

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2025

УДК 614.2

**Якушин М. А., Карпова О. В., Кабаева Е. Н., Воробьева А. В., Якушина Т. И., Габриэлян А. Р., Арсеенкова О. Ю.****ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С КОГНИТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ  
(ЧАСТЬ 1)**

ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва

*Представлена характеристика отечественной модели организации медико-социальной помощи пациентам с когнитивными расстройствами в сравнении с аналогичными моделями зарубежных стран. Проанализированы причины дефектов организации медико-социальной помощи и способы их коррекции. На основе проведенного анализа представлена перспективная организационная технология, сутью которой является маршрутизация данной категории пациентов.*

**Ключевые слова:** когнитивные расстройства; деменция; кабинеты нарушения памяти; медико-социальная помощь; диагностика и лечение деменции; нейрореабилитация; организационная технология.

**Для цитирования:** Якушин М. А., Карпова О. В., Кабаева Е. Н., Воробьева А. В., Якушина Т. И., Габриэлян А. Р., Арсеенкова О. Ю. Организация медико-социальной помощи пациентам с когнитивными расстройствами (часть 1). Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(4):590—597. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-590-597>

**Для корреспонденции:** Воробьева Анна Владимировна, мл. научный сотрудник ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: vorobievaanna2010@yandex.ru

**Yakushin M. A., Karpova O. V., Kabaeva E. N., Vorobeva A. V., Yakushina T. I., Gabrielyan A. R., Arsenkova O. Yu.**

**THE ORGANIZATION OF MEDICAL SOCIAL CARE OF PATIENTS WITH COGNITIVE DISORDERS.****PART I**

The Federal State Budget Scientific Institution “The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health” of the Minobrnauka of Russia, 105064, Moscow, Russia

*The article presents characteristic of national model of organization of medical social care of patients with cognitive disorders as compared with similar models of foreign countries. The causes of defects of organization of medical social care and modes of their correction are analyzed. On the basis of analysis, prospective organizational technology is presented, essentially based on routing of this category of patients.*

**Key words:** cognitive disorders; dementia; memory impairment rooms; medical social care; diagnostics; treatment; neuro-rehabilitation; organizational technology.

**For citation:** Yakushin M. A., Karpova O. V., Kabaeva E. N., Vorobeva A. V., Yakushina T. I., Gabrielyan A. R., Arsenkova O. Yu. The organization of medical social care of patients with cognitive disorders. Part I. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2025;33(4):590–597 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-4-590-597>

**For correspondence:** Vorobeva A. V., the Junior Researcher of the Federal State Budget Scientific Institution “The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health” of the Minobrnauka of Russia. e-mail: vorobievaanna2010@yandex.ru

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support.

Received 04.08.2024

Accepted 30.10.2024

**Введение**

К 2050 г. ожидается шестикратный (!) по сравнению с 2000 г. прирост деменции среди населения [1]. На изучение деменции и сдерживание ее распространения направляются огромные средства: в Российской Федерации на эти цели ежегодно уходит около 850 млн долларов, в Европе — 115 млрд долларов, в мире — 604 млрд долларов. По прогнозам, к 2030 г. расходы удвоятся и превысят 1% объема глобального валового внутреннего продукта, что ставит деменцию в разряд наиболее затратных медицинских проблем. Однако несмотря на растущие ассигнования успехи в диагностике и лечении деменции весьма скромны; многие формы до сих пор остаются инкурабельными [2].

Сложность диагностики деменции обусловлена многообразием ее форм; любое более-менее обшир-

ное повреждение мозга (травма, опухоль, ишемия, гематома, воспаление, киста, интоксикация, демиелинизация) может затронуть когнитивную сферу. Для большинства форм нарушение памяти на ранней стадии является первым и единственным симптомом, поэтому по клинической картине установить этиологию заболевания сложно. Ситуация усугубляется тем, что одна и та же форма может проявляться совершенно разными симптомокомплексами [3].

Рутинные методики, применяемые для постановки диагноза (клиническое обследование, магнитно-резонансная томография), недостаточно эффективны. Использование позитронно-эмиссионной томографии, воксельной морфометрии, оптической когерентной томографии сетчатки, определение маркеров нейродегенеративного процесса в ликворе

## Здоровье и общество

повышает эффективность диагностики, однако эти методы ограниченно доступны для населения, поскольку не включены в клинические рекомендации<sup>1</sup> и стандарты диагностики<sup>2</sup> [4—7].

Цель исследования — на основании интеграции отечественного и зарубежного опыта организации медико-социальной помощи пациентам с когнитивными расстройствами обосновать соответствующую организационную технологию, адаптированную к отечественным условиям.

### Материалы и методы

Проведен анализ научных статей, обзоров, международных и российских клинических рекомендаций, государственных программ и стратегий в России и в зарубежных странах (Великобритания, США, Япония), нормативно-правовых актов с аспекте поиска моделей организации медико-социальной помощи пациентам с когнитивными расстройствами. Методы анализа: сравнительный анализ эффективности различных моделей медико-социальной помощи, оценка доступности и качества диагностических и реабилитационных услуг, изучение роли государственно-частного партнерства в улучшении системы помощи пациентам с когнитивными расстройствами.

### Результаты исследования

Самая распространенная форма деменции — болезнь Альцгеймера — диагностируется в одном случае из 10, а сосудистая деменция, напротив, в 2,5 раза чаще, чем встречается на самом деле (49% всех случаев деменции вместо 15—20%) [8, 9].

Деменция находится на 7-м месте из 36 заболеваний, которые некомфортно обсуждать с лечащим врачом. Многие откладывают визит к врачу, потому что расценивают ослабление памяти как естественный атрибут старения, не требующий специальной коррекции. Подобный стереотип поведения определяет тенденцию отсроченного обращения за медицинской помощью и поздней диагностики заболевания [10].

Препятствует своевременному обращению за медицинской помощью ограниченная доступность (часто — отсутствие) квалифицированных специалистов. За исключением нескольких крупных регионов, где функционируют кабинеты, центры и клиники памяти, лечение деменции возложено на участковых врачей и фельдшеров, которые не всегда обладают нужными компетенциями. Обращение к узким специалистам, особенно к психиатрам, для многих пациентов неприемлемо из-за опасения по-

становки на учет с последующим ограничением вождения транспорта, осложнением межличностных отношений в семье и ближайшем окружении. Все это потенцирует отсроченность обращения за медицинской помощью.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) разработала глобальную инициативу «На пути к обществу, учитывающему деменцию» (далее — Инициатива), опирающуюся на фундаментальные научные исследования<sup>3</sup>. Лейтмотив Инициативы — популяризация сведений о деменции и подключение общественных институтов к решению проблем, связанных с ней. Отдельные положения Инициативы нашли практическое воплощение в многочисленных проектах, реализованных по всему миру. Несколько стран являются лидерами в этом направлении. Большая работа по информированности населения проводится в Японии, где действует так называемый Новый оранжевый план, нацеленный на «усиление мер по раннему выявлению деменции», «создание сообществ, комфортных для пожилых людей» и организацию соответствующих научных исследований.

Широкое распространение в мире получила практика «Альцгеймер-кафе», где пациенты и их родственники в режиме регулярных встреч с чаепитием получают всестороннюю поддержку по поводу любых проблем, сопутствующих деменции, в том числе могут подключиться к информационным каналам («ликбез» для новичков, школы для пациентов и родственников, организация специализированной и социальной помощи, приобретение лекарств и средств по уходу), пройти психологическую и юридическую консультацию, обучиться навыкам реабилитации и ухода. Создаются «Альцгеймер-кафе» на базе некоммерческих организаций: фондов, союзов или общественных организаций [11].

В США, Англии, Аргентине и Австралии сетевые общественные организации, практикующие взаимодействие с дементными больными и их родственниками, открыты даже в малонаселенных пунктах, а в крупных городах функционируют центры, координирующие деятельность первичных структур. Любой гражданин, обеспокоенный снижением у себя когнитивных функций, перед тем как обратиться за медицинской помощью, может анонимно проконсультироваться по месту жительства у опытных волонтеров, психологов, юристов и получить совет, как действовать, куда обращаться. Обсуждение проблемы успокаивает пациентов и настраивает на активные действия, в медицинские организации они обращаются уже мотивированными на лечение. После постановки диагноза общественные организации продолжают сотрудничать с пациентом, предо-

<sup>1</sup> Клинические рекомендации «Когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста». Режим доступа: <https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/054/890/original/pdf?1614860915>

<sup>2</sup> Приказ Минздрава России от 17.02.2022 № 81 «Об утверждении стандарта медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста при когнитивных расстройствах (диагностика и лечение)». Режим доступа: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202203240003>

<sup>3</sup> World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific (2020). Promoting dementia-inclusive communities: a strategic communications toolkit. WHO Regional Office for the Western Pacific. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Режим доступа: <https://www.who.int/publications/i/item/9789290619314>

ставляя широкую линейку услуг, востребованных при деменции, в том числе по обеспечению лекарственными средствами и расходными материалами, по уходу и социальному сопровождению. В открытом доступе телефон круглосуточной горячей линии колл-центра, где в онлайн-режиме можно пройти школу «для новичков» и ознакомиться с дорожной картой оказания помощи. Финансирование общественных организаций осуществляется в основном из целевых фондов, которые формируются от рекламных акций и спонсорских пожертвований (телемарафоны, фестивали, выставки, забеги и др.) [12].

В России популяризации сведений о деменции последнее время стало уделяться больше внимания. Функция «повышения осведомленности» в Клинических рекомендациях закреплена за государственными структурами, медицинскими организациями, социальными службами, общественными организациями и средствами массовой информации, т. е. практически за всеми возможными поставщиками услуг, что согласуется с мировой практикой. Однако, в отличие от зарубежных стран, где между поставщиками услуг имеется разграничение полномочий, в отечественных рекомендациях механизм межведомственного взаимодействия проработан недостаточно четко.

Абсолютно декларативным выглядит закрепление в Клинических рекомендациях обязанностей раннего скрининга деменции за членами семьи и работниками организаций социального обслуживания. Социальные работники сталкиваются с дементными пациентами на поздних стадиях заболевания, когда дефицит когнитивных функций очевиден и не требует дополнительных подтверждений. Привлекать родственников к анкетированию, на наш взгляд, тоже не совсем корректно, поскольку они не имеют соответствующих компетенций: человек без медицинского образования и опыта социального опроса вряд ли справится с этой обязанностью. Родственники смогут помочь советом, если будут в курсе, куда обращаться по данному вопросу и какие действия следует предпринять, на это и должно быть направлено повышение осведомленности населения о деменции.

Как показывает практика, лучше всего с функцией оперативного реагирования на обращения по поводу впервые возникших расстройств высшей нервной деятельности справляются порталы некоммерческих организаций: при телефонном обращении — колл-центры, при интерактивном — соответствующие чаты. Консультант, к которому впервые обращается пациент или его родственник, должен ориентировать заявителя по маршрутизации (куда и к какому врачу обратиться), а также помочь решить парамедицинские проблемы (психологическая, юридическая и методическая поддержка).

На территории Российской Федерации общественный сегмент сопровождения пациентов с когнитивными расстройствами только нарождается. Далеко не в каждом крупном городе функционируют

негосударственные учреждения, ориентированные на методическую поддержку населения по проблемам деменции, содействие обучению пациентов и их родственников навыкам реабилитации, созданию условий по улучшению качества жизни, организации ухода. Проект «Мемини», организованный фармацевтической компанией «Мерц Фарма», лег в основу всероссийской медико-образовательной программы «Академия памяти Мемини», ориентированной на внедрение перспективных решений проблем деменции путем создания профильных сайтов, видеороликов, интернет-баннеров. Проект «Интеллектуальное здоровье в пожилом возрасте: семь шагов по профилактике деменции», направленный на совершенствование ранней диагностики и адекватное лечение деменции, стал победителем конкурса «Фонд президентских грантов» [13].

Важную нишу в организации медико-социальной помощи пациентам с когнитивными расстройствами занимают коммерческие структуры. Между отечественными государственными и частными медицинскими организациями постепенно налаживаются каналы взаимодействия и совершенствуется нормативное регулирование сотрудничества. Ст. 14 ФЗ-323<sup>4</sup> закрепила за федеральными органами государственной власти установление порядка осуществления медицинской деятельности на принципах государственно-частного партнерства (ГЧП) в сфере охраны здоровья. В 2013 г. был принят Федеральный закон Российской Федерации № 224-ФЗ<sup>5</sup>, открывший перспективы привлечения к оказанию медико-социальной помощи частного капитала. Согласно ст. 7 ФЗ-22, в перечень объектов соглашения о ГЧП включены медицинские организации. Приоритетным направлением стратегии действий в интересах граждан старшего поколения (Стратегия)<sup>6</sup> является «использование механизмов ГЧП в сфере оказания услуг для граждан старшего поколения в связи с необходимостью расширения медицинской помощи, а также активное привлечение внебюджетных средств, в том числе средств страховых, благотворительных и частных фондов, для достижения целей государственной социальной политики» [14].

Как показывает зарубежный опыт, наиболее эффективного сотрудничества в плане ГЧП можно добиться при оказании амбулаторной помощи пациентам с когнитивными расстройствами в формате «дневных факультативов» и так называемых дедских садов (от слова «дед»). Данный формат предполагает получение комплекса реабилитационных

<sup>4</sup> Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ. Режим доступа: [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_121895/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/)

<sup>5</sup> Федеральный закон Российской Федерации № 224-ФЗ «О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в РФ и внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ». Режим доступа: <https://www.consultant.ru/law/hotdocs/43645.html>

<sup>6</sup> Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения, утвержденная постановлением Правительства РФ от 05.02.2016 № 164-п. Режим доступа: <http://static.government.ru/media/files/7PvwlIE5X5KwzFPuYtNAZf3aBz61bY5i.pdf>

Здоровье и общество

услуг в дневном стационаре: с утра пациенты доставляются в центр, а вечером возвращаются домой [15]. За это время они осваивают реабилитационный комплекс, направленный на стимуляцию когнитивных функций: рисование, лепка, составление пазлов, кубиков и коллажа, работа с песком, пение, танцы, заучивание и декламирование стихов, фотограмирование, съемки, создание клипов. Персонализация упражнений определяется спецификой утраченных функций [16]. Доказано положительное влияние вовлечения пациентов на ранней стадии деменции в творческий процесс (театрализованные постановки с участием студентов театральных вузов) [17], посещение выставок, картинных галерей, музеев [18]. Полноценное общение пациента с окружающим миром (социальная инклюзия) стабилизирует их положение в обществе, поддерживает адекватное самовосприятие и самореализацию, пролонгирует возможность самообслуживания [19].

Когнитивный тренинг признан наиболее эффективным реабилитационным фактором при всех формах поражений головного мозга, отразившихся на высшей нервной деятельности [20]. Наибольшей отдачей от проведения когнитивного тренинга следует ожидать на додементной стадии когнитивных расстройств, а также у пациентов с деменцией легкой степени, при сохранном восстановительном резерве. Помимо медикаментозной и аппаратной терапии базовым компонентом когнитивного тренинга является психологическая стимуляция, направленная на стабилизацию и восстановление утраченных функций. Когнитивная восстановительная терапия (Cognitive Remediation Therapy, CRT) реализуется путем групповых дискуссий в сочетании с выполнением определенных заданий на тренировку мышления и памяти [21]. В процессе дискуссии обсуждаются актуальные для человека с когнитивным дефицитом проблемы и способы их решения: бытовая деятельность, контроль эмоциональной сферы, взаимоотношения в семье, познание окружающего мира, взаимное познание.

Когнитивный тренинг проводится поэтапно и включает несколько направлений:

- установление степени нарушений психической деятельности и расстройств когнитивных функций;
- дифференцированный подход к формированию аудитории в соответствии со степенью выраженности когнитивных расстройств и реабилитационным потенциалом;
- определение сохраненных функций высшей нервной деятельности (память, мышление, гнозис, праксис, речь, письмо, чтение, счет, способность планирования и контроль за выполнением планов), которые в процессе тренинга становятся опорными;
- формирование реабилитационного комплекса с опорой на сохраненные когнитивные функции;
- учет личностных особенностей пациента (профессия, увлечения, ценности, мотивации);

- динамический контроль за выполнением упражнений и инструкций;
- онлайн-коррекция и обсуждение допущенных ошибок;
- постепенное наращивание сложности заданий;
- повторение и закрепление пройденного материала.

В многочисленных исследованиях доказано стимулирующее влияние когнитивного тренинга на нейрональную пластичность мозга, повышение интеллектуального потенциала, формирование дополнительных связей между нейронами. Несмотря на высочайшую эффективность, именно эта форма организации медико-социальной помощи пациентам с когнитивными расстройствами в России реализована в наименьшей степени [22].

В соответствии со стандартом медицинской помощи нейропсихологическая реабилитация показана 90% пациентов с когнитивными расстройствами в объеме 144 занятия; это длительный курс очных занятий под методическим руководством межпрофильной бригады подготовленных специалистов: гериатров, неврологов, психиатров, нейропсихологов, эрготерапевтов. Пропускная способность подобного курса ограничена 10—20 пациентами, что предполагает необходимость организации в масштабах страны десятков тысяч циклов обучения. Предоставление столь значительного объема медицинской помощи без дополнительных капиталовложений затруднительно в условиях государственной системы здравоохранения без привлечения частных структур, которые в этом отношении имеют больше возможностей за счет использования внебюджетных источников финансирования. Однако из-за несовершенства механизмов взаиморасчета между частными поставщиками и получателями услуг когнитивного тренинга на данный момент их доступность для широкого круга пациентов весьма ограничена.

В некоторых регионах накоплена позитивная практика альтернативного решения данного вопроса. В проекте «Московское долголетие»<sup>7</sup>, ориентированном на увеличение продолжительности жизни населения города Москвы, функционирует «линейка» курсов по развитию когнитивных способностей. Занятия включают упражнения по тренировке памяти, интеллекта, логического мышления. Организаторам курсов предоставляются гранты за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных Департаментом труда и социальной защиты населения города Москвы. Модератором по данному проекту выступает государственное казенное учреждение города Москвы «Ресурсный центр развития социальных коммуникаций» Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы. Проект ори-

<sup>7</sup> Проект «Московское долголетие», утвержденный постановлением правительства города Москвы от 18 декабря 2018 г. № 1578-ПП «О реализации в городе Москве проекта „Московское долголетие“» (с изменениями на 26 декабря 2019 г.). Режим доступа: <https://www.mos.ru/authority/documents/doc/40286220/>

ентирован на граждан, имеющих место жительства в городе Москве, достигших возраста у женщин 55 лет и мужчин 60 лет либо являющихся получателями досрочной страховой пенсии по старости или пенсии по выслуге лет независимо от их возраста.

Повысить пропускную способность курсов когнитивного тренинга и нейрореабилитации можно, используя компьютеризированные версии программ: как отечественные «Нейроника», так и зарубежные Scientific Brain Training PRO — HAPPYneuron SAS (Франция), HASOMED RehaCom (Германия), CogniFit (США), Lumosity (США) [23, 24]. Обучение проводится в игровом формате под контролем инструктора. В современных версиях роль инструктора выполняют цифровые помощники и чат-боты, позволяющие проводить занятия в интерактивном режиме и тиражировать обучающие модули в широких пределах без привлечения дополнительных материальных средств [25].

Опыт развитых стран однозначно свидетельствует о необходимости создания в каждом государстве единой противодементной службы, деятельность которой должна быть ориентирована на организацию помощи всем без исключения пациентам с когнитивными расстройствами. В странах Западной Европы, США, Австралии с 70-х годов XX в. успешно функционируют кабинеты и клиники памяти (Memory clinic). В Великобритании клиники памяти закреплены за первичным звеном Национальной службы здравоохранения (National Health Service) и являются основным поставщиком услуг по программе социальной помощи пациентам с деменцией, направленной на максимальную пролонгацию их функционирования в социуме. В службу интегрированы государственные и частные организации медицинского и социального профиля, а также вспомогательные структуры, выполняющие методические функции. В основе функционирования национальных противодементных служб лежит комплексная программа [26].

В 2018 г. по примеру западных стран в РФ была разработана аналогичная «Междисциплинарная и межведомственная программа профилактики, раннего выявления, диагностики и лечения когнитивных расстройств»<sup>8</sup> (Комплексная Программа), согласно которой к 2025 г. в стране планировалось создание национальной противодементной службы. В качестве ключевой структуры, ответственной за оказание специализированной медицинской помощи пациентам с деменцией, был определен кабинет нарушения памяти, который рекомендовалось «создавать в поликлиниках с численностью прикрепленного населения свыше 50 тыс. человек, с работой в 2 смены». За врачами кабинета, помимо лечеб-

но-диагностической деятельности, закреплялась функция проведения школ для пациентов и их родственников. Планировались оснащение кабинетов специальным оборудованием и комплектация специалистами, освоившими программу обучения вопросам организации медико-социальной помощи пациентам с деменцией. Целевая ориентация кабинетов на пациентов с когнитивными расстройствами, по расчетам, должна была существенно повысить качество медико-санитарной помощи. Предполагалось, что прием пациентов узкопрофильными специалистами позволит наладить преемственность их ведения и облегчит межведомственное взаимодействие. Была предложена пятиуровневая модель координации действий между службами, ответственными за ведение деменции, и одобренная во всем мире коллаборация государственных и частных структур при организации долговременного ухода. К ведению пациентов, помимо специалистов кабинетов памяти, планировалось подключать реабилитологов и социальных работников. Выигрышной позицией Комплексной Программы являлось привлечение к оказанию медико-социальной помощи пациентам с когнитивными расстройствами членов семей, прошедших обучение навыкам долговременного ухода в специальных школах.

Основные позиции Комплексной Программы в сокращенном формате вошли в Клинические рекомендации, в то же время реализация самой программы была приостановлена. Инициатива открытия кабинетов нарушения памяти вместо обязательной стала носить рекомендательный характер. Одновременно были изъяты позиции о подготовке кадров и оснащении кабинетов нарушения памяти, которые не вошли ни в Клинические рекомендации, ни в стандарты медицинской помощи.

Осталась в «подвешенном» состоянии позиция Клинических рекомендаций относительно функционирования школ нейрокогнитивной реабилитации. Несмотря на то что когнитивный тренинг признан базовой формой медицинской помощи на додементной стадии когнитивных расстройств, конкретный механизм его реализации в масштабах страны так и не выработано. По мере прогрессирования заболевания когнитивный тренинг постепенно теряет свою актуальность из-за снижения реабилитационного потенциала и на стадии выраженной деменции уступает место комплексу мероприятий по обеспечению долговременного ухода.

В СССР долговременный уход осуществлялся в основном усилиями членов семьи. Получить методическую поддержку или обучиться навыкам ухода, не имея медицинского образования, было практически невозможно. В медицинских вузах уход преподавался факультативно, поэтому врачи первичного звена были недостаточно компетентны в этих вопросах. Паллиативная служба на тот момент еще не была образована. Без мобильных средств связи невозможно было наладить контакт с гражданами, готовыми поделиться опытом ухода за родственниками. В продаже отсутствовала популярная литерату-

<sup>8</sup> Комплексная междисциплинарная и межведомственная программа профилактики, раннего выявления, диагностики и лечения когнитивных расстройств у лиц пожилого и старческого возраста. Режим доступа: <https://gospital-veteranov.vl.medobl.ru/media/2021/07/15/1303791244/>  
Kompleksnaya\_programma\_po\_profilaktike\_d\_pozhologo\_vozrasta\_do\_2025\_goda.pdf

ра соответствующей тематики, а научные публикации для обычных граждан были недоступны. Гражданам, поставленным перед необходимостью ухаживать за тяжело больными родственниками, приходилось осваивать тонкости ухода самостоятельно, учась на собственных ошибках. В условиях тотального дефицита отсутствовали простейшие лекарственные средства и расходные материалы. Единственной возможностью снижения бремени ухода являлась «сдача» родственника в «дом престарелых» или психоневрологическое отделение психиатрического стационара с заведомо ущербными условиями пребывания. Подобное решение было непопулярно в обществе, многие семьи решались на него от безысходности, потеряв надежду на поддержку со стороны государства.

В постперестроечный период в нормативных документах появились гарантии социально-бытовой помощи и ухода за инвалидами по психическому заболеванию<sup>9</sup>. В федеральном законе № 442-ФЗ<sup>10</sup> впервые была обозначена технология социальной реабилитации, направленная на сохранение навыков и возможностей пожилого человека на ранней стадии деменции и некоторая регламентация помощи родственникам. Данная инициатива носила в основном декларативный характер, поскольку не была подкреплена необходимым финансированием. Однако правильная постановка вопроса о необходимости комплексной поддержки граждан, утративших способность к самообслуживанию, стала поводом для детальной проработки данного вопроса на государственном уровне. В стратегии действий в интересах граждан старшего поколения была обозначена инициатива социального сопровождения граждан, полностью или частично утративших способность к самообслуживанию, а также поддержки родственного ухода. В 2018 г. организация системы долговременного ухода была включена в перечень стратегических задач государства<sup>11</sup>.

Уход за дементным пациентом сопряжен со множеством трудноразрешимых проблем, главная из которых — необходимость круглосуточного пребывания возле постели больного. Без соблюдения этого условия невозможно исключить риск травматизации или отравления из-за утечки газа, ненадлежащей эксплуатации водопровода, канализации, отопительных приборов; пациент может уйти из дома и не вернуться, забыв свой адрес. Большинство семей, столкнувшихся с подобной ситуацией, из-за резкой смены жизненного уклада испытывают стресс, теряются и впадают в уныние. На родственников «обрушивается» комплекс психотравмирую-

щих факторов: нарастающая тревога за здоровье пациента, ухудшение материального положения, сверхурочная работа, недосыпание, нерегулярное питание. Появление в семье родственника, утратившего способность к самообслуживанию, влечет за собой массу неудобств для ближайшего окружения, в том числе необходимость выделения больному на лекарственного помещения и денежных средств на лекарства, расходные материалы, диетическое питание и всевозможные консультации. Все это способствует формированию болезней, обозначенных нами как «болезни родственников больных» (diseases of relatives of patients, DRP). DRP формируются у граждан, чьи родственники страдают тяжелыми, как правило, неизлечимыми заболеваниями, к числу которых относится деменция. Помимо обострений и усугубления хронических болезней DRP проявляется депрессией и сердечно-сосудистыми заболеваниями (в 3 раза чаще, чем в популяции). Кроме того, в процессе ухода за дементным больным у самих опекунов в 2 раза повышается риск когнитивных расстройств. Из-за дополнительных материальных издержек снижается качество жизни ухаживающих родственников [27]. Из-за недосыпания, нерегулярного питания и непредвиденных материальных трат рушатся семейные отношения, между родственниками часто возникают обиды и недопонимание, что становится причиной конфликтов. Неопределенность и безысходность ситуации негативно влияют на социальные связи «ухаживающей» семьи, которая в определенный момент становится «невъездной». Лишь редкие семьи (менее 30%) не испытывают существенных трудностей, ухаживая за родственником-инвалидом [28]. Уход за дементным пациентом может оказывать психотравмирующее влияние даже на подготовленных специалистов по уходу, способствуя формированию у них профессионального «выгорания» [29]. Не случайно в резолюции ВОЗ «Призыв к действиям» (2015) среди базовых мер снижения бремени деменции указана всесторонняя поддержка лиц, осуществляющих долговременный уход [30].

### Заключение

Организация медико-социальной помощи пациентам с когнитивными расстройствами требует комплексного подхода, включающего:

- создание единой национальной службы по примеру зарубежных Memory clinics;
- развитие ранней диагностики за счет внедрения современных технологий и обучения специалистов;
- поддержку общественных инициатив, таких как школы для родственников и программы социальной инклюзии;
- ГЧП для расширения доступности реабилитационных услуг, включая когнитивный тренинг;
- повышение осведомленности населения о деменции для снижения стигмы и раннего обращения за помощью.

<sup>9</sup> Закон РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав при ее оказании». Режим доступа: [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_4205/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_4205/)

<sup>10</sup> Федеральный закон от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации». Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/38016>

<sup>11</sup> Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года». Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/43027>

Реализация этих мер позволит улучшить качество жизни пациентов и их семей, а также снизить экономическое бремя деменции для общества.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

#### ЛИТЕРАТУРА

- Dementia. Fact sheet N 362. World Alzheimer Report 2018. The state of the art of dementia research: New frontiers. London: ADI, 2018; 48 p.
- Олесен Е., Густавссон А., Свенссон М. и др. Экономические затраты от заболеваний мозга в Европе. *Уральский медицинский журнал*. 2012;(5):97.
- Захаров В. В., Вахнина Н. В. Дифференциальный диагноз и лечение когнитивных нарушений. *РМЖ*. 2013;21(10):518—23.
- Kesler A., Vakharova V., Korczyn A. D., Naftaliev E., Neudorfer M. Retinal thickness in patients with mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Clin. Neurol. Neurosurg.* 2011 Sep;113(7):523—6. doi: 10.1016/j.clineuro.2011.02.014
- Еричев В. П., Панюшкина Л. А., Фомин А. В. Оптическая когерентная томография сетчатки и зрительного нерва в диагностике болезни Альцгеймера. *Глаукома*. 2013;(1):5—10.
- McKhann G. M., Knopman D. S., Chertkow H., et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement.* 2011;7(3):263—9.
- Forlenza O. V., Radanovic M., Talib L. L. Cerebrospinal fluid biomarkers in Alzheimer's disease: Diagnostic accuracy and prediction of dementia. *Alzheimer's Dement.* 2015;1:455—63. doi: 10.1016/j.dadm.2015.09.003
- Blennow K., Zetterberg H. Cerebrospinal fluid biomarkers for Alzheimer's disease. *J. Alzheimers Dis.* 2009;18(2):413—7. doi: 10.3233/JAD-2009-1177
- Васенина Е. Е., Левин О. С., Сонин А. Г. Современные тенденции в эпидемиологии деменции и ведении пациентов с когнитивными нарушениями. *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Спецвыпуски*. 2017;117(6):87—95.
- Танатова Д. К., Вдовина М. В. Анализ потенциальных тем социологических исследований по проблемам деменции *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2023;31(3):329—33.
- Мишенников К. С. Технологии социальной работы с пожилыми людьми на ранней стадии деменции. *Социальная работа: теория, методы, практика*. 2020;(2):95—103.
- Щеткина А. Л. Где мы на пути борьбы с деменцией? Немного об опыте — личном, Российском, зарубежном. *Социодиггер*. 2022;3(18):72—5.
- Батмитова Р. Р. Деменция у пожилых людей как актуальная проблема современности. *Евразийское научное объединение*. 2018;2(6):118—20.
- Сулякова О. Н. Частные пансионаты как элемент социальной защиты граждан пожилого возраста в калужской области. *Калужский экономический вестник*. 2021;(4):12—7.
- Fletcher J. R. Destigmatising dementia: The dangers of felt stigma and benevolent othering. *Dementia*. 2019;2:417—26. doi: 10.1177/1471301219884821
- Schmitt B., Frölich L. Kreative Therapieansätze in der Behandlung von Demenzen — eine systematische Übersicht. *Fortschritte der Neurologie/ Psychiatrie*. 2007;75:699—707. doi: 10.1055/s-2006-944298
- Dassa A., Harel D. People with dementia as "spect-actors" in a musical theatre group with performing arts students from the community. *Arts in Psychotherapy*. 2019;65:101592.
- Schall A., Tesky V., Adams K., Pantel J. Art museum-based intervention to promote emotional well-being and improve quality of life in people with dementia: The ARTEMIS project. *Dementia*. 2018;17(6):728—43. doi: 10.1177/1471301217730451
- Shih-Yin L., Lewis F. M. Dementia Friendly, Dementia Capable, and Dementia Positive: Concepts to Prepare for the Future. *Gerontologist*. 2015;55(2):237—44. doi: 10.1093/geront/gnu122
- Knapp M., Thorgrimsen L., Patel A., et al. Cognitive stimulation therapy for people with dementia: cost-effectiveness analysis. *Brit. J. Psychiatry*. 2006;188(6):574—80. doi: 10.1192/bjp.bp.105.010561
- Lissek V., Suchan B. Preventing Dementia? Interventional Approaches in Mild Cognitive Impairment. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2021;122:143—64. doi: 10.1016/j.neubiorev.2020.12.022
- Рощина И. Ф., Калантарова М. В., Шведовская А. А., Хромов А. И. Профилактика когнитивного снижения в позднем онтогенезе: программы «клиника памяти» и «когнитивная стимулирующая терапия». *Клиническая и специальная психология*. 2022;11(3):44—70. doi: 10.17759/cpse.2022110302
- Charvet L. E., Yang J., Shaw M. T., et al. Cognitive function in multiple sclerosis improves with telerehabilitation: Results from a randomized controlled trial. *PLoS One*. 2017;12(5):e0177177. doi: 10.1371/journal.pone.0177177
- Chiaravalloti N. D., Goverover Y., Costa S. L., DeLuca J. A Pilot Study Examining Speed of Processing Training (SPT) to Improve Processing Speed in Persons With Multiple Sclerosis. *Front. Neurol.* 2018;9:685. doi: 10.3389/fneur.2018.00685
- Курмышев М. В., Савилов В. Б., Масыкин А. В., Костюк Г. П. Клиника памяти — инновационная модель реабилитации когнитивных функций у людей пожилого возраста с мягким когнитивным снижением в условиях отделения дневного пребывания. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2018;28(2):50—4.
- Альшанская М. В., Макушина А. С., Александрова Н. В., Лемиш В. В. Социальные и психологические проблемы людей, осуществляющих уход за родственниками, больными деменцией. *Омский психиатрический журнал*. 2019;1(19):13—5.
- Сиденкова А. П. Когнитивные расстройства позднего возраста — актуальная медицинская, социальная, психологическая проблема современности. *Уральский медицинский журнал*. 2010;9(74):6—9.
- Хетагурова А. К., Галиulina О. В., Сиденкова А. П., Набойченко Е. С. Актуальность межведомственного взаимодействия для формирования механизмов здорового старения. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2018;26(2):68—71. doi: 10.18821/0869-866X-2018-26-2-68-71
- Сиденкова А. П., Мишарин А. Ю., Багаудинова Н. А. Алгоритмы межведомственного взаимодействия при оказании помощи горожанам старших возрастных групп с когнитивными расстройствами. *Психическое здоровье*. 2016;(2):13—9.
- Цыганов А. А. Рынок «серых» домов престарелых в России. *Калужский экономический вестник*. 2021;(3):16—7.

Поступила 04.08.2024  
Принята в печать 30.10.2024

#### REFERENCES

- Dementia. Fact sheet N 362. World Alzheimer Report 2018. The state of the art of dementia research: New frontiers. London: ADI, 2018; 48 p.
- Olesen E., Gustavsson A., Svensson M., et al. The economic costs of brain diseases in Europe. *Ural'skiy meditsinskiy zhurnal*. 2012;(5):97 (in Russian).
- Zakharov V. V., Vakhnina N. V. Differential diagnosis and treatment of cognitive impairment. *RMJ*. 2013;21(10):518—23 (in Russian).
- Kesler A., Vakharova V., Korczyn A. D., Naftaliev E., Neudorfer M. Retinal thickness in patients with mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Clin. Neurol. Neurosurg.* 2011 Sep;113(7):523—6. doi: 10.1016/j.clineuro.2011.02.014
- Erichev V. P., Panyushkina L. A., Fomin A. V. Optical coherence tomography of the retina and optic nerve in the diagnosis of Alzheimer's disease. *Glaukoma*. 2013;(1):5—10 (in Russian).
- McKhann G. M., Knopman D. S., Chertkow H., et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement.* 2011;7(3):263—9.
- Forlenza O. V., Radanovic M., Talib L. L. Cerebrospinal fluid biomarkers in Alzheimer's disease: Diagnostic accuracy and prediction of dementia. *Alzheimer's Dement.* 2015;1:455—63. doi: 10.1016/j.dadm.2015.09.003
- Blennow K., Zetterberg H. Cerebrospinal fluid biomarkers for Alzheimer's disease. *J. Alzheimers Dis.* 2009;18(2):413—7. doi: 10.3233/JAD-2009-1177
- Vaseniina E. E., Levin O. S., Sonin A. G. Current trends in the epidemiology of dementia and the management of patients with cognitive impairment. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S. S. Korsakova. Spetsvypuski*. 2017;117(6):87—95 (in Russian).

Здоровье и общество

10. Tanatova D. K., Vdovina M. V. Analysis of potential topics of sociological research on dementia problems. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2023;31(3):329–33 (in Russian).
11. Mishenichev K. S. Technologies of social work with the elderly at an early stage of dementia. *Sotsial'naya rabota: teoriya, metody, praktika*. 2020;(2):95–103 (in Russian).
12. Shchetkina A. L. Where are we on the way to fight dementia? A little bit about the experience — personal, Russian, foreign. *Sociodig-ger*. 2022;3(18):72–5 (in Russian).
13. Batmitova R. R. Dementia in the elderly as an urgent problem of our time. *Evraziyskoe nauchnoe ob'edinenie*. 2018;2(6):118–20 (in Russian).
14. Suslyakova O. N. Private boarding houses as an element of social protection of elderly citizens in the Kaluga region. *Kaluzhskiy ekonomicheskij vestnik*. 2021;(4):12–7 (in Russian).
15. Fletcher J. R. Destigmatising dementia: The dangers of felt stigma and benevolent othering. *Dementia*. 2019;2:417–26. doi: 10.1177/1471301219884821
16. Schmitt B., Frölich L. Kreative Therapieansätze in der Behandlung von Demenzen — eine systematische Übersicht. *Fortschritte der Neurologie/Psychiatrie*. 2007;75:699–707. doi: 10.1055/s-2006-944298
17. Dassa A., Harel D. People with dementia as “spect-actors” in a musical theatre group with performing arts students from the community. *Arts in Psychotherapy*. 2019;65:101592.
18. Schall A., Tesky V., Adams K., Pantel J. Art museum-based intervention to promote emotional well-being and improve quality of life in people with dementia: The ARTEMIS project. *Dementia*. 2018;17(6):728–43. doi: 10.1177/1471301217730451
19. Shih-Yin L., Lewis F. M. Dementia Friendly, Dementia Capable, and Dementia Positive: Concepts to Prepare for the Future. *Gerontologist*. 2015;55(2):237–44. doi: 10.1093/geront/gnu122
20. Knapp M., Thorgrimsen L., Patel A., et al. Cognitive stimulation therapy for people with dementia: cost-effectiveness analysis. *Brit. J. Psychiatry*. 2006;188(6):574–80. doi: 10.1192/bjp.bp.105.010561
21. Lissek V., Suchan B. Preventing Dementia? Interventional Approaches in Mild Cognitive Impairment. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2021;122:143–64. doi: 10.1016/j.neubiorev.2020.12.022
22. Roshchina I. F., Kalantarova M. V., Shvedovskaya A. A., Khromov A. I. Prevention of cognitive decline in late ontogenesis: programs “memory clinic” and “cognitive stimulating therapy”. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya*. 2022;11(3):44–70. doi: 10.17759/cpse.2022110302 (in Russian).
23. Charvet L. E., Yang J., Shaw M. T., et al. Cognitive function in multiple sclerosis improves with telerehabilitation: Results from a randomized controlled trial. *PLoS One*. 2017;12(5):e0177177. doi: 10.1371/journal.pone.0177177
24. Chiaravalloti N. D., Goverover Y., Costa S. L., DeLuca J. A Pilot Study Examining Speed of Processing Training (SPT) to Improve Processing Speed in Persons With Multiple Sclerosis. *Front. Neurol.* 2018;9:685. doi: 10.3389/fneur.2018.00685
25. Kurmyshev M. V., Savilov V. B., Masyagin A. V., Kostyuk G. P. Memory clinic is an innovative model of rehabilitation of cognitive functions in elderly people with mild cognitive decline in a day care unit. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya*. 2018;28(2):50–4 (in Russian).
26. Olshanskaya M. V., Makushina A. S., Alexandrova N. V., Lemish V. V. Social and psychological problems of people caring for relatives with dementia. *Omskiy psikiatricheskij zhurnal*. 2019;1(19):13–5 (in Russian).
27. Sidenkova A. P. Cognitive disorders of late age — an urgent medical, social, psychological problem of our time. *Ural'skiy meditsinskiy zhurnal*. 2010;9(74):6–9 (in Russian).
28. Khetagurova A. K., Galiulina O. V., Sidenkova A. P., Naboichenko E. S. The relevance of interdepartmental cooperation for the formation of healthy aging mechanisms. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2018;26(2):68–71. doi: 10.18821/0869-866X-2018-26-2-68-71 (in Russian).
29. Sidenkova A. P., Misharin A. Yu., Bagautdinova N. A. Algorithms of interdepartmental interaction in providing assistance to citizens of older age groups with cognitive disorders. *Psikhicheskoe zdorov'e*. 2016;(2):13–9 (in Russian).
30. Tsyganov A. A. The market of “gray” nursing homes in Russia. *Kaluzhskiy ekonomicheskij vestnik*. 2021;(3):16–7 (in Russian).