



**ЕВРОПА**

# **Какова эффективность служб охраны психического здоровья для лиц пожилого возраста?**

Июль 2004 г.

## КРАТКОЕ РЕЗЮМЕ

Данный доклад является сводным докладом Сети фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) об эффективности работы служб охраны психического здоровья лиц пожилого возраста. В 2000 г. доля лиц в возрасте 65 лет и старше среди населения Европейского региона составляла 15%, а в возрасте 75 лет и старше – почти 7%. Эти показатели являются самыми высокими в мире, и к 2030 г. они возрастут соответственно до 24% и 12%. Их влияние на работу служб здравоохранения будет усиливаться за счет непропорционально высоких темпов роста распространенности деменции. Серьезную озабоченность вызывают также такие психические расстройства, как депрессия, чувство тревоги, шизофрения, нарушения здоровья, вызванные токсикоманией, и делирий. В связи с этим потребность в эффективных службах лечения психических заболеваний у пожилых людей будет непрерывно возрастать.

Имеются самые убедительные доказательства в пользу создания многопрофильных бригад на территории проживания обслуживаемого населения в качестве основного компонента предоставления такой помощи. Следует содействовать созданию таких бригад, равно как и развитию партнерских связей с потребителями, неправительственными организациями, учреждениями по предоставлению первичной медико-санитарной помощи, социальными службами, специализированными учреждениями по предоставлению длительной помощи проживающим в них пациентам и другими медицинскими службами во всех европейских странах.

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ), работа которой была инициирована и координируется Европейским региональным бюро ВОЗ, представляет собой информационную службу для лиц, принимающих решения в области общественного здравоохранения и медицинской помощи, в Европейском регионе ВОЗ. СФДЗ может также быть полезна и другим заинтересованным сторонам.

Настоящий доклад СФДЗ составлен приглашенными для этой цели экспертами, и на них лежит ответственность за его содержание, которое не обязательно отражает официальную политику ЕРБ/ВОЗ. Доклад был подвергнут международному рецензированию, организованному сотрудниками СФДЗ.

При цитировании данного доклада просьба приводить следующее описание:  
Draper В, Low L (2004) Какова эффективность служб охраны психического здоровья для лиц пожилого возраста? What is the effectiveness of old-age mental health services?  
Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/document/E83685.pdf>, accessed 23 July 2004).

### Ключевые слова

СЛУЖБЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ДЛЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ  
СЛУЖБЫ ОХРАНЫ  
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ  
ОЦЕНОЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ  
МЕТА-АНАЛИЗ  
МЕТОДЫ В ПОДДЕРЖКУ  
ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ  
ЕВРОПА

Запросы по поводу публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ просьба направлять по следующим адресам:

По электронной почте по поводу разрешения на перепечатку публикаций – по адресу: [permissions@euro.who.int](mailto:permissions@euro.who.int);  
по поводу получения копий публикаций - по адресу: [publicationrequests@euro.who.int](mailto:publicationrequests@euro.who.int);  
по поводу разрешения на перевод публикаций – по адресу: [pubrights@euro.who.int](mailto:pubrights@euro.who.int).

По обычной почте Publications  
WHO Regional Office for Europe  
Scherfigsvej 8  
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

**©Всемирная организация здравоохранения, 2004 г.**

Все права сохранены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет обращения с просьбой разрешить перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы ни в коем случае не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Там, где в заголовках таблиц используется обозначение “страна или район”, оно охватывает страны, территории, города или районы. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока что еще может не быть полного согласия.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения не гарантирует, что информация, содержащаяся в настоящей публикации, является полной и правильной, и не несет ответственности за какой-либо ущерб, нанесенный в результате ее использования. Мнения, выраженные авторами или редакторами данной публикации, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

## СОДЕРЖАНИЕ

Резюме .....	6
Существо вопроса .....	6
Фактические данные .....	6
Рекомендации в отношении политики .....	7
Введение .....	8
Источники для данного обзора .....	9
Фактические данные: эффективность методов лечения психических расстройств у лиц пожилого возраста .....	10
Депрессия .....	10
Деменция .....	10
Фактические данные: модели оказания помощи .....	11
Фактические данные: предоставление услуг в различных условиях .....	12
Фактические данные: предоставление услуг по месту жительства .....	14
Дневные стационары для оказания услуг по охране психического здоровья пожилым людям .....	14
Службы охраны психического здоровья пожилых людей по месту жительства .....	15
Интеграция стационарных служб и служб по месту жительства после выписки пациентов .....	17
Сотрудничество на уровне первичной медико-санитарной помощи .....	18
Фактические данные: лечение острых состояний на основе стационаров .....	19
Палаты по лечению психических расстройств у взрослых всех возрастных групп .....	19
Палаты неотложного лечения пожилых людей с психическими расстройствами .....	19
Палаты по лечению соматических заболеваний .....	20
Комбинированные палаты психиатрической помощи для лиц пожилого возраста и гериатрической помощи в отношении соматических заболеваний .....	21
Службы охраны психического здоровья, предоставляющие консультации и работающие с пациентами, госпитализированными по поводу соматических заболеваний в больницы общего профиля, а также с обслуживающим их персоналом .....	21
Фактические данные: долгосрочный институциональный уход .....	22
Психогериатрические палаты длительного пребывания в сравнении с долгосрочным проживанием в специально предназначенных домах интернатного типа, расположенных на территории обслуживаемого населения .....	22
Проведение работы психогериатрическими службами (“аутрич”) среди пациентов, находящихся на длительном проживании в специально предназначенных домах по месту жительства .....	24
Текущее обсуждение вопроса .....	26
Доказательная медицина (ДМ) в сфере охраны психического здоровья лиц пожилого возраста .....	26
Является ли возможным и желательным развитие служб охраны психического здоровья пожилых людей в Европе? .....	26

Предоставляют ли службы охраны психического здоровья для лиц пожилого возраста обычное повседневное профильное обслуживание? .....	27
Обсуждение .....	28
Вопросы затратности и экономической эффективности .....	28
Финансирование долгосрочного ухода .....	28
Государственное обеспечение длительного институционального ухода .....	28
Обучение и научные исследования в области психиатрии пожилого возраста .....	29
Партнерство с заинтересованными участниками .....	29
Влияние технологий и новых фармакологических разработок .....	30
Области, требующие дальнейшего изучения .....	31
Обобщаемость результатов .....	32
Выводы .....	32
Литература .....	35
Приложение 1: Методы обобщения, использованные в данном докладе .....	41
Приложение 2: Глоссарий .....	43

## **Резюме**

### **Существо вопроса**

В 2000 г. доля лиц в возрасте 65 лет и старше среди населения Европейского региона составляла 15%, а в возрасте 75 лет и старше – почти 7%. Эти показатели являются самыми высокими в мире, и к 2030 г. они возрастут соответственно до 24% и 12%. Их влияние на работу служб здравоохранения будет усиливаться за счет непропорционально высоких темпов роста распространенности деменции. Серьезную озабоченность вызывают также такие психические расстройства, как депрессия, чувство тревоги, шизофрения, нарушения здоровья, вызванные токсикоманией, и делирий. В связи с этим потребность в эффективных службах лечения психических заболеваний у пожилых людей будет непрерывно возрастать.

### **Фактические данные**

Службы охраны психического здоровья для лиц пожилого возраста обычно определяются как многопрофильные службы по предоставлению широкого круга комплексных услуг в определенном районе обслуживания. Качество фактических данных, касающихся работы служб охраны психического здоровья для пожилых людей, улучшается, однако число исследований по проведению оценки моделей охраны психического здоровья лиц пожилого возраста невелико. Эффективные модели предоставления медико-санитарной помощи пожилым людям в целом имеют следующие характеристики:

- наличие системы, предусматривающей единый пункт обращения за помощью;
- ведение больного;
- многопрофильные бригады и группы по оценке;
- использование финансовых стимулов для развития менее дорогостоящих служб оказания помощи на уровне общины.

Характер фактических данных, свидетельствующих об эффективности работы служб охраны психического здоровья для пожилых людей, колеблется от убедительных доказательств в отношении многопрофильных бригад помощи на уровне общины до более слабых доказательств в отношении неотложной стационарной помощи; это объясняется, главным образом, недостаточным объемом контролируемых исследований, а не отсутствием эффективности, подтвержденным на основании проведенных оценок. Была продемонстрирована эффективность моделей служб охраны психического здоровья пожилых людей, предусматривающих ведение больных на уровне общины, и имеются ограниченные свидетельства эффективности взаимодействия в условиях длительного попечения по месту проживания. Оба варианта, однако, предусматривают наличие большего штата сотрудников, чем использование альтернативной модели консультационной службы “только оценки”. Было также показано, что интеграция служб неотложной стационарной помощи и помощи на уровне общины способствует улучшению результатов лечения после выписки из больницы. Некоторые данные указывают также на то, что службы охраны психического здоровья для пожилых людей более эффективны, чем гериатрические службы медицинской помощи и службы охраны психического здоровья для взрослых.

Данные в отношении неотложной стационарной помощи характеризуются более низким уровнем качества, однако неизменно указывают на эффективность такой помощи. Необходимо проведение контролируемых исследований для подтверждения такой же эффективности альтернативных форм помощи на уровне общины или в условиях стационара. Хотя дома престарелых на уровне общины, обеспечивающие предоставление длительной специализированной помощи, как представляется, позволяют оказывать более высококачественную помощь по сравнению с больницами, остается неясным, имеются ли особые больные, нуждающиеся в длительной госпитализации в психogeriatricких стационарах.

### **Рекомендации в отношении политики**

Наиболее широко используемой моделью являются многопрофильные службы по предоставлению широкого круга комплексных услуг в определенном районе обслуживания, и это служит основой консенсусного заявления Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА) и Всемирной организации здравоохранения в отношении организации психиатрической помощи для лиц пожилого возраста. Имеются самые убедительные доказательства в пользу создания многопрофильных бригад на уровне общины в качестве основного компонента предоставления такой помощи. Следует содействовать созданию таких бригад, равно как и развитию партнерских связей с потребителями, неправительственными организациями, учреждениями по предоставлению первичной медико-санитарной помощи, социальными службами, учреждениями по предоставлению длительной помощи по месту проживания и другими медицинскими службами во всех европейских странах.

- Имеются убедительные доказательства (уровень I/II), свидетельствующие об эффективности многопрофильных служб индивидуализированной помощи на уровне общины; совместной деятельности служб первичной и специализированной помощи для лечения депрессий позднего возраста; служб помощи по месту проживания; интегрированных служб психиатрической помощи после выписки и схем лечения для профилактики делирия в больничных палатах (с умеренным эффектом).
- Имеются ограниченные доказательства (уровень III или II/IV) эффективности служб охраны психического здоровья путем консультаций/взаимодействия в больничных палатах или отделениях по оказанию длительной психogeriatricкой помощи для менее зависимых пациентов.
- Имеются слабые доказательства эффективности дневных стационаров, общих психиатрических палат для взрослых, психиатрических палат для лиц пожилого возраста или комбинированных палат психиатрической и geriatricкой помощи для лиц пожилого возраста.
- Эффективность служб geriatricкой медицинской помощи после выписки не была подтверждена.

**Автором настоящего синтезированного доклада НЕН является:**

Brian Draper  
Assoc. Professor (conjoint), MBBS MD FRANZCP  
Университет NSW, Сидней  
Помощник директора,  
Научный отдел психиатрии старческого возраста  
Prince of Wales Hospital,  
Randwick, NSW 2031, Australia  
Тел.: +61 02 9382 3747  
Факс: +61 02 9382 3762  
Электронная почта: [b.draper@unsw.edu.au](mailto:b.draper@unsw.edu.au)

Lee-Fay Low  
BSc  
Центр научных исследований в области охраны психического здоровья  
Австралийский национальный университет  
Canberra  
ACT 0200, Australia  
Тел.: +61 02 61253132  
Факс: +61 02 61250733  
Электронная почта: [Lee-Fay.Low@anu.edu.au](mailto:Lee-Fay.Low@anu.edu.au)

## **Введение**

В 2000 г. доля лиц в возрасте 65 лет и старше среди населения Европейского региона составляла 15 %, а в возрасте 75 лет и старше – почти 7 %. Эти показатели являются самыми высокими в мире, а к 2030 г. они возрастут соответственно до 24 % и 12 % (1). В течение 30 последующих лет предполагаемый уровень увеличения доли пожилых людей в европейских странах будет варьироваться от 14 % в Болгарии до 84 % в Люксембурге. В 2000 г. из 29 стран мира с самыми высокими баллами возрастного индекса (число лиц в возрасте 65 лет и старше на 100 человек в возрасте моложе 15 лет), 17 приходится на Европейский регион (1). Если говорить о Европе, то изначально службы охраны психического здоровья для лиц пожилого возраста получили развитие в Соединенном Королевстве, что было обусловлено проблемами, возникшими связи со старением населения (2).

Увеличение доли населения старше 75-летнего возраста, наиболее вероятно, будет иметь огромное влияние на систему оказания услуг в области охраны психического здоровья; кроме того, проблемы, возникающие в связи со старением населения, усугубляются непропорциональным ростом доли деменции (3). Согласно Докладу ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире за 2001 год, в 2000 году деменция представляла собой 13 по счету причину лет, прожитых с инвалидностью, а согласно прогнозам, в течение последующих 20 лет вклад ее в глобальное бремя болезней будет быстро возрастать,



особенно в развитых странах (4). Основным аспектом ведения деменции, который входит в сферу компетенции служб охраны психического здоровья для лиц пожилого возраста, являются поведенческие и психологические симптомы деменции (ППСД); по предварительным оценкам, привлечение именно этих служб окажет положительное воздействие в 32% случаев (5). Среди лиц пожилого возраста также широко распространены депрессивные расстройства, хотя существуют противоречивые фактические данные относительно их распространенности среди населения в целом; по сообщаемым данным, уровни распространенности депрессии колеблются от 2% до 15% у лиц старше 65-летнего возраста (6). Серьезную озабоченность вызывают также такие психические расстройства у пожилых людей, как чувство тревоги, шизофрения, нарушения, связанные с токсикоманией, и делирий.

В связи с этим существует настоятельная необходимость в определении эффективности служб лечения психических заболеваний у пожилых людей, что позволит обеспечить высококачественную помощь стареющему населению, численность которого неуклонно возрастает. В данном обзоре представлены фактические данные, охватывающие все аспекты медицинской помощи лицам пожилого возраста с психическими расстройствами, включая эффективные методы лечения, модели организации медицинской помощи и ухода и различные условия предоставления услуг.

### **Источники для данного обзора**

Был предпринят систематический поиск литературных источников, опубликованных на английском языке в период с 1966 г. по май 2003 г., имеющих отношение к службам охраны психического здоровья лиц пожилого возраста. Поиск осуществлялся по следующим базам данных: Medline, PsycINFO, CINAHL, EMBASE и базы данных Кокрановского Сотрудничества, при этом использовались ключевые слова: “психиатрия пожилого возраста,” “психогериатрия”, или “гериатрическая психиатрия,” в сочетании со следующими ключевыми словами: “неотложная помощь”, “долгосрочная медицинская помощь”, “больницы общего профиля”, “инвалидный дом ” или “консультация-взаимодействие” и “оценка”, “аудит”, “вмешательство” или “предоставление услуг”. В дополнение к этому, был предпринят поиск опубликованной в печати литературы, упомянутой в соответствующих литературных источниках и веб сайтах. Исключались из обзора статьи, которые были посвящены лицам в возрасте до 60 лет, не предоставляли количественных данных по исходам лечения, или в случае, если вмешательство носило чисто фармакологический характер или представляло собой какой-либо нефармакологический метод (как, например, только обучение управлению поведением).

Включены были все систематические обзоры, содержащие проведение оценки в отношении предоставления услуг по охране психического здоровья лицам пожилого возраста в больницах неотложной помощи, по месту жительства, а также в условиях долгосрочного ухода в специально предназначенных домах интернатного типа. Этим критериям отвечали семь исследований. Были изучены контролируемые испытания, когортные исследования и исследования серий случаев заболеваний (аудиты) на предмет результатов оказания помощи пожилым людям со стороны служб охраны психического здоровья и общемедицинских служб. Из них 108 исследований отвечали установленным критериям. В данном обзоре мы приводим также описание исследований, которые были опубликованы в период после проведения последних систематических обзоров и упоминаем более ранние соответствующие европейские исследования.

Методология оценки качества данных, представленных в этом обзоре, с использованием Инструмента определения методологического качества (7) и ранжирования найденных фактических данных по степени доказательности (8) приводится в Приложении 1.

## **Фактические данные: эффективность методов лечения психических расстройств у лиц пожилого возраста**

Депрессия и деменция являются основными психическими расстройствами, ведение которых проводится в рамках служб охраны психического здоровья лиц пожилого и старческого возраста. Эти два вида нарушений состояния здоровья становятся причиной 60-75% всех случаев обращения пациентов за помощью (9).

### **Депрессия**

Существует единое мнение об эффективности использования антидепрессантов и когнитивных методов психотерапии при краткосрочном лечении тяжелой гериатрической депрессии (10,11,12) и дистимии (13) даже при наличии серьезного хронического физического заболевания (12,14). Однако, по крайней мере, частично за счет отсутствия соответствующих научных исследований, имеются лишь ограниченные доказательства эффективности лечения слабовыраженных форм депрессии (11), депрессии, связанной с наличием острого соматического заболевания (14,15) и депрессией, осложняющей деменцию (6,16). Неблагоприятные эффекты лечения антидепрессантами, приводящие к прекращению пациентами лечения и снижению дозировки, с наибольшей вероятностью встречаются у пожилых людей с наличием физических заболеваний и деменции. Среди побочных эффектов часто встречаются потеря ориентации, падения, желудочно-кишечные расстройства, взаимодействия лекарственных средств и седативный эффект. Побочные эффекты являются одной из основных причин меньшей эффективности лечения у этого контингента населения (6,14).

### **Деменция**

Существуют три основные области, являющиеся предметом лечения в связи с деменцией (независимо от возраста пациента), для которых имеются доказательства наличия эффективных вмешательств – это снижение когнитивных функций, ППСД и стресс у лиц, предоставляющих уход. В результате проведенных систематических обзоров и мета-анализов РКИ был сделан вывод о том, что медикаментозное лечение ингибиторами холинэстеразы имеет значимый, но умеренный эффект при лечении снижения когнитивных функций, связанного с болезнью Альцгеймера (17,18), и болезнью телец Леви (19). Эффективность других препаратов, включая витамин Е, селегилин, мемантин и *Ginkgo biloba* (20,21) не полностью установлены. Что касается лечения ППСД, то ряд РКИ содержат умеренные доказательства эффективности фармакологических – например, антипсихотических лекарственных средств (22,23) – и психосоциальных вмешательств, таких как поведенческая психотерапия, программы развития физической активности и музыкальная терапия (24). Некоторые исследования демонстрируют значительные эффекты лечения, однако при сведении воедино всех испытаний, обобщенный эффект

получается менее значимым (23,24). Антипсихотические лекарственные средства могут также неблагоприятно взаимодействовать с используемыми лекарственными средствами не нового поколения, которые характеризуются побочными эффектами, нарастающими по принципу пирамиды. Более новые атипичные антипсихотические средства лучше переносятся, но могут вызывать риск возникновения сосудистых нарушений головного мозга, на основании чего Комитет Соединенного Королевства по безопасности медицинских препаратов выработал рекомендацию о том, что они должны использоваться только по предписанию специалиста и в краткосрочном режиме лечения ППСД (25). Существуют более убедительные доказательства того, что такого рода меры, как просветительская работа, обучение навыкам и эмоциональная поддержка, которые предоставляются ухаживающим за больными деменцией, являются эффективными в снижении стресса у лиц, предоставляющих уход, и могут продлить период пребывания пациентов в домашних условиях (26,27).

Систематические обзоры в отношении исходов лечения других распространенных психических расстройств у пожилых людей, таких как биполярное расстройство, шизофрения, чувство тревоги и нарушения, вызванные токсикоманией, отсутствуют. В обзоре имеющихся фактических данных, обзорах, совместных заявлениях и отдельных исследованиях, посвященных вопросам лечения, предлагается вывод о том, что некоторые фармакологические и нефармакологические методы лечения могут быть эффективны, однако, степень убедительности доказательств низка (уровень III-2) (11).

Сведения из систематических обзоров говорят о том, что хотя существуют последовательные данные о действенности некоторых видов лечения депрессии и деменции у лиц пожилого возраста, степень эффекта является умеренной с неполным исчезновением симптомов, резистентностью к лечению, неблагоприятными реакциями на воздействие лекарственных средств и высокими уровнями рецидивов. При оценке работы служб охраны психического здоровья для пожилых людей необходимо учитывать эти моменты.

## **Фактические данные: модели оказания помощи**

Наиболее распространенная модель оказания помощи в области охраны психического здоровья пожилым людям - работа многопрофильных служб по предоставлению широкого круга комплексных услуг в определенном районе обслуживания – базировалась на опыте гериатрической медицины в Соединенном Королевстве, при организации работы которой использовались принципы прагматизма, защиты интересов пациентов и имеющихся ресурсов, а не формальной оценки (2). Секция гериатрической психиатрии Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА) совместно с ВОЗ и Международной психогериатрической ассоциацией выработала согласованное заявление в поддержку этой модели предоставления услуг в области психиатрии пожилым людям (28).

Существует глубочайший пробел в оценке различных моделей предоставления услуг в области охраны психического здоровья пожилым людям. Сориентироваться в этом отношении помогают исследования, изучающие модели предоставления ухода в основном

ослабленным и/или институционализированным пожилым людям, не ориентированные на удовлетворение потребностей в сфере охраны психического здоровья.

Систематический обзор демонстрационных проектов, апробировавших инновационные модели предоставления помощи пожилым людям в странах ОЭСР, включал семь проектов из Канады, Италии, Соединенного Королевства и Соединенных Штатов Америки; целью каждого из этих проектов являлось создание комплексной интеграции экстренной и долгосрочной помощи. Были выявлены общие характеристики эффективной системы оказания помощи, которые включали систему единого пункта обращения за помощью, ведение случаев заболеваний, гериатрическую оценку и многопрофильные бригады, а также использование финансовых стимулов для поощрения менее дорогостоящей внестационарной помощи (29). Помимо использования финансовых стимулов, каждая из этих характеристик приводится в совместном заявлении ВПА/ВОЗ (28).

Путем усовершенствования данного подхода была создана такая модель общественного здравоохранения, которая ориентирована на охрану психического здоровья всех лиц пожилого возраста в определенной совокупности населения путем систематического выявления случаев, улучшению доступа к лечению, предоставления качественной медицинской помощи и оценки исходов лечения (30). Эта модель ориентирована на укрепление здоровья и профилактику болезни. Она косвенно прошла проверку в контролируемых исследованиях, которые использовали схему научного исследования модели оказания помощи по месту жительства (31,32), в больницах общего профиля (33,34) и в условиях проживания в специализированных домах (35,36). В целом наблюдались положительные эффекты. Тем не менее, в этих исследованиях остается невыясненным вопрос о том, являются ли такие модели оказания помощи экономически эффективными.

## **Фактические данные: предоставление услуг в различных условиях**

Исследования по оценке работы служб в области охраны психического здоровья в рамках общей модели оказания помощи отсутствуют. В большом пласте литературы разрабатывались вопросы, касающиеся оценки отдельных компонентов предоставления услуг в различных условиях и различными провайдерами услуг, включая сферы охраны психического здоровья пожилых людей, охраны психического здоровья взрослого населения в целом и гериатрической медицины (37). Важно отметить, что мы не предполагаем считать это альтернативными формами предоставления услуг. Согласно модели оказания помощи, предлагаемой в совместном заявлении ВОЗ, комплексная служба должна содержать элементы каждого вида помощи, оказываемой по месту жительства, неотложной стационарной помощи в палатах соматического профиля и психиатрических палатах и помощи в условиях длительного пребывания пациентов в специально предназначенных домах (28). В Таблице 1 в сжатом виде представлен диапазон качества всех 108 исследований по каждой из сфер предоставления услуг.

**Таблица 1. Качество исследований по каждой сфере предоставления услуг**

Сфера предоставления услуг	Количество исследований	Количество контролируемых испытаний	Диапазон качества	Средний рейтинг*
Психогериатрические дневные стационары	10	0	.43-.82	.57
Психиатрические службы для пожилых людей по месту жительства	24	7	.79-.94	.87
Интеграция стационарных служб и служб по месту жительства	4	2	.71-.82	.76
Сотрудничество на уровне первичной медико-санитарной помощи	3	2	.89-.94	.92
Обслуживание пожилых людей в психиатрических палатах для взрослых всех возрастных групп	6	0	.51-.67	.59
Палаты неотложной психогериатрической помощи	23	0	.43-.78	.61
Больничные соматические палаты	6	2	.82-.90	.89
Комбинированные палаты психогериатрической и соматической помощи	3	0	.52-.53	.52
Предоставление психогериатрических консультационных услуг в стационарах (консультации/взаимодействие – КВ)	7	3	.62-.90	.79
Длительная психогериатрическая помощь	6	0	.58-.71	.66
Проведение работы психогериатрическими службами («аутрич») среди пациентов, находящихся на длительном проживании в специально предназначенных домах по месту жительства	16	9	.73-.95	.84

\*Если для определенной сферы предоставления услуг существует более двух контролируемых испытаний, то диапазон качества и средний рейтинг представлены только для контролируемых испытаний, в других случаях эти показатели относятся ко всем исследованиям.

## **Фактические данные: предоставление услуг по месту жительства**

### **Дневные стационары для оказания услуг по охране психического здоровья пожилым людям**

В систематическом обзоре исследований, опубликованных в период до 1998 г., находим вывод о том, что эффективность дневных стационаров подтверждается лишь очень слабыми доказательствами (уровень IV) (37). В ретроспективном контролируемом исследовании, проведенном в Германии, которое не было отражено в предыдущем обзоре, сравнительное изучение клинических характеристик пациентов психогериатрического дневного стационара с характеристиками пациентов, которые находились в стационаре круглосуточно, не выявило значимых различий между группами. В ходе дальнейшего изучения второй выборки пациентов было обнаружено, что пациенты дневного стационара имели тенденцию к лучшему физическому состоянию здоровья, к меньшей выраженности симптомов психического заболевания и к большей самостоятельности в решении финансовых вопросов, чем пациенты, находившиеся в стационаре круглосуточно. Пребывание в дневном стационаре оказалось более эффективным в отношении реабилитации после выписки, по таким заболеваниям, как шизофрения, эндогенная депрессия и органические психозы по сравнению с невротической депрессией (38).

В период с 1998 г. было опубликовано несколько исследований по вопросу клинических исходов. В результате изучения серии случаев 44 пациентов пожилого возраста с депрессией, которые посещали геронтопсихиатрическую дневную клинику в Германии в среднем в течение 11 недель, было обнаружено, что на момент выписки у пациентов наблюдалось значительное уменьшение депрессивных симптомов и улучшение когнитивных функций (39). В ходе другого исследования изучались результаты трехмесячного посещения 112 пожилыми людьми психиатрического дневного стационара в Англии. Было обнаружено значительное улучшение в баллах по шкале Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) - 65+ баллов и снижение числа неудовлетворенных потребностей (40). Предполагается, что дневные стационары могут снизить необходимость в госпитализациях, однако доказательств этого предположения найти не удалось.

Резюмируя сказанное, можно отметить, что роль дневных стационаров в оказании неотложной помощи остается неясной, в большой степени из-за отсутствия контролируемых исследований, которые дали бы сравнительную оценку лечения в дневном стационаре с лечением по месту жительства, либо с круглосуточным стационарным лечением. Тем не менее, в результате проведенных недавно неконтролируемых исследований (уровень качества IV), высказывается предположение о том, что дневные стационары могут улучшить исходы в отношении психического здоровья, особенно касательно депрессии, однако, для подтверждения этого вывода требуется проведение контролируемых испытаний. Несмотря на неубедительность существующих доказательных данных, использование дневных стационаров широко распространено во многих европейских странах, включая Германию, Ирландию, Нидерланды, Швецию и Соединенное Королевство (41,42,43,44,45).

## **Службы охраны психического здоровья пожилых людей по месту жительства**

В результате проведенного систематического обзора исследований по вопросам служб охраны психического здоровья для лиц пожилого возраста по месту жительства, опубликованных до 1998 г., был сделан вывод о том, что они являются эффективными, при этом доказательства соответствуют II уровню качества. Службы охраны психического здоровья для взрослых всех возрастов не эффективны применительно к лечению пожилых людей, однако этот вывод сделан на основе имеющихся доказательств лишь IV уровня качества (38). В период после 1998г. было опубликовано проведенное в Англии исследование о длительном (в течение 6-23 месяцев) последующем наблюдении за пациентами по следам РКИ, включенного в систематический обзор. Предметом этого исследования являлось сравнительное изучение эффективности ведения депрессии у лиц пожилого возраста на дому медицинскими сестрами с подготовкой в области психиатрии и стандартного ведения депрессии врачом общей практики (ВОП). Преимущества проявились при ведении депрессии медсестрами, при этом самый большой эффект был выявлен в случаях с хроническим течением депрессии (46,47).

Проведенное в США РКИ по изучению выездной работы медсестер по обслуживанию пожилых людей с серьезными психическими заболеваниями, проживающими в домах престарелых или интернатных учреждениях (программа RATCH), обнаружило большую эффективность такой помощи по сравнению с обычным обслуживанием, что было показано в результате 26-месячного последующего наблюдения за пациентами и отслеживания таких показателей, как уровни депрессии и выраженность психиатрических симптомов (31). В рамках модели RATCH проводилось обучение персонала домов престарелых и интернатных учреждений выявлению случаев психических заболеваний, проводилась также оценка медицинскими сестрами состояния пациентов на дому и предоставление помощи по показаниям. В среднем медицинские сестры посещали пациентов 5 раз, при этом беседы чаще всего носили консультативный и просветительский характер. Важной характеристикой этой модели являлась координация усилий персонала этих учреждений, лиц, осуществляющих уход за пациентами и лиц, предоставляющих первичную медико-санитарную помощь.

В ходе другого РКИ в Англии изучались пожилые люди, у которых в ходе широкомасштабного планового профилактического осмотра в рамках системы общей практики были выявлены значительные депрессивные симптомы, после чего они либо находились под наблюдением участковой бригады службы охраны психического здоровья, либо под обычным наблюдением врача общей практики. Через 18 месяцев наблюдения не было обнаружено значимых различий между этими двумя группами пациентов (48), но возможно, причина этого состояла в недостаточной численности выборки (34 пациента).

Ряд исследований, проведенных позднее, предоставил дополнительные данные. Контролируемое исследование по изучению результатов лечения депрессии у пожилых людей в Австралии, которых посещали сотрудники участковой службы охраны психического здоровья, установило, что через 20-38 месяцев 45 % пациентов полностью излечились, а у 40 % наблюдалось умеренное улучшение. Эти результаты были лучше, чем результаты у стационарных больных в возрасте от 50 до 64 лет, которые находились в местной больнице по лечению психических расстройств у взрослых временные сроки были одинаковы (49). В исследовании серии случаев, проведенном в Австралии,

включавших самые различные психические нарушения у пациентов, сообщалось о значительных улучшениях в состоянии пациентов на основании шкалы HoNOS в период между оценкой состояния и выпиской, уход за которыми осуществляла многопрофильная служба охраны психического здоровья пожилых людей, в основном обслуживающая пациентов по месту жительства (на 85%) (50). В Америке было проведено исследование серии случаев прикованных к дому больных пожилых людей, которых лечила многопрофильная районная психиатрическая бригада с использованием метода интенсивного ведения случаев; в течение периода наблюдения, составившего 2,5 года, были выявлены значительные улучшения на основании количества баллов по шкале Global Assessment of Function (51).

Все чаще в контексте работы районных служб изучается проблема влияния процесса ухода на клинические исходы. Один из вопросов состоит в том, где лучше проводить первичную оценку – у пациента на дому или в поликлинике. В результате проведенного систематического обзора были выявлены доказательства того, что проведение первичной оценки на дому может снизить количество госпитализаций и неявок на назначенный прием в поликлинику, но не может улучшить результаты лечения (37). Более позднее английское когортное исследование, изучавшее уровень неявок новых пациентов, направляемых в амбулаторную клинику на базе больницы (21%), выявило, что уровень оказался значительно выше по сравнению с клиникой на базе дома престарелых (2%), что явилось еще одним подтверждением преимуществ такого подхода (52).

Опубликованы два исследования по вопросу о моделях ведения случаев деменции на уровне местного сообщества в Англии. Квази-экспериментальное исследование определенной схемы ведения случаев деменции службой охраны психического здоровья лиц пожилого возраста по месту жительства обнаружило, что к концу второго года более эффективным оказалось ведение пациентов на дому, при этом снижался стресс у лиц, оказывающих уход, и уменьшалось число неудовлетворенных потребностей, - по сравнению с результатами работы обычных районных служб охраны психического здоровья у пожилых людей (53). По-видимому, факторами, способствующими улучшению исходов течения болезни в первом случае, являются длительный контакт с пожилыми людьми и ухаживающими за ними, небольшая нагрузка и доступ к целому ряду других ресурсов. Второе квази-экспериментальное исследование рассматривало работу специализированной медсестринской службы в области охраны психического здоровья, которая была ориентирована на лиц, ухаживающих за пациентами с деменцией, предоставляя им информацию, а также практическую и эмоциональную поддержку на долгосрочной основе (54). Работа этой службы сравнивалась с работой традиционных служб, которые ориентированы на пациента, на лечение не деменции, а других расстройств, при этом выписка происходит лишь в случае смерти или помещения пациента в какое-либо специализированное учреждение. Некоторые из этих традиционных служб только лишь проводят соответствующее обследование и дают оценку состояния психического здоровья пациентов, не занимаясь их лечением и не оказывая поддержки лицам, ухаживающим за ними в течение длительного времени. Через 8 месяцев не было обнаружено значительных различий в показателях первичных результатов в отношении стресса у лиц, оказывающих пациентам уход или выживаемости пациентов вне стационаров. Однако вторичный анализ показал, что традиционные службы, проводящие “только оценку” и не занимающиеся пациентами в течение длительного времени, имели значительно худшие показатели.



Подводя итоги, можно сказать, что существуют убедительные фактические данные систематических обзоров и РКИ, свидетельствующие о большей эффективности многопрофильных бригад по охране психического здоровья для лиц пожилого возраста в районе по месту жительства, по сравнению с обычно принятым уходом за пациентами при ведении депрессии, деменции и других психических расстройств у пожилых людей (уровень I). Важными компонентами лечения пациентов по месту жительства являются многопрофильные команды, индивидуальный подход к ведению случаев в сочетании с уходом, а не только лишь проведение оценки, проведение оценки на дому или другом месте проживания (например, в интернатном учреждении) с целью улучшения охвата и обращаемости, а также просвещение и обучение ухаживающих за пациентами лиц (уровень III-2). Единственные фактические данные сравнительной оценки службы охраны психического здоровья для лиц пожилого возраста со службой охраны психического здоровья для всех возрастных категорий взрослых свидетельствуют о большей эффективности ведения депрессии службой охраны психического здоровья, ориентированной на пожилых людей (уровень IV).

### **Интеграция стационарных служб и служб по месту жительства после выписки пациентов**

Уход за пациентами по месту жительства после выписки из стационара неотложной помощи может явиться важным фактором в предотвращении повторной госпитализации и в улучшении состояния психического здоровья пожилых людей. Систематический обзор контролируемых испытаний, изучающих влияние гериатрической медицинской помощи после выписки на психическое состояние пациентов, обнаружил крайне мало свидетельств ее эффективности (55).

Контролируемые испытания по изучению интегрированной больничной психиатрической помощи и помощи по месту жительства продемонстрировали большой эффект. В Соединенных Штатах у пациентов с субдистимической депрессией более эффективной оказалась помощь со стороны психиатрических медсестер по месту жительства, которая состояла в индивидуальном консультировании пациентов, по сравнению с обычной помощью. При этом отслеживался показатель снижения выраженности депрессивных симптомов через 6 месяцев после выписки пациентов из больниц, в которые они попали в связи с соматическими заболеваниями (56). В ходе другого исследования под названием Унифицированная психогериатрическая биопсихосоциальная оценка и лечение (UPBEAT), проведенного в Соединенных Штатах, у ветеранов пожилого возраста во время госпитализации в терапевтических и хирургических отделениях 9 больниц Администрации ветеранов были выявлены психиатрические нарушения. В рамках РКИ были изучены всесторонняя психогериатрическая оценка и ведение пациентов после выписки в сравнении с обычным уходом. По прошествии 12 месяцев группа, по отношению к которой проводились вмешательства, характеризовалась более низкими затратами на госпитализацию, хотя причиной этого являлось меньшее количество койко-дней, а не меньшее число повторных госпитализаций (34). Когортное исследование, проведенное в Англии, выявило низкие уровни повторных госпитализаций пожилых людей с депрессией в психиатрические стационары для лиц пожилого возраста в тех случаях, когда хорошо укомплектованная многопрофильная бригада по охране психического здоровья по месту жительства в тесном сотрудничестве с врачом общей практики, осуществляли обслуживание после выписки по сравнению с поликлиническим обслуживанием или посещением пациентами дневного стационара после выписки, хотя авторы отметили, что не смогли отследить показатель тяжести заболевания (57).

Проведение последующего амбулаторного наблюдения за состоянием психического здоровья пациентов после выписки по месту жительства значительно улучшило уровни выживаемости пациентов по сравнению с отсутствием такого наблюдения.

Хотя в этой области было проведено совсем немного исследований, но все-таки можно сказать, что интегрированные службы охраны психического здоровья, осуществляющие наблюдение за пациентами после выписки из стационара, как представляется, являются важным компонентом в обеспечении пациентам возможности находиться вне стационаров по месту жительства. Качество имеющихся фактических данных в отношении работы служб охраны психического здоровья, обслуживающих пожилых людей с психическими заболеваниями соответствуют уровню II, тогда как в отношении эффективности работы гериатрических соматических служб доказательств не существует (уровень I).

### **Сотрудничество на уровне первичной медико-санитарной помощи**

Всеобщее признано, что для улучшения результатов лечения желательно развивать сотрудничество между первичной медико-санитарной и специализированной помощью. В одном РКИ была предпринята попытка осуществить простую образовательную программу для врачей общей практики, которая проводилась не медицинским персоналом. Пилотное исследование не продемонстрировало какого-либо эффекта из-за отсутствия интереса в участии со стороны ВОП (58).

Два РКИ лучшего качества продемонстрировали преимущества совместного подхода в оказании первичной медико-санитарной помощи к лечению депрессии у лиц пожилого и старческого возраста. В Австралии проведено РКИ по изучению комплексных мер на уровне населения в отношении депрессии, которые включали многопрофильное сотрудничество и консультации, обучение ВОП и лиц, осуществляющих уход, а также просветительские программы по вопросам депрессии и программы, способствующие участию пациентов в общественных мероприятиях (36). Через девять с половиной месяцев последующего наблюдения группа пациентов, в отношении которой проводились изучаемые меры, имела значительно лучшие результаты по шкале гериатрической депрессии (Geriatric Depression Scale) по сравнению с контрольной группой, которая получала обычный уход, хотя клиническая значимость степени изменения была не ясна.

В ходе крупного проведенного в Америке многоцентрового РКИ изучалась выборка пациентов пожилого возраста численностью 1801 человек, имеющих доступ к сотруднику, который ведет каждый случай депрессии под контролем психиатра, а также к специалисту первичного звена. Использовались следующие виды работы: обучающие программы, ведение случаев заболевания депрессией, а также поддерживающее лечение антидепрессантами, которое проводилось лечащим врачом пациента из первичного звена или краткий курс психотерапии. Через 12 месяцев результаты лечения у этой группы пациентов были значительно лучше по сравнению с группой, получавшей обычную помощь: у 45% пациентов первой группы наблюдалось 50%-ное снижение выраженности депрессивных симптомов по сравнению с 19% в контрольной группе. Наблюдались также значительные преимущества в отношении улучшения качества жизни и способности выполнять повседневные функции (59).

Эти два исследования предоставляют доказательства (II уровень качества) того, что сотрудничество между специализированной психиатрической и первичной медико-санитарной помощью может служить эффективной моделью выявления и ведения

депрессии у лиц пожилого возраста. Остается невыясненным вопрос о том, могут ли такие подходы эффективно применяться к более широкому ряду психических нарушений и можно ли их распространить на обычную практику.

## **Фактические данные: лечение острых состояний на основе стационаров**

Существует очень немного РКИ по вопросу неотложной помощи пожилым людям с психическими расстройствами в стационаре, и нет ни одного контролируемого исследования, которое проводило бы сравнительное изучение эффективности лечения в зависимости от типа палат (отделения для больных пожилого возраста с психическими расстройствами, отделения для взрослых всех возрастных групп с психическими расстройствами или отделения общего профиля) или сравнительное изучение лечения в стационаре с лечением по месту жительства. Основным недостатком данных о результатах лечения в стационаре является то, что исследования, в ходе которых они были получены, представляют собой по большей части неконтролируемые проспективные или ретроспективные исследования по изучению серии случаев.

### **Палаты по лечению психических расстройств у взрослых всех возрастных групп**

По этой теме были проведены только три проспективных и ретроспективных исследования по изучению серий случаев, которые были обобщены в опубликованном систематическом обзоре в 2000 г.; новых исследований по этой теме не проводилось. Имеющиеся исследования в целом говорят о положительных результатах лечения на момент выписки со значительными улучшениями у 75- 81% пожилых людей. Качество доказательств эффективности лечения пожилых людей в таких палатах соответствует уровню IV (37).

### **Палаты неотложного лечения пожилых людей с психическими расстройствами**

В период до 1998 г. были опубликованы многочисленные проспективные и ретроспективные исследования серий случаев, проведенных в Дании, Англии, Ирландии и Нидерландах, которые были включены в обзор (60,61,62,63); качество доказательств соответствовало уровню IV, при этом результаты лечения пациентов с депрессией на момент выписки были последовательно положительными, тогда как последовательности в клинических исходах в отношении поведенческих нарушений, связанных с деменцией, не наблюдалось (37). В целом, оценка состояния пациентов на момент выписки независимо от психиатрического диагноза свидетельствует об улучшении у 82- 86% пациентов (37).

Исследования, проведенные после 1998 г., предоставили данные, свидетельствующие о долгосрочной эффективности методов лечения депрессии в отделениях, занимающихся

вопросами психического здоровья лиц пожилого возраста. В одном из исследований серий случаев, проведенных в Соединенных Штатах, у 69% пациентов через 3 месяца после выписки депрессия не наблюдалась (64). Philpot et al (57) в то же самое время провели контролируемое исследование, в котором сравнивались результаты лечения двух работающих в соседних районах служб охраны психического здоровья у лиц пожилого возраста в Англии, использующих разные подходы. Было обнаружено, что через 5-8 лет 50% пациентов повторно госпитализировались. Повторные госпитализации были менее вероятны в той службе, где значительно больше внимания уделялось работе с пациентами по месту жительства, а также после более длительной первичной госпитализации. Было организовано последующее амбулаторное наблюдение за пациентами в сочетании с наблюдением со стороны медсестры, специализирующейся в психиатрии, и обслуживающей пациентов по месту жительства. Более длительная первичная госпитализация была связана с более интенсивным лечением антидепрессантами. Эти данные позволяют сделать вывод о том, что для улучшения результатов лечения депрессии следует использовать сочетание более длительного стационарного лечения при первичной госпитализации с активной работой по месту жительства пациентов после выписки. Тем не менее, предыдущие исследования не продемонстрировали значимой корреляции между длительностью госпитализации и результатами лечения (37). В период после 1998 г. было проведено два крупных американских исследования серий случаев, в результате которых было показано, что стационарное лечение ППСД в случае экстренной госпитализации привело к значительным улучшениям по стандартизированной шкале рейтинга поведения (65,66).

Обобщая сказанное, можно на основании проведенных исследований серий случаев и контролируемых исследований сделать вывод о том, что результаты лечения депрессии и ППСД на момент выписки в большинстве случаев является положительным. Долгосрочные результаты зависят от организации обслуживания после выписки. Качество доказательств эффективности лечения в отделениях неотложной психиатрической помощи для пожилых людей соответствует уровню III-2 для депрессии и уровню IV - для ППСД.

### **Палаты по лечению соматических заболеваний**

В систематическом обзоре контролируемых исследований результатов в отношении состояния психического здоровья, которые были получены в гериатрических соматических службах, был сделан вывод о том, что имеется очень немного свидетельств их важного ощутимого влияния на состояние когнитивной функции и развитие депрессии (67). Однако в отношении предотвращения делирия в систематическом обзоре был сделан вывод о том, что систематические вмешательства по отношению к пациентам пожилого возраста в соматических гериатрических палатах имеют некоторое положительное действие (68).

За последние годы был проведен ряд рандомизированных контролируемых испытаний систематической работы по выявлению и осуществлению вмешательств в целях профилактики делирия у пожилых людей; при этом результаты свидетельствовали о переменном успехе. В ходе РКИ, проведенного в США, изучалось использование многосторонней стратегии по предотвращению делирия. Работу выполняли обученные волонтеры; в результате выявилось снижение частоты возникновения случаев делирия и продолжительности заболевания, но значительного влияния на тяжесть течения болезни или возникновение рецидивов не наблюдалось (33). Эти эффекты наблюдались скорее у

лиц, имеющих умеренный риск возникновения делирия, чем у лиц группы высокого риска. Через шесть месяцев последующего наблюдения не было обнаружено значимых различий между группами (69). В противоположность этим выводам, канадское исследование обнаружило, что систематическая работа по выявлению и многопрофильный уход за пожилыми пациентами значительно не улучшили результатов в отношении когнитивной функции по сравнению обычным уходом (70). Систематический обзор исследований по изучению возможности предотвращения делирия у пациентов с деменцией свидетельствует об отсутствии доказательств эффективности программ предотвращения делирия среди таких пациентов (71).

Резюмируя сказанное, следует отметить, что программы профилактики делирия, проводимые медицинскими службами, являются умеренно эффективными для пожилых людей, в основном влияя на пациентов группы умеренного риска коморбидной деменции (доказательства уровня II), но имеется мало доказательств эффективности общемедицинских служб соматической направленности в лечении других психических расстройств (доказательства уровня I).

### **Комбинированные палаты психиатрической помощи для лиц пожилого возраста и гериатрической помощи в отношении соматических заболеваний**

Описание комбинированных палат психиатрической помощи и помощи в отношении соматических заболеваний у лиц пожилого возраста, которые ведут совместно специалисты психогериатрии и гериатрии, можно часто найти в литературе, но по этому вопросу проводилось лишь изучение серий случаев (72,73,74). Эти службы характеризуются как представляющие большое значение в ведении пациентов с соматическими заболеваниями и поведенческими расстройствами, но в исследованиях отмечаются лишь длительность пребывания в стационаре, данные о выписке и смертности, при этом не приводятся клинические исходы в отношении психического состояния. То есть эффективность работы таких палат в отношении улучшения психического здоровья еще не доказана (доказательства уровня IV), что представляет собой значительный пробел в фактических данных по данной проблематике.

### **Службы охраны психического здоровья, предоставляющие консультации и работающие с пациентами, госпитализированными по поводу соматических заболеваний в больницы общего профиля, а также с обслуживающим их персоналом**

Систематический обзор исследований, проведенных до 1998 г. приходит к выводу о том, что существуют доказательства уровня III-2, свидетельствующие об эффективности в отношении улучшения психического здоровья служб, работающих по принципу консультации/взаимодействия (КВ) в палатах по лечению соматических заболеваний, при этом наблюдается умеренное влияние на результаты лечения депрессии и улучшение распознавания депрессии (37). В двух РКИ изучались не результаты в отношении психического здоровья, а такие параметры, как длительность госпитализации и затратность, по которым наблюдалось улучшение показателей (доказательства уровня II). Одно из этих исследований проводилось в Нидерландах. Оно продемонстрировало значительное сокращение длительности госпитализации и меньшее количество случаев помещения в дома престарелых по сравнению с группой, где предоставлялся обычный уход (75).

В период после 1998 г. было проведено одно РКИ в Англии, в котором изучалась работа служб КВ в общемедицинских палатах, где были госпитализированы пожилые пациенты с депрессией, нуждающиеся в неотложной помощи. Через 10 недель и затем через год не было обнаружено значимых различий между этой группой пациентов и контрольной группой (76). Дополнительные данные находим в исследованиях, изучающих серии случаев заболеваний. В ходе исследования, проведенного в Италии 60% пациентов, получавших консультации, через 3-5 месяцев после выписки, по их словам, чувствовали себя лучше (77). Не существует исследований, которые проводили бы сравнительную оценку результатов работы служб КВ и работы по выполнению таких функций, но со стороны общих служб охраны психического здоровья пожилых людей. В результате проведенного обзора исследований по изучению серий случаев из Ирландии, Италии, Нидерландов, Швеции, Швейцарии и Соединенного Королевства (78-85), было выявлено, что службы охраны психического здоровья пожилых людей, выполняющие функции консультации/взаимодействия, более склонны считать наблюдение за пациентами после выписки и работу служб по месту жительства .....вариантами лечения, по сравнению со службами, изначально организованными по принципу консультации/взаимодействия (86).

Резюмируя сказанное, приводим выводы из нескольких РКИ: службы КВ имеют значительные преимущества, хотя эти преимущества и не связаны с влиянием на состояние психического здоровья; в целом качество доказательств эффективности вмешательств служб КВ в отношении таких показателей, как длительность госпитализации и затратность, относятся к уровню II, в то время как доказательства в отношении эффективности для состояния психического здоровья соответствуют уровню IV.

## **Фактические данные: долгосрочный институциональный уход**

### **Психогериатрические палаты длительного пребывания в сравнении с долгосрочным проживанием в специально предназначенных домах интернатного типа, расположенных на территории обслуживаемого населения**

Во многих странах психогериатрические палаты традиционно были местом длительного пребывания пациентов пожилого возраста с деменцией и хроническими психическими заболеваниями. За последние 30 лет во многих странах развитие концепции сочетания политики деинституционализации и трансинституционализации привело к значительному сокращению числа психогериатрических коек в стационарах для длительного пребывания (29, 41). Например, число таких коек в Соединенном Королевстве снизилось с 3,4 на 1000 в 1986г. до 1,1 на 1000 в 1996 г. (87). Многие пациенты, находившиеся в течение длительного времени в традиционных психогериатрических палатах, были переведены в менее ограничивающие и менее дорогостоящие условия проживания на территории обслуживаемого населения (88, 89).

Был проведен ряд исследований по оценке длительного психогериатрического ухода в больницах в сравнении с таким уходом в специальных домах (интернатных учреждениях) в районе проживания обслуживаемого населения, но среди них нет ни одного РКИ. В

Соединенном Королевстве был создан проект TAPS для оценки программ, направленных на закрытие больниц Фрейерн и Клайбери, которые проводились в период с 1980 по 1990 гг. Объектом исследований были как взрослые пациенты всех возрастных групп, так и пожилые пациенты, но в данный обзор включены лишь исследования, изучавшие пациентов пожилого возраста. В этих исследованиях проводилось сравнительное изучение пребывания в палатах, предоставляющих лечение психических расстройств пожилых людей в больнице Фрейерн и проживания в интернатных учреждениях, которые были созданы в рамках программ трансинституционализации (88,90,91). Оказалось, что в последнем случае пациенты имеют лучшее качество жизни, больше социальных контактов и больше уединения. Пациенты с шизофренией, проживающие в таких домах, имели тенденцию к стабилизации или некоторому улучшению состояния, тогда как состояние пациентов, находившихся в больничных палатах, ухудшилось в течение трехлетнего периода. Эти дома превосходили больничные палаты по параметрам удовлетворенности семьи, оснащенности и безопасности. Особо отмечалось присущая им “домашняя” атмосфера. Через пять лет наблюдения оказалось, что пожилым пациентам с шизофренией труднее находить новых друзей и приобретать новые навыки по сравнению с более молодыми пациентами, хотя улучшения в психическом состоянии у них были выражены в большей степени по сравнению с более молодыми пациентами (92). Но к этим преимуществам стоит относиться с некоторой осторожностью, поскольку способность пациентов, отобранных для проживания в таких домах выполнять повседневные функции, была выше по сравнению с теми, кто остался в больнице. Оставшиеся в больнице пациенты были преимущественно пожилые люди мужского пола, находящиеся там в течение очень длительного времени. Основными характерными чертами их поведения были враждебность, психологическая и физическая агрессивность. В единственной больнице, где не ограничивалась продолжительность госпитализации новых пациентов, была самая высокая доля проблемных пациентов (93).

Второе исследование по изучению трансинституционализации проводило изучение жизни пациентов в небольших домах в Соединенном Королевстве, которые представляют собой жилые помещения, рассчитанные на 12 человек. Основной идеей является сохранение, насколько это возможно, самостоятельности и оставшихся способностей проживающих там лиц к выполнению повседневных функций посредством содействия их активному участию в жизни (94,95). Была проведена проспективная оценка двух таких домов – одного, где проживали лица с деменцией, нуждающиеся в интенсивном медсестринском уходе, и второй – для пациентов с хронической шизофренией, готовых к выписке. По прошествии 12 месяцев наблюдались улучшения в когнитивных функциях, коммуникации, навыках ухода за собой, участии в общей деятельности, межличностном общении, а также по таким параметрам, как способность пациента к самостоятельным решениям, невмешательство в частную жизнь.

Исследование, выполненное во Франции, провело сравнение 110 человек с деменцией, проживающих в 10 *cantoux*, с 242 пациентами с деменцией аналогичной степени выраженности, в течение длительного времени находящимися в психогериатрических палатах (96). *Cantoux* являются инновационной формой немедицинского ухода в районе проживания обслуживаемого населения за страдающими деменцией, которые помещаются в отдельные дома, где 12-15 комнат расположены вокруг общей жилой зоны, что создает домашнюю атмосферу и большую привлекательность для участия семьи. Используя стандартизированные клинические осмотры и наблюдение за поведением, исследователи сделали вывод о том, что у жителей *cantoux* было значительно меньше депрессивных симптомов, у них наблюдалось улучшение навыков общения, более

высокое качество жизни и большее сохранение физической активности в течение первого года жизни по сравнению с лицами, находящимися в психогериатрических палатах. Семьи выражали большую удовлетворенность *cantoux* по сравнению с больничными палатами. Проведенное год спустя обследование пятидесяти пациентов, живущих в *cantoux*, и 50 соответственно подобранных пациентов, находящихся на лечении в психогериатрических палатах, показало, что некоторые из этих различий, вероятно, можно отнести за счет различий у пациентов при госпитализации/поступлении для проживания в *cantoux* (96).

В Итальянском многоцентровом исследовании серии случаев заболеваний деменцией у 55 пациентов с поведенческими нарушениями, которые были приняты в 8 отделений специального ухода, отмечалось общее уменьшение выраженности поведенческих нарушений и использования физических мер сдерживания пациентов и психотропных лекарственных средств в течение 6-месячного периода. Отделения специального ухода находились в домах престарелых; они были особым образом организованы для ведения поведенческих расстройств; персонал предварительно получил специальную подготовку по оценке и ведению поведенческих проблем (97).

Существует мнение, что имеется относительно небольшая группа пациентов пожилого возраста с очень тяжелыми трудноизлечимыми расстройствами поведения, обычно проявляющимися в виде агрессии вследствие деменции и других психических расстройств, которые требуют ухода в психогериатрическом учреждении с соблюдением мер безопасности (5). И хотя этого мнения придерживаются многие специалисты, соответствующие научные исследования не были проведены.

Обобщенный вывод состоит в том, что специально предназначенные дома интернатного типа на территории проживания обслуживаемого населения имеют преимущества перед психогериатрическими палатами с долгосрочным пребыванием пациентов для менее зависимых пациентов с деменцией и хронической шизофренией (доказательства уровня III-2), однако остается не ясным, подходят ли они для пациентов с очень тяжелыми нарушениями поведения, связанными с агрессией. Этот последний момент представляет особую важность для определения степени, в которой ресурсы могут быть перераспределены с гериатрических палат для длительного пребывания на специально предназначенные дома для проживания соответствующих пациентов. Этот вопрос представляет собой еще и один крупный пробел в имеющихся научных данных.

### **Проведение работы психогериатрическими службами (“аутрич”) среди пациентов, находящихся на длительном проживании в специально предназначенных домах по месту жительства**

В систематическом обзоре исследований, опубликованных в период до 1998 г., приводится вывод о том, что в отношении эффективности экстренного лечения имеются доказательства уровня III-2, а в отношении эффективного проведения профилактических программ с целью уменьшения поведенческих проблем и меньшего использования психотропных лекарственных средств – доказательства уровня II (37). С тех пор было опубликовано семь контролируемых испытаний.

В одном РКИ, посвященном изучению специальной подготовки персонала, не было продемонстрировано никаких преимуществ такой подготовки спустя 3 и 12 месяцев в отношении распознавания и ведения случаев поведенческих нарушений (98). Proctor et al. (99) при проведении кластерного рандомизированного исследования обеспечили обучение



персонала и психологическое ведение случаев с поведенческими нарушениями; исследование проводилось по 12 учреждениям, обеспечивающим длительный уход. Спустя 6 месяцев наблюдались значительные улучшения в уровнях депрессии и когнитивных функциях в группах, где проводились вмешательства, а в отношении поведенческих расстройств значимых различий не было. Ballard et al. (100) провели нерандомизированное испытание, в рамках которого пациентов, находящихся в шести интернатных учреждениях длительного ухода еженедельно посещает участковая медицинская сестра с подготовкой в области психиатрии. Она разрабатывает планы ухода при поддержке консультанта-психиатра и клинического психолога с рассмотрением схем медикаментозного лечения в трех интернатных учреждениях. И хотя по прошествии 9 месяцев не было различий в уровнях поведенческих нарушений или самочувствии пациентов, пациентам группы, в которой проводились вмешательства, назначалось меньше нейролептических лекарственных средств, они имели меньше контактов с ВОП и проводили меньше койко-дней в больнице

Было обнаружено, что интеллектуально-игровые меры, которые включали подготовку персонала, междисциплинарное планирование ухода с привлечением психолога, составления программы активной деятельности и предоставление поддержки семье со стороны социального работника в специально отведенных помещениях, имело некоторое положительное влияние на поведение и аффективные состояния. Однако, по прошествии 12 месяцев сохранилось очень немного осязаемых различий по сравнению с группой лиц, по отношению к которым осуществлялся обычный уход (101).

Два РКИ изучали меры консультативного характера, в соответствии с которыми в течение многих месяцев в специальных домах, предоставляющих длительный уход, требовалось присутствие многопрофильных научных команд; как в группе, где проводились вмешательства, так и в контрольной группе наблюдались улучшения показателей в отношении поведения и психопатологии. В обоих исследованиях было сделано предположение о том, что это улучшение показателей может быть отнесено за счет эффекта Хоторна (Hawthorne) и влияния предпринимаемых мер также и на контрольную группу, поскольку обе группы находились в одном и том же доме престарелых (35, 102). В одном исследовании по прошествии месяца было обнаружено значительное улучшение в проявлениях агрессивного поведения в группе, где проводились консультации (102). Хотя в этих исследованиях изучались консультативные меры, на самом деле длительное вовлечение в эту работу научного персонала скорее стало напоминать работу по принципу взаимодействия (КВ), при этом научная команда становилась частью местной среды.

Эти исследования позволяют сделать вывод о том, что службы охраны здоровья для лиц пожилого возраста проводят эффективную выездную работу (“аутрич”) среди проживающих длительное время в домах престарелых и других специально предназначенных домах, где осуществляется работа по принципу взаимодействия, с включением значительного обучающего компонента, предоставления рекомендаций по лечению и возможной эмоциональной поддержки и/или кураторства над медсестринским персоналом. Качество имеющихся доказательств в отношении данного вида услуг соответствует уровню I. Менее убедительны доказательства эффективности экстренного лечения пациентов с использованием консультативной модели – они соответствуют уровню II.

## **Текущее обсуждение вопроса**

### **Доказательная медицина (ДМ) в сфере охраны психического здоровья лиц пожилого возраста**

Применение принципов ДМ в этой области вызывают некоторые трудности в связи с тем, что имеющиеся РКИ рассматривают скорее результаты оказания помощи, чем сам процесс, тогда как последний имеет не меньшее значение при рассмотрении вопросов качества оказания помощи. Наиважнейшие аспекты предоставления услуг по охране психического здоровья лицам пожилого возраста, таких как оказание профессиональной помощи, нелегко поддаются изучению в рамках РКИ. Приводятся доводы относительно того, что оценка служб охраны психического здоровья пожилых людей «наилучшим образом достигается путем конструирования относительно простых моделей на основе массива сложной совокупной информации» (103).

Наиболее убедительные доказательства существуют в отношении эффективности работы многопрофильных бригад по месту жительства, относительно малоубедительны – в отношении экстренной стационарной помощи, что, в прочем, связано с отсутствием соответствующих контролируемых исследований, а не с наличием доказательств неэффективности. К тому же, многие оценки оказания услуг проводятся на местном уровне и не публикуются. Основную озабоченность специалистов в области охраны психического здоровья пожилых людей вызывает тот факт, что ответственные работники, формирующие политику в области здравоохранения, могут использовать отсутствие опубликованных данных, например, в области предоставления экстренного стационарного лечения, как основание для того, чтобы не предоставлять соответствующие услуги, когда перед ними встают вопросы распределения финансирования. К слову, нечто подобное уже происходит в Италии (104).

Несмотря на это, за последние 5 лет количество опубликованных РКИ увеличилось, хотя небольшие размеры выборки и другие методологические проблемы снижают степень убедительности выводов во многих исследованиях. Проведение крупномасштабных многоцентровых исследований для изучения таких вопросов, как сравнение эффективности стационарного лечения и лечения по месту жительства, требует больших финансовых средств, которые, возможно, должны приходиться из правительственных источников. Это является одной из причин медленных темпов получения необходимых фактических данных. Что-то в этом направлении можно было бы сделать уже сейчас, а именно: предложить клиницистам в плановом порядке собирать данные о результатах лечения, как предлагают Macdonald et al. (105), и что уже выполняется в Австралии.

### **Является ли возможным и желательным развитие служб охраны психического здоровья пожилых людей в Европе?**

Лишь очень немногие из европейских стран достигли уровня организации службы, которая соответствует принципам, представленным в совместном заявлении ВПА. Например, проведенное в 1997 г. исследование выявило, что только в Нидерландах, Швейцарии и Соединенном Королевстве существует полный набор служб охраны психического здоровья для лиц пожилого возраста в условиях длительного ухода, ухода

на базе стационара и по месту жительства во многих районах каждой из этих стран (105). Из шести стран (Дания, Франция, Германия, Швеция, Швейцария и Соединенное Королевство) только в последних двух предлагаются в рамках всей страны услуги для пожилых людей с депрессией по месту жительства (107). Недавно в секции по психиатрии Европейского Союза медицинских специалистов (ЕСМС) произошли разногласия по вопросам создания специальных служб для пожилых людей с психическими расстройствами и повышения роли психиатрии при ведении деменции (108). Основной причиной отрицательного отношения являлось отсутствие ресурсов. Существует лишь очень немного европейских стран, имеющих службы охраны психического здоровья для лиц пожилого возраста, которые лечили бы полный спектр психических расстройств в самых различных условиях. Прослеживается тенденция к разделению труда между взрослой психиатрией, нейропсихиатрией, неврологией и гериатрической медициной. И хотя не существует методологически высококачественных исследований, рассматривающих вопросы эффективности различных служб, тем не менее, существующие фактические данные свидетельствуют в пользу специализированных служб охраны психического здоровья для лиц пожилого возраста.

### **Предоставляют ли службы охраны психического здоровья для лиц пожилого возраста обычное повседневное профильное обслуживание?**

Всем ясно, какие именно аспекты охраны психического здоровья являются епархией служб охраны психического здоровья для лиц пожилого возраста. Вообще говоря, они не занимаются обслуживанием пациентов с деменцией, но обладают компетенцией в вопросах ранней диагностики, особенно при наличии тяжелых сопутствующих (коморбидных) психиатрических синдромов, а также в оценке психического состояния пациентов и ведении ППСД. Обычный повседневный уход за пациентами с деменцией, как на дому, так и в условиях проживания в домах престарелых и интернатных учреждениях, осуществляется комплексно: социальными службами, первичным звеном оказания медицинской помощи, службами ухода за лицами пожилого возраста и НПО в партнерстве с пациентами и ухаживающими за ними людьми. Вопросы, относящиеся к передовой практике повседневного ухода за пациентами с деменцией, не рассматривались в данном обзоре, так как, по представлению авторов, эти вопросы выходят за рамки тематики данного обзора. Совершенно очевидно, что услуги по охране психического здоровья лиц пожилого возраста являются лишь одним из аспектов ухода за пациентами с деменцией.

Аналогичный подход наблюдается в обслуживании пациентов с депрессией, где службы охраны психического здоровья лиц пожилого возраста играют важную роль в освидетельствовании состояния и занимаются лечением в основном средней и тяжелой формы депрессии. При слабой и умеренно выраженной формах депрессии лечением пациентов занимаются в основном работники первичного звена или геронтологи. В условиях отсутствия служб охраны психического здоровья для лиц пожилого возраста этот пробел заполняют другие службы, но как уже указывалось в данном обзоре, имеющиеся данные позволяют предположить, что в этом случае результаты лечения ухудшаются. Кроме того, результаты лечения депрессии в первичном звене оказания медико-санитарной помощи лучше в тех случаях, когда имеется сотрудничество со службами охраны психического здоровья для лиц пожилого возраста. Связующая роль этих служб с работниками других служб и потребителями включает в себя стратегии обучения, подготовки и профилактики, и как выявилось в ходе проведения данного

обзора, такой стиль предоставления услуг является более эффективным, чем только лишь обеспечение консультативной помощи.

## **Обсуждение**

### **Вопросы затратности и экономической эффективности**

В нескольких опубликованных исследованиях была проведена оценка экономии ресурсов, например, по критерию койко-дней, но не проводилось количественной оценки в денежном выражении. Не проводилось научных исследований, в которых сравнивались бы показатели затратности с показателями результатов в зависимости от качества оказываемой помощи, по таким параметрам, как неблагоприятные эпизоды, смертность, исчезновение симптомов или удовлетворенность потребителей. Существует настоятельная необходимость в проведении таких исследований экономической эффективности с целью оценки результатов по этим параметрам в сравнении со стоимостью различных моделей оказания услуг в области охраны психического здоровья пожилых людей.

### **Финансирование долгосрочного ухода**

В странах ОЭСР необходимость в снижении расходов привела к широкой деинституционализации и трансинституционализации людей пожилого возраста (29). По сравнению с институциональным уходом помощь пожилым людям вне стационаров относительно менее затратна. И хотя имеются убедительные данные, свидетельствующие о том, что качество оказываемой помощи также может быть лучше в этом случае, эти данные в опубликованной научной литературе обычно основываются на изучении тщательно продуманных служб предоставления ухода, организованных в соответствии со стандартами оказания помощи; если соответствующие службы и дома для проживания пожилых людей с психическими проблемами не соответствуют таким стандартам, то они могут быть не столь эффективны.

Во всем мире пытаются решить вопрос об оптимальных путях финансирования длительного ухода за пожилыми людьми со стойкими психическими расстройствами (89). Все больше надежд возлагается на участие в финансировании потребителей, например, английское правительство отклонило предложение о всеобщем бесплатном обслуживании в учреждениях длительного ухода в рамках НСЗ. Необходимость в таком уходе, вероятно, будет возрастать по мере старения населения, что ложится бременем на бюджет семьи и правительство. В Соединенных Штатах на случай необходимости длительного ухода существует частная система страхования.

### **Государственное обеспечение длительного институционального ухода**

По всей Европе происходит неуклонное уменьшение числа стационарных гериатрических коек длительного пребывания. Но пока не ясны границы развития этой тенденции, особенно в отношении трансинституционализации пациентов из психиатрических стационаров в финансируемые государством специально предназначенные дома на территории обслуживаемого населения и в частным образом финансируемые дома престарелых. Как уже упоминалось ранее, на завершающем этапе плановой программы

трансинституционализации участники английского проекта TAPS наблюдали тот факт, что оставшиеся в стационарах пациенты характеризуются более агрессивным и враждебным поведением по сравнению с переводимыми пациентами. Если говорить об альтернативных стационарах видах учреждений, находящихся по месту жительства пациентов, то финансируемые государством специализированные учреждения обеспечивают содержание большей части “труднопомещаемых” пациентов, хотя, по имеющимся данным, эти учреждения недоукомплектованы кадрами и имеются в недостаточном количестве (93). Одна модель предлагает финансируемые государством региональные учреждения, где работают специалисты, которые будут заниматься ведением пациентов пожилого возраста с наиболее тяжелыми поведенческими расстройствами (5). Для того, чтобы определить все необходимые характеристики такой модели, необходимо провести научные исследования.

### **Обучение и научные исследования в области психиатрии пожилого возраста**

Лишь в 18% стран Европейского региона психиатрию пожилого возраста рассматривают в качестве самостоятельной медицинской подспециальности, а в некоторых странах не существует даже старших научных званий в области психиатрии пожилого возраста (109). Это могло негативно повлиять на развитие комплексных служб, поскольку существуют фактические данные, свидетельствующие о том, что наличие профессорско-преподавательского состава в области психиатрии пожилого возраста способствует развитию соответствующих служб и образования (110). Европейская Ассоциация гериатрической психиатрии совместно с ВОЗ, ВАП и другими НПО недавно опубликовала согласованную учебную программу по психиатрии пожилого возраста призванную стимулировать соответствующее образование в этой области в Европейском регионе (111). Исследование, проведенное секцией психиатрии ЕСМС, выявило, что большинство (70%) стран заявили, что будет возможно иметь психиатров со специализацией в области психических нарушений в пожилом возрасте, и что в каждой стране должен быть создан, по меньшей мере, один крупный обучающий центр (108). Создание большего количества профессорских ставок среди преподавательского состава в области психиатрии пожилого возраста, в тех странах, где сейчас их недостаточно, может способствовать более успешному развитию процесса образования в этой области.

### **Партнерство с заинтересованными участниками**

В последнее десятилетие возрастает степень участия потребителей и лиц, оказывающих уход, в предоставлении услуг по охране психического здоровья лицам пожилого возраста, и эта тенденция, видимо, будет продолжаться и далее: от участия в принятии решений на исполнительном уровне до предоставления практической помощи в некоторых ее аспектах. Внедрение системы внестационарного ухода может происходить за счет большей нагрузки на лиц, оказывающих уход; имеются убедительные данные, свидетельствующие об эффективности программ предоставления им поддержки в отношении уменьшения стресса, что в свою очередь, способствует продлению периода времени, в течение которого пациент может обойтись без институционализации. Одним из критериев эффективности работы службы охраны психического здоровья пожилых людей является качество работы с лицами, предоставляющими уход, и потребителями.

На сегодняшний день большая часть программ поддержки лиц, предоставляющих уход, организуется и финансируется НПО, при этом требуется большее официальное

финансовое и практическое участие со стороны государственных структур. Не менее важно взаимодействие между службами здравоохранения и социального обеспечения, поскольку эти две сферы часто работают с одними и теми же группами населения. Например, как дневные стационары, финансируемые службами здравоохранения, так и службы дневного ухода, финансируемые службами социального обеспечения, могут заниматься и случаями деменции, хотя у посетителей дневных стационаров с большей вероятностью будут наблюдаться тяжелые проявления ППСД (45). Для определения наиболее подходящей модели предоставления ухода требуется проведение дальнейших мер по организации совместного ухода со стороны работников первичного звена и специализированных служб.

За последние годы увеличилась степень участия лиц, предоставляющих уход, и потребителей в планировании работы служб здравоохранения, администрировании и предоставлении услуг, а в ходе последующих десятилетий эти тенденции, вероятно, будут возрастать, при этом проблема соблюдения прав пациентов и потребителей будет привлекать все больше внимания. В Швеции были сделаны попытки предоставить большую автономность лицам с психическими расстройствами, что привело к тому, что медицинская помощь по отношению к лицам с деменцией и другими психическими расстройствами перестала соответствовать стандартам, - это свидетельствует о том насколько трудно применить в этой ситуации взвешенный подход (112). Это также говорит о важности следования политике, направленной как на результаты в отношении здоровья, так и в отношении социального благополучия при тесной взаимосвязи между ведомствами. Недавно проведенная в Шотландии реформа в НСЗ выдвинула принцип, согласно которому службы здравоохранения должны формироваться по месту жительства и уходить корнями в местное сообщество, а также формировать партнерства со службами социального обеспечения, при этом привлекая общественность к планированию и реорганизации служб здравоохранения (113).

### **Влияние технологий и новых фармакологических разработок**

Разработка новых лекарственных средств в предстоящие 20 лет, направленных на лечение деменции, может оказать значительное влияние на процесс предоставления услуг. Лечение заболевания деменцией на ранних стадиях может предотвратить дальнейшее ее развитие и перерастание в тяжелую форму, а дальнейшее лечение может замедлить или предотвратить прогрессирование заболевания. И хотя это может привести к сокращению потребности в длительном институциональном уходе, возможно, что возрастет потребность в уходе по месту жительства. Но при экономии средств на институциональной помощи может потребоваться больше затрат на лекарственные средства и оказание помощи по месту жительства. Влияние на этот процесс могут оказать и другие технологии, такие как усовершенствованные методики нейровизуализации и разработка биомаркеров для ранней диагностики болезни Альцгеймера (114,115,116). Диагностирование доклинических признаков деменции в сочетании с эффективными методами лечения могло бы резко снизить распространенность симптоматической деменции, а следовательно, и потребность в службах охраны психического здоровья и в длительном уходе в интернатных учреждениях различного вида. В области профилактики и более эффективного лечения депрессии пожилого возраста наработок меньше, хотя и существуют инновационные методы лечения, такие как терапия магнитного захвата (Magnetic Seizure Therapy) и повторная транскраниальная магнитная стимуляция (Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation), которые в настоящее время проходят клинические испытания (117,118,119).

Важно также улучшить доступность информационных технологий и усовершенствовать их функционирование. Для большинства служб оказания медицинской помощи стандартной практикой стало сетевое использование персональных компьютеров для внутренней коммуникации и для обеспечения доступа к материалам по политике, протоколам, медицинским картам пациентов и результатам научных исследований. Кое-где на место медицинских карт пациентов пришли их электронные аналоги (ЭМК). Есть идея о том, чтобы в гериатрии использовать электронные медицинские карты пациентов для привлечения многопрофильных бригад, семей, пациентов и других поставщиков услуг к координации данных, поступающих из самых различных новых источников относительно питания, использования лекарственных средств, падений пациентов, их физической подвижности и использования сенсорных датчиков у пожилых людей для мониторинга физиологических параметров. (120). В Интернете уже существуют анкеты по тестированию когнитивных функций, которые, вероятно, в перспективе будут более широко использоваться после окончательной их доработки.

В Гонконге и Соединенных Штатах для связывания сельских и областных центров с городскими психогериатрическими службами достаточно легко осуществимыми и экономически эффективными оказались видеоконференции (121,122). При дальнейшем технологическом развитии привлекательность телепсихиатрии в качестве экономически эффективного метода предоставления непрерывной поддержки сельским службам с недостаточной укомплектованностью кадрами, вероятно, будет возрастать.

## **Области, требующие дальнейшего изучения**

### *Модели оказания помощи*

Лучше ли результаты лечения пожилых людей в отношении их психического здоровья в европейских странах, которые имеют комплексные интегрированные службы охраны психического здоровья для лиц пожилого возраста, по сравнению с теми странами, в которых такие службы отсутствуют? В поисках ответа на этот вопрос можно было бы провести многоцентровые исследования по европейским странам, рассматривающие результаты лечения депрессии и ППСД. Эти исследования могли бы более глубоко изучить вопрос о сравнительных результатах помощи, предлагаемой различными общемедицинскими службами по лечению соматических заболеваний и службами охраны психического здоровья.

### *Передовая практика в области охраны психического здоровья пожилых людей*

Было продемонстрировано, что использование руководящих принципов и протоколов лечения, основанных на современных исследованиях, улучшают качество медицинской помощи в области охраны психического здоровья взрослых людей всех возрастных групп (123). В области охраны психического здоровья пожилых людей проведено крайне мало исследований, хотя одно из них продемонстрировало, что использование клинической модели, определяющей обязанности персонала и временные рамки ведения депрессии в стационаре, привело к сокращению длительности госпитализации и затрат, однако, упоминаний о клинических исходах не найдено (124). Ведение депрессии является той областью, в которой особенно эффективно можно использовать протоколы лечения лиц пожилого возраста, но опубликованных результатов исследований по изучению специализированной помощи не существует.

### *Контролируемые испытания экстренной стационарной помощи и внестационарного лечения психических расстройств*

Как определить, каковы оптимальные условия для безопасного эффективного лечения острых психических расстройств у лиц пожилого возраста? В настоящее время условия лечения в большей степени определяются наличием ресурсов, чем результативностью лечения. По сути, вопрос не состоит в том, какое лечение лучше – стационарное или внестационарное, задача скорее состоит в определении оптимальной структуры обслуживания. Необходимо провести многоцентровые исследования по сравнительному изучению работы дневных стационаров, многопрофильных бригад по месту жительства и неотложного лечения в больнице. Требуется также провести сравнение эффективности работы служб охраны психического здоровья лиц пожилого возраста и служб охраны психического здоровья взрослых всех возрастных групп, сравнение эффективности стационарного лечения с последующим уходом по месту жительства и без такового. В этих исследованиях должны быть рассмотрены критерии использования различных видов оказания медицинской помощи и оптимального соотношения различных компонентов служб на обслуживаемом участке с точки зрения пациентов, а также лиц, предоставляющих им уход, провайдеров услуг и руководителей.

### **Обобщаемость результатов**

Большая часть исследований в этой области была проведена в Австралии, Северной Америке и Соединенном Королевстве. Относительно небольшое количество исследований было проведено в других европейских странах. Можно говорить о последовательности результатов в том случае, если аналогичные контролируемые исследования проводятся в каких-либо определенных условиях оказания услуг в разных странах. Не очевиден вопрос о том, до какой степени возможно обобщение результатов в отношении конкретного компонента услуг, не учитывая общую структуру служб, необходимых в других условиях. При этом вопрос заключается скорее не в культурных особенностях, а в структурных. И если результаты этих исследований можно экстраполировать на другие страны Западной Европы, то такая возможность менее очевидна для стран Восточной Европы. У этих стран может быть больше сходства с развивающимися странами, где основной проблемой является адаптация существующих служб первичной медико-санитарной помощи к потребностям быстро стареющего населения при ограниченной помощи со стороны вторичного и третичного уровней.

### **Выводы**

Предоставление эффективной помощи пожилым людям с психическими проблемами подразумевает сложную совокупность возможных услуг по месту жительства, в стационарах и в условиях длительного пребывания в интернатных учреждениях и другого рода специальных домах. Предполагается обеспечение ухода в интегрированной модели обслуживания, которая носит многосторонний характер, с осуществлением конкретных вмешательств для различных видов психических нарушений. В данном докладе представлены свидетельства эффективности, имеющиеся для этих видов оказания



помощи. Очевидно, что одним из условий обеспечения высококачественной помощи является партнерская работа между всеми заинтересованными сторонами (первичная и неотложная помощь, социальные службы, правительственные структуры, НПО, пациенты и лица, оказывающие им уход).

Модели предоставления помощи оценивались только с точки зрения предоставления общей помощи пожилым людям, а не с точки зрения психического здоровья как такового. Для этой общей модели эффективная система оказания помощи характеризуется следующими чертами: единый пункт обращения за помощью, ведение случаев, гериатрическая оценка, многопрофильные бригады и финансовые стимулы для поощрения менее дорогостоящей помощи по месту жительства.

Была выявлена умеренная эффективность ряда фармакологических и психо-социальных методов лечения депрессии пожилого возраста и деменции. Что касается других психических заболеваний у пожилых людей, то на этот счет существует крайне мало доказательств эффективности каких-либо методов лечения.

В отношении работы служб охраны психического здоровья лиц пожилого возраста можно сказать следующее:

- имеются убедительные данные (уровень I/II) в поддержку эффективности работы многопрофильных служб по месту жительства с индивидуальным подходом; сотрудничества между работниками первичной и специализированной помощи при лечении депрессии пожилого и старческого возраста; выездных служб для работы в специальных домах для проживания лиц с психическими проблемами; интегрированных служб охраны психического здоровья после выписки из стационара и методов лечения в целях профилактики делирия у пациентов, находящихся в отделениях по лечению соматических заболеваний (однако, эффекты умеренные);
- имеются ограниченные данные (уровень III или II/IV) в поддержку консультационной работы служб охраны психического здоровья в соматических палатах и психогериатрических палатах длительного пребывания для менее зависимых пациентов;
- существуют слабые доказательства (уровень IV) в поддержку эффективности дневных стационаров, общих палат охраны психического здоровья для взрослых всех возрастных групп, палат, предназначенных для лечения психических расстройств у лиц пожилого возраста, комбинированных гериатрических палат и палат, занимающихся вопросами охраны психического здоровья лиц пожилого возраста;
- не было обнаружено пользы от работы служб гериатрической соматической помощи после выписки пациентов из стационара.

Была продемонстрирована эффективность ряда аспектов служб охраны психического здоровья пожилых людей, особенно по месту жительства, но существуют значительные пробелы в данных относительно эффективности экстренного лечения в стационарах, дневных стационарах и длительного ухода при проживании в домах типа домов престарелых, интернатных учреждений. Для восполнения этих пробелов следует поощрять сбор данных в плановом порядке относительно затратности и результатов лечения в различных условиях и при использовании различных моделей помощи, кроме того, правительствам следует рассмотреть вопрос о финансировании достаточно

*Какова эффективность служб охраны психического здоровья для лиц пожилого возраста?  
Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ  
Июль 2004 г.*

---

крупномасштабных исследований, направленных на изучение вопросов, касающихся различных моделей оказания помощи и передовой практики.

## Литература

1. Kinsella K, Velkoff V and U.S. Census Bureau. *An Aging World: 2001*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 2001.
2. Banerjee S. Organization of old age psychiatry services. *Reviews in clinical gerontology* 1998, 8:217-225.
3. Jorm AF, Korten AE, Henderson AS. The prevalence of dementia: a quantitative integration of the literature. *Acta psychiatrica scandinavica* 1987, 76:465-479.
4. World Health Organization. *The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope*. Geneva, 2001.
5. Brodaty H, Draper BM, Low LF. Behavioural and psychological symptoms of dementia: a seven-tiered model of service delivery. *Medical journal of Australia*, 2003, 178:231-234.
6. Chiu E, et al. Depressive disorders in the elderly: a review. In: Maj M, Sartorius N, eds. *Depressive Disorders*, WPA Series *Evidence and Experience in Psychiatry* - Volume 1, 2<sup>nd</sup>. Chichester, Wiley and Sons, 2002:313-363.
7. Cho MK, Bero LA. Instruments for assessing the quality of drug studies published in the medical literature. *Journal of the American Medical Association*, 1994, 272:101-104.
8. National Health and Medical Research Council. *Guidelines for the Development and Implementation of Clinical Guidelines*. Canberra: Australian Government Publishing Service, 2000.
9. Draper B. The effectiveness of services and treatment in psychogeriatrics. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 1990, 24:238-251.
10. Koder D-A, Brodaty H, Anstey KJ. Cognitive therapy for depression in the elderly. *International journal of geriatric psychiatry*, 1996, 11:97-107.
11. Bartels SJ, et al. Evidence-based practices in geriatric mental health care. *Psychiatric services*, 2002, 53:1419-1431.
12. Wilson K, et al. Antidepressants versus placebo for the depressed elderly (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Chichester, John Wiley and Sons, 2003.
13. Lima MS, Moncrief J. Drugs versus placebo for dysthymia (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Chichester, John Wiley and Sons, 2003.
14. Draper B. The effectiveness of the treatment of depression in the physically ill elderly. *Aging and mental health*, 2000, 4:9-20.
15. Katz IR. Drug treatment of depression in the frail elderly: discussion of the NIH Consensus Development Conference on the Diagnosis and Treatment of Depression in Late Life. *Psychopharmacology bulletin*, 1993, 29:101-108.
16. Bains J, Birks JS, Denning TR. Antidepressants for treating depression in dementia (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Chichester, John Wiley and Sons, 2003.
17. Birks JS, Harvey R. Donepezil for dementia due to Alzheimer's disease (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Chichester, UK: John Wiley and Sons;2003: CD001190
18. Olin J and Schneider L. Galantamine for Alzheimer's disease (Cochrane Review). *The Cochrane Library* 2003; Issue 4:
19. Wild R, Pettit T and Burns A. Cholinesterase inhibitors for dementia with Lewy bodies (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Chichester, John Wiley and Sons, 2003.
20. Doody RS, et al. Practice parameter: management of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 2001, 56:1154-1166.
21. Birks JS, Grimley Evans J, Van Dongen M. Ginkgo Biloba for Cognitive Impairment and Dementia (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Chichester, John Wiley and Sons, 2003.
22. Brodaty H, et al. A randomized placebo-controlled trial of risperidone for the treatment of aggression, agitation and psychosis of dementia. *Journal of clinical psychiatry*, 2003, 64:134-143.
23. Kindermann SS, et al. Pharmacological treatment of psychosis and agitation in elderly patients with dementia: four decades of experience. *Drugs and aging*, 2002, 19:257-276.

24. Opie J, Rosewarne R, O'Connor DW. The efficacy of psychosocial approaches to behaviour disorders in dementia: a systematic literature review. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 1999, 33:789-799.
25. Committee on Safety of Medicines, Medicines and Healthcare products Regulatory Agency. *Atypical antipsychotic drugs and stroke*. March 9, 2004 <http://www.mhra.gov.uk> . Accessed 17 March 2004.
26. Brodaty H, Green A, Koschera A. Meta-analysis of psychosocial interventions for care-givers of people with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2003, 51:657-664.
27. Sorensen S, Pinquart M, Duberstein P. How effective are interventions with care-givers? An updated meta-analysis. *Gerontologist*, 2002, 42:356-372.
28. Wertheimer J. Psychiatry of the elderly: a consensus statement. *International journal of geriatric psychiatry*, 1997, 12:432-435.
29. Johri M, Beland F, Bergman H. International experiments in integrated care for the elderly: A synthesis of the evidence. *International journal of geriatric psychiatry*, 2003, 18:222-235.
30. Cole MG. Public health models of mental health care for elderly populations. *International psychogeriatrics*, 2002, 14:3-6.
31. Banerjee S, et al. Randomized controlled trial of effect of intervention by psychogeriatric team on depression in frail elderly people at home. *BMJ*, 1996, 313:1058-1061.
32. Rabins PV, et al. Effectiveness of a nurse-based outreach program for identifying and treating psychiatric illness in the elderly. *Journal of the American Medical Association* 2000; 283: 2802-2809
33. Inouye SK, et al. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *New England journal of medicine*, 1999, 340:669-676.
34. Kominski G, et al. UPBEAT: the impact of a psychogeriatric intervention in VA medical centers. Unified Psychogeriatric Biopsychosocial Evaluation and Treatment. *Medical care*, 2001, 39:500-512.
35. Brodaty H, et al. Randomized controlled trial of different models of care for nursing home residents with dementia complicated by depression or psychosis. *Journal of clinical psychiatry* 2003, 64:63-72.
36. Llewellyn-Jones RH, et al. Multifaceted shared care intervention for late life depression in residential care: randomised controlled trial. *BMJ*, 1999, 319:676-682.
37. Draper B. The effectiveness of old age psychiatry services. *International journal of geriatric psychiatry*, 2000, 15:687-703.
38. Bergener M, et al. The psychogeriatric day hospital: definition, historical development, working methods, and initial efforts in research. In: Bergener M, ed. *Psychogeriatrics – An international Handbook*. New York, Springer, 1987, 432-448.
39. Bramesfeld A, et al. Day-clinic treatment of late-life depression. *International journal of geriatric psychiatry*, 2001, 16:82-87.
40. Ashaye OA, Livingston G, Orrell M. Does standardized needs assessment improve the outcome of psychiatric day hospital care for older people? A randomized controlled trial. *Aging and mental health*, 2003, 7:195-199.
41. Pijl YJ, Sytma S. The identification of trends in the utilisation of mental health services by elderly: a Dutch case register study. *International journal of geriatric psychiatry*, 2003, 18:373-380.
42. Corcoran E, Guerandel A, Wrigley M. The day hospital in psychiatry of old age – what difference does it make? *Irish journal of psychological medicine*, 1994, 11:110-115.
43. Wormstall H, Gunthner A. The psychogeriatric health care system in Germany. *International journal of geriatric psychiatry*, 2002, 17:786-787.
44. Johansson A, Gustafson L. Psychiatric symptoms in patients with dementia treated in a Psychogeriatric day hospital. *International psychogeriatrics*, 1996, 8:645-658.
45. Collier E, Baldwin R. The day hospital debate: A contribution. *International journal of geriatric psychiatry*, 1999, 14:587-591.
46. Blanchard MR, Waterreus A, Mann AH. The effect of primary care nurse intervention upon older people screened as depressed. *International journal of geriatric psychiatry*, 1995, 10:289-298.

47. Blanchard MR, Waterreus A, Mann AH. Can a brief intervention have a longer-term benefit? The case of the research nurse and depressed older people in the community. *International journal of geriatric psychiatry*, 1999, 14:733-738.
48. Arthur AJ, et al. Evaluating a mental health assessment for older people with depressive symptoms in general practice: a randomized controlled trial. *British journal of general practice* 2002, 52:202-207.
49. Hickie I, et al. The impact of the organization of mental health services on the quality of assessment provided to older patients with depression. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 2000, 34:748-754.
50. Spear J, et al. Does the HoNOS 65+ meet the criteria for a clinical outcome indicator for mental health services for older people? *International journal of geriatric psychiatry*, 2002, 17: 226-230.
51. Kohn R, Goldsmith E, Sedgwick TW. Treatment of homebound mentally ill elderly patients: the multidisciplinary psychiatric mobile team. *American journal of geriatric psychiatry*, 2002, 10: 469-475.
52. Anderson DN, Aquilina C. Domiciliary clinics I: effects on non-attendance. *International journal of geriatric psychiatry*, 2002, 17:941-944.
53. Challis D, et al. Care management, dementia care and specialist mental health services: an evaluation. *International journal of geriatric psychiatry*, 2002, 17:315-325.
54. Woods RT, et al. Support in the community for people with dementia and their carers: A comparative outcome study of specialist mental health service interventions. *International journal of geriatric psychiatry*, 2003, 18:298-307.
55. Cole MG. The impact of geriatric post-discharge services on mental state. *Age and ageing*, 2001, 30:415-418.
56. Mossey JM, et al. Effectiveness of a psychosocial intervention, interpersonal counseling, for subdysthymic depression in medically ill elderly. *Journal of gerontology*, 1996, 4:M172-M178.
57. Philpot M, et al. The prognosis of late-life depression in two contiguous old age psychiatry services: An exploratory study. *Ageing and mental health*, 2000, 4:72-78.
58. Livingston G, et al. A nurse-coordinated educational initiative addressing primary care professionals' attitudes to and problem-solving in depression in older people—a pilot study. *International journal of geriatric psychiatry*, 2000, 15:401-405.
59. Unutzer J, et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 2002, 288: 2836-2845.
60. Freyne A, Wrigley M. Acute inpatient admissions in a community oriented old age psychiatry service. *Irish journal of psychological medicine*, 1997, 14:4-7.
61. Djernes JK, et al. Psychopathologic and functional outcome in the treatment of elderly inpatients with depressive disorders, dementia, delirium, and psychoses. *International psychogeriatrics*, 1998, 10:71-83.
62. Riordan J, Mockler D. Audit of care programming in an acute psychiatric admission ward for the elderly. *International journal of geriatric psychiatry*, 1996, 11:109-118.
63. Heeren TJ, et al. Treatment, outcome and predictors of response in elderly depressed in-patients. *British journal of psychiatry*, 1997, 170:436-440.
64. Casten RJ, et al. A comparison of self-reported function assessed before and after depression treatment among depressed geriatric inpatients. *International journal of geriatric psychiatry*, 2000, 15:813-818.
65. Akpaffiong M, et al. Cross-cultural differences in demented geropsychiatric inpatients with behavioral disturbances. *International journal of geriatric psychiatry*, 1999, 14:845-850.
66. Holm A, et al. The outcomes of an inpatient treatment program for geriatric patients with dementia and dysfunctional behaviors. *Gerontologist*, 1999, 39:668-676.
67. Cole MG. The impact of geriatric medical services on mental state. *International psychogeriatrics*, 1993, 5:91-101.
68. Cole MG. Delirium: effectiveness of systematic interventions. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 1999, 10:406-411.

69. Bogardus ST, Jr, et al. The effects of a targeted multicomponent delirium intervention on post discharge outcomes for hospitalized older adults. *American journal of medicine*, 2003, 114: 383-390.
70. Cole MG, et al. Systematic detection and multidisciplinary care of delirium in older medical inpatients: a randomized trial. *Canadian Medical Association journal*, 2002, 167:753-759.
71. Britton A, Russell R. Multidisciplinary team interventions for delirium in patients with chronic cognitive impairment (Cochrane review). *The Cochrane Library*, Chichester, UK: John Wiley and Sons, 2003.
72. Arie T, Dunn TA. "Do-it-yourself" psychiatric-geriatric joint patient unit. *Lancet*, 1973, 2:1313-1316.
73. Pitt B, Silver CP. The combined approach to geriatrics and psychiatry: evaluation of a joint unit in a teaching hospital district. *Age and ageing*, 1980, 9:33-37.
74. Porello PT, et al. Description of a geriatric medical/psychiatry unit in a small community general hospital. *Journal of mental health administration*, 1995, 22:38-48.
75. Slaets JPJ, et al. A randomized trial of geriatric liaison intervention in elderly medical inpatients. *Psychosomatic medicine*, 1997, 59:585-591.
76. Shah A, Odutoye K, De T. Depression in acutely medically ill elderly inpatients: A pilot study of early identification and intervention by formal psychogeriatric consultation. *Journal of affective disorders*, 2001, 62:233-240.
77. Rigatelli M, et al. A follow-up study of psychiatric consultations in the general hospital: What happens to patients after discharge? *Psychotherapy and psychosomatics*, 2001, 70:276-282.
78. De Leo D. et al. Psychogeriatric consultation within a geriatric hospital: A six-year experience. *International journal of geriatric psychiatry*, 1989, 4:135-141.
79. Wrigley M, Loane R. Consultation-liaison referrals to the north Dublin geriatric psychiatry service. *Irish medical journal*, 1991, 84:89-91.
80. Camus V, et al. Geriatric psychiatry liaison-consultation: the need for specific units in general hospitals. *International journal of geriatric psychiatry*, 1994, 9:933-935.
81. Pauser H, Bergström B, Wålinder J. Evaluation of 294 psychiatric consultations involving inpatients above 70 years of age in somatic departments in a university hospital. *Acta psychiatrica scandinavica*, 1987, 76:152-157.
82. Poynton, AM. Psychiatric liaison referrals of elderly in-patients in a teaching hospital. *British journal of psychiatry*, 1988, 152:45-47.
83. Roulaux TAH, Oei TT, Jansen op de Haar MMBB. A decade of psychiatric consultation with elderly patients in a Dutch general hospital. *International psychogeriatrics*, 1993, 5:103-108.
84. Scott J, Fairbairn A, Woodhouse K. Referrals to a psychogeriatric consultation-liaison service. *International journal of geriatric psychiatry*, 1998, 3:131-135.
85. Swanwick GRJ, et al. Consultation-liaison psychiatry: A comparison of two service models for geriatric patients. *International journal of geriatric psychiatry*, 1994, 9:495-499.
86. Draper B. Consultation Liaison Geriatric Psychiatry. In: Melding P, Draper B, eds. *Geriatric Consultation Liaison Psychiatry*. Oxford University Press, 2001.
87. Simmons P, Orrell M. State funded continuing care for the elderly mentally ill: a legal and ethical solution? *International journal of geriatric psychiatry*, 2001, 16:931-934.
88. Wills W, Leff J. The TAPS project. 30: Quality of life for elderly mentally ill patients—a comparison of hospital and community settings. *International journal of geriatric psychiatry*, 1996, 11:953-963.
89. Bartels SJ, Levine KJ, Shea D. Community-based long-term care for older persons with severe and persistent mental illness in an era of managed care. *Psychiatric services*, 1999, 50:1189-1197.
90. Wills W, Trieman N, Leff J. The Taps Project 40: quality of care provisions for the elderly mentally ill—traditional vs alternative facilities. *International journal of geriatric psychiatry*, 1998, 13:225-234.
91. Trieman N, Leff J. The TAPS project. 36: the most difficult to place long-stay psychiatric inpatients. Outcome one year after relocation. Team for the Assessment of Psychiatric Services. *British journal of psychiatry*, 1996, 169: 289-292.

92. Leff J and Trieman N. Long-stay patients discharged from psychiatric hospitals: Social and clinical outcomes after five years in the community. The TAPS Project 46. *British journal of psychiatry*, 2000, 176:217-223.
93. Trieman N, Hughes J, Leff J. The TAPS Project 42: the last to leave hospital – a profile of residual long-stay populations and plans for their resettlement. Team for the assessment of Psychiatric Services. *Acta psychiatrica scandinavica*, 1998, 98(5):354-359.
94. Lindsay J, et al. The domus philosophy: A comparative evaluation of a new approach to residential care for the demented elderly. *International journal of geriatric psychiatry*, 1991, 6: 727-736.
95. Dean R, Briggs K, Lindsay J. The domus philosophy: A prospective evaluation of two residential units for the elderly mentally ill. *International journal of geriatric psychiatry*, 1993, 8:807-817.
96. Ritchie K, et al. The evaluation of long-term care for the dementing elderly: A comparative study of hospital and collective non-medical care in France. *International journal of geriatric psychiatry*, 1992, 7:549-557.
97. Bellelli G, et al. Special care units for demented patients: a multicenter study. *Gerontologist*, 1998, 38:456-462.
98. Moniz-Cook E, et al. Can staff training reduce behavioural problems in residential care for the elderly mentally ill? *International journal of geriatric psychiatry*, 1998, 13:149-158.
99. Proctor R, et al. Behavioural management in nursing and residential homes: a randomized controlled trial. *Lancet*, 1999, 354:26-29.
100. Ballard C, et al. Can psychiatric liaison reduce neuroleptic use and reduce health service utilization for dementia patients residing in care facilities? *International journal of geriatric psychiatry*, 2002, 17:140-145.
101. Lawton MP, et al. A stimulation-retreat special care unit for elders with dementing illness. *International psychogeriatrics*, 1998, 10:379-395.
102. Opie J, Doyle C, O'Connor DW. Challenging behaviours in nursing home residents with dementia: a randomized controlled trial of multidisciplinary interventions. *International journal of geriatric psychiatry*, 2002, 17:6-13.
103. Harrison S, Sheldon TA. Psychiatric services for elderly people: Evaluating system performance. *International journal of geriatric psychiatry*, 1994, 9:259-272.
104. Rozzini R, Frisoni GB, Trabucchi M. Outcome measurement in mental health: the Italian experience in psychogeriatrics. *British journal of psychiatry*, 2002, 181:442-443.
105. Macdonald AJ. The usefulness of aggregate routine clinical outcomes data: The example of HoNOS65+. *Journal of mental health*, 2002, 11:645-656.
106. Reifler BV, Cohen W. Practice of geriatric psychiatry and mental health services for the elderly: results of an international survey. *International psychogeriatrics*, 1998, 10:351-357.
107. Bramesfeld A. Service provision for elderly depressed persons and political and professional awareness for this subject: a comparison of six European countries. *International journal of geriatric psychiatry*, 2003, 18:392-401.
108. Mann A, et al. Report of the European Union of Medical Specialists Section of Psychiatry - Old Age Psychiatry. <http://www.uemspsihtry.org/section/reports/oldAge.pdf>, 2001. Accessed 12 December 2003.
109. Camus V, et al. Teaching and training in old age psychiatry: a general survey of the World Psychiatric Association member societies. *International journal of geriatric psychiatry*, 2003, 18:694-699.
110. Draper B. Training in old age psychiatry. *International journal of geriatric psychiatry*, 2003, 18:683-685.
111. Gustafson L, et al. Skill-based objectives for specialist training in old age psychiatry. *International journal of geriatric psychiatry*, 2003, 18:686-693.
112. Socialdepartementet (2001) Socialtjänstlag (2001: 453) <http://www.notisum.se/rnp/SLS/LAG/20010453.HTM>. Accessed 22 April 2004.
113. Scottish Executive Health and Community Care (2003) Partnership for care. Scotland's health white paper. <http://www.scotland.gov.uk/library5/health/pfcs-00.asp>. Accessed 7 May 2004.

114. Toga AW, Thompson PM. New approaches in brain morphometry. *American journal of geriatric psychiatry*, 2002, 10:13-23.
115. Shoghi-Jadid K, et al. Localization of neurofibrillary tangles and beta-amyloid plaques in the brains of living patients with Alzheimer's disease. *American journal of geriatric psychiatry*, 2002, 10:24-35.
116. The Ronald and Nancy Reagan Research Institute of the Alzheimer's Association and the National Institute on Aging Working Group. Consensus report of the working group on: molecular and biochemical markers of Alzheimer's disease. *Neurobiology of aging*, 1998, 19, 2:109-116.
117. Pacher P, Kecskemeti V. Trends in the development of new antidepressants. Is there a light at the end of the tunnel? *Current medicinal chemistry*, 2004, 11 (7):925-943.
118. Lisanby SH, et al. Safety and feasibility of Magnetic Seizure Therapy (MST) in major depression: randomized within-subject comparison with electroconvulsive therapy. *Neuropsychopharmacology*, 2003, 28 (10):1852-65.
119. Padberg F, Möller H. Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation. *CNS Drugs*, 2003, 17 (6):383-403.
120. Nebeker JR, Hurdle JF, Bair BD. Future history: medical informatics in geriatrics. *Journals of gerontology Series A-Biological Sciences and Medical Sciences*, 2003, 58 (9):M820-825.
121. Tang WK, et al. Telepsychiatry in psychogeriatric service: a pilot study. *International journal of geriatric psychiatry*, 2001, 16(1):88-93.
122. Sumner CR. Telepsychiatry: challenges in rural aging. *Journal of rural health*, 2001, 17 (4):370-373.
123. Bauer MS. A review of quantitative studies of adherence to mental health clinical practice guidelines. *Harvard Review of Psychiatry*, 2002, 10 (3):138-53.
124. Bultema JK, et al. Geriatric patients with depression. Improving outcomes using a multidisciplinary clinical path model. *Journal of nursing administration*, 1996, 26:31-38.



## Приложение 1: Методы обобщения, использованные в данном докладе

Два автора данного сводного доклада независимо друг от друга проводили оценку качества данных контролируемых испытаний и аудита с использованием пересмотренной версии Инструмента методологического качества (Methodological Quality Instrument) (7). Из 24 первоначальных пунктов данной методики п.14 и п.16 были удалены (п.14 - «ошибка измерения объясняется использованными методами, за исключением «слепого» метода»; п.16 - «были случайными факторами, возникающими в связи с проведением анализа»), а пункты 1, 3 и 7 из Дотестового инструмента клинического соответствия (Pretest Clinical Relevance Instrument), опубликованного в том же издании, были добавлены. Мы добавили также три дополнительных пункта с тем, чтобы методика была более ориентирована на нефармакологические исследования. В результате пересмотренная нами шкала включала 28 пунктов. Включены были следующие пункты: «Приводится ли надлежащее описание вмешательства?», «Было ли количество измеренных результатов лечения адекватным?» и «Приводится ли описание возникших проблем/трудностей?» Балльная система, примененная в нашей методике, описана в исходной статье (7). По первому пункту, касающемуся постановки исследования, баллы выставлялись следующим образом: рандомизированные экспериментальные исследования = 15, нерандомизированные сравнительные испытания = 12, когортные и поперечные исследования = 9, исследования по изучению временного ряда, перекрестные или естественные эксперименты = 6, и отчеты о случаях или сериях случаев = 3. По пункту 2: «Какой вопрос был поставлен в исследовании?» вообще не было присвоено баллов. По пунктам с 3 по 28 - 0 баллов выставлялся за ответ «нет» или «не достаточно доказательств», 1 - за ответ «частичные», 2 - за ответ «да» или «неприменимо». Баллы были подсчитаны и затем разделены на максимально возможное (67) количество единиц минус 2 по каждому неприменимому пункту, что в итоге привело к количеству баллов в диапазоне от 0,00 до 1,00, при этом более высокие баллы соответствуют лучшему качеству исследования. Межрейтинговая достоверность у авторов была высокой (Kendall's W = 0,866, p<0,001).

Был проведен рейтинг общего качества доказательств эффективности работы служб лечения психических заболеваний пожилых людей в конкретных сферах, в результате чего сформировалось четыре уровня доказательности фактических данных (8), как это представлено в Таблице 2, при этом уровень I является самым высоким уровнем доказательности.

**Таблица 2. Уровни доказательности фактических данных**

I	получены из систематического обзора всех соответствующих рандомизированных контролируемых испытаний
II	получены из по меньшей мере одного надлежащим образом спланированного рандомизированного контролируемого испытания
III-1	получены из надлежащим образом спланированных псевдорандомизированных контролируемых испытаний (распределение по группам по принципу очередности или с использованием какого-либо другого метода)
III-2	получены из сравнительных исследований (включая систематические обзоры таких исследований) с одновременной контрольной группой без рандомизации,

*Какова эффективность служб охраны психического здоровья для лиц пожилого возраста?  
Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ  
Июль 2004 г.*

	из когортных исследований, исследований “случай-контроль” или из исследований прерванного временного ряда с контрольной группой
III-3	получены из сравнительных исследований с ретроспективным контролем, или исследований прерванного временного ряда без параллельной контрольной группы
IV	получены из анализа серий случаев, либо после проведения тестов, либо до и после проведения тестов

Источник: Как использовать фактические данные: оценка и применение научных фактических данных. Авторские права принадлежат Национальному Совету по научным исследованиям в области здоровья и медицины (2000), содружество Австралии, воспроизведено с разрешения авторов.

How to use the evidence: assessment and application of scientific evidence. National Health and Medical Research Council (2000) copyright Commonwealth of Australia reproduced by permission.

## Приложение 2: Глоссарий

ППСД	Поведенческие и психологические симптомы деменции
<i>Cantoux</i>	Небольшой дом, состоящий 12-15 комнат, расположенных вокруг общих помещений для совместного проведения времени, в атмосфере, приближенной к домашней; приветствуется участие семьи. Обслуживание предоставляет немедицинский персонал
Исследование серии случаев	Неконтролируемое исследование по изучению результатов лечения у серии пациентов, по отношению к которым применяется определенное вмешательство
Службы консультации/взаимодействия (КВ)	Консультация - направление к специалисту для оценки состояния психического здоровья и получения рекомендаций относительно ведения заболевания; лечение может осуществляться либо консультантом, либо работником, направляющим пациента на консультацию Взаимодействие – служба охраны психического здоровья, работающая с пациентами и работниками здравоохранения в конкретном отделении; обычно работники этой службы проводят информационно-просветительскую работу, осуществляют сотрудничество с персоналом отделения; они обладают хорошим знанием системной теории; часто работники этой службы обсуждают проблемы пациентов, но не работают с ними непосредственно
Когортное исследование	Наблюдение за группой в течение какого-то периода времени, в ходе которого проводится сравнение результатов лечения между подгруппами пациентов, к которым применяются различные виды оказания помощи; поскольку принцип рандомизации не используется при составлении подгрупп, то в целях сведения к минимуму возможного влияния других факторов, помимо изучаемого вмешательства или интересующего исследователей фактора, следует проводить соответствующий подбор пациентов по подгруппам или статистическую корректировку на стадии анализа
Деинституционализация	Перевод пациентов из институциональных условий в условия по месту жительства (на уровне местного сообщества)
Специально предназначенный дом	Небольшой дом, где обеспечивается право проживающих в нем пациентов на сохранение самостоятельности и развиваются навыки общежития посредством активного вовлечения их в общую жизнь

Эффективность	Степень, в которой вмешательства приводят к заявленным результатам в реальных практических условиях; то есть, улучшают они состояние здоровья или ухудшают
Действенность	Степень, в которой вмешательства приводят к заявленным результатам в идеальных условиях; то есть, “работают” ли они в принципе
Геронтопсихиатрические мероприятия	Лечебно-профилактические мероприятия в области охраны психического здоровья пожилых людей
ВОП	Врач общей практики
Первичная госпитализация	Первая госпитализация пациента за период проведения исследования
HoNOS	Шкалы, характеризующие здоровье нации
НПО	Неправительственная организация
Квази-экспериментальное исследование	Исследование с нерандомизированным распределением участников по группам, обычно по причине неэтичности или невозможности использования принципа рандомизации
РКИ	Рандомизированное контролируемое испытание
Систематическое выявление	Все привлекаемые к исследованию субъекты обследуются на наличие состояния или заболевания, подлежащего изучению
Систематические вмешательства	Вмешательства, использующие стандартизированный протокол, основанный на руководящих принципах передовой практики
Трансинституционализация	Перевод пациентов одного типа из институциональных условий в другой, обычно из психиатрических палат длительного пребывания в дом престарелых или другие дома типа интернатных учреждений
ЕСМС	Европейский Союз медицинских специалистов
ВПА	Всемирная психиатрическая ассоциация