



# НАСТАВНИЧЕСТВО ГЕРИАТРИЯ ДОЛГОВРЕМЕННЫЙ УХОД

Современная организация работы первичного звена здравоохранения в интересах граждан пожилого и старческого возраста



## СОСТАВИТЕЛИ:

### **ТКАЧЕВА Ольга Николаевна,**

Главный внештатный специалист Минздрава России по профилю «гериатрия», доктор медицинских наук, профессор

### **РОЗАНОВ Александр Владимирович,**

Руководитель проекта «Наставничества в первичном звене здравоохранения», кандидат медицинских наук, врач-кардиолог

### **ОСТАПЕНКО Валентина Сергеевна,**

заведующая отделением гериатрической терапии, кандидат медицинских наук, доцент, врач-гериатр, терапевт

### **ШАРАШКИНА Наталья Викторовна,**

заведующая лабораторией общей гериатрии и нейрогериатрии, заведующая отделением амбулаторной гериатрии, кандидат медицинских наук, доцент, врач-гериатр

### **ЕРУСЛАНОВА Ксения Алексеевна,**

сотрудник лаборатории сердечно-сосудистого старения, врач-кардиолог

### **САМОРОДОВ Вадим Юрьевич,**

эксперт по вопросам общественного развития

## Отпечатано:

Москва, 2021 год, типография для бизнеса «Продвижение», 500 экз.



# НАСТАВНИЧЕСТВО ГЕРИАТРИЯ **ДОЛГОВРЕМЕННЫЙ УХОД**

---

Современная организация работы первичного звена здравоохранения в интересах граждан пожилого и старческого возраста



**Кадры?  
Кадры!  
Кадры...**

## ПРОБЛЕМЫ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**50%**

нехватка участковых терапевтов

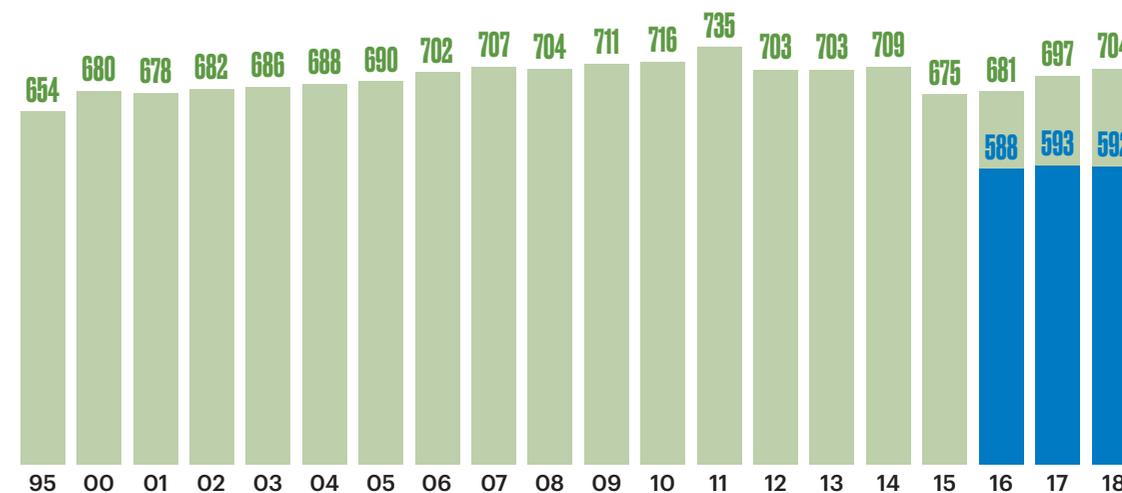
**3000 человек**

прикрепленные участки (при норме 1700)

- Основной стимул для молодых специалистов возвращаться – целевой набор в вузы
- Программа «Земский доктор» работает, но временно
- Терапевты, приходящие в первичное звено, в основном из числа наиболее отстающих студентов
- В первичном звене практически нет частных игроков
- Между оплатой труда и желанием работать в первичном звене нет прямой связи

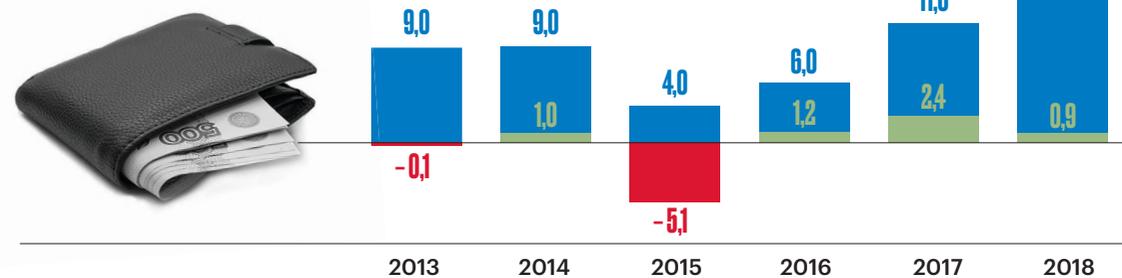
### Рост числа врачей в 2017–2019 годах произошел за счет частного сектора

- Общая численность (тыс. врачей)
- Работающих в гос. учреждениях (тыс. врачей)



### Между оплатой труда и желанием работать в первичном звене нет прямой связи

- Численность врачей, изменения (в %)
- Средняя зарплата, изменения (в %)



## УРОВНИ ПОДДЕРЖКИ И НАСТАВНИЧЕСТВА

### УРОВЕНЬ 3



#### ОСП РГНКЦ РНИМУ им. Н.И. ПИРОГОВА

Сотрудники ОСП РГНКЦ ФGAOY BO РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

**Цель:** консультации ведущих специалистов в области гериатрии

### УРОВЕНЬ 2



#### МЕДИЦИНСКИЕ ВУЗЫ

Преподаватели/руководители гериатрических кафедр

**Цель:** изменение парадигмы преподавания гериатрии

### УРОВЕНЬ 1



#### МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ МАЛЫХ ГОРОДОВ И СЕЛ

Опытные врачи-наставники из числа сотрудников медицинской организации пилотного региона

**Цель:** помощь молодым специалистам, сопровождение и обучение молодых специалистов в режиме 24/7

### Проект РАГГ 2020-2021

## «МОДЕЛЬ НАСТАВНИЧЕСТВА В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ИНТЕРЕСАХ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА»

Развитие системы наставничества – как основного стимулирующего инструмента для привлечения в первичное звено молодых специалистов.

Ориентация на граждан старшего возраста – наиболее сложный контингент, в работе с которыми требуется сочетание больших массивов знаний и личной эмпатии.

Вовлечение региональных вузов, готовящих большое количество студентов, обучающихся по целевому набору.

Широкие и точечные образовательные программы по гериатрии и работе с пожилыми людьми, включая профессиональные знания, лайфхаки и разборы клинических случаев, очно и онлайн.

Дистанционное сопровождение и консультации для терапевтов от ведущих специалистов.

Участие специалистов из регионов в очных федеральных мероприятиях и стажировках.

Новые процессы и технологии – специалисты первичного звена познакомились с социальной защитой и получили знания по процессам организации системы длительного ухода.

## ЗАЧЕМ НУЖНО НАСТАВНИЧЕСТВО?

**Адаптация** – наставничество помогает молодым специалистам, стажерам или выпускникам прижиться на месте работы.

**Повышение квалификации** – наставничество позволяет опытному, высококвалифицированному персоналу передать свой опыт другим, нуждающимся в приобретении профессиональных навыков.

**Профессиональная идентичность** – когда молодые сотрудники только начинают карьеру, им нужна помощь в понимании того, что значит быть профессионалом в своей среде.

Профессионалы олицетворяют ценности своей профессии, действуют самостоятельно и самодостаточно. Наставники играют ключевую роль в определении профессионального поведения для новых сотрудников.

**Развитие лидерства** – наставничество поощряет развитие лидерских навыков. Эти навыки зачастую бывает легче получить через пример, управляемую практику или опыт, чем через образование и обучение.

**Поддержка образования** – наставничество помогает преодолеть разрыв между теорией и практикой. Формальное образование и обучение дополняются знаниями и практическим опытом грамотного специалиста.

**Развитие карьеры** – наставничество помогает сотрудникам планировать, развиваться и управлять карьерой.

**Организационное развитие и изменение культуры** – наставничество может помочь передавать ценности, видение и миссию организации.

**Работа с пациентами** – наставничество помогает в моделировании желаемого поведения, поощрении развития необходимых навыков и, прежде всего, воспитании правильного отношения.

**Удержание персонала** – наставничество создает благоприятную среду за счет постоянного взаимодействия, обучения и ролевого моделирования, которое облегчает прогресс в организации. Было установлено, что наставничество влияет на удержание сотрудников, потому что это помогает создать организационную культуру, которая привлекательна для самых талантливых специалистов, стремящихся к росту.

Наставничество – это **реальный способ показать сотрудникам, что их ценят** и организация заинтересована в их будущем;

**Кадры** – наставничество может улучшить отбор, предлагая дополнительные стимулы для потенциальных сотрудников.

### Наставничество для наставника

- чувствует себя экспертом и лидером;
- получает практическое понимание барьеров, существующих на более низких уровнях организации;
- совершенствует навыки обучения, консультирования и восприятия;
- разрабатывает и практикует личный стиль руководства;
- демонстрирует опыт и делится знаниями.

### Наставничество для молодого специалиста

- обеспечивает плавное вхождение в трудовой коллектив;
- способствует развитию как профессионала;
- дополняет теоретические знания;
- дает возможности карьерного роста;
- способствует новым перспективам;
- дает интеллектуальную поддержку;
- демонстрирует сильные и слабые стороны молодого специалиста и исследует его потенциал;
- расширяет коммуникации в профессиональной среде.





**Гериатрия –  
медицина  
качества жизни**

---

# МЕДИЦИНА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

## ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ И ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ

### 1 Превентивная помощь и профилактика

- Профилактические осмотры и диспансеризация
- Программы активного долголетия
- Раннее выявление деменции
- Предотвращение падений
- Доступная среда
- Доступность информации

### 2 Про-активная забота и поддержка ухода на дому

- Оперативная и гибкая система медицинской и социальной помощи на дому
- Междисциплинарное «управление случаем» (case management)
- Доступность ТСР
- Дистанционные осмотры
- Поддержка ЛОУ

### 4 Стационарное сопровождение

- Своевременная оценка потребности в уходе
- Своевременное оперативное вмешательство (особенно при переломах)
- Предотвращение и лечение делирия
- Сопровождение после выписки из медицинских учреждений
- Помощь клинических специалистов в социальных учреждениях

### 5 Поддержка

- Мультидисциплинарная координация
- Технологии, информационные системы
- Развитие и обучение персонала
- Организационное развитие учреждений
- Оценка эффективности процессов
- Баз знаний и методических рекомендаций

### 3 Помощь в переходный период

- Реабилитация и абилитация
- Развитость системы срочного вмешательства и госпитализации
- Доступ к клиническим рекомендациям для социальных служб
- Оперативная и гибкая паллиативная помощь
- Управление полиморбидностью



# ВЫЗОВЫ СОВРЕМЕННОМУ ОБЩЕСТВУ

**Население  
стареет –  
это глобальный  
феномен и  
закономерный  
процесс**



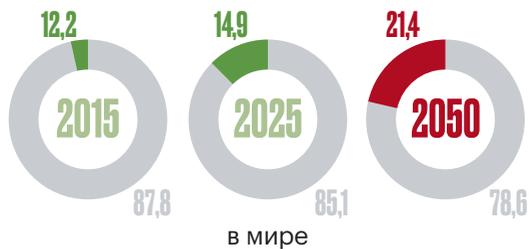
## Страны с низким и средним уровнями дохода

Рост ожидаемой продолжительности жизни – результат снижения смертности в детском и молодом возрасте, при родах, смертности от инфекционных заболеваний.

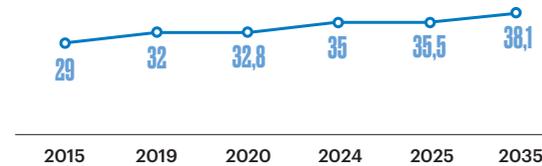
## Страны с высоким уровнем дохода

Рост ожидаемой продолжительности жизни – результат снижения смертности пожилых людей.

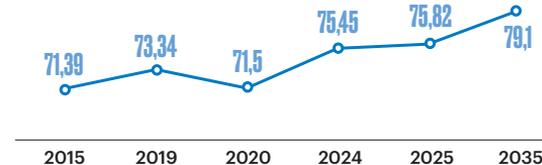
### Доля лиц 60 лет и старше



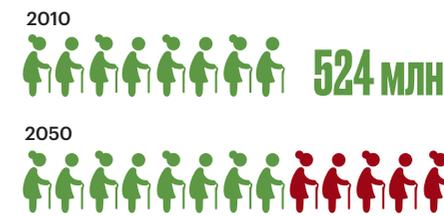
### Численность населения 60 лет и старше (млн чел.)



### Ожидаемая продолжительность жизни (лет)



## Демографические изменения приводят к медицинским и социальным проблемам



Во всем мире число людей в возрасте 65 лет или старше, по прогнозам, вырастет с 524 млн в 2010 году до почти 1,5 млрд в 2050 году.

Во всех странах – глобальные будущие проблемы связаны с медицинским обеспечением:

- сложные, хронические заболевания и «хрупкость»;
- социальные проблемы;
- 80% пожилых людей умирают в медицинских учреждениях.



# ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ПОТЕНЦИАЛА НА ПРОТЯЖЕНИИ ЖИЗНИ

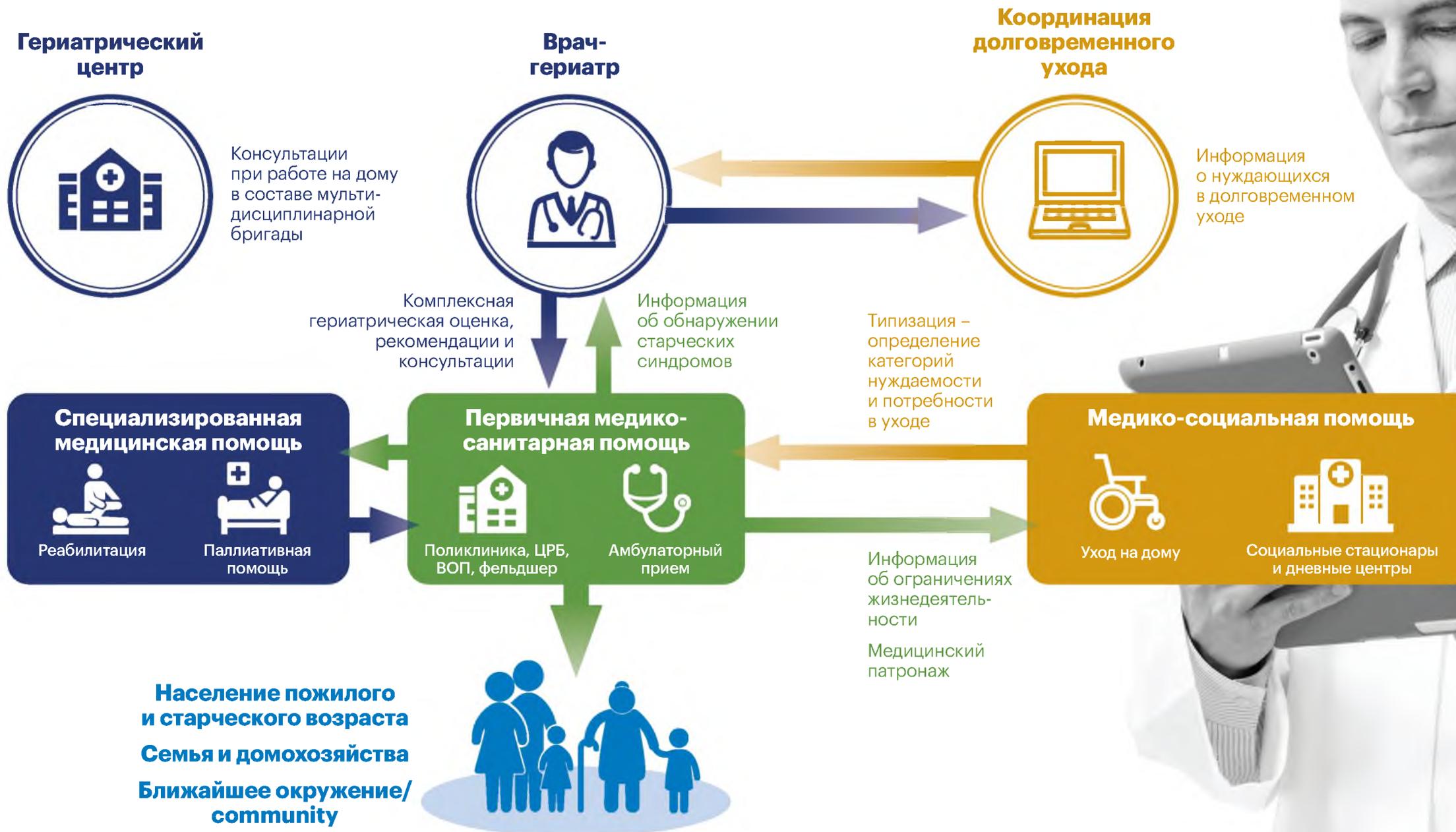


## Модель ВОЗ по сопровождению людей с хроническими заболеваниями



# КОМПЛЕКСНАЯ МОДЕЛЬ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:

новый подход к медицинскому образованию  
в области гериатрии





## **Гериатрия – вопросы и ответы**

---

# МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Более  
**60**  
гериатрических  
проблем



## ОДИНОЧЕСТВО

Материальная незащищенность  
Жестокое обращение/насилие



## ПОЛИПРАГМАЗИЯ

Недержание мочи  
кала  
Гипертония  
Сахарный диабет



## ОЖИРЕНИЕ

Снижение зрения  
Снижение слуха  
Заболевания суставов



## ПАДЕНИЯ

Головокружение,  
ортостатизм  
Остеопороз  
ИБС



## ДЕМЕНЦИЯ

Снижение памяти  
Когнитивные расстройства  
Атеросклероз



## НАРУШЕНИЕ ХОДЬБЫ

Инфекции  
Травмы  
Онкологические заболевания



## ДЕПРЕССИЯ

Суицид  
Отказ от питания  
Отказ от лечения



## НАРУШЕНИЕ СНА

и др.

## МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ – ЗАДАЧИ



### Кому?

- Гражданам пожилого и старческого возраста
- Инвалидам, нуждающимся в посторонней помощи



### Где?

- На дому
- В стационарном учреждении здравоохранения
- В учреждениях социальной защиты



### Как?

- В соответствии с требованиями федеральных законов, приказов Минздрава России, Порядков оказания медицинской помощи по профилю, Программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной.



## В КАКОЙ МОМЕНТ НУЖЕН ГЕРИАТР?



# КАК ДОЖИТЬ ДО 100 ЛЕТ? ЧЕТЫРЕ ГЛАВНЫЕ ЗАДАЧИ

- 1 Пережить первый год жизни
- 2 Прожить первые 50 лет жизни
- 3 Продолжить активную жизнь до 80 лет
- 4 Не умереть в последующие 20 лет

«Возможно, секрет продления жизни состоит в том, чтобы не укорачивать ее».

Э. Фейхтерслебен



## Основные причины смерти в мире (ВОЗ)



В странах с высоким уровнем дохода болезнь Альцгеймера и другие деменции с 2000 по 2019 г. поднялась на 2-е место по причинам смертности, обогнав инсульт

2000 г.  
2019 г.

## «Гериатрический» пациент



гериатрические синдромы 0/+

продолжительность жизни

стандартизированный подход

самостоятельно принимает решения и выполняет рекомендации



гериатрические синдромы +++

качество жизни

индивидуализированный подход, принятие решения «на усмотрение врача»

необходимость вовлечения семьи/ухаживающего лица



## **Гериатрические кейсы**

---



## Пациентка Н, 94 года

### Жалобы:

- постепенная потеря веса;
- снижение слуха на оба уха;
- потеря зрения на правый глаз;
- периодические боли в области поясничного отдела; позвоночника на 4-5 баллов по ВАШ.

### Что нам известно:

*В 1999, 2005 гг. – инфаркт миокарда (?).*

*СД 15 лет – без гипогликемической терапии, диету не соблюдает, любит есть сладкое.*

*В 2016 г. – потеря зрения на правый глаз. На данный момент обсуждается вопрос об оперативном лечении по поводу катаракты правого глаза.*

*Снижение слуха в течение длительного времени. Последние несколько месяцев пользуется слуховым аппаратом.*

*За последний год не падала. Переломов, со слов, не было.*

*Проживает одна, дочь приезжает несколько раз в неделю-привозит готовую еду, занимается ведением домашнего хозяйства.*

*Летом этого года пациентка сама выходила во двор своего дома на небольшие прогулки. Тростью не пользуется. Кроме того, в последнее время отмечает небольшое ухудшение памяти.*

*Образование высшее. Работала ЛОР-врачом.*

## КГО

**Индекс Бартел** – 95/100 (подъем по лестнице).

**Индекс Лоутона** – 4/8 (не может совершать покупки, помощь с ведением домашнего хозяйства).

**Встань и иди** – 24 сек.

**Ортостатическая гипотензия**

**Шкала оценки питания**  
**MNA** – 22,5 (риск развития недостаточности питания).

**ИМТ** 19 кг/м<sup>2</sup>.

**Депрессии нет.**

**Тест рисования часов** 7/10 баллов, вспомнила 3/3 слов.



**MMSE** – 25/30 баллов (ошибки со счетом, незначительные ошибки с датой).

### ЛОР-врач

- Хроническая двусторонняя нейросенсорная тугоухость 3-й степени.
- Серные пробки AD/AS.

### Окулист

- OD осложненная катаракта.
- OS начальная катаракта. Нужна операция!

### Р-графия

- Компрессионный перелом позвонка в поясничном отделе позвоночника.

### Лекарственный список

Амлодипин  
Моксонидин  
Бисопролол  
Аторвастатин  
Аспирин  
Париед  
Моночинкве  
Гингко-билоба  
Персен  
фиторелакс  
Афобазол

## РАЗНЫЕ ПОДХОДЫ

### «Терапевтический» подход

#### Цели ведения:

- коррекция АД
- коррекция гликемии, коррекция гиперлипидемии

С учетом возраста пациентки оперативное лечение по поводу катаракты не рекомендовано.

### «Герiatricкий» подход

#### Цели ведения

- Сохранение функциональной активности и качества жизни, возможность независимого проживания дома, снижение риска госпитализаций:
- восстановление зрения (направлена на операцию по замене хрусталика)
  - восстановление слуха («вымывание» серных пробок, подбор слухового аппарата)
  - профилактика падений и переломов (организация быта, подбор трости и проведение беседы с пациенткой о необходимости ее использования)
  - поддержание мышечной массы (подбор комплекса упражнений и обучение технике их выполнения, «сиппинг»)
  - лечение остеопороза
  - снижение лекарственной нагрузки (отмена статинов, нитратов, ингибиторов протонной помпы, седативных препаратов)
  - вакцинация от гриппа, пневмококковой инфекции
  - обсуждение целей и задач терапии с пациенткой и ее дочерью



## Пациент К, 84 года

### Жалобы:

- «сдал»;
- потеря веса, за 2 года – 10–12 кг;
- боль в области поясницы и коленного сустава, нарастание общей слабости;
- ходит в магазин сам – в последние 2 года из-за ограничений мобильности стал носить не более 4–5 кг, поднимается на 3-й этаж без лифта.

### В чем причина?

Старость («Вы в паспорт заглядывали?»)

Онкологическое заболевание?

Развитие деменции и невозможность себя обслуживать?

### Посмотрите, как пациент ходит



### План ведения

#### Цели ведения:

сохранение автономности.

#### Задачи:

- подготовка к операции – компенсация соматической патологии, обезболивание (Парацетамол, Холекальциферол 14 капель – 7 тыс. ед, препарат кальция, препарат железа 100 мг в сутки, Лозартан 50 мг);
- оперативное лечение;
- реабилитация;
- набор мышечной массы – питание и физическая активность;
- беседа с дочерью, планирование места проживания и питания пациента в послеоперационном периоде.

### Ортогериатрия – одна из самых эффективных моделей

Операция – тотальное эндопротезирование левого тазобедренного сустава.

#### Через 1 месяц после операции:

- пациент вернулся к самостоятельному проживанию;
- вес + 4 кг;
- по прошествии двух лет пациент живет самостоятельно.

## КГО

**Рост** – 159 см (макс рост 172 см).

**Вес** – 53 кг (обычный вес 65 кг).

**Потеря веса** – 18%.

**ИМТ** – 21 кг/м<sup>2</sup>.

**Индекс Бартел** – 100 баллов.

**SPPB** – 2 балла.

**Скорость ходьбы** – 0,6 м/с.

**Динамометрия** – 20,5 кг.

**Когнитивные функции** – часы 10/10.

**MoCA** – 26/30 баллов.

**Гериатрическая шкала депрессии** – 3/15 баллов.

**Краткая шкала оценки питания MNA:** 19,5/30 баллов.

**Боль** – до 6 баллов по ВАШ

#### Заключение:

Снижение мобильности и мышечной силы, высокий риск падений. Недостаточность питания. Тяжелых когнитивных нарушений нет.

Можно ли было что-то сделать?



**Пациентка Н, 78 лет**

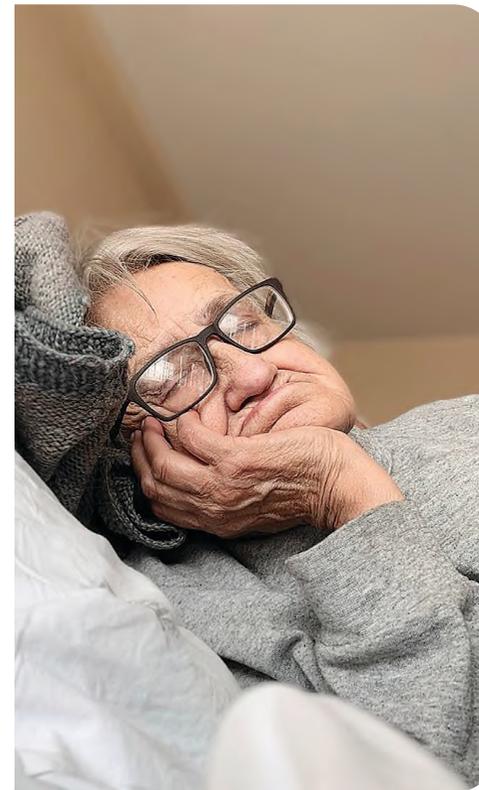
**Жалобы:**

- Пневмония коронавирусной этиологии, стационарное лечение
- Плохо ест больничную еду
- Тяжелая БЭН (общий белок 38 г/л, альбумин 24 г/л), нарастание отеков, лимфопения
- 3 курса АБ терапии
- Диарея
- Выписка через месяц – похудела на 15 кг
- Отеки, асцит, не ходит
- Пролежни, нужна сиделка

**Ищите онкологию!**



Лечить или не лечить?



**Пациентка Б, 92 лет**

- Бессимптомная бактериурия
- Тендинит ахиллова сухожилия
- Болевой синдром
- Ограничение мобильности
- Перестала выходить из дома, ослабла
- НПВС
- Повышение АД
- Моксонидин, сухость во рту
- Снижение аппетита, похудание
- Нарастание слабости
- Депрессия
- Падение
- Перелом
- **стала лежачей!**



**Учет потребления пищи пациентом**

ДАТА \_\_\_\_\_

ФИО \_\_\_\_\_ № и/б \_\_\_\_\_

**Пациент оставил на тарелке:**

ЗАВТРАК	ВСЕ <input type="radio"/>	½ <input type="radio"/>	¼ <input type="radio"/>	НИЧЕГО <input type="radio"/>
ОБЕД	ВСЕ <input type="radio"/>	½ <input type="radio"/>	¼ <input type="radio"/>	НИЧЕГО <input type="radio"/>
УЖИН	ВСЕ <input type="radio"/>	½ <input type="radio"/>	¼ <input type="radio"/>	НИЧЕГО <input type="radio"/>





## Правила гериатрии

1



## ПРАВИЛО 30%

Если с пациентом «что-то случилось» – **ищи причину в лекарствах**. В 30% случаев ответ будет там.

## СПРОСИ НЕСКОЛЬКО РАЗ

**Пациенты часто не сообщают о приеме:**

Ацетилсалициловой кислоты, ИПП, снотворных, слабительных, НПВП, корвалола, валокардина, валосердина.

**NB! ПАКЕТ С ЛЕКАРСТВАМИ**



2

## ИНОГДА НУЖНО ГОВОРИТЬ «НЕТ»

**«Start low, go slow and sometimes say no».**



4



## ПРОВЕРЬ КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ

**симптомы депрессии и функциональную активность**

## РАЗБЕРИ КАЖДЫЙ ПРЕПАРАТ

Показания, противопоказания  
Критерии Beers, START/STOPP.  
Правильность выбора дозы и режима приема.



5

## ПЕРЕПРОВЕРЯЙ КАЖДЫЙ РАЗ



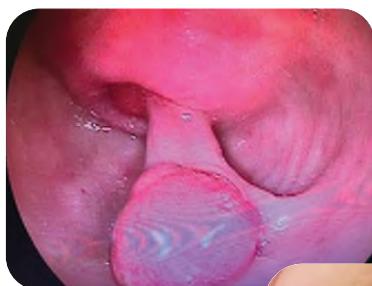
6

### Препараты, провоцирующие делирий

- Антибиотики
- Антихолинергические средства
- Антиконвульсанты
- Антидепрессанты
- Антигистаминные препараты
- Нейролептики
- Барбитураты
- Бензодиазепины
- Хлоралгидрат
- H2-гистаминовые блокаторы
- Литий
- Опиоидные анальгетики

## **Кому и почему нужно становиться гериатром**

---



**УМНЫМ**

**КОМАНДНЫМ  
ИГРОКАМ**



**АМБИЦИ-  
ОЗНЫМ**

**НЕСТАНДАРТНО  
МЫСЛЯЩИМ**





**Точка входа  
в гериатрию №1.  
Обращение в поликлинику**

---

## СИНДРОМ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ, ИЛИ «ХРУПКОСТЬ» (FRAILITY)

- Старческая астения (МКБ-10 R54) – ассоциированный с возрастом синдром, связанный со снижением функционирования и восстановительного резерва многих систем организма.
- Более 85 гериатрических синдромов.
- Основные клинические проявления:
  - общая слабость,
  - медлительность,
  - непреднамеренная потеря веса,
  - снижение физической и функциональной активности многих систем, адаптационного и восстановительного резерва.
- Способствует развитию зависимости от посторонней помощи в повседневной жизни, утрате способности к самообслуживанию.
- Ухудшает прогноз состояния здоровья.



### Алгоритм выявления старческой астении



### Скрининговый опросник «Возраст не помеха» для выявления синдрома старческой астении

№	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?	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	Страдаете ли вы недержанием мочи?	Да/Нет
7	Испытываете ли Вы трудности в перемещении по дому или на улице? (Ходьба до 100 м/ подъем на 1 лестничный пролет)	Да/Нет

**Каждый ответ «Да» = 1 балл**

Ткачева О.Н., Рунихина Н.К., Остапенко В.С. и соавт. Валидация опросника для скрининга синдрома старческой астении в амбулаторной практике. «Успехи геронтологии» 2017; №2

## Скрининговый опросник «Возраст не помеха» причины и рекомендации

Вопрос	Возможные причины	Рекомендации
<b>Похудели ли вы на 5 кг и более за последние 6 месяцев?</b>	Депрессия Саркопения Синдром мальнутриции Отсутствие зубов и зубных протезов Заболевания ротовой полости, желудочно-кишечного тракта Снижение функциональной активности Сенсорные дефициты Полипрагмазия Когнитивные нарушения Социальная дезадаптация, одиночество, низкий уровень дохода Соматические заболевания	<ul style="list-style-type: none"> <li>Регулярная физическая активность</li> <li>Рациональное питание</li> <li>Направление на зубопротезирование</li> <li>Направление в центры социального обслуживания, в том числе, привлечение социальной службы для организации доставки пищевых продуктов</li> <li>Для исключения соматических причин рекомендовать обследование у лечащего врача</li> </ul>
<b>Испытываете ли вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения или слуха?</b>	Возрастные изменения органов зрения и слуха	<ul style="list-style-type: none"> <li>Направление к офтальмологу, ЛОР-врачу</li> </ul>
<b>Были ли у вас в течение последнего года травмы, связанные с падением?</b>	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 (скользкий 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 неположенном месте)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Рекомендации по организации безопасного быта</li> <li>Направление для коррекции зрения</li> <li>Использование вспомогательных средств при ходьбе (трости, ходунки)</li> <li>Использование бедренных протекторов</li> <li>Обратить внимание на правильный подбор обуви для дома (нескользящая подошва, обязательны задники) и улицы (соответствие размера, использование в зимнее время противоскользящих накладок)</li> <li>Прием препаратов кальция (в дозе 1000–1200 мг/день) и витамина Д (в дозе 800–1000 мг/сутки)</li> </ul>

Вопрос	Возможные причины	Рекомендации
<b>Есть ли у вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?</b>	Когнитивные нарушения	<ul style="list-style-type: none"> <li>Регулярная физическая активность</li> <li>Когнитивный тренинг (выполнение упражнений, направленных на тренировку когнитивных функций, например заучивание стихов, решение логических задач, разгадывание кроссвордов, изучение иностранных языков и т.д.)</li> <li>Рекомендовать специализированное консультирование гериатром/неврологом/специалистом по нарушениям памяти по результатам теста Мини-Ког</li> </ul>
<b>Страдаете ли вы недержанием мочи?</b>	Возрастные изменения мочевых путей Лекарственные препараты Прولاпс тазовых органов Заболевания предстательной железы Сопутствующие заболевания Нарушение когнитивного и/или физического функционирования, действие психологических факторов	<ul style="list-style-type: none"> <li>Регулярная физическая активность, укрепление мышц тазового дна</li> <li>Уменьшение потребления кофеин-содержащих напитков</li> <li>Абсорбирующее белье</li> <li>Консультирование гериатра/уролога/гинеколога</li> </ul>
<b>Чувствуете ли вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель?</b>	Полиморбидность Деменция Злоупотребление седативными и снотворными средствами Одиночество, социальная изоляция	<ul style="list-style-type: none"> <li>В случае наличия большого депрессивного расстройства и/или суицидальных мыслей – консультация психиатра</li> <li>Направление пациента в территориальные центры социального обслуживания с целью организации досуга, преодоления социальной изоляции</li> <li>Консультирование гериатра</li> </ul>
<b>Испытываете ли вы трудности в перемещении по дому или на улице? (Ходьба до 100 м/подъем на 1 лестничный пролет)</b>	Мышечная слабость Заболевания суставов Периферическая нейропатия Заболевания ЦНС	<ul style="list-style-type: none"> <li>Регулярная физическая активность</li> <li>Использование вспомогательных устройств при ходьбе (трости, ходунки, кресла-каталки)</li> <li>Консультирование ортопеда, невролога, гериатра</li> </ul>

### 3 шага выявления и ведения пациентов со старческой астенией

Шаг	Кто, где, как
1. Выявление пациентов с вероятной старческой астенией	<p><b>Кто:</b> Врач общей практики, участковый терапевт, любой медицинский работник, медсестра</p> <p><b>Где:</b> везде, где пожилой человек сталкивается с медицинским работником</p> <p><b>Как:</b> короткий скрининговый опросник (<i>не более 10 мин</i>)</p>
2. Комплексная гериатрическая оценка	<p><b>Кто:</b> врач-гериатр и гериатрическая медсестра</p> <p><b>Где:</b> гериатрический кабинет</p> <p><b>Как:</b> КГО, 5 доменов – 2 ч</p>
3. Персонализированный профилактический и терапевтический план	<p><b>Кто:</b> врач-гериатр, проводивший КГО, при взаимодействии с лечащим врачом</p> <p><b>Где:</b> специализированные отделения (<i>клиника памяти, реабилитация и т.д.</i>)</p>

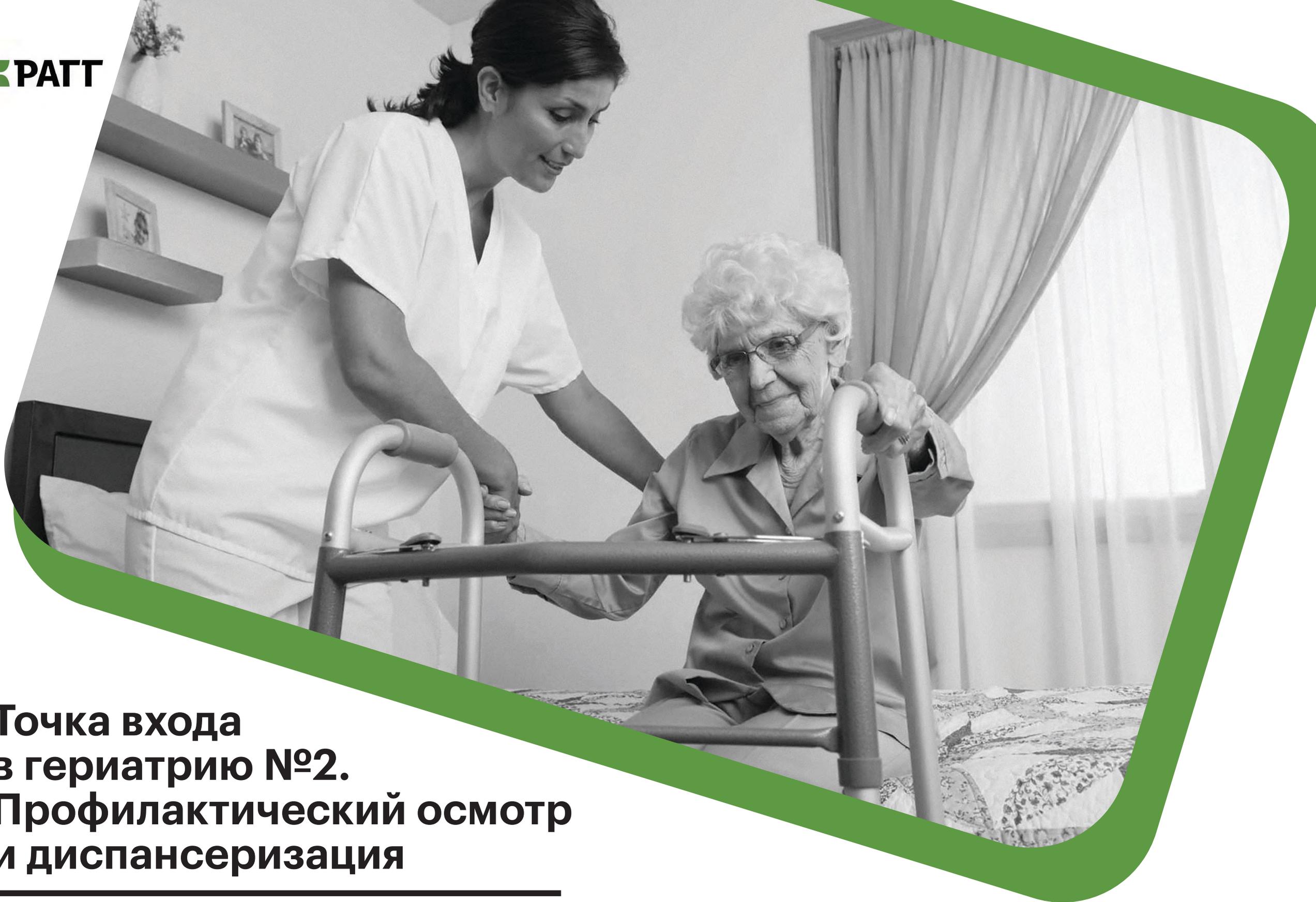
### Составляющие комплексной гериатрической оценки

Компонент КГО	Описание
Анамнез	Условия жизни, качество питания, сна, наличие хронической боли, потребности в помощи, отношение к старости, жизненные приоритеты
Физический статус	Выявление гериатрических синдромов ( <i>например, синдрома падений, недержания мочи, мальнутриции, снижение физической активности и прочих</i> )
Функциональный статус	Оценка базовой и инструментальной функциональной активности, тесты для оценки мобильности, определение мышечной силы
Нейропсихическое исследование	Выявление изменений психического статуса ( <i>когнитивный дефицит, деменция, депрессия</i> ), психологических особенностей личности
Социальный статус	Выявление социальной роли и характера социальных взаимоотношений, условия проживания, потребность в социальной помощи и уходе

КГО – междисциплинарный диагностический процесс количественной оценки накопленных дефицитов и расчетом индекса «хрупкости» для определения индивидуального плана ведения пациента

### Особенности профилактического консультирования лиц 75 лет и старше

1. Ориентировать не только на устранение симптомов заболеваний, но и в целом на здоровое старение и долголетие, активный образ жизни.
2. Рекомендации для ВСЕХ пациентов 75 лет и старше:
  - физическая активность,
  - питание,
  - когнитивный тренинг,
  - организация безопасного быта,
  - правила приема лекарств.
3. Рекомендации с учетом положительных ответов на вопросы шкалы «Возраст не помеха».
4. Учет возрастных особенностей коррекции АД, избыточной массы тела и ожирения, гипергликемии, дислипидемии.



**Точка входа  
в гериатрию №2.  
Профилактический осмотр  
и диспансеризация**

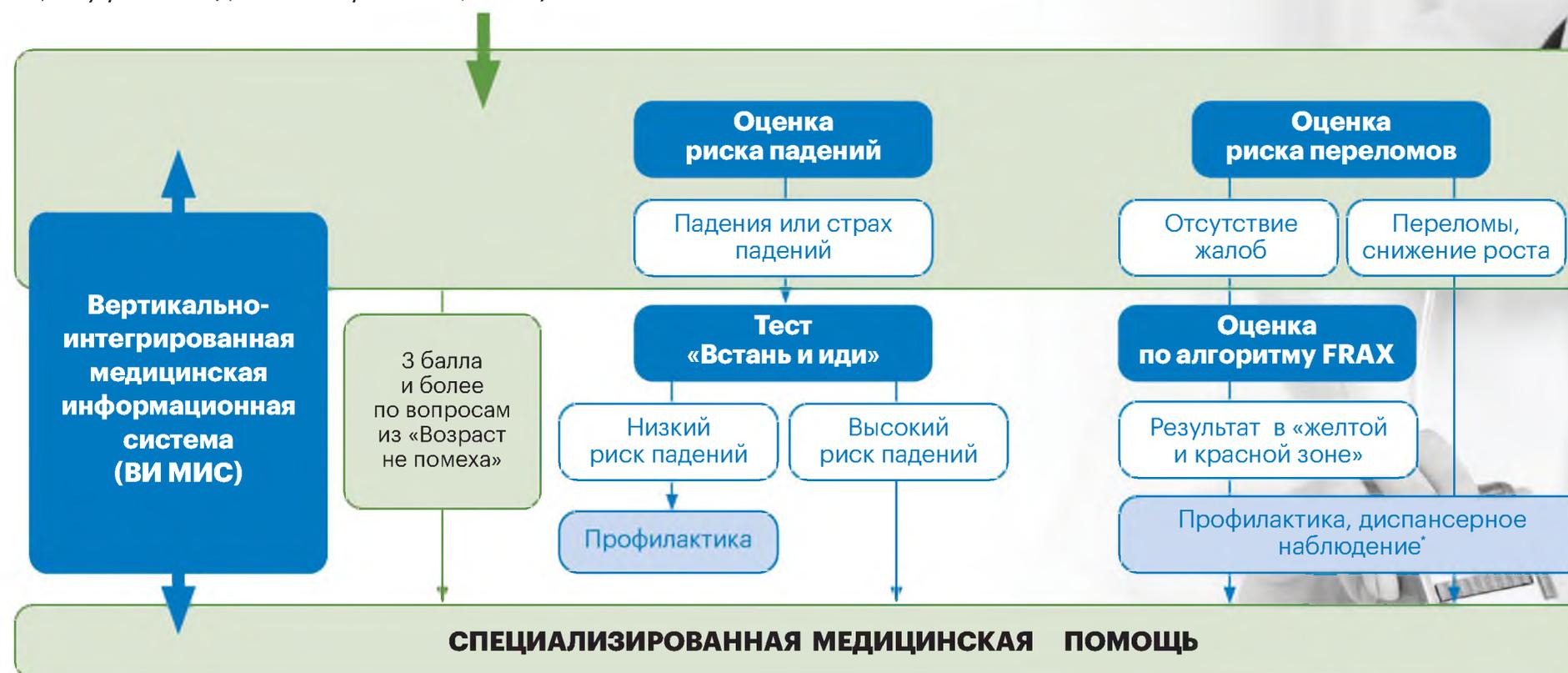
---

# СКРИНИНГ И МАРШРУТИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ

В рамках проведения профилактического осмотра и диспансеризации

**Пациенты 65 лет и старше, один раз в год**

Анкета для граждан в возрасте 65 лет и старше на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска, старческой астении – 30 вопросов (включают скрининговый опросник «Возраст не помеха», оценку риска падений и переломов, FRAX).



\* Первичный остеопороз входит в перечень заболеваний или состояний, при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение врачом-терапевтом с периодичностью 1 раз в год или по рекомендации врача-специалиста (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 марта 2019 г. № 173н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»)

## ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ АНКЕТИРОВАНИЕ

### Дополнительная анкета для граждан в возрасте 65 лет и старше на выявление риска падений и остеопоротических переломов

Дата анкетирования (день, месяц, год):

Ф.И.О. пациента:

Пол:

Дата рождения (день, месяц, год):

Полных лет:

Рост (см.):

Вес (кг):

Медицинская организация:

Должность и Ф.И.О. проводящего анкетирование и подготовку заключения по его результатам:

#### 1. Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется:

1.1	Эндокринные нарушения (сахарный диабет или повышенный уровень глюкозы, гиперпаратиреоз, тиреотоксикоз, гипогонадизм, эндогенный гиперкортицизм)?	да	нет
1.2	Ревматологические и аутоиммунные заболевания (системная красная волчанка, анкилозирующий спондилит)?	да	нет
1.3	Заболевания органов пищеварения (состояние после резекции желудка, мальабсорбция, хронические заболевания печени)?	да	нет
1.4	Заболевания почек (хроническая почечная недостаточность, синдром Фанкони, почечно-канальцевый ацидоз)?	да	нет
1.5	Заболевания крови (миеломная болезнь, талассемия, лимфомы, лейкозы)?	да	нет
1.6	Другие заболевания и состояния (алкоголизм, иммобилизация, овариэктомия, нервная анорексия, трансплантация органов)?	да	нет
1.7	Генетические нарушения (синдром Марфана, несовершенный остеогенез, несовершенный десмогенез, гомоцистинурия)?	да	нет
2.	Принимаете ли вы следующие лекарственные препараты: тиреоидные гормоны, антиконвульсанты, иммунодепрессанты, антациды с алюминием?	да	нет
3.	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас ревматоидный артрит?	да	нет
4.	Принимаете ли вы глюкокортикостероиды в виде таблеток более 3 месяцев?	да	нет

5.	Были ли у Вас переломы позвонков, шейки бедра, шейки плечевой кости или два и более перелома (в том числе разных костей и в разное время)?	да	нет
6.	Были ли переломы бедра у Ваших родителей?	да	нет
7.	Курите ли Вы (курение одной и более сигарет в день)?	да	нет
8.	Принимаете ли Вы алкоголь ежедневно: более 1 л пива/ 3 бокалов вина/ 90 мл крепких напитков (водки, коньяка)?	да	нет
9.	Были ли у Вас случаи падений за последний год?	да	нет
10.	Используете ли Вы (или Вам советовали использовать) трость или ходунки для безопасного передвижения?	да	нет
11.	Чувствуете ли Вы неустойчивость, когда идете?	да	нет
12.	Вы опираетесь на мебель при передвижении по дому?	да	нет
13.	Бойтесь ли Вы упасть?	да	нет
14.	Вам необходимо опираться на руки, чтобы встать со стула?	да	нет
15.	Вам трудно подняться на бордюр?	да	нет
16.	У Вас часто возникает потребность срочно посетить туалет для мочеиспускания?	да	нет
17.	Ваши ноги утратили чувствительность?	да	нет
18.	Вы принимаете лекарства, которые вызывают головокружение или заставляют Вас чувствовать себя более усталым(ой), чем обычно?	да	нет

## ИНТЕРПРЕТАЦИЯ

### Вынесения заключения по результатам ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО анкетирования граждан в возрасте 65 лет и старше

Вопросы	Ответ и заключение	Врачебная тактика, показания для направления на 2-й этап диспансеризации ИЛИ дополнительное обследование вне рамок диспансеризации
---------	--------------------	--

#### Риск остеопоротических переломов (оценивается 10-летний риск переломов по алгоритму FRAX)

<b>Возраст</b>	Модель FRAX работает с возрастом от 40 до 90 лет. Если вводятся меньшие или большие значения, программа рассчитает вероятность для 40 или 90 лет соответственно.	Оценивается 10-летний риск переломов по алгоритму FRAX с целью стратификации по риску переломов и определения показаний для назначения антиостеопоротической терапии (для российской популяции). Пациенту с низким риском перелома необходимо при профилактическом консультировании учесть риск падений и другие факторы риска остеопоротических переломов.
<b>Пол</b>	Мужской или женский. Отметьте соответствующий.	
<b>Вес</b>	Должен быть введен в кг.	Пациенту со средним риском перелома по FRAX должна быть выполнена денситометрия и перерасчет риска с учетом минеральной плотности кости.
<b>Рост</b>	Должен быть введен в см.	
<b>Вопрос 1</b>	Ответ «ДА» на любой из вопросов – вероятность вторичного остеопороза	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 диспансерное наблюдение пациента проводит врач общей практики/ врач терапевт участковый, который проводит и контролирует эффективность и безопасность антиостеопоротической терапии.
<b>Вопросы 2-8</b>	Ответ «ДА» на любой из вопросов – имеется фактор риска остеопоротических переломов	Если риск остеопоротического перелома высокий или средний и есть показания для наблюдения врачом-специалистом, пациент направляется к врачу-гериатру, или врачу-эндокринологу, или врачу-ревматологу для дальнейшего обследования, включая денситометрию и назначения антиостеопоротической терапии.

#### Риск падений

<b>Вопросы 9-10</b>	Ответ «ДА» на любой из вопросов – имеется риск падений  Ответ учитывается при подсчете суммы баллов (ответ «Да» = 2 баллам)	Сумма баллов 4 и более ответов «Да» на вопросы 9-18 указывает на высокий риск падений. 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 основного анкетирования пациент направляется к соответствующим специалистам для коррекции указанных факторов риска падений.
<b>Вопросы 11-18</b>	Ответ «ДА» на любой из вопросов – имеется риск падений  Ответ учитывается при подсчете суммы баллов (ответ «Да» = 1 баллу)	

Вопросы	Ответ и заключение	Врачебная тактика, показания для направления на 2-й этап диспансеризации ИЛИ дополнительное обследование вне рамок диспансеризации
---------	--------------------	--

#### Риск падений

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».

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».

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

## АЛГОРИТМ FRAX

### Анкета:

1. Возраст (от 40 до 90 лет) или дата рождения  
Возраст: \_\_\_\_\_ Дата рождения: год: \_\_\_\_ месяц: \_\_\_\_ день: \_\_\_\_
2. Пол Мужской \_\_\_\_\_ Женский \_\_\_\_\_
3. Вес (кг) \_\_\_\_\_
4. Рост (см) \_\_\_\_\_
5. Предшествующий перелом нет \_\_\_\_\_ да \_\_\_\_\_
6. Перелом бедра у родителей нет \_\_\_\_\_ да \_\_\_\_\_
7. Курение в настоящее время нет \_\_\_\_\_ да \_\_\_\_\_
8. Глюкокортикостероиды нет \_\_\_\_\_ да \_\_\_\_\_
9. Ревматоидный артрит нет \_\_\_\_\_ да \_\_\_\_\_
10. Вторичный остеопороз нет \_\_\_\_\_ да \_\_\_\_\_
11. Алкоголь от 3 единиц и более в день нет \_\_\_\_\_ да \_\_\_\_\_
12. Минеральная плотность кости (МПК) \_\_\_\_\_

Параметр	Комментарий
<b>Возраст</b>	Модель работает для возраста от 40 до 90 лет. Если вводятся меньшие или большие значения, программа рассчитает вероятность для 40 или 90 лет соответственно.
<b>Пол</b>	Мужской или женский. Отметьте соответствующий.
<b>Вес</b>	Должен быть введен в килограммах.
<b>Рост</b>	Должен быть введен в см.
<b>Предшествующий перелом</b>	Предшествующий перелом означает ранее имевший место перелом у взрослого, произошедший самопроизвольно или в результате такой травмы, от которой у здорового человека перелома бы не возникло. Ответьте «да» или «нет» (см. также примечания о факторах риска).
<b>Перелом бедра у родителей</b>	Запрос анамнеза переломов бедра у отца или матери. Ответьте «да» или «нет».
<b>Курение в настоящее время</b>	Ответьте «да» или «нет» в зависимости от того, является ли сейчас пациент курильщиком (см. также примечания о факторах риска).
<b>Глюкокортикостероиды</b>	Введите «да», если пациент принимает глюкокортикостероиды per os в настоящее время либо принимал глюкокортикостероиды per os более 3 месяцев в дозе 5 мг по преднизолону и больше (или эквивалентные дозы других глюкокортикостероидов) (см. также описание факторов риска).
<b>Ревматоидный артрит</b>	Ответьте «да», если у пациента есть подтвержденный диагноз «ревматоидный артрит». В противном случае ответьте «нет» (см. также примечания о факторах риска).

### Вторичный остеопороз

Введите «да», если пациент имеет заболевание с доказанной ассоциацией с остеопорозом. Это могут быть сахарный диабет I типа (инсулинозависимый сахарный диабет), несовершенный остеогенез у взрослого, длительно не леченный гипертиреоз, гипогонадизм или ранняя менопауза (<45 лет), хроническое недоедание или мальабсорбция и хроническое заболевание печени.

### Алкоголь от 3 единиц и более в день

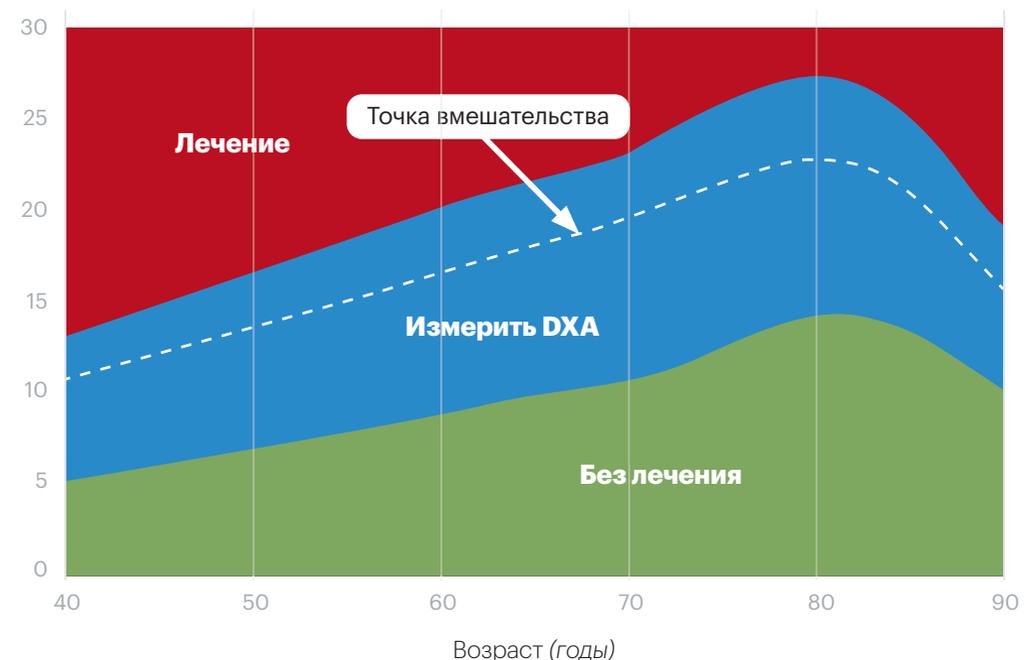
Ответьте «да», если пациент употребляет в день 3 или более единицы алкоголя. Единица алкоголя незначительно варьируется в разных странах от 8 до 10 г алкоголя. Это соответствует стандартному бокалу пива (285 мл), одной стандартной порции крепкого спиртного (30 мл), бокалу вина средних размеров (120 мл) или одной порции аперитива (60 мл) (см. также примечания о факторах риска).

### Минеральная плотность кости (МПК)

Выберите марку DXA денситометра, после чего введите МПК шейки бедра в г/см<sup>2</sup>. Если МПК не исследовалась, поле надо оставить пустым.

## Интерпретация FRAX

10-летняя вероятность основных низкотравматических переломов



## Диагностика и маршрутизация на этапе специализированной помощи



\* Центр профилактики остеопороза может быть создан на функциональной основе на базе регионального гериатрического центра или другого многопрофильного стационара, организация работы регулируется Приказом Минздрава России от 11 августа 1997 года N 239 «Об организации центров профилактики остеопороза»



**Система  
долговременного ухода –  
когда медицина бессильна**

---

# ЗАДАЧИ СИСТЕМЫ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА

	Проблемы	Решения
<b>Выявление реальной потребности в уходе и создание реестра нуждающихся в помощи (типизации)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Отсутствие системы прогнозирования потребностей в уходе – текущие оценки потребностей не отражают реальную ситуацию</li> <li>Отсутствие единых принципов оценки состояния, отнесения их в ту или иную группу и правил их дальнейшей маршрутизации, т. е. определения форматов и мест оказания ухода</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Создание эффективной системы мониторинга и прогнозирования потребности нуждающихся в долговременном уходе</li> <li>Формирование клиентоориентированной системы</li> <li>Формирование методологической базы</li> </ul>
<b>Маршрутизация</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Отсутствие единых стандартов маршрутизации</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Создание единых стандартов маршрутизации с учетом желаний нуждающихся в уходе и расширяющих возможности надомного ухода</li> </ul>
<b>Стандартизация ухода</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Отсутствие единых стандартов осуществления ухода и реабилитации</li> <li>Отсутствие единых стандартов контроля процесса и результатов ухода</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Создание и внедрение единых стандартов осуществления ухода и реабилитации</li> <li>Создание и внедрение единых стандартов контроля процесса и результатов ухода</li> </ul>
<b>Координация</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Отсутствие функций по координации действий государственных негосударственных учреждений, вовлеченных в функционирование системы ДУ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Создание единого координатного центра с функциями диспетчера и социального координатора</li> </ul>
<b>Организация межведомственного взаимодействия</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Неэффективное межведомственное взаимодействие, выраженное в разъединенности медицинского и социального ухода, а также отсутствии комплексности системы как таковой</li> <li>Недостаточность стандартных протоколов взаимодействия и коммуникации</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Актуализация федеральной и региональной нормативных баз, обеспечивающих взаимодействие организаций, вовлеченных в СДУ</li> </ul>
<b>Квалифицированные кадры</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Острый дефицит кадров для обеспечения ухода</li> <li>Отсутствие единой системы обучения и переподготовки специалистов в области долговременного ухода</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Актуализация действующей системы профстандартов:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- актуализация типовых штатных расписаний учреждений СДУ</li> <li>- создание федеральной региональной учебно-методологической базы по подготовке и переподготовке специалистов СДУ</li> </ul> </li> </ul>
<b>Инфраструктура (учреждения и пр.)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Несбалансированность количества разных типов учреждений, обеспечивающих уход</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Обеспечение эффективного сочетания разных типов учреждений на основе потребностей конкретного региона</li> </ul>
<b>Развитие надомного ухода, поддержка семей</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Неразвитость инфраструктуры надомного ухода, ориентированной на максимально долгое пребывание человека в домашней обстановке</li> <li>Отсутствие систем обучения родственников правилам ухода</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Создание условий для поддержки и развития неформального (семейного/соседского ухода):                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- система информирования семей о помощи</li> <li>- гибкая система компенсации родственникам</li> <li>- пункты проката мед. техники и оборудования</li> </ul> </li> </ul>
<b>Информирование</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Недостаточная информированность семей, задействованных в уходе, о возможности получения помощи</li> <li>Отсутствие системы по уходу для «неспециалистов»</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Создание системы информирования о возможностях СДУ, в т. ч. создание интернет-сайта</li> <li>Создание программы обучения полезным навыкам лиц, нуждающихся в уходе, и их окружения</li> </ul>

Система долговременного ухода

Нормативная база

# МОДЕЛЬ СИСТЕМЫ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА



ЦА – люди с ограничениями жизнедеятельности и лица, осуществляющие уход (ЛОУ)



## ВЫЯВЛЕНИЕ: проактивный принцип

- Социальное обслуживание
- здравоохранение
- Образование
- Прочие ведомства (ПФР, МЧС)
- Сообщество
- Региональные организации и НКО

## ОЦЕНКА ОБЪЕМА НЕОБХОДИМОЙ ПОМОЩИ (ТИПИЗАЦИЯ)

**Бланк диагностики –**  
объективная оценка объема  
необходимой помощи

- Объективная оценка ограничений жизнедеятельности
- Определение групп по объему помощи
- Определение ресурсов
- Соцобслуживание**
- Здравоохранение**

Программа обслуживания (ИППСУ/ИПРА)

Изменений ограничений жизнедеятельности

## КОМПЕНСАЦИЯ ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

ПОЛУЧАТЕЛЬ УСЛУГ СДУ

### Социальные сервисы:

- Расширенный уход на дому
- Центры дневного пребывания и пункты проката ТСР
- Сопровождаемое проживание
- Качественный уход в домах-интернатах

### Медицинские сервисы:

- Медицинский патронаж
- Специализированная медицинская помощь

### Прочие сервисы:

- Помощь в трудоустройстве
- Помощь в образовании
- Финансовая помощь

- Психологическая помощь
- Правовая помощь
- Школы ухода

**ЛОУ**

## ПЕРЕДАЧА ИНФОРМАЦИИ ОТ ВРАЧА В СОЦИАЛЬНЫЕ СЛУЖБЫ/ ВОЛОНТЕРСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ

### Анкета «Возраст не помеха»:

1. Похудели ли Вы на 5 кг и более за последние 6 месяцев (вес) нет \_\_\_\_\_ да \_\_\_\_\_
2. Испытываете ли Вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения или слуха? нет \_\_\_\_\_ да \_\_\_\_\_
3. Были ли у Вас в течение последнего года травмы, связанные с падением? нет \_\_\_\_\_ да \_\_\_\_\_
4. Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель? (настроение) нет \_\_\_\_\_ да \_\_\_\_\_
5. Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать? нет \_\_\_\_\_ да \_\_\_\_\_
6. Страдаете ли Вы недержанием мочи? нет \_\_\_\_\_ да \_\_\_\_\_
7. Испытываете ли Вы трудности с перемещением по дому или на улице? (ходьба до 100 м/ подъем на 1 лестничный пролет) нет \_\_\_\_\_ да \_\_\_\_\_

### Дистанционное сопровождение пациентов с хроническими заболеваниями

- Мониторинг жизненных показателей граждан, находящихся на социальном обслуживании, социальными работниками по показаниям врача.
- Социальный работник контролирует измерение жизненно важных показателей и передает их напрямую лечащему врачу через приложение в смартфоне.

- Лечащий врач получает на своем компьютере (через веб-интерфейс) регулярную информацию о показателях, представленную в том числе в виде графиков.
- Большое число вопросов решается не путем посещения, а телефонным звонком.
- В перспективе – дневник самонаблюдения и связь «пациент-врач».

#### Основные жизненные показатели

- артериальное давление
- вес
- сахар в крови
- пульс и оксигенация
- температура тела

### Анкета «Назначений и противопоказаний»:

1. Есть риски образования пролежней нет \_\_\_\_\_ да \_\_\_\_\_
2. Есть недержание нет \_\_\_\_\_ да \_\_\_\_\_
3. Есть риск аспирации (нарушено глотание и т. д.) нет \_\_\_\_\_ да \_\_\_\_\_
4. Есть риск образования контрактур нет \_\_\_\_\_ да \_\_\_\_\_
5. Есть риск запоров нет \_\_\_\_\_ да \_\_\_\_\_
6. Есть риск падения нет \_\_\_\_\_ да \_\_\_\_\_
7. Есть аллергия (пища, лекарства, бытовая) нет \_\_\_\_\_ да \_\_\_\_\_
8. Нужен контроль приема пищи нет \_\_\_\_\_ да \_\_\_\_\_
9. Нужен контроль питьевого режима нет \_\_\_\_\_ да \_\_\_\_\_
10. Нужен контроль уровня сахара (без выполнения процедуры) нет \_\_\_\_\_ да \_\_\_\_\_
11. Принимает жизненно важные лекарственные препараты нет \_\_\_\_\_ да \_\_\_\_\_
12. Нужен контроль артериального давления нет \_\_\_\_\_ да \_\_\_\_\_



## **Против пренебрежения и жестокости в отношении пожилых людей**

---

Ожидается,  
что в процессе  
быстрого старения  
населения многих  
стран масштабы  
этого явления  
возрастут.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЖЕСТКОГО ОБРАЩЕНИЯ С ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ (данные ВОЗ, 2021)

Приблизительно **каждый шестой человек** в возрасте 60 лет и старше за последний год подвергнулся той или иной форме жестокого обращения в быту.

• За время пандемии COVID-19 жестокое обращение с пожилыми людьми распространилось еще больше.

• Жестокость по отношению к пожилым людям может приводить к серьезным физическим травмам и долгосрочным психологическим последствиям.

• Высокая частота случаев жестокого обращения с пожилыми в таких учреждениях, как дома престарелых и учреждения долгосрочного ухода, где двое из трех сотрудников сообщают о том, что за последний год допускали жестокость по отношению к пожилым.

2015  
 900 млн

Глобальная численность людей в возрасте 60 лет и старше более чем удвоится — с 900 млн человек в 2015 г. до примерно 2 млрд в 2050 г.

2050  
 2 млрд

## ВИДЫ НАСИЛИЯ



### Физическое насилие

- Статья 111 УК (умышленное причинение тяжкого вреда здоровью)
- Статья 115 УК (умышленное причинение легкого вреда здоровью)
- Статья 116 УК (побои)
- Статья 117 УК (истязания)



### Психологическое насилие

- Включает оскорбление, запрет на общение с отдельными людьми, на посещение мест
- Статья 111 УК (умышленное причинение тяжкого вреда здоровью, лишение одной из функций, в данном случае ограничение социальной активности)
- Статья 110 УК (доведение до самоубийства)



### Экономическое насилие

- Включает как отъем денег пожилого родственника (возможно рассматривать как хищение), так и отказ работать (когда пожилой человек вынужден оказывать материальную помощь нежелающему работать молодому родственнику)
- Статья 158–168 УК



### Халатное отношение

- Неоказание должного ухода за пожилым родственником, отказ в помощи/покупке лекарственных препаратов, отказ в предоставлении медицинской помощи
- Статья 124 УК (неоказание помощи больному со стороны должностного лица)
- Статья 125 УК (оставление в опасности)
- Часть 2 статьи 293 УК – халатность (деяния, повлекшие по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью)

## Как заподозрить?



Жертва практически никогда не смотрит в глаза собеседнику.



Множественные травмы разной степени давности, которые пациент не может объяснить.



Пациент неоднократно обращается за медицинской помощью с малейшими жалобами на свое здоровье.



Эмоциональная лабильность при осмотре.



В США одним из обязательных вопросов при сборе социального анамнеза является вопрос: чувствует ли себя пациент в безопасности дома.

## Кто виноват? Что делать?

- **Действуем в своих интересах** – сообщаем вышестоящему руководству о своих подозрениях (*помним, мы заполняем медицинскую документацию для прокурора*).
- **Действуем в интересах пациента** – узнаем об алгоритмах помощи в таких ситуациях в своих регионах (*442 ФЗ Организация социального обслуживания, Статья 15*).





# «Возраст онлайн»

ПОРТАЛ О ТОМ, КАК НЕ БОЯТЬСЯ СТАРОСТИ