

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Российская ассоциация геронтологов и гериатров

Обособленное структурное подразделение Российский геронтологический
научно-клинический центр

ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский
университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России

АНО «Общество специалистов в области инновационных технологий в медицине»

СОВРЕМЕННАЯ ГЕРИАТРИЯ

для врачей первичного звена здравоохранения

МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

Второе издание



ИЗДАТЕЛЬСТВО
ПРОМЕТЕЙ

Москва,
2021

УДК 613.98
ББК 57.4+28.703
С 56

С 56 **Современная гериатрия для врачей первичного звена здравоохранения:** Методическое пособие / О.Н. Ткачева, Н.К. Рунихина, И.В. Бабенко [и др.]. — 2-е издание. — М.: Прометей, 2021. — 174 с.

ISBN 978-5-00172-284-7

Методическое пособие «Современная гериатрия для врачей первичного звена здравоохранения» разработано Российской ассоциацией геронтологов и гериатров (РАГГ) в рамках проекта «Наставничество в первичном звене здравоохранения в отношении граждан пожилого и старческого возраста» при поддержке Фонда президентских грантов и Благотворительного фонда Елены и Геннадия Тимченко.

Данное пособие для врачей первичного звена медико-санитарной помощи представляет собой новый взгляд на вопросы организации медицинской помощи для пожилых людей, как комплексной взаимосвязанной системы компетенций и отношений, выходящих за рамки исключительно врачебной практики. «Системность» является ключевым понятием при оказании помощи гражданам старшего поколения, потому что во многих ситуациях речь идет о хронических синдромах, которые, к сожалению, в большинстве случаев неизлечимы, поэтому задача лечения объединяется с задачей обеспечения качества жизни.

В данном пособии темы медицины и борьбы со старческими синдромами объединены с вопросами, не имеющими прямого отношения к здравоохранению, но без учета которых любое лечение не достигнет желаемого результата, такими как: предотвращение жестокого отношения к пожилым людям, долговременный уход и неформальная поддержка со стороны родственников, ближайшего окружения и местного сообщества.

ISBN 978-5-00172-284-7

© Коллектив авторов, 2021
© Издательство «Прометей», 2021

КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ

ТКАЧЕВА Ольга Николаевна – д.м.н., профессор, директор ОСП – Российский геронтологический научно-клинический центр ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, зав. кафедрой болезней старения ФДПО ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, главный внештатный гериатр Минздрава России

БАБЕНКО Илья Владимирович – Руководитель Федерального центра координации деятельности субъектов Российской Федерации по развитию организации оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия», РГНКЦ ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

ВОРОБЬЕВА Наталья Михайловна – д.м.н., заведующий лабораторией сердечно-сосудистого старения ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России ОСП – Российский геронтологический научно-клинический центр

ДУДИНСКАЯ Екатерина Наильевна – к.м.н., заведующий лабораторией возрастных метаболических и эндокринных нарушений ОСП – Российский геронтологический научно-клинический центр ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

КОТОВСКАЯ Юлия Викторовна – д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе ОСП – Российский геронтологический научно-клинический центр ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

ЛЕСИНА Евгения Игоревна – сотрудник отделения амбулаторной гериатрии ОСП – Российский геронтологический научно-клинический центр ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

МХИТАРЯН Элен Араиковна – к.м.н., заведующий лабораторией нейрогериатрии ОСП – Российский геронтологический научно-клинический центр ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, доцент кафедры болезней старения ФДПО ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

НАУМОВ Антон Вячеславович – д.м.н., заведующий лабораторией заболеваний костно-мышечной системы ОСП РГНКЦ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, профессор кафедры болезней старения ФДПО ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

ОСТАПЕНКО Валентина Сергеевна – к.м.н., ассистент кафедры болезней старения ФДПО ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, заведующий отделением гериатрической терапии ОСП – Российский геронтологический научно-клинический центр ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

РОЗАНОВ Александр Владимирович – Помощник директора по региональному развитию и федеральным проектам РГНКЦ ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

РУНИХИНА Надежда Константиновна – д.м.н., заместитель директора по гериатрической работе ОСП – Российский геронтологический научно-клинический центр ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, профессор кафедры болезней старения ФДПО ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, главный внештатный гериатр Департамента здравоохранения г. Москвы

САМОРОДОВ Вадим Юрьевич – начальник отдела международной деятельности и общественных проектов ОСП – Российский геронтологический научно-клинический центр ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

ШАРАШКИНА Наталья Викторовна – к.м.н., заведующий отделением амбулаторной гериатрии ОСП – Российский геронтологический научно-клинический центр ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, доцент кафедры болезней старения ФДПО ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений.....	6
Термины и определения	7
1. Системный подход в организации помощи пожилым людям.....	10
2. Основные принципы ведения пациентов пожилого и старческого возраста в первичном звене здравоохранения.....	24
3. Старение органов и систем: что должен знать врач первичного звена здравоохранения	38
4. Старческая астения: алгоритм диагностики и потенциальные вмешательства.....	50
5. Диагностика гериатрических синдромов в амбулаторных медицинских учреждениях, принципы лечения и профилактики	68
5.1. Полипрагмазия.....	68
5.2. Саркопения	71
5.3. Дисфагия.....	76
6. Профилактическое консультирование пациентов 65 лет и старше с целью профилактики развития и прогрессирования старческой астении.....	86
7. Гериатрическая реабилитация: основные принципы, клинические аспекты.....	100
8. Предупреждение жестокого обращения с пожилыми людьми в учреждениях здравоохранения и социальной защиты	112
9. Комплекс мер по предупреждению развития и прогрессирования когнитивных нарушений у лиц старшего возраста	124
10. Профилактика падений и переломов	130
11. Уход за ослабленными пожилыми людьми. Взаимодействие с системой долговременного ухода.....	142
Литература.....	157
Приложения	160

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АГ – артериальная гипертония

АД – артериальное давление

БФА – базовая функциональная активность

ВТЭО – венозные тромбозмболические осложнения

ГС – гериатрический синдром

ЖО – жестокое обращение

ИБС – ишемическая болезнь сердца

КБТФФ – краткая батарея тестов физического функционирования

КГО – комплексная гериатрическая оценка

ЛФК – лечебная физкультура

СА – старческая астения

СКФ – скорость клубочковой фильтрации

ТТГ – тиреотропный гормон

ФС – функциональный статус

ХБП – хроническая болезнь почек

ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких

ХСН – хроническая сердечная недостаточность

25(ОН)D – 25-гидроксивитамин D (кальцидиол)

DXA – двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия

FRAX – Fracture risk assessment tool – шкала оценки риска переломов

START – Screening Tool to Alert to Right Treatment (Скрининговые критерии для корректного назначения лекарственных препаратов пациентам 65 лет и старше)

STOPP – Screening Tool of Older Persons' Prescriptions (Скрининг препаратов, назначение которых нежелательно пациентам 65 лет и старше)

ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Автономность – независимость от посторонней помощи и способность самостоятельно принимать решения.

Базовая функциональная активность – способность человека самостоятельно выполнять элементарные действия по самообслуживанию (персональная гигиена, прием пищи, одевание, прием ванны, посещение туалета, перемещение на небольшие расстояния, подъем по лестнице, контролирование мочеиспускания и дефекации).

Гериатрический синдром – многофакторное возраст-ассоциированное клиническое состояние, ухудшающее качество жизни, повышающее риск неблагоприятных исходов (смерти, зависимости от посторонней помощи, повторных госпитализаций, потребности в долгосрочном уходе) и функциональных нарушений. В отличие от традиционного клинического синдрома, гериатрический синдром не является проявлением патологии одного органа или системы организма, а отражает комплекс изменений в нескольких системах. Возник-

новение одного гериатрического синдрома повышает риск развития других гериатрических синдромов. К гериатрическим синдромам относятся: старческая астения, деменция, делирий, депрессия, синдром поведенческих и психических нарушений у пациентов с деменцией, остеопороз, саркопения, функциональные нарушения, снижение мобильности, нарушение равновесия, головокружение, ортостатический синдром (ортостатическая гипотония, ортостатическая тахикардия с симптомами или без), сенсорные дефициты (снижение зрения, снижение слуха), недержание мочи/кала, констипационный синдром, недостаточность питания (мальнутриция), дегидратация, хронический болевой синдром.

Делирий – состояние острой спутанности сознания.

Долгожители – лица в возрасте 90 лет и старше по классификации возрастных групп Всемирной организации здравоохранения 2012 г.

Инструментальная функциональная активность – способность человека самостоятельно выполнять действия по самообслуживанию, более сложные, чем относящиеся к категории базовой функциональной активности (пользование телефоном, покупки, приготовление пищи, работа по дому, пользование транспортом, стирка, уборка, прием лекарственных препаратов, контроль финансов).

Комплексная гериатрическая оценка – многомерный междисциплинарный диагностический процесс, включающий оценку физического и психоэмоционального статуса, функциональных возможностей и выявление социальных проблем пожилого человека с целью разработки плана лечения и наблюдения, направленного на восстановление или поддержание уровня функциональной активности пациента.

Остро возникшие функциональные нарушения – снижение уровня функциональной активности, которое развилось менее чем за 30 дней.

Преастиения – состояние, предшествующее развитию синдрома старческой астении, характеризующееся наличием отдельных ее признаков, количественно не достаточных для постановки диагноза старческой астении.

Пожилой возраст – 60-74 года по классификации возрастных групп Всемирной организации здравоохранения 2012 г.

Полипрагмазия – одновременное назначение пациенту 5 и более наименований лекарственных препаратов или свыше 10 наименований при курсовом лечении.

Полиморбидность (мультиморбидность) – наличие у одного пациента двух или более хронических заболеваний вне зависимости от активности каждого из них.

Саркопения – прогрессирующее генерализованное заболевание скелетной мускулатуры, ассоциированное с повышением риска неблагоприятных исходов, включая падения, переломы, физическую инвалидизацию и смертность. Под термином «саркопения» в гериатрии подразумевают первичную саркопению – состояние, характеризующееся прогрессирующей генерализованной потерей силы, массы и функции скелетных мышц вследствие старения без других причин.

Старческая астения – гериатрический синдром, характеризующийся возраст-ассоциированным снижением физиологического резерва и функций

многих систем организма, приводящий к повышенной уязвимости организма пожилого человека к воздействию эндо- и экзогенных факторов и высокому риску развития неблагоприятных исходов для здоровья, потери автономности и смерти. Синдром старческой астении тесно связан с другими гериатрическими синдромами и с полиморбидностью, может быть потенциально обратим и влияет на тактику ведения пациента. Существуют две модели, описывающие старческую астению, – фенотипическая, включающая пять критериев (непреднамеренная потеря веса, низкая сила пожатия, повышенная утомляемость, снижение скорости ходьбы, низкий уровень физической активности), и модель накопления дефицитов, подразумевающая оценку от 40 до 70 дефицитов и расчет индекса старческой астении.

Старческий возраст – 75-89 лет по классификации возрастных групп Всемирной организации здравоохранения 2012 г.

Физическая активность – любое движение тела, производимое скелетными мышцами, которое требует расхода энергии.

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД В ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМ ЛЮДЯМ

Что такое гериатрия и зачем она нужна

Старость – неизбежный период жизни каждого человека. Существуют разные точки зрения мыслителей, ученых и исследователей на то, является ли старость «болезнью» и можно ли эту «болезнь» «излечить». Возможно, в обозримом будущем люди будут умирать не от старости, а только от насильственных причин, но когда это будущее наступит, предсказать невозможно. На данный момент установленным фактом является то, что большой процент граждан старше 65 лет испытывают ограничения в самостоятельности, самообслуживании и нуждаются в том или ином виде долговременного ухода или в постоянном наблюдении специалистов медицинских учреждений¹. С учетом того, что количество граждан старшего возраста в 2019 году в России составило 14 %², это затрагивает очень многих пожилых людей.

Фактом также является то, что Россия – не самое благоприятное место в мире для жизни пожилых людей, особенно для мужчин. Так, средняя продолжительность жизни россиян в 2020 г. составила около 73 лет, а мужчин – 68 лет. Это выше среднемировой величины, составляющей 66 лет, но намного ниже 80 лет – среднего уровня продолжительности жизни в некоторых развитых странах Европы, Америки,

¹ По разным данным более 50% граждан старше 65 лет понадобятся те или иные форму долговременного ухода <https://www.morningstar.com/articles/957487/must-know-statistics-about-long-term-care-2019-edition>

² Количество граждан старше 65 лет (Росстат)

Азии, в Японии и Израиле. В исследовании «Глобальное бремя болезней», опубликованном в журнале «Ланцет», 2020 г., Россия была признана страной с самой низкой продолжительностью здоровой жизни в Европе, которая составляла в 2019 году 63,7 года. Для сравнения: в самой «здоровой» стране Исландии этот возраст составляет 71,9 года.

Российское государство признает проблему отставания по данным показателям, и в 2018 году в числе национальных проектов был разработан проект «Демография», ставящий целью достижение средней продолжительности жизни 78 лет и здоровой жизни – 67 лет. А до этого, в 2016 году, распоряжением Правительства Российской Федерации была принята Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения до 2025 г.

Повышение возраста здоровой жизни является особенно важным не только по очевидным личным причинам, но и исходя из соображений общей экономической целесообразности: чем дольше человек остается здоровым, тем меньше государство и общество несут затрат на содержание служб и учреждений помощи, тем дольше граждане продолжают работать, участвовать в социальной и общественной жизни, и тем меньше людей из числа родственников и ближайшего окружения пожилых больных оказываются связанными необходимостью оказания повседневной заботы и ухода.

Это чрезвычайно сложная и комплексная задача, которую невозможно решить силами одного ведомства. Речь идет о всех аспектах жизни людей, не только о здравоохранении, но и экономических условиях, экологической обстановке, безопасности окружающей среды, комфорте городов, общественного транспорта. Например, жилье с безбарьерным доступом и наличием лифтов, которое не привязывает человека с ограниченными возможностями к квартире, пешеходные пути, не представляющие собой полосу препятствий, подземные переходы, не являющиеся физическим испытанием, хорошо читаемые знаки, светофоры со звуковыми сигналами и наличие возможности дойти пешком до нужного места или достопримечательности, где в свою очередь можно найти место для отдыха и туалет.

Очевидно, что решение этих вопросов идет на пользу не только людям с ограниченными возможностями, но и всем жителям больших и малых городов.

Качество жизни в старости отражает качество всего общества и прямо влияет на готовность людей всех возрастов жить в этом обществе, воспитывать детей и платить налоги.

Огромное значение имеет психологическая среда и отношение к пожилым людям в обществе в самом широком смысле: это и недискриминация при приеме на работу, и невозможность того, чтобы врач мог сказать пожилому пациенту «вам

уже поздно лечиться». Многие общества задумывались над вопросом «зачем помогать немощным и старым людям, от которых нет никакой практической пользы?», и наиболее успешные из них на этот вопрос отвечают однозначно: качество жизни в старости отражает качество всего общества и прямо влияет на готовность людей всех возрастов жить в этом обществе, воспитывать детей и платить налоги. Любовь к отечеству и гордость за страну напрямую зависят от чувства безопасности и уверенности в том, что нас не бросят даже в самом беспомощном состоянии, и у нас будет выбор, как и где проводить свою старость.

Всемирная организация здравоохранения в своих глобальных рамочных документах определяют **восемь ключевых областей (доменов) политики обеспечения среды для здорового старения и активного долголетия.**

1. ДОСТУПНАЯ СРЕДА – планирование и проектирование окружения и общественных пространств с учетом потребностей пожилых людей, при согласовании с ними и с учетом разнообразия.

2. ТРАНСПОРТ И МОБИЛЬНОСТЬ – развитие безопасных, доступных, адекватных и надежных транспортных услуг и инфраструктуры для активной жизни, чтобы обеспечить пожилым людям возможность для сохранения мобильности по мере старения.

3. ЖИЛЬЕ – предоставление адекватного, безопасного и доступного жилья, поддержка возможности старения дома через переустройство существующего жилищного фонда и улучшение адаптации строящихся жилых зданий к потребностям пожилых людей.

4. СОЦИАЛЬНОЕ УЧАСТИЕ – содействие участию пожилых людей в общественной жизни и борьба с одиночеством и изоляцией.

5. НЕДИСКРИМИНАЦИЯ – формирование социально инклюзивного пространства, где все люди – независимо от возраста, пола, социального положения, здоровья или инвалидности – получают уважительное отношение и имеют возможность участия в жизни общества.

6. ГРАЖДАНСКАЯ АКТИВНОСТЬ И ЗАНЯТОСТЬ – создание разнообразных и более эффективных возможностей для участия граждан пожилого и старческого возраста в политической, экономической и общественной жизни, а также для поддержки занятости, социальной и добровольческой активности пожилых людей.

7. КОММУНИКАЦИЯ И ИНФОРМАЦИЯ – помощь пожилым людям в получении своевременной, надежной, актуальной и понятной информации о местном сообществе, способах взаимодействия в нем и о доступных услугах через устные коммуникации, прессу и информационные технологии.

8. ДОСТУПНОСТЬ СОЦИАЛЬНЫХ И МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ – содействие и обеспечение пожилых людей широким спектром продуманно расположенных, легко доступных медицинских и социальных услуг. К ним относятся профилактические, диетологические и психиатрические услуги, доступное питание и помощь в повседневных делах, услуги по уходу на дому, клиент-ориентированные медицинские услуги и социальные учреждения.

Разделение этих областей достаточно умозрительно, потому что все они тесно переплетены. Например, если пожилой пациент выписывается после эндопротезирования тазобедренного сустава, выполненного в связи с травмой, переломом шейки бедра, и возвращается в дом, где нет лифта, в подъезде крутые ступеньки, в дверях пороги, а на улице грязь или нечищенный снег и нет тротуаров, то с большой долей вероятности этот пациент упадет еще раз с гораздо более тяжелыми последствиями или станет «узником квартиры» – когда при в целом нормальной способности к самообслуживанию и даже при

наличии любящих родственников человек годами перестает выходить на улицу из-за страха падения. «Заключение» в квартире приводит к снижению физической активности, социальных контактов и преждевременному старению. Соответственно буквально в течение нескольких месяцев еще недавно здоровый человек становится немощным пациентом, полностью зависящим от посторонней помощи. Такой пациент «привязывает» к себе родственников и ближайшее окружение, нуждается в дорогостоящей социальной поддержке.

Еще более тяжелым примером является ситуация, когда пациент после травмы и перелома шейки бедра не получает хирургического лечения, что, к сожалению, происходит в России довольно часто. Так, по данным исследований, из числа ежегодно происходящих 125 тысяч переломов проксимального отдела бедра среди населения старше трудоспособного возраста официально регистрируется и госпитализируется только 55 тыс. человек³. Из них оперируются только 59%⁴, а около 70,4 тыс. (56%) пациентов не госпитализируются совсем⁵. Негоспитализация при переломе шейки бедра означает прикованность к кровати до конца жизни, продолжительность которой многократно сокращается, с потребностью в многочасовом ежедневном обслуживании. Многие подобные пациенты вместо лечения сразу попадают в учреждения долговременного ухода как «лежачие». Такая ситуация является прямым следствием сложившегося в обществе дискриминационного отношения к пожилым людям, которое особенно явно проявляется там, где его не должно быть по определению – в системе здравоохранения.

Важным выводом из этого примера является то, что лечение пожилого человека с острыми ограничениями здоровья не заканчива-

³ Форма федерального статистического наблюдения №57, Травматизм, ортопедическая заболеваемость, состояние травматолого-ортопедической помощи населению России в 2017, Стат. справочник/ Минздрав России. – М., 2018

⁴ На основании самого крупного российского многоцентрового исследования: Воронцова Т. Н. Богопольская А. С. Чёрный А. Ж. Шевченко С. Б. Структура контингента больных с переломами проксимального отдела бедренной кости и расчет среднегодовой потребности в экстренном хирургическом лечении. Травматология и ортопедия России. 2016. 1: 7-20

⁵ Гладкова Е. Н. Ходырев Е. Н. Лесняк О. М. Анализ состояния оказания медицинской помощи и исходов у больных с переломами проксимального отдела бедра. Остеопороз и остеопатия. 2011. 3: 7-10

ется приемом врача, оперативным вмешательством или выпиской лекарств. Для того чтобы терапия привела к реальному эффекту, не только спасала жизнь, но сохраняла ее качество и возвращала пациента в строй здоровых, независимых от посторонней помощи граждан, необходимо, чтобы система медицинской помощи рассматривала свои задачи шире и, в том числе, предполагала действия, которые формально не входят в задачи медицинской организации, такие как:

- **выяснение социального статуса пациента:** где он живет, есть ли родственники;
- **работа с родственниками:** готовы ли ближайшие родственники оказывать уход и реабилитационные действия, или им нужна помощь;
- **рекомендации социального характера:** больше ходить и гулять, несмотря на функциональные ограничения или боль; необходимость переустройства жилища или переезда в более приспособленное жилье;
- **передача информации об ограничениях в органы социальной защиты:** это необходимо для обеспечения преемственности профессиональной помощи и ухода;
- **организация последующего патронажного сопровождения:** человеку с серьезными функциональными ограничениями требуется регулярное сопровождение врача для отслеживания динамики болезни/реабилитации.

Здесь описаны действия, связанные только с сопровождением больных с установленными функциональными ограничениями, но есть еще чрезвычайно важная задача, связанная с **выявлением и профилактикой** потенциальных, обусловленных возрастом гериатрических синдромов, слабости и дефицитов и необходимостью организации мероприятий для обеспечения сохранности пожилого человека.

Нагрузка по обеспечению данной работы ложится прежде всего на специалистов первичного звена здравоохранения. Данное пособие ставит своей целью донести идею, что врачи поликлиник являются частью широкой системы заботы, в которой действует множество формальных и неформальных, частных и государственных участников, и от организации процессов взаимодействия внутри этой системы зависит уровень нагрузки на первичное звено и возможность разделения этой нагрузки с другими участниками.

Сложность данной задачи требует особых навыков и координирующих действий, и как раз с этой целью с 1990-х годов в мире начала развиваться новая отрасль медицины – гериатрия, которая кроме знаний о старении человека и особенностях лечения хронических заболеваний, сопровождаемых гериатрическими синдромами, привносит элементы координации в работу медицинских служб.

В работе гериатра существует особая парадигма, которая отличается от традиционного взгляда врача любой другой специальности. Основная цель в гериатрии – сохранение автономности и независимости пожилого человека. Поэтому цель достижения, например, нормального уровня артериального давления или показателей крови всегда согласуется с возможностью и необходимостью поддержания функционального статуса человека, максимально возможным лучшим качеством жизни при частично или полностью компенсированных дефицитах – сенсорных, функциональных, когнитивных, дефицитах мобильности и передвижения. Врач-гериатр имеет более широкий взгляд на проблемы пожилого человека. В программу лечения и реабилитации гериатр включает рекомендации по лекарственной терапии основного и сопутствующих заболеваний с учетом ее безопасности, предупреждает полипрагмазию, составляет план мероприятий по коррекции гериатрических синдромов, например, саркопении или мальнутриции (дефицита питания), дает рекомендации по физической активности, питанию, для родственников – советы по особенностям персонального ухода.

Врачебная практика в области гериатрии предусматривает оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи по профилю «гериатрия» и оказание специализированной, за исключением

высокотехнологичной, медицинской помощи. Обследование, лечение, реабилитация пациентов пожилого и старческого возраста с основным гериатрическим синдромом – старческой астенией – осуществляется амбулаторно или в условиях стационара. Особенностью обследования пациента является проведение комплексной гериатрической оценки пациента, включающей оценку физического состояния, функционального статуса, психического здоровья и социально-экономических условий пациента. Врач-гериатр проводит ряд диагностических манипуляций, необходимых для выявления гериатрических синдромов и заболеваний, учитывает при этом возрастные изменения органов и систем организма человека. Особой подготовки требует умение проведения оценки когнитивных функций с определением когнитивного статуса у пациентов пожилого и старческого возраста – праксиса, гнозиса, речи, письма, чтения, счета, ориентировки в пространстве и времени, памяти, мышления. При проведении обследования пожилого человека оцениваются риски пролежней, падений, тромбоэмболий. Индивидуальный план лечебных, профилактических мероприятий составляется с учетом функционального статуса пациента, когнитивных функций. Составление комплекса мер по преодолению полипрагмазии у мультиморбидных пациентов с включением немедикаментозных методов лечения – одна из наиболее сложных задач в клинической практике. В гериатрии важно также проведение санитарно-просветительской работы, умение формирования программ здорового образа жизни. В настоящее время вопросы вакцинации, особенности ее проведения у пожилых пациентов, сроки, показания, выделение групп повышенного риска для инфекционных заболеваний и осложнений стали крайне актуальны и особым образом курируются врачами-гериатрами.

Такая «многозадачность» гериатрии создает и определенную проблему с привлечением в это направление медицины новых специалистов. С одной стороны, далеко не всем понятно, зачем нужны гериатры, если есть терапевты, врачи общей практики, неврологи и другие? К тому же амбициозные молодые специалисты хотят развиваться в наиболее перспективных направлениях, участвовать в биомедицинских исследованиях и быть на острие науки и технологий, а не «ухаживать за стариками».

В результате гериатров в России сегодня значительно меньше, чем это требуется по самым упрощенным подсчетам. При минимальной потребности в одном враче-специалисте на 20 000 пожилого населения (более 2000 гериатров на всю страну) их, по состоянию на 2021 год, чуть больше тысячи.

Вместе с тем передовой международной опыт свидетельствует о том, что развитие гериатрии на достаточном уровне позволяет снизить расходы здравоохранения и «нагрузку» на социальные учреждения или семьи по уходу за ослабленными пожилыми гражданами.

Мировой опыт показывает, что долгосрочное ведение пожилых пациентов на основе комплексной гериатрической оценки, внедрение гериатрических технологий при оказании других видов медицинской помощи, включая высокотехнологичную, является неотъемлемым требованием современной медицины с доказанной эффективностью, рациональностью и экономической выгодой применения (Parker SG, McLeod A, McCue P et al. *New horizons in comprehensive geriatric assessment* Age Ageing 2017; Ofori-Asenso R, Chin KL, Mazidi M, et al. *Global Incidence of Frailty and Prefrailty Among Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis*. JAMA Netw Open. 2019 Aug 2;2(8):e198398).

Ожидаемые результаты расширения и оптимизации медицинской помощи пожилым гражданам могут быть весьма существенными. Обеспечение доступной комплексной и эффективной медико-социальной помощью в рамках развития гериатрической помощи свидетельствует о возможности снижения нагрузки на семейного врача на 11%, количества и длительности госпитализаций на 18 и 10% соответственно, институализации (помещение в дома престарелых) на 23%. (Press Y. et al. *Geriatr Gerontol Int*. 2012 Oct;12(4):725-32.; Stessman J. et al. *J Am Geriatr Soc*, 1996. 44(5): 591-8.; Landi F. et al. *J Clin Epidemiol*, 2001. 54(9): 968-70.; Ploeg J et al. *Can Fam Physician* 2005;51:1244-5). Кроме того, уменьшаются косвенные потери, связанные с необходимостью ухода за престарелыми людьми трудоспособными родственниками, снижается количество необоснованных диагностических и лечебных вмешательств.

Важнейший вклад гериатрии состоит в том, что при появлении врачей-гериатров в медицинских учреждениях начинают развиваться принципиально новые стратегии в организации медицинской помощи пожилым людям. Врач-гериатр выполняет роль координатора большой мультидисциплинарной команды, состоящей не только из специалистов-медиков, но и социальных служб, в которую также входят родственники и лица, осуществляющие уход. Сам пожилой человек, собственно, также входит в эту команду, потому что многое зависит от его готовности сотрудничать и выполнять предписания специалистов.

Таким образом, формируется то, что называется «управление случаем» – комплексное сопровождение семьи под началом специалиста медика, знающего все про стареющий организм.

Такой формат «управления случаем» включает в себя набирающую сейчас в России обороты «систему долговременного ухода» (СДУ), которая в данный момент ориентирована в основном на процессы социального сопровождения, но в перспективе должна реализовываться под управлением и контролем врача.

Проект внедрения СДУ только начал глобальный разворот системы социальной защиты от заявительного принципа предоставления услуг и фокуса на организации досуга для активных пожилых людей к проактивному выявлению нуждающихся и к программам предоставления услуг людям с функциональными ограничениями.

Переход к «выявительному» принципу в свою очередь резко и по-новому поднимает вопрос межведомственного взаимодействия и вовлеченности в процесс ухода медицинских служб. Очевидно, что выявление подавляющего числа сложных случаев и потребности в заботе проходит в первичном звене здравоохранения, но, как правило, у терапевтов и врачей общей мало понимания, что делать с выявленными больными и что должно происходить с ними за рамками больницы. Необходимы алгоритмы передачи информации о функциональном состоянии человека от медицинской организации соцзащите и родственникам, а также создание и развитие электрон-

ных систем информационного обмена и автоматизации маршрутизации пациентов, позволяющих максимально упростить доступ пожилым людям к услугам по долговременному уходу.

Гериатрия в России активно развивается с 2016 года, с началом реализации Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения и с момента принятия в 2018 году нового национального проекта «Демография».

В настоящее время система гериатрической помощи представлена 3-уровневой системой:

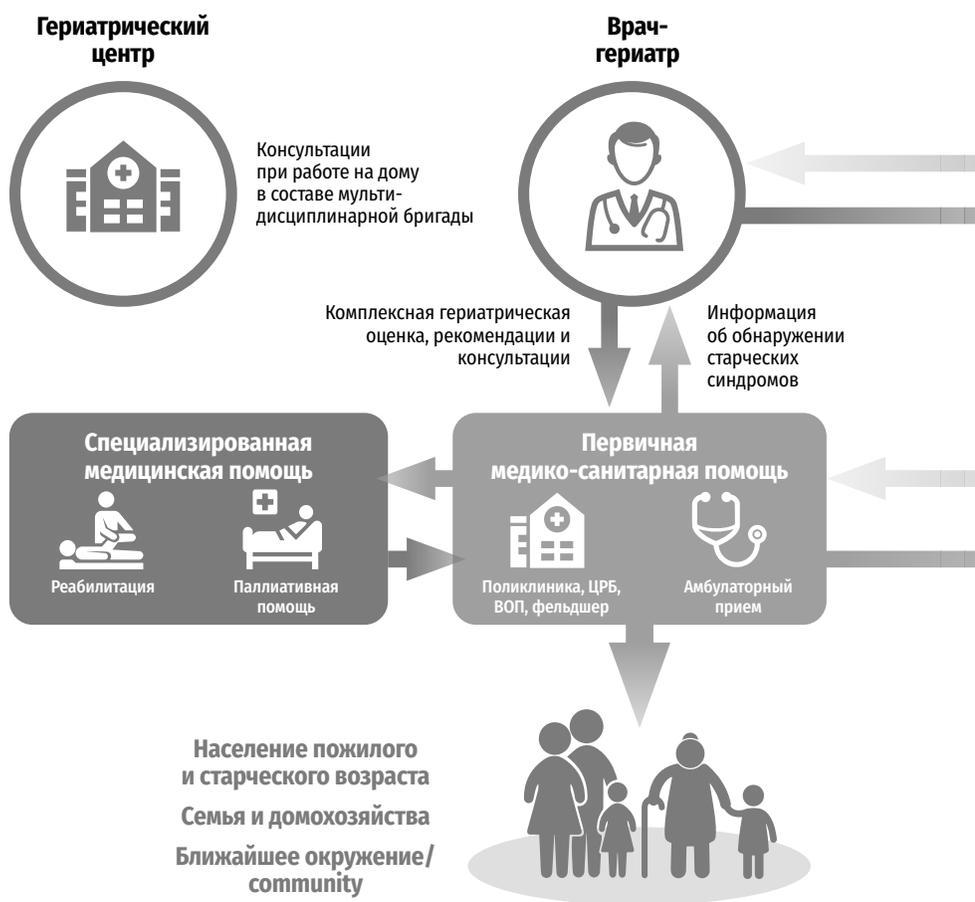
1-й уровень – организация медицинской помощи пожилым людям в амбулаторных медицинских учреждениях, представлен амбулаторными консультативными кабинетами. Основная задача врачей-гериатров консультативных кабинетов – составление для ослабленного пожилого пациента со множественными хроническими заболеваниями на основе комплексной гериатрической оценки индивидуального плана долговременного наблюдения и лечения, направленного на сохранение функциональной активности и максимально хорошего качества жизни, предупреждение преждевременного старения, развития осложнений, потери автономности, зависимости от посторонней помощи и инвалидности. Комплексная гериатрическая оценка и разработка плана ведения ослабленного пациента проводится с участием врачей-специалистов, например, неврологов, эндокринологов, кардиологов, травматологов-ортопедов, ЛОР-врачей, а также психологов, диетологов, физиотерапевтов, специалистов по лечебной физкультуре и реабилитации, при необходимости – специалистов по социальной работе. Таким образом, проблемы пожилого пациента решаются на принципах междисциплинарного и межведомственного взаимодействия.

2-й уровень – организация медицинской помощи пожилым пациентам в стационарных условиях, в гериатрических отделениях. Госпитализация в гериатрические отделения осуществляется в плановой форме, проводится по показаниям, врачи-гериатры являются лечащими врачами. Основная задача на этапе лечения в гериатрическом отделении – оказание специализированной медицинской помощи пациентам со старческой астенией и с заболеваниями терапевтического профиля; проведение мероприятий по медицинской

реабилитации после ортопедических, хирургических вмешательств, а также после госпитализаций в отделения терапевтического профиля при необходимости продления срока лечения в стационарных условиях пациентов со старческой астенией, нуждающихся в восстановлении способности к самообслуживанию.

3-й уровень – гериатрические региональные центры, функции которых разнообразны, включают наряду с оказанием специализированной медицинской помощи обеспечение организационно-методического руководства деятельности медицинских организаций по осуществлению гериатрической помощи в амбулаторных медицинских учреждениях и в стационарных условиях; внедрение в деятельность медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «гериатрия», современных достижений в области гериатрии; анализ эффективности работы медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «гериатрия»; анализ динамики заболеваемости, смертности населения пожилого и старческого возраста; обучение врачей и медицинского персонала, проведение научной, педагогической и информационно-просветительской деятельности. Гериатрические центры обеспечивают также методическую поддержку межведомственного взаимодействия и преемственности с органами социальной защиты населения по вопросам повышения качества жизни гражданам пожилого возраста на территории обслуживания.

Комплексная модель оказания медицинской помощи: новый подход к медицинскому образованию в области гериатрии



Координация долговременного ухода



Информация
о нуждающихся
в долговременном
уходе

Типизация –
определение
категорий
нуждаемости
и потребности
в уходе

Медико-социальная помощь



Уход на дому



Социальные стационары
и дневные центры

Информация
об ограничениях
жизнедеятельности

Медицинский
патронаж



ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, формированию здорового образа жизни, в том числе снижению уровня факторов риска заболеваний, и санитарно-гигиеническому просвещению.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается в соответствии с установленными порядками оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи и стандартами медицинской помощи.

При оказании медицинской помощи пациентам старшего возраста необходимо ориентироваться на современные знания в области геронтологии и гериатрии и обеспечить профессиональную подготовку медицинского персонала с учетом новых требований к знаниям и навыкам.

В связи с быстрым ростом численности пожилого взрослого населения планирование медицинской помощи и рекомендации для этой группы населения становятся все более важными. В то время как большинство пожилых людей остаются «крепкими» и независимыми, увеличивается число ослабленных пожилых людей со старческой астенией (СА), функциональными нарушениями и зависящих от посторонней помощи. Старческая астения — это гериатрический синдром,

основной отличительной чертой которого является уязвимость в поддержании гомеостаза после стрессорного события вследствие потери адаптационного резерва в нескольких физиологических системах в результате патологических процессов на уровне клеток, тканей и органов, происходящих на протяжении всей жизни. Синдром СА не является эквивалентом старости, может быть полностью или частично обратим.

Медицинские услуги для пожилых людей, живущих со СА, как правило, многочисленны и разнообразны, предоставляются в соответствии с запросом и возможностью лечебных учреждений, однако к настоящему моменту мало стандартизированы и, очевидно, не обеспечивают все потребности стареющего населения и ответственность при переходе от стационарного к амбулаторному этапу лечения или при перемещении пациента под патронат социальных учреждений.

При ведении ослабленных пожилых пациентов важно обеспечить особый подход к оценке состояния пожилого человека: мониторинг заболеваний, систем социальной поддержки, состояния психического здоровья, уникальных особенностей стареющего организма в совокупности и взаимосвязи с особенностью заболеваний и функционального статуса.

Особое внимание уделяется оценке и коррекции медицинских проблем, определяющих функциональность и качество жизни пожилого человека.

Комплексный подход к оценке состояния пожилого человека способен повысить эффективность медицинской помощи в целом и оптимизировать лечение каждого пациента.

Смена парадигмы в оказании медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста при наличии гериатрических синдромов и старческой астении касается всех разделов, составляющих лечебный процесс (Таблица 1). При гериатрическом консультировании оценивается здоровье человека с учетом физиологических изменений, связанных со старением органов и систем, наличие гериатрических синдромов, функциональной активности и независимости от посторонней помощи, ресурсов семьи и социальной поддержки. Лечение соматических заболеваний проводится с учетом имеющего

ся у пациента комплекса медицинских и социальных особенностей. Долгосрочные стратегии ведения, включая системы ухода, ориентированы на создания условий «жить с медицинской помощью и комплексным уходом» с максимально улучшенным качеством жизни, предупреждая функциональные нарушения и осложнения.

Таблица 1. Смена парадигмы в оказании медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста при наличии гериатрических синдромов

	Традиционный взгляд врача-клинициста	Взгляд с позиции врача-гериатра
Основной предмет вмешательства	хронические заболевания	старческая астения, гериатрические синдромы, социальные проблемы, хронические заболевания
Основная цель вмешательства	лечение каждого из множества заболеваний	предупредить или замедлить функциональные нарушения, беспомощность, инвалидность, улучшить качество жизни
Основной метод диагностики	диагностика болезней, как и у пациентов среднего возраста	комплексная гериатрическая оценка
Основные принципы лечения	очень схож с лечением болезней у пациентов среднего возраста	цель – ориентированное лечение с акцентом на длительное наблюдение и уход

При проведении консультирования пациентов старшего возраста необходимо обеспечить выполнение следующих условий:

- Индивидуальный подход к оценке и разработке стратегии ведения.
- Организация необходимых условий консультирования (максимальное внимание, освещение, обеспечение слухового/тактильного контакта, обсуждение личной информации в закрытой комнате и т.д.). Необходимо иметь больше времени!
- Установление приоритетов (общие и специализированные осмотры, адаптированные к конкретной жалобе или проблеме).

Общие требования к сбору медицинского анамнеза у пациентов старшего возраста (скрининг на заболевание в гериатрии) можно **сформулировать в нескольких тезисах:**

- Подход к анамнезу и физическому обследованию должен быть специфичным для пожилых людей.
- В оценку должны быть включены такие темы, как питание, зрение, слух, удержание кала и мочи, равновесие и предотвращение падений, остеопороз и полипрагмазия.
- В нормальном процессе старения часто наблюдается снижение физиологической функции, которое обычно не связано с болезнью.
- Лечение сахарного диабета, АГ и глаукомы может предотвратить серьезную заболеваемость в будущем.
- Скрининг на злокачественные новообразования может обеспечить раннее обнаружение, некоторые из раков излечимы при раннем лечении.
- Важно взвесить потенциальный вред от скрининга на злокачественные новообразования, прежде чем обследовать пожилых пациентов.
- Важно учитывать предпочтения семьи в отношении лечения, если обнаружено заболевание, а также функциональный статус пациента, сопутствующие заболевания и прогнозируемую продолжительность жизни.
- Если бессимптомный пациент имеет ожидаемую выживаемость более пяти лет, скрининг обычно оправдан с медицинской точки зрения, предполагается, что пациент находится в группе риска заболевания и согласится на лечение, если болезнь будет обнаружена на ранней стадии.

Метод сбора анамнеза у пожилых людей с СА такой же, как и в общей популяции. Однако осмотр должен быть гораздо более подробным с учетом неспецифического характера симптомов.

Это может занять много времени, поскольку пациенты могут иметь множественные симптомы, множественные сопутствующие патологии, полипрагмазию, сенсорный дефицит, когнитивные нарушения, социальные и бытовые проблемы, негативно отражающиеся на здоровье.

Тщательный сбор анамнеза имеет большое значение. Полезную роль может сыграть получение информации из альтернативных источников,

особенно если у пациентов имеются когнитивные нарушения или снижение критики к своему состоянию. Необходимо учитывать различные источники получения дополнительной информации (медицинскую документацию, опрос членов семьи, опекунов и сиделок, персонала домов престарелых, записи бригад скорой медицинской помощи, участкового врача и т.д.) и правильно зафиксировать полученные сведения.

Анализируя анамнестические сведения, всегда необходимо критическое отношение к диагнозам, установленным ранее, учитывая трудности и проблемы диагностики в этой группе пациентов. Ввиду высокой распространенности полипрагмазии с высоким риском побочных эффектов требуется тщательный сбор информации по принимаемым пациентом лекарствам.

Семейный анамнез часто важен не с точки зрения наследственности, он необходим для понимания структуры социального окружения, включая сведения об имеющихся членах семьи и их значимых проблемах, которые могут помешать осуществлению ухода за пациентом или потребовать от пациента самому заботиться о ком-то.

Социальный анамнез важен для понимания обеспечения ухода, функциональных способностей пациента, бытовых условий и последствий заболевания.

Осмотр пациента пожилого и старческого возраста проводится по традиционной схеме, рекомендовано обращать дополнительное внимание на признаки, симптомы заболеваний и состояний, наиболее часто встречающихся у пожилых людей [1] (Таблица 2).

Таблица 2. Физикальный осмотр пожилого человека с целью выявления заболеваний

Показатели, признаки	Физикальные симптомы	Дифференциальный диагноз
Витальные показатели		
АД	АГ, ортостатическая гипотония	Побочные эффекты от лекарств (гипотензивная терапия, диуретическая терапия), вегетативная дисфункция, атеросклероз, ИБС

ЧСС	Брадикардия, аритмия	Побочные эффекты от лекарств, блокада сердца. Мерцательная аритмия.
ЧДД	Увеличение более 24 дв. в мин	ХОБЛ, ХСН, пневмония
Температура тела	Гипертермия, гипотермия	Гипер- и гипотиреоз, инфекции
Изменение массы тела	Непреднамеренная потеря веса	Злокачественные новообразования, депрессия, дисфагия, адентия, функциональные дефициты
	Увеличение веса	Недостаточный контроль симптомов при ХСН
Область головы	Асимметричная слабость или паралич лицевых или параорбитальных мышц	Паралич лицевого нерва (паралич Белла), инсульт, преходящая ишемическая атака
	Фронтальный выступ	Болезнь Педжета (нарушение костного ремоделирования)
	Болезненность в области височной артерии	Височный артериит
Глаза	Боль в области глаз	Глаукома, височный артериит
	Нарушение остроты зрения	Пресбиопия
	Потеря центрального зрения	Возрастная дегенерация желтого пятна
	Потеря периферического зрения	Глаукома, инсульт
	Помутнение хрусталика глаза	Катаракта
Рот, горло	Язвы десен или рта	Заболевания зубов или пародонта, неподходящие протезы
	Лейкоплакия	Раковые и предраковые поражения
	Ксеростомия	Возрастной синдром Шегрена
Шея	Каротидные шумы	Стеноз аорты, цереброваскулярные заболевания
	Увеличение и образование узлов щитовидной железы	Гипер- и гипотиреоз

Сердце	Систолический шум	На верхушке и проводится по подмышечной линии (недостаточность митрального клапана), над аортой, проводится на сонные артерии (аортальный стеноз)
	Диастолический шум	На верхушке (стеноз митрального клапана), над аортой (недостаточность митрального клапана)
Легкие	Бочкообразная грудная клетка	Эмфизема
	Одышка, дыхательная недостаточность	Бронхиальная астма, кардиомиопатия, ХОБЛ, ХСН
	Сухие, свистящие хрипы	Обострение ХОБЛ, бронхиальной астмы
	Влажные хрипы	Декомпенсация ХСН, пневмония
Грудная клетка, общий осмотр	Образования	Рак, фиброаденома
Живот, общий осмотр	Пульсация	Аневризма аорты
Желудочно-кишечный тракт, мочеполовая система	Атрофия слизистой оболочки влагалища	Дефицит эстрогена
	Запор	Побочные эффекты от лекарств, колоректальный рак, обезвоживание, гипотиреоз, отсутствие активности, недостаточное потребление клетчатки
	Недержание кала	Копростаз, рак прямой кишки, выпадение прямой кишки
	Увеличение простаты	Доброкачественная гипертрофия простаты
	Узелки простаты	Рак простаты
	Ректальные выделения, скрытая кровь	Колоректальный рак
	Недержание мочи	Выпадение мочевого пузыря или матки, нестабильность детрузора, дефицит эстрогена

Конечности	Аномалии стоп	Бурсит, онихомикоз
	Снижение или отсутствие пульса на нижних конечностях	Заболевания периферических сосудов, венозная недостаточность
	Узлы Гебердена (узелковые образования на мелких проксимальных суставах кисти)	Остеоартроз
	Отек стоп	Побочные эффекты от лекарств, ХСН
Кожа	Эритема	Использование антикоагулянтов
	Язвы над точками давления	Пролежни
	Синяки необъяснимого характера	Жестокое обращение с пожилыми людьми, идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, терапия антикоагулянтами
	Предраковые или злокачественные образования	Актинические кератозы, базальноклеточная карцинома, злокачественная меланома, плоскоклеточный рак
Скелетно-мышечная система	Уменьшение диапазона движений, боли	Артрит, перелом
	Дорсальный кифоз, болезненность позвонков, боль в спине	Рак, компрессионный перелом, остеопороз
	Нарушения походки	Побочные эффекты от лекарств, артрит, ухудшение состояния, аномалии стоп, болезнь Паркинсона, инсульт
	Боль в ногах	Переменяющаяся хромота, невропатия, остеоартрит, радикулпатия, венозная недостаточность
	Атрофия мышц	Атрофия, саркопения, ревматическая полимиалгия
	Проксимальные мышечные боли и слабость	

Врачи-терапевты, участковые врачи, врачи общей практики, а также врачи-специалисты амбулаторно-поликлинических отделений медицинских организаций, центров здоровья и отделений медицинской профилактики при ведении пациентов пожилого и старческого возраста зачастую сталкиваются с проблемами, характерными для этого возраста и требующими особого подхода к решению или устранению препятствий [2]. Наиболее часто возникающие вопросы относительно пациентов из старших возрастных групп, которые задают практикующие врачи, а также рекомендованный способ реагирования и перечень мероприятий для их решения представлены в *Таблице 3*.

Таблица 3. Краткий перечень вопросов общей клинической практики относительно пациентов старших возрастных групп

Вопросы, проблемы	Контекст	Мероприятия, шаги, которые можно предпринять
Скрининг старческой астении Как выявлять пациентов с признаками старческой астении и другими гериатрическими синдромами?	В современные клинические рекомендации включены алгоритмы ведения пациентов старших возрастных групп с признаками уязвимости, или старческой астении.	<ul style="list-style-type: none">• Применение опросника «Возраст не помеха»; теста Мини-Ког (Приложение 2); краткой батареи тестов физического функционирования• Выделение пациентов с астенией, преастенией и «крепких»• Выделение большего промежутка времени для осмотра пациентов со старческой астенией.
Как возраст влияет на физиологию пациентов?	В настоящее время доступны новые научные данные по физиологическим изменениям старения. Однако распространение знаний отстает. Без этих основ клиницисты будут упускать малозаметные или изменчивые признаки болезни у своих пожилых пациентов, что увеличивает риск прогрессирования болезни.	Ознакомьтесь с физиологическими изменениями старения. Важно знать, что основные жалобы и симптомы становятся менее конкретными с возрастом. У 85-летнего пациента с острым респираторным заболеванием до появления лихорадки, одышки и гипоксии может сначала появиться делирий, усталость, (пред) обморок или падение. Ортостатизм — самое значимое изменение жизненно важных функций.

Как организовать профилактическую работу для маломобильных пожилых пациентов?

В условиях повышенного риска инфекционных заболеваний и ограниченных амбулаторных посещений пожилые люди могут остаться без необходимого ухода и внимания, что увеличивает риск потери контроля над заболеванием и их осложнениями.

Активно интересуйтесь состоянием здоровья ранее выявленных ослабленных пациентов. Позвоните им или сделайте видео-визит. Члены семьи часто могут помочь в использовании телемедицины. Если вам нужны данные медицинского осмотра, можно обратиться в патронажную службу или организовать визит медсестры.

Как организовать посещение пациента на дому?

Многие медицинские учреждения работают на COVID-19, а пациенты с другими заболеваниями имеют ограниченный доступ к медицинской помощи. Врачи должны приспособиться и использовать альтернативные способы помощи своим пожилым пациентам: телемедицинские консультации, визиты на дом.

Контактируйте с патронажной службой, службой вызова на дом. Используйте необходимые расходные материалы – средства индивидуальной защиты, термометр, тонометр, пульсоксиметр, гигиенические салфетки, хлорсодержащие дезинфицирующие средства.

Что делать, если нужна госпитализация?

Опасности госпитализации пожилых людей хорошо документированы десятилетиями. Без должного внимания к минимизации вреда может возникнуть вторая эпидемия постбольничной инвалидности и постделириозных когнитивных нарушений. Реанимационные отделения, палаты интенсивной терапии — среда особенно высокого риска для уязвимых пожилых людей, протоколы по предупреждению развития осложнений должны быть включены в работу медицинского персонала учреждений.

Если есть возможность, организуйте стационар на дому. Если планируете госпитализацию, постарайтесь снизить риски, связанные с госпитализацией. Необходимо учесть следующие факты:

- **Делирий** в два раза увеличивает риск смерти и долгосрочных когнитивных нарушений. Это острое состояние, которое возникает в результате одной или нескольких основных проблем. Эти предрасполагающие и провоцирующие факторы развития делирия необходимо выявлять и по возможности устранять, не прибегая к использованию нейролептиков.

Организация выписки из стационара должна начинаться как можно раньше и обеспечивать преемственность помощи и ухода.

- **Постельный режим губителен.** Избавьтесь от самих средств ограничения свободы или их аналогов: телеметрии, пульсоксиметра непрерывного действия, прибора Фолея, бездействующих датчиков и т. д. По крайней мере, усаживайте пациентов в кресло три раза в день во время еды.
- **Аспирационные осложнения при дисфагии могут быть предотвращены** при соблюдении правил кормления и в результате применения загустителей пищи.
- **Людям нужна сенсорная стимуляция.** Не позволяйте среднему и младшему медицинскому персоналу потерять очки, слуховые аппараты или зубные протезы пациентов.
- **Сон** — это лекарство. Большинство людей не следует будить для наблюдения.
- **Избегайте приема опасных лекарств.** Бензодиазепины и антигистаминные препараты — наихудшие лекарственные средства. Старайтесь не давать их, особенно если можно помочь немедикаментозной терапией.

Как обеспечить безопасность пациентов дома?

Рост числа госпитализаций уже ведет к нехватке доступных пост-острых и реабилитационных ресурсов. Социальные работники перегружены.

Оцените уровень функциональности и социальной поддержки ваших пациентов. Задайте эти вопросы:

- В каких делах (если таковые имеются) вам нужна повседневная помощь? (душ, туалет и другие повседневные занятия)

		<ul style="list-style-type: none"> - Прямо сейчас Вы получаете помощь? От кого? Доступны ли они сейчас, больны или находятся в карантине? - Как вы обеспечены едой, лекарствами и другими инструментальными делами повседневной жизни? - Если нет необходимых ресурсов, помогите их найти, свяжитесь с учреждениями социальной защиты, волонтерами, дальними родственниками пациента.
Как защитить пациентов в домах престарелых и других учреждениях?	Инфекционный контроль в условиях скопления людей всегда был проблемой, задолго до вспышки COVID-19. Люди, которые обслуживают эти учреждения (в основном женщины-иммигранты), обычно получают низкую заработную плату и не имеют льгот, особенно оплачиваемого отпуска по болезни. Кроме того, существует непоследовательная подготовка по инфекционному контролю, доступности СИЗ и тестированию.	Обеспечить выполнение санитарно-эпидемиологических правил в учреждениях.
Чего на самом деле хотят ваши пациенты?	Обсудите с пациентом его приоритеты по лечению, уходу, а также пребыванию дома или в учреждении на случай ухудшения состояния.	Заблаговременное планирование ухода помогает создать структуру, основанную на предпочтениях пациентов в отношении медицинской и социальной помощи.

У пациентов из групп населения старшего возраста часто имеются уникальные проблемы. Например, нетипичное проявление и течение заболевания, наличие одновременно нескольких клинических проблем, в том числе, вероятно, связанных с приемом большого количества лекарственных препаратов и с потенциально высоким ри-

ском развития побочных явлений. Кроме того, у пожилых пациентов необходимо выявлять состояния, которые включают синдром старческой астении, риск падений, нарушения подвижности и недержание мочи, а также когнитивные нарушения. Учитывая, что пожилые пациенты, как правило, имеют несколько хронических заболеваний (40% имеют три или более хронических заболеваний), тщательная оценка состояния и назначение лекарственной терапии могут стать сложной задачей. Для адекватного удовлетворения потребностей гериатрических пациентов необходимы комплексные оценки, чтобы учесть многие аспекты, которые могут повлиять на оказание надлежащей помощи этой уязвимой группе населения.

СТАРЕНИЕ ОРГАНОВ И СИСТЕМ: ЧТО ДОЛЖЕН ЗНАТЬ ВРАЧ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Функции всех органов и систем организма изменяются с возрастом [3]. Остается спорным, является ли это истинной «физиологией» старения или же диапазон нормального функционирования изменяется с возрастом из-за болезней. Тем не менее важно учитывать эти изменения для выявления нарушений и безопасного лечения пациентов (Таблица 4).

Таблица 4. Нормальная физиология старения

Система, орган	Основные изменения	Клиническое значение
Система крови и гемостаз	Вязкость крови остается стабильной, уровень общего белка в крови не меняется, может уменьшиться содержание альбумина; уровень сывороточного железа, трансферрина снижается; в костном мозге количество ядросодержащих клеток уменьшается, они заменяются жировыми клетками; после 65 лет 2/3 костного мозга занято жиром. В целом число эритроцитов и уровень гемоглобина уменьшается незначительно.	Риск развития анемии, снижения кислородной емкости, снижения основного обмена. Риск развития остеопороза из-за снижения количества ядросодержащих клеток. После 40 лет возрастает свертывающая способность крови, увеличивается вероятность внутрисосудистого тромбоза. Наблюдается более значительный, чем в молодые годы, рост процесса свертывания крови в ответ на адренергическую активацию.

	<p>Продолжительность жизни эритроцитов увеличивается до 145 дней. Количество ретикулоцитов снижается. СОЭ незначительно повышается. Интенсивность лейкопоза снижается, уменьшается доля эозинофилов и палочкоядерных нейтрофилов. Увеличивается уровень фибриногена, фактора VIII, уменьшается число тромбоцитов.</p>	<p>Снижение простагландинов в сосудистой стенке в сочетании с гиперхолестеринемией повышает вероятность тромбозов.</p> <p>Рекомендовано: регулярный контроль уровня гемоглобина крови; проведение профилактического лечения тромбообразования в группах риска.</p>
<p>Иммунная система</p>	<p>Старение иммунной системы проявляется следующим образом.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Количество В-клеток сохраняется, но наблюдаются снижение образования антител и увеличение образования аутоантител. • Количество Т-клеток снижается, что приводит к снижению активации ответа на новые и уже известные антигены. 	<p>Эти факторы ассоциированы со снижением сероконверсии и серозащиты после вакцинации у пожилых пациентов. У 20–30% пожилых пациентов наблюдается уменьшение фебрильного ответа на инфекцию. Повышение температуры при инфекционном процессе происходит незначительно или отсутствует среди очень пожилых пациентов или ослабленных людей. Средняя температура в полости рта для пожилых пациентов составляет 36,3°С против 37°С у более молодых людей.</p> <p>Рекомендовано: вакцинопрофилактика; при изменении общего состояния пациента даже в отсутствие повышения температуры тела — проведение диагностических исследований для исключения инфекционных и гнойно-воспалительных заболеваний.</p>
<p>Сердечно-сосудистая система</p>	<p>В стенках сосудов уменьшается содержание эластина и увеличивается содержание коллагена и кальция.</p>	<p>Повышается частота развития артериальной гипертензии в пожилом возрасте. Снижается переносимость физических нагрузок. Повышается риск аритмий, брадиаритмий.</p>

Эндотелий сосудов становится менее чувствительным к воздействию вазоактивных веществ. В сердце наблюдаются снижение эластина и увеличение содержания коллагена и кальция; снижается диастолическое расслабление, что, в свою очередь, снижает пассивное наполнение желудочков и перфузию миокарда во время диастолы. Частота сердечных сокращений и сердечный выброс остаются стабильными, но снижаются их пиковые значения. Максимальное потребление кислорода снижается, т.е. резервные возможности сердца снижаются; минутный объем крови (МОК) уменьшается, в том числе при выполнении нагрузки. За каждый год МОК снижается на 1%. Однако мозговой и коронарный кровотоки сохранены, а почечный и печеночный — снижены. Происходят склерозирование клапанов сердца и их кальцификация. Фиброз и отложения жира в проводящей системе создают предрасположенность к аритмиям. Снижается чувствительность барорецепторов.

Снижение капилляризации во всех органах, включая головной мозг, скелетные мышцы, миокард и печень, снижается проницаемость капилляров и интенсивность транскапиллярного обмена; развивается гипоксия органов.

Высокая частота ортостатических реакций, постпрандиальной гипотонии.

Сосудистые рефлекс у пожилых и старых людей часто имеют парадоксальный характер: например, может наблюдаться сужение сосудов на действие теплового раздражения, а не расширения, как у молодых людей.

Рекомендовано: регулярный контроль АД, ЧСС, проведение ортостатической пробы; ЭКГ; ведение пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями с учетом наличия гериатрических синдромов на основе клинических рекомендаций.

Система дыхания

Снижение эластического возврата легкого, увеличение ригидности грудной клетки и снижение силы дыхательной мускулатуры приводят к увеличению остаточного объема и снижению жизненной емкости легких. Объем форсированного выдоха за 1 с снижается.

Одышка при увеличении физической нагрузки. Непереносимость гипоксии, гиперкапнии. Склонность к респираторным заболеваниям и бронхообструкции.

Снижение кашлевого реф-
лекса. Изменение мукоцили-
арного клиренса. Снижение
местного иммунитета.

У людей, ведущих малопод-
вижный образ жизни, система
дыхания одна из первых
обнаруживает инволюцион-
ные перестройки.

Рекомендовано:

1) *поддерживать свободную
проходимость дыхательных
путей при помощи перемеще-
ния больного в вертикальное
положение; осуществлять
отсасывание содержимого
дыхательных путей при
необходимости;*

2) *при наличии показаний
давать кислород, следить
за достаточными приемом
жидкости и физической
активностью;*

3) *стимулирующая спи-
рометрия, особенно при
неподвижности пациента
или угасании дыхательной
функции;*

4) *обучить пациента обле-
гать кашель;*

5) *рекомендовать отказ от
курения.*

**Пищеварительная
система**

Атрофические изменения в
ротовой полости; в целом
нарушается процесс переже-
вывания пищи, а также возни-
кают проблемы эстетического
и фонетического характера;
снижается продукция слюны,
снижается чувствительность на
сладкое (у 70%), а также на кис-
лое и горькое (40%). Затруд-
няется глотание, что связано
с возрастными изменениями
ядер ствола мозга, со снижени-
ем секреции слюны и атрофией
глотательной мускулатуры.

Риск нарушения жевания, раз-
вития дисбаланса жидкости и
электролитов, недостаточного
питания; измененная всасы-
ваемость лекарственных пре-
паратов, повышенный риск
гастроэзофагеальной реф-
люксной болезни, нарушения
пищеварения, развитие язв,
вызванных применением
нестероидных противовоспа-
лительных препаратов.
Риск нарушения стабильной
работы печени и побочных
эффектов препаратов.

Атрофия слизистой желудка, моторная функция желудка тоже уменьшается, в связи с чем пища длительное время находится в желудке. Снижение моторной функции кишечника, плохо усваивается витамин С, снижается продукция ферментов.

Увеличение распространенности атрофического гастрита вследствие изменения уровня простагландинов и хронической инфекции *Helicobacter pylori*. Уменьшение перистальтики толстой кишки приводит к запорам, ослаблению позывов к дефекации. Ослабление соединительной ткани слизистой оболочки толстой кишки приводит к формированию дивертикулов.

Рекомендовано: *отслеживать дозировку препаратов и функционирование печени (при назначении лекарств, участвующих в ее работе); научить пациента тому, как скорректировать образ жизни, а также правилу приема безрецептурных лекарственных средств от гастроэзофагеальной рефлюксной болезни; рассказать пациенту о нормальной регулярности стула, правилах составления рациона, упражнениях, рекомендованных слабительных; приветствовать подвижность и предоставлять безрецептурные слабительные средства.*

Жировой и водный обмен

В возрасте от 18 до 85 лет доля жира в организме возрастает от 18 до 36% у мужчин и от 35 до 44% у женщин. Распределение жира становится центральным, окружность талии увеличивается. Это ассоциировано со снижением общего количества воды преимущественно за счет снижения внутриклеточной жидкости («сморщивание» клеток).

Повышение рисков метаболических нарушений, ожирения, инсулинорезистентности. При нарушении (ограничении) водного режима увеличивает риск дегидратации. Изменение ответа на лекарственные препараты.

На фоне снижения двигательной активности это приводит к существенному уменьшению общего обмена.

Рекомендовано: контроль водного и пищевого баланса, особенно при гипертермии, в жаркое время года, при подготовке к оперативному вмешательству; у функционально зависимых пациентов. Энергоемкость пищи при старении должна постепенно снижаться — в среднем на 30% в период от 30 до 70 лет.

Костно-мышечная система

Уменьшение мышечной массы (развитие саркопении) происходит из-за:

- снижения физической активности — атрофия недостаточных нагрузок;
- гормональных изменений — снижение уровней тестостерона и гормона роста с уменьшением мышечного роста;
- нейрональной дегенерации — гибель мышц;
- нарушения синтеза белка.

Пик костной массы приходится на возраст 25–30 лет, далее она постепенно снижается за счет увеличения костной резорбции по сравнению с костеобразованием. Трабекулярная структура также меняется, и с возрастом кости становятся более пористыми.

Снижается прочность связок и сухожилий, межпозвоночные диски подвергаются дегенерации, суставные хрящи подвергаются эрозии.

Уменьшение мышечной массы и силы ассоциируется со снижением физической активности, общей слабостью, медленной ходьбой и падениями, что в сочетании с остеопорозом увеличивает риск переломов. Наблюдаются изменения в фигуре (сгорбленность, снижение роста), повышается риск развития остеоартритов.

Рекомендовано осуществлять профилактику остеопороза при помощи ежедневного приема кальция и витамина D в достаточном объеме, физической нагрузки и отказа от курения; рекомендовать обследование минеральной плотности костной ткани

Нервная система

- Инволюционные изменения в нервной системе развиваются медленнее, чем в других органах. Снижение массы и объема мозга, уменьшение поверхности коры больших полушарий, увеличение размеров желудочков мозга начинает происходить после 60 лет. При старении уменьшается плотность нейронов (особенно в префронтальной и височной зонах коры, в мозжечке), но возрастает количество глиальных клеток.
 - С возрастом снижается мозговая кровоток, уменьшается способность нейронов утилизировать глюкозу.
 - За счет уменьшения активности ферментов, участвующих в синтезе медиаторов, в различных отделах головного мозга снижается уровень ацетилхолина, дофамина, серотонина, норадреналина, гамма-аминомасляной кислоты, гомованилиновой кислоты и других нейромедиаторов.
 - Снижается эффективность регуляции и интегративной деятельности мозга.
 - С возрастом повышается порог безусловных рефлекторных реакций, снижаются сухожильные рефлексы; особенно выражено ослабление ахилловых рефлексов.
 - Существенные изменения происходят в вегетативной нервной системе.
- Изменение высшей нервной деятельности, вероятность развития депрессии, болезни Паркинсона, деменции. Повышается чувствительность ряда мозговых структур к лекарственным препаратам. При старении появляется «гипоталамическая дезинформация», т.е. неадекватная реакция нейронов гипоталамуса на информацию из внутренней среды организма. Уменьшается сила, подвижность и уравновешенность основных нервных процессов, ослабевает процесс внутреннего торможения. Процессы истощения нейронов начинают преобладать над процессами восстановления.
- В целом такие изменения приводят к снижению работоспособности, расстройству сна, эмоциональной неустойчивости и раздражительности, к ослаблению внимания и памяти, к нарушению сложных форм психической деятельности и целенаправленного поведения, к появлению дефектов поведения. Ухудшаются различные процессы мнестической деятельности — функции запоминания, хранения и воспроизведения, а также усиливается процесс забывания. Кратковременная память значительно ослабевает и часто бывает нарушенной; нередко наблюдается явление ретроградной амнезии.

	<ul style="list-style-type: none"> • Наиболее выражены морфологические и функциональные возрастные изменения в коре больших полушарий, лимбической системе (в том числе в гиппокампе), базальных ганглиях. В меньшей степени они характерны для мозжечка, ствола мозга и спинного мозга. 	<p>Долговременная память сохраняется хорошо: условнорефлекторные связи, упороченные в течение жизни, снижаются только в глубокой старости.</p> <p>Рекомендовано: скрининг на нарушение памяти; обсуждение проблем с пациентом и семьей; поддержание физической, когнитивной и социальной активности; регулярная ревизия лекарственных средств.</p>
Контроль движения	<ul style="list-style-type: none"> • После 30 лет у людей, ведущих малоподвижный образ жизни, начинает снижаться масса мышц, падает мышечная сила. • Одновременно нарушаются механизмы нервной регуляции произвольных движений, позы и равновесия; увеличивается время проявления простых и сложных двигательных реакций, движения утрачивают плавность, походка становится медленной и неуверенной, утрачивается способность быстро и адекватно корректировать центр тяжести тела при нарушении равновесия, что приводит к ограничению двигательной активности людей старшего возраста. 	<p>Увеличивается риск падений; снижается физическая активность, развиваются функциональные нарушения.</p> <p>Рекомендовано: поощрять пациентов в физической активности, занятиях ЛФК; обеспечить достаточное потребление белка, витамина Д; применение обезболивающих препаратов при хронической боли; рекомендовать подходящую обувь, трости, ходунки при необходимости; переустройство квартиры для повышения ее безопасности, функциональности и комфорта.</p>
Мочеполовая система	<p>Основные изменения, происходящие в почках с возрастом:</p> <ul style="list-style-type: none"> • потеря почечной массы после 40 лет происходит в основном за счет потери нефронов в корковом слое; 	<p>Снижается резерв работы почки, риски осложнений заболеваний почек; повышаются риски нефротоксической реакции и побочных эффектов лекарств; риск объемной перегрузки (сердечная недостаточность),</p>

- утолщение базальной мембраны;

- повышение сопротивления почечной артерии со снижением притока крови к почке.

Все это приводит к снижению скорости клубочковой фильтрации приблизительно на 10% каждые 10 лет, начиная с 40 лет. В среднем при старении объем клубочковой фильтрации и концентрационная способность почек снижаются до 40–50%. Уменьшение почечного кровотока приводит к снижению экскреторной функции почек. В среднем при старении почки на 50% уменьшается суточный диурез, а также падает удельная плотность мочи.

обезвоживания, гипонатриемия (при применении тиазидных диуретиков), гипернатриемия (связанная с лихорадкой), гиперкалиемия (при использовании калийсберегающих диуретиков), сниженное выведение кислотной нагрузки; риск позывов к мочеиспусканию с сокращенным периодом времени между позывом и опорожнением мочевого пузыря. Часто никтурия. Часто недержание мочи.

Рекомендовано: регулярно оценивать функцию почек (скорость клубочковой фильтрации по клиренсу креатинина); определять, является ли выбор нефротоксических лекарственных средств, а также дозировка оправданными, оценивать дозировку и объем лекарств, выводимых с почками;

проводить исследования на выявления дисбаланса жидкости и электролитов, кислотно-основного дисбаланса; оценка ночной полиурии, недержания мочи, доброкачественной гипертрофии простаты; осмотр для выявления симптомов инфекций уретры; оценка риска падений и травматизма при выявлении недержания мочи.

Сенсорные системы: зрение

- Пресбиопия — возраст-ассоциированная потеря аккомодации.

Причина — изменения в ядре хрусталика и снижение сократимости цилиарной мышцы.

Снижение скорости зрачка на световое раздражение, критической частоты мельканий, т.е. порога слияния, контрастной чувствительности, световой и цветовой чувствительности.

	<ul style="list-style-type: none"> • По мере старения хрусталик становится менее прозрачным. • Дистрофические изменения сетчатки, приводящие к снижению остроты зрения. <p>Заболевания глаза — катаракта, т.е. помутнение хрусталика, глаукома (офтальмотонус, или повышение внутриглазного давления) и атрофия зрительного нерва.</p> <p>Рекомендовано: регулярное офтальмологическое обследование; использование солнцезащитных очков, зонтов в солнечные дни на улице; цветовая маркировка внутри дома; навигация для слабовидящих.</p>
<p>Сенсорные системы: слух</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Возрастные изменения органа слуха обнаруживаются уже после 20 лет. Однако субъективно снижение остроты слуха (старческая тугоухость, или пресбиакузис) проявляется после 40 лет. • Понижается восприятие звуков высокой частоты, а также ухудшается разборчивость речи при еще хорошем восприятии тонов средних и низких частот, т.е. частот речевой зоны (250–2000 Гц). • Снижается способность различать тона, возрастают пороги костной и воздушной проводимости. <p>Рекомендовано: регулярная оценка слуха, подбор слухового аппарата; при разговоре не использовать высокочастотные звуки (не кричать), использовать усилители звука (микрофоны с наушниками).</p>
<p>Сенсорные системы: вкус, обоняние</p>	<ul style="list-style-type: none"> • При старении число вкусовых луковиц уменьшается, особенно в передней части языка. На фоне сниженной продукции слюны это приводит к уменьшению вкусовых ощущений. Курение способствует регрессу вкусовой функции. До 50 лет преобладающим является сладкий вкус, а затем — кислый. <p>У некоторых пожилых людей снижение вкусовой чувствительности бывает настолько сильным, что вызывает серьезные проблемы, например, человек может не есть, потому что ничто не нравится ему на вкус.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Происходит атрофические изменения в слизистой носа, а также дегенерация обонятельных нейронов. Все это ведет к снижению обоняния, которое отчетливо начинает проявляться после 60 лет. Однако как и вкусовая чувствительность, обоняние сохраняется даже у долгожителей. 	<p>В отдельных случаях снижение обоняния приводит к трагедии: старый человек, например, может не чувствовать утечки газа.</p>
<p>Сенсорные системы: болевая, температурная и тактильная чувствительность</p>	<p>Болевая и температурная чувствительность снижаются не так выражено, как другие виды чувствительности. Первые признаки снижения болевой чувствительности появляются в 30 лет. Тактильная чувствительность снижается после 60 лет; при этом уменьшается восприятие прикосновения, давления и особенно вибрации. Например, у долгожителей часто наблюдается полное выпадение вибрационной чувствительности.</p>	<p>Рекомендовано: <i>избегать длительного давления на кожу медицинских изделий, одежды; контроль за температурой тела; поддержание оптимальной температуры в помещении, избегание длительного пребывания пожилого человека на холоде или жаре.</i></p>
<p>Эндокринная система</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Снижение продукции тестостерона. • Снижение уровня эстрогенов у женщин в постменопаузе. • Ночная секреция антидиуретического гормона снижается, что наряду с изменениями ренин-ангиотензин-альдостероновой системы приводит к никтурии. • Увеличение инсулинорезистентности вследствие увеличения жировой ткани. • Функция щитовидной железы уменьшается к 60–65 годам. • Система «гипоталамус–гипофиз–кора надпочечников» функционирует сравнительно стабильно длительное время. 	<p>В среднем менопауза наступает после 50 лет. В менопаузу у женщин основным местом образования эстрогенов являются жировая ткань: в ней происходит трансформация андрогенов, продуцируемых надпочечниками и яичниками, в эстрогены. В период глубокой менопаузы (после 60–65 лет) происходят инволюция матки, истончения эпителия влагалища, атрофия вульвы, уменьшение молочных желез.</p> <p>Рекомендовано: <i>регулярное определение уровня гормонов щитовидной железы – тиреотропного гормона; определение уровня глюкозы в крови.</i></p>

Наружные покровы

Инволюция кожи начинается после 40 лет, снижается количество функционирующих капилляров, снижается эластичность, сальные железы атрофируются; повышается сухость кожи, снижается возможность участия кожи в терморегуляции; ногти растут медленнее.

Эффективность процессов теплоотдачи при старении снижается, потоотделение начинается после более длительного теплового воздействия на организм, чем у молодых людей. Поэтому у пожилых и старых людей повышается риск переохлаждения и перегревания (тепловой удар — распространенная причина смерти старых людей в летнее время).

Рекомендовано: ограничение пребывания на солнце, гигиена, увлажнение кожи.

СТАРЧЕСКАЯ АСТЕНИЯ: АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Старческая астения – ключевой гериатрический синдром, характеризующийся возраст-ассоциированным снижением физиологического резерва и функций многих систем организма, приводящий к повышенной уязвимости организма пожилого человека к воздействию эндо- и экзогенных факторов, с высоким риском развития неблагоприятных исходов для здоровья, потери автономности и смерти. Синдром СА тесно связан с другими ГС и с полиморбидностью, может быть потенциально обратим и влияет на тактику ведения пациента.

Этиология и патогенез

Концепция СА была предложена в начале 2000-х годов для характеристики состояния истощения внутренних резервов организма, позволяющая прогнозировать высокий риск смерти и других неблагоприятных исходов у людей пожилого и старческого возраста [4,5]. Развитие СА сопровождается снижением физической и функциональной активности, адаптационного и восстановительного резерва организма, повышает риск развития неблагоприятных исходов — госпитализаций в 1,2–1,8 раза, развития функциональных дефицитов в 1,6–2,0 раза, смерти в 1,8–2,3 раза, физических ограничений в 1,5–2,6 раза, падений и переломов в 1,2–2,8 раза [6].

К факторам риска развития СА помимо возраста относятся: низкий уровень физической активности, плохое питание, депрессия, по-

липрагмазия, социальные факторы (низкий уровень дохода, одинокое проживание, низкий уровень образования).

Не все, но большая часть пациентов с синдромом СА имеют несколько хронических заболеваний. Выявлены ассоциации СА с сердечно-сосудистыми заболеваниями — артериальной гипертонией, ишемической болезнью сердца, хронической сердечной недостаточностью, а также с сахарным диабетом, хронической болезнью почек, заболеваниями суставов и нижних отделов дыхательных путей, онкологическими заболеваниями [7].

Снижение уровня функциональной активности у пациента с синдромом СА может произойти достаточно быстро, особенно в стрессовой ситуации (инфекционный процесс, госпитализация, смена лекарственной терапии и др.). У таких пациентов высока вероятность появления или нарастания зависимости от посторонней помощи, выздоровление и восстановление происходит медленнее, чем у пациентов без СА, и нередко функциональная активность не возвращается к исходному уровню.

Развитию синдрома СА предшествует преастения, характеризующаяся наличием отдельных ее признаков, количественно не достаточных для установления диагноза СА.

Старческая астения считается потенциально обратимым состоянием, но чаще прогрессирует, чем регрессирует. Синдром СА не является неотъемлемой частью процесса старения, а рассматривается как его неблагоприятный вариант. При развитии СА значительно повышается уязвимость пожилых людей к действию неблагоприятных факторов, в качестве которых может выступить, например, острое заболевание или травма, смена лечения или оперативное вмешательство [8].

Эпидемиология

Распространенность СА среди проживающих дома людей 65 лет и старше в среднем, в зависимости от подхода к ее диагностике, составляет от 11 до 21%, преастении — от 42 до 65 % [9, 10, 11]. Распространенность СА увеличивается с возрастом, чаще диагностируется у женщин, чем у мужчин.

Код по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: R54 — Старческий возраст без упоминания о психозе, старость без упоминания о психозе, старческая: астения, слабость.

Старческая астения указывается в качестве первого сопутствующего состояния, при этом в диагнозе должны быть отражены все выявленные гериатрические синдромы. Старческая астения не может быть единственным выявленным гериатрическим синдромом.

Классификация

В зависимости от выраженности снижения функциональной активности, различают СА легкой, умеренной и тяжелой степени (Таблица 5) [12].

Таблица 5. Клиническая классификация старческой астении и степени ее тяжести

Категория	Описание	Функциональная категория	Гериатрические синдромы	Деменция
1. Отличное состояние здоровья 	Пациенты активны, энергичны, высокий уровень мотивации, нет ограничений физической активности.	Независимы от посторонней помощи	Нет	Нет
2. Хорошее состояние здоровья 	Имеются заболевания в неактивной фазе. Уровень физической активности несколько ниже, чем у пациентов из категории 1. Нередко выполняют физические упражнения, высокая сезонная активность (например, летом).	Независимы от посторонней помощи	Нет	Нет

3. Удовлетворительное состояние здоровья



Имеются хронические заболевания, которые хорошо контролируются лечением. Нерегулярная активность помимо рутинной ходьбы.

Независимы от посторонней помощи

Нет или единичные ГС в легкой форме. Например, недержание мочи или снижение зрения\слуха. Мобильность сохранена

Нет

4. Преаестения



Несмотря на независимость от посторонней помощи, физическая активность ограничена. Типичны жалобы на медлительность, повышенную утомляемость.

В основном независимы от посторонней помощи. Может потребоваться помощь при необходимости добраться до мест, расположенных вне привычной дистанции.
БФА сохранена (индекс Бартел 100/100 баллов). ИФА сохранена или незначительно снижена (индекс Лоутона 7-8/8 баллов)

Небольшое снижение мобильности + появление или усиление выраженности ГС, но ГС по-прежнему единичные.

Нет

5. Легкая старческая астения



Значительно более медлительны, нуждаются в помощи при выполнении мероприятий из категории инструментальной функциональной активности (финансовые вопросы, транспорт, работа по дому, прием препаратов). Возникают проблемы с самостоятельным совершением покупок и прогулками, приготовлением пищи и выполнением работы по дому.

Зависимы от посторонней помощи. БФА сохранена (индекс Бартел 100/100 баллов). ИФА умеренно снижена (индекс Лоутона 3-6/8 баллов)

Множественные гериатрические синдромы

Нет

Может быть деменция легкой-умеренной степени

6. Умеренная старческая астения



Нуждаются в помощи почти во всех видах инструментальной функциональной активности и ведении домашнего хозяйства. Проблемы с подъемом по лестнице, нуждаются в помощи при выполнении гигиенических мероприятий. Минимальная потребность в помощи с одеванием.

Зависимы от посторонней помощи. БФА умеренно снижена (индекс Бартел > 60 баллов), ИФА значительно снижена (индекс Лоутона 1-2/8 баллов)

Множественные гериатрические синдромы

Нет

Может быть деменция от легкой до тяжелой степени

7. Тяжелая старческая астения



Полностью зависят от посторонней помощи — физически или когнитивно. В целом состояние относительно стабильное. Невысокий риск смерти в течение ближайших 6 месяцев.

Зависимы от посторонней помощи. БФА значительно снижена (индекс Бартел \leq 60 баллов), ИФА полностью снижена (индекс Лоутона 0-1/8 баллов)

Множественные гериатрические синдромы

Нет

Может быть деменция от легкой до тяжелой степени

8. Очень тяжелая старческая астения



Полностью зависимы от посторонней помощи, приближаются к концу жизни. Обычно не могут восстановиться даже после легкой болезни.

Полностью зависимы от посторонней помощи (индекс Бартел < 20 баллов, индекс Лоутона -1/8 баллов).

Множественные гериатрические синдромы

Нет

Может быть деменция от легкой до тяжелой степени

9. Терминальное состояние



Приближаются к концу жизни. Ожидаемая продолжительность жизни менее 6 месяцев

Уровень зависимости от посторонней помощи может быть различным.

Могут быть множественные гериатрические синдромы

Нет

Может быть деменция от легкой до тяжелой степени

Клиническая картина старческой астении

Пациенты пожилого и старческого возраста могут иметь ряд неспецифических признаков и симптомов, указывающих на возможное наличие синдрома СА или повышенный риск его формирования (Таблица 6). Наиболее значимыми признаками СА являются непреднамеренное снижение веса на 4,5 кг и более за прошедший год, падения, недержание мочи, развитие делирия, деменция, зависимость от посторонней помощи, значительное ограничение мобильности [13].

Таблица 6. Признаки и симптомы, указывающие на возможное наличие синдрома старческой астении или повышенный риск его формирования

Клинические признаки и симптомы	<ul style="list-style-type: none">• непреднамеренная потеря веса* (особенно $\geq 4,5$ кг за прошедший год)• недержание мочи*• потеря аппетита• потеря мышечной массы/силы (саркопения)• остеопороз• снижение зрения/слуха• хроническая боль• повторные вызовы скорой медицинской помощи/госпитализации
Психоземotionalные признаки и симптомы	<ul style="list-style-type: none">• делирий*• когнитивные нарушения/деменция*• депрессия• поведенческие нарушения• нарушенный режим сон/бодрствование
Функциональные признаки и симптомы	<ul style="list-style-type: none">• зависимость от посторонней помощи*• значительное ограничение мобильности*• недавнее (ие) падение (я)*, страх падений• нарушение равновесия• повышенная утомляемость• снижение физической активности/выносливости
Лекарства и алкоголь	<ul style="list-style-type: none">• наличие у пациента факторов**, предрасполагающих к развитию нежелательных лекарственных реакций*• полипрагмазия• увеличение потребления алкоголя

- Социальные факторы**
- социальная изоляция
 - изменение жизненных обстоятельств
 - изменение в поддержке семьи/опекуна
 - пребывание ухаживающего лица в состоянии стресса
-

*Признаки, свидетельствующие о более высокой вероятности наличия у пациента синдрома старческой астении

**К факторам, предрасполагающим к развитию нежелательных лекарственных реакций, относятся: наличие ≥ 4 хронических заболеваний, хроническая сердечная недостаточность, заболевания печени, полипрагмазия, анамнез нежелательных побочных реакций [14]

Симптомы, присущие СА, могут быть проявлениями не только ГС, но и хронических заболеваний. Непреднамеренная потеря веса, снижение мышечной силы и мобильности, снижение физической активности и повышенная утомляемость могут встречаться при многих хронических заболеваниях — онкологических, ревматологических, эндокринных заболеваниях, при сердечной и почечной недостаточности, некоторых неврологических заболеваниях (например, при болезни Паркинсона). Выявление у пациента СА не должно приводить к отказу от возможного диагностического поиска в отношении других, потенциально корригируемых заболеваний и синдромов, которые могут вносить свой вклад в существующую клиническую картину и функциональное состояние пациента.

Диагностика

Диагностика синдрома СА состоит из двух этапов:

1. Скрининг старческой астении (выполняется любым медицинским работником, контактирующим с пациентом 60 лет и старше, в первую очередь врачом общей практики, врачом-терапевтом участковым, семейным врачом).

2. Комплексная гериатрическая оценка (выполняется врачом-гериатром, медицинской сестрой и другими участниками мультидисциплинарной команды).

Алгоритм действий врача при диагностике синдрома старческой астении

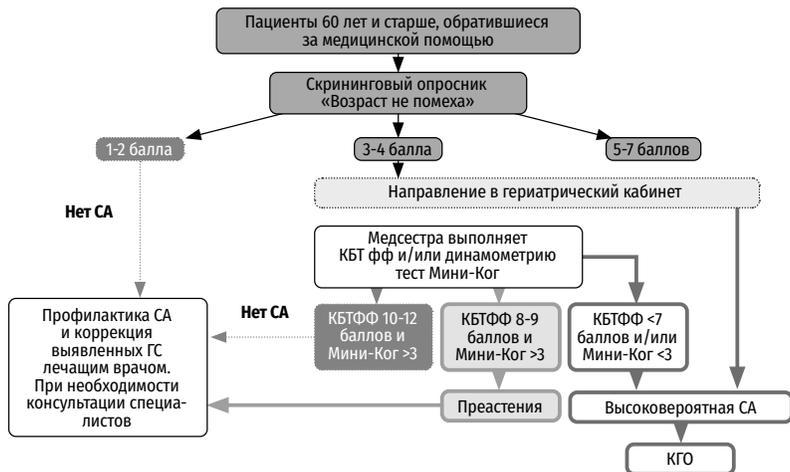


Рисунок 6. Алгоритм диагностики СА и маршрутизация пациентов в соответствии с результатами скрининга

Скрининговый опросник «Возраст не помеха»

№	Вопросы	Ответ
1.	Похудели ли вы на 5 кг и более за последние 6 месяцев? (Вес)	Да/Нет
2.	Испытываете ли вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения или слуха?	Да/Нет
3.	Были ли у вас в течение последнего года травмы, связанные с падением или падения?	Да/Нет
4.	Чувствуете ли вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель? (Настроение)	Да/Нет
5.	Есть ли у вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?	Да/Нет
6.	Страдает ли вы недержанием мочи?	Да/Нет
7.	Испытываете ли вы трудности с передвижением по дому или на улице? (Ходьбы до 100 м/подъем на 1 лестничный пролет)	Да/Нет



Рисунок 7. Краткая батарея тестов физического функционирования

Интерпретация результатов краткой батареи тестов физического функционирования (Приложение 1)

За каждый этап выполнения теста начисляются баллы (рис. 7), баллы суммируются.

Если пациент набирает **10-12 баллов** – старческой астении нет,

8-9 баллов – преастения,

7 баллов и менее – старческая астения.

Результат **1 балл и менее** при оценке равновесия и/или 5 секунд и более при определении скорости ходьбы и/или 1 балл и менее при выполнении теста с 5 подъемами со стула свидетельствует о высоком риске падений.

Комплексная гериатрическая оценка (КГО) – многомерный междисциплинарный диагностический процесс, включающий оценку физического и психоэмоционального статуса, функциональных возможностей и социальных проблем пожилого человека, с целью разработки плана лечения и наблюдения, направленного на восстановление или поддержание уровня его функциональной активности [15, 16].

Основными задачами КГО являются:

- 1) определение основных проблем, ухудшающих функциональный статус и качество жизни пациента;
- 2) определение степени тяжести СА (Таблица 5).
- 3) разработка плана мероприятий, направленных на разрешение/устранение этих проблем.

Длительность КГО составляет 1,5–2 часа. Ввиду достаточно большой продолжительности КГО и потенциальной возможности утомления пациента визиты к медицинской сестре и к врачу-гериатру могут быть запланированы в разные дни с разумным интервалом (например, 2–3 дня). В ходе КГО важно уточнить ожидания и предпочтения самого пациента и членов его семьи. Ключевые моменты проведения КГО представлены в Таблице 7.

Таблица 7. Ключевые моменты проведения КГО

Кому проводится КГО?	Только пациентам в стабильном состоянии, отобранным на основании скрининга. КГО не проводится на фоне острых заболеваний/декомпенсации хронических состояний.
Где проводится КГО?	В гериатрическом кабинете, в гериатрическом отделении, на дому. В период госпитализации КГО проводится однократно. Некоторые шкалы могут быть использованы для оценки динамики состояния
Кто проводит КГО?	Мультидисциплинарная команда: врач-гериатр, медицинская сестра, имеющая подготовку по гериатрии, специалист по социальной работе, при необходимости – инструктор-методист по лечебной физкультуре, другие специалисты (например, врач-диетолог, врач-невролог, психолог). До осмотра врачом-гериатром ряд тестов, измерений и оценок по шкалам выполняется подготовленной медицинской сестрой.

Какие домены оценивают при КГО	<p>Домены КГО</p> <ul style="list-style-type: none"> • физическое здоровье (жалобы и анамнез, включая лекарственный, физическое исследование и исследование по органам и системам) • функциональный статус (физическое функционирование, риск падений, инструментальная и базовая функциональная активность) • когнитивные функции и эмоциональные состояния (выполняется в первую очередь, так как утомление пациента может повлиять на их результаты), • социальный статус и потребность в социальной помощи. Учитываются результаты лабораторных и инструментальных исследований
Присутствие членов семьи/опекунов при КГО	<p>Рекомендуется присутствие члена семьи/опекуна или человека, ухаживающего за пациентом с целью получения необходимых данных анамнеза, более достоверной оценки проблем и функциональных возможностей пациента, а также обсуждения дальнейшего плана ведения.</p>

Потенциальные вмешательства при старческой астении

Мероприятия должны быть направлены на:

- 1) предотвращение, задержку, отмену или уменьшение тяжести старческой астении;
- 2) предотвращение или уменьшение негативных последствий для здоровья при необратимой (тяжелой степени) старческой астении.

Основная цель оказания медицинской помощи пациентам с синдромом старческой астении — сохранение и восстановление способности пациентов к самообслуживанию, функциональной активности и независимости от посторонней помощи, улучшение качества жизни и снижение смертности.

Рекомендации с целью сохранения автономности пожилых людей

- В связи с важностью мобильности и инструментальной активности повседневной жизни для прогнозирования неблагоприятных исходов, вмешательства на уровне сообщества,

основанные на физических и функциональных упражнениях, должны быть приоритетными для улучшения или поддержания независимости и качества жизни пожилых людей.

- Решение проблемы полипрагмазии на уровне первичной медико-санитарной помощи также должно стать приоритетом.
- Вмешательства по улучшению социальных ресурсов и развитию сетей социальной поддержки и интеграции в общество улучшат качество жизни пожилых людей. Более того, они повысят эффективность системы здравоохранения и, учитывая высокую стоимость центров проживания, снизят финансовое бремя как для семей, так и для общества.

На уровне первичного звена здравоохранения и оказания первичной медико-социальной помощи участковые врачи, врачи общей практики организуют для своих гериатрических пациентов проведение мероприятий, направленных на выявление и лечение гериатрических синдромов с учетом результатов скрининга на старческую астению (Таблица 8).

Таблица 8. Рекомендации при положительных ответах на вопросы скрининговой шкалы «Возраст не помеха»

Вопрос	Возможные причины	Рекомендации
Похудели ли вы на 5 кг и более за последние 6 месяцев?	Депрессия Саркопения Синдром мальнутриции Отсутствие зубов и зубных протезов Заболевания ротовой полости, желудочно-кишечного тракта Снижение функциональной активности Сенсорные дефициты Полипрагмазия Когнитивные нарушения	• Регулярная физическая активность • Рациональное питание • Направление на зубопротезирование • Направление в центры социального обслуживания, в том числе привлечение социальной службы для организации доставки пищевых продуктов

	Социальная дезадаптация, одиночество, низкий уровень дохода Соматические заболевания	<ul style="list-style-type: none"> • Для исключения соматических причин рекомендовать обследование у лечащего врача
Испытываете ли вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения или слуха?	Возрастные изменения органов зрения и слуха	<ul style="list-style-type: none"> • Направление к офтальмологу, ЛОР-врачу
Были ли у вас в течение последнего года травмы, связанные с падением?	Мышечная слабость Нарушение походки и равновесия Периферическая нейропатия Лекарственные средства, влияющие на ЦНС Антигипертензивные препараты, особенно при подборе терапии Полипрагмазия Снижение зрения Болевой синдром Когнитивные нарушения Депрессия Факторы окружающей среды (скользящий пол, плохое освещение, отсутствие перил на лестницах, узкие ступеньки и т.д.) Опасное поведение, характерное для пожилых людей (например, переход улицы или железнодорожного полотна в неполюженном месте)	<ul style="list-style-type: none"> • Рекомендации по организации безопасного быта • Направление для коррекции зрения • Использование вспомогательных средств при ходьбе (<i>трости, ходунки</i>) • Использование бедренных протекторов • Обратить внимание на правильный подбор обуви для дома (<i>нескользящая подошва, обязательны задники</i>) и улицы (<i>соответствие размера, использование в зимнее время противоскользящих накладок</i>) • Прием препаратов кальция (в дозе 1000–1200 мг/день) и витамина Д (в дозе 800–1000 мг/сутки)
Есть ли у вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?	Когнитивные нарушения	<ul style="list-style-type: none"> • Регулярная физическая активность • Когнитивный тренинг (<i>выполнение упражнений, направленных на тренировку когнитивных функций, например заучивание стихов, решение логических задач, разгадывание кроссвордов, изучение иностранных языков и т.д.</i>)

		<ul style="list-style-type: none"> • Рекомендовать специализированное консультирование гериатром/неврологом/специалистом по нарушениям памяти по результатам теста Мини-Ког
Страдаете ли вы недержанием мочи?	<p>Возрастные изменения мочевых путей Лекарственные препараты Пропалс тазовых органов Заболевания предстательной железы Сопутствующие заболевания Нарушение когнитивного и/или физического функционирования, действие психологических факторов</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Регулярная физическая активность, укрепление мышц тазового дна • Уменьшение потребления кофеин-содержащих напитков • Абсорбирующее белье • Консультирование гериатра/уролога/гинеколога

Комплекс лечебных мероприятий для пациентов со старческой астенией включает рекомендации по физической активности, питанию, немедикаментозное и медикаментозное лечение.

Индивидуальные программы адаптивной физической активности. Доказаны преимущества выполнения физических упражнений у пожилых людей для повышения мобильности и снижения частоты падений, повышения минеральной плотности костей и улучшения общего самочувствия.

Увеличение потребления белка 1,0–1,5 г/кг в сутки. Из компонентов пищи наиболее широко изучены для лечения и профилактики СА и, в частности, саркопении, белки и незаменимые аминокислоты. Потребность в белке у пожилого человека выше, чем у людей молодого и среднего возраста. Количество белка, необходимое для поддержания мышечной массы в старости, составляет 1,0–1,5 г/кг в сутки. Согласно результатам исследований, потребление такого количества белка пожилыми людьми является безопасным, и только в случае снижения СКФ <30 мл/мин /1,73 м² рекомендуется ограничение потребления белка, что может замедлить скорость прогрессирования повреждения почек. Оптимальным является потребление на один прием пищи 25–30 грамм высококачественного белка.

При дефиците питания рекомендуется повышать энергетическую ценность ежедневного пищевого рациона до 3000 ккал.

Организация безопасного быта (см. также Раздел 6. Профилактическое консультирование пациентов 65 лет и старше с целью профилактики развития и прогрессирования старческой астении). В связи с высоким риском падений у пациентов с синдромом СА пациентам и их родственникам следует давать необходимые рекомендации по организации безопасной домашней обстановки. Необходимы рекомендации по подбору высоты мебели (*кровати, кресел, унитаза и др.*); обеспечение устойчивости мебели; установка поручней, особенно в санузле; использование нескользящих напольных покрытий; подбор напольного атравматичного покрытия, на которое человек может упасть (*например, ковролин*); устранение порогов там, где это возможно; достаточное, но не слишком яркое освещение; контрастные маркировки на лестницах и ступенях. Необходимо дать рекомендации по обуви для пациентов с падениями, ортопедическими проблемами стоп.

Когнитивный тренинг. Проведение когнитивных тренировок у пожилых людей способствует улучшению показателей мобильности (*скорости ходьбы, способности поддерживать равновесие*), функциональной активности. Примерами упражнений для когнитивного тренинга могут быть: заучивание стихов, песен; решение логических задач; разгадывание кроссвордов; игра на музыкальных инструментах; рисование; различные компьютерные программы для когнитивного тренинга.

Медикаментозная терапия. Рекомендовано определять уровень 25(OH)D и корректировать его дефицит или недостаточность.

Дефицит витамина D приводит к миопатии, что может проявляться мышечной слабостью, особенно в проксимальных группах мышц, трудностями при ходьбе, поддержании равновесия, повышением риска падений и переломов.

Дефицит витамина D соответствует концентрации 25(OH)D < 20 нг/мл (50 нмоль/л), недостаточность витамина D- 25(OH)D от 20 до 30 нг/мл (от 50 до 75 нмоль/л), адекватные уровни — более 30 нг/мл (75 нмоль/л). Рекомендуемый целевой уровень 25(OH)D при коррекции дефицита витамина D составляет 30-60 нг/мл (75-150 нмоль/л). Прием

препаратов витамина D оказывает положительное влияние на мышечную силу у людей пожилого и старческого возраста, особенно при наличии недостаточности или дефицита витамина D. Согласно Российским клиническим рекомендациям по дефициту витамина D у взрослых, лицам старше 50 лет для профилактики дефицита витамина D рекомендуется получать не менее 800–1000 МЕ витамина D в сутки, а для поддержания уровня 25(OH)D более 30 нг/мл может потребоваться потребление не менее 1500–2000 МЕ витамина D в сутки. Рекомендуемым препаратом для лечения дефицита витамина D является колекальциферол (D₃). Лечение дефицита витамина D у взрослых рекомендуется начинать с суммарной насыщающей дозы колекальциферола 400 000 МЕ с использованием одной из предлагаемых схем (*см. инструкции к препарату*), с дальнейшим переходом на поддерживающие дозы.

Ведение пациентов с синдромом старческой астении и сопутствующими хроническими заболеваниями рекомендовано на основании существующих клинических рекомендаций с учетом клинического суждения врача и персонализированных целей пациента и членов его семьи.

Ведение пациентов с синдромом старческой астении и сопутствующими хроническими заболеваниями рекомендовано на основании существующих клинических рекомендаций с учетом клинического суждения врача и персонализированных целей пациента и членов его семьи.

Для большинства пациентов с синдромом СА при возникновении у них обострения хронических заболеваний, наиболее предпочтительным является оказание медицинской помощи на дому. Это не подразумевает отказ в госпитализации и возможно только при обеспечении на дому необходимого объема диагностической и лечебной помощи. В случае наличия трудностей, связанных с проведением необходимых обследований и подбором терапии в домашних условиях, рекомендуется рассмотреть вопрос о госпитализации пациента с синдромом СА в гериатрическое отделение. При необходимости оказания специализированной или высокотехнологичной медицинской помощи па-

циенту с синдромом СА рекомендуется госпитализация в отделение соответствующего профиля. Наличие синдрома СА не может являться причиной отказа в оказании специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи.

Показаниями для госпитализации пациентов в гериатрические отделения являются:

- заболевания терапевтического профиля у пациента с синдромом СА, требующие госпитализации;
- необходимость продления срока лечения в стационарных условиях с целью восстановления утраченной способности к самообслуживанию после ортопедических, хирургических вмешательств, а также после госпитализации в отделения терапевтического профиля пациентов со СА;
- необходимость проведения обследования пациентов со СА и зависимостью от посторонней помощи при отсутствии возможности обследования в амбулаторных условиях.

Направить пациента на госпитализацию в гериатрическое отделение могут врач-терапевт участковый, врач общей практики, семейный врач, врач-гериатр, другие врачи терапевтических специальностей.

Риски, ассоциированные с госпитализацией пациентов с синдромом СА

К неблагоприятным последствиям, ассоциированным с госпитализацией пациентов с синдромом СА, относятся:

- снижение уровня функциональной активности,
- потеря мышечной массы и мышечной силы,
- иммобилизация и повышение риска венозных тромбоэмболических осложнений,
- падения,
- делирии,
- госпитальные инфекции,
- пролежни,
- мальнутриция,
- функциональное недержание мочи,

-
- сенсорная депривация,
 - нарушение цикла сон-бодрствование,
 - изоляция.

Изменение окружающей обстановки, постельный режим, новые лекарственные препараты, катетеризация, сенсорная депривация, нарушение привычного режима сон-бодрствование, изменение питания, функциональный, физический и когнитивный спад — все это является предрасполагающими факторами для развития осложнений во время госпитализации. Так как многие пожилые люди находятся в пограничной зоне между автономностью и зависимостью от посторонней помощи, даже небольшое снижение функциональной активности во время госпитализации может вывести их на уровень впервые или вновь обретенной зависимости от посторонней помощи. Некоторое снижение уровня функциональной активности во время стационарного лечения зачастую является неизбежным в связи с наличием острого заболевания или состояния, послужившего причиной госпитализации. Однако многих неблагоприятных последствий госпитализации можно избежать или попытаться их минимизировать.

ДИАГНОСТИКА ГЕРИАТРИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ В АМБУЛАТОРНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ, ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ

5.1 Полипрагмазия

Полипрагмазия определяется как назначение более 4 лекарственных средств. Наблюдается у 1/3 пожилых пациентов. Полипрагмазия может приводить к:

- повышению риска побочных эффектов;
- повышению риска межлекарственных взаимодействий;
- фармакологическим каскадам, при которых возникновение побочного эффекта от лекарственного средства требует назначения следующего лекарственного средства и т.д.;
- повышению риска назначения препаратов без достаточных оснований.

Неадекватное назначение лекарственных средств определяется как:

- назначение противопоказанных препаратов;
- назначение препарата в неадекватной дозе или на неадекватный срок;
- назначение препарата, который с большой вероятностью может оказать негативное влияние на прогноз;

-
- невозможность использования препарата, который может улучшить исходы у пациента.

Неадекватное назначение препаратов чаще наблюдается у пожилых пациентов в связи с тем, что у них чаще встречаются хронические заболевания; выше уровень полипрагмазии, приводящей к повышению риска межлекарственных взаимодействий и взаимодействию «лекарство–болезнь»; имеются связанные со старением физиологические изменения, включая снижение функции почек и печени, а также изменение состава тела

Нежелательные лекарственные реакции являются причиной многих госпитализаций; ошибки в назначениях и приеме лекарственных средств выявляются у большинства пожилых пациентов.

Более высокий риск, связанный с назначением лекарств пожилым пациентам, обусловлен: изменениями фармакокинетики и фармакодинамики в пожилом и старческом возрасте; полипрагмазией; старческой астенией. Необходимо учитывать проблемы коммуникации, возникающие между медицинскими, социальными службами, пациентом и его родственниками. Сложности в лечении обусловлены также недостаточностью доказательной базы и данных в клинических рекомендациях по особенностям ведения коморбидных или ослабленных пожилых пациентов.

По мере старения метаболизм и экскреция многих лекарств снижается, что требует коррекции дозы некоторых препаратов. Это особенно важно для лекарственных средств с узким терапевтическим индексом, поскольку даже небольшое повышение биодоступности может привести к токсическим эффектам.

Ключевые моменты назначения лекарств

- Убедитесь, что вы тщательно собрали медицинский анамнез.
- Проанализируйте лист лекарственных назначений и сопоставьте с данными анамнеза для того, чтобы убедиться, что назначено адекватное лечение по поводу известных состояний, проверьте назначение каждого препарата.

- Делайте назначения с учетом текущего клинического состояния пациента (*например, если у пациента есть признаки дегидратации, не следует назначать терапию диуретиками*).
- Убедитесь в назначении основных препаратов (*антигипертензивных препаратов, антибиотиков, противосудорожных препаратов, антидиабетических средств, препаратов для лечения болезни Паркинсона*).
- При необходимости проверьте особенности введения препарата. Например, если пациент не способен глотать, необходимо использовать другой способ введения препаратов (*местно, внутривенно, через назогастральный зонд и т.д.*), что особенно важно для ключевых препаратов.
- Мониторингуйте как развитие эффектов препарата, так и нежелательные реакции (*учитывая клинические проявления и параклинические данные*).
- Регулярно пересматривайте лист назначений на предмет отсутствия препаратов, которые должны быть назначены (*например, витамин D у пациентов с риском падений*).

Парадокс неадекватного назначения препаратов у пациентов со старческой астенией

- Пациенты со старческой астенией часто нуждаются в назначении препаратов для лечения длительно существующих состояний, иными словами, полипрагмазия тесно связана со старческой астенией.
- Назначение каждого нового препарата является вызовом для «хрупкой» системы, поскольку «хрупкая» система склонна к декомпенсации.
- Полипрагмазия — черта старческой астении: при наличии полипрагмазии риск декомпенсации выше.
- Полипрагмазия — фактор риска снижения функций в присутствии нефармакологических предрасполагающих факторов.

Назначение препаратов в соответствии с доказательной медициной
Проблема назначения препаратов на основе доказательных рекомендаций пациентам очень пожилого возраста связана с тем, что на

эту популяцию часто экстраполируются доказательства, полученные в исследованиях с включением пациентов более молодого возраста без мультиморбидности или полипрагмазии. Межлекарственные взаимодействия и взаимодействия между лекарством и болезнью недостаточно изучены в традиционных плацебо-контролируемых рандомизированных клинических исследованиях.

Следует с осторожностью экстраполировать данные рандомизированных клинических исследований на пожилых пациентов со старческой астенией, мультиморбидностью и полипрагмазией.

Рекомендован с целью повышения безопасности и эффективности фармакотерапии и уменьшения полипрагмазии у пациентов пожилого и старческого возраста регулярный пересмотр лекарственной терапии с использованием STOPP/START критериев, необходимо ориентироваться на методические руководства «Фармакотерапия пациентов пожилого и старческого возраста» [17].

При выборе тактики лекарственной терапии пациентов с синдромом старческой астении рекомендовано принимать во внимание не только наличие хронических и/или острых заболеваний, но и гериатрических синдромов, результаты оценки функционального статуса, наличие когнитивных и эмоциональных нарушений, а также социальных проблем. У пациентов пожилого и старческого возраста при назначении лекарственной терапии рекомендовано мониторировать появление/усугубление гериатрических синдромов с целью оценки ее безопасности. При появлении/усугублении гериатрических синдромов рекомендовано использование альтернативных препаратов и схем лечения, включая нефармакологические методы, ориентируясь на методические руководства «Фармакотерапия пациентов пожилого и старческого возраста» [17].

5.2 Саркопения

Саркопения — это прогрессирующее и генерализованное заболевание скелетных мышц, связанное с негативным влиянием на организм, в том числе с падениями, переломами, ограничением физических возможностей и повышенным риском смерти. Ранее саркопению связывали со старением и пожилым возрастом, но те-

перь известно, что саркопения начинается в более молодом возрасте и на саркопенический фенотип влияет множество факторов помимо возраста. Ключевой характеристикой саркопении является снижение мышечной силы, при диагностике выявляется снижение объема мышечной массы и ухудшение свойств мышечной ткани, что необходимо для подтверждения диагноза. На сегодняшний день не только существуют возможности для того, чтобы предотвратить, отсрочить или лечить это заболевание, но в некоторых случаях оно может быть обращено вспять.

В клинической практике следует проводить оценку риска развития саркопении, особенно у пациентов с симптомами или признаками саркопении (например, падения, чувство слабости, медленная скорость ходьбы, трудности с подъемом со стула или потеря веса). В таких случаях рекомендуется дальнейшее тестирование на саркопению.

В настоящее время для первичного выявления саркопении эксперты предлагают использовать опросник SARC-F: S Strength-сила, A Assistance-помощь, R Rise – вставания, C Climb- подъем, F Fall-падения (Таблица 9), который был валидизирован в различных исследованиях. SARC-F можно легко использовать как в амбулаторной практике, так и в стационаре. Опросник представляет собой анкету из 5 пунктов, которая заполняется пациентами самостоятельно в качестве скрининга [18].

Таблица 9. Скрининговая шкала оценки саркопении SARC-F

Компоненты	Вопросы	Количество баллов
Сила	Трудность в поднятии и переносе груза в 4,5 кг	Нет – 0 Редко – 1 Часто – 2
Ходьба	Трудность ходьбы по комнате	Нет – 0 Редко – 1 Часто – 2
Вставание с кровати	Трудность вставания с кровати	Нет – 0 Редко – 1 Часто – 2

Подъем по лестнице	Трудность в подъеме по лестнице на 1 пролет (10 ступеней)	Нет — 0 Редко — 1 Часто — 2
Падения	Количество падений за год	Нет — 0 1-3 раза — 1 4 раза и более — 2

Европейская рабочая группа по изучению саркопении у пожилых людей (EWGSOP2, 2018) предлагает использовать низкую мышечную силу в качестве основного параметра диагностики саркопении. По мере разработки и совершенствования инструментов и методов оценки качества мышц в будущем ожидается, что значение этого параметра как определяющего признака саркопении будет расти, поскольку определение мышечной силы является наиболее доступным в клинической практике, а также мышечная сила – надежный показатель мышечной функции.

Для оценки мышечной силы в клинической практике могут быть использованы следующие тесты:

- оценка силы сжатия кисти (*динамометрия*),
- оценка вставания со стула, оценивается время, необходимое для того, чтобы пять раз встать со стула без помощи рук (*норма – менее 11 сек*),
- сила сгибания/разгибания коленей,
- пиковая скорость выдоха.

Количество или массу мышц можно оценить с помощью различных методов, и существует несколько методов корректировки результата с учетом роста или индекса массы тела (ИМТ). Магнитно-резонансная томография (МРТ) и компьютерная томография (КТ) считаются золотыми стандартами для неинвазивной оценки мышечной массы.

В рутинной практике определение жировой и обезжиренной массы с помощью КТ и МРТ ограничено в связи с высокой стоимостью обследования и повышенным уровнем ионизирующего излучения. В

данном случае двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (DXA) выступает альтернативой для определения обезжиренной ткани, как в клинических исследованиях, так и на практике. Диагностической погрешностью использования DXA в определении саркопении является невозможность разделения подкожной и висцеральной жировой ткани, а также то, что в состав обезжиренной ткани входят и паренхиматозные органы. С точки зрения доступности и портативности определение мышечной массы на основе биоимпедансного анализа может быть предпочтительнее DXA; тем не менее необходимы дополнительные исследования для различных популяций.

Оценка мышечной функции или физической работоспособности проводится с помощью разных тестов: оценки скорости походки, краткая батарея тестов физического функционирования (SPPB) и теста «Встань и иди» (Рисунок 8). Однако результаты подобных тестов могут быть искажены у пациентов с деменцией, нарушением походки или нарушением равновесия.

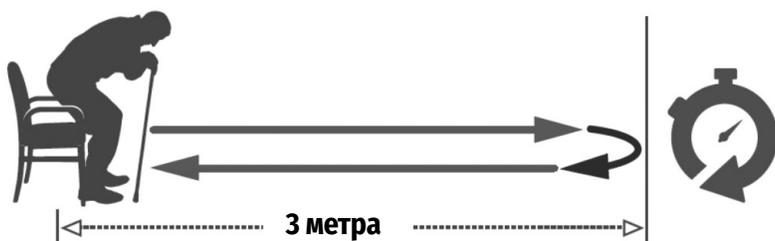


Рисунок 8. Тест «Встань и иди»

Тест «Встань и иди» (нужен стул, высота 46 см, встать без помощи рук, пройти 3 метра вперед, вернуться и сесть на стул; норма — менее 20 сек) позволяет оценить силу мышц ног (квадрицепса).

Основным направлением профилактики и лечения саркопении являются физические нагрузки. Традиционно проводят аэробные упражнения, которые полезны для улучшения состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем и оказывают положительное влияние на соотношение жировой и тощей массы тела. Известно, что силовые

анаэробные физические нагрузки оказывают более значительное воздействие на костно-мышечную систему, предотвращая остеопороз и саркопению. Цикл занятий (10–12 недель, длительностью 30 минут, 2 раза в неделю) приводит к значительному увеличению мышечной силы у пожилых мужчин и женщин. Физическая активность с целью повышения мышечной силы, улучшения физической формы и увеличения мышечной массы пациентов со старческой астенией или с предастенией является эффективным терапевтическим решением.

Занятия физкультурой для лиц пожилого и старческого возраста при отсутствии противопоказаний включают:

- упражнения, развивающие мышечную силу;
- упражнения на равновесие;
- физическую активность на развитие выносливости;
- физическую активность на развитие гибкости.

Вид и объем физической нагрузки определяется врачом индивидуально в каждом случае. Рекомендована разработка комплекса индивидуальных упражнений для самостоятельного выполнения в домашних условиях (оздоровительная гимнастика).

Однако в лечении саркопении важны не только физические нагрузки, но и питание. Установлено, что дополнительное назначение пациентам с саркопенией белка в дозе 0,25 г/кг/день вызывало достоверное повышение тощей массы, оптимальным количеством высококачественного белка является 25–30 г за один прием пищи, так как более высокое содержание белка не вызывает стимуляцию синтеза белка мышечной ткани. Белковые добавки в сочетании с силовыми упражнениями имеют значительный положительный эффект на мышечную массу, силу и подвижность пожилых людей с высоким риском развития саркопении и старческой астении независимо от продолжительности наблюдения.

Добавление к питанию витамина Д в дозе 800 МЕ в сочетании с кальцием (1000 мг/сут) в течение 12 мес. по сравнению с монотерапией кальцием увеличивает мышечную силу и улучшает показатели равновесия, а также снижает риск падений.

Таким образом, саркопения — распространенная клиническая проблема у пожилых людей, которая приводит к тяжелым неблагоприятным исходам. Необходимо раннее выявление саркопении у пациентов пожилого и старческого возраста. Основными методами коррекции саркопении остаются физические нагрузки, достаточное употребление белка и восполнение дефицита витамина D.

5.3 Дисфагия

Дисфагия – патологическое состояние, при котором нарушается акт глотания.

К дисфагии относятся нарушения, возникающие в начале глотания пищевого комка (ротоглоточная дисфагия), а также дискомфорт при продвижении пищевого комка от ротовой полости до желудка (пищеводная дисфагия).

Причины дисфагии можно разделить на две группы: заболевания, приводящие к обструкции и структурным изменениям, и функциональные нарушения (нарушения моторики).

Характерные симптомы дисфагии: при ротоглоточной дисфагии — сложности в начале глотания, больной закашливается или поперхивается во время глотания, возможна аспирация; при пищеводной дисфагии с обструкцией — нарушение глотания твердой пищи выражено сильнее нарушения глотания жидкостей. При функциональных нарушениях глотание жидкости затруднено сильнее, чем глотание твердой пищи, или же они затруднены одинаково, характерна переходящая дисфагия. При рефлюкс-эзофагите и/или рефлюксной стриктуре дисфагия сочетается с изжогой.

В 75–85% случаев ротоглоточную дисфагию вызывают различные нейромышечные заболевания. Также она может наблюдаться при анатомических аномалиях.

Причинами дисфагии различных уровней могут быть воспалительные и опухолевые заболевания, стриктуры, сдавление пищевода извне.

Дисфагия с нарушением функции нижнего пищеводного сфинктера также может наблюдаться при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), повреждениях кардиального отдела желудка.

Иногда симптомы дисфагии дают заболевания и состояния, не затрагивающие пищевод напрямую: тиреомегалия, медиастенальная неоплазия, увеличение левого предсердия, аномалии аорты и другие.

Нарушения моторики при дисфагии могут возникать в результате сахарного диабета и склеродермии.

Дисфагия у людей пожилого и старческого возраста чаще является результатом измененной физиологии глотания, вызванной процессом старения, перенесенным инсультом, системными или неврологическими заболеваниями (деменцией, болезнью Альцгеймера, болезнью Паркинсона).

Среди пожилых людей, проживающих дома, дисфагия встречается крайне часто (11–34%). Если говорить о тех, кто проживает в специализированных учреждениях по уходу, то частота дисфагии еще выше (38–75%).

Патофизиология дисфагии у пожилых людей связана со снижением чувствительности ротоглотки (особенно при наличии неврологического или нейродегенеративного заболевания), более длительным глотанием (замедление закрытия преддверия гортани и открытия верхнего пищеводного сфинктера), что приводит к пене-трации, аспирации, замедлению движения подъязычной кости, а также замедлению продвижения пищевого комка, главным образом из-за саркопении, что в конечном счете приводит к нарушению глотания. Нарушения иннервации приводят к задержке реконфигурации гортани. Факторами риска выступают не только нейродегенеративные процессы, но и старческая астения, дезориентированность, деменция, а также прием лекарственных препаратов, влияющих на глотание. Особенное беспокойство вызывает дисфагия у пациентов со сниженным функциональным статусом. Частота дисфагии и ее осложнений нарастает с возрастом.

Основные осложнения ротоглоточной дисфагии:

- мальнутриция;
- дегидратация;
- респираторные осложнения;
- аспирационная пневмония.

Также дисфагия сопряжена с более частыми повторными госпитализациями и большей длительностью пребывания в стационаре, старческой астенией, повышенной заболеваемостью и смертностью, психологическими проблемами, в том числе тревожностью и депрессией, снижением качества жизни.

Диагностика дисфагии начинается со скрининга (анализ истории болезни, вопросы о симптомах дисфагии, а также о потере веса).

Клиническая картина дисфагии зависит от этиологии и локализации. При ротоглоточной дисфагии место затруднения прохождения пищи или жидкости находится в области рта и глотки. Сопутствующие симптомы ротоглоточной дисфагии – носовая регургитация, кашель, приступ удушья, дизартрия, «носовая» речь.

Пищеводная дисфагия локализуется преимущественно в дистальном отделе пищевода. Запах изо рта может навести на мысль о наличии ахалазии, большого дивертикула Ценкера или длительно существующей обструкции просвета пищевода, приводящего к скоплению разлагающейся пищи.

При ротоглоточной дисфагии хронометрированный тест с проглатыванием воды является недорогим скрининговым тестом. Указанный тест может быть дополнен «пищевым тестом». Затем возможно проведение инструментальной диагностики (по показаниям). «Золотым стандартом» в диагностике ротоглоточной дисфагии является видеофлюороскопия, назоэндоскопия проводится для оценки морфологических причин этого типа дисфагии.

При пищеводной дисфагии рентгенологическое исследование пищевода с контрастированием барием позволяет выявить дефекты наполнения в пищеводе, обструкцию, соединительные мембраны, признаки диффузного или сегментарного спазма.

Выбор лечения дисфагии проводится в зависимости от причин нарушения (хирургическое лечение, фармакотерапия, стимуляция афферентных путей, адаптация к приему жидкостей с применением загустителей, использование специальных упражнений).

Лечение ротоглоточной дисфагии у пожилых людей нацелено на компенсацию нарушений и может включать:

- адаптацию к приему жидкостей с использованием загустителей;
- способы компенсации биомеханических нарушений при помощи изменения способа глотания (изменение позы и использование методов, влияющих непосредственно на акт глотания).

В некоторых случаях эффективны современные методы лечения, связанные со стимуляцией афферентных путей для повышения пластичности корковых структур и улучшения функции глотания.

При ведении пожилых пациентов с дисфагией рекомендовано отмечать длительность приема пищи, трудности с глотанием, трудности с приемом твердой пищи, рвоту, удушье при приеме пищи, удушье при питье жидкости, попадание пищи в полость носа после глотания, изменение голоса после приема пищи, ощущение пищи, застрявшей в пищеводе, мокрота в задней части горла и ощущение пищи, поднимающейся в рот из желудка.

Во всех случаях необходимо обеспечить безопасное кормление:

- кормление в положении сидя или с приподнятым головным концом кровати;
- использование загустителей для пищи и жидкостей;
- применение компенсаторных приемов и поз (двойное глотание, поза с опущенным подбородком и т.д.).

Для всех пациентов обязательно должны быть включены программы здоровья полости рта, т.е. гигиена полости рта: чистка зубов после каждого приема пищи, чистка ежедневно зубных протезов, регулярный профессиональный уход за полостью рта (осмотр стоматолога).

Рекомендованы упражнения для укрепления мышц, участвующих в глотании, тренировки мышц выполняются на вдохе. Упражнения с многократным наклоном головы и шеи рекомендованы для лежачих больных.

Пищевой рацион должен соответствовать энергетической потребности пациента и усилен за счет высококалорийных продуктов при дефиците питания [19]

5.4 Делирий

Делирий – острое угрожающее жизни состояние, проявляющееся расстройствами сознания, внимания и когнитивных функций, сопряженное с повышением смертности и неблагоприятным прогнозом. Отмечено, что возникновение даже одного эпизода делирия приводит к выраженным когнитивным нарушениям, и пациент может никогда не вернуться к исходному когнитивному уровню. Согласно Американскому руководству по диагностике и статистике психических расстройств V пересмотра (2013 г.), делирий представляет собой острое расстройство внимания, уровня сознания и когнитивных функций, которое флуктуирует в течение дня и является следствием другого медицинского состояния. При этом могут быть вовлечены различные высшие мозговые функции, включая восприятие, зрительно-пространственную ориентировку, память, речь. [20].

Делирий часто встречается у госпитализированных пациентов пожилого возраста. В амбулаторной практике делирий может быть атипичным проявлением любого острого состояния у пожилого пациента. Этот факт особенно важно принимать во внимание в наше время – период эпидемии новой коронавирусной инфекции. У пациентов старческого возраста может наблюдаться атипичная картина заболевания без лихорадки и кашля вследствие сниженной реактивности. Симптомы COVID-19 могут быть невыраженными и не соответствовать тяжести заболевания и серьезности прогноза. Атипичные симптомы COVID-19 у пациентов пожилого и старческого возраста включают делирий и бред.

Своевременное выявление пациентов высокого риска и внедрение в повседневную клиническую практику стандартизированных протоколов позволяет значительно снизить распространенность или предотвратить развитие делирия. Выявление факторов риска и стандартизированные скрининговые мероприятия, направленные на диагностику делирия, должны применяться в клинической практике врачей первичного звена здравоохранения и являться неотъемлемым компонентом сестринского ухода за пациентами пожилого возраста.

Делирий является нейрокогнитивным расстройством, которое развивается в течение короткого промежутка времени (часы–дни). Для данного состояния характерны значительные изменения выраженности симптомов в течение дня. Делирий является следствием имеющейся соматической или психиатрической патологии.

При госпитализации делирий диагностируется у 10–31% пациентов пожилого возраста с заболеваниями терапевтического профиля, 31% пациентов отделений реанимации и интенсивной терапии, 26–62% пациентов, получающих паллиативную медицинскую помощь.

Наиболее частыми факторами риска развития делирия у госпитализированных пациентов являются деменция, пожилой возраст, наличие сопутствующих заболеваний, данных о делирии в анамнезе, общая тяжесть состояния, наличие клинически значимой инфекции, использование лекарственных препаратов высокого риска (седативные средства, бензодиазепины, опиаты, блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов, нейролептики, антиконвульсанты, антидепрессанты и антихолинэргические препараты), снижение повседневной активности, иммобилизация, сенсорные нарушения (нарушения слуха и зрения), катетеризация уретры, нарушения питания, обезвоживание, болевой синдром (особенно в послеоперационном периоде), изменения отдельных лабораторных показателей (мочевина, электролитные расстройства). Возможными факторами риска делирия являются депривация сна (например, отсутствие условий для сна в реанимационном отделении или в многоместной палате), применение множества лекарственных препаратов, ограничения физической активности, неблагоприятная окружающая обстановка и психологический дискомфорт, задержка мочи, хронический запор, гипоксия и анемия.

Прогноз у пациентов с делирием определяется предшествующим состоянием пациента и тяжестью острых когнитивных нарушений. Возникновение делирия у госпитализированных пациентов пожилого возраста сопряжено с увеличением смертности и продолжительности пребывания в стационаре, а также существенным увеличением финансовых затрат органов здравоохранения. При последующем

наблюдении в отдельных случаях может потребоваться перевод в лечебные учреждения длительного пребывания. У пациентов, перенесших эпизод делирия, могут отмечаться депрессивное расстройство, функциональные и когнитивные нарушения, осложнения гериатрических синдромов и деменция. У 22–89% пожилых больных с деменцией имеется делирий, который оказывает неблагоприятное влияние на прогноз и может рецидивировать при последующем наблюдении.

Предварительная оценки риска развития делирия должна проводиться у всех госпитализированных пожилых пациентов, в зону особого внимания попадают лица с предшествующими нарушениями когнитивных функций.

Для оценки делирия рекомендовано применение валидированной скрининговой шкалы «Шкала оценки спутанности сознания» (Confusion assessment method, CAM) [21] (Приложение 3).

Основными клиническими характеристиками делирия являются острое начало и волнообразное течение, нарушения внимания, дезорганизованное мышление, нарушения сознания. Симптомами делирия могут быть дезориентация, нарушения поведения, нарушения коммуникации, иллюзии или галлюцинации, снижение психомоторной активности.

Окончательный диагноз делирия устанавливается после осмотра врача-гериатра и психиатра.

Для предупреждения развития делирия важно устранить факторы риска или провести их коррекцию. **Рекомендованы:**

- 1) отказ от лекарственных препаратов высокого риска;
- 2) профилактика и своевременное лечение инфекции (*своевременная обработка полости рта, пролежней; смена периферических венозных и мочевого катетеров*);
- 3) профилактика и своевременное лечение электролитных расстройств и дегидратации (*контроль питьевого режима, диуреза*);
- 4) обеспечение мероприятий, направленных на контроль боли (*проведение оценки болевого синдрома в динамике*);

5) обеспечение адекватной оксигенации (*кислородотерапия, контроль артериального давления*);

6) применение специальных устройств для пациентов с сенсорным дефицитом (*контроль наличия очков, слухового аппарата*);

7) контроль функции кишечника и мочевого пузыря (*ежедневный контроль диуреза, стула*);

8) оптимизация питания (*контроль приема пищи, при необходимости – кормление, выявление пациентов с дисфагией*).

Для пожилого пациента с делирием или высоким риском его развития необходимо обеспечить соответствующие условия пребывания в медицинском учреждении.

Рекомендовано выполнение следующих мероприятий:

- Общение (*при отсутствии признаков психомоторного возбуждения*) в дружелюбной манере, позволяющее успокоить и сориентировать пациента в окружающей обстановке. Для привыкания к окружающей обстановке и обеспечения ориентации во времени могут использоваться календари, часы, средства идентификации лиц, обеспечивающих уход за пациентом. Необходимы разъяснение всех мероприятий, проводимых с пациентом, и использование максимально простой речи.

- Сенсорная стимуляция: тихая комната, достаточное освещение, сниженный уровень шума; простые указания для пациента (*не более одного задания за один раз*).

- Сон: массаж спины, расслабляющая музыка, снижение уровня шума. При возможности следует стараться не разбудить пациента. Следует свести к минимуму использование седативно-снотворных средств.

- Знакомая обстановка: частые посещения пациента членами семьи или друзьями, передача пациенту знакомых вещей из дома, минимальная ротация лиц, осуществляющих уход за пациентом; минимизация смены постоянного месторасположения пациента.

- Обеспечение подвижности пациента: минимальное применение мероприятий/лечебных процедур, ограничивающих активность пациента (*например, катетеризация уретры*), лечебная гимнастика с

частотой три раза в день, прогулки. Важно поддерживать и улучшать (где это уместно) способности пожилого человека заботиться о себе, поддерживать мобильность и любую активность. Разрешите свободное передвижение (при условии, что пожилой человек находится в безопасности) и поощряйте уход за собой и другие личные действия, чтобы укрепить компетентность и повысить самооценку.

- Следует избегать физических и химических ограничений в качестве стратегии первой линии помощи пожилым людям с делирием.

- Естественное мочевыделение и опорожнение кишечника предпочтительны. Следует обеспечить регулярное мочеиспускание в течение дня и опорожнение кишечника не реже одного раза в два дня. Следует активно искать и устранять задержку мочи и каловых масс, если они обнаружены.

- Обеспечение доступной коммуникации с пациентом и беседы, касающиеся различных действий относительно больного.

- Как правило, не рекомендуется помещать пожилых людей с делирием в одну комнату с другими пациентами. Возбуждение обычно усиливается в присутствии других людей.

- Пожилым людям с нарушениями зрения должны быть предоставлены наглядные пособия и/или другое адаптивное оборудование.

- Минимальное применение инвазивных вмешательств.

- Консультации со специалистом в области гериатрии.

- Применение психотропных препаратов в минимальных эффективных дозировках коротким курсом при опасном поведении пациента, препятствовании им лечению и в качестве средств резерва при отсутствии эффекта немедикаментозных мероприятий.

- Пожилые люди с делирием подвержены риску дефицита питательных микроэлементов или имеют признаки недоедания. Следует рассмотреть возможность ежедневного приема поливитаминов.

- Следует предоставить информацию о делирии семье и лицам, осуществляющим уход. Поощряйте посещения семьи и участие в уходе. Поощряйте семью приносить личные и знакомые предметы пациента.

Делирий требует неотложной медицинской помощи. Лечение всех потенциально исправимых причин делирия должно проводиться

ся своевременно и эффективно. Вмешательства для предотвращения делирия должны быть междисциплинарными.

Следующие медицинские вмешательства могут быть выполнены по показаниям: терапия кислородом, лечение инфекции, оптимизация лекарственной терапии, устранение дисбаланса жидкости и электролитов — натрия, калия и глюкозы в сыворотке, контроль и лечение обезвоживания или перегрузки жидкостью, устранение боли и дискомфорта.

Многокомпонентные вмешательства, направленные на множественные факторы риска, должны проводиться у пожилых людей, которые имеют повышенный риск развития делирия.

Когда лечение пожилого человека с делирием передается другому практикующему врачу или службе, принимающий практикующий врач должен быть проинформирован о наличии делирия, его текущем статусе и способах лечения.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ 65 ЛЕТ И СТАРШЕ С ЦЕЛЮ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ

Профилактический медицинский осмотр проводится в целях раннего (своевременного) выявления состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях определения групп здоровья и выработки рекомендаций для пациентов. Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения) и осуществляемых в отношении определенных групп населения.

Профилактический медицинский осмотр и диспансеризация проводятся в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 апреля 2021 г. № 404н «Об утверждении порядка проведе-

ния профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» определен порядок проведения ежегодного диспансерного осмотра, утверждена специальная анкета для раннего выявления возраст-ассоциированных заболеваний. На 2-м этапе диспансеризации предусмотрено проведение индивидуального или группового (школы для пациентов) углубленного профилактического консультирования в отделении (кабинете) медицинской профилактики, центре здоровья для всех граждан в возрасте 65 лет и старше в целях коррекции выявленных факторов риска и (или) профилактики старческой астении. Предварительный диагноз старческой астении определяется в рамках профилактического медицинского осмотра с помощью анкетирования у граждан 65 лет и старше, включающего вопросник «Возраст не помеха».

В дополнение к профилактическим медицинским осмотрам и диспансеризации граждане, переболевшие новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), проходят углубленную диспансеризацию, включающую исследования и иные медицинские вмешательства в соответствии с перечнем исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках углубленной диспансеризации. Углубленная диспансеризация также может быть проведена по инициативе гражданина, в отношении которого отсутствуют сведения о перенесенном заболевании новой коронавирусной инфекцией (COVID-19).

При отсутствии в населенном пункте, в котором проживает гражданин старше 65 лет, медицинской организации, в которой могут быть проведены профилактический медицинский осмотр или диспансеризация, может осуществляться перевозка гражданина в медицинскую организацию в рамках мер социальной поддержки, предусмотренных в субъекте Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом от 6 октября 1999 г. № 184-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации»

Врач-терапевт (врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач) является ответственным за организацию и проведе-

ние профилактического медицинского осмотра и диспансеризации населения терапевтического, в том числе цехового, участка (участка врача общей практики (семейного врача), обслуживаемой территории.

Профилактический медицинский осмотр граждан в возрасте 65 лет и старше проводится 1 раз в год, включает в себя:

1) анкетирование в целях:

- сбора анамнеза, выявления отягощенной наследственности, жалоб, симптомов, характерных для следующих неинфекционных заболеваний и состояний: стенокардии, перенесенной транзиторной ишемической атаки или острого нарушения мозгового кровообращения, хронической обструктивной болезни легких, заболеваний желудочно-кишечного тракта;
- определения факторов риска и других патологических состояний и заболеваний, повышающих вероятность развития хронических неинфекционных заболеваний: курения, риска пагубного потребления алкоголя, риска потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, характера питания, физической активности;
- выявления риска падений, жалоб, характерных для остеопороза, депрессии, сердечной недостаточности, некоррегированных нарушений слуха и зрения;

2) измерение роста, массы тела, окружности талии, расчет индекса массы тела;

3) измерение АД на периферических артериях;

4) исследование уровня общего холестерина в крови (*допускается использование экспресс-метода*);

5) определение уровня глюкозы в крови натощак (*допускается использование экспресс-метода*);

6) флюорографию легких или рентгенографию легких для граждан в возрасте 18 лет и старше 1 раз в 2 года;

7) электрокардиографию в покое при первом прохождении профилактического медицинского осмотра, далее в возрасте 35 лет и старше 1 раз в год;

8) измерение внутриглазного давления 1 раз в год.

Второй этап диспансеризации проводится с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (*состояния*) и включает в себя в т.ч. проведение индивидуального или группового (*школы для пациентов*) углубленного профилактического консультирования в отделении (*кабинете*) медицинской профилактики (*центре здоровья*) для всех граждан в возрасте 65 лет и старше в целях коррекции выявленных факторов риска и (*или*) профилактики старческой астении.

Особенности обследования пожилых пациентов в кабинетах и отделениях медицинской профилактики, центрах здоровья

- В рамках диспансеризации анкетирование пациентов 65 лет и старше необходимо проводить по специальной анкете, в которой учтены особенности данной возрастной категории пациентов (*Приложение 4*).

- Анализ результатов анкетирования следует проводить с учетом шкалы «Возраст не помеха» (*Таблица 8*), вопросы которой включены в анкету диспансеризации для граждан 65 лет и старше.

- Профилактическое консультирование следует проводить всем пациентам 65 лет и старше с акцентом на положительные ответы на вопросы шкалы «Возраст не помеха».

- Следует делать акцент на выявление полипрагмазии (регулярный прием 5 и более лекарственных препаратов). При оценке числа принимаемых препаратов следует учесть, что если пациент принимает фиксированные комбинированные препараты (2 и более действующих вещества в одной таблетке), то каждый компонент учитывается как отдельный препарат. При выявлении полипрагмазии целесообразно рекомендовать обратиться к лечащему врачу на предмет анализа лекарственных назначений. Если полипрагмазия сочетается с высокой вероятностью старческой астении по шкале «Возраст не помеха», настойчиво рекомендовать консультацию гериатра.

Особенности анкетирования пожилых пациентов в рамках диспансеризации

- В программе диспансеризации определенных групп взрослого населения на 1-м этапе проводится анкетирование пациентов для

лиц в возрасте 65 лет и старше по опроснику, который, в том числе, включает вопросы шкалы «Возраст не помеха» для скрининга старческой астении.

- Анкетирование проводится с интервьюером (не путем самозаполнения!) и позволяет по ответам установить наличие (осведомленность пациента) хронических заболеваний, жалоб на боли в сердце ишемического происхождения, неврологических симптомов, характерных для транзиторных ишемических атак или перенесенных нарушений мозгового кровообращения, наличие в анамнезе падений, снижения веса тела, ограничений в повседневной жизни из-за снижения слуха и зрения, наличие таких факторов риска, как курение табака, нерациональное питание, недостаточная физическая активность.

На 2-м этапе диспансеризации рекомендовано углубленное профилактическое консультирование с целью профилактики старческой астении и определения показаний для направления к врачу-гериатру

Особенности профилактического консультирования лиц 65 лет и старше

- При профилактическом консультировании используется принятый принцип выделения групп риска, но должны быть учтены возрастные особенности коррекции артериальной гипертензии, избыточной массы тела и ожирения, гипергликемии у людей пожилого и старческого возраста, а также высокая вероятность полипрагмазии в связи с наличием нескольких заболеваний.

- Пациента следует ориентировать не только на устранение симптомов заболеваний (при их наличии), но и в целом на здоровое старение и долголетие, активный образ жизни без негативных для здоровья факторов.

- Всем консультируемым должны быть даны учитывающие возрастной фактор рекомендации по регулярной физической активности, питанию, когнитивному тренингу, организации безопасного быта, правилам приема лекарств.

- Профилактическое консультирование должно учитывать положительные ответы на вопросы скрининговой шкалы «Возраст не помеха» (Таблица 8).

- При выявлении сенсорных дефицитов (снижение слуха, зрения), хронической боли, признаков депрессии следует рекомендовать консультирование профильных врачей-специалистов.

Краткие рекомендации по коррекции факторов риска развития старческой астении

Физическая активность

- Аэробная физическая активность средней интенсивности не менее 150 минут в неделю, или выполнение упражнений высокой интенсивности не менее 75 минут в неделю с учетом индивидуальных особенностей пациента и при отсутствии противопоказаний.

- Упражнения следует выполнять сериями продолжительностью не менее 10 минут.

- Начинать физические занятия следует с разминки (медленная ходьба и легкие потягивания), если пациент только начинает заниматься физическими упражнениями, то 5-10-минутная разминка может составлять целое занятие.

- Продолжительность занятия должна постепенно увеличиваться до 30 минут в день; если до этого пожилой человек вел малоподвижный образ жизни, то этот период должен составлять не менее трех недель.

- Наиболее эффективны ходьба по ровной местности, скандинавская ходьба, лыжные прогулки, плавание, езда на велосипеде, тренировки на велотренажере, беговой дорожке и др., а также ежедневная утренняя гимнастика (или длительная прогулка в лесу, парке, сквере).

- Если пожилые люди не могут выполнять рекомендуемый объем физических нагрузок, им следует выполнять объем упражнений, соответствующий их возможностям и состоянию здоровья.

- Пожилые люди, которые долго были малоподвижными, должны начинать повышение физической активности медленно, начиная с нескольких минут в день, и постепенно увеличивать продолжительность и частоту физических занятий (при отсутствии противопоказаний).

- Следует исключить упражнения на задержку дыхания, натуживание, с вращением головы и длительным наклоном головы вниз, подскоками и т.п.
- Выполнение упражнений на равновесие и предотвращение падений от 3 и более дней в неделю до 30 минут (например, ходьба назад, ходьба боком, ходьба на носках). В начальный период выполнения этих упражнений можно использовать стабильную опору.
- Заболевания суставов не являются противопоказанием для физических упражнений. Целесообразна консультация специалиста по лечебной физкультуре, возможно — реабилитолога, для разработки индивидуальной программы физической активности.
- Следует с осторожностью включать в программу физической активности бег, прыжки, упражнения с тяжестями и другие виды нагрузок, которые могут привести к травмам.

Питание

- Энергетическая ценность рациона питания для пожилого человека должна составлять 1600 ккал для женщин и 1800 ккал для мужчин.
- Режим питания должен обязательно включать три основных приема пищи (завтрак, обед и ужин), которые могут быть дополнены двумя дополнительными (с учетом заболеваний или режима дня).
- Общий водный режим составляет не менее 2 л (с учетом блюд и продуктов рациона), при этом на питьевой режим в чистом виде должно приходиться не менее 800 мл. Для лиц, имеющих сердечную недостаточность питьевой режим должен быть согласован с участковым терапевтом или кардиологом.
- Следует учитывать, что потребность в белке у пожилого человека выше, чем у людей молодого и среднего возраста, ввиду повышения риска развития саркопении (снижения мышечной массы) и составляет 1–1,2 г/кг/сут. с пропорцией 1:1 между животными и растительными белками. Оптимальными источниками животного белка являются молочные продукты, рыба, птица (курица, индейка), говядина, телятина, крольчатина, а растительного — крупы, бобовые, семена

и орехи. Необходимо рекомендовать ежедневное употребление животного белка. Если пациент не употребляет мясо, рыбу и птицу или делает это в недостаточном количестве, следует направить его на консультацию к диетологу для решения вопроса о назначении дополнительных источников белка в виде функционального продукта или подбора специализированного рациона питания для обеспечения потребления белка на необходимом уровне.

- На долю общего жира в рационе не должно приходиться более 25–30% от суточной калорийности, при этом треть отводится на насыщенные жиры, а другие две трети — на равные доли моно- и полиненасыщенных жирных кислот. Из растительных жиров предпочтительны оливковое, подсолнечное и льняное масло в количестве 25–30 мл в день (2 столовые ложки). Потребление животных жиров (сливочное масло, сливки, сметана, топленый жир) следует ограничить, также как и продуктов с высоким содержанием насыщенных жиров (пальмовое и кокосовое масла) и промышленных транс-жирных кислот, содержащихся в переработанных пищевых продуктах, еде быстрого приготовления, закусочных пищевых продуктах, жареной во фритюре еде, замороженных пицце и пирогах, печенье, маргарине.

- Рекомендуется потребление не менее трех порций молочных продуктов в день. Предпочтительны молочные продукты без дополнительных вкусовых добавок, так как они содержат добавленные сахар и/или насыщенные жиры. У лиц старшего возраста может иметь место вторичная лактазная непереносимость, в таком случае продукты с молочным сахаром, лактозой, следует исключить из рациона питания (молоко и др.), но продукты, в которых лактоза была израсходована на процесс ферментации, следует оставить в рационе (творог, сыр, йогурт). Пациенту показано потребление без- или низколактозных молочных продуктов. При наличии вторичной непереносимости к молочным (сывороточным) белкам пациенту следует предложить потребление продуктов растительного происхождения (миндального, рисового или соевого молока, йогурта, сыра тофу).

- С возрастом снижается толерантность к углеводам, поэтому углеводный компонент питания должен быть сформирован из продуктов,

содержащих «сложные» углеводы и богатых пищевыми волокнами: крупы из цельных злаков (овсяные хлопья «Геркулес», цельная гречка, нешлифованный рис, непереработанная кукуруза, просо, овес, пшеница, полба, булгур), бобовые (включая сою), грибы, хлеб грубого помола с добавлением отрубей, овощи, фрукты, ягоды и орехи. Рекомендуется ежедневно не менее 5 порций овощей и фруктов (500 г/сут). Одна порция — это один фрукт крупного размера (яблоко, груша, апельсин), $\frac{1}{2}$ стакана фруктового салата, замороженных или консервированных фруктов, 3–4 штуки мелких фруктов (абрикос, слива, клубника), 3–4 ягоды сухофруктов (курага, финик, инжир), $\frac{1}{2}$ стакана приготовленных или 1 стакан свежих мелконарезанных овощей. Потребление крахмалсодержащих продуктов (рафинированного белого риса, макаронных изделий, манной крупы и саго) и корнеплодов (картофель, морковь, свекла и др.) следует ограничивать.

- Потребление свободных сахаров ограничено 10% суточной калорийности рациона (50г/сутки). Большинство свободных сахаров добавляются в пищевые продукты производителем, поваром или потребителем (добавленные сахара) и могут также содержаться в виде естественного сахара в меде, сиропах, фруктовых соках и фруктовых концентратах. Оптимальными источниками свободных сахаров являются фрукты, ягоды и овощи. Потребление сахара в чистом виде (добавленного) следует ограничивать до 5% общей калорийности (около 25 г/сутки, примерно 6 чайных ложек без «верха»).

- Рекомендуемое потребление поваренной соли должно составлять до 5,0г в сутки, включая все количество соли, содержащееся в блюдах и продуктах. Однако, если пожилой человек ранее не придерживался такого уровня потребления соли, не следует вводить резкие ограничения. Целесообразно проанализировать потребление и рекомендовать отказаться от продуктов с высоким содержанием соли: копчености, колбасные изделия, консервированные продукты, соусы, соленья, и рекомендовать исключить досаливание уже готового блюда.

- Из способов кулинарной обработки рекомендуется использование щадящих режимов: отваривание, запекание, припускание, тушение, приготовление на пару, аэрогриль и др.

- С целью профилактики падений, остеопороза и переломов всем пациентам следует рекомендовать ежедневный прием препаратов кальция (в дозе 1000–1200 мг/день) и витамина Д (в дозе 800–1000 мг/сутки).

- Рекомендации по питанию пациентам с синдромом старческой астении (3 и более балла по шкале «Возраст не помеха») даются врачом-гериатром с учетом результатов комплексной гериатрической оценки.

Курение

- Пожилые пациенты менее внимательны к доводам о вреде курения, склонны недооценивать опасность курения и переоценивать его преимущества, нередко негативно и пессимистически воспринимают собственное старение и склонны к продолжению курения.

- При профилактическом консультировании пожилых необходимо акцентировать внимание на том, что пациенты, продолжающие курить, тяжелее переносят болезни, характерные для пожилого возраста, такие как диабет, остеопороз, болезни органов дыхания, в том числе пневмонии, которые для многих пожилых людей имеют фатальные последствия. Потребление табака может снижать эффективность лекарственных препаратов, прием которых необходим многим пациентам пожилого возраста. Воздействие вторичного табачного дыма (пассивное курение) также пагубно для здоровья пожилого человека.

- Рекомендации по отказу от курения пациентам с синдромом старческой астении (3 и более балла по шкале «Возраст не помеха») даются врачом-гериатром с учетом результатов комплексной гериатрической оценки.

- Краткое консультирование обычно проводится в течение 5 минут, включает краткий опрос-беседу, обсуждение и поддержку. Сопровождение краткого совета предоставлением материалов для самопомощи может повысить вероятность в отказе от курения.

Организация безопасного быта

Рекомендации должны быть даны всем пожилым людям, особенно для пациентов с падениями в анамнезе.

- Убрать посторонние предметы с пола, включая провода, о которые можно споткнуться.
- Убрать скользкие коврики или закрепить их на полу.
- Предупредить возможность споткнуться о край ковра, порожки.
- Использовать нескользящий коврик для дна ванной, душевой кабины.
- Пол в ванной комнате должен быть нескользким.
- Оборудовать ванну и пространство рядом с унитазом поручнями.
- Обеспечить достаточное освещение: повесить ночник в спальне так, чтобы путь от кровати до ванной/туалета был хорошо освещен.
- При необходимости использовать устойчивую стремянку, а не стул/табурет/стол.

Когнитивный тренинг

Примеры упражнений для когнитивного тренинга:

- заучивание стихов, песен
- игра на музыкальных инструментах
- рисование
- решение логических задач
- разгадывание кроссвордов

Может быть рекомендовано обращение в центры социального обслуживания для организации досуга и повышения социальной активности.

Советы пациенту по правилам приема лекарственных препаратов

- Принимайте лекарства только по назначению врача, а не по совету соседей или средств массовой информации (даже если это передача о здоровье). Только лечащий врач обладает полной информацией о Вашем здоровье, которая поможет подобрать эффективное и безопасное лечение.

• Не рассчитывайте на «пилюлю от всех болезней». Некоторые проблемы со здоровьем проходят без лечения или решаются с помощью других методов лечения без применения лекарств. Обсудите со своим лечащим врачом, как Вам лучше бороться с проблемами со здоровьем, и рассмотрите все варианты лечения.

• Информировать врача обо всех препаратах, которые Вы принимаете, включая безрецептурные препараты, пищевые добавки и растительные лекарственные препараты.

• Информировать врача обо всех случаях аллергии или нежелательных реакций на лекарственные препараты, которые отмечались у Вас в прошлом.

• Сообщайте врачу обо всех проблемах, которые возникли после начала приема нового для Вас лекарства.

• Если Вы находились на стационарном лечении, предшествующее лечение могло быть изменено. Надо знать, какие препараты следует принимать после выписки. Эту информацию Вы получите у своего лечащего врача.

• Не прекращайте прием назначенных Вам лекарств без предварительного обсуждения с лечащим врачом. Перед началом приема безрецептурного препарата, добавки или растительного лекарственного средства проконсультируйтесь со своим лечащим врачом или фармацевтом, чтобы быть уверенным в безопасности препарата или средства.

• Каждый человек должен знать о каждом принимаемом лекарственном препарате (уточните эту информацию у врача, при необходимости – запишите):

- название препарата,
- по какому поводу Вы его принимаете,
- как следует принимать препарат (доза, время, кратность и длительность приема, влияние приема пищи),
- каковы наиболее частые и наиболее серьезные побочные эффекты препарата,
- что следует делать, если возникнут проблемы, связанные с приемом препарата,
- что следует делать, если пропущен очередной прием.

Особенности коррекции факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у пожилых пациентов

Общие принципы В случае, если пациентам пожилого возраста требуется медикаментозное лечение, это лечение назначается и контролируется лечащим врачом или врачом-гериатром (пациенты со старческой астенией и/или старше 80 лет). Задача врача кабинета/отделения медицинской профилактики, центра здоровья — способствовать соблюдению пациентом врачебных назначений, при консультировании по факторам риска важно также оценивать приверженность пациентов к приему назначенных медикаментозных средств.

Контроль массы тела Особого внимания у пожилых требует низкая масса тела (индекс массы тела $<23 \text{ кг/м}^2$). При снижении веса на 5 кг (для лиц с исходной массой тела 70 кг и выше) или на 5% от исходного веса (для лиц с массой тела ниже 70 кг) за последние 3 месяца необходимо проведение обследования для уточнения причины снижения массы тела и исключения развития саркопении. Следует рекомендовать снижение веса только пациентам с ИМТ $>35 \text{ кг/м}^2$. Снижение веса осуществляется под контролем врача. При консультировании пожилых пациентов следует предупредить о недопустимости самостоятельного выбора «особых» диет.

Артериальная гипертензия Лечение проводится лечащим врачом. Всем пожилым пациентам с систолическим АД $>160 \text{ мм рт.ст.}$ без старческой астении следует обязательно рекомендовать обращение к лечащему врачу для назначения/коррекции антигипертензивной терапии. При наличии старческой астении рекомендуется консультация врача-гериатра.

Целевое систолическое АД у пожилых пациентов без СА составляет $<140 \text{ мм рт.ст.}$ У пожилых пациентов <80 лет рекомендовано назначение антигипертензивной терапии при САД более 140 мм рт. ст. и достижение целевого уровня САД $<140 \text{ мм рт. ст.}$, однако необходимо учитывать индивидуальную переносимость более низких значений АД и клинический статус пациента.

Целевое АД у пожилых пациентов со старческой астенией определяется врачом-гериатром на основании комплексной гериатрической оценки.

Дислипидемия Лечение проводится лечащим врачом. С целью вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний всем пациентам по назна-

чению лечащего врача показано назначение липидснижающей терапии (статинов). Эффективность и безопасность липидснижающей терапии контролируется лечащим врачом. Для первичной профилактики ССЗ у пожилых >75 лет (особенно в возрасте 80 лет и старше), назначение статинов не показано независимо от уровня холестерина.

Применение ацетилсалициловой кислоты (75–150 мг/сутки) Лечение проводится лечащим врачом с целью вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний при условии контролируемой АГ. Для первичной профилактики — не показано.

Коррекция гипергликемии Лечение проводится лечащим врачом и/или врачом-эндокринологом. Рекомендуемый целевой уровень HbA1c <7,5% при отсутствии тяжелых осложнений СД и/или риска тяжелой гипогликемии, при тяжелых осложнениях СД и/или риске тяжелой гипогликемии, целевой уровень HbA1c <8,0%.

ГЕРИАТРИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ: ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ, КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Гериатрическая реабилитация — комплекс диагностических, терапевтических и реабилитационных вмешательств с целью оптимизации функциональных возможностей и независимости пожилых людей с ограниченными возможностями и намерением поощрять их активность и сохранять участие в жизни. Реабилитация обычно рекомендуется пожилым пациентам, чья внутренняя способность и функциональная активность зависят или подвержены влиянию мультиморбидности и гериатрических синдромов и у которых есть потенциал для улучшения согласованных клинических и/или функциональных результатов.

Гериатрическая реабилитация — форма амбулаторного лечения, проводится междисциплинарной командой на основе комплексной гериатрической оценки в привычной для пациента среде проживания. Пациент может немедленно применить полученные знания на практике, приспособить вспомогательные средства напрямую, а социальную среду можно включить в процесс восстановления.

Принципы гериатрической реабилитации:

- 1) признание приоритета реабилитации и восстановительной терапии в гериатрической практике,
- 2) повышение осведомленности и знаний о гериатрической реабилитации среди медицинских специалистов, включая медсестер и смежных медицинских специалистов, таких как физиотерапевты и эрготерапевты, для облегчения и обеспечения доступа к реабилитации для тех, кто в ней нуждается.

Этап гериатрической реабилитации и ухода является одной из моделей гериатрической помощи. Этот механизм оказания медицинской помощи предназначен для уменьшения ненужного использования госпитальных коек, позволяет оптимизировать функциональную независимость и предотвратить многие нежелательные события, характерные для пациентов гериатрического профиля. После острого события или функционального снижения из-за хронических состояний следует как можно скорее начать реабилитацию. Гериатрическая реабилитация направлена на восстановление, улучшение и физическое поддержание функции, включая уменьшение или устранение боли, а также лечение структурных повреждений как необходимое условие для возобновления деятельности, имеющей отношение к повседневной жизни, особенно независимости в бытовых условиях, мобильности, в том числе избежание падений. К восстановительной терапии относят также возможности функциональной практики, оздоровление и самопомощь, которые способствуют возвращению пациентов в их прежнюю жилую среду или другую подходящую общественную среду, снижают нагрузку на лиц, осуществляющих уход, и повышают качество жизни. Важно продолжить предоставлять сложные с медицинской точки зрения и специализированные услуги, чтобы избежать дальнейшей потери функции, повысить толерантность к физической активности, чтобы пациент мог вернуться домой.

Определение того, есть ли у пациента восстановительный потенциал и получит ли он пользу от реабилитационной помощи, включает **рассмотрение трех факторов:**

- 1) преморбидный уровень функционирования пациента,
- 2) медицинский диагноз, прогноз и сопутствующие заболевания (т. е. существует ли максимальный уровень функционирования, которого можно ожидать при данном диагнозе),
- 3) способность участвовать в реабилитационной помощи и получать от нее пользу в контексте конкретных функциональных целей пациента и потребности в уходе. Когнитивные нарушения, депрессия, делирий или другие ограничивающие обстоятельства не должны использоваться изолированно при определении реабилитационного потенциала.

Реабилитацию следует начинать в обстановке, наиболее близкой к пациенту и наиболее отвечающей его потребностям. Прием в каждом учреждении должен основываться на клинических критериях, которые объективно оцениваются и измеряются.

Длительная медицинская реабилитация осуществляется у стабильных с медицинской точки зрения пациентов с четко установленным диагнозом и определенным прогнозом, в отсутствие острых медицинских проблем, когда показатели жизнедеятельности стабильны, определены потребности в лекарствах и есть установленный план ухода, однако есть риск временных колебаний в медицинском статусе, что может потребовать коррекции лекарственной терапии и плана лечения в целом. Показанием к реабилитации в условиях медицинского учреждения являются также ситуации, когда требуется квалифицированный медперсонал и медицинская помощь, которую невозможно получить на постоянной основе на других уровнях реабилитационной помощи, либо при благоприятном краткосрочном прогнозе, когда ожидается, что состояние здоровья и переносимость улучшатся.

Комплексную гериатрическую оценку следует использовать в рамках совместного создания для построения индивидуального плана лечения и реабилитации. Этот план реабилитации должен быть ориентирован на достижение цели и учитывать предпочтения пациента. Цели должны быть измеримыми и конкретными по времени. План должен регулярно пересматриваться многопрофильной/межпрофессиональной командой. Пациенты должны иметь возможность активно участвовать в процессе реабилитации. Хронологический возраст, место проживания и наличие когнитивных нарушений не должны использоваться в качестве критериев для исключения пациентов из программ восстановительной терапии, но может потребоваться адаптация реабилитации к конкретным потребностям.

Клинические аспекты гериатрической реабилитации

Реабилитационный план рекомендовано разрабатывать с учетом всех индивидуальных медицинских и социальных контекстов. При оценке медицинского анамнеза необходимо определить, требуется

ли более подробное обследование пациента для составления заключения с учетом гериатрического статуса. В рамках комплексной гериатрической оценки могут быть проведены дополнительные консультации со специалистами – диетологом, эрготерапевтом, психологом, психиатром, врачами-специалистами при наличии показаний.

Для пациентов со старческой астенией (СА) в реабилитационный план необходимо включить мероприятия, направленные на предупреждение прогрессирования СА, и план ухода. Рекомендовано особенно тщательно оценить предшествующий медицинский анамнез, ведение хронических заболеваний, профилактические методы, приверженность лечению, возможности коммуникации (когнитивные функции, сенсорный статус), семейное положение и уровень социальной поддержки [22].

Эффективными вмешательствами для предотвращения и/или устранения СА являются:

- ревизия лекарств с предупреждением полипрагмазии (см. главу 5.1);
- физические упражнения (аэробика и силовые тренировки);
- рекомендации по питанию;
- отказ от курения;
- скрининг гериатрических синдромов, их коррекция, например, изменение режима сна или лечение ночного апноэ у пациентов с проблемами сна;
- вакцинация;
- социальная поддержка;
- оптимизация экологической поддержки;
- консультации по безопасному вождению автомобиля, когда это необходимо.

Подход к разработке планов ухода, ориентированных на пациента, основан на философии, согласно которой СА можно предотвратить или отсрочить, а пациенты могут улучшить свои функции и качество жизни посредством реабилитации. Первым шагом в разработке функционального плана ухода за пожилыми людьми с СА или подверженных риску развития СА является выработка об-

щего понимания предпочтительного ухода с пациентом и семьей/опекуном и совместная постановка целей, что будет способствовать развитию и реализации плана функционального ухода. Совместная постановка целей может быть достигнута путем объединения списка проблем или задач, составленным врачом, со списком проблем по мнению пациента и его семьи или опекуна: что беспокоит пациента (самая значимая/назойливая жалоба); что беспокоит врача; какие приоритеты пациента в отношении ухода за ним; какие ожидания от ухода и лечения у человека, осуществляющего уход.

План реабилитации должен включать задокументированную цель вмешательств и ухода, определение реабилитационного потенциала, перечень необходимых профилактических мероприятий и объема самостоятельной поддержки пациента и его семьи/опекуна. Ожидаемые результаты и сроки их достижения также должны быть определены. Пересмотр первоначального плана проводится по графику, по просьбе пациента с учетом его мнения или при значительном изменении состояния здоровья пациента.

Любая программа гериатрической реабилитации включает **рекомендации по физической активности**, список упражнений, улучшающих гибкость, силу и выносливость.

- Для здоровых людей, которые в настоящее время ведут малоподвижный образ жизни или находятся в ослабленном состоянии, следует давать направление на программы групповых упражнений. Альтернативой лечебной физкультуре могут быть занятия, проводимые в рамках, таких проектов как, например, «Активное долголетие».

- Для тех, кто не способен к напряженным тренировкам, начальное обучение должно проводиться в течение 8–12 недель под наблюдением профессионала, знающего особые потребности пожилых людей.

- Следует поддерживать умеренный уровень физической активности (досуг).

- Поощряйте и помогайте в регулярной повседневной мобильности, где это необходимо; применяйте раннее направление на физиотерапию и трудотерапию сложных пациентов.

- Следует рекомендовать пожилым людям мобилизоваться не менее 3 раз в день. Важно убедиться, что есть члены семьи или персонал, готовый помочь в случае нарушения передвижения.

- Подходы к мобилизации пожилых людей могут быть разные. Некоторых пожилых людей может мотивировать термин «упражнения», в то время как другие могут предпочесть говорить о «большей активности» или «меньшем сидении».

По результатам оценки питания при подозрении на дефицит питания необходимо проконсультироваться с диетологом, изучить факторы, влияющие на рацион питания человека (особенно белок или калории) и предложить поддержку во время еды. Важно планировать и реализовывать программу нутритивной поддержки и/или сипинговых добавок для людей с нарушенным питанием.

По результатам физической оценки для лиц с высоким риском падений и переломов рекомендовано: назначение витамина D и кальция; для людей, страдающих остеопорозом или находящихся в группе риска — тренировки с отягощениями; для людей с переломами позвонков — упражнения, направленные на устойчивость корпуса; для тех, кто подвержен риску падений — упражнения на равновесие и тренировка походки.

Фармакотерапия для профилактики переломов показана пациентам с высоким риском: при наличии патологических переломов крупных костей скелета в анамнезе или выявленных при обследовании, независимо от результатов рентгеноденситометрии или FRAX (при условии исключения других заболеваний скелета); при наличии высокой индивидуальной 10-летней вероятности основных патологических переломов (результат оценки FRAX соответствует Российскому порогу вмешательства и/или превышает его) независимо от показателя рентгеноденситометрии; при снижении минеральной плотности кости на 2,5 и более стандартных отклонений (SD) по T-критерию в шейке бедренной кости и/или в целом в проксимальном отделе бедренной кости и/или в поясничных позвонках (L1-L4, L2-L4), измеренной двухэнергетической рентгеноденситометрией

(DXA). Индивидуальный порог вмешательств (точка терапевтического вмешательства) определяется по результатам оценки FRAX. Точка вмешательства FRAX по 10-летней вероятности (в %) основных остеопоротических переломов, эквивалентной вероятности переломов у женщин с низкотравматическим переломом в анамнезе без других факторов риска (ИМТ = 24 кг/м^2), без данных по МПК, варьирует от возраста и составляет, например, 18,04% в возрасте 65 лет, 21,7% в возрасте 75 лет и 22,9% в возрасте 85 лет [23].

Рекомендовано назначение антиостеопоротической антирезорбтивной терапии (алендроновой кислотой, золедроновой кислотой, деносумабом) пациентам с синдромом старческой астении и остеопорозом с целью профилактики переломов. Костно-анаболическая терапия терипаратидом сроком на 24 мес. с последующим переходом на антирезорбтивную терапию рекомендована пациентам с анамнезом переломов вследствие остеопороза (особенно тел позвонков или проксимального отдела бедренной кости), не получавшим ранее антирезорбтивную терапию, с целью профилактики последующих переломов [24]. Следует избегать одновременного назначения более одного антирезорбтивного препарата для уменьшения переломов. Лица с высоким риском переломов должны продолжать терапию остеопороза без лекарственного отпуска. Потенциальные преимущества и риски назначенного лекарственного препарата следует обсудить с каждым пациентом до начала терапии, чтобы поддержать принятие информированного решения.

Для маломобильных пациентов с риском развития пролежней с целью их профилактики:

- минимизируйте давление за счет использования графика позиционирования;
- используйте правильную технику позиционирования, передачи и поворота, устройств для уменьшения трения и сдвига;
- перемещайте по крайней мере каждые 2 часа или чаще, если есть высокий риск; используйте приспособления, чтобы полностью снять давление на пятки и костные выступы ступней; рекомендуется поворачивать туловище

пациента на 30° в любую сторону, чтобы избежать позиционирования непосредственно на вертеле бедра;

- учитывайте влияние боли, боль может снизить подвижность и активность; меры обезболивания могут включать в себя эффективные лекарства, терапевтическое позиционирование, опорные поверхности и другие немедикаментозные вмешательства;
- учитывайте риск повреждения кожи у пациентов, связанный с потерей чувствительности или способности воспринимать боль и эффективный ответ (например, воздействие на анальгетики, седативные средства, нейропатию и т. д.);
- избегайте массажа костных выступов;
- пациенты с риском развития пролежней не должны оставаться на стандартном матрасе; рекомендован противопролежневый матрас с регулировкой давления;
- для пациентов из группы высокого риска при хирургических вмешательствах следует применять интраоперационно специализированные поверхности для снятия давления;
- обеспечьте нормальный водный баланс за счет достаточного приема жидкости;
- организуйте индивидуальный график купания;
- избегайте горячей воды и используйте очищающее средство, не вызывающее сенсibilизации, со сбалансированным pH;
- поддерживайте увлажнение кожи, применяя несенсibilизирующие, сбалансированные по pH, увлажняющие кремы с минимальным содержанием алкоголя; используйте защитные барьеры (например, непроницаемые для жидкости пленки, прозрачные пленки, гидроколлоиды) или защитные прокладки для уменьшения травмы от трения;
- для защиты кожи от чрезмерного увлажнения и при недержании мочи оценивайте и контролируйте чрезмерную влажность, связанную с биологическими жидкостями (например, мочой, калом, потоотделением, экссудатом из ран, слюной и т. д.), при загрязнении осторожно очищайте кожу, избегайте трения во время ухода с помощью спрея для очистки промежности или мягкой салфетки; установите программу работы кишечника и мочевого пузыря.

Для пациентов с когнитивными расстройствами необходимо создание партнерских отношений с членами семьи или другими значимыми для пациента людьми. Важно учитывать и опираться на сохраняющиеся способности своих пациентов, понимать влияние окружающей среды. Медицинский персонал, ухаживающий за пациентами с деменцией, должен быть осведомлен о способах оценки боли в этой группе, а также уметь эффективно и безопасно лечить боль, чтобы способствовать физическому и эмоциональному благополучию. Важно знать о немедикаментозных вмешательствах, направленных на управление поведением. Вмешательства должны быть сосредоточены на вероятных триггерах и причинах, вызывающих поведенческие симптомы. Применяемые методы и подходы во всех случаях индивидуальны и ориентированы на пациента. Профессиональная деятельность, изменение окружающей среды, терапия, направленная на сохранение здравомыслия пациента, не конфликтующая с его восприятием мира, поддерживающая воспоминания, сенсорная стимуляция — это вмешательства, которые можно применять у пациентов с когнитивными расстройствами. Рекомендовано применение лекарств с меньшим количеством побочных эффектов.

- Следует избегать физических и химических ограничений в качестве стратегии первой линии помощи пожилым людям с делирием, деменцией и депрессией.
- Делирий требует неотложной медицинской помощи и требует срочного вмешательства. (см главу 5.3.).

Для пациентов с психическими нарушениями и депрессией в плане реабилитационных мероприятий следует предусмотреть следующие вмешательства:

- Направление пациента к психиатру при тяжелой депрессии (11 баллов по шкале GDS или выше) или если присутствуют суицидальные мысли, психоз или сопутствующее употребление психоактивных веществ.
- В случае менее тяжелой депрессии (балл GDS 6 или выше) возможно потребуется психотерапевтическое консультирование, участие медсестры со специальной подготовкой в области психиатрии, социальные работники, психологи и службы психического здоровья.
- Психосоциальное лечение для пациентов с депрессией на фоне когнитивных расстройств должно быть гибким, учитывать ухудшение функциониро-

вания, а также многофакторным, оказывать помощь в решении разнообразных проблем, с которыми сталкиваются пациент и люди, осуществляющие уход. Лечение должны проводить клиницисты, имеющие специальную подготовку. Медицинский персонал должен оказывать поддержку сиделкам, давать актуальную информацию родственникам о заболевании и состоянии пациента, обучать навыкам, облегчающим общение и уход.

- Медицинские работники и организации должны внедрить модели ухода, которые учитывают физические, функциональные особенности, а также психосоциальные потребности пожилых людей с депрессией. Учитывая комплексные потребности пожилых людей в уходе, они, скорее всего, потребуют междисциплинарного участия в уходе. Важно также обеспечить непрерывность и постоянство ухода от одних и тех же людей при перемещении пациента между учреждениями и домом, так как пациенты плохо реагируют на любые изменения.
- Физические упражнения (сердечно-сосудистые и с отягощениями) могут помочь уменьшить симптомы депрессии.
- Терапия антидепрессантами эффективна в пожилом возрасте и может быть применена.

Реабилитационные программы **для пациентов с хронической болью** включают следующие рекомендации:

- Всем пожилым пациентам следует рассмотреть программу физической активности.
- Физическая активность должна быть индивидуальной, чтобы соответствовать потребностям и предпочтениям каждого пациента.
- Для некоторых пожилых людей с тяжелыми физическими нарушениями уместна пробная контролируемая реабилитационная терапия с целью улучшения/увеличения объема движений суставов и восстановления мышечной силы и других физических нарушений, связанных с постоянной болью.
- Программы обучения пациентов являются неотъемлемой частью лечения стойких болевых синдромов.
- Контент должен включать информацию о методах самопомощи (например, расслабление, отвлечение внимания), известных причинах боли, целях лечения, вариантах лечения, ожиданиях в отношении снятия боли и применении анальгетиков.

- Образовательный контент и усилия пациента по самопомощи должны подкрепляться при каждой встрече с пациентом.
- Перед специальным лечением или процедурами следует проводить целенаправленное обучение пациентов.
- Пациентов следует поощрять к самообразованию, используя доступные местные ресурсы (например, районные поликлиники, группы поддержки и организации, занимающиеся конкретными заболеваниями).
- Когнитивно-поведенческие методы лечения помогают многим пожилым людям с постоянной болью.
- Когнитивно-поведенческая терапия, проводимая профессионалом, должна применяться как структурированная программа, которая включает обучение, обоснование терапии, обучение когнитивным и поведенческим навыкам преодоления боли, методы обобщения навыков преодоления и предотвращения рецидивов.
- Планы по борьбе с обострениями боли должны быть частью этой терапии, чтобы предотвратить саморазрушающееся поведение во время таких эпизодов.
- Супруги или другие партнеры могут быть вовлечены в когнитивно-поведенческую терапию.
- Другие методы (например, тепло, холод, массаж, мануальная терапия, иглоукалывание и чрескожная электрическая стимуляция нервов) часто предлагают временное облегчение и могут использоваться в качестве дополнительных методов лечения.

Социальная поддержка необходима для пожилых ослабленных людей. В беседе с пожилыми людьми задавайте открытые вопросы о семье, социальном окружении, активно выслушивайте, положительно отвечайте, давайте также время для тишины и размышлений. Воспоминания являются здоровой частью разговора. Включите проблемы и рекомендации, связанные с одиночеством и необходимостью организации социальной поддержки в планы реабилитации. Обдумайте отношения и предпочтения пожилого человека до обсуждения с членами семьи и, если уместно, поделитесь информацией о способах повышения социальной активности.

Потребность в гериатрической реабилитации быстро растет и превышает имеющиеся ресурсы.

Для стандартизации качества медицинской помощи в области гериатрической реабилитации необходимо разработать и внедрить стандарты и руководства, основанные на результатах доказательной медицины. Рекомендации экспертов, основанные на исследованиях в условиях высоких ресурсов, могут нуждаться в адаптации, чтобы их можно было применить в других местах.

Предварительный анализ гериатрической помощи с внедрением дополнительного этапа лечения и ухода показал эффективность в восстановлении функциональной активности в повседневной жизни, снижении повторных госпитализаций и смертности [25, 26, 27]. Тем не менее для более широкой интеграции моделей гериатрической помощи необходимы дополнительные исследования. Первичные исследования для выработки общего понимания эффективных вмешательств в качестве основы для общих реабилитационных стандартов и руководств по гериатрической реабилитации должны быть приоритетными.

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ С ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ

Жестокое обращение и его признаки

Жестокое обращение с пожилыми людьми или насилие над ними часто определяется как любое действие или бездействие, которое причиняет вред пожилому человеку или подвергает риску его здоровье или благосостояние. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет **жестокое обращение с пожилыми людьми** как «совершение каких-либо разовых или повторяющихся актов или отсутствие надлежащих действий в рамках какой-либо семьи, где предполагается наличие доверительных отношений, что причиняет вред пожилому человеку или вызывает у него стресс». Это является нарушением прав человека и включает «физическое, психологическое и эмоциональное, финансовое и материальное, сексуальное жестокое обращение; оставление без заботы; пренебрежительное отношение; а также оскорбление достоинства и неуважение» [28], на основании чего выводятся **основные виды жестокого обращения:**

физическое насилие, связанное с причинением боли, нанесением травм, использованием физической силы, в том числе для ограничения свободы движения, для чего также могут быть использованы наркотические средства; неполноценное и неадекватное питание;

психологическое или эмоциональное жестокое обращение, приводящее к психическим страданиям;

финансовое и материальное насилие, подразумевающее «незаконную или неуместную эксплуатацию или использование сбережений и имущества старых людей»;

сексуальное насилие — нарушение права человека на сексуальную неприкосновенность и свободу (подразумевается насильственный сексуальный контакт любого рода);

отсутствие ухода — отказ или неспособность осуществлять уход за пожилым человеком, что может сочетаться с намеренным жестоким обращением с целью причинения физических и эмоциональных мучений (на жестокое обращение может указывать несоответствующая сезону одежда и обувь; отсутствие необходимых технических средств реабилитации, очков, лекарств).

Европейская экономическая комиссия ООН также выделяет такой вид жестокого обращения с пожилыми людьми, как дискриминация (по возрастному, расовому признаку, по половой принадлежности или из-за ограниченных способностей).

Зачастую зависимость пожилого человека от агрессора или наоборот является предпосылкой для жестокого обращения. Когнитивные и физические нарушения у пожилых также могут являться факторами насилия со стороны людей, совместно проживающих, а также сотрудников учреждений, где постоянно или временно проживает пожилой.

Жертвой насилия может стать любой из пожилых людей: как ослабленные, одинокие и социально уязвимые, так и живущие полной жизнью, самостоятельные и не требующие постоянного ухода.

Кто чаще всего выступает агрессором по отношению к пожилым людям:

- лица, осуществляющие уход, в основном – родственники (партнеры, дети и т.д.), но также могут включать и медицинских сотрудников;
- люди, имеющие проблемы с психическим здоровьем, в числе которых распространены депрессия, алкогольная или наркотическая зависимость, а также уже совершавшие насилие;

- лица, находящиеся в высокой финансовой или эмоциональной зависимости от человека пожилого возраста;
- лица, имевшие проблемы во взаимоотношениях с жертвой еще до жестокого поведения по отношению к пожилому.

В качестве дополнительных факторов риска для пожилых людей выступают:

- социальная изоляция;
- социальное и финансовое неравенство;
- социальные и культурные нормы, включающие возрастные предубеждения, терпимость к насилию и неравенство полов.

Особенности учреждений с повышенным риском насилия по отношению к пожилым людям:

- низкий уровень подготовки и поддержки в коллективе;
- терпимость к насилию;
- недостаточное внимание к повседневным потребностям пожилых людей, в том числе их недостаточная автономия, а также неуважение их независимости.

При подозрении или установлении факта жестокого обращения у пациента очень важно своевременно обратиться в Службу социальной защиты и в правоохранительные органы. В таблице 10 представлен перечень индикаторов, относящихся к пожилому человеку и его попечителю, совокупность которых может являться признаками жестокого обращения.

Таблица 10. Индикаторы жестокого обращения с пожилыми по оценке ВОЗ [28]

Относящиеся к пожилому человеку

Физические

- жалобы на жестокое физическое обращение
- необъяснимые падения и травмы
- ожоги и синяки в необычных местах или необычного вида

	<ul style="list-style-type: none"> - порезы, следы на пальцах или другие доказательства физического ограничения - избыточный повторный прием лекарств или недостаточный их прием - истощение или обезвоженность организма без причин, связанных с болезнью - свидетельства неадекватного ухода или плохой гигиены - человек обращается за медицинской помощью к разным врачам или в разные медицинские центры
Поведенческие и эмоциональные	<ul style="list-style-type: none"> - изменение режима питания или проблемы со сном - страх замешательства или покорный вид - пассивность, избегание людей или увеличивающаяся депрессия - беспомощность, чувство безнадежности или беспокойство - противоречивые утверждения или другие противоречия в поведении, не связанные с психическим нездоровьем - нежелание говорить открыто - уклонение от физического или вербального контакта с попечителем, нежелание смотреть ему в глаза - изоляция пожилого человека
Сексуальные	<ul style="list-style-type: none"> - жалобы на сексуальное насилие - сексуальное поведение, нетипичное для данного пожилого человека - необъяснимые изменения в поведении, такие как агрессия, избегание людей или нанесение себе увечий - частые жалобы на боль в животе или необъяснимые вагинальные или анальные кровотечения - повторяющиеся генитальные инфекции или синяки в области груди или гениталий
Финансовые	<ul style="list-style-type: none"> - частое снятие денег со счета, что нетипично для пожилого человека - снятие денежных сумм, слишком больших для пожилого - потеря имущества

- изменение завещания или права собственности на имущество, в результате чего дом или имущество остаются новым друзьям или родственникам
- пожилой не может найти драгоценности или личные вещи
- подозрительная активность с кредитной карточкой
- отсутствие удобства, которые пожилой человек мог бы себе позволить
- отсутствие лечения, в том числе психических расстройств
- уровень ухода не способствует имуществу и доходу пожилого человека

Относящиеся к попечителю

- попечитель выглядит усталым или испытывающим стресс
- попечитель кажется чрезмерно обеспокоенным или, наоборот, беззаботным
- попечитель обвиняет престарелого в таких актах, как невожатанность
- попечитель ведет себя агрессивно
- попечитель обращается с престарелым, как с ребенком или животным
- попечитель имеет опыт злоупотребления наркотиками, другими веществами или жестоко обращается с другими людьми
- попечитель не хочет, чтобы пожилого опрашивали одного
- у попечителя оборонительная реакция, когда ему задают вопросы, враждебность или уклончивость
- попечитель ухаживает за пожилым уже долгое время

Специфика жестокого обращения с больными деменцией

Ввиду того, что у пожилых пациентов, страдающих деменцией, в той или иной степени имеются нарушения восприятия, речи, мышления, памяти, внимания и интеллекта, диагностика жестокого обращения представляет особую трудность. Пожилой дементный больной не всег-

да может запомнить факт жестокого обращения и рассказать о нем, он может быть запуган, не всегда может точно сформулировать проблему.

При насилии со стороны близких родственников (дети, внуки и др.) пациенты нередко скрывают сам факт насилия, так как стыдятся этого и не хотят уголовного преследования для своих родственников. Нередко дети — люди с алкогольной или наркотической зависимостью, психически неуравновешенные, подвергают пожилых беспомощных родителей насилию, но родители, защищая детей, умалчивают о фактах насилия в доме и придумывают другие, более приемлемые с их точки зрения объяснения. Пациенты также боятся, что после раскрытия правды ситуация станет еще хуже.

Следует учитывать, что у пожилых пациентов с когнитивными расстройствами нередко имеются проявления хронического галлюцинаторно-бредового синдрома (наиболее часто — бред ограбления, ущерба, нередко – бред ревности и преследования), депрессия, тревожность, и врач или социальный работник должен обладать знаниями и навыками по проведению дифференциального диагноза между реальным жестоким обращением с пожилым человеком и бредово-галлюцинаторным синдромом у пожилого пациента с деменцией.

Только совокупность признаков при сборе анамнеза, беседа с пациентом с глазу на глаз, наблюдении за больным и ухаживающим лицом могут позволить заподозрить жестокое обращение с пожилым пациентом.

Признаки физического насилия над больными с деменцией включают приведенные выше признаки по оценке ВОЗ (физические, поведенческие и эмоциональные, сексуальные, финансовые и относящиеся к попечителю). Специфика может проявляться в тяжести повреждений, усиленной эмоциональной реакции пожилого человека, вплоть до плаксивости, частом попадании в стационар с травмами и повреждениями, ускоренном ухудшении течения хронических заболеваний, несоответствующим прогнозам, обращении за помощью без ухаживающего лица.

Чаще всего больные жалуются на физическое нападение, избивание, недостаточное питание, отсутствие помощи в гигиенических процедурах, оставление без лекарств.

Врач, осматривающий пожилого пациента, заподозрив жестокое обращение, должен проводить беседу с ним тет-а-тет и прямо спрашивать больного, не подвергался ли он насилию со стороны ухаживающих лиц.

Поведенческие и эмоциональные нарушения у больного деменцией, наряду с общими признаками насилия над пожилыми людьми, в частности, могут включать аутоагрессию и самоповреждения, а также хронические боли.

Для того чтобы оценить степень хронической боли у дементного больного, на ранних стадиях деменции, при относительной сохранности речи и способности к коммуникации у больных может применяться числовая рейтинговая шкала боли, шкала лиц для оценки интенсивности боли (Faces Pain Scale) [29]. **При тяжелой деменции о наличии болевого синдрома могут свидетельствовать:**

- 1) изменение мимики больного (grimаса страдания, частое моргание, зажмуривает глаза, морщит лоб, сжимает зубы), слезотечение;
- 2) вербализация, вокализация (стонет, ноет, кричит, ругается);
- 3) движения тела: сжимает кулаки, поджимает ноги, изменение походки (хромает), держится за больное место, покачивается в кровати, напряженная, ригидная поза;
- 4) изменение межличностных взаимодействий (прекращение вербального и невербального общения, агрессивное поведение, нарушение контроля над тазовыми функциями, асоциальное поведение);
- 5) изменение паттернов бытовой активности и обычного поведения (отказ от еды, нарушение сна, не хочет вставать с постели, одеваться, гулять, нарушение навыков гигиены);
- 6) изменение психического статуса (плаксивость, возбуждение, апатия, озлобленность, появление нарушений сознания).

В случае недостаточного внимания к поведенческим симптомам, указывающим на хроническую боль у больного с деменцией, может иметь место лишнее, нецелесообразное лечение антипсихотическими препаратами.

Учитывая то, что у некоторых пожилых пациентов с когнитивными расстройствами имеются также не диагностированные хронические психические заболевания (или пациенты и их родственники скрывают факт наличия психического заболевания), социальные ра-

ботники и средний медперсонал должны иметь представления о некоторых признаках возможного психического расстройства.

Существует ряд признаков, которые могут указывать на наличие галлюцинаторно-бредового синдрома у пациента (Таблица 11), при подозрении на наличие которого показана консультация психиатра.

Таблица 11. Возможные признаки галлюцинаторно-бредового синдрома

Галлюцинации	Галлюцинация – восприятие, возникающее без внешнего объекта. Подразделяются на зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, на связанные с ощущениями на поверхности тела, в органах, а также ложные ощущения, связанные с чувством движения или ощущения тела в пространстве.
Сенестопатии	Сенестопатии проявляются тягостными ощущениями на поверхности тела или во внутренних органах, при которых какие-либо изменения в тканях и органах не диагностируются, то есть ощущения лишены предметности; могут включать термические ощущения, ощущение перемещения, чувство натяжения и т.д.
Бред преследования	Пациент сообщает, что он подвергается преследованию со стороны какого-то человека или группы лиц. Причины подобного преследования, как правило, не связаны с реальностью, вычурны, нелогичны, не имеют реальных доказательств. Переубедить пациента не представляется возможным.
Бред ущерба и/или физического воздействия	Пациент сообщает, что ему вредят определенные лица – воруют вещи, подсыпают в пищу яд и т.п., заражают опасными заболеваниями.
Ипохондрический бред	У пациента есть патологическая убежденность в наличии какого-либо (обычно тяжелого) заболевания, что проявляется в гипертрофированной озабоченности за свое здоровье. При ипохондрии пациенты склонны не доверять результатам анализов, опровергающих наличие патологического состояния. Попытки убедить пациента в отсутствии болезни встречаются сопротивление, больные считают врача некомпетентным, недоброжелательным и т.д., не довольны лечением. Часто их бред происходит из информации о медицинских заболеваниях, полученной от знакомых, СМИ, из книг.

Своевременное выявление и лечение деменции, а также других расстройств, затрагивающих психику, у пожилых людей, особое отношение к таким больным и повышенное внимание к ситуациям, для которых характерен риск жестокого обращения, является показателем высокого профессионализма медицинского работника и залогом предупреждения насилия по отношению к пациенту.

Действия при нарушении прав пожилых пациентов

Жестокое обращение с пожилыми пациентами в медицинских учреждениях является недопустимым. Люди пожилого и старческого возраста зачастую ослаблены, особо уязвимы и обращаются к врачам и медицинским сестрам за помощью. В случае же жестокого обращения пациент будет чувствовать себя жертвой, испытывать чувства отчужденности, недоверия, незащищенности, что в совокупности скажется на ухудшении его физического и психологического здоровья.

Необходимо комплексно подходить к созданию среды, свободной от насилия к пожилым людям, в медицинском учреждении: проводить подготовку медицинского персонала по профилю «гериатрия»; организовать медицинское, социально-психологическое сопровождение пожилых пациентов; обеспечить доступность медицинской помощи, в том числе и высокотехнологичной медицинской помощи; не допускать стигматизации и дискриминации пожилых людей; применять в работе протоколы по лечению боли; использовать клинические рекомендации по особенностям питания и водного режима, комнатной температуре, гигиене пожилых пациентов, падениям, делирию, сенсорным дефицитам; обеспечить надлежащий уход, кормление, базовые гигиенические процедуры; создать безбарьерную среду: наличие пандусов, поручней, табличек с крупным шрифтом и шрифтом Брайля; осуществлять наблюдение за пациентами с выраженными когнитивными нарушениями, основанное на уважении к личности; для пациентов, нуждающихся в особом регулярном уходе, важно привлекать членов семьи, опекунов, волонтеров, социальных работников; проводить активное наблюдение пожилых пациентов на дому; разработать механизм взаимодействия с другими медицинскими и социальными учреждениями.

В работе по предотвращению жестокого обращения с пожилыми людьми:

- 1) необходимо установить контакт с пожилыми людьми и лицами, заботящимися о них, для того чтобы понимать их трудности и иметь возможность оказать помощь;
- 2) сообщать о фактах жестокого обращения или о своих подозрениях уполномоченным органам;
- 3) уметь отличать признаки жестокого обращения с пожилыми людьми от нормального течения процесса старения;
- 4) отслеживать судьбу пожилых людей, имеющих очень небольшое количество близких людей, родственников;
- 5) лицам, заботящимся о пожилых людях при необходимости должна оказываться моральная и действенная поддержка;
- 6) в случаях, когда это разумно и возможно, нужно вовлекать в решение проблем со здоровьем и материальным положением пожилых людей не только членов семьи и официальных опекунов, но и других лиц;
- 7) оказывать помощь имеющим алкогольную или наркотическую зависимость пожилым людьми или их опекунам.

При подозрении на нарушение прав пожилого пациента рекомендовано медицинским работникам:

- 1) опрашивать пациента наедине, задавая прямые вопросы о возможном физическом насилии, ограничениях, отсутствии ухода;
- 2) предполагаемого виновника насилия также опрашивать отдельно;
- 3) уделить пристальное внимание отношениям между пациентом и предполагаемым виновником;
- 4) провести всестороннее медицинское обследование пациента, учитывая медицинские, функциональные и когнитивные факторы.

Случаи жестокого обращения с пожилыми людьми имеют определенные предпосылки. Когда с возрастом круг возможностей человека сужается, отношение к нему может ухудшаться. Из-за того, что пожилые подопечные часто имеют инвалидность в связи с физиче-

ским состоянием здоровья и зависят от помощи окружающих, к ним порой относятся, как к психически неполноценным или как к детям. Так, пожилые люди теряют возможность быть услышанными, не имеют внимания и должного уважения от окружающих.

Некоторые люди могут иметь проблемы личного характера, негативно влияющие на их работу, в том числе давление со стороны семьи, проблемы с психическим здоровьем или употреблением веществ, но данный фактор может объяснять лишь малую толику случаев жестокого обращения и часто может быть устранен благодаря поддержке со стороны организации.

Формирование свободной от насилия к пожилым людям среды должно вестись по двум направлениям: предотвращение насилия и вмешательство в ситуацию. Сотрудники медицинского учреждения и волонтеры должны не только уметь распознавать и признавать факты жестокого обращения, но и развивать внутренние качества, позволяющие не проявлять агрессию.

Медицинские организации должны **иметь четкий свод правил по борьбе с жестоким и пренебрежительным отношением**, который позволит сотрудникам распознавать его и адекватно реагировать на инциденты. Факты жестокого обращения и подробности их урегулирования должны вноситься в специальный протокол.

Свод правил включает в себя ряд шагов, необходимых для того, чтобы понять ситуацию изнутри и сообщить в соответствующие структуры, в числе которых могут быть органы правовой защиты, организации, осуществляющие аккредитацию и лицензирование, также о факте жестокого отношения могут быть уведомлены отдельные лица (родственники, адвокат пострадавшего).

Пожилые люди, оказавшиеся жертвами жестокого обращения, могут отказываться обсуждать проблему из-за страха, что она усугубится (их обидчик может сделать что-то в отместку, или отношение персонала ухудшится, а качество оказания помощи снизится). Иногда, из-за потери зрения или проблем с памятью, пожилой человек не может определить, от кого конкретно исходила агрессия. Люди, имеющие проблемы с коммуникацией, например, из-за инсульта или болезни Паркинсона, порой не могут сообщить о насилии.

Если фактов, подтверждающих жестокое обращение, недостаточно, тогда необходимо сконцентрировать усилия на оказании помощи пациенту, по отношению к которому подозревается насилие, и быть непредвзятым к сотрудникам.

В ситуации жестокого обращения с пожилыми людьми должен в первую очередь вмешиваться персонал учреждения, ведущая роль отводится медицинским работникам.

В передовых медицинских учреждениях руководство и сотрудники прилагают усилия для создания обстановки, не допускающей жестокого обращения с пациентами, когда поддерживается качество медицинской помощи, уважаются права и учитываются потребности пациентов. Такая среда выступает связующим звеном для элементов внутренней политики и направлений деятельности организации.

Акцент работы, связанной с противодействием жестокому обращению, должен быть поставлен не столько на том, чтобы определить, был ли инцидент фактом жестокого обращения, сколько на минимизации фактического ущерба, причиненного пожилому человеку, а также предупреждении подобных ситуаций в будущем.

КОМПЛЕКС МЕР ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ РАЗВИТИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЛИЦ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

Федеральный проект «Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения «Старшее поколение» является частью национального проекта «Демография», приоритетной задачей которого является увеличение периода активного долголетия и продолжительности здоровой жизни. В рамках реализации мероприятий федерального проекта «Старшее поколение» был разработан комплекс мер по предупреждению развития и прогрессирования когнитивных нарушений у лиц старшего возраста. Основные положения этой программы представлены в настоящей главе.

Деменция — тяжелое когнитивное расстройство, нарушающее профессиональную, бытовую и социальную активность пациента пожилого и старческого возраста. По оценкам экспертов, деменция диагностирована у 47 млн чел. (около 5% населения мира пожилого и старческого возраста). Согласно прогнозу Всемирной организации здравоохранения эта цифра может вырасти до 75 млн чел. — к 2030 г. и 132 млн чел. — к 2050 г. Деменция является одной из ведущих причин снижения качества жизни и утраты автономности людьми пожилого и старческого возраста, накладывает физическое, психологическое, социальное и экономическое бремя на членов семьи пациентов и общество в целом.

Своевременно начатая терапия на стадии недементных когнитивных расстройств, способна значительно отсрочить развитие деменции, сохранить качество жизни и автономность пожилого человека. К сожалению, в настоящее время отсутствует эффективное лечение когнитивных нарушений на стадии деменции.

Ввиду роста количества пациентов с когнитивными расстройствами, в программы подготовки и повышения квалификации специалистов с высшим и средним медицинским образованием необходимо включение вопросов, касающихся когнитивных расстройств, их профилактики, диагностики, лечения и ухода за больными с деменцией. В ведении пациентов с когнитивными расстройствами большое значение имеют методы физической реабилитации, поведенческой терапии, эрготерапии, поэтому требуется подготовка и обучение врачей соответствующих специальностей для работы в составе мультидисциплинарных бригад.

Медицинская помощь пациентам пожилого и старческого возраста при реализации комплекса мер в части профилактики и раннего выявления когнитивных нарушений у лиц пожилого и старческого возраста осуществляется в объеме в соответствии с уровнем оказания помощи и задачами этапа (Таблица 12).

Таблица 12. Организация медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста с целью профилактики и раннего выявления когнитивных нарушений у лиц пожилого и старческого возраста

Структура	Задачи
Первичная медико-санитарная помощь	
Кабинеты и отделения медицинской профилактики	Скрининг старческой астении
	Скрининг когнитивных нарушений
Кабинеты врача-терапевта (участкового), врача общей практики (семейного врача)	Выявление и коррекция факторов риска когнитивных нарушений
	Профилактическое консультирование по снижению риска когнитивных нарушений
	Наблюдение за пациентами и их маршрутизация к врачам-специалистам

Первичная специализированная медико-санитарная помощь

Гериатрический кабинет и кабинеты врачей-специалистов (невролога, психиатра), кабинет нарушений памяти* во взаимодействии с другими службами Поликлиники гериатрического центра	Профилактика когнитивных нарушений Диагностика и лечение когнитивных нарушений Реализация комплексных программ нейрокогнитивной реабилитации для пациентов с участием мультидисциплинарной команды Взаимодействие с социальными службами Организация школ для пациентов и членов их семей/ухаживающих лиц
--	---

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь

Гериатрическое отделение и другие отделения стационара, где осуществляется консультация врача-гериатра или другого специалиста (врача-невролога, врача-психиатра), обладающего навыками оказания помощи пациентам с когнитивными нарушениями	Обеспечить консультацию врача-специалиста с целью определения тактики ведения пациента с когнитивными нарушениями Гериатрическое отделение: реализация комплексных программ нейрокогнитивной реабилитации для пациентов с участием мультидисциплинарной команды Обеспечить выполнение регламента медицинской организации по профилактике по раннему выявлению и профилактике когнитивных нарушений, по ранней диагностике и коррекции делирия Всем госпитализированным пациентам 60 лет и старше независимо от повода и профиля госпитализации в период нахождения в стационаре рекомендуется: <ul style="list-style-type: none">• оценивать наличие когнитивных нарушений по тесту Мини-Ког,• проводить скрининг гериатрического делирия с использованием шкалы спутанности сознания. <i>(результаты оценки документируются в истории болезни, осуществляются меры ухода и наблюдения в соответствии с регламентами по профилактике и раннему выявлению когнитивных нарушений, ранней диагностике и коррекции делирия, при выписке пациенту даются соответствующие рекомендации по консультированию и дальнейшей маршрутизации)</i>
---	--

**Специализированные
отделения: гериатрические,
неврологические,
психиатрические**

Ведение пациентов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи по профилю и клиническими рекомендациями

Обеспечить выполнение регламента медицинской организации по профилактике по раннему выявлению и профилактике когнитивных нарушений, по ранней диагностике и коррекции делирия

Всем госпитализированным пациентам 60 лет и старше независимо от повода и профиля госпитализации в период нахождения в стационаре рекомендуется:

- оценивать наличие когнитивных нарушений по тесту Мини-Ког,
- проводить скрининг гериатрического делирия с использованием шкалы спутанности сознания.

(результаты оценки документируются в истории болезни, осуществляются меры ухода и наблюдения в соответствии с регламентами по профилактике и раннему выявлению когнитивных нарушений, ранней диагностике и коррекции делирия, при выписке пациенту даются соответствующие рекомендации по консультированию и дальнейшей маршрутизации)

Гериатрический центр

Ведение пациентов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи по профилю и клиническими рекомендациями

Обеспечить выполнение регламента медицинской организации по профилактике по раннему выявлению и профилактике когнитивных нарушений, по ранней диагностике и коррекции делирия

Всем госпитализированным пациентам 60 лет и старше независимо от повода и профиля госпитализации в период нахождения в стационаре рекомендуется:

- оценивать наличие когнитивных нарушений по тесту Мини-Ког,

- проводить скрининг гериатрического делирия с использованием шкалы спутанности сознания.

(результаты оценки документируются в истории болезни, осуществляются меры ухода и наблюдения в соответствии с регламентами по профилактике и раннему выявлению когнитивных нарушений, ранней диагностики и коррекции делирия, при выписке пациенту даются соответствующие рекомендации по консультированию и дальнейшей маршрутизации)

Координация деятельности структур, вовлеченных в организацию медицинской помощи пациентам с когнитивными расстройствами

Ведение базы данных о пациентах пожилого и старческого возраста с когнитивными нарушениями

Рекомендуется организовывать на функциональной основе центры лечения когнитивных расстройств на базе гериатрического центра или неврологических/психиатрических отделений в структуре соответствующих многопрофильных стационаров.

Медицинская помощь и социальное обслуживание (долговременный уход)

На дому

Стационарное учреждение социального обслуживания

Отделения сестринского ухода

Отделения паллиативной помощи

Социальное сопровождение и уход за пациентами с тяжелыми когнитивными нарушениями/деменцией

Реализация мероприятий Федерального проекта «Старшее поколение» по созданию Системы долговременного ухода

* Кабинет нарушений памяти может быть создан на функциональной основе на базе кабинета врача-гериатра, врача-невролога, врача-психиатра.

Таким образом, важнейшее значение имеет профилактика когнитивных нарушений, раннее выявление недементных форм когнитивных нарушений и своевременное начало лечения, а также организация медицинской помощи больным и социального обслуживания лиц с когнитивными расстройствами.

При надлежащей поддержке многие пациенты пожилого и старческого возраста могут и должны сохранять автономность и само-

обслуживание, принимать участие в жизни семьи, иметь достойное качество жизни. Для удовлетворения потребностей пациентов с деменцией и лиц, осуществляющих уход за ними, необходима интеграция деятельности медицинских и социальных служб и координированное развитие современных видов медицинской помощи и социального обслуживания больным и их семьям (лицам, осуществляющим уход).

ПРОФИЛАКТИКА ПАДЕНИЙ И ПЕРЕЛОМОВ

Падения и переломы являются ключевыми гериатрическими синдромами, значительно ухудшающими качество жизни и прогноз автономности людей пожилого и старческого возраста. Профилактика падений и переломов у лиц пожилого и старческого возраста является стратегической задачей для обеспечения здорового старения, сохранения качества жизни пожилого человека и его независимости от посторонней помощи, а также сокращения экономических затрат на здравоохранение и социальную поддержку. Для решения этой задачи разработан комплекс мер, направленных на профилактику падений и переломов у лиц пожилого и старческого возраста (далее — комплекс мер).

Падение — происшествие, при котором человек внезапно оказывается на земле или на другой низкой поверхности, за исключением случаев, являющихся следствием нанесенного удара, потери сознания, внезапного паралича или эпилептического припадка.

Падения в пожилом возрасте — многофакторный синдром, в основе патогенеза которого лежит сложное взаимодействие внутренних (физические, сенсорные и когнитивные изменения, связанные со старением, другие медицинские проблемы) и внешних причин, включающих в том числе окружающую среду, не адаптированную для стареющего населения. Падения не должны игнорироваться и восприниматься как «норма» в пожилом возрасте.

По оценкам Всемирной организации здравоохранения треть всех людей старше 65 лет падают ежегодно, более половины из них — повторно. Распространенность синдрома падений увеличивается с возрастом от 30% у пациентов 65 лет, до 50% среди 80 лет и старше. При-

мерно 10–15% падений приводят к серьезным повреждениям, таким как травмы головы или перелом бедра, 20–30% получают повреждения, приводящие к снижению мобильности и функционального статуса. Последствия падений являются пятой по распространенности причиной смерти пожилых людей.

Переломы проксимального отдела бедра являются тяжелым, угрожающим жизни повреждением, имеющим огромные социальные и экономические последствия. Летальность доходит до 40% после перелома проксимального отдела бедренной кости, среди выживших через год 64% пациентов не выходят из дома, при этом половина из них прикована к постели. Правильно организованная медицинская помощь позволяет значительно снизить летальность пациентов, получивших данный перелом, что, в свою очередь, в короткие сроки приводит к увеличению средней продолжительности жизни населения. Расчеты экспертов показывают, что внедрение международных принципов лечения пациентов с переломами проксимального отдела бедра (хирургическое лечение в течение 48 ч. с последующим ведением и реабилитацией мультидисциплинарной командой) сохранит 30 000 жизней ежегодно, приведет к снижению коэффициента смертности населения старше трудоспособного возраста на 2,0% и увеличению ожидаемой продолжительности жизни при рождении на 0,16 года.

Алгоритм скрининга риска падений, переломов и маршрутизации пациентов

Скрининг риска падений, переломов и старческой астении у лиц 65 лет и старше осуществляется при проведении профилактических осмотров и диспансеризации путем анализа ответов пациентов на вопросы анкеты диспансеризации для граждан 65 лет и старше (*Приложение 3*).

Риск падений

1. Для скрининга риска падений используются следующие вопросы анкеты диспансеризации для граждан 65 лет и старше:

- Были ли у Вас в течение последнего года травмы, связанные с падением, или падения без травм?

- Чувствуете ли Вы неустойчивость, когда встаете или идете?
- Боитесь ли Вы упасть?

2. В случае утвердительного ответа на 1 из 3 вопросов анкеты выполнить оценку походки с помощью теста «Встань и иди».

3. Положительный ответ на 1 из вопросов или результат теста «Встань и иди» >14 указывают на высокий риск падений.

4. Пациенту с низким риском падений проводится профилактическое консультирование по профилактике падений — по физической активности, питанию, организации безопасного быта. При выявлении снижения зрения, слуха, недержания мочи по данным анкетирования пациент направляется к соответствующим специалистам для коррекции указанных факторов риска падений.

5. Пациент с низким риском падений наблюдается врачом общей практики/врачом терапевтом участковым, который оценивает риск падений при каждом визите пациента путем получения ответа на вопросы:

- Были ли у Вас в течение последнего года травмы, связанные с падением, или падения без травм?
- Чувствуете ли Вы неустойчивость, когда встаете или идете?
- Боитесь ли Вы упасть?

При появлении положительного ответа хотя бы на 1 из 3 вопросов врач общей практики/врач терапевт участковый проводит диагностическое обследование согласно клиническим рекомендациям «Падения у пациентов пожилого и старческого возраста» <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/recomend/1030>.

6. Пациент с высоким риском падений направляется на консультацию к врачу-гериатру или врачу-неврологу для проведения многофакторной оценки риска падений и разработки индивидуального плана профилактики падений согласно действующим клиническим рекомендациям «Падения у пациентов пожилого и старческого возраста».

7. При сочетании высокого риска падений с синдромом старческой астении диспансерное наблюдение пациента осуществляет врач-гериатр.

Риск остеопоротических переломов

1. Положительный ответ на вопрос анкеты для граждан 65 лет и старше, заполняемой при диспансеризации, «Были ли у Вас переломы позвонков, шейки бедра, шейки плечевой кости или множественные переломы (в том числе разных костей и в разное время)» свидетельствует о наличии остеопороза и высокого риска остеопоротического перелома. Пациент направляется к врачу-гериатру, или врачу-эндокринологу, или врачу-ревматологу для дальнейшего обследования и назначения антиостеопоротической терапии.

2. У пациентов, отрицательно ответивших на указанный вопрос, оценивается 10-летний риск переломов по алгоритму FRAX с целью стратификации по риску переломов и определения показаний для назначения антиостеопоротической терапии (для российской популяции <http://www.osteoporoz.ru/content/view/891/113/>). Для алгоритма FRAX используется следующая информация, полученная при физическом исследовании и анкетировании для граждан 65 лет и старше:

- Возраст
- Пол
- Вес
- Рост
- Анамнез предшествующего перелома
- Анамнез перелома бедра у родителей
- Курение в настоящее время
- Прием глюкокортикостероидов
- Анамнез ревматоидного артрита
- Анамнез сахарного диабета
- Употребление алкоголя 3 и более единиц в день

3. При профилактическом консультировании пациентов с низким риском перелома необходимо учесть риск падений и другие факторы риска остеопоротических переломов.

4. Если риск остеопоротического перелома высокий (положительный ответ на вопрос или результат оценки по алгоритму FRAX) или средний (по FRAX), пациент направляется к врачу-гериатру, или врачу-эндокринологу, или врачу-ревматологу для дальнейшего обследования, включая денситометрию и назначения антиостеопоротической терапии. Пациенту со средним риском перелома по FRAX должна быть выполнена денситометрия и перерасчет риска с учетом минеральной плотности кости.

5. Если у пациента с высоким риском переломов нет других показаний для наблюдения врачом-специалистом (например, старческой астении, являющейся показанием для диспансерного наблюдения врачом-гериатром), дальнейшее наблюдение пациента проводит врач общей практики/врач терапевт участковый, который мониторирует эффективность и безопасность антиостеопоротической терапии.

Маршрутизация пациентов в зависимости от риска переломов и падений представлена на *рисунке 9*.

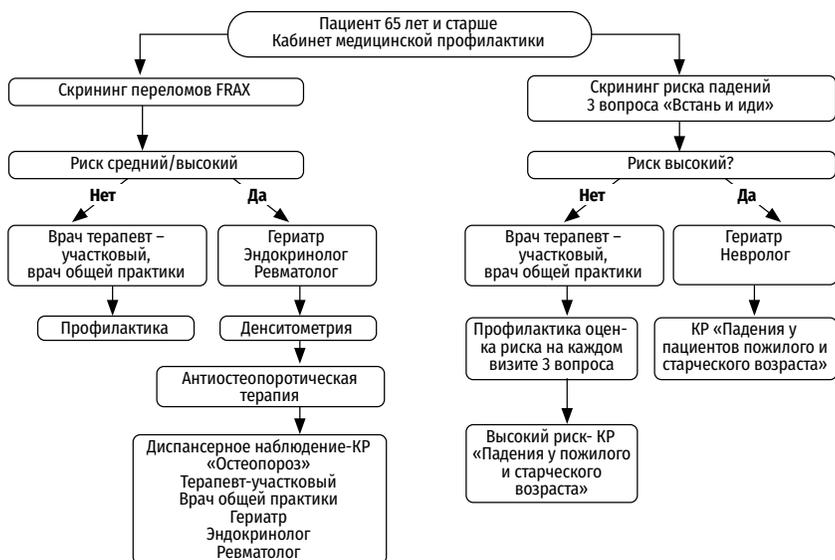


Рисунок 9. Алгоритм скрининга риска падений, переломов и маршрутизации пациентов

Объем медицинской и социальной помощи пациентам с переломами и падением на каждом этапе определяется установленными порядками оказания медицинской помощи отдельных видов (по профилю), клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи. Перечень мероприятий, рекомендованных к выполнению в соответствии с уровнем учреждения, представлен в *Таблице 13*.

Таблица 13. Организация инфраструктуры медицинской и социальной помощи пациентам пожилого и старческого возраста при реализации комплекса мер в части профилактики падений и переломов

Структура	Задачи
Первичная медико-санитарная помощь	
Кабинеты и отделения медицинской профилактики	Скрининг старческой астении Скрининг риска падений и переломов Выявление и коррекция факторов риска падений и переломов
Кабинеты терапевта, врача общей практики	Профилактическое консультирование по снижению риска падений и переломов Диспансерное наблюдение пациентов с первичным остеопорозом Наблюдение за пациентами и их маршрутизация к врачам-специалистам
Первичная специализированная медико-санитарная помощь	
Гериатрический кабинет и кабинеты врачей-специалистов (ревматолога, эндокринолога) во взаимодействии с другими службами поликлиники / гериатрического центра*	Профилактика падений и остеопоротических переломов Диагностика и лечение остеопороза Взаимодействие с социальными службами Организация школ для пациентов и членов их семей/ухаживающих лиц
Центр профилактики остеопороза**	Денситометрия***

Специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь	
Гериатрическое отделение и другие отделения стационара, где осуществляется консультация врача-гериатра или другого специалиста, обладающего навыками оказания помощи пациентам с риском падений и переломов	Обеспечить консультацию врача-специалиста с целью профилактики падений и переломов.
Отделение травматологии и ортопедии	<p>Обеспечить выполнение хирургического вмешательства у пациентов с переломом проксимального отдела бедренной кости в течение 48ч. после установления диагноза при отсутствии абсолютных противопоказаний.</p> <p>Обеспечить ведение пациента с переломом проксимального отдела бедра мультидисциплинарной командой.</p> <p>Организация перевода пациентов в реабилитационные отделения по принципу стационар-стационар с целью исключения выписки пациентов домой в ранние сроки после хирургического вмешательства по поводу перелома проксимального отдела бедренной кости.</p> <p>Организация работы координатора службы профилактики повторных переломов.</p>
Отделение реабилитации	Обеспечить реабилитацию пациентов, перенесших переломы, и пациентов после хирургического лечения перелома проксимального отдела бедренной кости.
Долговременная медицинская и социальная помощь и уход	
На дому Стационарное учреждение социального обслуживания Отделения сестринского ухода Отделения паллиативной помощи	Выявление и социальное сопровождение/уход за пациентами с высоким риском падений и переломами. Реализация мероприятий Федерального проекта «Старшее поколение» по созданию Системы долговременного ухода.

* Рекомендуется оснащение гериатрического центра, центра профилактики остеопороза двухэнергетическим рентгеновским денситометром или обеспечение взаимодействия с медицинскими организациями, обладающими возможностью проведения двухэнергетической рентгеновской денситометрии

** Организация работы регулируется Приказом Минздрава России от 11 августа 1997 года № 239 «Об организации центров профилактики остеопороза»

*** Организация работы регулируется Приказом Минздрава России от 9 июня 2020 года № 560н «Об утверждении Правил проведения рентгенологических исследований»

Организация помощи пациентам с переломом проксимального отдела бедра

Организация помощи пациентам пожилого и старческого возраста с остеопоротическими низкоэнергетическими переломами проксимального отдела бедра в рамках реализации комплекса мер должна обеспечить своевременную идентификацию падений, максимально раннюю диагностику переломов, внедрение оптимальной маршрутизации для их лечения на основе междисциплинарного взаимодействия между службами скорой и неотложной помощи, травматологической, гериатрической и реабилитационными службами и межведомственного взаимодействия медицинских и социальных служб.

• Меры по обеспечению хирургического лечения пациентов с переломом проксимального отдела бедра не позже двух суток (48 часов) с момента установления диагноза.

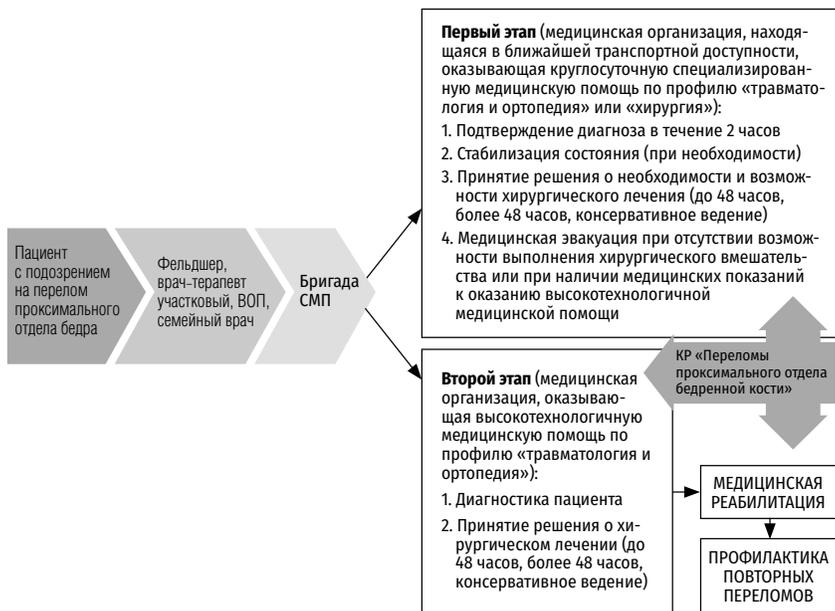


Рисунок 10. Схема маршрутизации при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста с переломом проксимального отдела бедра.

Ранняя диагностика переломов проксимального отдела бедра и маршрутизация пациентов с переломом проксимального отдела бедра

• **Врач общей практики/врач-терапевт участковый/фельдшер** при вызове к пациенту с подозрением на перелом проксимального отдела бедра в случае выявления хотя бы одного диагностического критерия устанавливает предварительный диагноз «перелом проксимального отдела бедра» и в обязательном порядке вызывает бригаду скорой медицинской помощи.

• **Бригада скорой медицинской помощи** при вызове к пациенту с подозрением на перелом проксимального отдела бедра после оценки диагностических критериев перелома обеспечивает транспортировку пациента в медицинское учреждение, оказывающее специализированную медицинскую помощь пациентам пожилого и старческого возраста по профилю «травматология и ортопедия», согласно утвержденной в регионе схеме маршрутизации при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста с переломом проксимального отдела бедра.

• **Перелом проксимального отдела бедра** у пожилого человека является абсолютным показанием для госпитализации. Пациенту с переломом проксимального отдела бедра не может быть отказано в госпитализации. Причина отказа пациента от стационарного лечения должна быть зафиксирована в истории болезни с личной подписью пациента и отражена в форме статистического учета.

• **Маршрутизация пациента** осуществляется в травматологический центр, согласно утвержденной в регионе схеме маршрутизации при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста с переломом проксимального отдела бедра.

• **Первый этап маршрутизации** — бригада скорой медицинской помощи доставляет пациентов с переломом проксимального отдела бедра в

медицинскую организацию, находящуюся в ближайшей транспортной доступности, оказывающую круглосуточную специализированную медицинскую помощь по профилю «травматология и ортопедия» или «хирургия» в отделение травматологии и ортопедии или хирургическое отделение, имеющее в своем составе травматолого-ортопедические койки.

• **Второй этап маршрутизации** — при отсутствии возможности выполнения хирургического вмешательства по поводу перелома проксимального отдела бедра или при наличии медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи пациент с переломом проксимального отдела бедра **должен быть переведен в установленные сроки в травматологический центр** — медицинскую организацию, оказывающую специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь по профилю «травматология и ортопедия».

• С учетом особенностей конкретных субъектов (площадь, транспортная доступность, количество травматологических центров) возможна организация одноэтапной схемы маршрутизации пациента с подозрением на перелом проксимального отдела бедра непосредственно в медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь по профилю «травматология и ортопедия».

• В регионах с низкой плотностью населения и ограниченной транспортной доступностью медицинских организаций, оказывающих круглосуточную специализированную медицинскую помощь по профилю «травматология и ортопедия» или «хирургия», пациенты с переломом проксимального отдела бедра могут доставляться в ближайшие медицинские организации, имеющие в своей структуре реанимационные койки, хирургические койки и отделение лучевой диагностики. Медицинская организация осуществляет верификацию диагноза в течение 2 часов и организует дальнейший его перевод при отсутствии медицинских противопоказаний к транспортировке,

согласно утвержденной в регионе схеме маршрутизации при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста с переломом проксимального отдела бедра.

Медицинская помощь на первом этапе маршрутизации:

- При доставке бригадой скорой медицинской помощи пациента с подозрением на перелом проксимального отдела бедра медицинская организация осуществляет верификацию диагноза в течение 2 часов.
- При подтверждении диагноза в приемном покое пациент госпитализируется в отделение интенсивной терапии или травматологии для предоперационной подготовки.
- Пациенты с переломом проксимального отдела бедра подлежат хирургическому лечению не позже двух суток (48 часов) с момента установления диагноза. Исключения составляют пациенты с абсолютными противопоказаниями к срочному оперативному вмешательству.
- Решение об отказе от оперативного вмешательства в обязательном порядке должно быть оформлено мультидисциплинарным консилиумом.
- Подготовка пациента к операции и послеоперационное наблюдение осуществляется мультидисциплинарной командой, которая включает травматолога-ортопеда, анестезиолога-реаниматолога, гериатра (или терапевта), при необходимости — врачей других специальностей.
- Выбор метода хирургического лечения осуществляется в соответствии с действующими клиническими рекомендациями.
- При наличии абсолютных противопоказаний к срочному оперативному вмешательству пациент проходит лечение в профильном отделении с последующей оценкой возможности планового хирургического вмешательства мультидисциплинарной командой.

-
- При отсутствии возможности выполнения хирургического вмешательства по поводу перелома проксимального отдела бедра, при наличии медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется консультация с травматологическим центром, оказывающим высокотехнологичную медицинскую помощь по профилю «травматология и ортопедия», определяется возможность транспортировки, медицинской эвакуации пациента согласно схеме маршрутизации, утвержденной в регионе.
 - При наличии противопоказаний к медицинской эвакуации состояние пациента должно быть стабилизировано с последующими консультациями с травматологическим центром, оказывающим высокотехнологичную медицинскую помощь по профилю «травматология и ортопедия», для определения дальнейшей тактики лечения.

УХОД ЗА ОСЛАБЛЕННЫМИ ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ. ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С СИСТЕМОЙ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА

Организация деятельности, направленной на развитие долговременной помощи лицам с потерей автономности, является одной из наиболее важных задач государства и общества. Различные инициативы включают информирование населения с целью улучшить понимание проблем этих лиц, сформировать правильное отношение к ним, организовать поддержку и грамотный уход за ними, а также обеспечить комфортные и безопасные условия проживания, улучшающие функционирование лиц пожилого и старческого возраста. Семьи и лица, ухаживающие за людьми в состоянии старения, также нуждаются в понимании и поддержке. В результате сотрудничества многих заинтересованных сторон — государственных органов здравоохранения, социальной защиты и социального обслуживания, некоммерческих организаций, частного сектора, волонтеров, представителей общественности — удастся создать наиболее благоприятные условия для жизни в обществе ослабленных маломобильных граждан. Концепция организации долговременной помощи людям пожилого и старческого возраста должна учитывать разные варианты нарушений автономности граждан и предлагать комплексный подход к решению проблемы.

Для того чтобы осуществлять адекватную помощь и уход, необходимо выяснить и четко понимать, с удовлетворением каких потреб-

ностей человек имеет проблемы и как возможно и должно их замечать или сохранять, при этом поддерживая способность человека жить максимально автономно. **Методика оценки функционального состояния должна включать основные категории жизнедеятельности человека:**

- Способность к самообслуживанию — способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе осуществлять личную гигиену.
- Способность к самостоятельному передвижению — способность самостоятельно перемещаться в пространстве, сохранять равновесие тела при передвижении, в покое и перемене положения тела;
- Способность к ориентации — способность к адекватному восприятию окружающей обстановки, оценке ситуации, к определению времени и местонахождения.
- Способность к общению — способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки и передачи информации.
- Способность контролировать свое поведение — способность к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых и морально-этических норм.

Система долговременного ухода

С целью улучшения условий жизнедеятельности граждан пожилого и старческого возраста и инвалидов, расширения их возможности самостоятельно обеспечивать основные жизненные потребности, в Российской Федерации создается система долговременного ухода, создание и реализация которой обеспечено федеральным проектом «Старшее поколение» национального проекта «Демография».

Система долговременного ухода за гражданами пожилого и старческого возраста и инвалидами направлена на развитие и поддержание функциональных способностей граждан пожилого и старческого возраста и инвалидов, включает сбалансированное социальное обслуживание, в полустационарной и стационарной

форме с привлечением патронажной службы и сиделок, а также поддержку семейного ухода. Реализация системы долговременного ухода направлена на лиц старше трудоспособного возраста, признанных нуждающимися в социальном обслуживании. Особо необходимо выделить граждан, нуждающихся в помощи в связи с наличием хронических заболеваний, характерных для пожилого и старческого возраста, а также особенностями течения заболеваний; граждан, имеющих специфические потребности, связанные с функциональными ограничениями жизнедеятельности, характерными для пожилого и старческого возраста.

Для оптимальной работы системы долговременного ухода оценка потребности в уходе должна проводиться по единой методике гражданам с дефицитом самообслуживания, как проживающим дома, так и находящимся в медицинских учреждениях или социальных стационарных учреждениях.

Реализация системы долговременного ухода включает четыре основных этапа:

- выявление граждан, нуждающихся в долговременном уходе;
- оценка индивидуальной потребности гражданина в предоставлении социальных услуг в рамках системы долговременного ухода;
- определение объемов, видов, перечня услуг и предоставляемой помощи, составление индивидуального плана ухода;
- осуществление долговременного ухода.

Определение потребности в социальном обслуживании и уходе у граждан пожилого и старческого возраста, имеющих стойкие ограничения жизнедеятельности

В рамках реализации системы долговременного ухода создана шкала определения потребности и объема социального обслуживания и ухода. Разработанная шкала учитывает мировой опыт. Основная цель применения шкалы — установить степень ограничения жизнедеятельности и определить потребность в долговременном уходе. Первично оценка нуждаемости в социальном обслуживании и уходе проводится в медицинском учреждении. Детальная оценка объема,

вида обслуживания, перечня услуг проводится с помощью инструмента типизации в рамках системы долговременного ухода органа-ми социальной защиты населения.

Показания к проведению оценки потребности в долговременном уходе

1. Наличие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость социального обслуживания.

2. Вероятное снижение функциональной активности, связанное с возрастом, наличием или последствиями перенесенных заболеваний и травм.

3. Вероятное снижение функциональной активности в сочетании с развитием острого заболевания или состояния, которое может ухудшить функциональное состояние (заболевание, потеря близкого человека, другая стрессовая ситуация или психическая травма, др.).

4. Вероятное снижение функциональной активности после выполнения медицинских вмешательств (инвазивные диагностические процедуры, хирургическое вмешательство, др.).

5. Наличие неизлечимого прогрессирующего заболевания и состояния, необходимость в паллиативной помощи в связи со снижением уровня функциональной активности и появлением или повышением уровня зависимости (при отсутствии показаний к стационарной медицинской помощи).

Первично определение в необходимости предоставления долговременного ухода лицам пожилого и старческого возраста проводится в медицинской организации врачами-гериатрами (Приложение 5). Врачи общей практики, участковые терапевты, семейные врачи при выявлении граждан, нуждающихся в социальной помощи и имеющих показания к проведению оценки потребности в уходе, должны направить пациентов на консультацию к врачу-гериатру, либо самостоятельно передавать информацию в учреждения социальной защиты. В медицинских учреждениях должен реализовываться про-

активный принцип при выявлении граждан, нуждающихся в социальной помощи и уходе.

Рекомендации по предоставлению долговременного ухода лицам, нуждающимся в уходе, и инвалидам оформляются при выписке из стационара или поликлиники медицинской организации в виде расширенных рекомендаций по предоставлению помощи и уходу.

В случае определения необходимости в долговременном уходе информация о потребности оказания социальной помощи и ухода передается в органы социальной защиты населения.

В целях обеспечения информационного обмена в субъектах Российской Федерации определяется оператор системы межведомственного взаимодействия. При организации обмена информацией используется информационная система, на базе которой осуществляется интеграция и (или) синхронизация информационных систем, содержащих сведения в сфере социального обслуживания, социальной защиты и охраны здоровья. Обеспечение защиты информации при обмене данными должно осуществляться в соответствии с требованиями Федеральных законов от 27 июля 2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», от 27 июля 2006 № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации».

Выявление граждан пожилого и старческого возраста, нуждающихся в долговременном уходе

Выявление граждан пожилого и старческого возраста, нуждающихся в предоставлении социального обслуживания и ухода в рамках системы долговременного ухода, осуществляется участниками системы долговременного ухода в рамках межведомственного взаимодействия.

В целях выявления граждан, имеющих ограничения жизнедеятельности и нуждающихся в долговременном уходе, **органы исполнительной власти в рамках осуществления своих полномочий могут:**

- проводить опрос граждан пожилого и старческого возраста, обращающихся в органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сферах социального обслуживания и здравоохранения,

в организации социального обслуживания, медицинские организации, территориальные органы Пенсионного фонда Российской Федерации, Фонда социального страхования Российской Федерации, федеральные учреждения медико-социальной экспертизы;

- получать от медицинских организаций через координационный центр системы долговременного ухода информацию о гражданах пожилого и старческого возраста, имеющих снижение функциональной активности;

- получать от организаций социального обслуживания через координационный центр системы долговременного ухода информацию о гражданах, имеющих значительное снижение функциональной активности и нуждающихся в медицинской помощи;

- осуществлять подомовые обходы органами местного самоуправления, представителями общественных организаций и объединений, действующих в интересах граждан пожилого и старческого возраста, волонтерами-медиками в рамках периодических выездов, в том числе в сельские населенные пункты;

- организовать работу единого телефона по вопросам социального обслуживания, позвонить на который могут сами граждане, нуждающиеся в помощи или лица, располагающие информацией о гражданах, нуждающемся в социальной помощи.

На первом этапе получения информации большое значение имеет то, что необходимо использовать не только заявительный, но и проактивный принцип выявления граждан пожилого и старческого возраста с ограничениями жизнедеятельности и потребностью в посторонней помощи.

Заявительный принцип предполагает обращение гражданина или его родственников, попечителей в социальную службу.

Проактивный принцип предполагает активное выявление граждан, нуждающихся в долговременном уходе при получении социальной службой информации из медицинских учреждений (поликлиники, стационара), от соседей, знакомых, служащих муниципальных служб, от волонтерских организаций. Проактивная система выявления граждан, нуждающихся в уходе, постоянной социальной под-

держке, предполагает обучение широкого круга лиц, работающих с гражданами пожилого и старческого возраста, повышение осведомленности семей, родственников, в том числе молодых лиц о проблемах, связанных с пожилым и старческим возрастом.

Оценка индивидуальной потребности граждан пожилого и старческого возраста в предоставлении социального обслуживания и ухода в рамках системы долговременного ухода

Индивидуальная потребность в предоставлении социального обслуживания и ухода определяется исходя из принципа сохранения пребывания гражданина пожилого и старческого возраста в привычной благоприятной среде.

Оценка потребности и объема долговременного ухода осуществляется в условиях проживания граждан пожилого и старческого возраста (дома, в социальном стационарном учреждении) или в медицинском учреждении (для определения потребности в уходе в период госпитализации).

Оценка потребности гражданина в долговременном уходе и его объема состоит из нескольких этапов:

1. Получение информации о необходимости проведения оценки (из медицинского учреждения — стационара, поликлиники; заявление гражданина пожилого или старческого возраста, родственников, соседей, др.).

2. Собственно обследование ограничений жизнедеятельности, прежде всего способности к передвижению, возможности ухаживать за собой, потребности в присмотре и поддержке, определение объема помощи в рамках долговременного ухода.

Результатом оценки потребности гражданина в долговременном уходе является индивидуальный план ухода, который разрабатывается на основании выявленных потребностей, индивидуальных проблем и ресурсов человека.

3. Контроль выполнения мероприятий индивидуального плана ухода.

4. Пересмотр потребности и объема предоставляемого долговременного ухода по определенному плану (с возможностью внеплановой оценки в случае необходимости).

Типизация

Для проведения оценки индивидуальной потребности в предоставлении социальных услуг гражданам, нуждающимся в долговременном уходе, в рамках системы долговременного ухода проводится процедура типизации. Инструмент типизации позволяет объективно определить степень функциональных ограничений, степень зависимости от посторонней помощи, сложности организации ухода и объем помощи, которая необходима гражданину. Процедуру типизации осуществляют органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере социального обслуживания населения или уполномоченные организации с привлечением к этой работе квалифицированных специалистов.

Инструменты типизации

С помощью бланка типизации описывается возможность вести домашнее хозяйство, способность к самообслуживанию и потребность в помощи и уходе (для надомной формы) для лиц пожилого и старческого возраста; их безопасность и информация о ресурсах, находящихся в распоряжении потенциального получателя социальной помощи (*Приложение 4*).

Фактически группа типизации отражает степень зависимости гражданина от посторонней помощи и степень адаптированности среды его проживания к потребностям, вызванным снижением его способности к самообслуживанию.

Окружающие условия должны соответствовать потребностям пожилых пациентов и способствовать увеличению уровня физического функционирования (например, наличие стульев с подлокотниками, сидений-крышек для унитазов, дверных ручек-штанг, достаточного освещения и т.д.). Важно обеспечить пожилого человека с дефицитом самообслуживания необходимыми средствами малой реабилитации, к которым относятся кресла-коляски, ходунки, противопролежневые

матрацы, туалетные стулья, функциональные кровати, прикроватные столики, подъемники, специальные столовые приборы, поручни, реабилитационные пояса, транспортировочные доски. Важно не забывать и про использование средств по уходу (пенки, крема, лосьоны для профилактики пролежней).

Индивидуальный план ухода составляется с учетом как утраченных функций лица, нуждающегося в долговременном уходе, с целью их замещения, так и сохраненных функций с целью их максимального поддержания. В план включаются все необходимые мероприятия, в том числе те, которые могут осуществляться семьей, опекуном, социальными службами, определяется порядок их выполнения.

На основании результатов проведенной оценки специалист по социальной работе составляет индивидуальный план по уходу, в котором формулируются конкретные цели и задачи, составляется перечень социальных и бытовых услуг и услуг по персональному уходу; определяются сроки выполнения и даты проверок плана ухода. Необходимо выделить приоритетные проблемы получателя социального обслуживания, а при необходимости проблемы семьи, лиц, осуществляющих уход, опекунов, выделить цели помощи (и ухода), обсудить предпочтения пациента. Индивидуальный план по уходу должен быть обсужден с гражданином с дефицитом самообслуживания (при возможности), его родственниками/опекунами и понятен им.

За получателем социально-бытовой помощи и ухода закрепляется социальный работник, **составляется индивидуальный график работы, включающей в себя следующее:**

А. Персональный уход: одевание, прием пищи, прием лекарств, поддержание личной гигиены, помощь при передвижении, наблюдение за состоянием подопечного.

Б. Оказание помощи при выполнении инструментальных повседневных бытовых действий: наведение порядка и уборка, стирка, приготовление пищи, сопровождение вне дома, покупка продуктов и выполнение поручений.

В. Общение с подопечным.

Важно решать не только социальные, но и медицинские проблемы, возникающие в ходе ухода, с целью выявления и влияния на ухудшение состояния здоровья получателя долговременного ухода.

Медицинская помощь лицам — получателям социальных услуг оказывается в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Медицинская помощь на дому (медицинский патронаж). В основе длительного наблюдения за ослабленными пожилыми людьми должно быть ведение по плану, разработанному по результатам комплексной гериатрической оценки. В рамках долговременного ухода реализуются медицинские мероприятия, включающие профилактику развития осложнений у маломобильных и лежачих получателей долговременного ухода (снижение функциональности, падения, пролежни, делирий, синдром мальнутриции, боль, депрессия, т.д.); учет особенности ведения хронических заболеваний (артериальной гипертонии, сахарного диабета, сердечной недостаточности, заболеваний суставов, недержания мочи и т.д.) и т.п. Данные услуги предоставляются в рамках трудовой деятельности патронажных работников, помощников по уходу (сиделок) и реализуются в тесном взаимодействии с медицинскими организациями.

Долговременная медицинская помощь на дому — это система профилактических мер, направленных на поддержание независимости ослабленных пожилых пациентов, а также совокупность лечебных и реабилитационных мероприятий, направленных на решение медицинских проблем, не требующих экстренной госпитализации и круглосуточного интенсивного лечения или наблюдения. Подобная организация помощи носит дифференцированный характер, определяется клинической ситуацией и социальными условиями пациента. Может быть организована в виде посещений лечащего врача, однократного консультирования врача-гериатра с проведением комплексной гериатрической оценки, посещений медицинской сестры. В случае развития острого состояния или, например, после выписки из стационара для этих пациентов организуются дополнительные посещения лечащего врача, консуль-

тации врача-гериатра для определения тактики лечения. Переход от стационарного этапа лечения к длительному домашнему наблюдению у пожилых пациентов, как правило, со сложными множественными заболеваниями и синдромом старческой астении требует дополнительного участия медицинского персонала. Исследования показывают, что у 60% пациентов при выписке возникают нежелательные явления в течение первых 4 недель нахождения дома, которые приводят к возвращению в стационар, повышают риски развития осложнений, увеличивают смертность. Ошибки в переходном периоде после выписки чаще всего происходят из-за неправильного назначения лекарственных препаратов, нарушений при передаче информации и несоблюдения рекомендованных режимов лечения. Для выписанных после госпитализации пациентов целесообразна организация дополнительных посещений врачей и среднего медицинского персонала на дом для поддержания результатов лечения и предотвращения повторных госпитализаций. Эта работа строится на взаимодействии многих специалистов, структур и ведомств. В каждом конкретном случае конфигурация этой междисциплинарной команды варьируется в зависимости от клинической ситуации и условий, в которых организуется помощь.

При наличии определенных кадровых и материальных ресурсов целесообразно предусмотреть возможность проведения интенсивного наблюдения на дому пациентов с терминальными заболеваниями, паллиативных пациентов и пациентов на завершающем этапе жизни, обеспечив при этом наблюдение лечащего врача, при необходимости — врача-гериатра, специалиста по паллиативной медицине, регулярное посещение медицинской сестры, предусмотреть участие сиделки, социального работника при поддержке семьи, опекунов и волонтеров. Организация долговременной помощи на дому требует обеспечения длительного непрерывного мониторинга, с максимально полным охватом медицинских проблем, консультирования семьи и обучения сиделок.

Поддержка семейного ухода

Уход со стороны семьи предполагает необходимость создания механизмов отслеживания качества ухода за пожилым пациентом в домашних условиях и организации поддержки членам семьи.

На членов семьи приходится более 80% долговременного ухода за пожилым пациентом. Уход может быть непростой задачей, требующей много времени, и выступать дополнительной нагрузкой к работе и выполнению других семейных обязанностей. Выполнение членом семьи в течение длительного периода функций по уходу за ослабленным пожилым человеком в отсутствии поддержки со стороны третьих лиц может вызвать негативные последствия для лица, осуществляющего уход, привести к повышенному риску заболевания и смерти для него. Вместе с тем осуществление ухода дает не только негативные эмоции, многие из ухаживающих людей сообщают о том, что чувствуют отдачу от своих усилий и испытывают удовлетворенность от роли помощника.

Осуществление ухода со стороны семьи относится к неспециализированной помощи, которая оказывается лицу, страдающего от какого-либо хронического заболевания, или чьи возможности ограничены. Данное лицо может быть родственником, супругом, другом или соседом. Оказываемая помощь по объему превосходит ту помощь, которая обычно оказывается в семейных отношениях.

Ролевой переход внутри семьи и принятие на себя роли опекуна, который осуществляется в результате взаимодействия между членами семьи, является частью естественного процесса распределения семейных ролей. Принятие этой роли происходит тогда, когда только возникает потребность в уходе, либо когда возникают существенные изменения в осуществлении ухода. Роль помощника переходит к другому лицу тогда, когда ожидания человека, осуществлявшего уход, от исполнения этой роли не оправдываются.

Признаками, указывающими на здоровое распределение ролей в домашнем уходе за ослабленным человеком, являются субъективное благополучие, обладание необходимыми навыками для осуществления ухода и здоровые межличностные отношения.

Повседневные задачи, связанные с заболеванием, включают в себя контролирование симптомов, коррекцию отклонений в поведении, вызванных заболеванием, лечение заболевания, прохождение ряда медицинских процедур.

Деятельность, направленная на организацию ухода, включает в себя оценку возможностей, обращения в медицинские организации и социальные службы, а также защиту интересов пациента.

Незаметные для пациента действия по уходу включают в себя меры, направленные на обеспечение безопасности и благополучия ослабленного человека, осуществляемые без его ведома.

Уход распределяется между членами семьи по принципу иерархии: кто-то принимает на себя большую часть обязанностей, в то время как другой оказывает помощь лишь время от времени. Обычно супруги выполняют основную роль по уходу, в то время как взрослые дети чаще выступают в качестве лиц, осуществляющих второстепенный уход.

Семейный уход за пациентом может осуществляться в различной форме, от оберегающего ухода, который проявляется в наблюдении за человеком, который на данный момент не зависит от посторонней помощи, но которому может потребоваться поддержка, и до всеобъемлющей помощи, осуществляемой круглосуточно. Если социальные и медицинские работники будут оценивать уход за пациентом со стороны членов семьи как простое выполнение задач, то роль ухаживающего лица, вероятно, будет недооценена.

Оценка адекватности ухода проводится непрерывно и заключается в сборе информации об уходе в домашних условиях, конкретных проблемах, потребностях, возможностях и сильных сторонах осуществляющего уход человека.

Вероятные причины и предрасполагающие факторы для развития нездоровых условий домашнего ухода

1. Только что принятая на себя роль человека, осуществляющего уход, может вызывать дополнительный стресс для этого человека или повышать риск появления депрессии, а также негативно сказываться на его субъективном благополучии и физическом здоровье.

2. Женщины в роли помощников по уходу обычно находятся в более тесном контакте с подопечным человеком и сообщают о более высоком уровне обремененности и депрессии.

3. Лица, осуществляющие уход, имеющие более низкое образование, имеют более серьезные проявления депрессии.

4. Если лицо, осуществляющее уход, состоит в браке с пациентом, то для него характерно более сильное проявление депрессии, однако и отдача от ухода выше.

5. Лица, осуществляющие уход и имеющие проблемы в отношениях с подопечным, сообщают о более высоких нагрузках.

6. Лица, осуществляющие уход, которые не были подготовлены к этой роли, испытывают повышенные нагрузки.

7. Если уход осуществляется за пациентом с деменцией, то лица, осуществляющие уход, подвержены более высоким нагрузкам и напряжению.

Для объективной оценки качества и эффективности домашнего ухода необходимо учитывать следующие параметры и обстоятельства: степень родства лица, осуществляющего уход, к своему подопечному, являются ли они супругами, продолжительность осуществления ухода, статус трудовой занятости этого человека, условия проживания, вовлеченность в уход других членов семьи и помощь со стороны социальных служб, финансовый статус, культурные особенности конкретной семьи, степень утраты функциональности у подопечного и объем необходимого ухода, наличие когнитивных нарушений, расстройств поведения, проблем с подвижностью.

Готовность лица, осуществляющего уход, к своей роли зависит от умения, возможности и наличия соответствующей подготовки. Нездоровая обстановка, нецелесообразное расходование денежных средств, отсутствие уважения к пожилому человеку свидетельствуют о серьезных упущениях, связанных с качеством ухода. Также на качество ухода могут повлиять проблемы с физическим и психическим здоровьем человека, осуществляющего уход, наличие депрес-

сии или тревожности, чувства усталости, обременительности или напряжения. Для поддержания лица, осуществляющего уход, его психоэмоционального состояния рекомендуют составление списка и фиксирование положительных моментов осуществления ухода, например, связанных с чувством удовлетворенности от помощи члену семьи, получение новых навыков и улучшение внутрисемейных отношений. Важно поддержать человека в его желании и усилиях, направленных на обеспечение собственного благополучия, объяснить необходимость уделять должное внимание собственному здоровью, поддерживать физическую форму, выполнять упражнения или другую физическую активность, соблюдать режим труда и отдыха, иметь качественный отдых и питание и обращаться за поддержкой.

Поддержание семейного ухода обеспечивается успешнее, если человек, осуществляющий уход, имеет возможность получить от социальной службы и медицинских учреждений дополнительные ресурсы, информационную, психологическую помощь, пройти обучение, получить консультацию специалистов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Elsayy B, Higgins KE. The geriatric assessment. *Am Fam Physician*. 2011 Jan 1;83(1):48-56. PMID: 21888128.
2. Perry LP. To All Doctors: What You Can Do to Help as a Bunch of Older People Are About to Get Sick and Die. *J Am Geriatr Soc*. 2020 May; 68(5):944-946. doi: 10.1111/jgs.16482. Epub 2020 Apr 22. PMID: 32277464; PMCID: PMC7262234.
3. Теля Л.З., Нормальная физиология [Электронный ресурс]: учебник / под ред. Л. З. Теля, Н. А. Агаджаняна — М. : Литтерра, 2015. — 768 с.
4. Fried, L.P. Frailty in older adults: evidence for a phenotype / L.P. Fried [et al.] // *J. Gerontol. Med. Sci.* — 2001. — Vol. 56 (3). — P. 146–156.
5. Mitnitski, A.B., Mogilner, A.J., Rockwood, K. Accumulation of deficits as a proxy measure of aging / A.B. Mitnitski, A.J. Mogilner, K. Rockwood // *Scientific World J.* — 2001. — Vol. 1. — P. 323–336
6. Vermeiren S. et al. Frailty and the Prediction of Negative Health Outcomes: A Meta-Analysis. *J Am Med Dir Assoc*. 2016;17(12):1163.e1-1163.e17.
7. Weiss, O. C. Frailty and Chronic Diseases in Older Adults / O.C. Weiss // *Clin. Geriatr. Med.* — 2011. — Vol.27. — P. 39–52.
8. Clegg A. et al. Frailty in elderly people. *The Lancet*. 2013 Mar;381(9868):752-62
9. Collard, R.M. Prevalence of frailty in community dwelling older persons: a systematic review / R.M. Collard // *J. Am. Geriatr. Soc.* — 2012. — Vol. 60(8). — P.1487–1492.
10. Gurina, N.A., Frolova, E.V., Degryse, J.M. A roadmap of aging in Russia: the prevalence of frailty in community-dwelling older adults in the St. Petersburg district—the «Crystal» study // *J. Amer. Geriatr. Soc.* — 2011. — Vol. 59 (6). — P. 980–988.
11. Остапенко, В.С. Распространенность и структура гериатрических синдромов у пациентов амбулаторно-поликлинических учреждений г.: авторефер. дис. канд. мед. наук / В.С. Остапенко; — М.: 2017.- 157 с.

12. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, Mitnitski A. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*. 2005 Aug 30;173(5):489-95
13. Ткачева О.Н., Рунихина Н.К., Остапенко В.С., Шарашкина Н.В., Мхитарян Э.А., Онучина Ю.С., Лысенков С.Н. Валидация опросника для скрининга синдрома старческой астении в амбулаторной практике. *Успехи геронтологии*. 2017. Т. 30. № 2. С. 236-242.
14. Gutierrez-Valencia M The relationship between frailty and polypharmacy in older people: A systematic review. *Br J Clin Pharmacol*. 2018. doi: 10.1111/bcp.13590.
15. Ramani L, Furmedge DS, Reddy SP. Comprehensive geriatric assessment. *Br J Hosp Med Lond Engl* 2005. 2014 Aug;75 Suppl 8:C122-125.
16. British Geriatrics Society. Fit for Frailty Consensus best practice guidance for the care of older people living with frailty in community and outpatient settings [Internet]. 2014 Jun. Available from: http://www.bgs.org.uk/campaigns/fff/fff_full.pdf
17. Методические руководства «Фармакотерапия у лиц пожилого и старческого возраста», утверждены Министерством здравоохранения Российской Федерации, 2018 год <https://democenter.nitrosbase.com/clinrecalg5/Files/recomend/%D0%9C%D0%A0103.PDF>
18. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, Cooper C, Landi F, Rolland Y, Sayer AA, Schneider SM, Sieber CC, Topinkova E, Vandewoude M, Visser M, Zamboni M. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing*. 2019;48(1):16-31. DOI:10.1093/ageing/afy169).
19. Клинические рекомендации «Недостаточность питания (мальнутриция) у пациентов пожилого и старческого возраста <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/recomend/1032>
20. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association, 2013. DOI: 10.1176/appi.books.9780890425596
21. Inouye S.K., Van Dyck C.H., Alessi C.A. et al. Clarifying confusion: the Confusion Assessment Method. A new method for detection of delirium. *Ann. Intern. Med*. 1990;113: 941-948. DOI: 10.7326/0003-4819-113-12-941
22. RCA Frail Seniors Rehabilitative Care Best Practice Framework – Bedded Levels of Care – June 2020]

-
23. Клинические рекомендации. Остеопороз, 2021 https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/87_4
24. Клинические рекомендации. Старческая астения, 2021
25. Parsons M, Senior H, Kerse N, Chen MH, Jacobs S, Vanderhoorn S, Anderson C. Should care managers for older adults be located in primary care? A randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc.* 2012 Jan;60(1):86-92. doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03763.x. PMID: 22239292.
26. Dahl U, Johnsen R, Sætre R, Steinsbekk A. The influence of an intermediate care hospital on health care utilization among elderly patients--a retrospective comparative cohort study. *BMC Health Serv Res.* 2015 Feb 1;15:48. doi: 10.1186/s12913-015-0708-4. PMID: 25638151; PMCID: PMC4323014.
27. McGilton KS, Vellani S, Zheng N, Wang D, Yeung L, Escrig-Pinol A. Healthcare professionals' perspectives on rehabilitating persons with cognitive impairment. *Dementia (London).* 2021 Jul;20(5):1772-1790. doi: 10.1177/1471301220969615. Epub 2020 Nov 23. PMID: 33222528; PMCID: PMC8216319.
28. ВОЗ. Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире /Под ред. Этьенна Г. Круга и др. Пер. с англ. — М: Издательство «Весь Мир», 2003. — 376 с. [Электронный ресурс] Режим доступа: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_ru.pdf
29. AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. The Management of Persistent Pain in Older Persons. 2002. Doi: 10.1046/j.1532-5415.50.6s.1.x

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Методология проведения краткой батареи тестов физического функционирования и интерпретация результатов

1. Определение равновесия

Медсестра, проводящая исследование, объясняет пациенту: Этот тест состоит из трех частей. В первой части Вы должны постараться удерживать равновесие в трех различных положениях. Я сначала опишу, а затем покажу каждое из этих положений.

А. Положение «Стопы вместе»



Сейчас я покажу Вам первое положение (продемонстрировать). Надо, чтобы Вы простояли в таком положении, поставив стопы вместе, 10 секунд. Вы можете балансировать руками, сгибать колени или перемещать тело так, чтобы сохранить равновесие, но постарайтесь не двигать стопы и ни за что не держаться. Постарайтесь находиться в этом положении в течение 10 секунд, до тех пор, пока Вы не услышите команду «стоп».

Как только медицинская сестра увидит, что пациент стоит самостоятельно (без поддержки), она запускает секундомер. Остановить подсчет времени через 10 секунд, или как только пациент изменит положение ног или коснется чего-либо в поисках поддержки.

Б. Полутандемное положение



Медсестра, проводящая исследование: Теперь я покажу Вам второе положение (продемонстрировать). Вам надо 10 секунд простоять, выставив одну ногу вперед так, чтобы носок одной стопы был на уровне середины другой стопы и внутренние поверхности двух стоп соприкасались. Вы можете выставить вперед любую стопу, как вам удобней. Вы можете балансировать руками, сгибать колени или перемещать тело так, чтобы сохранить равновесие, но постарайтесь не двигать стопы и ни за что не держаться. Оставайтесь в этом положении до тех пор, пока вы не услышите команду «Стоп».

Как только медицинская сестра увидит, что пациент стоит самостоятельно (без поддержки), запускает секундомер. Остановить подсчет времени через 10 секунд и сказать: «Стоп»

В. Тандемное положение ног



Медсестра, проводящая исследование: Теперь я прошу Вас принять третье положение. (Продемонстрировать.) Встаньте так, чтобы пятка одной ноги находилась непосредственно перед носком другой ноги и касалась его. Стойте так 10 секунд. Вы можете выставить вперед любую ногу так, как это удобнее всего для вас. Вы можете балансировать руками, сгибать колени или перемещать тело так, чтобы сохранить равновесие, но постарайтесь не двигать стопы. Постарайтесь оставаться в этом положении до тех пор, пока не услышите команду «Стоп».

Как только медицинская сестра увидит, что пациент стоит самостоятельно (без поддержки), запускает секундомер. Остановить подсчет времени через 10 секунд и сказать: «Стоп»

2. Определение скорости ходьбы на 4 метра

Необходимое расстояние: около 6 метров (коридор, комната). Необходимо от отметки «Старт» отмерить расстояние 4 метра. Пациент должен иметь возможность продолжить движение еще несколько шагов после финишной отметки, чтобы не замедлять ходьбу из-за препятствия. Тест проводится в обуви, в которой пациент обычно ходит.

Медсестра, проводящая исследование: Этот тест необходим для того, чтобы мы смогли увидеть, как Вы обычно ходите. Начните отсюда (стопы пациента на отметке «Старт»). Если Вы используете трость (или какое-либо другое вспомогательное устройство) и чувствуете, что оно вам необходимо, чтобы пройти это расстояние, Вы можете использовать его. Вы должны пройти без остановки с обычной скоростью, как если бы Вы шли по коридору или по улице. Я покажу Вам, что имею в виду.

Продемонстрировать. Необходимо смотреть вперед и, сохраняя прямую осанку, пройти с нормальной скоростью до финишной линии и перейти за нее.

Вам надо будет пройти этот путь три раза. В это время я буду рядом с Вами. Мы не будем разговаривать, когда Вы будете идти, но я буду рядом, чтобы поддержать Вас, чтобы Вы не упали.

Пациент должен стоять без поддержки на стартовой линии таким образом, чтобы носки обеих стоп касались линии или незначительно заступали за нее и находились на удобном для участника расстоянии друг от друга.

Первая попытка пробная. Во время второй и третьей попытки измеряется время в секундах, за которое пациент проходит 4 метра. Учитывается лучший результат.

3. Подъемы со стула

Подготовка: однократный подъем со стула. Стул без подлокотников.

Медсестра, проводящая исследование: С помощью данного теста мы проверим силу ваших ног. Давайте я покажу, что Вы будете делать.

Покажите и объясните процедуру, сидя на стуле напротив пациента.

Во-первых, скрестите руки на груди или животе и сядьте так, чтобы ваши стопы были плотно прижаты к полу. Затем встаньте, держа руки скрещенными на груди или животе.

Если пациент не может выполнить однократный подъем со стула без использования рук, тест с 5-кратным подъемом со стула не выполняется.

Выполнение теста: пятикратный подъем со стула

Медсестра, проводящая исследование: Пожалуйста, теперь пять раз подряд без остановок встаньте так быстро, как только можете. После каждого подъема нужно сесть и потом снова встать. Руки должны быть скрещены на груди или животе. Я буду фиксировать время выполнения упражнения. Фиксируется время, в течение которого пациента встает со стула без помощи рук 5 раз. После того как пациент встал в пятый раз (конечная позиция), остановите секундомер.

Прекратите выполнение теста в следующих случаях:

- Если пациент встает с помощью рук
- Через минуту, если пациент не смог выполнить тест к этому времени
- По Вашему усмотрению, если это требуется для обеспечения безопасности пациента

Если пациент останавливается, не выполнив 5 вставаний, и создается впечатление о его/ее усталости, уточните, спросив: «Можете продолжить?». Если пациент говорит: «Да», продолжайте тест. Если пациент говорит: «Нет», остановитесь и засекайте время на секундомере.

Приложение 2

Оценка когнитивных функций с использованием теста Мини-Ког

Шаг 1. Скажите пациенту: «Слушайте меня внимательно. Сейчас я назову 3 слова, а Вам нужно будет повторить их и запомнить». Выберите один из нижеперечисленных вариантов и четко произнесите 3 слова:

Вариант 1: ключ, лимон, шар

Вариант 2: яблоко, стол, монета

Шаг 2. Скажите пациенту: «Далее, я хочу, чтобы Вы нарисовали круглые часы. Расставьте все цифры, которые должны быть на циферблате». После завершения попросите пациента отметить стрелками время 11 часов 10 минут.

Шаг 3. Попросите пациента вспомнить 3 слова из Шага 1.

Интерпретация результатов теста Мини-Ког

Воспроизведение слов <hr/> (0-3 балла)	1 балл за каждое воспроизведенное пациентом слово
Рисование часов <hr/> (0 или 2 балла)	Правильно нарисованные часы = 2 балла. Правильно нарисованные часы содержат все необходимые цифры в правильной последовательности без дублирования; цифры 12, 3, 6 и 9 расположены в соответствующих местах. Стрелки указывают на цифры 11 и 2 (11:10). Длина стрелок не оценивается. Неспособность правильно нарисовать часы или отказ = 0 баллов.
Общий балл <hr/> (0-5 баллов)	Общий балл = балл за воспроизведение слов + балл за рисование часов. <3 баллов — валидированный скрининговый критерий деменции, но многие люди с клинически значимыми когнитивными нарушениями могут иметь более высокий балл.

Интерпретация:

Начисляется 1 балл за каждое воспроизведенное пациентом слово.

Правильно нарисованные часы содержат все необходимые цифры в правильной последовательности без дублирования; цифры 12, 3, 6 и 9 расположены в соответствующих местах. Стрелки указывают на цифры 11 и 2 (11:10). Длина стрелок не оценивается.

Правильно нарисованные часы = 1 балл.

Неспособность правильно нарисовать часы или отказ = 0 баллов.

Общий балл = балл за воспроизведение слов + балл за рисование часов.

Приложение 3

Краткая шкала оценки спутанности сознания

ЭТАП 1	
Острота и волнообразность изменений психического статуса: Имеются ли изменения психического статуса относительно исходного уровня? ИЛИ	Если ответы на оба вопроса «НЕТ» -> ДЕЛИРИЯ НЕТ
Отмечались ли волнообразные изменения психического статуса в течение последних 24 часов?	На 1 вопрос «ДА» -> этап 2
ЭТАП 2	
Нарушение внимания: «Сжимайте мою руку каждый раз, когда я скажу букву А»	0 — 2 ошибки -> ДЕЛИРИЯ НЕТ
Прочитайте следующую последовательность букв: Л А М П А А Л А Д Д И Н А ОШИБКИ: не сжимает на букву А и сжимает на другие буквы	2 ошибок -> этап 3
ЭТАП 3	
Изменения уровня сознания Уровень сознания на текущий момент	RASS* не 0 -> ДЕЛИРИЙ ЕСТЬ RASS* = 0 -> этап 4
ЭТАП 4	
Дезорганизованное мышление: 1. Камень будет держаться на воде? 2. Рыба живет в море? 3. Один килограмм весит больше двух? 4. Молотком можно забить гвоздь?	2 ошибок -> ДЕЛИРИЙ ЕСТЬ
Команда: «Покажите столько пальцев» (покажите 2 пальца) «Теперь сделайте то же другой рукой» (не демонстрируйте) ИЛИ «Добавьте еще один палец» (если пациент не может двигать обеими руками)	0 — 1 ошибка -> ДЕЛИРИЯ НЕТ
Заключение: ДЕЛИРИЙ/делирия нет	

* Ричмондская шкала агитации (The Richmond Agitation-Sedation Scale, RASS)

+4 ВОИНСТВЕННЫЙ: воинственен, агрессивен, опасен для окружающих (срочно сообщить врачу об этих явлениях).

+3 ОЧЕНЬ ВОЗБУЖДЕН: агрессивен, пытается вырвать трубки, капельницу или катетер (сообщить врачу).

+2 ВОЗБУЖДЕН: частые бесцельные движения, сопротивление процедурам.

+1 НЕСПОКОЕН: тревожен, неагрессивные движения.

0 СПОКОЕН И ВНИМАТЕЛЕН.

-1 СОНЛИВ: невнимателен, сонлив, но реагирует всегда на голос.

-2 ЛЕГКАЯ СЕДАЦИЯ: просыпается на короткое время на голос.

-3 СРЕДНЯЯ СЕДАЦИЯ: движение или открытие.

Приложение 4

Анкета для граждан в возрасте 65 лет и старше на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска, старческой астении

Анкета для граждан в возрасте 65 лет и старше на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска, старческой астении

Дата анкетирования (день, месяц, год)

Ф.И.О. пациента

Пол

Дата рождения (день, месяц, год)

Полных лет

Медицинская организация

Должность и Ф.И.О. медицинского работника, проводившего анкетирование и подготовку заключения по его результатам:

1	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется		
1.1.	гипертоническая болезнь. повышенное артериальное давление (артериальная гипертония)?	Да	Нет
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения давления?	Да	Нет
1.2.	сахарный диабет или повышенный уровень сахара в крови?	Да	Нет
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня сахара?	Да	Нет
1.3.	злокачественное новообразование?	Да	Нет
	Если «Да», то какое?	Да	Нет
1.4.	повышенный уровень холестерина?	Да	Нет
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня холестерина?	Да	Нет
1.5.	перенесенный инфаркт миокарда?	Да	Нет
1.6.	перенесенный инсульт?	Да	Нет

1.7.	Хронический бронхит или бронхиальная астма?	Да	Нет
2.	Возникает ли у Вас, когда поднимаетесь по лестнице, идете в гору или спешите, или при выходе из теплого помещения на холодный воздух, боль или ощущение давления, жжения, тяжести или явного дискомфорта за грудиной и (или) в левой половине грудной клетки, и (или) в левом плече, и (или) в левой руке?	Да	Нет
3.	Если на вопрос 2 ответ «Да», то указанные боли/ощущения/дискомфорт исчезают сразу или в течение не более 20 минут после прекращения ходьбы/адаптации к холоду/в тепле/в покое и (или) они исчезают через 1-5 минут после приема нитроглицерина%	Да	Нет
4.	Возникла ли у Вас резкая слабость в одной руке и/или ноге так, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройтись по комнате?	Да	Нет
5.	Возникло ли у Вас когда-либо внезапное без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы, языка?	Да	Нет
6.	Возникла ли у Вас когда-либо внезапная кратковременная потеря зрения на один глаз?	Да	Нет
7.	Бывают ли у Вас отеки на ногах к концу дня?	Да	Нет
8.	Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3 месяцев в году?	Да	Нет
9.	Бывают ли у Вас свистящие или жужжащие хрипы в грудной клетке при дыхании, не проходящие при откашливании?	Да	Нет
10.	Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье?	Да	Нет
11.	Беспокоят ли Вас боли в области верхней части живота (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита?	Да	Нет
12.	Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?	Да	Нет
13.	Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день)	Да	Нет
14.	Были ли у Вас переломы при падении с высоты своего роста, при ходьбе по ровной поверхности или перелом без видимой причины?	Да	Нет

Приложение 5

Оценка нуждаемости в долговременном уходе на дому лиц пожилого и старческого возраста

Часть 1. Функциональный статус

Проверка мобильности. Падения	
	баллы
1. Самостоятелен при ходьбе с использованием подручных средств и/или без	0
2. Самостоятелен при использовании кресла-каталки / нуждается в помощи при вставании с кровати / нуждается в помощи при подъеме на этаж	0,5
3. Нуждается в постоянной помощи при вставании с кресла или постели / нуждается в помощи при переходе с кресла-каталки на кровать, но самостоятелен при использовании кресла-каталки при передвижении	1
4. Нуждается в постоянной помощи при передвижении и вставании из положения сидя в положение стоя; падения >1 раза в месяц	1,5
5. Нуждается в постоянной помощи при ходьбе; падения >1 раза в неделю	2
6. Полностью зависим при передвижении; все дневное время проводит в кресле-каталке, лежащий	7
Одевание	
7. Одевается без посторонней помощи	0
8. Нуждается в умеренной помощи при одевании	0,5
9. Нуждается в максимальной помощи при одевании	1
Личная гигиена	
10. Моется без посторонней помощи	0
11. Требуется присутствие другого человека при купании	0,5
12. Нуждается в умеренной помощи при купании	1
13. Нуждается в максимальной помощи при купании, необходимо полностью умыть	1,5

Еда и питье	
14. Самостоятельно подогревает и принимает пищу и не нуждается в помощи при принятии лекарств	0
15. Нуждается в помощи при подогреве/подаче пищи к столу, но ест самостоятельно и/или требуется контроль и помощь при подготовке порции лекарств	1,0
16. Не в состоянии есть и пить самостоятельно и/или необходим полный контроль над приемом лекарств	1,5
Пользование туалетом	
17. Самостоятельно пользуется туалетом, осуществляет гигиену. Контролирует дефекацию и мочеиспускание	0
18. Самостоятельно пользуется туалетом, но нуждается в сопровождении и присмотре	1,0
19. Пользуется туалетом, но нуждается в сопровождении, помощи в гигиене и/или одевании.	2
20. Полностью зависим от посторонней помощи в пользовании туалетом. Не контролирует ни одно из отправления	7
ИТОГО	

Часть 2. Когнитивный статус	Да	Нет
Разговаривает и ведет себя адекватно, контактен, не агрессивен, не находится в подавленном и угнетенном настроении	0	3 балла
Ориентируется во времени (день и ночь, утро и вечер) и знакомом пространстве, сохранена способность к обобщению	0	3 балла
ИТОГО		

Распределение по группам типизации

Группа типизации	0	1	2	3	4	5
Количество суммарных баллов	0 – 3	3,25 – 4,5	4,75 – 6	6,25 – 10,75	11 – 15,75	16 – 25
Зависимость от посторонней помощи	отсутствует	легкая	умеренная	сильная	очень сильная	тотальная

Приложение 6

Связанные документы

Данное методическое пособие разработано с учетом следующих нормативно-правовых документов:

1. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия», приказ Минздрава России № 38н от 28 января 2016г., <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71251832/>
2. Клинические рекомендации «Старческая астения», утверждены Министерством здравоохранения Российской Федерации, 2018 год, <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/schema/942>
3. Гериатрия: национальное руководство / под редакцией О.Н. Ткачевой, Е.В. Фроловой, Н.Н. Яхно — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. — 608 с.: ил. — (Серия «Национальные руководства»). Москва, ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», ISBN 9785-9704-4622-5
4. Система долговременного ухода в городе Москве: определение потребности и объема социально-бытовой помощи и ухода для граждан 65 лет и старше с дефицитом самообслуживания, Аналитический материал Москва 2018г.
5. Основы гериатрии/ под редакцией О. Н. Ткачевой, О. Д. Остроумовой, Ю. В. Котовской. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. — 208 с. (Серия «Библиотека врача-гериатра») — ISBN 978-5-9704-5440-4
6. Клинические рекомендации «Когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста», утверждены Министерством здравоохранения Российской Федерации, 2020г., <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/recomend/1035>
7. Клинические рекомендации «Падения у пациентов пожилого и старческого возраста», утверждены Министерством здравоохранения Российской Федерации, 2020г., <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/recomend/1030>



СОВРЕМЕННАЯ ГЕРИАТРИЯ

для врачей первичного звена здравоохранения

Методическое пособие

Второе издание

Публикуется в авторской редакции
Дизайн обложки, верстка Кузнецов С.В., Серeda Т.В.

Издательство «Прометей»
119002, г. Москва, ул. Арбат, д. 51, стр. 1
Тел./факс: +7 (495) 730-70-69
E-mail: info@prometej.su

Подписано в печать 30.12.2021
Формат 60×84/16. Объем 10,875 п.л.
Тираж 1500 экз. Заказ 1453

ISBN 978-5-00172-284-7



9 785001 722847 >