковых отделах, ответственных за безусловно-рефлекторные речевые реакции) [4, 32].

К общим клиническим признакам дизартрии относятся нарушение мышечного тонуса в артикуляционной мускулатуре и расстройство согласования движений мышц речевого аппарата. Ограничение подвижности артикуляционной мускулатуры приводит к нарушению четкости речи. Наряду с расстройством артикуляции при дизартрии нарушается дыхание (как физиологическое, так и фонационное), глотание, голос, просодика, функционирование резонирующих полостей [28].

По локализации очага поражения ЦНС выделяют следующие клинические формы дизартрии.

Псевдобульбарная дизартрия обусловлена центральным параличом мышц, иннервирующих языкоглоточный (9-я пара), блуждающий (10-я пара), подъязычный (12-я пара) черепно-мозговые нервы двусторонним поражением двигательных корково-ядерных путей. Клиническая симптоматика: гипертонус и спастичность мышц языка (в ряде случаев сопровождается рефлексом орального автоматизма).

Бульбарная дизартрия возникает при поражении продолговатого мозга. В данном случае развивается вялый паралич в органах артикуляции вследствие очагового поражения ядер, корешков или периферических стволов языкоглоточного (9-я пара), блуждающего (10-я пара), добавочного (11-я пара), подъязычного (12-я пара) черепно-мозговых нервов. Клиническая симптоматика: вялый парез мышц языка (гипотонус, атония), расстройства произвольных и произвольных движений языка (арефлексия), дисфагия (расстройство акта глотания).

Мозжечковая дизартрия возникает при поражении мозжечка и его связей с другими отделами ЦНС, а также лобно-мозжечковых путей. Клиническая картина: статическая и динамическая атаксия речевых нарушений, рассогласование в работе артикуляционного, фонационного и дыхательного аппарата. Все это провоцирует дистонию мышц

языка – в состоянии покоя отмечается низкий мышечный тонус, а при говорении он резко нарастает; может развиваться дисфагия.

Подкорковая экстрапирамидная дизартрия возникает при поражении экстрапирамидной нервной системы. Поражение структур паллидарной системы приводит к появлению ригидной формы. Поражение структур стриарной системы вызывает возникновение гиперкинетической формы. Обобщенная клиническая картина для обоих подтипов подкорковой экстрапирамидной дизартрии: нарушения нестабильны и неоднотипны из-за колеблющегося характера нейромоторных изменений; расогласованность во времени сокращения дыхательной, голосовой и артикуляционной мускулатуры; наличие гиперкинезов в органах артикуляции; нарушение плавности речи; голосовые нарушения (дисфония), расстройства глотания (дисфагия).

Диагностика синдрома дизартрии

Диагностика синдрома дизартрии подразумевает рутинное неврологическое и логопедическое обследование. В настоящее время в клинике не существует направленных специализированных тестов. В процессе клинического осмотра специалист-практик обращает внимание на основные клинические признаки, характерные для каждой клинической формы синдрома дизартрии. В связи с этим квалификация клинической формы дизартрии зависит от компетентности специалиста, осуществляющего диагностическое обследование. Подобный подход спровоцировал необходимость создания диагностики, оптимальной для мультимедийной бригады (врача-невролога, логопеда, специалиста лечебной физкультуры), занимающейся восстановительным лечением пациентов с последствиями ишемического инсульта.

Предложенная схема диагностического обследования при подозрении на синдром дизартрии составлена с учетом:

а) клинического подхода, основанного на уровне локализации органического поражения ЦНС (глубине очагового поражения головного мозга): периферические двигательные нервы – псевдобульбарная дизартрия; ядра периферических двигательных нервов (стволовые отделы) – бульбарная дизартрия; ядра, располагающиеся в стволе и подкорковых образованиях, ответственных за безусловно-рефлекторные речевые реакции, – подкорковая или экстрапирамидная дизартрия; мозжечок или лобно-мозжечковые пути – мозжечковая дизартрия;

б) характера и объема поражения: стертая дизартрия характеризуется смазанной речью, средняя имеет типичную клиническую картину какой-либо конкретной формы дизартрии, грубая – анартрия (речь отсутствует в связи с полным параличом речедвигательных мышц) [4, 6].

Рассмотрим подробнее процедуру диагностики основных клинических форм дизартрии.

Клинические признаки бульбарной дизартрии:

- периферический парез речевой мускулатуры, который характеризуется триадой симптомов: атрофия, атония, арефлексия;
- симптоматика: гипотония и гипотрофия мышц языка. Язык вялый, тонкий, распластаный. Девиация языка (отклонение от средней линии) в сторону паретичной мышцы;
- может сочетаться с дисфагией (нарушением акта глотания) и дисфонией (нарушением голоса). Может присутствовать амимия или гипомимия (лицо маскообразно);
- произносительная сторона речи: речь крайне невнятная, замедленная, голос назальный.

Клинические признаки псевдобульбарной дизартрии:

- двусторонние центральные парезы и параличи мышц языка, мягкого нёба, гортани;
- нарушаются произвольные движения (имеется диспраксия) при сохранности непроизвольных (рефлекторных);
- может проявляться в различных вариантах:
 - ✓ гипертонус (высокий тонус) в мышцах речевого аппарата (спастическая форма);
 - ✓ гипотонус (низкий тонус) в мышцах речевого аппарата (паретическая форма);
 - ✓ смешанный тонус в мышцах речевого аппарата;
 - ✓ мозаичные проявления минимальных дизартрических расстройств (стертая дизартрия).

Клинические признаки мозжечковой дизартрии:

- поражение мозжечка и его проводящих путей (триада: гипотонус, паретичность, атаксия);
- симптоматика: язык тонкий, распластаный, лежит на дне ротовой полости, темп движений замедлен. Характерна атония мышц, гиперметрия и дисметрия движений. Наблюдается тремор при всех видах дыхания, служащего целям голосообразования, артикуля-

ции звуков речи («дрожание» голоса). Лицо амимично. Носогубные складки опущены, нарушены акты дыхания, жевания и глотания (дисфагия).

Клинические признаки подкорковой (экстрапирамидной) дизартрии:

- поражение экстрапирамидной нервной системы провоцирует гиперкинезы речевой мускулатуры и меняющийся характер тонуса мышц речевого аппарата;
- симптоматика: в спокойном состоянии в речевой мускулатуре могут отмечаться легкие колебания мышечного тонуса (дистония). При попытках говорения и в состоянии эмоционального напряжения наблюдаются резкие повышения мышечного тонуса и насильственные движения;
- возможно 2 типа клинических проявлений:
 - ✓ ригидный тип (поражен паллидум): отмечается напряженность, скованность речевых движений, трудности переключения с одной артикуляционной позы на другую, характерно замедление темпа речи (брадилалия), речь монотонная;
 - ✓ гиперкинетический тип (поражен стриатум): симптоматика зависит от вида гиперкинеза, в том числе при атетозе четкость речи грубо нарушена / речь невозможна (нарушены создание артикуляционных поз и их смена).

Предлагаемая схема обследования применяется в клинике неврологии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского с 2013 г. (логопед М.М. Щербакова). Внедрение ее в клиническую практику доказало валидность данного диагностического способа (совпадение диагнозов наблюдалось в 96% случаев). В целом данная диагностическая методика позволяет квалифицировать у обследуемого пациента конкретную клиническую форму дизартрии за счет определения ведущего звена, лежащего в основе речевой патологии периферического типа.



Литература

1. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии. 3-е изд., перераб. и доп. М.: Практическая медицина, 2018.
2. Вахнина Н. Сосудистые когнитивные нарушения // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2014. Т. 6, № 1. С. 74–79. doi: 10.14412/2074-2711-2014-1-74-79.
3. Вахнина Н.В. Когнитивные нарушения и их лечение у больных с артериальной гипертензией [Интернет]. Группа «Ремедиум». 28.07.2015. URL: <https://remedium.ru/doctor/cardiology/kognitivnye-narusheniya-i-ikh-lechenie-u-bolnykh-s-arterialnoy-gipertenziei/> (дата обращения: 26.07.2022).
4. Винарская Е.Н. Дизартрия. М.: АСТ: Астрель, Хранитель, 2006.
5. Воробьева О.В., Сизова Ж.М., Богатырева Л.М. Сравнительное исследование стратегий фармакологической коррекции умеренных когнитивных нарушений у больных, страдающих артериальной гипертензией // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2019;11(2):52–59. doi: 10.14412/2074-2711-2019-2-52-59.
6. Евзельман М.А. Нарушение речи у больных с мозговым инсультом и ее коррекция: учебно-методическое пособие. Орел, 2006.
7. Захаров В.В. Когнитивные нарушения в неврологической практике // Трудный пациент. 2005. Т. 3, № 5. С. 4–9.
8. Захаров В.В., Вознесенская Т.Г. Нервно-психические нарушения: диагностические тесты / под общ. ред. Н.Н. Яхно. 6-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2018.
9. Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шахпаронова Н.В. Реабилитация неврологических больных. М.: МЕДпресс-информ, 2009.
10. Коновалова Е.В., Кадыков А.С., Борисенко В.В., Кашина Е.М., Шарыпова Т.Н., Шахпаронова Н.В. Патогенез речевых нарушений при подкорковой локализации очага поражения // Альманах клинической медицины. 2001. Т. 4. С. 11–12.
11. Косивцова О.В. Постинсультные афазии: клиническая картина, дифференциальный диагноз, лечение // Эффективная фармакотерапия. 2017. № 1. С. 10–17.
12. Котов С.В. Основы клинической неврологии. Клиническая нейроанатомия, клиническая нейрофизиология, топическая диагностика заболеваний нервной системы. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
13. Котов С.В., Стаховская Л.В. Инсульт: руководство для врачей. 2-е изд. М.: Медицинское информационное агентство, 2018.
14. Кучумова Т.А. «Подкорковая» афазия и основные направления коррекционно-педагогической реабилитации: дис. ... канд. пед. наук. М., 2000.
15. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. СПб.: Питер, 2008.
16. Нейропсихологическая диагностика / под ред. Е.М. Хомской. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2007.
17. Одинак М.М., Емелин А.Ю., Лобзин В.Ю. Нарушение когнитивных функций при цереброваскулярной патологии. СПб.: СпецЛит, 2022.
18. Путилина М.В. Когнитивные расстройства при цереброваскулярной патологии. М., 2011.
19. Соловьева Э.Ю. Лечение когнитивных расстройств у больных хронической ишемией мозга // Consilium Medicum. 2017. Т. 19, № 2-2. С. 7–12.
20. Старчина Ю.А., Парфенов В.А., Чазова И.Е., Пустовитова Т.С., Яхно Н.Н. Когнитивные расстройства у пациентов с артериальной гипертензией // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2008. Т. 108, № 4. С. 19–23.

21. Шкловский В.М. Карта нейропсихологического исследования больных с нарушениями высших психических функций. М.: МНИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1996.
22. Щербакова М.М. Визуально-диагностический мираж афазии // *Consilium Medicum*. 2017. Т. 19, № 2-2. С. 37–40.
23. Щербакова М.М. Когнитивные нарушения и их реабилитация в неврологической клинике (психологический подход). М.: Секачев, 2021.
24. Щербакова М.М. Методика скрининг-обследования пациентов с подозрением на мутизм // *Справочник поликлинического врача*. 2015. № 4–5. С. 42–43.
25. Щербакова М.М. Патогенез когнитивных нарушений: психологический анализ специфики проявления когнитивной дисфункции у разных групп неврологических больных // *Неврология и ревматология. Приложение к журналу Consilium Medicum*. 2018. № 1. С. 41–46. doi: 10.26442/2414-357X_2018.1.41-46.
26. Щербакова М.М. Патогенез сосудистых когнитивных нарушений. Программа нейрореабилитации // *Consilium Medicum*. 2020. Т. 22, № 2. С. 29–34. doi: 10.26442/2075-1753.2020.2.190714.
27. Щербакова М.М. Программа восстановления речи для больных с дисфонией // *Справочник поликлинического врача*. 2014. № 1. С. 12–13.
28. Щербакова М.М. Программы восстановления дизартрий у больных с последствиями инсульта. М.: Секачев, 2022.
29. Щербакова М.М. Специфика когнитивных нарушений у неврологических больных. Реабилитационные программы // *Consilium Medicum*. 2018. Т. 20, № 2. С. 30–40. doi: 10.26442/2075-1753_2018.2.30-40.
30. Щербакова М.М., Котов С.В. Клиническая картина декомпенсированных афазий, обусловленных задней локализацией очага поражения левого полушария головного мозга // *Практическая медицина*. 2019. Т. 17, № 7. С. 138–142.
31. Щербакова М.М., Котов С.В. Методика скрининг-диагностики больных с афазией // *Consilium Medicum*. 2015. Т. 17, № 2. С. 8–11.
32. Щербакова М.М., Котов С.В. Программы восстановления речи при дизартрии у больных с последствиями инсульта. М.: ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, 2014.
33. Яхно Н.Н. Когнитивные расстройства в неврологической клинике // *Неврологический журнал*. 2006. Т. 11, № S1. С. 4–12.
34. Cichon N., Włodarczyk L., Saluk-Bijak J., Bijak M., Redlicka J., Gorniak L., Miller E. Novel Advances to Post-Stroke Aphasia Pharmacology and Rehabilitation // *J. Clin. Med*. 2021. Vol. 10(17). P. 3778. doi: 10.3390/jcm10173778.

Тестовые вопросы

1. При динамической афазии у больных нарушается:

- а) построение кинестетической моторной программы
- б) фонематическое восприятие либо слухоречевая память
- в) построение кинетической моторной программы
- г) построение внутриречевой схемы и грамматическое структурирование

2. При эфферентно-моторной афазии у больных нарушается:

- а) построение кинестетической моторной программы
- б) фонематическое восприятие либо слухоречевая память
- в) построение кинетической моторной программы
- г) построение внутриречевой схемы и грамматическое структурирование

3. При афферентно-моторной афазии у больных нарушается:

- а) построение кинестетической моторной программы
- б) фонематическое восприятие либо слухоречевая память
- в) построение кинетической моторной программы
- г) построение внутриречевой схемы и грамматическое структурирование

4. При акустико-гностической афазии у больных наблюдаются проблемы с:

- а) выбором звуков по акустическим признакам и слов по форме
- б) выбором слов по категориальному значению
- в) выбором слов по акустическим признакам и предметной отнесенностью слова
- г) выбором правильного артикуляционного положения при произнесении слов

5. При акустико-мнестической афазии у больных наблюдаются проблемы с:

- а) выбором звуков по акустическим признакам и слов по форме
- б) выбором слов по категориальному значению
- в) выбором слов по акустическим признакам и предметной отнесенностью слова
- г) выбором правильного артикуляционного положения при произнесении слов

6. При семантической афазии у больных наблюдаются проблемы с:

- а) выбором звуков по акустическим признакам и слов по форме
- б) выбором слов по категориальному значению
- в) выбором слов по акустическим признакам и предметной отнесенностью слова
- г) выбором правильного артикуляционного положения при произнесении слов

7. Диагностика синдрома афазии включает:

- а) исследование понимания обращенной речи и процесса говорения
- б) исследование как устной, так и письменной речи
- в) исследование речевых высших психических функций и неречевых высших психических функций, входящих в структуру дефекта
- г) исследование памяти, ориентировки во времени, праксиса и когнитивных функций

8. При мутизме, в отличие от афазии, больной:

- а) сохраняет способность понимать и говорить, у него присутствуют невербальные формы общения и апатия
- б) быстро истощается и часто плачет
- в) предпочитает общаться письменно
- г) отвечает только на устные вопросы

9. При когнитивных нарушениях, в отличие от афазии, речевое нарушение:

- а) обусловлено локальным нарушением мозгового кровообращения
- б) носит специфический характер и тесно связано с зоной локализации очага поражения
- в) развивается остро и грубо выражено
- г) развивается постепенно и сочетается с нарушениями функционирования неречевых высших психических функций

10. Обследование больных с афазией начинается с выявления:

- а) специфики формы речевого нарушения
- б) грубой степени тяжести
- в) невербальных форм общения
- г) изменений форм поведения

11. После исключения грубой степени тяжести и мутизма при обследовании больного с афазией специалист должен определить:

- а) специфику формы речевого нарушения
- б) состояние когнитивных функций
- в) преморбид больного
- г) состояние мнестической функции

12. При постановке диагноза афазии специалист должен учитывать, что:

- а) афазия всегда протекает изолированно
- б) афазии могут сопутствовать другие нарушения (как когнитивных функций, так и изменения в иннервации периферического речевого аппарата)
- в) степень выраженности афазии зависит от времени суток и общего соматического состояния больного на текущий момент времени
- г) при афазии больной сохраняет способность говорить и понимать речь, при этом он не предпринимает никаких попыток общения

13. Псевдобульбарная дизартрия выражается в:

- а) спастичности артикуляционных мышц
- б) паретичности артикуляционных мышц
- в) дистонии мышц языка

14. Подкорковая дизартрия проявляется:

- а) атонией, арефлексией
- б) гипертонусом и ригидностью мышц языка
- в) дистонией и тремором мышц языка

15. Мозжечковая дизартрия проявляется:

- а) спастичностью артикуляционных мышц
- б) паретичностью артикуляционных мышц
- в) дистонией мышц языка

Ответы

1 – г; 2 – в; 3 – а; 4 – а; 5 – в; 6 – б; 7 – в; 8 – а; 9 – г; 10 – б; 11 – а; 12 – б;
13 – а; 14 – б; 15 – в.

Содержание

Введение	5
Алгоритм обследования пациентов с речевыми и когнитивными нарушениями сосудистого генеза	6
Центральные речевые нарушения – синдром афазии	7
Диагностика пациентов с синдромом афазии	9
Когнитивные нарушения сосудистого генеза	25
Диагностика когнитивных нарушений сосудистого генеза	26
Периферические речевые нарушения – синдром дизартрии	38
Диагностика синдрома дизартрии	40
Литература	43
Тестовые вопросы	45

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Московской области
«Московский областной научно-исследовательский
клинический институт им. М.Ф. Владимирского»

Щербакова Мария Михайловна

Диагностика речевых и когнитивных нарушений сосудистого генеза

Учебно-методическое пособие

Редактор: Л.Ю. Заранкина
Оригинал-макет: А.В. Васюк

ISBN 978-5-98511-478-2



9 785985 114782 >

Подписано в печать 20.09.2022. Усл. печ. л. 3. Авт. л. 2,1. Тираж 100 экз. Заказ № 13/22.

Отпечатано в ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского
129110, г. Москва, ул. Щепкина, д. 61/2, Российская Федерация



МОНИКИ
1775

ISBN 978-5-98511-478-2



9 785985 114782 >