

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
№ _____

СТАНДАРТ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

КОГНІТИВНІ ТА ПСИХОЛОГІЧНІ РОЗЛАДИ

ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ

2023

[illegible]

Загальна частина**Назва діагнозу: Гострий мозковий інсульт (ГМІ)****Коди стану або захворювання. НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»:**

G45 Транзиторні церебральні ішемічні напади та пов'язані з ними синдроми

I61 Внутрішньомозковий крововилив

I62 Інший нетравматичний внутрішньочерепний крововилив

I63 Інфаркт головного мозку

I64 Інсульт, не уточнений як крововилив або інфаркт

I69 Наслідки цереброваскулярних хвороб

Розробники:

Дубров Сергій Олександрович	Перший заступник Міністра охорони здоров'я України, голова робочої групи
Соколова Лариса Іванівна	професор кафедри неврології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, заступник голови робочої групи з клінічних питань
Гуляєва Марина Віталіївна	виконавчий директор громадської організації «Українська асоціація боротьби з інсультом», керівник науково-організаційного відділу Інсультного центру медичного центру «Універсальна клініка «Оберіг» (за згодою)
Коваленко Ольга Євгеніївна	професор кафедри сімейної медицини та амбулаторно- поліклінічної допомоги Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика
Колосинська Олена Олександрівна	провідний науковий співробітник відділу медичної експертизи та лікування наслідків впливу радіаційного опромінення Інституту клінічної радіології державної установи «Національний науковий центр радіаційної медицини Національної академії медичних наук України» (за згодою)
Костюк Михайло Романович	старший науковий співробітник відділення судинної нейрохірургії державної установи «Інститут нейрохірургії імені акад. А.П. Ромоданова Національної академії медичних наук України» (за згодою)
Лебединець Дмитро Володимирович	керівник Інсультного центру клінічна лікарня «Феофанія» Державного управління справами (за згодою)
Литвак Світлана Олегівна	керівник Інсультного нейрохірургічного центру державної установи «Інститут нейрохірургії імені акад. А.П. Ромоданова Національної академії медичних наук України» (за згодою)

Ліщишина Олена Михайлівна	завідувач наукового відділу організації медичної допомоги Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами (за згодою)
Міщенко Тамара Сергіївна	головний науковий співробітник Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України» (за згодою)
Мороз Володимир Васильович	завідувач відділення невідкладної судинної нейрохірургії з рентгеноопераційною державної установи «Інститут нейрохірургії імені акад. А.П. Ромоданова Національної академії медичних наук України» (за згодою)
Міщенко Владислав Миколайович	завідувач відділу судинної патології головного мозку та реабілітації державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», професор кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна (за згодою)
Московко Сергій Петрович	завідувач кафедри нервових хвороб Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова
Прокопів Марія Мирославівна	в.о. завідувача кафедри неврології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця
Рощін Георгій Георгійович	завідувач кафедри медицини катастроф та військово-медичної підготовки Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика
Фломін Юрій Володимирович	завідувач Інсульного центру медичного центру «Універсальна клініка «Оберіг» (за згодою)

Методичний супровід та інформаційне забезпечення

Гуленко Оксана Іванівна	начальник відділу стандартизації медичної допомоги державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», заступник голови робочої групи з методологічного супроводу
Шилкіна Олена Олександрівна	заступник начальника відділу стандартизації медичної допомоги Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України»

Рецензенти

Маньковський Дмитро Станіславович	завідуючий відділенням кардіоневрології Державної установи «Інститут серця Міністерства охорони здоров'я України», д.мед.н.
Негрич Тетяна Іванівна	завідувач кафедри неврології Львівського Національного медичного університету імені Данила Галицького, д.мед.н., професор

Дата оновлення стандарту - 2028 рік

Перелік скорочень

ЗОЗ	заклад охорони здоров'я
КМП	клінічний маршрут пацієнта
КТ	комп'ютерна томографія
МРТ	магнітно-резонансна томографія
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я України
ПЕТ	позитронно-емісійна томографія
ПІД	постінсультна депресія
СКП	судинні когнітивні порушення
СОАС	синдром обструктивного апное уві сні
ТІА	транзиторна ішемічна атака
ЦСР	цереброспінальна рідина
МоСА	Montreal Cognitive Assessment (Монреальське когнітивне оцінювання)
NMDA	N-метил-D-аспартат
СМД	стандарт медичної допомоги
Форма №025/о	Форма первинної медичної документації № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого № », затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 669/20982
Форма №003/о	Форма первинної медичної документації № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого № », затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 21 січня 2016 року № 29, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 12 лютого 2016 року за № 230/28360

Розділ І. Постінсультна депресія (ПІД): скринінг, діагностика, лікування

1. Положення стандарту

Пацієнти, які перенесли інсульт, мають бути вчасно обстежені щодо наявності ознак ПІД на різних етапах надання медичної допомоги: під час перебування у гострому періоді, при переведенні із закладу охорони здоров'я (ЗОЗ), де пацієнт перебував у гострому періоді, на стаціонарну реабілітацію; перед випискою після реабілітації; під час вторинної профілактики; під час наступних візитів до фахівців та періодичних оцінок стану здоров'я у лікарів загальної практики-сімейних лікарів.

Лікувальні заходи з ведення ПІД включають немедикаментозні, медикаментозні методи та їх комбінацію.

Лікування пацієнтів, які перенесли інсульт та мають виражену тривожність із клінічними проявами депресії або без них, має регулярно оцінюватись, а моніторинг має включати оцінку будь-яких змін ступеня тяжкості депресії, аналіз потенційних побічних ефектів та перегляд планів лікування, в тому числі медикаментозного.

2. Обґрунтування

Приблизно в однієї третини усіх людей, які перенесли інсульт, через деякий час після інсульту будуть проявлятися симптоми депресії (спостереження в гострому, підгострому періодах та довгострокове спостереження). Найвища частота ПІД може проявлятися протягом перших трьох-шести місяців після інсульту, іноді через два роки після інсульту.

ПІД пов'язана з погіршенням функціонального відновлення, підвищеним ризиком інвалідності, погіршенням когнітивних функцій та зниженням соціальної активності. Крім того, наявність постінсультної депресії була пов'язана з підвищеним ризиком смертності. Раннє виявлення, діагностика і лікування постінсультної депресії сприяють поліпшеним результатам.

Тяжкість функціональних обмежень, тяжкість інсульту, когнітивні порушення, вік, у якому стався інсульт і попередня депресія в анамнезі були визначені, як важливі фактори ризику розвитку ПІД. Усі пацієнти, які перенесли інсульт, мають ризик розвитку ПІД, що може виникнути на будь-якому з етапів відновлення.

Пацієнт, який є кандидатом для цього діагнозу, має пригнічений настрій та втрату інтересу або задоволення разом із чотирма іншими симптомами депресії (наприклад, втрата маси тіла, безсоння, психомоторне збудження, відчуття втоми/знесилення, відчуття нікчемності, зниження концентрації, суїцидальні думки) тривалістю два або більше тижнів. Тривожність та апатія часто поєднуються з депресією після інсульту або можуть з'явитися у пацієнтів, які перенесли інсульт, але не страждають клінічною значущою ПІД. Визначення понять та опис станів, що відносяться до порушень настрою, когніції та відчуття втоми/знесилення після інсульту, наведені у додатку 1 до цих Стандартів.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) Пацієнтам, які перенесли інсульт, членам сім'ї/особам, які здійснюють догляд, надається інформація щодо стану пацієнта, плану обстеження, лікування і подальшого спостереження, у тому числі стосовно заходів щодо виявлення та лікування ПД, а також надається можливість повідомити щодо впливу інсульту на їх життя на всіх етапах надання медичної допомоги.

2) Існує задокументований індивідуальний план обстеження та лікування, узгоджений з пацієнтом, членами сім'ї/особами, які здійснюють догляд.

3) Усім пацієнтам, які перенесли інсульт, має бути проведений скринінг з метою виявлення ПД, окрім випадків, коли пацієнт не реагує на лікування або має розлади, що заважають діагностичі розладів настрою. Скринінг щодо наявності депресії проводиться відповідно до чинних галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я. В процесі діагностики слід брати до уваги будь-які наявні фактори ризику депресії, психічних або когнітивних передінсультних проявів.

4) У пацієнтів, які мають певний ступінь розладів комунікації або її повне порушення після інсульту, з метою скринінгу щодо можливої ПД слід використовувати інструменти, які не базуються на вербальному спілкуванні.

5) У пацієнтів, які перенесли інсульт та мають легкі симптоми депресії, тих, у кого діагностована легка депресія, рекомендовано спочатку обмежитись динамічним спостереженням.

6) Пацієнтам, які перенесли інсульт та мають виражену тривожність із клінічними проявами депресії або без них, якщо депресія є стійкою або посилюється, і це перешкоджає досягненню клінічних цілей, призначається медикаментозна терапія згідно з відповідними чинними галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

7) Регулярний моніторинг ефективності лікування ПД має включати оцінку будь-яких змін ступеня тяжкості депресії, аналіз потенційних побічних ефектів та оновлення планів лікування; при задовільному ефекті, лікування продовжують, як мінімум, протягом 6-12 місяців.

8) За відсутності ефекту через 2-4 тижні після початку лікування, слід оцінити дотримання пацієнтом режиму прийому лікарських засобів; якщо пацієнт належним чином приймав лікування, надати рекомендації щодо збільшення дози, додавання інших лікарських засобів або зміни антидепресанту.

9) Після початкового курсу лікування пацієнту надаються індивідуальні рекомендації щодо доцільності підтримуючої терапії (необхідно врахувати анамнез та фактори ризику рецидиву депресії) та якщо прийнято рішення щодо припинення лікування антидепресантами, дозу ліків поступово зменшують протягом 1-2 місяців. Після початкового лікування ПД необхідне подальше спостереження за пацієнтами, які перенесли інсульт, щодо посилення чи рецидиву депресії.

10) Пацієнтам які перенесли інсульт, з метою профілактичного лікування ПД можуть бути рекомендовані антидепресанти, але з урахуванням співвідношення ризику та користі.

11) Немедикаментозне лікування ПД передбачає когнітивно-поведінкову терапію або міжособистісну терапію як лікування першої лінії у вигляді монотерапії, а також на додаток до терапії антидепресантами, з урахуванням стану здоров'я пацієнта та наявності інших порушень (наприклад, комунікативних та інших когнітивних порушень).

Бажані:

12) Пацієнтам, які перенесли інсульт та мають виражену апатію з клінічними проявами депресії або без них, надаються рекомендації щодо немедикаментозного лікування, наприклад, призначення фізичних вправ, музичної терапії або інших видів терапії.

13) Пацієнтам, які перенесли інсульт, надаються консультації та навчання, що включають інформацію про рецидив або посилення симптомів ПД та їх прояви, необхідності звернення до лікуючого лікаря в разі повторної появи цих ознак, щодо важливості дотримання призначеного режиму лікування та інших рекомендацій.

Розділ II. Судинні когнітивні порушення (СКП): скринінг, діагностика, лікування

1. Положення стандарту

Пацієнти, які перенесли інсульт або транзиторну ішемічну атаку (ТІА), мають бути обстежені щодо СКП на різних етапах надання медичної допомоги: під час перебування у гострому періоді, при переведенні із закладу охорони здоров'я (ЗОЗ), де пацієнт перебував у гострому періоді, на стаціонарну реабілітацію; перед випискою після реабілітації; під час вторинної профілактики; під час наступних візитів до фахівців та періодичних оцінок стану здоров'я у лікарів загальної практики-сімейних лікарів.

Скринінг щодо СКП проводиться за допомогою Монреальського тесту оцінювання когнітивних функцій (Montreal Cognitive Assessment - MoCA), наведений у додатку 2 до цих Стандартів.

Діагноз СКП має бути підтверджений за допомогою візуалізації головного мозку шляхом проведення комп'ютерної томографії (КТ) або магнітно-резонансної томографії (МРТ).

За результатами проведених досліджень визначається комплекс відповідних лікувальних, компенсуючих та/або адаптивних втручань з урахуванням особистісно-орієнтованих для пацієнта потреб та цілей.

2. Обґрунтування

СКП вражають до 60% людей, які перенесли інсульт, та пов'язані з гіршим відновленням і зниженням функцій в повсякденній діяльності. Вони охоплюють широкий спектр когнітивних розладів, від відносно легких когнітивних

порушень судинного походження до судинної деменції, найтяжчої форми СКП. Пацієнтам може знадобитися тривале постійне втручання і реабілітація.

В усіх пацієнтів з клінічними проявами інсульту або ТІА є ризик СКП. Когнітивні порушення можуть бути хронічними та прогресувати після інсульту; постінсультна деменція, за оцінками, виникає у 26% пацієнтів з інсультом до трьох місяців і негативно впливає на відновлення. Когнітивні порушення підсилюють довгострокову залежність та пов'язані з підвищеним рівнем смертності.

Скринінг та діагностика СКП у пацієнтів, які перенесли інсульт, та мають фактори ризику судинних захворювань та СКП (ознаки прихованих інсультів чи уражень білої речовини при нейровізуалізації, артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, фібриляція передсердь або інші серцеві захворювання), може проводитись на різних етапах лікування.

Лікування гіпертензії може уповільнити зниження когнітивної функції навіть за відсутності інсульту, тому його слід призначити усім людям з підвищеним артеріальним тиском, які або належать до групи високого ризику, або уже перенесли інсульт. Відомо, що депресія сприяє судинним когнітивним порушенням, тому необхідно її вчасно виявляти.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) Пацієнтам, які перенесли інсульт і мають ознаки когнітивних порушень (клінічні, анамнестичні, за даними пацієнта чи членів його родини або виявлені під час скринінгу), оцінка щодо нейрокогнітивного функціонування має проводитись фахівцями, які мають відповідну підготовку та досвід.

2) Оцінка когнітивних порушень у пацієнтів, які перенесли інсульт, передбачає тестування когнітивних функцій, визначення цереброваскулярних порушень за допомогою нейровізуалізації, оцінку впливу дефіциту на функціональну спроможність та безпеку у повсякденній життєдіяльності, оцінку ризиків, пов'язаних з когнітивними порушеннями, що зберігаються.

3) При проведенні оцінки когнітивних порушень у пацієнтів, які перенесли інсульт, мають бути враховані наявність комунікативних та сенсомоторних розладів (мовлення і мова, зір, слух), делірію, загальмованості, нейропсихічних симптомів (депресія, апатія та тривожність) та інших захворювань, які можуть тимчасово вплинути на когнітивні здібності. Також слід враховувати вплив віку, стадії розвитку або передінсультні функції; слід брати до уваги особистісні цілі, які можуть відрізнятися на різних етапах життя, здатність пацієнта робити усвідомлений вибір і приймати рішення.

4) Пацієнтам, які перенесли інсульт та мають ознаки СКП, надається рекомендація щодо направлення їх для подальшого лікування та реабілітації до ЗОЗ, які спеціалізуються на медичній допомозі пацієнтам з СКП.

5) Терапевтичні втручання у пацієнтів, які перенесли інсульт та мають когнітивні порушення, повинні бути індивідуалізовані, визначаються за результатами проведеного оцінювання; вони мають враховувати сильні та слабкі сторони когнітивного профілю і комунікативних здібностей пацієнта, можуть

залучати за необхідності додаткову підтримку (наприклад, участь сім'ї), мають довгострокову мету сприяти відновленню бажаного для пацієнта рівня діяльності.

6) Пацієнтів, які перенесли інсульт та мають когнітивні порушення і зміни настрою (наприклад, пригнічення, тривожність) або інші поведінкові зміни за даними скринінгу, рекомендовано направити до відповідного фахівця з психіатричної допомоги з метою проведення скринінгу щодо депресії.

7) Для окремих пацієнтів із судинною або змішаною деменцією після інсульту може бути рекомендовано призначення інгібіторів холінестерази (донепезил, ривастигмін та галантамін) і антагоністу рецепторів N-метил-D-аспартату (NMDA) мемантину.

Бажані:

8) Реабілітаційні програми при СКП можуть включати заходи з компенсації та пряме відновлення/тренування когнітивних навичок; вибір стратегії має бути індивідуалізований залежно від клінічного профілю конкретного пацієнта. При виборі реабілітаційних програм слід враховувати здібності до навчання пацієнтів із СКП після інсульту, а також те, як найкраще проводити це навчання, щоб збільшити переваги від програм.

9) Якщо рівень когнітивних порушень досяг помірної стадії деменції (коли людина не може жити самостійно), доцільно організувати підтримку та навчання опікунів або осіб, які здійснюють догляд, на додаток до/або замість когнітивної реабілітації пацієнта.

10) При когнітивних порушеннях, що охоплюють увагу, пам'ять і виконавчі функції, в якості додаткової терапії може бути рекомендовано виконання аеробних вправ.

Розділ III. Відчуття втоми/знесилення після інсульту: діагностика та лікування

1. Положення стандарту

Пацієнти, які перенесли інсульт, мають бути обстежені щодо наявності ознак постінсультного відчуття втоми/знесилення на різних етапах надання медичної допомоги: під час перебування у гострому періоді, при переведенні із закладу охорони здоров'я (ЗОЗ), де пацієнт перебував у гострому періоді, на стаціонарну реабілітацію; перед випискою після реабілітації; під час вторинної профілактики; під час наступних візитів до фахівців та періодичних оцінок стану здоров'я у лікарів загальної практики-сімейних лікарів.

Фахівці, які надають медичну допомогу пацієнтам, що перенесли інсульт, мають бути обізнані щодо симптомів відчуття постінсультної втоми/знесилення та способів їх лікування, а також надавати інформацію пацієнтам та/або членам сім'ї/особам, які здійснюють догляд, щодо проявів цього стану та рекомендацій з його лікування.

2. Обґрунтування

Відчуття втоми/знесилення після інсульту – це багатовимірний моторно-перцептивний, емоційний і когнітивний стан, що характеризується почуттям виснаження та змореності, браком енергії та відразою до зусиль, який з'являється під час фізичної або розумової активності та, зазвичай, не проходить після відпочинку.

Стан післяінсультної втоми/знесилення часто не діагностується, а його прояви у пацієнтів можуть з'являтися як у гострому, так і у віддаленому періоді відновлення після інсульту. Цей стан негативно впливає на здатність людини брати активну участь у реабілітації, що пов'язано з гіршими довгостроковими результатами лікування.

Післяінсультне відчуття втоми/знесилення часто не розпізнається; отже медичні працівники повинні передбачити можливість постінсультної втоми та готувати пацієнтів, що пережили інсульт, та їх родини до зменшення втоми за допомогою оцінки, навчання та втручань впродовж усього періоду відновлення після інсульту.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) Скринінг щодо наявності ознак постінсультного відчуття втоми/знесилення проводиться перед випискою із ЗОЗ, де пацієнт перебував у гострому періоді або під час реабілітації, та періодично під час наступних відвідувань лікуючого лікаря. Характерні ознаки постінсультного відчуття втоми/знесилення можуть включати: нездоланну втому та брак енергії для виконання повсякденних справ; ненормальна потреба у дрімоті, відпочинку або тривалому сні; більш швидка втома від повсякденної діяльності, ніж до інсульту; непередбачуване відчуття втоми без явних причин.

2) Пацієнти, які перенесли інсульт та відчувають постінсультну втому/знесилення, мають бути обстежені щодо наявності супутніх захворювань або інших чинників, які пов'язані із відчуттям втоми та/або посилюють її: ознаки депресії або інших станів, пов'язаних з настроєм; порушення сну або чинники, що знижують якість сну (наприклад, апное уві сні, біль); інші розповсюджені захворювання у пацієнтів після інсульту, що підвищують втому, наприклад, системні інфекції, такі як уроінфекції, зневоднення, гіпотериоз, а також прийом седативних лікарських засобів.

3) Пацієнтам, які перенесли інсульт, рекомендується медикаментозне лікування постінсультної втоми за допомогою армодафінілу.

4) Немедикаментозне лікування постінсультної втоми має бути індивідуалізованим та передбачає застосування наступних методів: психотерапія (когнітивно-поведінкова терапія), зменшення стресу шляхом усвідомлення, фізичні навантаження, відповідно до переносимості, методики збереження енергії, які передбачають оптимізацію повсякденної діяльності та зосередження на пріоритетній діяльності, заходи щодо оптимізації режиму сну та відпочинку тощо.

Бажані:

5) Пацієнтам, які перенесли інсульт, та/або членам сім'ї/особам, які здійснюють догляд, надається інформація щодо методів лікування постінсультної втоми, за необхідності організовується навчання відповідним практикам, надаються рекомендації щодо необхідності інформування медичних працівників, членів сім'ї, опікунів стосовно змін свого енергетичного статусу та потреби у відпочинку.

Індикатори якості медичної допомоги

Перелік індикаторів якості медичної допомоги

1. Наявність у ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам з порушенням настрою і когнітивних функцій та відчуттям втоми/знесилення після інсульту, клінічного маршруту пацієнта (КМП).

2. Відсоток випадків порушення настрою і когнітивних функцій та відчуття втоми/знесилення після інсульту, виявлених протягом звітного періоду, для яких діагноз підтверджено.

Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

1. Наявність у ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам з порушенням настрою і когнітивних функцій та відчуттям втоми/знесилення після інсульту, клінічного маршруту пацієнта.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Стандарту медичної допомоги «Настрій, когніція та відчуття втоми/знесилення після інсульту».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасного КМП в регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам з порушенням настрою і когнітивних функцій та відчуттям втоми/знесилення після інсульту, відповідність надання медичної допомоги вимогам КМП, відповідність КМП чинному СМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП в ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2024 рік – 50%

2025 рік – 90%

2026 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація (ЗОЗ), що має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються ЗОЗ, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх ЗОЗ, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, зареєстрованих в районі обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить

інформацію про кількість лікарів ЗОЗ, які надають медичну допомогу пацієнтам з порушенням настрою і когнітивних функцій та відчуттям втоми/знесилення після інсульту, зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, зареєстрованих в районі обслуговування, для яких задокументований факт наявності клінічного маршруту пацієнта з порушенням настрою і когнітивних функцій та відчуттям втоми/знесилення після інсульту (наданий екземпляр КМП). Джерелом інформації є КМП, наданий лікарем, який надає пацієнтам з порушенням настрою і когнітивних функцій та відчуттям втоми/знесилення після інсульту.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

2. Відсоток випадків порушення настрою і когнітивних функцій та відчуття втоми/знесилення після інсульту, виявлених протягом звітного періоду, для яких діагноз підтверджено.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Стандарту медичної допомоги «Настрій, когніція та відчуття втоми/знесилення після інсульту».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження СМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація, що має обчислювати індикатор: ЗОЗ, що надають амбулаторну медичну допомогу пацієнтам з порушенням настрою і когнітивних функцій та відчуттям втоми/знесилення після інсульту, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються ЗОЗ, що надають амбулаторну медичну допомогу пацієнтам з порушенням настрою і когнітивних функцій та відчуттям втоми/знесилення після інсульту, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Індикатор обчислюється ЗОЗ, що надають амбулаторну медичну допомогу пацієнтам з порушенням настрою і когнітивних функцій та відчуттям втоми/знесилення після інсульту, структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх ЗОЗ, що надають амбулаторну медичну допомогу пацієнтам з порушенням настрою і когнітивних функцій та відчуттям втоми/знесилення після інсульту, зареєстрованим на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з порушенням настрою і когнітивних функцій та відчуттям втоми/знесилення після інсульту, яким було поставлено діагноз порушення настрою і когнітивних функцій та відчуття втоми/знесилення після інсульту з початку звітного періоду.

Джерелом інформації є: форма № 025/о.

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з порушенням настрою і когнітивних функцій та відчуттям втоми/знесилення після інсульту, для яких наявні записи про лікування протягом звітного періоду з приводу рецидиву порушення настрою і когнітивних функцій та відчуття втоми/знесилення після інсульту.

Джерелом інформації є: форма № 025/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

Перелік літературних джерел, використаних при розробці стандартів медичної допомоги

1. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Настрій, когніція та відчуття втоми/знесилення після інсульту», 2023 рік.
2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.
3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.
4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 липня 2014 року № 527 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 13 серпня 2014 року за № 959/25736.
5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13 червня 2022 року № 1011 «Про затвердження чотирнадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

**В. о. директора Департаменту
медичних послуг**

Тетяна ОРАБІНА

Додаток 1
до Стандартів медичної допомоги
«Когнітивні та психологічні розлади
після інсульту»
(пункт 2 розділу I)

**Визначення понять та опис станів, що відносяться до порушень настрою,
когніції та відчуття втоми/знесилення після інсульту**

Постінсультна депресія

Пацієнт, який є кандидатом для цього діагнозу, має пригнічений настрій або втрату інтересу або задоволення разом із чотирма іншими симптомами депресії (наприклад, втрата ваги, безсоння, психомоторне збудження, відчуття втоми/знесилення, відчуття нікчемності, зниження концентрації, суїцидальні думки) тривалістю два або більше тижнів. У її патогенезі беруть участь кілька механізмів, зокрема біологічні, поведінкові та соціальні фактори.

Симптоми, зазвичай, з'являються протягом перших трьох місяців після інсульту (постінсультна депресія з раннім початком); однак можуть виникнути в будь-який час (постінсультна депресія з пізнім початком). Симптоми нагадують симптоми депресії, викликані іншими причинами, хоча є і деякі відмінності: люди, які перенесли інсульт із депресією після нього, частіше відчувають порушення сну, вегетативні симптоми та соціальну ізоляцію.

Судинна депресія –це нова концепція, що включає більш широкий спектр депресивних розладів. Судинна депресія пов'язана з ішемією дрібних судин і у людей, які страждають на судинну недостатність, можуть бути наявні ознаки ураження білої речовини при нейровізуалізації. Судинна депресія також включає постінсультну депресію (ПІД), як підкатегорію. Для осіб після інсульту із судинною депресією характерний початок у старшому віці, більш виражені когнітивні порушення, відсутність депресій у сімейному й власному анамнезі та більш серйозні фізичні порушення, аніж у літніх людей з несудинною депресією. Було виявлено, що вони по-різному реагують на лікування та мають різний прогноз. Крім того, люди з судинною депресією, яка супроводжується виконавчою дисфункцією, та/або люди, у яких з плином часу спостерігається прогресування гіперінтенсивності білої речовини, погано реагують на лікування антидепресантами та мають більш хронічний та рецидивуючий клінічний перебіг.

Апатію найчастіше визначають як багатовимірний синдром зменшення обсягу цілеспрямованої діяльності, емоцій та когніції. У людей спостерігається втрата мотивації, переживань, інтересу та емоційних реакцій, що призводить до втрати ініціативи, зниження взаємодії з середовищем і зниження інтересу до суспільного життя. Це може негативно вплинути на відновлення після інсульту. Апатія може виникати як самостійний синдром, хоча вона також може виникати,

як симптом депресії або деменції. Повідомляється, що апатія зустрічається у 29-40% людей, які перенесли інсульт.

Тривожність після інсульту характеризується почуттям напруги, сильним побоюванням і занепокоєнням, а також фізичними проявами, такими як підвищення артеріального тиску. Тривожні розлади виникають, коли симптоми стають надмірними або хронічними. У літературі, присвяченій постінсультному періоду, для визначення тривожності використовували як наявність так і тяжкість симптомів згідно з перевіреними скринінговими та оціночними шкалами (наприклад, Госпітальна шкала тривожності та депресії), так і за допомогою діагностичних критеріїв відповідних синдромів (наприклад, панічні розлади, загальний тривожний розлад, соціальна фобія).

Судинні когнітивні порушення. Включають когнітивні та поведінкові розлади, пов'язані з цереброваскулярними захворюваннями та факторами ризику, від помірного когнітивного дефіциту до явної деменції. Судинні когнітивні порушення – це синдром із когнітивними порушеннями, які включають принаймні один домен когнітивних функцій (наприклад, увага, пам'ять, мова, сприйняття чи виконавчі функції) з ознаками клінічного інсульту або субклінічного судинного ураження мозку. Судинні когнітивні порушення охоплюють широкий спектр когнітивних розладів, від відносно легких когнітивних порушень судинного походження до судинної деменції, найтяжчої форми судинних когнітивних порушень. Судинні когнітивні порушення також відіграють важливу роль у людей з хворобою Альцгеймера, які водночас мають судинні ураження.

Когнітивні розлади. Картина когнітивних розладів при судинних когнітивних порушеннях може охоплювати будь-який домен когнітивних функцій. Найчастіше страждають увага, швидкість обробки інформації та фронтальні виконавчі функції (що включають такі функції, як планування, прийняття рішень, судження, виправлення помилок, порушення здатності послідовно виконувати поставлене завдання, пригнічувати відповідь або переключатися з одного завдання на інше), а також здатність утримувати у голові інформацію та користуватись нею (наприклад, оперативна пам'ять). Інші когнітивні функції, які можуть бути порушені, включають: навчання та пам'ять (негайна, короткотривала, довготривала), мову (вимова, розуміння мови, називання предметів, граматики та синтаксис), зорово--конструктивно-перцептивну здатність, праксис-гнозис-схему тіла та соціальну когніцію.

Судинна патологія. Когнітивні порушення можуть виникати внаслідок низки судинних уражень, включаючи великі або множинні кіркові інфаркти, множинні підкіркові інфаркти, приховані («німі») інфаркти, стратегічні інфаркти, хворобу дрібних судин (ішемічні зміни білої речовини, множинні лакунарні інфаркти, розширення периваскулярних просторів, коркові мікроінфаркти, мікрокрововиливи) та крововиливи у мозок. Фактори ризику, такі як артеріальна гіпертензія, цукровий діабет і вогнищева або глобальна гіперперфузія головного мозку також асоціюються з когнітивними порушеннями.

Відчуття втоми/знесилення після інсульту. Відчуття втоми/знесилення після інсульту – це багатовимірний моторно-перцептивний, емоційний і когнітивний стан, що характеризується почуттям виснаження та змореності, браком енергії та відразою до зусиль, який з'являється під час фізичної або розумової активності та, зазвичай, не проходить після відпочинку. Втому можна поділити на об'єктивну або суб'єктивну. Об'єктивна втома визначається, як зниження продуктивності, що можна побачити та виміряти та виникає при повторному виконанні фізичної або розумової задачі, тоді як суб'єктивна втома – це відчуття виснаження та відрази до зусиль.

Характеристики відчуття втоми/знесилення після інсульту можуть включати: нездоланну втому та брак енергії для виконання повсякденних справ; ненормальна потреба у дрімоті, відпочинку або тривалому сні; більш швидка втома від повсякденної діяльності, ніж до інсульту; непередбачуване відчуття втоми без явних причин.

Післяінсультне відчуття втоми/знесилення – розповсюджений стан, який може виникнути після інсульту в будь-який момент у процесі відновлення. Післяінсультне відчуття втоми/знесилення часто не розпізнається; отже медичні працівники повинні передбачити можливість післяінсультної втоми та готувати пацієнтів, що пережили інсульт, та їх родини до зменшення втоми за допомогою оцінки, навчання та втручань впродовж усього періоду відновлення після інсульту.

Післяінсультне відчуття втоми/знесилення, ймовірно, не пов'язане з тяжкістю інсульту. Люди, які перенесли легкий інсульт, можуть теж відчувати післяінсультну втому.

Додаток 2
до Стандартів медичної допомоги
«Когнітивні та психологічні розлади
після інсульту»
(пункт 2 розділу I)

Монреальський Когнітивний Тест (MoCA)

Інструкція із застосування й оцінки

Монреальський Когнітивний Тест (MoCA) був розроблений як швидкий інструмент для визначення помірної когнітивної дисфункції. Він оцінює різні когнітивні аспекти: увагу й концентрацію, виконавчі функції, пам'ять, мову, зорово-конструктивні навички, абстрактне мислення, рахунок і орієнтацію. Час виконання MoCA тесту приблизно 10 хвилин. Максимально можливий результат - 30 балів. Результат 26 балів і вище розглядається як норма.

1. Альтернативний взаємозв'язок:

Керівництво:

Екзаменатор інструктує обстежуваного: "Будь ласка, намалуйте лінію, що йде від цифри до літери у висхідному порядку. Почніть звідси [вказати на одиницю] і намалуйте лінію, що йде від цифри «1» до літери «А», потім до цифри «2» і так далі. Закінчите тут [вказати на букву «Д»]".

Підрахунок:

Зараховується один бал, якщо обстежуваний успішно намалював наступний паттерн: 1-А-2-Б-3-В-4-Г-5-Д, без пересічних ліній. Бал не зараховується, якщо є будь-яка помилка, що не була негайно самостійно виправлена.

2. Зорово-конструктивні навички (Куб):

Керівництво:

Екзаменатор дає наступні інструкції, указуючи на куб: "Нижче у вільному місці скопіюйте цей малюнок так точно, як можете".

Підрахунок:

Зараховується один бал за точно виконаний малюнок.

- Малюнок повинен бути трьохмірно-просторовий;
- Усі лінії повинні бути скопійовані;
- Не повинно бути зайвих ліній;
- Лінії повинні бути відносно паралельні й однакової довжини (прямокутні призми прийнятні).

Бал не зараховується, якщо не виконаний будь-який із перерахованих вище критеріїв.

3. Зорово-конструктивні навички (Годинник):

Керівництво:

Укажіть на праву верхню третину аркуша і дайте наступні інструкції: "Намалуйте годинник. Поставте на циферблаті усі цифри й укажіть час 10 хвилин на дванадцяту".

Підрахунок:

Зараховується один бал за кожний із наступних трьох критеріїв:

- Контур (1 бал): циферблат повинен виглядати як коло, припустимі тільки незначні викривлення (наприклад, незначний дефект змикання кола);
- Цифри (1 бал): повинні бути присутні усі цифри циферблату, не повинно бути, додаткових цифр; цифри повинні розташовуватися в правильному порядку й у відповідних квадрантах на циферблаті; римські цифри прийнятні; цифри можуть бути розташовані за межами контуру циферблату.
- Стрілки (1 бал): повинно бути дві стрілки, що спільно вказують на вірний час; годинна стрілка повинна бути чітко коротшою, аніж хвилинна; стрілки повинні розміщуватися в центрі циферблату і їх з'єднання повинне бути близько до центру годинника.

Бал не зараховується за даний пункт, якщо будь-який із перерахованих вище критеріїв не дотримано.

4. Назви:

Керівництво:

Починаючи зліва, указуючи на кожний малюнок запитати: "Назвіть цю тварину".

Підрахунок:

Один бал присуджується за кожну правильну відповідь: (1) верблюд, (2) лев, (3) носоріг.

5. Пам'ять:

Керівництво:

Екзаменатор читає список з 5 слів із частотою одне слово за секунду, даючи наступні інструкції: "Це тест для перевірки пам'яті. Я прочитаю кілька слів, які Ви повинні запам'ятати. Слухайте уважно. Коли я прочитаю, повторіть стільки слів, скільки Ви запам'ятали. Не має значення, у якому порядку Ви їх назвете". Позначте у відповідному полі названі обстежуваним слова в цій першій спробі. Коли обстежуваний укаже, що він (вона) закінчив (повторив усі слова), або не може згадати більше слів, прочитайте список другий раз із наступними інструкціями: "Я прочитаю ті ж кілька слів другий раз. Спробуйте їх запам'ятати й назвати мені стільки слів, скільки Ви можете, включаючи слова, які Ви назвали перший раз". Позначте у відповідному полі названі обстежуваним слова після другої спроби.

Після закінчення другої спроби проінформуйте обстежуваного про те, що Ви попросите його (її) повторити ці слова знову: "Наприкінці тесту я попрошу Вас повторити ці слова знову".

Підрахунок:

У цьому завданні бали не присуджуються ні за першу, ні за другу спробу.

6. Увага:

Повторення цифр у прямому порядку:

Керівництво:

Дайте наступні інструкції: "Я збираюся назвати декілька цифр. Після того, як я їх назву, повторіть ці цифри в тому ж порядку". Прочитайте п'ять цифр із

частотою одна цифра за секунду.

Повторення цифр у зворотному порядку:

Керівництво:

Дайте наступні інструкції: "Тепер я збираюся назвати ще кілька цифр, але ви повинні повторити їх у зворотному порядку". Прочитайте три цифри із частотою одна цифра за секунду.

Підрахунок:

Додайте один бал за кожне вірно виконане завдання (NB.: вірна відповідь для завдання з повторення цифр у зворотному порядку 2-4-7).

Пильність:

Керівництво:

Екзаменатор читає список літер із частотою одна літера за секунду після наступних інструкцій: "Я збираюся прочитати ряд літер. Щоразу, коли я назву літеру "А" вдарте долонею по столу один раз. Якщо я назву іншу літеру, не треба ударяти долонею".

Підрахунок:

Додається один бал, якщо немає помилок або є тільки одна помилка (помилкою вважається удар долонею при називанні іншої літери або відсутність удару при проголошенні літери "А").

Послідовне лічіння:

Керівництво:

Екзаменуєчий дає наступну інструкцію: "Тепер я попрошу Вас відняти 7 від 100, потім віднімайте 7 від Вашої відповіді й так доти, поки я Вас не зупиню". Дайте цю інструкцію двічі, якщо необхідно.

Підрахунок:

За це завдання може бути максимально присуджено три бали. Бали не присуджуються, якщо не було дано жодної правильної відповіді. Один бал присуджується за одну правильну відповідь, два бали – за дві або три правильні відповіді і три бали, якщо обстежуваний дав чотири або п'ять правильних відповідей. Кожне віднімання оцінюється незалежно; якщо обстежуваний відповів неправильно, але потім правильно відняв 7 від неправильної відповіді, надайте 1 бал за кожну правильну відповідь. Наприклад, обстежуваний може відповісти "92 - 85 - 78 - 71 - 64", де "92" неправильна відповідь, але всі інші вирахування зроблені правильно. Це одна помилка, й у цьому випадку необхідно надати 3 бали за це завдання.

7. Повторення фрази:

Керівництво:

Екзаменуєчий дає наступні інструкції: "Я прочитаю Вам речення. Повторіть його з точністю так, як я скажу [пауза]": "Я упевнений в одному, тільки Євген – це той, хто може сьогодні допомогти". Після відповіді скажіть: "Тепер я прочитаю Вам інше речення. Повторіть його з точністю як я скажу [пауза]": "Кіт завжди ховався під диваном, коли пес був у кімнаті".

Підрахунок:

Додайте 1 бал за кожне точно повторене речення. Повторення повинне бути абсолютно точним. Не повинно бути пропусків слів (наприклад: пропуск слів "тільки", "завжди") і заміни / додавання (наприклад: "Євген – це той, хто допоможе сьогодні", заміни "ховається" замість "ховався", вживання множинного числа і так далі).

8. Вербальна швидкість:

Керівництво:

Екзаменуючий дає наступні інструкції: "За одну хвилину назвіть мені стільки слів, скільки зможете, які починаються з певної літери алфавіту, яку я зараз Вам запропоную. Ви можете називати будь-які слова, крім власних імен (наприклад: Євген або Київ), чисел і слів, які мають однаковий корінь, але різні суфікси (наприклад: дружба, дружити, друг). Ви готові? [Пауза] Тепер назвіть мені стільки слів, скільки можете, які починаються з літери "Н" [60 секунд]. Хвилина закінчилась".

Підрахунок:

Додається один бал, якщо обстежуваний назвав за одну хвилину 11 або більше слів. Позначте у відповідному полі кількість названих слів.

9. Абстракція:

Керівництво:

Екзаменатор просить обстежуваного пояснити спільне поміж двома словами, починаючи з прикладу: "Скажіть, що спільного між: яблуком і апельсином?" Якщо обстежуваний не дає конкретну відповідь, скажіть ще (тільки один раз): "Скажіть, що ще спільного поміж ними?" Якщо обстежуваний не дає правильну відповідь (фрукти), скажіть: "Так, ще вони обидва – фрукти". Не давайте додаткових інструкцій і роз'яснень.

Після цього прикладу, скажіть: "Тепер назвіть, що спільного поміж: поїздом і велосипедом". Після відповіді дайте наступне завдання: "Тепер скажіть, що спільного між: лінійкою й годинником". Не давайте додаткових інструкцій і роз'яснень.

Підрахунок:

Тільки два останні порівняння оцінюються. Додається 1 бал за кожну правильну відповідь. Наступні відповіді прийнятні:

Поїзд – велосипед = мається на увазі транспорт, засоби пересування, на обох можна їздити.

Лінійка – годинник = вимірювальні інструменти, використовуються для виміру.

Наступні відповіді неприйнятні: поїзд – велосипед = обидва мають колеса; лінійка – годинник = на обох намальовані цифри.

10. Пам'ять:

Керівництво:

Екзаменатор дає наступні інструкції: "Кілька хвилин назад я прочитав Вам декілька слів і попросив їх запам'ятати. Назвіть мені стільки слів, скільки Ви запам'ятали". Позначте правильно названі слова у відповідному полі. Не давайте ніяких підказок.

Підрахунок:

Додається 1 бал за кожне назване слово без будь-яких підказок.

Необов'язково (опційно):

Після спроби згадати слова без підказок використовуйте семантичні категоріальні підказки, наведені нижче, для кожного неназваного слова. Якщо обстежуваний не зміг згадати слова після категоріальних підказок, зробіть підказку множинного вибору, що складається зі списку слів для вибору, використовуючи наступну інструкцію: "Яке із цих трьох слів, на Ваш погляд було названо НІС, ОБЛИЧЧЯ, РУКА?" Зробіть позначку в спеціально відведеному місці, якщо обстежуваний згадав слово за допомогою категоріальної підказки або підказки множинного вибору.

Використовуйте наступні категоріальні підказки й/або підказки множинного вибору:

	категоріальна підказка	підказка множинного вибору
ОБЛИЧЧЯ:	частина тіла	ніс, обличчя, рука
ОКСАМИТ:	вид тканини	бавовна, синтетика, оксамит
ШКОЛА:	вид будинку	церква, школа, лікарня
РОМАШКА:	квітка	тройнда, ромашка, тюльпан
ЧЕРВОНІЙ:	колір	червоний, синій, зелений

Підрахунок:

За відповіді з підказками бали не надаються. Підказки використовуються тільки для одержання клінічної інформації й можуть дати екзаменаторові додаткову інформацію про тип розладу пам'яті. При розладі пам'яті, що характеризується утрудненням відтворення інформації, результат може бути поліпшений за допомогою підказок. При розладі пам'яті, що характеризується утрудненням запам'ятовування й зберігання інформації, результат не поліпшується за допомогою підказок.

11. Орієнтація:

Керівництво:

Екзаменатор дає наступні інструкції: "Назвіть мені сьогоднішню дату". Якщо обстежуваний не дає повної відповіді, дайте відповідну підказку: "Назвіть рік, місяць, точну дату й день тижня". Після чого скажіть: "Тепер назвіть мені назву місця, де ми зараз перебуваємо, і назву міста".

Підрахунок:

Додається один бал за кожен правильну відповідь (рік, місяць, дата, день, місце, місто). Обстежуваний повинен назвати точну дату й точне місце де він перебуває (назва лікарні, відділення). Бал за конкретне питання не нараховується, якщо обстежуваний зробив будь-яку помилку при відповіді на це питання.

Сумарна кількість балів:

Сума балів за кожне завдання підраховується на правому боці аркуша. Додайте 1 бал, якщо обстежуваний отримав освіту 12 років або менше. Максимальний результат за цим тестом – 30 балів. Остаточна сума балів 26 і більше розглядається як норма.

МОНРЕАЛЬСЬКИЙ КОГНІТИВНИЙ ТЕСТ (МОСА)

Ім'я:

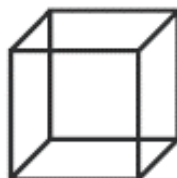
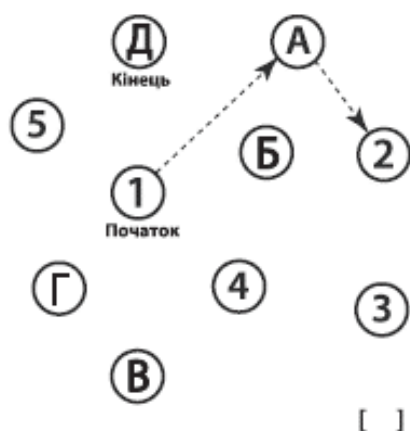
Освіта:

Стать:

Дата народження:

ДАТА:

ЗОРОВО-КОНСТРУКТИВНІ / ВИКОНАВЧИ НАВИЧКИ

Скопіюйте
кубНамалюйте ГОДИННИК
(10 хвилин на дванадцять)
(3 бали)

БАЛИ:

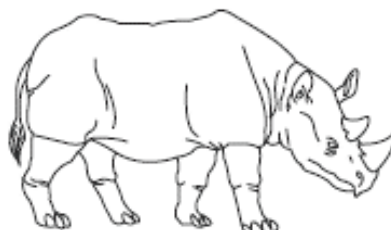
☐ ☐ ☐
Контур Цифри Стрілки

___/5

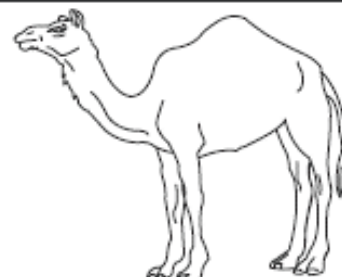
НАЗВИ



[]



[]



[]

___/3

ПАМ'ЯТЬ

Прочитайте список слів.
Обстежуваний повинен їх повторити. Зробіть дві спроби,
навіть якщо обстежуваний повторив усі слова після
першої спроби. Перепитайте слова через 5 хвилин.

	ОБЛИЧЧЯ	ОКСАМИТ	ШКОЛА	РОМАШКА	ЧЕРВОНІЙ
1 спроба					
2 спроба					

Бали не
додаються

УВАГА

Прочитайте список цифр
(1 цифра/сек)

Обстежуваний повинен повторити їх у такому ж порядку ☐ 2 1 8 5 4
Обстежуваний повинен повторити їх у зворотному порядку ☐ 7 4 2

___/2

Прочитайте список букв. Обстежуваний повинен вдарити
долонею по столу кожен раз при проголошенні букви А.

Бали не додаються, якщо є дві або більше помилок.

☐ Ф Б А С М Н А А Ж К Л Б А Ф А К Д Е А А А Ж А М О Ф А А Б

___/1

Серійне віднімання 7 починаючи зі 100.

☐ 93 ☐ 86 ☐ 79 ☐ 72 ☐ 65

4 або 5 правильних віднімань: 3 бали, 2 або 3 прав, відн.: 2 бали, 1 прав, відн.: 1 бал, 0 прав, відн.: 0 балів

___/3

МОВА

Повторіть: Я упевнений в одному, тільки Євген - це той, хто може сьогодні допомогти ☐Кіт завжди ховався під диваном, коли пес був у кімнаті ☐

___/2

Вербальна швидкість / Назвати за одну хвилину максимальну кількість слів, що починаються з букви Н ☐ ____ (N ≥ 11 слів)

___/1

АБСТРАКЦІЯ

Спільне між словами, наприклад, яблуко і апельсин = фрукти ☐ поїзд і велосипед ☐ лінійка й годинник ☐

___/2

ВІДКЛАДЕНЕ
ПОВТОРЕННЯПовторені слова
БЕЗ ПІДКАЗКИ

ОБЛИЧЧЯ	ОКСАМИТ	ШКОЛА	РОМАШКА	ЧЕРВОНІЙ
☐	☐	☐	☐	☐

Бали присуджуються
тільки за названі
слова без підказок

___/5

ОПЦІЙНО

Категоріальна підказка

Список слів для вибору

ОРІЄНТАЦІЯ

☐ Дата ☐ Місяць ☐ Рік ☐ День тижня ☐ Місце ☐ Місто

___/6

© Z. Nasreddine MD

Версія 7.1

www.mocatest.org

Норма ≥ 26 / 30

Переклад: Труфанов Є.О. MD PhD

Тестування проводить:

Сума балів:

Додайте 1 бал, якщо освіта ≤ 12
(повна середня освіта)