

Якушин М. А., Карпова О. В., Кабаева Е. Н., Воробьева А. В., Якушина Т. И., Габриэлян А. Р., Арсенкова О. Ю.

**ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С КОГНИТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ
(ЧАСТЬ 2)**

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

Дана 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, сутевой основой которой является маршрутизация данной категории пациентов.

К л ю ч е в ы е с л о в а : 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., Арсенкова О. Ю. Организация медико-социальной помощи пациентам с когнитивными расстройствами (часть 2). Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(5):1165–1172. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-5-1165-1172>

Для корреспонденции: Воробьева Анна Владимировна, мл. научный сотрудник ФГБУ «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. Ig., Gabrielyan A. R., Arsenkova O. Yu.

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

N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia

The characteristic of national model of organization of medical social care of patients with cognitive disorders as compared with similar models in foreign countries is given. The causes of defects in organization of medical social care and modes of their correction are analyzed. The prospective organizational technology on the basis of routing of this category of patients is presented.

Key words: cognitive disorders; dementia; memory impairment room; medical social care; diagnosis; treatment; neuro-rehabilitation; organizational technology.

For citation: Yakushin M. A., Karpova O. V., Kabaeva E. N., Vorobeva A. V., Yakushina T. Ig., Gabrielyan A. R., Arsenkova O. Yu. The organization of medical social care of patients with cognitive disorders. *Problemi socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2025;33(5):1165–1172 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-5-1165-1172>

For correspondence: Vorobeva A. V., the Junior Researcher, of the N. A. Semashko National Research Institute of Public Health. e-mail: vorobievaanna2010@yandex.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 22.02.2025

Accepted 12.06.2025

В 2019 г. в Российской Федерации стартовал федеральный пилотный проект «Старшее поколение», нацеленный на формирование в стране службы долговременного ухода. По итогам реализации проекта разработана типовая модель системы долговременного ухода, утвержденная Приказом Министерства труда России от 27.12.2023 № 895¹².

В проекте предусмотрено финансирование комплекса мероприятий по организации долговременного ухода, в том числе создание 361 пункта проката средств реабилитации, в которые уже обратилось 16,7 тыс. человек, организация 408 школ по уходу, в которых проучились более 23 тыс. человек. Про-

рывной позицией проекта стала возможность предоставления услуги сиделки по уходу за счет трудового устройства и оплаты услуг лицам, осуществляющим уход. На эти цели из федерального бюджета выделено 10,1 млрд руб., что позволило сохранить рабочие места 7 тыс. граждан, поставленным перед необходимостью осуществлять родственный уход. В то же время, по оценке экспертов, реальные затраты, необходимые для обеспечения всех нуждающихся в долговременном уходе, составляют 600 млрд руб. ежегодно, т. е. на несколько порядков выше. По данным Росстата (2024), в 9 случаях из 10 долговременный уход до сих пор осуществляется за счет личных средств.

В Клинических рекомендациях¹³ уход за дементным пациентом предлагается осуществлять в стационарных учреждениях социального обслуживания, отделениях сестринского ухода, паллиативных отде-

¹² Приказ Министерства труда России от 27.12.2023 № 895 «О реализации в Российской Федерации в 2024 году Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе». Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/408290253/>

лениях при участии врачей различных специальностей, специалистов по уходу и социальной работе, медицинских психологов, среднего и младшего медицинского персонала, а также на дому силами родственников и ближайшего окружения. К сожалению, помимо перечисления всех возможных поставщиков услуг, в Клинических рекомендациях отсутствует детализация дорожной карты и механизма межведомственного взаимодействия при осуществлении долговременного ухода. Не проработан в ней и порядок организации родственного ухода.

Взвешенная организация медико-социальной помощи пациентам с деменцией невозможна без четкой координации действий поставщиков медико-санитарных и социальных услуг. Различная ведомственная принадлежность медицинских и социальных учреждений затрудняет оказание подобной помощи и может стать непреодолимым барьером на пути ее реализации. В соответствии с приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 18.10.2014 № 889н¹⁴, «межведомственное взаимодействие рекомендуется осуществлять на основе регламента, который определяет порядок и формы взаимодействия». Формально подобные регламенты в большинстве регионов подготовлены, однако условия организации долговременного ухода пациентам с деменцией в них не оговорены.

Единственным регионом, где частично проработан данный вопрос, является Уральский федеральный округ. Разработчики регламента предлагают при первых признаках когнитивных расстройств помещать пациента в психиатрический стационар для обследования, постановки диагноза, назначения профильной терапии и налаживания контакта с родственниками. После выписки предлагается ставить пациента на диспансерный учет к психиатру. При тяжелой утрате навыков самообслуживания пациент должен быть перенаправлен для дальнейшего пребывания в отделение сестринского ухода. Участие невролога в ведении пациента в данном алгоритме ограничивается компенсацией неврологической симптоматики, а гериатрическая помощь не предусмотрена. Межведомственное взаимодействие в данном регламенте, как и участие социальных служб, отображено весьма поверхностно: для координации деятельности предлагается создание специального межведомственного совета под председательством главы муниципального образования.

Очевидно, что указанный алгоритм далек от совершенства и не учитывает все нюансы межведомственного взаимодействия, однако альтернативных предложений попросту нет [1, 2].

Служба долговременного ухода и спектр предоставляемых услуг постепенно расширяются. На данный момент в РФ функционирует порядка 2800 государственных домов-интернатов и пансионатов системы социальной защиты и 700 хосписов системы здравоохранения. Большая их часть сосредоточена в Центральном федеральном округе. В нормативных документах долговременный уход до недавнего времени рассматривался исключительно в контексте взаимодействия государственных структур¹⁵. Уровень оказания медико-социальной помощи в подобных учреждениях вызывает множество нареканий, прежде всего из-за низкого качества [3]. Дефицит качественного ухода отчасти восполняется нарождающейся частной службой помощи пациентам с деменцией, которая по своим объемам стремительно догоняет государственную службу. При этом большинство (82%) опрошенных из числа пользователей считают, что частные пансионаты лучше справляются с уходом, чем государственные. Так или иначе, стационаров для осуществления долговременного ухода катастрофически не хватает. Для сравнения: во Франции их более 7 тыс., в США — более 20 тыс. [4].

Определенную работу по организации долговременного ухода осуществляют некоммерческие организации, практикующие «серебряное» волонтерство, проведение досуговых мероприятий и обучающих курсов для родственников. Проект «Помощь пациентам с болезнью Альцгеймера и их семьям», разработанный благотворительным фондом «Альцрус», нацелен на оказание методической поддержки семьям дементных пациентов. Неплохо зарекомендовали себя Клуб Незабудка, центр дневного пребывания в Костроме, гериатрическая служба и паллиативное отделение г. Петрозаводска, пансионат по уходу г. Камызяк, школы и группы поддержки г. Архангельска. Помощь оказывают приемные семьи для людей старшего возраста, а также управы жилищных компаний и товарищества собственников жилья, позволяющие улучшить условия проживания, наладить транспортировку, передвижение, снабжение нуждающихся в уходе граждан. На сегодняшний день в России существует несколько сетей, состоящих приблизительно из 50 учреждений на 2,5 тыс. мест, которые содействуют организации долговременного ухода [5].

Связующим звеном социального обслуживания и социального сопровождения пациентов с когнитивными расстройствами, на наш взгляд, должен стать специалист по социальной работе, ставка ко-

¹³ Клинические рекомендации «Когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста». Режим доступа: https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attach/000/054/890/original/Клинические_рекомендации_Когнитивные_расстройства_у_лиц_пожилого_и_старческого_возраста.pdf?1614860915

¹⁴ Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 18.10.2014 № 889н «Об утверждении рекомендаций по организации межведомственного взаимодействия исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации при предоставлении социальных услуг, а также при содействии в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи, не относящейся к социальным услугам (социальном сопровождении)». Режим доступа: <https://mintrud.gov.ru/docs/mintrud/orders/307>

¹⁵ Приказ Минздравсоцразвития РФ от 17.01.2007 № 37 (ред. от 30.04.2008) «Об утверждении Регламента Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации». Режим доступа: <http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?docbody=&prevDoc=102140718&backlink=1&nd=102113851>

торого предусмотрена в штатном расписании гериатрических кабинетов¹⁶, а также кабинетов и центров нарушения памяти. В его обязанности необходимо включить консультирование всех пациентов с установленными когнитивными расстройствами. По результатам консультации социальный работник должен связаться с территориальным управлением социальной защиты населения и организовать социальную помощь в необходимом объеме. Решение о стационарном формате организации длительного ухода целесообразно принимать коллегиально, с этой целью необходимо создавать комиссии в составе руководителя медицинской организации (или его законного представителя), специалиста по социальной работе и врача кабинета нарушения памяти, а при его отсутствии — врача-невролога или врача-гериатра. При наличии у пациента суицидальных мыслей, выраженных депрессивных, тревожно-депрессивных, поведенческих расстройств, галлюцинаторных и бредовых психозов в состав комиссии необходимо включать психиатра. По решению комиссии пациент в зависимости от его состояния может быть направлен в отделение сестринского ухода, пансионат, хоспис или психоневрологический стационар.

«Изобретать колесо» при проектировании эффективной модели длительного ухода не требуется, необходимо воспользоваться успешными зарубежными наработками, доказавшими на практике свою эффективность. В развитых странах сопровождение граждан, потерявших способность к самообслуживанию, осуществляется в основном по программе неформального (родственного) ухода. Из числа ближайших родственников (иногда на конкурсной основе!) назначается ответственный исполнитель, за которым закрепляется функция модератора локального офиса длительного ухода. Ответственный исполнитель за счет бюджетных средств проходит обучение навыкам ухода и прикрепляется к специальному контакт-центру, который в дальнейшем будет сопровождать его по всем вопросам, касающимся медицинского обеспечения и организации длительного ухода. Ответственный исполнитель наделяется правом вызова на дом различных специалистов и даже организации стационара на дому. На всех этапах организации ухода он получает методическую, юридическую и психологическую поддержку со стороны общественных организаций. Помощь социальных служб и частных организаций позволяет обеспечивать на должном уровне качество жизни и материальный достаток пациентов. Финансирование программ неформального ухода, в том числе оплата услуг ответственного исполнителя, осуществляется за счет страховых взносов, обычно взимаемых через налог на фонд заработной платы, недостающие суммы компенсиру-

ются за счет личных средств граждан. Ресурсы распределяются в виде денежных пособий, через ваучеры на обслуживание или пакетов помощи в натуральном выражении [6].

Таким образом, успешный опыт организации неформального ухода базируется на целевом выделении материальных средств для каждого инвалида, оперативное управление которыми возлагается на близкого родственника-опекуна, прошедшего обучение навыкам ухода, за которым закрепляются полномочия выбора необходимых социальных пособий в зависимости от потребностей пациента. Важным элементом данной организационной модели является оплата труда ответственного исполнителя, выполняющего роль руководителя офиса по уходу: в развитых странах этот вопрос решается путем использования схем страхования долгосрочной помощи [7].

На поздних стадиях деменции пациентам предоставляется возможность госпитализации в стационарные учреждения, специализирующиеся на паллиативной помощи. Помимо профильной ориентации, отличительными особенностями подобных учреждений являются их ограниченная мощность (до 100 коек) и достойные условия пребывания. Равномерное распределение учреждений по территории региона позволяет осуществлять госпитализацию по месту жительства и периодически устраивать пациентам своеобразные каникулы, забирать их на время домой [8].

Следует отметить, что в странах с налаженным порядком взаимодействия при организации длительного ухода регламент регулярно пересматривается и дополняется. Европейская комиссия по разработке эффективной модели сопровождения пациентов с деменцией функционирует около 10 лет (с 2015 г.). За это время обсуждались различные варианты межведомственного взаимодействия, в том числе проект Implementation of quality indicators in Palliative Care sTudy (IMPACT), однако, по общему признанию, работа далека от завершения [9].

В странах с отлаженной системой длительного ухода между поставщиками услуг достигнуто понимание необходимости межведомственного взаимодействия на каждом этапе предоставления помощи. Медицинские представители и социальные работники посещают семьи одновременно, действуют параллельно, поэтапно согласовывая план мероприятий [10]. В Австрии сформирован специальный финансовый резерв для обеспечения координации амбулаторной и стационарной помощи больным с когнитивными расстройствами [11]. Аналогичные инициативы предприняты в Англии, Германии, Венгрии и Литве [12].

Подготовленный Всемирной организацией здравоохранения глобальный план действий по реагированию общественного здравоохранения на деменцию (Глобальный план)¹⁷ ориентирован на координацию совместных усилий не только в сфере здравоохранения и социального обслуживания, но и образования, занятости населения, правосудия, жи-

¹⁶ Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29.01.2016 № 38н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия». Режим доступа: http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?docbody=&link_id=9&nd=102393102

лищной сферы, а также между общественными и частными структурами. При этом решению бытовых проблем в процессе реализации долгосрочного ухода придается не меньшее значение, чем медико-социальным аспектам. Например, большое место в Глобальном плане уделяется обеспечению оптимальных условий проживания пациентов с деменцией. Жилые помещения должны быть оборудованы доступной навигацией, в том числе звуковым сопровождением, в них не должно быть длинных коридоров, неосвещенных пространств. В здании требуется соблюдать строго определенный режим инсоляции, температуры, влажности.

Важным компонентом организации долговременного ухода являются школы для родственников пациентов с деменцией. Для участия в школах, помимо ответственных исполнителей, приглашаются родственники из ближайшего окружения. Опытные специалисты информируют участников школ о происхождении деменции, ее динамике, исходе, особенностях течения, этапах лечения и ухода. Психологи знакомят родственников с методами коррекции психотравмирующих факторов, формирующихся в процессе долговременного ухода. С юристами обсуждаются правовые аспекты организации медико-социальной помощи, социальные работники знакомят слушателей с элементами социального обеспечения. Важное звено в работе школ — подключение слушателей к информационным каналам: связь с волонтерами, экспертами колл-центров, сотрудниками кабинетов коррекции памяти, специалистами по уходу и паллиативной помощи. Подробное обсуждение каждого этапа долговременного ухода, возможность получения методической поддержки в интерактивном режиме позволяют оперативно решать большинство проблем, которые на первый взгляд кажутся неразрешимыми.

Технология организации медико-социальной помощи пациентам с когнитивными расстройствами должна базироваться на следующей маршрутизации:

- При подозрении на когнитивные расстройства пациент направляется в кабинет нарушения памяти для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи.
- При отсутствии в регионе проживания пациента кабинета нарушения памяти пациент до 59 лет направляется на консультацию к неврологу, пациент 60 лет и старше направляется на консультацию к гериатру.
- Первичная медико-санитарная помощь включает комплексное обследование и установление диагноза.
- Для проведения дифференциальной диагностики пациенты могут быть направлены на консультацию к врачу-психиатру (при выявле-

нии суицидальных мыслей, выраженных депрессивных и тревожно-депрессивных расстройств, галлюцинаторных и бредовых психозов, выраженных поведенческих расстройств) или врачам других специальностей для исключения профильной патологии.

- При выявлении когнитивных расстройств пациенты подлежат постановке на диспансерный учет.
- В кабинетах нарушения памяти (неврологических, гериатрических) пациенты с когнитивными расстройствами получают рекомендации по изменению образа жизни, соблюдению диеты, физической активности, профилактическим мерам.
- В кабинетах нарушения памяти (неврологических, гериатрических) назначаются медикаментозное лечение, лечебно-физкультурный комплекс, эрготерапия и определяется периодичность посещения для осуществления мониторинга состояния и диспансеризации.
- Для прохождения семейного клинко-психологического консультирования пациенты направляются на консультацию к клиническому психологу (нейропсихологу) и зачисляются на обучение в школы для пациентов.
- Родственники пациентов зачисляются на обучение в школы для родственников больных с когнитивными расстройствами.
- Ответственными за организацию школ для пациентов и родственников являются врачи кабинетов нарушения памяти, при их отсутствии — врачи-гериатры, врачи-неврологи амбулаторно-поликлинической службы, а также негосударственные образовательные организации.
- Пациентам с додементными когнитивными расстройствами, с деменцией легкой и средней степени назначаются когнитивно-поведенческая терапия и когнитивный тренинг; ответственные за организацию — врачи кабинетов нарушения памяти, а при их отсутствии — врачи-гериатры, врачи-неврологи амбулаторно-поликлинической службы. По желанию когнитивно-поведенческая терапия и когнитивный тренинг могут проводиться в частных медицинских организациях в стационарном режиме или режиме дневного стационара.
- При наличии расстройств речи пациенты направляются на консультацию и курсовое лечение к врачу-логопеду амбулаторно-поликлинической службы или в центры патологии речи.
- Пациенты с когнитивными расстройствами направляются на консультацию к специалисту по социальной работе для организации мероприятий социального обслуживания и сопровождения.
- Пациенты с когнитивными расстройствами, нуждающиеся в комплексном долговременном

¹⁷ Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025. Geneva: World Health Organization; 2018. Режим доступа: <https://www.who.int/publications/i/item/global-action-plan-on-the-public-health-response-to-dementia-2017--2025>

Здоровье и общество

уходе в домашних условиях, обеспечиваются услугой круглосуточного ухода.
— Пациенты с когнитивными расстройствами, нуждающиеся в комплексном долговременном уходе в стационарных условиях, по решению межведомственной комиссии госпитализируются в отделение сестринского ухода, хоспис или пансионат для пациентов с деменцией. При наличии выраженных психических рас-

стройств пациент может быть госпитализирован в психоневрологическое отделение. По желанию пациент может быть госпитализирован в частную клинику соответствующего профиля.

Сутевая основа организационной технологии медико-социальной помощи пациентам с когнитивными расстройствами представлена в табл. 1 и 2.

Таблица 1

Маршрутизация пациентов с когнитивными расстройствами

Вид помощи	Вид услуги	Ответственные исполнители	Категория пациентов (уровень КР по шкале MMSE)			
			30—25	24—20	19—11	10—0
Информационное обеспечение	Популяризация знаний о КР и деменции	Общественные организации. Средства массовой информации	+++	+		
Предварительная диагностика	Выявление КР. Мотивация обращения в КНП	Члены семьи, медицинские работники	+++	+	+	
Первичная врачебная медико-санитарная помощь	Профилактический медицинский осмотр, амбулаторный прием и диспансеризация. Скрининг когнитивных расстройств, выявление факторов риска, маршрутизация в КНП, динамическое наблюдение	Участковые терапевты, врачи общей практики, семейные врачи, специалисты кабинетов медицинской профилактики	+++	++	+	+
Первичная специализированная медико-санитарная помощь	Диагностика, мониторинг, медикаментозное лечение	Врачи КНП	+++	++	++	+
Семейное клиничко-психологическое консультирование	Психологическая помощь. Предоставление информации о заболевании, возможностях лечения и прогнозе, социальной помощи	Общественные организации; психолог; врачи и медсестры КНП	+++	++		
Первичная специализированная медико-санитарная помощь	Школы для родственников — информационная, методическая, правовая поддержка, включающие модуль по профилактике падений и доступной среде	Общественные организации; врачи КНП; врачи-гериатры; врачи-неврологи	+++	+	+	
	Школы для пациентов. Информационная, методическая, правовая поддержка	Общественные организации; врачи КНП; врачи-гериатры; врачи-неврологи	+++	++		
	Когнитивно-поведенческая терапия (посещение выставок, экскурсий, представлений, музыкальная терапия, терапия домашними животными)	Врачи амбулаторно-поликлинической службы: гериатр, невролог, психолог	+++	+		
	Дифференциальная диагностика	Врачи стационарной службы: гериатр, невролог, психиатр. Врачи амбулаторно-поликлинической службы: гериатр, невролог	+++	+	+	
	Когнитивный тренинг	Врачи амбулаторно-поликлинической службы: гериатр, невролог, нейропсихолог, эрготерапевт	+++	++	+	
	Лечебно-физкультурный комплекс (ЛФК)	Инструкторы ЛФК	+++	++	+	
	Эрготерапия — упражнения на тренировку выполнения бытовых функций (прием пищи, туалет, мытье и другое) и сохранение физической активности (трансфер, постуральная устойчивость, мышечная сила, ходьба с привлечением компенсаторных стратегий)	Врачи-физиотерапевты	++	+	+	
	Восстановление речи** (логопедические занятия)	Врачи-логопеды	++	+	+	
	Диета (здоровое питание с достаточным потреблением витаминов, микроэлементов, белка, растительной клетчатки, омега-3-полиненасыщенных жирных кислот при одновременном ограничении продуктов с высоким содержанием простых сахаров). Средиземноморская диета	Врачи КНП. Врачи амбулаторно-поликлинической службы: гериатр, невролог	++	++	++	++
	Антихолинэстеразные препараты	Врач КНП, невролог, психиатр	+++	++	+	
Медикаментозная терапия	Акатинола мемантин		+	+	+++	+
	Адъювантная терапия		+	+	+	+
	Антигипертензивная терапия*		+	+	+	+
	Купирование поведенческих и психотических нарушений атипичными нейролептиками	Психиатр	+	+	+	+
	Купирование депрессии антидепрессантами с низким холинолитическим потенциалом		++	++	+	+
	Лечение инсомнии с использованием циклопирролонов, антидепрессантов с седативным действием, мелатонина, производных бензодиазепина короткого действия		+	+	+	+
	Коррекция паркинсонизма препаратами леводопы		+	+	+	+
	Медикаментозная коррекция ортостатической гипотензии		+	+	+	+

Продолжение

Вид помощи	Вид услуги	Ответственные исполнители	Категория пациентов (уровень КР по шкале MMSE)			
			30—25	24—20	19—11	10—0
Долговременная медико-социальная помощь и уход	Медикаментозная коррекция проявлений гиперактивного мочевого пузыря периферическими М-холинолитиками	Ответственные исполнители и родственники в домашних условиях, социальные работники гериатрической службы, социальные работники в стационарах социального обслуживания, врачи различных специальностей, врачи по паллиативной медицинской помощи, медицинские психологи, средний и младший медицинский персонал отделений сестринского ухода и паллиативных отделений	+	+	+	+
	Отмена препаратов, угнетающих когнитивные функции		+	+	+	+
	Социальное сопровождение, уход			+	++	+++

Примечание. КР — когнитивные расстройства, КНП — кабинет нарушения памяти. *Пациентам с артериальной гипертензией, **пациентам с нарушением речи.

Таблица 2

Дорожная карта медико-социальной помощи при когнитивных расстройствах

Балл MMSE	Справочно-методическая помощь	Амбулаторная помощь	Дистанционная помощь	Дневной стационар	Стационарная помощь
30 29 28	ГКЦ	КНП (невролог, гериатр) — скрининг, диагностика	КНП — скрининг		Неврологическое отделение — скрининг, диагностика
27	НКО	Психиатр — консультация	КП — скрининг		Гериатрическое отделение — скрининг, диагностика
	Чаты «Деменция», «БА»	Психолог — консультация	ГКЦ — скрининг		Психиатрическое отделение — скрининг, диагностика
26 25 24	Публикации ГКЦ	КМП — профилактика КНП (невролог, гериатр), КП — диагностика, мониторинг, лечение (диета, когнитивный тренинг, лекарственная терапия, школы для пациентов, школы для родственников)	КНП — скрининг, диагностика, дистанционный мониторинг, когнитивный тренинг, лечение	КНП — мониторинг, когнитивный тренинг, лекарственная терапия	КП — диагностика, мониторинг, лечение (диета, когнитивный тренинг, лекарственная терапия)
	НКО (школы для пациентов, школы для родственников)	Психиатр — консультация	КП — скрининг, диагностика, дистанционный мониторинг, когнитивный тренинг, лечение	Физиотерапевт (эрготерапия) Инструктор ЛФК — ЛФК	Физиотерапевт (эрготерапия) Инструктор ЛФК — ЛФК
	Чаты «Деменция», «БА»	Психолог — когнитивно-поведенческая терапия, семейное клинико-психологическое консультирование	ГКЦ — скрининг, диагностика	КП — мониторинг, когнитивный тренинг, эрготерапия, ЛФК, лекарственная терапия	Психолог — когнитивно-поведенческая терапия
	Публикации	КМП — профилактика Физиотерапевт (эрготерапия) Инструктор ЛФК — ЛФК		ДС — когнитивный тренинг, эрготерапия, ЛФК	
23 22 21 20	ГКЦ	КНП (невролог, гериатр), КП — мониторинг, лечение (диета, когнитивный тренинг, лекарственная терапия), школы для пациентов, школы для родственников	КНП — дистанционный мониторинг, когнитивный тренинг, лечение	КНП — мониторинг, когнитивный тренинг, эрготерапия, ЛФК, лекарственная терапия	КП — мониторинг, лечение (диета, когнитивный тренинг, лекарственная терапия)
	НКО (школы для пациентов, школы для родственников)	Физиотерапевт (эрготерапия)	КП — дистанционный мониторинг, когнитивный тренинг, лечение	КП — мониторинг, когнитивный тренинг, ЛФК, лекарственная терапия	Физиотерапевт (эрготерапия)
	Чаты «Деменция», «БА»	Инструктор ЛФК — ЛФК		ДС — когнитивный тренинг, эрготерапия, ЛФК	Инструктор ЛФК — ЛФК
	Публикации	Психолог — когнитивно-поведенческая терапия, семейное клинико-психологическое консультирование ЦСО — социальное обслуживание на дому			Психолог — когнитивно-поведенческая терапия

Балл ММСЕ	Справочно-методическая помощь	Амбулаторная помощь	Дистанционная помощь	Дневной стационар	Стационарная помощь
19 18 17 16 15 14 13 12 11	ГКЦ НКО (школы для родственников) Чаты «Деменция», «БА» Публикации	КНП (невролог, гериатр), КП — мониторинг, лечение (диета, когнитивный тренинг, лекарственная терапия), школы для родственников Психолог — когнитивно-поведенческая терапия, семейное клинико-психологическое консультирование ЦСО — социальное обслуживание на дому	КНП — дистанционный мониторинг, лечение (диета, когнитивный тренинг, лекарственная терапия), школы для родственников КП — дистанционный мониторинг, лечение (диета, когнитивный тренинг, лекарственная терапия), школы для родственников	КНП — мониторинг, когнитивный тренинг, эрготерапия, ЛФК, лекарственная терапия КП — мониторинг, когнитивный тренинг, эрготерапия, ЛФК, лекарственная терапия ДС — когнитивный тренинг, эрготерапия, ЛФК	КП — мониторинг, лечение (когнитивный тренинг, лекарственная терапия), уход Физиотерапевт (эрготерапия) Инструктор ЛФК — ЛФК Психолог — когнитивно-поведенческая терапия Пансионат для пациентов с деменцией — симптоматическая терапия, уход Пансионат для пациентов с деменцией — симптоматическая терапия, уход Отделение сестринского ухода — симптоматическая терапия, уход
10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	ГКЦ НКО (школы для родственников) Чаты «Деменция», «БА» Публикации ГКЦ НКО (школы для родственников) Чаты «Деменция», «БА» Публикации	КНП (невролог, гериатр), мониторинг, лечение (диета, когнитивный тренинг, лекарственная терапия), школы для родственников ЦСО — социальное обслуживание на дому Психолог — семейное клинико-психологическое консультирование ЦСО — социальное обслуживание на дому	КНП — дистанционный мониторинг, лекарственная терапия КНП — дистанционный мониторинг	КНП — мониторинг, лекарственная терапия	Паллиативное отделение — симптоматическая терапия, уход Хоспис — симптоматическая терапия, уход

Примечание. ГКЦ — гериатрический контакт-центр, КНП — кабинет нарушения памяти, НКО — некоммерческие организации, КП — клиника памяти, БА — болезнь Альцгеймера, КМП — кабинет медицинской профилактики, ЛФК — лечебно-физкультурный комплекс, ДС — «Дедский» сад, ЦСО — центр социального обслуживания.

Заключение

Основным недостатком отечественной системы длительного ухода остается межведомственная разобщенность, которая негативно влияет на качество медико-социальной помощи пациентам с деменцией и членам их семей. Медицинские и социальные организации выполняют однотипные функции без всякого согласования друг с другом.

Таким образом, междисциплинарный подход ведения деменции предполагает создание сети кабинетов и центров нарушения памяти, прием в которых ведут подготовленные специалисты с базовым образованием по неврологии, психиатрии или гериатрии, с возможностью консультации на любой стадии заболевания врача иной специальности для коррекции профильной патологии. Межведомственное взаимодействие должно быть нацелено на всестороннее социальное сопровождение и организацию длительного ухода. Основной коллектор данного взаимодействия — социальный работник медицинской организации. Усилия общественных

организаций необходимо концентрировать на информационной поддержке пациентов и их семей, а также популяризации сведений о деменции. Частные медицинские учреждения целесообразно привлекать в первую очередь к организации реабилитационной помощи пациентам с легкой и средней степенью деменции в режиме дневного стационара. Наиболее перспективная форма организации длительного ухода — неформальный уход. Стационарную помощь на средней стадии деменции наиболее обоснованно оказывать в отделениях сестринского ухода, на поздней стадии — в социальных пансионатах соответствующего профиля, хосписах и частных клиниках.

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

ЛИТЕРАТУРА

- Григорьева И. А., Парфенова О. А. Роль НКО в развитии community care (общественной заботы) в России. *Журнал социологии и социальной антропологии*. 2021;24(1):79—104.
- Григорьева И. А., Келасьева О. В. Пожилая российская женщина в местном сообществе: соседи, общественные организации,

система жилищно-коммунального хозяйства. *Успехи геронтологии*. 2020;33(2):220—7.

3. Карпунина А. В., Полева А. В. Организация социального патронажа безнадежно и тяжелобольных лиц (на примере г. Москвы). *Отечественный журнал социальной работы*. 2017;2(69):110—5.
4. Wilbers J. Long-term care insurance in Germany. New York: International Longevity Center. *Milbank Q.* 2000;78(3):375—401. doi: 10.1111/1468-0009.00178
5. Selezneva E. V., Sinyavskaya O. V., Yakushev E. L. Long-term care system: lessons from international experience for Russia. XXIII Yasin'sk (April) International Scientific Conference on Problems of Economic and Social Development. Ed. by O. V. Sinyavskaya. Moscow: Higher School of Economics Publ. house; 2022. 156 p.
6. Busse R., Riesberg A. Health care systems in transition: Germany. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2004.
7. Hofmarcher M. M., Rack H. M. Austria: health system review. Health Systems in Transition. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. 2006. 247 p.
8. Nolte E., Knai C., eds. Assessing chronic disease management in European health systems. Country reports. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2015.
9. Gaal P. Hungary. In: Assessing chronic disease management in European health systems. Country reports. Nolte E., Knai C., eds. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2015.
10. Пинчук И. Я., Мышакивская О. М., Древицкая О. О., Колодежный А. В. Динамика состояния пациентов с деменцией в условиях стационарного и амбулаторного лечения. *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. 2019;10(3):495—501.
11. Сененко А. Ш., Кайгородова Т. В., Гармаева А. Б. Организация медицинской и социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста в мире. Аналитический обзор. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2021;67(1):8.
12. Мархелева В. Б., Шарова Е. В., Сергеева Н. В. Принципы и приёмы формирования домов для престарелых людей с деменцией. *Ползуновский альманах*. 2019;(1):69—72.

REFERENCES

1. Grigorieva I. A., Parfenova O. A. The role of NGOs in the development of community care in Russia. *Zhurnal sotsiologii i sotsial'noy antropologii*. 2021;24(1):79—104 (in Russian).
2. Grigorieva I. A., Kelasiev O. V. An elderly Russian woman in the local community: neighbors, public organizations, the housing and communal services system. *Uspekhi gerontologii*. 2020;33(2):220—7 (in Russian).
3. Karpunina A. V., Poleva A. V. Organization of social patronage of hopeless and seriously ill persons (on the example of Moscow). *Otechestvennyy zhurnal sotsial'noy raboty*. 2017;2(69):110—5 (in Russian).
4. Wilbers J. Long-term care insurance in Germany. New York, International Longevity Center. *Milbank Q.* 2000;78(3):375—401. doi: 10.1111/1468-0009.00178
5. Selezneva E. V., Sinyavskaya O. V., Yakushev E. L. Long-term care system: lessons from international experience for Russia. XXIII Yasin'sk (April) International Scientific Conference on Problems of Economic and Social Development. Ed. by O. V. Sinyavskaya. Moscow: Higher School of Economics Publ. house; 2022. 156 p.
6. Busse R., Riesberg A. Health care systems in transition: Germany. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2004.
7. Hofmarcher M. M., Rack H. M. Austria: health system review. Health Systems in Transition. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. 2006. 247 p.
8. Nolte E., Knai C., eds. Assessing chronic disease management in European health systems. Country reports. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2015.
9. Gaal P. Hungary. In: Assessing chronic disease management in European health systems. Country reports. Nolte E., Knai C., eds. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2015.
10. Pinchuk I. Ya., Myshakivskaya O. M., Drevitskaya O. O., Kolyadzhny A. V. Dynamics of the condition of patients with dementia in inpatient and outpatient treatment. *Psikhiatriya, psikhoterapiya i klinicheskaya psikhologiya*. 2019;10(3):495—501 (in Russian).
11. Senenko A. Sh., Kaigorodova T. V., Garmaeva A. B. Organization of medical and social assistance to the elderly and senile in the world. Analytical review. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2021;67(1):8 (in Russian).
12. Markheleva V. B., Sharova E. V., Sergeeva N. V. Principles and methods of forming homes for the elderly with dementia. *Polzunovskiy al'manakh*. 2019;(1):69—72 (in Russian).

Поступила 22.02.2025
Принята в печать 12.06.2025