# Технология медико-социальной помощи пациентам с деменцией

Учебное пособие

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
Национальный научно-исследовательский институт
общественного здоровья имени Н. А. Семашко

# ТЕХНОЛОГИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ДЕМЕНЦИЕЙ

Учебное пособие

Электронное издание
локального распространения

Санкт-Петербург
Наукоемкие технологии
2026

© Коллектив авторов, 2026
ISBN 978-5-00271-146-8

УДК 616.89-008.46:616-053.9:614.2
ББК 56.12:52.5:57.4:51.1
Т38

Авторы:
М. А. Якушин, Т. И. Якушина, З. М. Загдын,
С. М. Смбатян, О. В. Карпова, А. В. Першин

Рецензенты:
*Р. Р. Богданов* – д.м.н., заведующий кафедрой неврологии института усовершенствования врачей Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медико-хирургический Центр имени Н. И. Пирогова»;
*М. Н. Дадашева* – д.м.н., профессор кафедры общей врачебной практики (семейной медицины) с курсом гериатрии факультета усовершенствования врачей ГБУЗ МО МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского

Т38 Технология медико-социальной помощи пациентам с деменцией [Электронный ресурс]: учебное пособие / М. А. Якушин, Т. И. Якушина, З. М. Загдын, С. М. Смбатян, О. В. Карпова, А. В. Першин. – Электрон, текстовые дан. (0,9 Мб). – СПб.: Наукоемкие технологии, 2026. – 65 с. – 1 электрон., опт. диск (CD-ROM).

ISBN 978-5-00271-146-8

На основе сравнительного изучения отечественной и зарубежной практик организации медико-социальной помощи при когнитивных расстройствах в учебном пособии проанализированы ключевые организационные дефекты и методы их коррекции. В качестве решения предложена новая организационная технология, фундаментом которой служит эффективная система маршрутизации данной категории больных.

Учебное пособие предназначено для врачей-неврологов, врачей-гериатров, врачей-организаторов здравоохранения, врачей общей практики.

*Рекомендовано к изданию решением учебно-методического совета ФГНБУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко», протокол № 17 от 03 февраля 2026 г.*

Текстовое электронное издание

Минимальные системные требования:
- процессор: Intel x86, x64, AMD x86, x64 не менее 1 ГГц;
- оперативная память RAM ОЗУ: не менее 512 МБайт;
- свободное место на жестком диске (HDD): не менее 120 МБайт;
- операционная система: Windows XP и выше;
- Adobe Acrobat Reader;
- дисковод CD-ROM;
- мышь.

УДК 616.89-008.46:616-053.9:614.2
ББК 56.12:52.5:57.4:51.1

ISBN 978-5-00271-146-8

© Коллектив авторов, 2026

Учебное издание

**Якушин** Михаил Александрович
**Якушина** Татьяна Игоревна
**Загдын** Зинаида Моисеевна
**Смбатян** Сиран Мануковна
**Карпова** Ольга Валентиновна
**Першин** Александр Валерьевич

# Технология медико-социальной помощи пациентам с деменцией

Учебное пособие

Электронное издание
локального распространения

Издается в авторской редакции
Верстка *Ю. Н. Сафонкина*
Главный редактор *В. М. Коровин*

Издательство «Наукоемкие технологии»
ООО «Корпорация «Интел Групп»
https://publishing.intelgr.com
E-mail: publishing@intelgr.com
Тел.: +7 (812) 945-50-63
Интернет-магазин издательства
https://shop.intelgr.com/

Подписано к использованию 23.06.2026 г.
Объем издания – 0,9 Мб.
Комплектация издания – 1 CD.
Тираж 100 CD.

ISBN 978-5-00271-146-8



## Сведения об авторах

**М. А. Якушин** – д.м.н, доцент, заведующий кафедрой неврологии и гериатрии ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н. А. Семашко»

**Т. И. Якушина** – д.м.н., профессор кафедры неврологии и гериатрии ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н. А. Семашко»

**З. М. Загдын** – д.м.н., главный научный сотрудник, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н. А. Семашко»

**С. М. Смбатян** – д.м.н., руководитель Центра высшего и дополнительного профессионального образования, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н. А. Семашко»

**О. В. Карпова** – к.м.н., докторант ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н. А. Семашко», заведующая неврологическим отделением для лечения и реабилитации больных с ОНМК и заболеваниями ЦНС Центра нейрохирургии и сосудистой неврологии ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А. И. Бурназяна ФМБА России

**А. В. Першин** – старший лаборант отдела стратегического анализа в здравоохранении ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н. А. Семашко»

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение ..... 6

Диагностика деменции ..... 6

Обращаемость по поводу когнитивных расстройств ..... 7

Стратегии организации медико-социальной помощи ..... 8

Некоммерческие организации ..... 10

Государственно-частное партнерство ..... 11

Инновационные формы организации помощи пациентам с когнитивными расстройствами ..... 11

Когнитивный тренинг ..... 12

Нейропсихологическая реабилитация ..... 14

Противодементная служба ..... 15

Долговременный уход за пациентами с деменцией ..... 17

Паллиативная помощь пациентам с деменцией ..... 23

Перспективные направления организации противодементной службы ..... 25

Этапы организации медико-социальной помощи пациентам с когнитивными расстройствами ..... 26

Структура противодементной службы ..... 27

Медицинская информационная система «Диагностика и лечение когнитивных расстройств» ..... 28

Порядок организации медицинской помощи пациентам с когнитивными расстройствами и деменцией: ..... 32

Маршрутизация пациентов с когнитивными расстройствами и деменцией ..... 37

Тестовые задания ..... 40

Приложение ..... 51

Список литературы ..... 59

## Введение

Согласно прогнозам, к 2050 году число людей с деменцией в мире увеличится в 6 раз по сравнению с уровнем 2000 года. Это делает заболевание одной из наиболее финансово обременительных медицинских проблем: глобальные расходы на его изучение и лечение уже составляют около 604 млрд долларов в год, а к 2030 году могут превысить 1% мирового внутреннего валового продукта. Несмотря на значительные инвестиции (в России – около 850 млн долларов ежегодно, в Европе – 115 млрд), прогресс в области диагностики и терапии деменции остаётся ограниченным, а многие её формы по-прежнему считаются неизлечимыми[1] [1–2].

Сложность диагностики деменции определяется её гетерогенностью. Когнитивный дефицит может быть вызван множеством причин – от травмы и инсульта до нейродегенерации, при этом на ранних стадиях большинство форм проявляется однотипно, прежде всего нарушением памяти, что создает предпосылку ошибочной диагностики. Установить точную этиологию по клинической картине затруднительно ещё и из-за вариабельности симптомов: одна и та же форма может иметь разные клинические проявления [3].

## Диагностика деменции

В отличие от рутинных методов (клиническое обследование, МРТ), такие передовые технологии, как ПЭТ, воксельная морфометрия, оптическая когерентная томография сетчатки и анализ ликвора на биомаркеры, обеспечивают более высокую эффективность диагностики, однако эти методы ограниченно доступны для населения, поскольку не включены в клинические рекомендации[2] и стандарты диагностики[3] [4–11].

---

[1] Dementia. Fact sheet N 362. March 2015. World Alzheimer Report 2018. The state of the art of dementia research: New frontiers. London: ADI, 2018; 48 c.

[2] Клинические рекомендации «Когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста».

[3] Приказ Минздрава России от 17.02.2022 г. № 81 «Об утверждении стандарта медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста при когнитивных расстройствах (диагностика и лечение)».

В результате возникает парадоксальная ситуация: наиболее распространенная форма деменции – болезнь Альцгеймера (БА) диагностируется редко (лишь в 10% случаев), в то время как сосудистую деменцию, напротив, фиксируют с большим переизбытком – в 49% случаев, что в 2,5 раза превышает её действительную распространенность (15–20%). Базы данных лечебных учреждений переполнены пациентами с сосудистой деменцией, многие из которых, на самом деле, страдают БА. В то же время более 90% пациентов с БА не получают положенное лечение или получают его с задержкой [12–13].

## Обращаемость по поводу когнитивных расстройств

Согласно опроса Всероссийского центра по изучению общественного мнения деменция находится на седьмом месте из тридцати шести заболеваний, которые некомфортно обсуждать даже с лечащим врачом. Пациенты стесняются своего дефекта из-за того, что люди с расстройством памяти часто воспринимаются окружающими, особенно в среде малообразованных граждан, как дефектные, стигматизированные. Большинство источников информации, из которых черпают свои знания пациенты, соотносят болезнь с перспективой стремительной и фатальной деградации личности. Получив подобную информацию, пациенты не торопятся обнародовать свой недуг, надеясь вылечиться самостоятельно с помощью доступных лекарств. Устоявшийся стереотип, согласно которому ослабление памяти считается нормой старости, является причиной позднего обращения за медицинской помощью. В результате люди приходят к врачу с опозданием, что отодвигает постановку диагноза [14].

Своевременной диагностике деменции препятствует несколько ключевых факторов. Во-первых, это дефицит квалифицированных специалистов и специализированных учреждений: за пределами немногих крупных центров с «кабинетами памяти» помощь зачастую оказывают участковые врачи, не все-

гда обладающие необходимой квалификацией. Во-вторых, существует закоренелая стигма, связанная с обращением к психиатрам: пациенты опасаются постановки на учёт, что может повлечь ограничения (например, вождение авто) и осложнить социальные отношения. Эти барьеры ведут к отсроченному обращению, хотя именно раннее начало терапии при любой форме деменции критически важно для блокировки прогрессирования болезни [1].

## Стратегии организации медико-социальной помощи

Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) была сформулирована глобальная инициатива «На пути к обществу, учитывающему деменцию», методологической основой которой выступили фундаментальные научные изыскания. Стратегическими ориентирами инициативы являются просветительская работа и интеграция гражданских институтов в борьбу с деменцией. Её положения нашли практическое применение в ряде стран, проявляющих активную позицию по данному вопросу. В Японии действует государственная программа «Новый оранжевый план», направленная на совершенствование ранней диагностики, формирование поддерживающей среды для пожилых граждан и организацию профильных научных исследований[4].

Во многих странах мира популярность приобрела модель поддержки «Альцгеймер-кафе». В рамках регулярных встреч, проходящих в неформальной обстановке за чашкой чая, пациенты с деменцией и их близкие могут получить комплексную помощь. Это включает доступ к образовательным программам («ликбез», школы для пациентов и ухаживающих), содействие в организации медицинской и социальной поддержки, помощь в приобретении медикаментов и средств ухода, а также психологические и юридические консультации. Кроме того, здесь обучают навыкам реабилитации и правильного ухода. Подобные «кафе», как правило, организуются на базе некоммерческих

[4] https://ria.ru/20200729/1575081269.html (дата обращения: 11.09.2021).

структур: благотворительных фондов, союзов и общественных объединений [15].

В таких странах, как США, Англия, Аргентина и Австралия, создана разветвленная сеть общественных организаций для помощи людям с деменцией и их семьям. Поддержка доступна повсеместно: от маленьких населенных пунктов до крупных городов с их координационными центрами. Любой, кто обеспокоен проблемами с памятью, может анонимно проконсультироваться у местных волонтеров или психологов, чтобы утвердиться в дальнейших действиях; это мотивирует человека перед визитом к врачу. После постановки диагноза организации не прекращают помощь, предоставляя услуги по обеспечению лекарствами, уходу и социальному сопровождению. Круглосуточная «горячая линия» и онлайн-ресурсы делают информацию и поддержку доступными в режиме 24 часов. Финансируется эта работа преимущественно через благотворительные фонды, существующие за счет пожертвований и массовых акций [16].

В России вопросам информирования общества о деменции последние годы начали уделять заметно больше внимания. Повышение осведомленности населения по вопросам деменции рассматривается как ключ к решению проблемы позднего обращения пациентов. В клинических рекомендациях задача просвещения возложена на широкий круг субъектов – государственные органы, медучреждения, соцслужбы, некоммерческие объединения и средства массовой информации, что соответствует мировой практике. Однако, в отличие от зарубежных стран, где обязанности между этими сторонами четко разграничены, в российских документах механизм их взаимодействия прописан недостаточно конкретно, что снижает эффективность совместной деятельности.

Возложение в Клинических рекомендациях обязанности по раннему скринингу деменции на родственников и социальных работников носит сугубо декларативный характер. На практике социальные службы, как правило, начи-

нают взаимодействовать с пациентами на поздних стадиях болезни, когда когнитивный дефицит очевиден и не требует специального подтверждения. Привлечение же родственников к проведению скринингового анкетирования методологически некорректно, поскольку у них отсутствуют необходимые профессиональные компетенции. Более реалистичной и полезной целью просветительской работы следует считать информирование семей о первых тревожных симптомах, алгоритмах действий и точках получения квалифицированной помощи, что позволит им вовремя обратиться к нужным специалистам.

## Некоммерческие организации

Опыт показывает, что наиболее оперативно на первичные обращения по поводу когнитивных расстройств реагируют ресурсы некоммерческих организаций. Это могут быть колл-центры для телефонных звонков или онлайн-чаты для интерактивного общения. Задача консультанта в такой ситуации – не только проинформировать обратившегося о дальнейших шагах (какой специалист и учреждение необходимы), но и оказать методическую помощь в смежных вопросах (психологическая, юридическая и методическая поддержка) [1].

В России общественная поддержка людей с когнитивными расстройствами и их семей находится в стадии становления. Специализированные негосударственные организации, способные оказывать методическую, обучающую и социальную помощь, пока что немногочисленны и сосредоточены исключительно в крупных городах. В этих условиях значимую роль играют отдельные инициативы. Так, проект «Мемини» фармацевтической компании «Мерц Фарма» стал основой для всероссийской программы «Академия памяти Мемини», которая занимается просвещением через специализированные сайты и видеоконтент. Кроме того, на средства гранта Фонда президентских грантов реализуется проект «Интеллектуальное здоровье в пожилом возрасте», направленный на раннее выявление деменции и своевременное начало терапии [17].

## Государственно-частное партнерство

Коммерческий сектор играет важную роль в системе медико-социальной помощи пациентам с когнитивными расстройствами. Взаимодействие между государственными и частными медицинскими организациями в России постепенно совершенствуется, чему способствует формирование соответствующей нормативной базы.

Правовой основой для этого служат несколько ключевых документов. Статья 14 Федерального закона № 323-ФЗ[5] возложила на федеральные органы власти установление порядка медицинской деятельности на принципах государственно-частного партнерства (ГЧП). В 2013 году Федеральный закон № 224-ФЗ[6] открыл возможность привлечения частных инвестиций в сферу медико-социальной помощи, прямо включив медицинские организации в перечень возможных объектов соглашений о ГЧП (ст. 7). Приоритет использования механизмов ГЧП для расширения услуг гражданам старшего поколения и привлечения внебюджетного финансирования также закреплён в соответствующей государственной стратегии действий в интересах граждан старшего поколения (Стратегия)[7] [18].

## Инновационные формы организации помощи пациентам с когнитивными расстройствами

Согласно зарубежной практике, одним из наиболее эффективных форматов ГЧП в сфере когнитивных расстройств является организация амбулаторных дневных центров – так называемых «дедских садов» (от слова «дед») или «дневных факультативов». В рамках этой модели пациенты проводят день

[5] Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ.

[6] Федеральный закон Российской Федерации № 224-ФЗ «О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в РФ и внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ».

[7] Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения, утвержденная постановлением Правительства РФ от 05.02.2016 г. № 164-р.

в специализированном учреждении, где получают комплекс реабилитационных услуг и возвращаются домой вечером [19]. Реабилитационная программа включает в себя различные занятия, стимулирующие когнитивные функции: арт-терапию (рисование, лепка, коллаж), работу с пазлами и конструкторами, песочную терапию, музыкальные и танцевальные занятия, заучивание стихов, а также фото- и видеотворчество. Подбор конкретных упражнений персонализируется в зависимости от дефицита функций у каждого пациента.

Упражнения, которые выполняют пациенты, ориентированы на полисенсорную стимуляцию и «привязаны» к конкретному роду деятельности: «мой дом» (актуализация бытовой деятельности); – «время года» (восприятие окружающей среды); – «любимые мелодии» (музыкотерапия); – «моя рука» (восприятие собственного тела); – «я» (стимуляция самоопределения) [20]. Исследования подтверждают, что вовлечение пациентов с когнитивными расстройствами в творческую деятельность, например, участие в театральных постановках совместно со студентами профильных вузов [21], а также посещение музеев и художественных выставок [22], оказывает положительный эффект. Подобная социальная инклюзия или полноценное взаимодействие с окружающим миром способствует стабилизации социального статуса пациента, поддержанию адекватной самооценки и ощущения самореализации. Кроме того, это позволяет дольше сохранять способность к самообслуживанию [23].

## Когнитивный тренинг

Максимальная эффективность когнитивного тренинга наблюдается на преклинической стадии (преддеменции) и при лёгкой степени деменции, при условии сохранения у пациента достаточного потенциала для нейропластичности и восстановления функций. При средней степени деменции реабилитационный потенциал и ожидаемая результативность таких занятий значительно

ниже[8]. Базовым компонентом когнитивного тренинга, наряду с медикаментозной и аппаратной терапией, является когнитивная стимуляция, направленная на стабилизацию и восстановление утраченных функций. Альтернативным методом является когнитивная восстановительная терапия (Cognitive Remediation Therapy, CRT). Она проводится в групповом формате, сочетающим дискуссии на актуальные для пациентов темы (быт, контроль эмоций, семейные отношения) с выполнением специальных упражнений на память и мышление [24–25]. Согласно Всемирному отчёту о болезни Альцгеймера, когнитивный тренинг признан одним из наиболее действенных методов реабилитации [26].

Процесс когнитивного тренинга представляет собой последовательную программу, включающую несколько ключевых этапов:

- Диагностический этап: оценка степени нарушений психической деятельности и когнитивных функций.
- Формирование групп: дифференциация участников по тяжести расстройств и индивидуальному реабилитационному потенциалу.
- Определение ресурсов: выявление сохранных когнитивных функций (память, мышление, речь, праксис, гнозис и др.), которые станут опорой для реабилитации.
- Разработка программы: создание индивидуального реабилитационного комплекса с опорой на выявленные сохранные функции.
- Персонализация: учёт личностных особенностей пациента (профессиональный опыт, интересы, мотивация).
- Реализация и контроль: динамическое наблюдение за выполнением заданий.
- Обратная связь: непосредственное обсуждение и коррекция ошибок в процессе выполнения (on-line коррекция).

[8] National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Dementia: A NICE-SCIE Guideline on Supporting People with Dementia and Their Carers in Health and Social Care. Leicester (UK): British Psychological Society, 2007.

- Прогрессирование: постепенное усложнение заданий для обеспечения когнитивного роста.
- Повторение и закрепление пройденного материала [27].

Когнитивный тренинг во всем мире является наиболее востребованным немедикаментозным методом коррекции деменции, позволяющим затормозить ее прогрессирование и снизить риск развития БА у пожилых людей на 76%. Многочисленные исследования подтверждают, что данный метод оказывает выраженное стимулирующее действие на нейропластичность мозга: способствует образованию новых нейронных связей и повышает интеллектуальный потенциал. Однако, несмотря на доказанную высокую эффективность, в России именно такой формат организации медико-социальной помощи пациентам с когнитивными расстройствами развит слабее всего [27].

## Нейропсихологическая реабилитация

Согласно Стандарту[3], 90% пациентов с когнитивными нарушениями нуждаются в нейропсихологической реабилитации – это довольно продолжительный курс из 144 очных сеансов под руководством междисциплинарной команды специалистов. Пропускная способность подобных курсов невелика (10–20 человек), что для страны означает необходимость в десятках тысяч учебных циклов. Обеспечить такой масштаб помощи в рамках государственного финансирования крайне проблематично без привлечения частного сектора, который обладает большей гибкостью в привлечении средств. Таким образом, ключевой проблемой организации нейропсихологической реабилитации остается недоступность услуг для большинства пациентов из-за неотлаженных финансовых механизмов между частными провайдерами и потребителями.

Некоторые территории демонстрируют эффективные практики альтернативного решения обозначенной проблемы. В рамках проекта «Московское

долголетие»[9], целью которого является повышение продолжительности жизни москвичей, реализуется комплекс учебных программ для стимуляции когнитивных функций. Курсы направлены на тренировку памяти, интеллекта и логического мышления. Финансирование их организации осуществляется через систему грантов за счёт средств бюджета мегаполиса, выделяемых Правительством Москвы Департаменту труда и социальной защиты населения.

Проект предназначен для москвичей, соответствующих одному из критериев: достижение предпенсионного возраста (55 лет для женщин и 60 для мужчин) либо получение досрочной страховой пенсии по старости или пенсии за выслугу лет (возраст в данном случае значения не имеет)[10]. Общий бюджет проекта – 15 млрд рублей.

Использование цифровых решений – ключевой способ масштабировать когнитивную реабилитацию. Это подтверждается опытом применения как российских («Нейроника»), так и международных платформ (HAPPYneuron, RehaCom, CogniFit) [28–29]. Формат представляет собой управляемую игрофикацию, где в роли инструктора всё чаще выступают чат-боты. Такой подход позволяет в широких пределах тиражировать интерактивные обучающие модули без пропорционального роста материальных затрат [30].

## Противодементная служба

Международный опыт (Западная Европа, США, Австралия) доказывает необходимость создания в каждой стране единой противодементной службы, оказывающей помощь всем пациентам с когнитивными расстройствами. С 1970-х годов основу таких систем составляют «клиники памяти» (*Memory clinic*), которые входят в амбулаторно-поликлинический сектор и интегрируют

[9] Проект «Московское долголетие», утвержденный постановлением правительства города Москвы от 18 декабря 2018 года № 1578-ПП О реализации в городе Москве проекта «Московское долголетие» (с изменениями на 26 декабря 2019 года).

[10] https://dszn.ru/deyatelnost/Proekt-Mera-Moskovskoe-dolgoletie/Otbor-organizaciy-dlya-uchastiya-v-proekte-Moskovskoe-dolgoletie.

медицинскую и социальную помощь для продления активной жизни пациентов в обществе. Работа этих служб, объединяющих государственные и частные организации, строится на комплексных национальных программах, регламентирующих взаимодействие всех заинтересованных структур [30].

В 2018 году, следуя этому примеру, в России была принята «Междисциплинарная и межведомственная программа профилактики, раннего выявления, диагностики и лечения когнитивных расстройств»[11] (Комплексная Программа). Её ключевая цель – создание к 2025 году национальной противодементной службы. Основным звеном должны были стать «кабинеты нарушений памяти», организуемые в крупных поликлиниках (прикреплённое население >50 тыс.).

Планировалось, что эти кабинеты, укомплектованные обученными специалистами и оборудованием, возьмут на себя не только диагностику и лечение, но и проведение школ для пациентов и их родственников. Это позволило бы:

- Повысить качество помощи за счёт целевой ориентации на пациентов с когнитивными расстройствами.
- Обеспечить преемственность ведения пациентов через узкопрофильных специалистов.
- Улучшить межведомственное взаимодействие по утверждённой пятиуровневой модели координации.
- Вовлечь в долговременный уход реабилитологов, социальных работников и обученных членов семей пациентов, используя успешную мировую практику коллаборации государственного и частного сектора.

Таким образом, выигрышной стратегией Программы стало комплексное планирование, сочетающее создание специализированных медицинских структур с активным привлечением и обучением социального окружения пациента.

[11] Комплексная междисциплинарная и межведомственная программа профилактики, раннего выявления, диагностики и лечения когнитивных расстройств у лиц пожилого и старческого возраста.

Хотя, ключевые положения Комплексной Программы были частично отражены в Клинических рекомендациях, её полноценная реализация была заморожена. В частности, инициатива по созданию кабинетов нарушения памяти перестала быть обязательной, превратившись в рекомендацию. Из финальных документов также исключили важнейшие пункты о подготовке специалистов и оснащении кабинетов нарушения памяти. Это привело к системной незавершённости: положение о создании школ нейрокогнитивной реабилитации осталось «на бумаге», а когнитивный тренинг – признанный базовый метод помощи на ранних стадиях деменции – так и не получил установленного механизма внедрения в масштабах страны. В отсутствие федерального финансирования эта помощь оказывается лишь по региональной инициативе (как в проекте «Московское долголетие»), что не позволяет добиться высокой эффективности и всеобщей доступности.

## Долговременный уход за пациентами с деменцией

По мере трансформации когнитивных расстройств в деменцию роль когнитивного тренинга постепенно снижается из-за исчерпания реабилитационного потенциала. Приоритет смещается в сторону организации долговременного ухода, который, по экспертным оценкам, является гораздо более ресурсозатратным как в физическом, так и в материальном плане [31–33].

В советский период система долговременного ухода как таковая отсутствовала, и её бремя почти полностью ложилось на семьи. Государство не предоставляло ни методической, ни образовательной поддержки родственникам, которые фактически осуществляли уход. Медицинские работники первичного звена также не получали ни в ВУЗах, ни на факультетах усовершенствования врачей достаточной подготовки по этим вопросам, а паллиативная помощь ещё не была сформирована. Отсутствовали и каналы для обмена опытом (мобильная связь, популярная литература), а научные данные были недоступны для обычных граждан.

В результате родственникам приходилось осваивать специфику долговременного ухода хаотично, методом проб и ошибок, зачастую в условиях дефицита даже базовых медикаментов и средств гигиены. Единственной возможностью облегчить своё положение для многих семей была институционализация пациента – помещение в психоневрологический интернат или дом престарелых, как правило, с сомнительными условиями содержания. Это решение, социально порицаемое, часто становилось вынужденной мерой отчаяния из-за полного отсутствия поддержки со стороны государства [34].

В постперестроечный период законодательство начало закреплять гарантии помощи инвалидам с психическими заболеваниями[12]. Существенным шагом стал федеральный закон № 442-ФЗ [13], который впервые обозначил технологию социальной реабилитации для поддержания навыков на ранней стадии деменции и частично регламентировал помощь семьям. Хотя эта инициатива во многом осталась декларативной из-за отсутствия финансирования, она задала правильный вектор, обозначив необходимость проработки вопроса на государственном уровне. В итоге поддержка граждан, утративших способность к самообслуживанию, и их родственников вошла в официальные стратегические документы, а к 2018 году организация системы долговременного ухода была признана государственной задачей[14].

Ключевой проблемой в уходе за пациентами с деменцией является необходимость круглосуточного наблюдения для предотвращения угроз жизни (травм, отравлений, ухода из дома). Это приводит к резкому изменению жизненного уклада семьи, вызывая сильнейший стресс и комплекс психотравмирующих факторов: тревогу, финансовые потери, переутомление и нарушение режима. Появление тяжелобольного родственника влечёт за собой также значительные бытовые и материальные трудности.

---

[12] Закон РФ от 02.07.1992 г. № 3185-I «О психиатрической помощи и гарантиях прав при ее оказании».

[13] Федеральный закон от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».

[14] Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года».

Совокупность перечисленных факторов формирует у родственников специфический синдром, обозначенным нами как «болезни родственников больных» (Diseases of Relatives of Patients, DRP). Он проявляется:

- Обострением хронических заболеваний.
- Ростом частоты депрессий и сердечно-сосудистых патологий (в 3 раза выше среднего).
- Повышением риска когнитивных расстройств у самих опекунов (в 2 раза).
- Снижением качества жизни из-за финансового бремени, разрушения семейных и социальных связей [35].

Лишь менее трети семей справляются с этим бременем без серьёзных трудностей [36–37]. Даже для профессиональных сиделок уход за дементными пациентами является фактором профессионального выгорания [38]. Именно поэтому ВОЗ (2015 г.) относит всестороннюю поддержку лиц, осуществляющих уход, к ключевым мерам по снижению глобального бремени деменции [39].

Формирование в России службы долговременного ухода было инициировано в 2019 году федеральным пилотным проектом «Старшее поколение». Результатом его реализации стала типовая модель соответствующей системы, официально утверждённая Приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 27 декабря 2023 года № 895[15].

В рамках проекта реализуется комплекс мер по организации долговременного ухода. К ключевым результатам можно отнести:

- Создание сети из 361 пункта проката средств реабилитации, воспользоваться которыми уже успели 16,7 тыс. человек.
- Открытие 408 «школ по уходу», обучивших свыше 23 тыс. родственников и сиделок.

[15] Приказ Минтруда 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».

Особенно значимым нововведением стала финансируемая государством услуга сиделки**,** на которую из федерального бюджета направлено 10,1 млрд рублей[16]. Это позволило официально трудоустроить и обеспечить оплатой 7 тыс. граждан, вынужденных ухаживать за родственниками.

Однако, по экспертным оценкам, реальная годовая потребность в финансировании для покрытия всех нужд составляет около 600 млрд рублей – на порядки выше текущих вложений[17]. Данные Росстата подтверждают масштаб проблемы: в 90% случаев долговременный уход по-прежнему оплачивается из личных средств граждан[18].

Клинические рекомендации определяют основные варианты долговременного ухода за пациентами с деменцией: в стационарных социальных и медицинских учреждениях (с участием мультидисциплинарных команд) или на дому силами родственников. Однако в документе отсутствует детальная «дорожная карта», чёткий механизм межведомственного взаимодействия и порядок организации долговременного ухода.

Ключевым вызовом остаётся слабая координация между медицинскими и социальными службами, относящимися к разным ведомствам. Несмотря на то, что в Клинических рекомендациях (п. 6) зафиксирована «первостепенная важность» такой координации, конкретные алгоритмы коммуникации и правовые основания для неё представлены расплывчато. Формально, на основании приказа Минтруда № 889[19] от 18.10.2014 г. «межведомственное взаимо-

---

[16] Report of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation on the implementation of sectoral strategic planning documents of the Russian Federation on issues under the jurisdiction of the Government of the Russian Federation. (In Russ.) Available at: https://mintrud.gov.ru/uploads/magic/ru-RU/Ministry-0-1201-src1622533941.3368.docx (accessed 26 January 2024).

[17] The head of the Ministry of Finance of the Russian Federation criticized the pilot project on care for the elderly. (In Russ.) Available at: https://finance.rambler.ru/realty/48726121-glava-minfina-rf-raskritikoval-pilotnyy-proekt-pouhodu- za-pozhilymi/ (accessed 26 January 2024).

[18] Получение на дому медицинских и санитарно-гигиенических процедур // Росстат. URL: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/sp_3.8.10_2021-2023.xlsx (дата обращения 08.02.2024).

[19] Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 18.10.2014 г. № 889 «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)».

действие рекомендуется осуществлять на основе регламента, который определяет порядок и формы взаимодействия». Хотя подобные регламенты в большинстве регионов подготовлены, конкретные условия организации долговременного ухода пациентам с деменцией в них не оговорены.

Исключением, где эта проблема получила достаточную проработку, является Уральский федеральный округ. Предложенный там алгоритм включает:

- Первичную госпитализацию в психиатрический стационар для диагностики и установления контакта с семьёй.
- Последующее диспансерное наблюдение у психиатра.
- При прогрессировании – перевод в отделение сестринского ухода.

Но и здесь имеются «пробелы»: недостаточно очерчена роль ответственных исполнителей, а взаимодействие с социальными службами сведено к созданию межведомственного совета без детализации его функций. Несмотря на очевидную ограниченность и несовершенство данной модели, она остаётся на данный момент единственной попыткой формализовать подобный алгоритм в России [40–41].

Однако инфраструктура долговременного ухода в России постепенно совершенствуется; на сегодня она включает около 2800 государственных домов-интернатов и пансионатов системы соцзащиты, а также 700 хосписов в системе здравоохранения, большая часть которых расположена в Центральном федеральном округе.

Долгое время в нормативных документах долговременный уход рассматривался как исключительно государственная функция[20]. Однако качество медико-социальной помощи в таких учреждениях часто критикуется как неудовлетворительное [42]. Этот дефицит частично компенсирует быстрорастущий частный сектор услуг по уходу за пациентами с деменцией, чьи объёмы уже сопоставимы с государственными. Согласно опросам, 82% пользователей

[20] Приказ Минздравсоцразвития РФ от 17.01.2007 N 37 (ред. от 30.04.2008) «Об утверждении Регламента Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации».

частных пансионатов считают качество ухода в них выше. Тем не менее, общее количество специализированных стационаров для долговременного ухода остаётся критически недостаточным, особенно в сравнении с другими странами (например, более 7 тысяч во Франции и свыше 20 тысяч в США) [43].

Некоммерческие организации также участвуют в развитии долговременного ухода, реализуя программы «серебряного» волонтерства, обучения родственников и досуговой поддержки. Известные инициативы включают проект фонда «Альцрус» по методической помощи семьям, а также ряд успешных региональных практик: дневные центры (например, «Клуб Незабудка» в Костроме), гериатрические и паллиативные службы (Петрозаводск), специализированные пансионаты (Камызяк) и школы поддержки (Архангельск). Дополнительную помощь оказывают приемные семьи для пожилых, а также управляющие компании и товарищества собственников жилья, содействующие в создании доступной среды и бытовом обслуживании. Долговременный уход в настоящее время в нашей стране осуществляют около пятидесяти организаций с мощностью до 2,5 тысяч мест. Наиболее известные организации – это «Домашний уют», УКСС, «Забота», «Желтый крест», Senior Group, «Доброта», «Родные люди», «Забота и уход», «Медсервис» [44–45].

Для преодоления основной слабости системы – межведомственной разобщённости – необходима роль координатора. Её логично закрепить за специалистом по социальной работе, который уже введен в штат гериатрических кабинетов, а также кабинетов и центров нарушения памяти[21]. Его функции должны включать первичное консультирование пациентов и организацию взаимодействия с органами социальной защиты.

Решение о стационарном уходе должно приниматься коллегиальной комиссией (руководитель медучреждения, лечащий врач, соцработник, при необходимости – психиатр), которая и определяет маршрутизацию (пансионат, хоспис, психоневрологический стационар и т. д.).

[21] Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 января 2016 г. № 38н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "гериатрия"».

При разработке амбулаторного этапа долговременного ухода следует опираться на успешный зарубежный опыт, где основой служит программа неформального (семейного) ухода. В её рамках один из родственников официально назначается ответственным координатором. Он проходит на бюджетной основе официальное обучение, получает полномочия по организации помощи на дому (вплоть до вызова специалистов) и постоянную поддержку от контакт-центра и общественных организаций.

Система финансируется преимущественно за счёт страховых взносов (через налог на зарплату), а помощь распределяется в виде денежных выплат, ваучеров или натуральной поддержки. Это позволяет сочетать семейный уход с профессиональными медицинскими и социальными услугами, обеспечивая достойное качество жизни для пациентов [46].

Таким образом, успешная организация семейного ухода строится на целевых денежных средствах, выделяемых на каждого пациента и управляемых обученным родственником-опекуном, который подбирает необходимые виды поддержки. Критически важным является и оплата труда этого координатора, что в развитых странах обеспечивается за счёт системы добровольного страхования [47].

## Паллиативная помощь пациентам с деменцией

На поздних стадиях деменции пациенты могут быть госпитализированы в специализированные паллиативные стационары. Их отличительные черты – небольшой размер (обычно до 100 коек), высокое качество условий пребывания и равномерное размещение по территории, что обеспечивает доступность помощи по месту жительства. Такая модель также позволяет периодически забирать пациентов домой, организуя для них временные «каникулы» [48].

Стоит отметить, что даже в странах с устоявшейся системой долговременного ухода её регламенты постоянно совершенствуются. Например, Евро-

пейская комиссия по разработке эффективной модели помощи пациентам с деменцией функционирует с 2015 года, но её работа пока далека от совершенства – постоянно меняются подходы к межведомственному взаимодействию; универсального решения, особенно по вопросам финансирования, до сих пор не выработано [49].

По мнению экспертов, система долговременного ухода требует коллективного финансирования при государственной поддержке и участии частного капитала[22]. Основу должны составлять обязательные страховые взносы, дополненные добровольными. Для обеспечения равнодоступности услуг необходимы налоговые льготы для поставщиков и адресные пособия для наименее защищенных граждан. Финансирование распределяется как формальным организациям, так и неформальным опекунам.

Ключевым элементом эффективных систем, как показывает международный опыт (Австрия, Англия, Германия и др.), является межведомственное взаимодействие. Согласованная работа медицинских и социальных служб на всех этапах, включая создание специальных финансовых механизмов для координации помощи, является обязательным условием [50–54].

Чтобы эффективно реагировать на деменцию как на вызов общественному здоровью, Глобальный план ВОЗ (Глобальный план)[23], предлагает всеобъемлющую стратегию, объединяющую усилия здравоохранения, социальной защиты, образования, рынка труда, жилищной политики и правовой сферы, при активном сотрудничестве государственных и частных организаций [55].

Столь же значимым, как медицинская и социальная помощь, является создание комфортной и безопасной среды для жизни. Согласно международ-

[22] Аналитический обзор ВОЗ «Каковы возможные пути создания в европейских странах эффективных, справедливых и устойчивых систем финансирования для обеспечения длительного ухода за пожилыми людьми». Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009, № 11.

[23] Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025. Geneva: World Health Organization; 2017., Towards a dementia plan: a WHO guide. Geneva: World Health Organization: 2018.

ным стандартам, помещения для людей с деменцией должны иметь интуитивную навигацию (визуальные и звуковые подсказки), исключать путающие планировочные решения и обеспечивать строгий контроль над освещением, температурой и влажностью [56].

Центральным звеном в поддержке таких пациентов выступают образовательные программы для родственников пациентов. В рамках этих программ специалисты разного профиля – от врачей и психологов до юристов и социальных работников – помогают родственникам понять природу заболевания, освоить навыки ухода, получить психологическую и правовую поддержку. Особое внимание уделяется интеграции семей в систему квалифицированной помощи: подключению к волонтёрским сообществам, горячим линиям, центрам памяти и паллиативной помощи. Детальный разбор всех аспектов помощи в сочетании с постоянной обратной связью с заинтересованными исполнителями позволяет находить решения для ситуаций, которые на первый взгляд представляются безвыходными [1].

## Перспективные направления организации противодементной службы

За основу системы следует принять концепцию сети центров нарушения памяти, где первичный приём ведут специально подготовленные неврологи, психиатры или гериатры с возможностью междисциплинарных консультаций. Центральным координатором межведомственного взаимодействия (социального сопровождения и организации ухода) должен выступать социальный работник при медицинском учреждении.

Роли распределяются следующим образом: некоммерческие организации (НКО) фокусируются на информационной поддержке, частные клиники – на дневной реабилитации пациентов с лёгкой и средней деменцией. Приоритетной формой ухода является неформальная (семейная) его организация. Стационарная помощь на средней стадии оказывается в отделениях сестринского

ухода, на поздней – в специализированных пансионатах, хосписах или частных клиниках [39].

## Этапы организации медико-социальной помощи пациентам с когнитивными расстройствами

**Доврачебный этап:**

Задачи: доврачебная диагностика когнитивных расстройств.

Ответственные исполнители: родственники, близкое окружение пациента (знакомые, соседи, сослуживцы), социальные работники.

Порядок действий: близкое окружение пациента, социальные работники обращают внимание на бросающиеся в глаза признаки когнитивных расстройств (забывчивость, снижение мышления, регресс профессиональных навыков) и информирует об этом родственников. Родственники инициируют обращение пациента в кабинет (центр) нарушения памяти.

**Медико-санитарный первичный этап:**

Задачи: скрининг когнитивных расстройств, корректировка факторов риска.

Ответственные исполнители: врачебные специалисты поликлиник (терапевты, врачи общей практики (ВОП), врачи-гериатры, специалисты кабинетов медицинской профилактики).

Порядок действий: выявление когнитивных расстройств и предварительная оценка степени проявления выявленных когнитивных расстройств посредством применения диагностической шкалы Мини-Ког, маршрутиризация пациентов в кабинет (центр) нарушения памяти, выполнение и контроль всех назначений врача кабинета (центра) нарушения памяти.

**Специализированная врачебная помощь:**

Задачи: диагностика когнитивных расстройств, установление диагноза, лечение, реабилитация пациентов, мониторинг (в том числе, дистанционный)

состояния, методическое обеспечение пациентов и их родственников, проведение школ профилактики и восстановления нарушений памяти, взаимодействие с социальными службами, заинтересованными некоммерческими и коммерческими организациями).

Ответственные исполнители: медицинские и немедицинские работники кабинетов (центров) нарушения памяти.

**Когнитивная реабилитация:**

Задачи: когнитивный тренинг, поддержание навыков самообслуживания, ограничение нагрузки на родственников по уходу.

Ответственные исполнители: «дедские» сады, реабилитационные кабинеты, отделения, центры.

Порядок действий: проведение когнитивного тренинга, лечебной физкультуры, занятий на стендах тренировки навыков самообслуживания, обеспечение досуга пациентов и их транспортировка.

**Долговременный уход:**

Задачи: обеспечение полноценного ухода.

Порядок действий: методическое построение всех этапов оказания медицинской и социальной помощи пациентам.

Ответственные исполнители: врачи различного профиля, специалисты по уходу и социальной работе и медицинские психологи.

## Структура противодементной службы

Ключевым звеном противодементной службы является **кабинет и центр нарушения памяти**. Амбулаторная помощь должна координироваться **кабинетом** нарушения памяти, а стационарная – **центром** нарушения памяти.

Работа кабинетов нарушения памяти должна осуществляться в плановом режиме. Необходимый расчет при создании кабинета нарушения памяти – 1 на 50 тыс. прикрепленного населения старших возрастных групп, с режимом работы в 2 смены двух врачебных единиц на один кабинет.

## Медицинская информационная система «Диагностика и лечение когнитивных расстройств»

С целью оптимизации работы кабинетов и центров нарушения памяти предлагается разработанная нами медицинская информационная система (МИС) «Диагностика и лечение когнитивных расстройств». Функционал МИС реализуется с помощью платформы 1С и позволяет медицинским специалистам проводить диагностику не только по когнитивным расстройствам, но и по сопутствующим заболеваниям, анализировать персональный профиль коморбидности, с учетом которого осуществляется назначение дополнительных лабораторно-инструментальных исследований и персональной схемы лечения.

МИС сформирована из пяти модулей: «Регистратура», «Мониторинг», «Диагностика», «Лечение», «Справочники».

В модуле «Регистратура» заложен реестр медицинских электронных карт пациентов, что обеспечивает доступность быстрого поиска конкретной карты и дальнейшей работы с ее данными в других модулях МИС. Функционал модуля «Мониторинг» включает в себя тестирование пациентов с фиксацией и последующим анализом полученных результатов, в том числе определение динамики и трендов развития патологического состояния у пациента. За счет работы модуля «Диагностика» на основании полученных результатов тестирования устанавливается конкретный тип когнитивных расстройств, нозологическая форма, определяется уровень когнитивных расстройств.

Модуль «Лечение» в режиме подсказки предлагает лечащему врачу на основании установленной нозологической формы, типа и степени когнитивного расстройства, а также специфики сопутствующих заболеваний один или несколько лечебных факторов с указанием конкретных дозировок и курсовых сроков лечения.

В модуле «Справочники» заложены справочные материалы, которые могут использоваться самой системой в процессе постановки диагноза и выбора

оптимального лечения, а также для проверки врачом системных решений. Модуль «Справочники» является регулярно обновляемым и дополняемым согласно всем изменениям нормативно-правовой и регламентирующей документации, использующейся в осуществлении лечебно-диагностического процесса при когнитивных расстройствах.

Алгоритм работы МИС следующий:

- лечащий врач проводит сбор анамнеза посредством использования включенных в МИС диагностических анкет и шкал с обязательной фиксацией полученной информации в самой системе;
- в случае обнаружения когнитивных расстройств устанавливается их тип, степень и предоставляется перечень предположительных состояний, которые послужили причиной их формирования;
- система ориентирует врача относительно дополнительных методов диагностики для уточнения диагноза;
- по результатам клинического, лабораторного и инструментального обследования МИС в режиме подсказки определяет диагноз, следуя интегрированному алгоритму постановки диагноза.

Вероятный диагноз – при наличии всех критически важных признаков («4»), отсутствии исключающих («0») и максимальной совокупности признаков «4» и «3» в ключевых разделах (доменах).

Исключение диагноза – при обнаружении любого признака «0» или недостаточной (<25%) доли признаков «3» в ключевых доменах.

При равных ключевых показателях решающим становится наибольшая доля признаков «3» в *вспомогательных* (неключевых) доменах.

При равенстве признаков «3» система проводит «нейтрализацию»: признаки «2» компенсируют признаки «1». После этого выбирается вариант с максимальной долей оставшихся признаков «2».

Возможные диагнозы – все остальные варианты с положительным балансом признаков «3» и «2» (после нейтрализации) ранжируются по убыванию этого показателя.

При повторных консультациях определяется динамика развития когнитивных расстройств у пациента с формирование тренда.

Важным моментом является возможность факта фиксации и сигнализации системой внезапного ухудшения состояния пациента. Реализация модуля «Лечение» осуществляется следующим образом:

- устанавливается перечень всех доступных к рекомендации пациенту лечебных факторов (лекарственные средства, которые внесены в государственный реестр лекарственных средств РФ, немедикаментозные лечебные факторы, которые внесены в клинические рекомендации), соответствующих установленному диагнозу, формируя тем самым терапевтический ряд;
- проводится оценка предложенных системой лекарственных препаратов терапевтического ряда по следующей градации – от 0 до 5 с последующим исключением нулевых лекарственных препаратов, где 0 – лекарственное средство противопоказано, 1 – лекарственное средство способствует развитию побочных эффектов, что может усугубить состояние пациента с когнитивными расстройствами, 2 – лекарственное средство входит в перечень по жалобе, которая относится к когнитивным расстройствам, 3 когнитивных расстройств, 4 – лекарственное средство внесено в клинические рекомендации, 5 – лекарственное средство утверждено в клинических рекомендациях и имеет соответствующие показания;
- проводится дополнительная оценка влияния лекарственного препарата на каждую сопутствующую жалобу пациента и по сопутствующим заболеваниям, имеющимся у пациента, и при наличии даже одного противопоказания для назначения анализируемого лекарственного средства оно исключается из рекомендуемого системой терапевтического ряда;
- если лечебный фактор не противопоказан, но имеет побочное действие, соответствующее предъявляемой жалобе или сопутствующему заболеванию, вычитается один балл и наоборот – при наличии показаний один бал прибавляется.

По итоговой сумме устанавливается рейтинг лекарственного средства. Руководствуясь данным рейтингом, лечащий врач производит назначение, формируя итоговую персонализированную схему лечения.

При последующих консультациях лечащий врач определяет динамику развития когнитивных расстройств у пациента с формированием тренда, что является основанием для коррекции лекарственных дозировок, а также для назначения дополнительных лечебных факторов или их замене.

При наличии в схеме лечения пациента ингибиторов холинэстеразы обязательно проводится оценка состояния пациента в плане возможного холинергического криза (тошнота, рвота, боль в животе, мышечная слабость, диарея, слюнотечение, слезотечение, потливость, брадикардия, судороги (фасцикуляции), артериальная гипотензия, урежение дыхания, миоз) [47].

При положительной симптоматике лечащий врач в режиме подсказки проводит отмену приема препарата и (или) коррекцию дозировки.

Таким образом МИС является системой поддержки принятия решения врача-специалиста при проведении диагностического исследования и последующего лечения пациентов с когнитивными нарушениями. Функционал МИС реализуется на 1С платформе, что позволяет использовать сторонние сервисы, ассоциированные с 1С. Работа МИС возможна в 2-х вариантах: файловый формат и клиент-серверный. Важно, что во всех доступных для работы форматах реализуются полностью прикладные решения системы [70].

Файловый формат работы МИС предназначен для индивидуальной работы ограниченного количества пользователей в локальной сети. Все данные, которые можно использовать расположены в файловой информационной базе – система управления базами данных (СУБД).

Режим работы в клиент-серверном формате нужен для одновременного проведения несколькими медицинскими специалистами диагностики и лечения. Система клиент-серверного формата – это трехуровневая архитектура, в

которой базы данных хранятся в СУБД и доступны для использования их клиентским приложением посредством сервера 1С: Предприятия 8.

Ключевые компоненты МИС адаптированы к операционным системам Windows, Linux, Эльбрус (начиная с версии 1С: Предприятие 8.3.22). Клиентская часть «1С: Предприятия 8» может быть запущена на компьютерах с операционными системами macOS и iOS, а также на мобильных устройствах под управлением операционных систем Android, IOS и Windows.

## Порядок организации медицинской помощи пациентам с когнитивными расстройствами и деменцией:

В кабинете нарушения памяти ведется работа с пациентами:

- направленными врачами первичной медико-санитарной помощи (участковыми терапевтами, врачами общей практики, семейными врачами, специалистами кабинетов и отделений медицинской профилактики);
- обратившимися самостоятельно или по совету родственников, ближнего окружения, социальных работников.

К основным задачам кабинета нарушения памяти относятся:

- формирование регистра пациентов с когнитивными расстройствами;
- осуществление лечебно-консультативной помощи пациентам с когнитивными расстройствами;
- профилактическая (организационно-методическая) работа по предупреждению когнитивных расстройств у лиц пожилого и старческого возраста;
- осуществление координации работы врачей первичного звена, врачей- специалистов, органов социальной защиты;
- маршрутизация пациентов с учетом особенностей их состояния и потребностей;
- мониторинг (в том числе, дистанционный) состояния;
- методическое обеспечение пациентов и их родственников;

- проведение школ профилактики и восстановления нарушений памяти;
- взаимодействие с социальными службами, заинтересованными некоммерческими и коммерческими организациями).

Стандарт оснащения кабинета нарушения памяти должен включать:

- отдельные помещения (для врача и медицинской сестры) с доступной средой (обеспечение доступа на инвалидной коляске, ходунках);
- рабочее место врача и медицинской сестры;
- компьютер (с доступом в единую медицинскую информационную систему) с интегрированной программой «Диагностика и лечение когнитивных расстройств»;
- принтер;
- набор бланков нейропсихологических шкал;
- набор неврологических инструментов (неврологический молоток, камертон, иглы для проверки чувствительности и т. д.);
- кушетку.

Штат кабинета нарушения памяти:

- врач – квалифицированный специалист (невролог, психиатр, гериатр);
- специалист по социальной работе;
- медицинская сестра с навыками проведения нейропсихологического тестирования.

Временной период на прием одного пациента в кабинете памяти в амбулаторной медицинской организации такими врачебными специалистами, как невролог, психиатр, гериатр, должен составлять 60 минут.

Функциональные обязанности врача кабинета нарушения памяти:

- формирование регистра больных с когнитивными расстройствами;
- определение наличия когнитивных расстройств и степени их выраженности;

- проведение дифференциальной диагностики (план обследования, консультации специалистов, направление на лабораторное и инструментальное обследование);
- постановка нозологического диагноза;
- проведение терапии когнитивного расстройства с комплексным применением лекарственных и немедикаментозных методов;
- разработка долгосрочного индивидуального плана проведения лечебных и реабилитационных мероприятий, плана социальной и психологической адаптации и контроль за их выполнением;
- динамическое наблюдение (через каждые 3–6 месяцев);
- дистанционный мониторинг пациентов с использованием МИС «Диагностика и лечение когнитивных расстройств»;
- направление пациентов в стационарный центр нарушения памяти для дополнительного обследования и уточнения нозологического диагноза;
- организационно-методическая, профилактическая работа, включая проведение школ для пациентов и родственников.

При наличии показаний к ведению пациента могут привлекаться врачи других специальностей.

Функциональные обязанности специалиста по социальной работе:

- определение объёма социальной помощи, дальнейшей необходимой маршрутизации пациента (патронаж на дому, центр социального обслуживания, пансионат для пациентов с деменцией);
- осуществление помощи в получении необходимого объёма социального обеспечения;
- контакт с социальными службами по месту жительства с информированием органов социальной защиты населения о необходимости и объеме социальной помощи пациенту.

Функциональные обязанности медицинской сестры кабинета нарушения памяти:

- доврачебный осмотр (сбор анамнеза, анкетирование и заполнение опросников и шкал);
- администрирование (координация) активности социальных и медицинских служб с учетом индивидуальных потребностей каждого пациента;
- обеспечение дистанционной связи с пациентами, контроль за выполнением врачебных назначений, ведение компьютеризированной базы данных и регистра пациентов.

Центр нарушения памяти.

Работа центров нарушения памяти должна проходить в структуре многопрофильных стационаров с локализацией в отделениях неврологии и психиатрии, в которых основными задачами будут:

- оказание специализированной помощи сложным пациентам, пациентам с редкими заболеваниями или нетипичным течением заболеваний;
- дифференциальная диагностика и уточнение нозологического диагноза;
- применение специальных методов обследования, включая нейровизуализацию, лабораторные и электрофизиологические методы;
- коррекция проводимой медикаментозной и немедикаментозной терапии;
- проведение организационных мероприятий, проведение медико-социальных акций, круглых столов, конференций по актуальным проблемам когнитивных расстройств, содействие в практической реализации принятых решений;
- взаимодействие в пределах компетенции с другими организациями;
- внедрение в практику современных достижений в области профилактики, диагностики и лечения когнитивных расстройств, а также методов обучения и повышения медицинской грамотности населения по этим вопросам и проведения анализа эффективности их применения;

- совершенствование методов нейропсихиатрического исследования;
- ведение регистров больных с когнитивными расстройствами, сбор и интерпретация эпидемиологических сведений;
- проведение научной работы по проблемам когнитивных и других нейропсихиатрических нарушений.

Структура и оснащение городского и муниципального центра нарушения памяти:

- кабинеты врачей, специалистов по социальной работе (с наличием соответствующего оборудования по необходимости в зависимости от специальности);
- кабинет среднего медицинского персонала;
- процедурный кабинет;
- помещения для немедикаментозных методов лечения;
- помещение для проведения занятий физической реабилитации.

Структура и оснащение регионального центра нарушения памяти:

- наличие оснащения для городского и муниципального центра;
- наличие МРТ не менее 1,5 тесла.

Штат городского, муниципального центра когнитивных расстройств:

- врач-невролог;
- врач-психиатр;
- врач-гериатр;
- нейропсихолог;
- эрготерапевт;
- медицинская сестра;
- специалист по социальной работе.

Штат регионального центра нарушения памяти:

- специалисты городского и муниципального центра;
- специалист по нейровизуализационным методам исследования (рентгенолог и рентген-лаборант).

## Маршрутизация пациентов с когнитивными расстройствами и деменцией

Технология организации медико-социальной помощи пациентам с когнитивными расстройствами базируется 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 выявление когнитивных расстройств и предварительная оценка степени их выраженности (шкала Мини-Ког), установление предварительного диагноза, направление пациентов в кабинет (центр) нарушения памяти, выполнение назначений врача кабинета (центра) нарушения памяти.
- При выявлении когнитивных расстройств пациенты подлежат направлению в кабинет нарушения памяти для оказания специализированной помощи.
- В кабинетах нарушения памяти пациенты с когнитивными расстройствами получают рекомендации по изменению образа жизни, соблюдению диеты, физической активности, профилактических мерах.
- Для проведения дифференциальной диагностики пациенты могут быть направлены на консультацию к врачу-психиатру (при выявлении суицидальных мыслей, выраженных депрессивных и тревожно-депрессивных расстройств, галлюцинаторных и бредовых психозов, выраженных поведенческих расстройств) или врачам других специальностей для исключения профильной патологии.

- В кабинетах нарушения памяти назначается медикаментозное лечение, лечебно-физкультурный комплекс, эрготерапия и определяется периодичность посещения для осуществления мониторинга состояния и диспансеризации.
- Для прохождения семейного клинико-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 НКО.
- Пациентам с додементными когнитивными расстройствами, с деменцией легкой и средней степени назначается когнитивно-поведенческая терапия и когнитивный тренинг; ответственные за организацию – врачи кабинетов нарушения памяти, 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 деменцией направляются на консультацию к специалисту по социальной работе для организации мероприятий социального обслуживания и сопровождения.
- Пациенты с деменцией, нуждающиеся в долговременном уходе в домашних условиях, обеспечиваются услугой круглосуточного ухода.

По согласованию с пациентом и (или) его опекуном, для прохождения реабилитационного лечения пациенты направляются в дневной стационар «дедский сад».

- Пациенты с деменцией, нуждающиеся в комплексном долговременном уходе в стационарных условиях, по решению межведомственной комиссии госпитализируются в отделение сестринского ухода, отделение паллиативной помощи, хоспис или пансионат для пациентов с деменцией. При наличии выраженных психических расстройств пациент может быть госпитализирован в психо-неврологическое отделение. По согласованию с пациентом и (или) его опекуном, пациент может быть госпитализирован в частную клинику соответствующего профиля.

## Тестовые задания

1. В какой области головного мозга наиболее выражена атрофия при болезни Альцгеймера?

1) в височной доле;
2) в затылочной доле;
3) в лобной доле;
4) в стволе.

2. Дисфункция какого отдела головного мозга играет ведущую роль в развитии болезни Альцгеймера?

1) гиппокампового комплекса;
2) затылочной доли;
3) лобной доли;
4) мозжечка;
5) черной субстанции.

3. Для какой болезни характерны прогрессирующие нарушения памяти?

1) для Корсаковского синдрома;
2) для бокового амиотрофического склероза;
3) для болезни Альцгеймера;
4) для рассеянного склероза;
5) для транзиторной глобальной амнезии.

4. Доля пациентов с деменцией в России составляет:

1) 10%
2) 100%
3) 50%
4) 70%
5) 80%

5. Как часто встречаются аффективно-поведенческие расстройства при деменции?

1) 20–30%
2) 5–10%
3) 50%
4) 90%

6. Какая болезнь является частой причиной лёгких когнитивных расстройств?

1) болезнь Альцгеймера;
2) болезнь Паркинсона;
3) дисциркуляторная энцефалопатия;
4) нормотензивная гидроцефалия;
5) посттравматическая энцефалопатиия.

7. Какая самая частая причина деменции?

1) болезнь Альцгеймера;
2) болезнь Гентингтона;
3) болезнь Паркинсона;
4) рассеянный склероз;
5) сосудистая деменция.

8. Какая самая частая причина умеренных когнитивных расстройств?

1) болезнь Альцгеймера;
2) болезнь Паркинсона;
3) дисциркуляторная энцефалопатия;
4) нормотензивная гидроцефалия;
5) посттравматическая энцефалопатия.

9. Какие изменения на МРТ наиболее характерны для болезни Альцгеймера?

1) атрофия височных долей головного мозга;
2) атрофия лобных долей головного мозга;
3) расширение 3-го желудочка;
4) сосудистые очаги;
5) субкортикальный лейкоареоз.

10. Какие проявления начальной стадии болезни Альцгеймера?

1) моторная афазия;
2) нарушение памяти на текущие события;
3) нарушения походки;
4) недержание мочи;
5) параличи.

11. Какие средства эффективны в терапии болезни Альцгеймера?

1) НПВС;
2) глутаматергические;
3) дофаминергические;
4) норадренергические;
5) серотонинергические.

12. Какими клиническими признаками проявляется деменция?

1) вестибулярной атаксией;
2) когнитивными расстройствами;
3) мозжечковой атаксией;
4) нарушениями равновесия;
5) парезами и параличами.

13. Каков процент распространённости деменции в возрасте 65–70 лет?

1) 15%
2) 25%
3) 40%
4) 5%
5) 50%

14. Каково количество пациентов, страдающих деменцией во всём мире?

1) 1 миллион;
2) 10 миллионов;
3) 120 миллионов;
4) 47 миллионов.

15. Какое количество пациентов в настоящее время страдают деменцией в России?

1) 1 миллион;
2) 1,8 миллионов;
3) 10000;
4) 3 миллиона;
5) 400000.

16. Какое лекарство применяется для лечения болезни Альцгеймера?
    1) Актовегин;
    2) Карнитин;
    3) Леводопа + Карбидопа;
    4) Ривастигмин;
    5) Циннаризин.

17. Какое осложнение возможно при применении нейролептиков?
    1) нарушения зрения;
    2) нарушения обоняния;
    3) нарушения слуха;
    4) паркинсонизм;
    5) тазовые нарушения.

18. Какое средство используют для лечения деменции с тельцами Леви?
    1) Леводопа + Бенсеразид;
    2) Циклодол;
    3) Экселон;
    4) Этилметилгидроксипиридина сукцинат.

19. Какой метод является основным в диагностике болезни Альцгеймера?
    1) исследование цереброспинальной жидкости;
    2) нейропсихологическое обследование;
    3) транскраниальная допплерография;
    4) электроэнцефалография;
    5) эхоэнцефалоскопия.

20. Какой препарат используют для лечения болезни Альцгеймера?
    1) Галантамин;
    2) Ницерголин;
    3) Пирацетам;
    4) Этилметилгидроксипиридина сукцинат.

21. Какой симптом НЕ относится к проявлениям болезни Альцгеймера?
    1) затруднения при счетных операциях;
    2) медленное прогрессирование симптомов;
    3) нарушения ориентировки в малознакомой местности;
    4) трудности подбора слов при разговоре;
    5) флюктуирующее течение болезни.

22. Какой симптом характерен для болезни Альцгеймера?

1) амнестическая афазия;
2) гемианопсия;
3) координаторные нарушения;
4) мозжечковая атаксия;
5) параличи.

23. Сколько пациентов с деменцией выявляется в России?

1) 1 миллион;
2) 1,8 миллионов;
3) 200 тысяч;
4) 5 миллионов;
5) 500 тысяч.

24. Чем отличается болезнь Альцгеймера от сосудистой деменции?

1) выраженностью сердечно-сосудистых факторов риска;
2) наличием галлюцинаций;
3) наличием первичных (гиппокампальных) расстройств памяти;
4) поведенческими расстройствами;
5) тазовыми нарушениями.

25. Что НЕ относится к когнитивным функциям?

1) атаксия;
2) внимание;
3) память;
4) узнавание;
5) целенаправленные действия.

26. Что играет наиболее важную роль в патофизиологии болезни Альцгеймера?

1) ацетилхолинергическая недостаточность;
2) дофаминергическая недостаточность;
3) норадренергическая активация;
4) норадренергическая недостаточность;
5) серотонинергическая недостаточность.

27. Что может приводить к деменции?

1) лобно-височная дегенерация;
2) полинейропатия;
3) рассеянный склероз;
4) ревматоидный полиартрит;
5) сирингомиелия.

28. Что отличает деменцию от умеренных когнитивных расстройств?

1) жалобы;
2) нарушение самообслуживания;
3) нарушения внимания;
4) нарушения памяти;
5) тазовые расстройства.

29. Что такое агнозия?

1) нарушение памяти на текущие события;
2) нарушение сложных двигательных актов;
3) нарушение узнавания при сохранности зрения;
4) нечеткость речи (неразборчивость произношения);
5) утрата речевых способностей как способа выражения мысли.

30. Что такое делирий?

1) деменция;
2) длительно присутствующие когнитивные расстройства;
3) остро возникшие когнитивные расстройства;
4) флюктуирующие когнитивные расстройства.

31. Что такое деменция?

1) возрастные когнитивные расстройства;
2) лёгкие когнитивные расстройства;
3) субъективные когнитивные расстройства;
4) тяжёлые когнитивные расстройства;
5) умеренные когнитивные расстройства.

32. Что характерно для болезни Альцгеймера?

1) относится к группе дегенеративных заболеваний головного мозга;
2) проявляется центральным гемипарезом;
3) развивается в молодом возрасте;

4) развивается вследствие сосудистого повреждения головного мозга;
5) часто сопровождаются эпилептическими припадками.

33. Что характерно для лёгких когнитивных расстройств?
1) выявляются когнитивные синдромы;
2) грубые расстройства памяти;
3) изменения не заметны для окружающих;
4) нарушено самообслуживание;
5) тазовые расстройства.

34. Что характерно для начальной стадии болезни Альцгеймера?
1) нарушения кратковременной памяти;
2) нарушения речи;
3) параличи;
4) поведенческие расстройства;
5) ранние галлюцинации.

35. Что характерно для тяжёлых когнитивных расстройств?
1) агнозии;
2) апраксии;
3) деменция;
4) жалобы на нарушения памяти;
5) поведенческие расстройства.

36. Что характерно для умеренных когнитивных расстройств?
1) грубые нарушения памяти;
2) дезориентировка в месте и во времени;
3) деменция;
4) отсутствие контакта с пациентом;
5) сохранность самообслуживания.

37. Что является обязательным признаком деменции?
1) нарушение памяти;
2) нарушение самообслуживания;
3) необратимый характер когнитивных нарушений;
4) расстройство сознания;
5) сосудистое поражение головного мозга.

38. К задачам кабинета нарушения памяти не относится:

1) формирование регистра пациентов с КР;

2) обеспечение пациентов препаратами первой очереди;

3) осуществление лечебно-консультативной помощи пациентам с КР;

4) профилактическая (организационно-методическая) работа по предупреждению КР у лиц пожилого и старческого возраста.

39. В функциональные обязанности врача кабинета нарушения памяти не входит:

1) формирование регистра больных с КР;

2) проведение дифференциальной диагностики (план обследования, консультации специалистов, направление на лабораторное и инструментальное обследование);

3) выдача препаратов первой очереди пациентам с деменцией;

4) постановка нозологического диагноза;

5) разработка долгосрочного индивидуального плана проведения лечебных и реабилитационных мероприятий, плана социальной и психологической адаптации и контроль за их выполнением.

40. В функциональные обязанности специалиста по социальной работе кабинета нарушения памяти не входит:

1) определение объёма социальной помощи, дальнейшей необходимой маршрутизации пациента (патронаж на дому, центр социального обслуживания, пансионат для пациентов с деменцией);

2) осуществление помощи в получении необходимого объёма социального обеспечения;

3) контакт с социальными службами по месту жительства с информированием органов социальной защиты населения о необходимости и объеме социальной помощи пациенту;

4) организация госпитализации пациента.

41. В функциональные обязанности медицинской сестры кабинета нарушения памяти не относится:

1) доврачебный осмотр (сбор анамнеза, анкетирование и заполнение опросников и шкал);

2) администрирование (координация) активности социальных и медицинских служб с учетом индивидуальных потребностей каждого пациента;

3) обеспечение пациентов с деменцией средствами по уходу;

4) обеспечение дистанционной связи с пациентами, контроль за выполнением врачебных назначений, ведение компьютеризированной базы данных и регистра пациентов.

42. К основным задачам центра нарушения памяти не относится:

1) оказание специализированной помощи сложным пациентам, пациентам с редкими заболеваниями или нетипичным течением заболеваний;

2) регулярные телемедицинские консультации пациентов с деменцией;

3) дифференциальная диагностика и уточнение нозологического диагноза;

4) внедрение в практику современных достижений в области профилактики, диагностики и лечения КР, а также методов обучения и повышения медицинской грамотности населения по этим вопросам и проведения анализа эффективности их применения.

43. При подозрении на когнитивные расстройства пациент направляется:

1) в центр кабинет нарушения памяти;

2) в кабинет нарушения памяти;

3) в кабинет гериатра;

4) к участковому терапевту для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи.

44. При отсутствии в регионе проживания пациента кабинета нарушения памяти пациент до 59 лет направляется на консультацию к:

1) психологу;

2) неврологу;

3) гериатру;

4) социальному работнику.

45. Первичная медико-санитарная помощь не включает:

1) выявление когнитивных расстройств;

2) предварительная оценка степени их выраженности (шкала Мини-Ког);

3) направление пациента на санаторно-курортное лечение;

4) направление пациентов в кабинет (центр) нарушения памяти.

46. В кабинетах нарушения памяти пациенты с когнитивными расстройствами получают рекомендации:

1) по изменению образа жизни;
2) по соблюдению диеты;
3) по физической активности;
4) по всем перечисленным позициям.

47. Для прохождения семейного клинико-психологического консультирования пациенты направляются на консультацию к:

1) клиническому психологу (нейропсихологу);
2) психиатру;
3) социальному работнику;
4) иммунологу.

48. Родственники пациентов с деменцией:

1) направляются на консультацию к психологу;
2) направляются на консультацию к психиатру;
3) зачисляются на обучение в школы для родственников больных с когнитивными расстройствами;
4) направляются на консультацию к социальному работнику.

49. Пациентам с додементными когнитивными расстройствами назначается:

1) медикаментозная терапия;
2) психотропная терапия;
3) церебро-васкулярная терапия;
4) когнитивно-поведенческая терапия и когнитивный тренинг.

50. Пациенты с деменцией, нуждающиеся в долговременном уходе по решению комиссии:

1) госпитализируются в отделение сестринского ухода;
2) госпитализируются в неврологическое отделение;
3) госпитализируются в психиатрическое отделение;
4) госпитализируются в отделение паллиативной помощи;
5) госпитализируются в хоспис или пансионат для пациентов с деменцией.

## Таблица правильных ответов

| Вопрос | Правильный ответ | Вопрос | Правильный ответ |
|---|---|---|---|
| 1 | 1 | 26 | 1 |
| 2 | 1 | 27 | 1 |
| 3 | 3 | 28 | 2 |
| 4 | 1 | 29 | 3 |
| 5 | 4 | 30 | 3 |
| 6 | 4 | 31 | 4 |
| 7 | 1 | 32 | 1 |
| 8 | 3 | 33 | 3 |
| 9 | 1 | 34 | 1 |
| 10 | 2 | 35 | 3 |
| 11 | 2 | 36 | 5 |
| 12 | 2 | 37 | 2 |
| 13 | 4 | 38 | 2 |
| 14 | 4 | 39 | 3 |
| 15 | 2 | 40 | 4 |
| 16 | 4 | 41 | 3 |
| 17 | 4 | 42 | 2 |
| 18 | 3 | 43 | 2, 3 |
| 19 | 2 | 44 | 2 |
| 20 | 1 | 45 | 3 |
| 21 | 5 | 46 | 5 |
| 22 | 1 | 47 | 1 |
| 23 | 2 | 48 | 3 |
| 24 | 3 | 49 | 4 |
| 25 | 1 | 50 | 1, 4, 5 |

## Приложение

### Маршрутизация пациентов с когнитивными расстройствами

| Вид помощи | Вид услуг | Ответственные исполнители | Категория пациентов (уровень КР по шкале MMSE) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 30–25 | 24–20 | 19–11 | 10–0 |
| Информационное обеспечение | Популяризация знаний о КР[1] и деменции | Общественные организации; Средства массовой информации | ++ | + | | |
| Предварительная диагностика | Выявление КР; Мотивация обращения в КНП[2] | 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 медико-санитарная помощь | Диагностика, мониторинг, медикаментозное лечение | Врачи КНП | +++ | ++ | ++ | + |
| Семейное клинико-психологическое консультирование | Психологическая помощь; Предоставление информации о заболевании, возможностях лечения и прогнозе, социальной помощи | Общественные организации; Психолог; Врачи и медсестры КНП | +++ | ++ | + | |
| | 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 | +++ | ++ | | |

| Вид помощи | Вид услуг | Ответственные исполнители | Категория пациентов (уровень КР по шкале MMSE) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 30–25 | 24–20 | 19–11 | 10–0 |
| | Когнитивно-поведенческая терапия (посещение выставок, экскурсий, представлений, музыкальная терапия, терапия домашними животными) | Врачи амбулаторно-поликлинической службы: гериатр, невролог, психиатр; психолог | +++ | ++ | | |
| Специализированная медико-санитарная помощь | Дифференциальная диагностика | Врачи кабинетов и центров памяти, врачи смежных специальностей: гериатр, невролог, психиатр. | +++ | | | |
| | Когнитивный тренинг | Врачи кабинетов и центров памяти, врачи смежных специальностей: гериатр, невролог, психиатр, нейропсихолог, эрготерапевт, инструкторы «дедских садов» | +++ | ++ | + | |
| | Лечебно-физкультурный комплекс (ЛФК) | Инструкторы ЛФК | +++ | ++ | + | |
| | Эрготерапия – упражнения на тренировку выполнения бытовых функций (прием пищи, туалет, мытье и т. д.) и сохранение физической активности (трансфер, постуральная устойчивость, мышечная сила, ходьба с привлечением компенсаторных стратегий) | Эрготерапевты Инструкторы «дедских садов» | +++ | ++ | + | |
| | Восстановление речи** (Логопедические занятия) | Врачи-логопеды | ++ | + | + | |
| | Диета (здоровое питание с достаточным | Врачи КНП | ++ | + | + | + |

| Вид помощи | Вид услуг | Ответственные исполнители | Категория пациентов (уровень КР по шкале MMSE) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 30–25 | 24–20 | 19–11 | 10–0 |
| | потреблением витаминов, микроэлементов, белка, растительной клетчатки, омега-3 полиненасыщенных жирных кислот при одновременном ограничении продуктов с высоким содержанием простых сахаров); Средиземноморская диета | Врачи амбулаторно-поликлинической службы: гериатр, невролог | | | | |
| Медикаментозная терапия | Антихолинэстеразные препараты | Врач КНП | – | + | + | – |
| | Акатинола мемантин | | + | + | + | + |
| | Адъювантная терапия | | + | + | + | + |
| | Антигипертензивная терапия* | | + | + | + | + |
| | Купирование поведенческих и психотических нарушений атипичными нейролептиками | | + | + | + | + |
| | 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 | | + | + | + | + |
| | Коррекция ортостатической | | + | + | + | + |

| Вид помощи | Вид услуг | Ответственные исполнители | Категория пациентов (уровень КР по шкале MMSE) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 30–25 | 24–20 | 19–11 | 10–0 |
| | гипотензии флудрокортизоном | | | | | |
| | Коррекция проявлений гиперактивного мочевого пузыря периферическими М-холинолитическами | | + | + | + | + |
| | Отмена препаратов, угнетающих когнитивные функции | | + | + | + | + |
| Долговременная медико-социальная помощь и уход | Социальное сопровождение, долговременный уход | Ответственные исполнители и родственники в домашних условиях (офис долговременного ухода), 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 | | + | ++ | +++ |

[1] КР – когнитивные расстройства.
[2] КНП – кабинет нарушения памяти.
* Пациентам с артериальной гипертензией.
** Пациентам с нарушением речи.

## Дорожная карта медико-социальной помощи при когнитивных расстройствах

| Балл MMSE | Справочно-методическая помощь | Амбулаторная помощь | Дистанционная помощь | Дневной стационар | Стационарная помощь |
|---|---|---|---|---|---|
| 30<br>29<br>28 | КЦ[1] | КНП[2] (невролог, гериатр) – скрининг, диагностика | КНП – скрининг | | Неврологическое отделение – скрининг, диагностика |
| | НКО[3] | Психиатр – консультация | ЦНП[4] – скрининг | | Гериатрическое отделение – скрининг, диагностика |
| | Чаты «Деменция», «БА[5]» | Психолог – консультация | КЦ – скрининг | | Психиатрическое отделение – скрининг, диагностика |
| | Публикации | КМП[6] – профилактика | | | |
| 27<br>26<br>25<br>24 | КЦ | КНП (невролог, гериатр), ЦНП – 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 | ЦНП – диагностика, мониторинг, лечение (диета, когнитивный тренинг, лекарственная терапия) |
| | | | | Физиотерапевт (эрготерапия) | Физиотерапевт (эрготерапия) |
| | | | | Инструктор ЛФК[7] – ЛФК | Инструктор ЛФК – ЛФК |
| | НКО (школы для пациентов, школы для родственников) | Психиатр – консультация | ЦНП – скрининг, диагностика, дистанционный мониторинг, когнитивный тренинг, лечение | ЦНП – мониторинг, когнитивный тренинг, эрготерапия, ЛФК, лекарственная терапия | Психолог – когнитивно-поведенческая терапия |

| Балл MMSE | Справочно-методическая помощь | Амбулаторная помощь | Дистанционная помощь | Дневной стационар | Стационарная помощь |
|---|---|---|---|---|---|
| | Чаты «Деменция», «БА» | Психолог – когнитивно-поведенческая терапия, семейное клинико-психологическое консультировние | КЦ – скрининг, диагностика | ДС[8] – когнитивный тренинг, эрготерапия, ЛФК | |
| | Публикации | КМП – профилактика | | | |
| | | Физиотерапевт (эрготерапия) | | | |
| | | Инструктор ЛФК – ЛФК | | | |
| 23<br>22<br>21<br>20 | КЦ | КНП (невролог, гериатр), ЦНП – 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 | ЦНП – мониторинг, лечение (диета, когнитивный тренинг, лекарственная терапия) |
| | НКО (школы для пациентов, школы для родственников) | Физиотерапевт (эрготерапия) | ЦНП – дистанционный мониторинг, когнитивный тренинг, лечение | ЦНП – мониторинг, когнитивный тренинг, эрготерапия, ЛФК, лекарственная терапия | Физиотерапевт (эрготерапия) |
| | Чаты «Деменция», «БА» | Инструктор ЛФК – ЛФК | | ДС – когнитивный тренинг, эрготерапия, ЛФК | Инструктор ЛФК – ЛФК |

| Балл MMSE | Справочно-методическая помощь | Амбулаторная помощь | Дистанционная помощь | Дневной стационар | Стационарная помощь |
|---|---|---|---|---|---|
| | Публикации | Психолог – когнитивно-поведенческая терапия, семейное клинико-психологическое консультировние | | | Психолог – когнитивно-поведенческая терапия |
| | | ЦСО – социальное обслуживание на дому | | | |
| 19<br>18<br>17<br>16<br>15<br>14<br>13<br>12<br>11 | КЦ | КНП (невролог, гериатр), ЦНП – мониторинг, лечение (диета, когнитивный тренинг, лекарственная терапия), школы для родственников | КНП – дистанционный мониторинг, лечение (диета, когнитивный тренинг, лекарственная терапия), школы для родственников | КНП – мониторинг, когнитивный тренинг, эрготерапия, ЛФК, лекарственная терапия | ЦНП – мониторинг, лечение (когнитивный тренинг, лекарственная терапия), уход |
| | НКО (школы для родственников) | | | | |
| 10<br>9<br>8<br>7<br>6 | НКО (школы для родственников) | Психолог – семейное клинико-психологическое консультировние | КНП – дистанционный мониторинг, лечение (диета, когнитивный тренинг, лекарственная терапия), школы для родственников | ДС – когнитивный тренинг, эрготерапия, ЛФК | Инструктор ЛФК – ЛФК |
| | КЦ | ЦСО[9] – социальное обслуживание на дому | | | Пансионат для пациентов с деменцией – симптоматическая терапия, уход |

| Балл MMSE | Справочно-методическая помощь | Амбулаторная помощь | Дистанционная помощь | Дневной стационар | Стационарная помощь |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Паллиативное отделение – симптоматическая терапия, уход |
| 5<br>4<br>3<br>2<br>1 | | ЦСО[9] – социальное обслуживание на дому | КНП – дистанционный мониторинг, лечение (диета, когнитивный тренинг, лекарственная терапия), школы для родственников | | Пансионат для пациентов с деменцией – симптоматическая терапия, уход |
| | | | | | Паллиативное отделение – симптоматическая терапия, уход |
| | | | | | Хоспис, отделение сестринского ухода – симптоматическая терапия, уход |

[1] КЦ –контакт-центр кабинета (центра) нарушения памяти.
[2] КНП – кабинет нарушения памяти.
[3] НКО – некоммерческие организации.
[4] ЦНП – центр нарушения памяти.
[5] БА – болезнь Альцгеймера.
[6] КМП – кабинет медицинской профилактики.
[7] ЛФК – лечебно-физкультурный комплекс.
[8] ДС – «Дедский» сад.
[9] ЦСО – центр социального обслуживания.

# Список литературы


1. Гаврилова С. И., Калын Я. Б., Михайлова Н. М., Гантман М. В., Пономарева Е. В., Соколова О. Н. Помощь пожилым больным деменцией и их семьям в России: проблемы и решения. Психиатрия. 2012. № 4 (56). С. 24–27.
2. Олесен Е., Густавссон А., Свенссон М., Уитчен Х. Ю., Йонссон Б., перевод с английского д.м.н. Лебедевой Е. Р. Экономические затраты от заболеваний мозга в Европе. Уральский медицинский журнал. № 05 (97) март 2012.
3. Захаров В. В., Вахнина Н. В. Дифференциальный диагноз и лечение когнитивных нарушений. РМЖ. 2013. Т. 21. № 10. С. 518–523.
4. Варакин Ю. Я. Профилактика нарушений мозгового кровообращения. Очерки ангионеврологии. Под ред. З. А. Суслина. Москва: Атмосфера; 2005. 368 с.
5. Be Leeuw F. E., van Gijn J. Vascular dementia. Pract Neurol. 2003; 3: 86–91.
6. Kesler A., et al. Retinal thickness in patients with mild cognitive impairment and Alzheimer’s disease // Clin. Neurol. Neurosurg. – 2011. – Vol. 7. – P. 523–526.
7. Еричев В. П., Панюшкина Л. А., Фомин А. В. Оптическая когерентная томография сетчатки и зрительного нерва в диагностике болезни Альцгеймер. Глаукома. 1. 2013, с. 5–10.
8. 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): с. 263–269.
9. Hort J., O’Brien J. T., Gainotti G. et al. EFNS guidelines for the diagnosis and management of Alzheimer`s Disease. Eur J Neurol. 2010; 17 (10): с. 1236–1248.
10. Forlenza O. V. Radanovic M., Talib L. L. Cerebrosp inal fluid biomarkers in Alzheimer’s disease: Diagnostic accuracy and p rediction of dementia. Alzheimer’s & Dementia. 2015; 1: с. 455–463.

11. Blennow K., Zetterberg H. Cerebrosp inal fluid biomarkers for Alzheimer’sdisease. J. Alzheimers Dis. 2009; 18 (2): c. 413–417.

12. Случевская С. Ф. Клинико-эпидемиологическая характеристика и организация медико- социальной помощи психически больным пожилого возраста в Санкт-Петербурге: автореф. дис. канд. мед. наук. / Случевская С. Ф. – СПб, 2008; 201 с.

13. 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. Спецвыпуск. 2017; 117 (6): с. 87–95.

14. Танатова Д. К., Вдовина М. В. Анализ потенциальных тем социологических исследований по проблемам деменции. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023. Т. 31. № 3. С. 329–333.

15. Мишеничев К. С. Технологии социальной работы с пожилыми людьми на ранней стадии деменции // Социальная работа: теория, методы, практика. 2020. Вып. 2: Реализация комплексной системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста в учреждениях социального обслуживания населения Санкт-Петербурга. С. 95–103.

16. Щеткина А. Л. Где мы на пути борьбы с деменцией? Немного об опыте – личном, Российском, зарубежном. Социодиггер. 2022. Т. 3. № 5–6 (18). С. 72–75.

17. Батмитова Р. Р. Деменция у пожилых людей как актуальная проблема современности / Р. Р. Батмитова. Евразийское научное объединение. 2018; 2 (6): 118–120.

18. Суслякова О. Н. Частные пансионаты как элемент социальной защиты граждан пожилого возраста в калужской области. Калужский экономический вестник. 2021. № 4. С. 12–17.

19. Fletcher J. R. Destigmatising dementia: The dangers of felt stigma and benevolent othering // Dementia. Vol. 20. № 2. P. 417– 426.

20. Schmitt B. & Frölich L. Kreative Therapieansätze in der Behandlung von Demenzen – eine systematische Übersicht // Fortschritte der Neurologie/ Psychiatrie. 2007. No. 75. Pp. 699–707.

21. 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. Vol. 65. P. 101592.

22. 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. Vol. 17. № 6. P. 728–743.

23. Shih-Yin L., Lewis F. M. Dementia Friendly, Dementia Capable, and Dementia Positive: Concepts to Prepare for the Future // The Gerontologist. 2015. Vol. 55. № 2. P. 237–244.

24. Clare L., Woods R. T. Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: A review // Neuropsychological Rehabilitation. 2004. Vol. 14. № 4. P. 385–401.

25. Lissek V., Suchan B. Preventing Dementia? Interventional Approaches in Mild Cognitive Impairment // Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2021. Vol. 122. P. 143– 164.

26. Knapp M., Thorgrimsen L., Patel A. et al. Cognitive stimulation therapy for people with dementia: cost-effectiveness analysis. The British Journal of Psychiatry, 2006, vol. 188, no. 6, pp. 574–580.

27. Рощина И. Ф., Калантарова М. В., Шведовская А. А., Хромов А. И. Профилактика когнитивного снижения в позднем онтогенезе: программы «клиника памяти» и «когнитивная стимулирующая терапия». Клиническая и специальная психология. 2022. Т. 11. № 3. С. 44–70.

28. Charvet L. E., Yang J., Shaw M. T., Sherman K., Haider L., Xu J., Krupp L. B. Cognitive function in multiple sclerosis improves with telerehabilitation: Results from a randomized controlled trialPLoS One. 2017; 12 (5): e0177177.

29. 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.

30. Курмышев М. В., Савилов В. Б., Масякин А. В., Костюк Г. П. Клиника памяти – инновационная модель реабилитации когнитивных функций у людей пожилого возраста с мягким когнитивным снижением в условиях отделения дневного пребывания. Социальная и клиническая психиатрия. 2018. Т. 28. № 2. С. 50–54.

31. Левин О. С. Алгоритмы диагностики и лечения деменции. М.: МЕД-пресс-информ, 2014. 192 с.

32. Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека: монография. М.: Издательство Московского университета, 1962. 431 с.

33. Цветкова Н. А., Рыбакова А. И., Старцева Н. Г. Психологическая помощь личности, переживающей кризис старости // Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Психологические науки. 2015. № 4. С. 27–38.

34. Andrews G. R., Sidorenko A. V., Gutman G. et al. Research on ageing: priorities for the European region // Успехи геронтол. – 2006. – Вып. 18. – С. 7–14.

35. Hayward B., Schmidt Davis H. Longitudinal Study of Vocational Rehabilitation Services Program, Final Report 1: How consumer characteristics affect access to, receipt of, and outcomes of VR services. – Triangle Park (NC): RTI International, 2003. – 157 p.

36. Митрушина Н. А. Введение в психологию лечебного процесса: метод. указ. / Ярослав. гос. унт им. П. Г. Демидова. – Ярославль: ЯрГУ, 2011.

37. 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). С. 13–15.

38. Сиденкова А. П. Когнитивные расстройства позднего возраста – актуальная медицинская, социальная, психологическая проблема современности Уральский медицинский журнал. 2010. № 9 (74). С. 6–9.

39. Хетагурова А. К., Галиулина О. В., Сиденкова А. П., Набойченко Е. С. Актуальность межведомственного взаимодействия для формирования механизмов здорового старения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2018. Т. 26. № 2. С. 68–71.

40. Сиденкова А. П., Мишарин В. Ю., Багаутдинова Н. А. Алгоритмы межведомственного взаимодействия при оказании помощи горожанам старших возрастных групп с когнитивными расстройствами. Методические рекомендации. Екатеринбург. 2015. 24 с.

41. Сиденкова А. П., Мишарин А. Ю., Багаутдинова Н. А. Алгоритмы межведомственного взаимодействия при оказании помощи горожанам старших возрастных групп с когнитивными расстройствами. Психическое здоровье № 2. 2016, с. 13–19.

42. Цыганов А. А. Рынок «серых» домов престарелых в России//Калужский экономический вестник. 2021. № 3. с.16–17.

43. Мишеничев К. С. Технологии социальной работы с пожилыми людьми на ранней стадии деменции // Социальная работа: теория, методы, практика. 2020. Вып. 2: Реализация комплексной системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста в учреждениях социального обслуживания населения Санкт-Петербурга. С. 95–103.

44. Григорьева И. А., Парфенова О. А. Роль НКО в развитии community care (общественной заботы) в России // Журнал социологии и социальной антропологии. 2021. Т. 24. № 1. С. 79–104.

45. Григорьева И. А., Келасьев О. В. Пожилая российская женщина в местном сообществе: соседи, общественные организации, система жилищно-коммунального хозяйства // Успехи геронтологии. 2020. Т. 33. № 2. С. 220–227.

46. Карпунина А. В., Полева А. В. Организация социального патроната безнадежно и тяжелобольных лиц (на примере г. Москвы). Отечественный журнал социальной работы. 2017. № 2 (69). С. 110–115.

47. Wilbers J. Long-term care insurance in Germany. New York, Intrnational Longevity Center, 2000.

48. Selezneva E. V., Sinyavskaya O. V., Yakushev E. L., Gorvat E. S., Grishchenko N. B., Kareva D. E. Long-term care system: lessons from international experience for Russia. XXIII Yasinsk (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.

49. Kniazevych V. M., Jakovenko A. B., Carenko A. V. (2015) Stan, problemy i perspektyvy vprovadzenna "Nacionalnoi strategii rozvytky systemy paliatyvnoi dopomogy v Ukraini do 2022 roku" [The state, problems and prospects of introduction of the "National strategy of development of the system of palliative care in Ukraine to 2022]. Reabilitacija ta paliatyvna medycyna [Rehabilitation and palliative medicine], vol. 1, pp. 62–67.

50. 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 [cited 2020 Oct 11].

51. 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. P. 1– 247.

52. 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. [Online] 2015 [cited 2020 Oct 11].

53. Gaal P. et al. 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: [cited 2020 Oct 11]. Lai T. et al. Lithuania. 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: [cited 2020 Oct 11].

54. 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. Т. 10. № 3. С. 495–501.

55. 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. Т. 67. № 1. С. 8.

56. Мархелева В. Б., Шарова Е. В., Сергеева Н. В. Принципы и приёмы формирования домов для престарелых людей с деменцией. Ползуновский альманах. 2019. № 1. С. 69–72.