

<https://doi.org/10.29296/25877305-2020-06-01>

## Долговременный уход за пожилым человеком: фокус на индивидуальную жизнеспособность

**А.Н. Ильницкий**<sup>1</sup>, доктор медицинских наук, профессор,

**О.Н. Старцева**<sup>2</sup>, кандидат медицинских наук,

**К.И. Прощаев**<sup>1</sup>, доктор медицинских наук, профессор,

**О.А. Рождественская**<sup>1</sup>, кандидат медицинских наук

<sup>1</sup>Академия постдипломного образования Федерального научно-клинического центра специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий

Федерального медико-биологического агентства, Москва

<sup>2</sup>Ярославский государственный медицинский университет

**E-mail:** startsevaon@yandex.ru

*Авторами представлено обоснование долговременного ухода с позиций индивидуальной жизнеспособности пациентов старших возрастных групп. Оценка жизнеспособности служит важной информацией при оказании социально-медицинской помощи на современном этапе.*

**Ключевые слова:** геронтология, долговременный уход, индивидуальная жизнеспособность.

**Для цитирования:** Ильницкий А.Н., Старцева О.Н., Прощаев К.И. и др. Долговременный уход за пожилым человеком: фокус на индивидуальную жизнеспособность. *Врач.* 2020; 31 (6): 5–9. <https://doi.org/10.29296/25877305-2020-06-01>

В условиях прогрессирующего старения населения все более актуальной проблемой становится организация долговременного ухода [2–4, 12–16]. Число лиц пожилого и старческого возраста растет, увеличивается количество людей, нуждающихся в длительном уходе. Однако целостной системы долговременного ухода в настоящее время в России не существует, оказание помощи лицам с дефицитом самообслуживания осуществляется организациями здравоохранения и социального обслуживания независимо друг от друга. Межведомственная разобщенность, заявительный принцип оказания услуг, отсутствие единых стандартов ухода, дефицит кадров, недостаточная профессиональная подготовка специалистов — только часть проблем для возможности эффективного функционирования долговременного ухода в нашей стране. Поэтому решение этих вопросов и создание системы долговременного ухода за старшим поколением стало приоритетным направлением реализации государственной социальной политики на современном этапе.

В то же время определение понятия «долговременный уход» является весьма условным. Сложно опреде-

лить границы оказания первичной медицинской помощи пациенту пожилого возраста, которые в случае хронизации болезненного процесса могут перерасти в долгосрочную социально-медицинскую помощь и постоянный уход до конца жизни человека.

По определению ВОЗ, долговременный уход — это «система мероприятий, которые осуществляются неформальными помощниками (членами семьи, друзьями и/или соседями), ухаживающими за больными, и/или работниками здравоохранения и социальных служб, и направлены на то, чтобы обеспечить человеку с ограниченными возможностями в отношении ухода за собой как можно более высокое качество жизни в соответствии с его/ее предпочтениями, сохраняя при этом в возможно большей степени его/ее самостоятельность, независимость, способность участвовать в происходящем, самореализацию и человеческое достоинство» [1, 4, 12, 16].

Несмотря на имеющиеся общие определения, незрел вопрос детализации и объективизации понятия «долговременный уход», формирования «белой книги» долговременного ухода. До сих пор не было определения точки приложения долговременного ухода с позиций индивидуальной жизнеспособности человека с дефицитом самообслуживания, что позволит человеку любого возраста сохранить независимость, автономию, возможность самореализации и человеческое достоинство [1, 4, 13–15].

Учитывая возрастающие с возрастом проблемы пожилых людей, долговременный уход наиболее часто требуется пожилым людям, которые в силу возраста и здоровья не могут самостоятельно удовлетворять свои жизненные потребности.

С позиций современной гериатрии функциональная способность пожилого человека определяется наличием или отсутствием гериатрических синдромов, которые приводят к поражению органов и систем в пожилом возрасте, и крайнему проявлению старения организма, значительно снижающим параметры его функционирования, синдрому старческой астении [5, 6].

Старческая астения ассоциируется с уязвимостью пожилого человека, поскольку минимальное воздействие (заболевание, травма и пр.) у человека с данным состоянием может привести к быстрым и выраженным физическим и когнитивным изменениям, вплоть до смертельного исхода [6, 7].

В этой связи выявление возраст-зависимых синдромов, проведение комплексной гериатрической оценки является обязательным диагностическим процессом при оказании гериатрической помощи и разработке плана долговременного ухода [8, 9].

Комплексная гериатрическая оценка позволяет оценить функциональность человека пожилого и старческого возраста с использованием специальных опросников и диагностических шкал, выявить основ-

ные гериатрические синдромы, которые влияют на степень тяжести синдрома старческой астении. Полученные данные служат отправной точкой при разработке индивидуального плана мероприятий для пожилого человека участковым врачом, врачом общей практики, врачом-гериатром и ориентированы в основном на коррекцию ведущих гериатрических синдромов с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов и средств.

Другими словами, синдром старческой астении представляет собой характеристику состояния здоровья пациента пожилого и старческого возраста, отражающую потребность в оказании гериатрической помощи и уходе в зависимости от выявленных патологических процессов. При этом синдром старческой астении рассматривается как негативный критерий состояния здоровья у пациентов старших возрастных групп, приводящий к формированию зависимости [6, 7, 10, 13, 14].

В то же время комплекс мероприятий длительного ухода должен разрабатываться не только с учетом выявленных проблем здоровья пожилого человека, но и с обязательным выявлением ресурсов жизнедеятельности и остаточных резервов стареющего организма, что, безусловно, является позитивным критерием при организации мероприятий по долгосрочному уходу. Учитывая, что жизнеспособность является неотъемлемой частью жизни человека, поддержание ее ресурсов может рассматриваться как возможность сохранять, поддерживать жизнедеятельность, существовать, развиваться и приспосабливаться к окружающей среде. Обязательным условием организации ухода при этом является использование совместных усилий медицинских, социальных работников, а также родственников, волонтеров, представителей общественных организаций.

Поэтому всесторонние меры по оказанию длительного ухода людям пожилого и старческого возраста должны разрабатываться как с учетом параметров функциональной способности, так и индивидуальной жизнеспособности. В этой связи оценка индивидуальной жизнеспособности пожилого человека может рассматриваться как точка приложения длительного ухода, включая при этом оценку 5 взаимосвязанных между собой доменов.

Целесообразно выделять когнитивный, двигательный, психологический, сенсорный и телесный домены, которые представляют собой совокупность параметров жизнедеятельности человека.

Когнитивный домен включает анализ психического состояния и определяется способностью к ориентации, адекватному поведению и восприятию окружающей обстановки и оценке происходящей ситуации, способностью к определению времени и места нахождения, усвоению новых навыков, возможностью решать жизненные вопросы, справляться с возника-

ющими трудностями и проблемами. При составлении индивидуальной программы работы с пожилым человеком проводится оценка его когнитивных функций с проведением теста MMSE, теста «рисование часов», определяются те ресурсы, которые необходимо выявлять и поддерживать, используя разные формы занятий по когнитивной реабилитации, тренировке памяти. Для пожилого человека необходима оценка возможности самостоятельно вести дела с финансами, документами, возможность заботиться о безопасности и надежности своего жилища, желание получить новые знания, возможность учиться и развиваться, готовность при необходимости принимать помощь от окружающих.

Двигательный домен определяется способностью пожилого человека самостоятельно перемещаться в пространстве, сохранять равновесие тела при передвижении, в покое, при перемене положения тела, способность передвигаться с ограничениями, возможность выходить на улицу, пользоваться общественным транспортом, техническими средствами реабилитации, желание и готовность реабилитироваться. При этом оценивается двигательная активность, параметры устойчивости и равновесия, характер походки, мышечная масса и сила, в современном понимании — наличие или отсутствие саркопении. Важным в этом домене является оценка способности пожилого человека самостоятельно ухаживать за собой, осуществлять личную гигиену, основные физиологические потребности, менять одежду, выполнять повседневные бытовые дела, готовить и принимать пищу. С целью оценки питания необходимо выявить отсутствие или наличие избыточной массы тела или, наоборот, синдрома мальнутриции, обсудить возможные пути коррекции данных состояний с учетом пожеланий и предпочтений пожилого человека.

Психологический домен — это оценка морального состояния, эмоционального фона, настроения пожилого человека, что, безусловно, влияет на возможность общаться, поддерживать и развивать социальные контакты с близкими, окружением, доверенными лицами, возможность самостоятельно организовывать свое время и окружающее пространство и сохранить способность человека к осознанию себя как личности. При этом обязательным компонентом в индивидуальной работе с лицами пожилого и старческого возраста является выявление их ресурсов, при необходимости, психологическая коррекция и поддержка. С этой целью могут применяться разные формы работы, включая организацию занятости, использование психотерапевтических методик и программ в зависимости от желаний, возможностей и готовности пожилого человека.

Сенсорный домен включает в себя оценку возможности использования сенсорных и коммуникативных форм для поддержания жизнедеятельности человека

с учетом его индивидуальных особенностей. Необходимо оценить возможность пожилого человека говорить, слышать, видеть, понимать речь, ощущать вкусы и запахи, понимать и пользоваться при необходимости приемами невербальной коммуникации (мимика, жесты), ясно выражать свои пожелания при разговоре. Основной целью в индивидуальной работе является поддержание ресурсов и минимизирование проблем пожилого человека. Это может быть обеспечение необходимыми устройствами и средствами реабилитации, например, слуховыми аппаратами, очками, поддержание их в исправном состоянии, при необходимости использовать карточки для невербального общения, стимулировать человека к письму, чтению, рисованию.

Телесный домен — это оценка и выявление проблем, связанных со здоровьем пожилого человека, оценка кардиореспираторных проблем, гормонального статуса, оценка таких жизненно важных показателей организма, как давление, пульс, дыхание, температура тела, глюкоза крови, наличие и оценка боли. При этом необходимо выявить возможность пожилого человека самостоятельно измерять и контролировать АД, температуру тела, самостоятельно измерять глюкометром уровень глюкозы в крови. При составлении индивидуального плана ухода необходимо учитывать возможность человека самостоятельно оценивать болевой синдром, наличие и возникновение проблем с дыханием, готовность и возможность сообщать специалистам об этих возникающих проблемах, основная цель при этом — профилактика жизнеугрожающих состояний (гипертонического криза, пневмонии, комы и т.д.), купирование болей. Важным компонентом этого домена является оценка возможности самостоятельного контроля приема лекарственных препаратов и профилактика полипрагмазии.

Принципы работы с данными доменами могут быть рассмотрены на следующих примерах:

*Пациентка, 80 лет, имеющая в анамнезе сахарный диабет типа 2, артериальную гипертонию, отмечаются частые обморочные состояния и неустойчивый гликемический статус. При проведении теста рисования часов и применения опросника MMSE выявлено когнитивное снижение умеренной степени, что привело к неадекватному контролю гликемического статуса и частым гипогликемиям.*

*На начальном этапе лечащим врачом должны быть выявлены проблемы и ресурсы данной пациентки, в том числе проведено знакомство с родственниками и оценено социальное окружение пожилого человека. Важными ресурсами в данном случае могут быть готовность пациентки принимать помощь, выполнять рекомендации врача, в том числе по рациональному питанию, двигательному режиму, тогда как проблемы в данном*

*случае — это невозможность пациентки самостоятельно контролировать АД и глюкозу крови в силу когнитивных нарушений.*

*Учитывая, что одним из принципов организации системы долговременного ухода является выявительный характер оказания медико-социальной помощи, в рамках межведомственного взаимодействия целесообразно решить вопрос с социальными службами об организации патронажа социальным работником данной пациентки. В зависимости от характера проблем пациентки, условий среды жизнедеятельности, социального окружения социальные службы должны определить методы ухода за пожилым человеком. Это может быть предоставление услуг медицинского или социального работника центра социального обслуживания для контроля выполнения назначений врача, приемом сахароснижающих препаратов, контроля показателей жизнедеятельности (АД, глюкоза крови), обучения родственников навыкам самоконтроля, профилактике гипогликемических состояний и оказания первой помощи при их возникновении. Учитывая когнитивные дисфункции умеренной степени, в работе с данной пациенткой необходимо сделать акцент на поддержку самостоятельности, например, при приеме пищи, переодевании, а также могут быть рекомендованы мероприятия по когнитивной гимнастике.*

*При ухудшении состояния, прогрессировании дефицитов самообслуживания, отсутствии родственников может решаться вопрос о направлении пожилого человека в стационарное учреждение социального обслуживания.*

*Пациент, 76 лет, на фоне гипертонического криза перенес острое нарушение мозгового кровообращения с односторонним гемипарезом, дизартрией, в плохом моральном состоянии, выписан домой под наблюдение участкового врача-терапевта.*

*Необходимым условием для составления плана ведения данного пациента является оценка врачом двигательного, психологического и сенсорного доменов. Учитывая, что основными проблемами пожилого человека, безусловно, являются проблемы в коммуникации, передвижении, эмоциональном дискомфорте, необходимо выявить и поддержать его ресурсы жизнедеятельности. Это могут быть, например, готовность пациента идти на контакт с окружающими людьми и принимать их помощь, готовность обучаться правилам передвижения и заниматься двигательной активностью, самостоятельно осуществлять и поддерживать личную гигиену. Для поддержания ресурсов могут быть рекомендованы занятия с логопедом, об-*

*учение родственников использованию карточек коммуникации для невербального общения, привлечение психолога, волонтеров с целью повышения социальной активности пожилого человека. При необходимости совместно с социальными службами должен быть решен вопрос об освидетельствовании пожилого человека в учреждении медико-социальной экспертизы и обеспечении его техническими средствами реабилитации.*

Обязательным элементом всех мероприятий служит учитывающая возрастные особенности окружающая среда жизнедеятельности, которая должна оказывать терапевтическое воздействие, быть безопасной, безбарьерной, доступной и рассматриваться как комплекс мероприятий социально-медицинского и социально-психологического характера в зависимости от гериатрического статуса [10, 11].

Основная цель терапевтического воздействия окружающей среды – повышение функциональности и жизнеспособности пожилых людей. При этом необходимым условием является ориентация на личность человека, на его нужды, а не на болезнь, его сильные стороны и ресурсы.

Это может быть достигнуто только путем создания мультидисциплинарного взаимодействия. Однако в современных условиях система взаимодействия медицинских и социальных работников в отношении пациентов пожилого и старческого возраста недостаточно отлажена и имеет эпизодический характер. У медицинских и социальных работников единая цель и задачи, заключающиеся в улучшении качества жизни пациентов пожилого и старческого возраста. Тем не менее взаимодействие осуществляется на уровне адресного предоставления медицинских услуг при помощи социальных работников без взаимного информирования о результатах работы и предложениях по ее улучшению.

Недостаточно налажено образование специалистов, работающих с пожилыми людьми в области геронтологии и гериатрии. Неполная оценка состояния здоровья пожилого человека со стороны персонала, отсутствие оценки возможностей этого человека зачастую приводит к формированию старческой астении и возникновению зависимости его от посторонней помощи.

В связи с этим для решения вопросов в сфере организации социально-медицинского обслуживания лиц пожилого и старческого возраста, создания системы долговременного ухода требуется отлаженное межведомственное взаимодействие органов власти, учреждений социальной защиты и здравоохранения, формирование кадровой системы обеспечения для работы с пожилыми людьми.

Безусловно, при этом очень важным является обучение всех специалистов (медицинских и социальных работников, специалистов по уходу, сиделок, психологов), кто работает с пожилым контингентом, основам

геронтологии и гериатрии, поскольку организация современной долговременной помощи носит ярко выраженный междисциплинарный характер. Эта помощь ориентирована на оценку всех компонентов состояния здоровья пожилого человека (физического, психического и социального), его ресурсов с последующей разработкой программ социально-медицинской помощи и ухода.

Таким образом, система долговременного ухода в нашей стране должна строиться на принципах оказания гериатрической помощи пожилому населению с необходимой организацией межведомственного взаимодействия всех структур, вовлеченных в эту систему. Оценка функциональных показателей здоровья, индивидуальной жизнеспособности, потребностей и ресурсов пожилого человека является необходимым для разработки индивидуальной программы ведения пациента с учетом его возможностей, предпочтений и желаний. В этой связи обязательным компонентом системы долговременного ухода должны стать создание командной работы медицинских, социальных служб, микроокружения пациента, волонтерских и общественных организаций, обеспечение совместного патронажа, система подготовки кадров, создание единых подходов к долговременному уходу по принципу функциональности и индивидуальной жизнеспособности.

\*\*\*

**Финансирование.**  
*Исследование не имело спонсорской поддержки.*

**Конфликт интересов.**  
*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.*

## Литература/Reference

1. Организация долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в городе Москве. М., 2018 [Organizatsiya dolgovremennogo ukhoda za grazhdanami pozhilogo vozrasta i invalidami v gorode Moskve. М., 2018 (in Russ.)]. URL: <http://gerontolog.info>
2. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 г. №323-ФЗ. Российская газета. №263, 23.11.2011 [Ob osnovakh okhrany zdorov'ya grazhdan v Rossiiskoi Federatsii: Federal'nyi zakon ot 21.11.2011 g. №323-FZ. Rossiiskaya gazeta. №263, 23.11.2011 (in Russ.)].
3. Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 28.12.2013 г. № 442-ФЗ. Российская газета, №295, 30.12.2013 [Ob osnovakh sotsial'nogo obsluzhivaniya grazhdan v Rossiiskoi Federatsii: Federal'nyi zakon ot 28.12.2013 g. № 442-FZ. Rossiiskaya gazeta, №295, 30.12.2013 (in Russ.)].
4. Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в РФ до 2025 года [Электронный ресурс]: Распоряжение Правительства РФ от 05.02.2016 г. №164-п [Strategiya deistvii v interesakh grazhdan starshego pokoleniya v RF do 2025 goda [Elektronnyi resurs]: Rasporyazhenie Pravitel'stva RF ot 05.02.2016 g. №164-p (in Russ.)]. URL: <http://base.consultant.ru>
5. Ильницкий А.Н., Прощаев К.И. Специализированный гериатрический осмотр. *Геронтол журн им. В.Ф. Купревича.* 2012; 4–5: 66–84 [Il'nitskiy A.N., Prashchayev K.I. Spetsializirovannyi geriatricheskii osmotr. *Gerontol zhurn im. V.F. Kuprevicha.* 2012; 4–5: 66–84 (in Russ.)].

6. Ильницкий А.Н., Прощаев К.И. Старческая астения (frailty) как концепция современной геронтологии. *Геронтология*. 2013; 1 (1): 408–12 [Il'nitski A.N., Prashchayeu K.I. Frailty as the concept of modern gerontology. *Gerontology*. 2013; 1 (1): 408–12 (in Russ.)].

7. Прощаев К.И., Ильницкий А.Н., Павлова Т.В. Синдром старческой астении (frailty) в клинической практике: монография. Белгород: ИД «Белгород» НИУ «БелГУ», 2013; 88 с. [Prashchayeu K.I., Il'nitski A.N., Pavlova T.V. Sindrom starcheskoi astenii (frailty) v klinicheskoi praktike: monografiya. Belgorod: ID «Belgorod» NIU «BelGU», 2013; 88 s. (in Russ.)].

8. Клинические рекомендации по старческой астении. *Методические руководства*. М., 2018 [Klinicheskie rekomendatsii po starcheskoi astenii. *Metodicheskie rukovodstva*. М., 2018 (in Russ.)]. URL: <http://rgnc.ru/spetsialistam/metodicheskie-materialy>

9. Методические рекомендации по ведению пациентов со старческой астенией для врачей первичного звена здравоохранения. *Методические руководства*. М., 2016 [Metodicheskie rekomendatsii po vedeniyu patsientov so starcheskoi asteniei dlya vrachei pervichnogo звена zdravookhraneniya. *Metodicheskie rukovodstva*. М., 2016 (in Russ.)]. URL: <http://rgnc.ru/spetsialistam/metodicheskie-materialy>

10. Ильницкий А.Н., Старцева О.Н., Колпина Л.В. и др. Эйджизм и его преодоление в стационарных учреждениях социального обслуживания: метод. рекомендации. М., Ярославль: Филигрань, 2016; 48 с. [Il'nitski A.N., Startseva O.N., Kolpina L.V. et al. Eidzhizm i ego preodolenie v stacionarnykh uchrezhdeniyakh sotsial'nogo obsluzhivaniya: metod. rekomendatsii. М., Yaroslavl': Filigran', 2016; 48 s. (in Russ.)].

11. Прощаев К.И. Терапевтическая среда в домах-интернатах для пожилых граждан и инвалидов: учеб.-метод. пособие. Под ред. К.И. Прощаева. М., Белгород: Белгор. обл. тип., 2012; 172 с. [Prashchayeu K.I. Terapevticheskaya sreda v domakh-internatakh dlya pozhilykh grazhdan i invalidov: ucheb.-metod. posobie. Pod red. K.I. Prashchayeu. М., Belgorod: Belgor. obl. tip., 2012; 172 s. (in Russ.)].

12. Key policy issues in long-term care. Ed. Brodsky J., Habib J., Hirschfeld M.J. World Health Organization collection on long-term care. *World Health Organization*, 2003; 281p.

13. Monika R., Markus K. The Organization of Formal Long-Term Care for the Elderly: Results from the 21 European Country. *Studies in the ANCIEN Project*. ENEPRI Research Report №95, 2011; p. 29.

14. Gasior K., Huber M., Lamura G. et al. Facts and Figures on Healthy Ageing and Long-Term Care. Vienna: European Centre for Social Policy Research, 2012; 122 p.

15. Scheil-Adlung X. Global estimates of deficits in long-term care protection for older persons. International Labour Office. Geneva: ILO, 2015; 115 p.

16. Huber M. Long-term care in the context of WHO action plans. Workshop presentation. Prague, 2017; 342 p.

## LONG-TERM CARE IN ELDERLY PERSON: FOCUS ON INDIVIDUAL VIABILITY

Professor **A. Il'nitski**<sup>1</sup>, MD; **O. Starceva**<sup>2</sup>, Candidate of Medical Sciences; Professor **K. Prashchayeu**<sup>1</sup>, MD; **O. Rozhdestvenskaya**<sup>1</sup>, Candidate of Medical Sciences  
<sup>1</sup>Academy of Postgraduate Education under Federal Scientific and Clinical Center for Specialized Medical Assistance and Medical Technologies of the Federal Medical Biological Agency, Moscow  
<sup>2</sup>Yaroslavl State Medical University

In this article the substantiation of long-term care from the standpoint of individual viability in elderly patients is presented. Viability assessment is an important information in the provision of social and medical care at the present stage.

**Key words:** gerontology, long-term care, individual viability.

**For citation:** Il'nitski A., Starceva O., Prashchayeu K. et al. Long-term care in elderly person: focus on individual viability. *Vrach*. 2020; 31 (6): 5–9. <https://doi.org/10.29296/25877305-2020-06-01>

**Об авторах/About the authors:** Il'nitski A.N. ORCID: 0000-0002-1090-4850; Starceva O.N.; Prashchayeu K.I. ORCID: 0000-0002-6534-1362; Rozhdestvenskaya O.A.

<https://doi.org/10.29296/25877305-2020-06-02>

## Когнитивные нарушения у людей старшего возраста: практические аспекты ведения

**Е.В. Екушева**<sup>1</sup>, доктор медицинских наук, профессор,  
**О.В. Зайцева**<sup>2</sup>,  
**О.В. Кузина**<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Академия постдипломного образования Федерального научно-клинического центра специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий  
Федерального медико-биологического агентства, Москва

<sup>2</sup>Клиническая больница №1 (Вольнская)

Управления делами Президента РФ, Москва

<sup>3</sup>ООО «Доктор Ост», Челябинск

**E-mail:** ekushevaev@mail.ru

*Проблемы пациентов старших возрастных групп с когнитивными нарушениями представляют непростую задачу для врачей различных специальностей как в плане диагностики, так и подбора эффективной терапии. Далеко не каждое снижение когнитивных функций является неуклонно прогрессирующим и приводит к развитию деменции. Своевременное выявление и назначение патогенетически обоснованной терапии принципиально важно, поскольку способствует функциональному восстановлению церебральных структур и приводит к обратимым последствиям.*

**Ключевые слова:** гериатрия, умеренные когнитивные нарушения, деменция, пациенты старшего возраста, старение.

**Для цитирования:** Екушева Е.В., Зайцева О.В., Кузина О.В. Когнитивные нарушения у людей старшего возраста: практические аспекты ведения. *Врач*. 2020; 31 (6): 9–15. <https://doi.org/10.29296/25877305-2020-06-02>

Когнитивные нарушения (КН) являются частыми расстройствами в общей популяции и одной из наиболее актуальных и значимых проблем современной медицины, с которой сталкиваются на практике врачи разных специальностей. Известно, что по мере старения частота встречаемости когнитивного дефицита прогрессивно увеличивается — от 20% у людей 60–69 лет до >40% — старше 85 лет [1]. У людей пожилого и старческого возраста значительно чаще наблюдается деменция или выраженные КН на фоне ясного сознания, существенно влияющие и нарушающие бытовую, социальную и профессиональную деятельность, что в итоге приводит к снижению качества жизни, а в ряде случаев — к инвалидизации и развитию полной зависимости от окружающих. Деменция является тяжелым социально-экономическим бременем как для самого пациента, так и для его семьи и общества в целом. На сегодняшний день в мире почти у 50 млн людей отмечается деменция [2], и эти цифры