

Оглавление

Авторский коллектив	5
Предисловие	6
Список сокращений и условных обозначений	8
Глава 1. Введение. Организация и структура оказания гериатрической помощи (Е.В. Фролова)	10
Глава 2. Принцип и концепция гериатрической оценки. Понятие гериатрического синдрома (Е.В. Фролова)	19
Глава 3. Когнитивные нарушения и деменция (А.Ю. Емелин)	26
Глава 4. Общие принципы диагностики, профилактики и лечения когнитивных нарушений (А.Ю. Емелин)	55
Глава 5. Болезнь Альцгеймера (В.Ю. Лобзин)	83
Глава 6. Сосудистые когнитивные нарушения (А.Ю. Емелин)	103
Глава 7. Другие основные нейродегенеративные заболевания, приводящие к деменции (В.Ю. Лобзин)	131
7.1. Деменция с тельцами Леви	131
7.2. Болезнь Паркинсона с деменцией	136
7.3. Лобно-височные деменции	138
7.4. Первичные прогрессирующие афазии	145
Глава 8. Вторичные (потенциально обратимые) когнитивные нарушения (В.Ю. Лобзин)	153
8.1. Посттравматические когнитивные нарушения	153
8.2. Дисметаболические энцефалопатии	156
8.3. Ренальная энцефалопатия	157
8.4. Гипергомоцистеинемия и дефицитарные состояния	158

8.5. Диабетическая энцефалопатия	160
8.6. Заболевания щитовидной железы	161
8.7. Хронический алкоголизм	163
8.8. Послеоперационная когнитивная дисфункция	164
8.9. Нормотензивная гидроцефалия	165
8.10. Депрессия и когнитивные нарушения	170
Приложения	176
Приложение 1. Краткая шкала оценки психического статуса (Mini-mental state examination, MMSE).....	176
Приложение 2. Монреальская шкала оценки когнитивных функций (Montreal Cognitive Assessment, MoCA)	179
Приложение 3. Модифицированная шкала Мини-Ког	185
Приложение 4. Тест «5 слов».....	187
Приложение 5. Тест рисования часов	189
Приложение 6. Тест «Вербальные ассоциации».....	191
Приложение 7. Батарея тестов на лобную дисфункцию (Frontal assessment battery)	192
Приложение 8. Тест на повторение цифр в прямом и обратном порядке	194
Приложение 9. Тест слежения (Trail Making Test, TMT).....	195
Приложение 10. Тест свободного и ассоциированного селективного распознавания (Free and cued selective reminding test immediate recall, FCSRT-IR)	197
Приложение 11. Опросник функциональной активности (Functional Activities Questionnaire, FAQ)	202
Приложение 12. Гериатрическая шкала депрессии (Geriatric Depression Scale, GDS-15)	203
Приложение 13. Корнельская шкала депрессии при деменции (Cornell Scale for Depression in Dementia, SCDD)	204

Авторский коллектив

Фролова Елена Владимировна — доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры семейной медицины ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, вице-президент Российской ассоциации геронтологов и гериатров, вице-президент альянса «Хрупкий возраст», главный внештатный специалист гериатр Минздрава России по Северо-Западному федеральному округу

Емелин Андрей Юрьевич — доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры нервных болезней ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России

Лобзин Владимир Юрьевич — доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры неврологии им. акад. С.Н. Давиденкова ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, профессор кафедры нервных болезней ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России

Предисловие

Уважаемые коллеги, перед вами новое руководство по гериатрии, посвященное одной из многочисленных междисциплинарных проблем — когнитивным нарушениям у пожилого человека. Это очень актуальная тема, и, к сожалению, врачи общей практики и терапевты недостаточно хорошо с ней знакомы. Между тем распространенность когнитивных нарушений как состояний, являющихся возраст-ассоциированными, только растет, что во многом связано с увеличением средней продолжительности жизни. Вам в вашей практике наверняка приходится видеть и лечить пациентов, у которых множество хронических заболеваний, они слабы и немощны, плохо выполняют ваши рекомендации. Нередко это бывает обусловлено когнитивными нарушениями, о которых ни сам пациент, ни медицинские работники не подозревают, потому что не ориентированы на раннее их выявление и проведение хотя бы скрининговой оценки. Может ли это делать обычный врач без специальной неврологической или психиатрической подготовки? Конечно, может. Однако нужно знать, как это делается, какие существуют показания к такому обследованию, какие используются для этого инструменты.

Для повышения эффективности оказания помощи пациентам с когнитивными нарушениями необходимо пользоваться единым алгоритмом диагностики, профилактики и лечения, своевременно привлекать соответствующих специалистов. Эффективность раннего выявления когнитивных нарушений может быть повышена путем активного проведения информационной и просветительской работы с населением. Очень важное социальное значение имеет организация работы этапа долговременной медицинской помощи и ухода для пациентов с деменцией, требующих постороннего ухода. С момента появления первых симптомов и до конца жизни пациента важнейшую роль играет организация системной помощи, включая лечебную и социальную составляющие.

В руководстве подробно описаны принципы организации современной российской гериатрии, а также ее базис: понятия комплексной гериатрической оценки и гериатрического синдрома. Представлены характеристики когнитивных функций, механизмы их реализации, варианты развития нарушений при очаговых неврологических синдромах. Приведены современные диагностические критерии умеренных когнитивных нарушений и деменции. Предложены диагностические алгоритмы и порядок проведения дифференциальной диагностики деменций. Рассмотрены базовые принципы профилактики развития интеллектуально-мнестических расстройств и общие принципы их терапии. Подробно освещены вопросы этиологии, патогенеза, факторов риска, эпидемиологии различных нозологических вариантов когнитивных нарушений, среди которых наиболее частые болезнь Альцгеймера, сосудистые когнитивные нарушения, деменция с тельцами Леви и деменция при болезни Паркинсона, лобно-височные дегенерации, в том числе первичные прогрессирующие афазии. Отдельное внимание уделено так называемым вторичным (потенциально обратимым) формам когнитивных расстройств, нередко встречающимся в терапевтической (гериатрической) практике. В приложении представлены основные диагностические шкалы и тесты, в том числе и скрининговые оценочные шкалы.

Руководство предназначено гериатрам, врачам общей практики, неврологам, психиатрам, терапевтам, также оно может использоваться в системе обучения студентов, ординаторов и последипломного образования врачей.

Надеемся, что вы найдете полезным это руководство и будете успешно использовать его в своей практике.



Введение. Организация и структура оказания гериатрической помощи

Тенденция к росту и доли, и абсолютного количества лиц старших возрастных групп отмечается во всем мире. Более всего эта тенденция выражена в странах с высоким уровнем экономического развития.

С 2020 по 2030 г. доля людей старше 60 лет в структуре мирового населения увеличится на 34%. Численность людей в возрасте 60 лет и старше уже превышает количество детей младше 5 лет. К 2050 г. людей в возрасте 60 лет и старше будет больше, чем подростков и молодых людей в возрастной группе 15–24 лет. В 2050 г. примерно 65% пожилых людей будут жить в странах с низким и средним уровнем дохода. По сравнению с прошлым, старение населения значительно ускорилось. Перед всеми странами стоят тяжелые задачи по подготовке систем здравоохранения и социального обеспечения к максимально эффективной работе в условиях данного демографического сдвига [1].

Социально-экономический уровень в стране оказывает значимое влияние на состояние здоровья в пожилом и старческом возрасте. Россия — страна, имеющая определенные особенности развития. С одной стороны, средняя продолжительность жизни, средняя продолжительность здоровой жизни, а также социально-экономический уровень в России аналогичны профилю развивающихся стран. Однако в России также наблюдается высокая смертность от хронических неинфекционных заболеваний, отмечается тенденция к сокращению разрыва в продолжительности жизни между мужчинами и женщинами, что является характерной чертой для развитых стран. Численность населения России старше трудоспособного возраста на 1 января 2021 г. составила 33 млн 465 тыс. человек [2].

Старение населения является важной медико-социальной проблемой. Оно связано с ростом распространенности возраст-ассоциированных заболеваний у людей пожилого и старческого возраста, что требует значительных медицинских и финансовых ресурсов для

лечения этих людей. Кроме того, растет доля лиц, потерявших независимость вследствие болезней и гериатрических синдромов, важнейшими из которых являются старческая астения и когнитивные нарушения. Требуются значительные организационные и структурные преобразования для создания единой системы оказания помощи пожилым и старым людям.

Перечисленные демографические тенденции, понимание проблем пожилого возраста, развитие общества, приоритетом которого является человек, послужило основанием для принятия Правительством РФ Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения до 2025 г. [3]. В рамках реализации Стратегии в 2016 г. был разработан и утвержден Порядок оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия» (утвержден приказом Минздрава России от 16.01.2016 № 38н). Приказом Минздрава России от 20.12.2019 № 1067 «О внесении изменений в Порядок оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия», утвержденный приказом Минздрава России от 16 января 2016 г. № 38н» в текст Порядка были внесены незначительные изменения [4]. Действующий Порядок регламентирует этапы оказания медицинской помощи; правила организации деятельности медицинской организации (ее структурного подразделения, врача); стандарт оснащения медицинской организации, ее структурных подразделений; рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений. Основная роль в выявлении граждан, нуждающихся в гериатрической помощи, принадлежит врачу первичной медицинской помощи. Согласно Порядку, врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач):

- выявляет старческую астению при самостоятельном обращении пациентов;
- направляет пациентов со старческой астенией на консультацию к врачу-гериатру;
- составляет и выполняет индивидуальный план лечения пациентов со старческой астенией с учетом рекомендаций врача-гериатра и выявленных гериатрических синдромов;
- наблюдает пациентов со старческой астенией, включая осмотр пациента на дому (не реже одного посещения в 3 мес для медицинской сестры участковой и одного посещения в 6 мес для врача);
- при необходимости организует консультацию врача-гериатра на дому.

Однако, кроме самостоятельного обращения, для выявления старческой астении существует еще одна возможность — профилактический осмотр (включая диспансеризацию). При проведении профилактических осмотров гражданам пожилого и старческого возраста в соответствии с приказом Минздрава России от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» заполняется опросник «Возраст не помеха» и, в зависимости от количества баллов, набранных пациентом, формируется его дальнейшая маршрутизация: 2 балла и менее — продолжение наблюдения у врача-терапевта участкового, 3–4 балла — консультация врача-гериатра, 5 баллов и более — осмотр врачом-гериатром с проведением комплексной гериатрической оценки (КГО) и последующим наблюдением врачом-гериатром [5].

Гериатрическую помощь оказывают врачи-гериатры, работающие в гериатрических кабинетах или гериатрических отделениях поликлиник, а также стационаров. Расчет числа гериатрических кабинетов ведется по формуле: один кабинет на 20 тыс. прикрепленного населения в возрасте 60 лет и старше; геронтологических коек — одна койка на 2000 прикрепленного населения в возрасте 70 лет и старше. Число гериатрических центров определяется Порядком как один центр на субъект Российской Федерации. Порядком оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия» определены стандарты оснащения гериатрического кабинета поликлиники, геронтологического отделения стационара, гериатрического центра субъекта Российской Федерации, а также даны рекомендованные штатные нормативы гериатрических кабинетов поликлиники, геронтологических отделений стационара, гериатрического центра субъекта Российской Федерации.

Особенностью оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия» является тесное взаимодействие врача-гериатра со службой социальной защиты (п. 16 Порядка): «...При оказании медицинской помощи по профилю “гериатрия” в целях преемственности и взаимосвязи с организациями социального обслуживания, оказания социальной помощи и социальной адаптации пациентов со старческой астенией осуществляется взаимодействие врачей-гериатров, врачей-терапевтов участковых со специалистами по социальной работе и социальными работниками» [4]. В рамках федерального проекта «Старшее поколение» в нашей стране создается система долговременного ухода (СДУ) за гражданами пожилого возраста

и инвалидами, нуждающимися в постороннем уходе, призванная формировать преемственность между системами здравоохранения и социальной защиты. Эта задача полностью соответствует документу Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) «Всемирный доклад о старении», представленному в 2015 г. [6]. Тогда же была принята «Глобальная стратегия и план действий по проблеме старения и здоровья». В этом документе здоровое старение определяется как «процесс развития и поддержания функциональных способностей человека, обеспечивающих благополучие в пожилом и старческом возрасте» [7]. Функциональная способность определяется в докладе как «связанные со здоровьем атрибуты, которые позволяют людям существовать и делать то, что они считают значимым для них». Кроме того, представлена концепция индивидуальной жизнеспособности. Индивидуальная жизнеспособность отражает «совокупность всех физических и психических способностей человека», которая позволяет ему длительное время оставаться активным членом общества и быть независимым от посторонней помощи [8]. Таким образом, обеспечение здорового старения предусматривает поддержание индивидуальной жизнеспособности и функциональной способности на протяжении всего жизненного цикла. ВОЗ в соответствии с указанной целью концепции здорового старения предлагает следующие приоритетные направления деятельности:

- согласование систем здравоохранения с потребностями пожилых людей;
- разработка систем долгосрочной помощи пожилым;
- создание благоприятных условий для людей пожилого возраста;
- улучшение измерения, мониторинга и понимания проблемы;
- обеспечение получения пожилыми людьми полной диспансеризации и единого общего для всех служб плана помощи, ориентированного на оптимизацию их жизнеспособности;
- создание служб, расположенных как можно ближе к местам проживания пожилых людей, включая оказание услуг на дому, а также предоставление помощи в местном сообществе;
- создание таких структур предоставления услуг, которые действуют оказанию помощи многодисциплинарными бригадами;
- оказание поддержки пожилым людям в самообеспечении посредством поддержки со стороны сверстников, обучения, информирования и консультирования;

- обеспечение наличия медицинской продукции, вакцин и технологий, необходимых для оптимизации их индивидуальной жизнеспособности;
- создание таких структур предоставления услуг, которые содействуют оказанию помощи многодисциплинарными бригадами [9].

Комплексные услуги для пожилых людей могут включать создание внешних условий, благоприятных для пожилого возраста, меры по уменьшению рисков для здоровья (например, высокие уровни загрязнения воздуха, высокие показатели преступности или опасного дорожного движения), поощрение здорового поведения (например, физической активности), предоставление ортопедической техники, обеспечение доступного общественного транспорта или формирование более безопасного окружения.

В рамках проекта «Старшее поколение» создается СДУ за пожилыми гражданами и инвалидами [10]. Долгосрочный уход включает широкий спектр повседневной помощи, в которой в течение длительного периода времени нуждаются пациенты пожилого и старческого возраста. В Российской Федерации законодательно закреплены рекомендации проводить оценку способности к самообслуживанию граждан, обратившихся за получением социальной помощи [11]. СДУ — комплексная система, направленная на обеспечение каждого человека, не полностью справляющегося с самостоятельным уходом, системой поддержки самого высокого качества жизни с наивысшим возможным уровнем независимости, автономии, участия в деятельности, самореализации и человеческого достоинства. В СДУ гражданин должен получить своевременную необходимую помощь и услуги в соответствии с индивидуальными объективно оцененными потребностями. В индивидуальном решении для человека учитываются возраст, когнитивный статус, степень зависимости от посторонней помощи. Долговременный уход может быть оказан как на дому, в рамках гериатрического патронажа, так и в стационарных учреждениях (домах сестринского ухода, интернатах для пожилых). Оценка индивидуальной нуждаемости, или так называемую типизацию, проводят социальные работники с заполнением специального бланка. Сведения затем направляются в Единый координационный центр, где имеется база данных СДУ. Эта система активно внедряется в настоящее время. Понятно, что для ее становления потребуется время, например, необходимо обучить социальных работников вопросам оценки состояния здоровья пожилого человека.

Особое значение в гериатрии имеет сестринский уход, не зря говорят, что гериатрия — царство медсестер. Болезни пожилого возраста отличаются хроническим характером и часто усугубляются социальными причинами (одинокое проживание, потеря привычного круга общения и социальной роли в обществе, неудовлетворительные жилищные условия, отсутствие доступа к медицинской помощи, финансовая несостоятельность и пр.), а в некоторых случаях являются их прямым следствием. В связи с этим долговременный уход за пожилыми людьми предполагает оказание комплексной, ориентированной на разнообразные потребности человека помощи — с обязательным сбором и использованием в работе социального анамнеза. Предоставление такой помощи требует как тесного сотрудничества служб здравоохранения и социальной помощи, так и расширения функций медсестер как основного персонала, осуществляющего уход. От медицинской сестры потребуются контроль всех проблем пожилого пациента, влияющих на качество жизни (физических, функциональных, социальных и психоэмоциональных). Участие медицинской сестры в долговременном уходе реализуется как в амбулаторных медицинских организациях, так и в стационарных учреждениях. В целом уход за пожилыми пациентами должен осуществляться с наименьшими возможными ограничениями для их самостоятельных действий, обеспечивая максимальный уровень независимости от посторонней помощи.

Долговременный уход за пожилыми людьми предполагает регулярный скрининг их функциональных возможностей на основе КГО с целью своевременного выявления и предоставления необходимой медико-социальной помощи.

В 2018 г. Рабочей группой экспертов была разработана и утверждена Комплексная междисциплинарная и межведомственная программа профилактики, раннего выявления, диагностики и лечения когнитивных расстройств у лиц пожилого и старческого возраста до 2025 г. для улучшения помощи людям с деменцией и членам их семей, осуществляющих уход за ними, а также для повышения качества их жизни. Программа направлена на оказание медицинской и социальной помощи больным с когнитивными расстройствами, своевременное выявление недементных форм когнитивных нарушений. В программе был обрисован ряд проблем в оказании помощи пациентам с деменцией и когнитивными нарушениями, существующими в настоящее время [12]:

- недооценка значимости когнитивных и сопутствующих им расстройств в пожилом и старческом возрасте;

- стигматизация больных с деменцией;
- низкий уровень осведомленности о деменции как среди населения, так и во врачебном сообществе;
- неразвитость инфраструктуры и материальных ресурсов — отсутствие специализированных кабинетов диагностики и лечения больных с деменцией и недементными когнитивными расстройствами в большинстве регионов;
- отсутствие эпидемиологических исследований, дающих объективную информацию о распространенности и заболеваемости деменцией в масштабах страны;
- недостаточная активность научных исследований, направленных на разработку методов профилактики, ранней диагностики и лечения когнитивных расстройств;
- недостаточная разработанность адекватной государственной стратегии, направленной на поддержку людей старшего возраста в целом и пациентов с деменцией [12].

К приоритетным направлениям деятельности в рамках программы можно отнести:

- повышение осведомленности населения о проблемах когнитивного здоровья;
- своевременную диагностику деменции и когнитивных расстройств на недементных стадиях;
- ориентацию на непрерывную помощь и услуги высокого качества больным с деменцией;
- оказание поддержки лицам, осуществляющим уход;
- профессиональную подготовку специалистов;
- оптимизацию методов лечения, профилактики и социальной адаптации пациентов;
- проведение соответствующих научных исследований [12].

В силу особенностей состояния здоровья, снижения функционального статуса, изменения социального и материального положения пожилые люди с тяжелыми когнитивными нарушениями становятся более зависимыми, слабыми и уязвимыми, что увеличивает риск быть подвергнутыми жестокому обращению и насилию. Зависимость одного человека от другого является предпосылкой для формирования жестокого обращения. По данным ВОЗ, примерно каждый десятый пожилой человек ежемесячно подвергается плохому обращению. По определению ВОЗ, жестокое обращение с пожилыми людьми — это однократное или неоднократное действие, или отсутствие надлежащего действия в рамках каких-

либо взаимоотношений, предполагающих доверительность, которое причиняет вред или приводит к страданию человека пожилого возраста [13]. «Агрессорами» по отношению к пожилым людям чаще всего выступают осуществляющие уход лица, в основном — родственники (партнеры, дети и т.д.), но также ими могут быть и:

- медицинские работники;
- проживающие совместно с пожилым человеком люди, имеющие проблемы с психическим здоровьем — это лица, страдающие депрессией, алкогольной или наркотической зависимостью;
- лица, совершавшие насилие ранее;
- лица, находящиеся в финансовой или психологической зависимости от пожилого человека;
- лица, имевшие конфликтные взаимоотношения с жертвой еще до жестокого поведения по отношению к пожилому человеку.

Жестокое обращение с пожилыми людьми принимает различные формы, включая физическое, сексуальное, психологическое, эмоциональное насилие, финансовые и материальные злоупотребления, оставление без присмотра, пренебрежение и потерю достоинства и уважения пожилым человеком. С целью пресечения насилия необходима организация на долгосрочной основе работы, направленной на повышение профессионализма сотрудников медицинских и социальных учреждений; повышение информированности всех участников, осуществляющих уход за пожилыми людьми, самих пожилых людей и их родственников о необходимости выявлять жестокое обращение и противодействовать ему.

Список литературы

1. Бюллетень ВОЗ о старении и здоровье [Электронный ресурс]. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> (дата обращения: 21.05.2022).
2. Росстат. Федеральная служба государственной статистики. Демография [Электронный ресурс]. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/12781> (дата обращения: 31.05.2022).
3. О Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в РФ до 2025 г. [Электронный ресурс]: распоряжение Правительства России от 05.02.2016 № 164-р. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
4. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия» [Электронный ресурс] : приказ Минздрава России от

- 29.01.2016 № 38н. Доступ из справ.-правовой системы «Консультант-Плюс».
5. Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения [Электронный ресурс] : приказ Минздрава России от 27.04.2021 № 404н (зарегистрирован 30.06.2021 № 64042). Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
 6. Всемирный доклад о старении и здоровье ВОЗ. 2015 [Электронный ресурс]. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1 (дата обращения: 21.05.2022).
 7. Оказание комплексной помощи пожилым людям (ICOPE), методическое пособие: рекомендации в отношении проведения оценок и составления схем организации ухода, ориентированных на потребности людей, в первичном звене медико-санитарной помощи. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2019 (WHO/FWC/ALC/19.1). Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
 8. Carvalho I.A., Martin F., Cesari M., Sumi Y. et al. Operationalising the concept of intrinsic capacity in clinical settings. 2017.
 9. Воробьев Р.В., Короткова А.В. Аналитический обзор проблемы здорового старения в странах европейского региона ВОЗ и Российской Федерации [Электронный ресурс] // Социальные аспекты здоровья населения. 2016. Т. 51, № 5. С 1–20 URL: <https://mintrud.gov.ru/ministry/programms/demography/3> (дата обращения: 22.05.2022).
 10. Старшее поколение [Электронный ресурс] : Федеральный проект Минтруда России. URL: <https://mintrud.gov.ru/ministry/programms/demography/3> (дата обращения: 21.05.2022).
 11. Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации [Электронный ресурс] : Федеральный закон от 28.12.2013 № 442-ФЗ. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
 12. Комплексная междисциплинарная и межведомственная программа профилактики, раннего выявления, диагностики и лечения когнитивных расстройств у лиц пожилого и старческого возраста до 2025 г. [Электронный ресурс]. URL: https://rgnkc.ru/images/pdf_documets/Antidemnt_plan_060919.pdf (дата обращения: 22.05.2022).
 13. Методические рекомендации по предупреждению жестокого обращения с пожилыми людьми в учреждениях здравоохранения. [Электронный ресурс]. URL: https://rgnkc.ru/images/pdf_documets/Zhestokoe_obrashenie_preduprezhdenie.pdf (дата обращения: 29.03.2022).