

Е.В. Седова • Ф.Н. Палеев • О.Н. Старцева

Основы гериатрии для врачей первичного звена

Учебно-методическое пособие

Гериатрия
Оценка боли
Старческий возраст
Оценка риска падений
Старческая астения
Геронтология
Синдром мальнутриции
Пожилой возраст
Нарушения сна
Депрессия
Деменция

Москва • 2019



МОНИКИ
1775

ФАКУЛЬТЕТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ

Министерство здравоохранения Московской области
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области
«Московский областной научно-исследовательский клинический институт
им. М.Ф. Владимирского»
Факультет усовершенствования врачей

«Утверждаю»
Декан факультета усовершенствования врачей
ГБУЗ МО МНИКИ им. М.Ф. Владимирского
д-р мед. наук, профессор О.Ю. Александрова
Протокол заседания ученого совета № 1 от 26.03.2019

Е.В. Седова, Ф.Н. Палеев, О.Н. Старцева

Основы гериатрии для врачей первичного звена

Учебно-методическое пособие

**Москва
2019**

Цель учебно-методического пособия – повышение качества социально-медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста с учетом современных международно признанных методов. Применение врачом указанных знаний в практической деятельности даст возможность повысить эффективность оказания помощи пациентам старших возрастных групп.

Пособие предназначено для терапевтов и узких специалистов, оказывающих медицинскую помощь пациентам пожилого и старческого возраста.

Авторы:

Е.В. Седова – д-р мед. наук, ст. науч. сотр. кардиопульмонологического отделения, доцент кафедры терапии факультета усовершенствования врачей ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Ф.Н. Палеев – д-р мед. наук, профессор, чл.-корр. РАН, заведующий кафедрой терапии факультета усовершенствования врачей ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

О.Н. Старцева – канд. мед. наук, доцент кафедры паллиативной помощи и долговременного ухода Академии постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России

Рецензент:

А.Н. Ильницкий – заведующий кафедрой терапии, гериатрии и антивозрастной медицины Академии постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России

Введение

Прогрессирующее старение населения привело к росту числа лиц старших возрастных групп. Это актуализирует их проблемы, выражающиеся в первую очередь в ухудшении здоровья, что приводит к формированию уязвимости этой группы населения. Главной проблемой на современном этапе остается рост заболеваемости пожилых людей, отсутствие или недостаточная эффективность медицинских и социальных услуг. В связи с этим возрастает потребность граждан пожилого и старческого возраста в соответствующей медицинской помощи, совершенствовании мероприятий социальной и психологической поддержки, развитии системы долговременной геронтологической помощи и ухода.

Эксперты Всемирной организации здравоохранения предлагают внести серьезные изменения в политику здравоохранения для стареющего населения и способ оказания услуг. Предлагается разрабатывать мероприятия по оказанию комплексной медицинской или долгосрочной помощи с учетом состояния здоровья пожилых людей, их функциональных возможностей, условий окружающей среды.

В условиях прогрессирующего старения населения назрела необходимость дифференцированного подхода к работе с пожилыми людьми, требуется совершенствование геронтологической помощи. Однако, как показывает практика, в настоящее время остаются традиционными общие принципы оказания помощи пациентам старших возрастных групп, специализированные гериатрические подходы в ведении таких пациентов фактически не применяются.

В то же время увеличение абсолютного числа людей пожилого, старческого возраста и долгожителей значительно повышает нагрузку на учреждения здравоохранения и социального обслуживания населения, что свидетельствует о важности обучения основам современной гериатрии всех специалистов, которые работают с пациентами старших возрастов. В связи с этим актуальным и необходимым признается решение вопроса обучения врачей первичного звена основам геронтологии и гериатрии.

Современная концепция гериатрической помощи в России

Демографические особенности старения населения свидетельствуют о необходимости совершенствования гериатрической службы и развития геронтологической помощи в современной России.

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 05.02.2016 утверждена «Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года», в которой сформированы ключевые задачи по оказанию гражданам старшего поколения необходимой помощи и поддержки с учетом индивидуальных потребностей, активности и нуждаемости.

В январе 2016 г. Министерством здравоохранения Российской Федерации утвержден порядок оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия», который предполагает трехуровневую систему оказания гериатрической помощи:

- организация медицинской помощи пожилым людям в амбулаторных условиях – гериатрические кабинеты поликлиник для взрослых;
- организация медицинской помощи пожилым людям в стационарных условиях – гериатрические отделения/койки многопрофильных медицинских организаций;
- Федеральный научный центр геронтологии и гериатрии.

Эти документы сыграли позитивную роль в создании в стране гериатрической системы, основной принцип которой – создание единой системы долговременной помощи гериатрическим пациентам за счет преемственности ведения между учреждениями здравоохранения и социального обслуживания.

Учитывая, что в системе оказания медицинской помощи старшему населению основная нагрузка приходится на учреждения амбулаторно-поликлинического профиля, важнейшая роль в тактике ведения гериатрических пациентов принадлежит специалистам первичного медицинского звена.

Не каждый пациент пожилого или старческого возраста должен наблюдаться врачом-гериатром. Отбор пациентов для оказания специализированной гериатрической помощи проводится на основе выявления основных гериатрических синдромов и синдрома старческой астении, которые ограничивают функциональность и жизнедеятельность пожилого человека. При уже развившемся синдроме старческой астении необходимо подключить все возможные меры оказания социально-медицинской помощи и поддержки, осуществляя тесное взаимодействие с социальными службами.

Для понимания особенностей работы с пациентами старших возрастных групп прежде всего необходимо дать основные понятия и определения в этой области медицинских знаний.

Основные определения и понятия

Геронтология – наука, которая всесторонне изучает процессы старения, от биологических закономерностей до методов оказания социально-медицинской помощи человеку.

Геронтологи рассматривают само **старение** как специфический и необратимый процесс, который является универсальным для всего живого, генетически запрограммирован, а его скорость и качество в большой степени зависят от образа жизни человека (уровня физической активности, питания, стрессоустойчивости и т.д.).

Всемирная организация здравоохранения предлагает следующую классификацию старших возрастных групп:

- 60–74 года – пожилой возраст;
- 75–89 лет – старческий возраст;
- 90 лет и старше – долгожители.

Поскольку с возрастом увеличивается доля людей, страдающих хроническими заболеваниями, повышается значимость и необходимость ведения этих пациентов. Специалисты, работающие с пациентами старших возрастов, должны знать особенности заболеваний лиц данной возрастной категории, особенности лекарственной терапии этих пациентов, разбираться в вопросах реабилитации, ухода, а также диагностики и профилактики таких состояний, как гериатрические синдромы и синдром старческой астении. Это обусловило развитие такой медицинской дисциплины, как гериатрия.

Гериатрия – самостоятельная медицинская специальность, для которой характерен междисциплинарный подход к диагностике, лечению и реабилитации заболеваний у людей пожилого и старческого возраста. Гериатрическая помощь оказывается преимущественно людям старше 65 лет.

Современная гериатрия ориентирована на продление и повышение качества жизни лиц пожилого и старческого возраста, сохранение и поддержание функциональной способности и максимальной самостоятельности человека.

По мнению специалистов, особо важно и значимо не само по себе наличие той или иной болезни, а то, в какой степени происходит ограничение повседневной деятельности пожилого человека и формирование его зависимости от посторонней помощи. Наиболее часто к ограничению жизнедеятельности и самостоятельности людей пожилого и старческого возраста наряду с множественными хроническими забо-

леваниями приводят гериатрические синдромы и синдром старческой астении.

Синдром старческой астении

Основу современной гериатрии составляет концепция старческой астении и связанных с ней гериатрических синдромов.

Синдром старческой астении (англ. frailty) в литературе при дословном переводе с английского языка трактуется по-разному: как старческое одряхление, старческая дряхлость, старческая немощь, старческая уязвимость или «хрупкость». В отечественной гериатрии наиболее удачным считается определение «старческая астения». Это самый важный синдром, который характеризует состояние пациента после 65 лет и отражает степень его зависимости от посторонней помощи в повседневной жизни.

Старческая астения – специфическое состояние, которое может развиваться у человека пожилого и старческого возраста и характеризуется такими симптомами, как:

- похудание, когда наблюдается снижение массы тела темпом не более чем на 10% в год;
- нарушение походки;
- снижение мышечной силы;
- развитие когнитивных расстройств и снижение мотивации, утрата прежних жизненных интересов;
- низкий уровень двигательной активности.

Старческая астения представляет собой финальный этап процесса старения организма человека, приводит к утрате самообслуживания, вызывает необходимость оказания социально-медицинской помощи и гериатрического ухода.

Развитию синдрома старческой астении способствуют:

- последствия длительно протекающих хронических заболеваний (сахарный диабет, хроническая сердечная и дыхательная недостаточность, неврологический дефицит как следствие перенесенного инсульта);
- возрастная дисфункция нервной системы;
- возрастной гормональный дефицит – возрастной андрогенный дефицит у мужчин, менопауза у женщин, соматопауза, которая сопровождается возрастным снижением инсулиноподобного фактора роста-1;

- анемический синдром;
- хронический болевой синдром;
- сидячий образ жизни со значительным ограничением уровня физической активности;
- апатия и депрессия, хронический стресс;
- побочные эффекты медикаментов, которые в пожилом возрасте способны вызывать такие состояния, как потеря аппетита, седативный эффект, падения.

В настоящее время установлено, что к развитию старческой астении могут привести более 65 возрастзависимых гериатрических синдромов. Основные гериатрические синдромы представлены тремя группами:

- 1-я группа – соматические:
 - ✓ синдром недостаточного питания (мальнутриция);
 - ✓ нарушение ходьбы и общей двигательной активности;
 - ✓ синдром падений;
 - ✓ пролежни;
 - ✓ недержание мочи (инконтиненция);
 - ✓ нарушения стула;
 - ✓ нарушения слуха и зрения;
 - ✓ уменьшение мышечной массы и мышечной силы (саркопения);
 - ✓ нарушение сна (инсомния);
 - ✓ болевой синдром;
- 2-я группа – психические:
 - ✓ снижение когнитивных способностей и деменция;
 - ✓ тревожно-депрессивный синдром;
 - ✓ делирий;
 - ✓ нарушения поведения и адаптации;
- 3-я группа – социальные:
 - ✓ утрата самообслуживания;
 - ✓ зависимость от посторонней помощи;
 - ✓ социальная изоляция;
 - ✓ синдром насилия;
 - ✓ нарушение семейных связей.

Сочетание трех и более указанных симптомов позволяет говорить о развитии старческой астении, а один или два симптома – о наличии старческой преастении.

По мере прогрессирования гериатрических синдромов и усугубления явлений старческой астении развивается полная потеря подвижно-

сти (человек передвигается только в пределах постели), отмечается постоянное недержание мочи, частые делириозные состояния, выраженные изменения статуса питания, до минимального уровня снижаются социальные контакты.

Главный риск старческой астении – потеря возможности самостоятельно себя обслуживать, что делает пожилого человека уязвимым.

Распространенность синдрома старческой астении достаточно велика и колеблется от 6,9 до 73,4% пациентов. Чаще она регистрируется у женщин, что связано с более высокой продолжительностью жизни. Россия остается одной из самых неблагополучных стран в отношении частоты развития этого синдрома.

Старческая астения служит прогностическим фактором и мерой оценки степени утраты самообслуживания в пожилом возрасте, поэтому выявление основных гериатрических синдромов и синдрома старческой астении признается важным диагностическим процессом, необходимым для разработки плана лечения, ухода и ведения гериатрического пациента.

Своевременное выявление гериатрических проблем способствует предупреждению и замедлению развития синдрома старческой астении.

Диагностика синдрома старческой астении

Диагностика синдрома старческой астении представляет собой часть комплексного осмотра гериатрического пациента и включает выявление физикальных, функциональных и психосоциальных особенностей людей пожилого и старческого возраста.

Основная цель диагностического этапа – выявление проблем пожилого человека и разработка комплексного плана мероприятий социально-медицинской помощи.

В диагностический процесс входят:

- традиционное клиническое исследование;
- специальные опросники и шкалы (комплексная гериатрическая оценка, англ. comprehensive geriatric assessment);
- лабораторно-инструментальные методы исследований.

Традиционный клинический осмотр включает в себя сбор жалоб, анамнеза, изучение факторов риска хронических неинфекционных заболеваний, общий осмотр пациента по органам и системам.

Опрос пациента проводится в виде беседы. При этом следует учитывать состояние пациента. Необходимую информацию о личности по-

жилого человека можно получить также в беседе с родственниками или другими сопровождающими лицами.

При сборе анамнеза необходимо особое внимание уделять изучению биографии пациента. Это данные семейного анамнеза, информация об образовании, профессии пожилого человека, об условиях его жизни в прошлом и настоящем, о взаимоотношениях с близкими людьми, окружающим миром. Полученная информация очень важна в работе с гериатрическим пациентом, особенно при наличии психосоциальных проблем.

При общении с пожилым пациентом необходимо принимать во внимание, что у многих людей с возрастом наблюдаются снижение слуха, зрения и вообще замедленная соответствующая реакция. В связи с этим сведения об использовании вспомогательных средств помощи и коммуникации очень важны. Это могут быть очки, слуховой аппарат, съемные зубные протезы, трость, костыли, ортопедическая обувь, ортопедический корсет, абсорбирующее белье.

В процессе осмотра гериатрического пациента часто выявляются нарушения передвижения за счет саркопении и когнитивных нарушений, апатия и сниженный фон настроения, нарушения памяти, дефицит деятельности сенсорных систем. Присоединяются также снижение веса и другие проявления синдрома недостаточности питания, хронический болевой синдром, иммунодефицитное состояние со склонностью к развитию повторных инфекций. Все это затрудняет выполнение пожилым человеком своих ежедневных обязанностей и приводит к формированию синдрома старческой астении. Именно поэтому необходимым этапом диагностического процесса становится специальная гериатрическая диагностика – комплексная гериатрическая оценка.

Комплексная гериатрическая оценка – разносторонняя оценка состояния человека пожилого и старческого возраста с использованием специальных опросников и диагностических шкал.

Для скрининговой диагностики синдрома старческой астении и изучения гериатрического статуса предлагается проводить осмотр по шкале «Возраст не помеха» (прил. 1).

При выявлении положительных ответов по данным опросника рекомендуется использовать специальные шкалы (прил. 2): «Оценка двигательной активности у пожилых», «Оценка риска развития синдрома мальнутриции», «Мини-исследование психического состояния», «Оценка морального статуса», «Оценка независимости в повседневной жизни». Каждый показатель оценивается в баллах.

С целью диагностики гериатрических синдромов могут также использоваться другие системы оценки, а также оценка других функциональных показателей. Так, для **определения риска возникновения пролежней** используется наиболее доступная для применения в повседневной практике шкала Нортон (прил. 3). По этой шкале больных подразделяют с учетом пяти показателей, включая физическое и психическое состояние (сознание), активность, подвижность и наличие недержания. Оценка параметров выполняется в баллах от 1 до 4, в зависимости от показателя. Затем определяется общая сумма баллов.

Для диагностики и оценки боли у гериатрических пациентов используют различные варианты интервью и опросников. Наиболее доступные и распространенные в практической работе – цифровая рейтинговая шкала оценки боли и рейтинговая шкала оценки боли по изображению лица Вонг – Бейкер (прил. 4). Обе шкалы предназначены для самооценки пациентов: в первом случае пациент выбирает числовое значение, которое соответствует интенсивности испытываемой им боли, по шкале от 0 до 10, где 0 означает «боли нет», 10 – «боль невыносимая»; во втором боль оценивается пациентом по изображению шести лиц-гримас, от смеющегося (нет боли) до плачущего (боль невыносимая). При оценке боли с использованием обеих шкал медицинский работник, оценивающий боль, должен объяснить пациенту в доступной форме, как человек может описать свою боль с помощью цифр или соответствующих лиц-гримас.

Оценка риска падений проводится по шкале Морзе. Расчеты величины риска падений по данной шкале чрезвычайно просты и не требуют длительного обследования пациента. Оценивается наличие факта падения в анамнезе, количество острых и хронических заболеваний, психическое состояние, использование внутривенных катетеров, функция ходьбы и пользование техническими средствами реабилитации (прил. 5). Оценка параметров выполняется в баллах от 0 до 30, в зависимости от показателя. Затем определяется общая сумма баллов.

Оценка психического состояния – важная составляющая комплексного гериатрического осмотра.

С целью скрининговой диагностики когнитивных расстройств используются разные опросники и шкалы. Наиболее простыми и доступными в повседневной практике считаются тест Брауна – Петерсона и тест «Рисование часов».

Тест Брауна – Петерсона наиболее прост для определения риска когнитивных расстройств. Пациенту предлагается произнести три соглас-

ных буквы с интервалом в 1 секунду (например, В, К, Л), которые тестируемый должен запомнить. Потом называют числа и просят произнести их в обратном порядке (например, 1, 8, 6, правильный ответ – 6, 8, 1). Затем пациента просят повторить согласные из первого задания. В норме человек должен легко это выполнить.

Тест «Рисование часов» наиболее популярен для скрининговой диагностики когнитивных нарушений. Пациенту предлагается нарисовать на листе бумаги круглые часы с цифрами на циферблате и указать на них стрелками заданное время.

Тест «Рисование часов» является частью теста «Мини-ког», результаты которого позволяют подтвердить диагноз деменции с большой долей вероятности (прил. 6).

Оценка морального состояния очень значима, так как отражает степень субъективной удовлетворенности пожилым человеком собой, условиями жизни, средой окружения, а также степень его внутреннего комфорта. Для этого при проведении комплексного гериатрического осмотра наряду с опросником морального состояния, представленным в прил. 1, рекомендуется использовать Гериатрическую шкалу депрессии (прил. 7).

Опросник включает 15 вопросов, позволяющих оценить субъективную динамику морального состояния пожилого человека, наличие или отсутствие у него проблем, чувства одиночества, беспомощности, моральной уравновешенности, наличие проблем в приспособлении к новым условиям жизни и, в итоге, наличие или отсутствие удовлетворенности имеющимся состоянием. Ответы на вопросы, характеризующие моральный статус пожилого человека, оцениваются однозначно – «да» или «нет». Затем подсчитывается общая сумма баллов.

В настоящее время не вызывает сомнений, что особую социальную значимость ввиду их последствий представляют падения пожилых людей и нарушения психического и морального статуса. Эти состояния приводят к снижению социальной активности и качества жизни пациентов пожилого и старческого возраста, в связи с чем признаются особо актуальными при изучении вопросов гериатрии.

Синдром падений как один из главных в гериатрии

Падение – неосознанное изменение положения тела, которое может сопровождаться травмами. Пожилой возраст служит фактором риска падений. Так, в возрасте 65–69 лет падения встречаются в 20–30% слу-

чаев, тогда как в возрасте старше 85 лет – в 50% случаев. Падениям чаще подвержены женщины. Достоверно большее количество падений встречается не в домашних условиях, а в учреждениях здравоохранения и социального обслуживания.

Наиболее распространенное осложнение падений – страх последующих падений, встречается не менее чем в 70% всех случаев.

Факторы риска падений, связанные с состоянием здоровья пожилого пациента:

- возраст старше 65 лет;
- сведения о том, что ранее у пациента уже были падения;
- нарушения зрения и равновесия;
- неустойчивость и нарушение походки;
- патология опорно-двигательного аппарата;
- прием ряда лекарственных препаратов, например, седативных, снотворных, анальгетиков;
- ортостатическая реакция, сопровождающаяся головокружением, при переходе пациента из положения лежа в положение сидя или стоя;
- увеличение времени реакции (неспособность пациента быстро принять решение в случае возникновения опасности падения);
- когнитивные нарушения, спутанность сознания или дезориентация.

Факторы риска падений, связанные с воздействием внешних факторов окружающей среды:

- низкое качество покрытия пола: скользкое покрытие, небольшие скользящие ковры, провода на полу, выступающие пороги;
- плохая освещенность;
- непригодные для пользования пожилыми людьми ванна и туалет: отсутствие поручней, высокие бортики, скользкое покрытие;
- неудобные для перемещения стулья и кровати;
- неудобная обувь – тесная или большого размера, скользящая по поверхности опоры подошва;
- неисправные технические средства реабилитации: инвалидное кресло, трость, ходунки;
- неумение пользоваться некоторыми приспособлениями для пожилых людей в условиях стационарного учреждения.

Учет факторов риска падений позволит снизить частоту возникновения синдрома падений и его последствий.

Мероприятия по профилактике падений:

1. Оценка риска падений с помощью диагностических шкал (шкала Морзе).

2. Организация безопасной безбарьерной терапевтической среды в учреждениях здравоохранения и социального обслуживания, в том числе достаточное освещение всех помещений, исключение скользких поверхностей, оборудование поручней и перил.

3. Детальное изучение причины каждого падения с целью выработки мер профилактики повторения этого гериатрического синдрома.

4. Если у пациента выявлен высокий риск падения, следует:

- разместить пациента в палате, находящейся недалеко от сестринского поста, обеспечить его средством связи с постом медицинской сестры и быстро отвечать на вызов;
- привести кровать в максимально низкое положение (рядом с кроватью обязательно должно быть ночное освещение);
- хранить предметы первой необходимости в доступном для пациента месте;
- обеспечить пациенту возможность осуществлять все гигиенические процедуры, своевременно посещать туалет (в туалете и ванной комнате должны быть поручни);
- убрать ковры и другие помехи в зоне перемещения пациента, особенно если при перемещении он использует вспомогательные средства; следует перемещаться, придерживаясь за стену, избегать перемещений по мокрому полу;
- научить пациента безопасному использованию вспомогательных средств передвижения, правильно подбирать трость и быть уверенным в ее исправности. При использовании инвалидного кресла необходимо быть уверенным в его исправности, а также в исправности его блокирующего устройства; при перемещении пациента в кресло-каталку в случае отсутствия тормоза следует выполнять эту манипуляцию вдвоем с помощником;
- использовать только безопасную обувь: без каблука, с задником, нескользкую;
- обучать женщин, особенно начиная с периода менопаузы, мерам профилактики остеопороза и его последствий;
- медицинской сестре – осуществляя гериатрический уход, убеждать пациента в необходимости адекватной физической нагрузки;

- пациентам – ходить пешком с чьей-либо помощью не менее 3 раз в день по 20 минут, перемещаться с кровати на стул и обратно с чьей-либо помощью, самостоятельно перемещаться к краю кровати только при наличии поручней, выполнять посильные физические упражнения;
- исключить лекарственные препараты, которые усиливают риск падений.

Одна из частых причин падений людей пожилого и старческого возраста – саркопения, что необходимо учитывать при организации окружающей среды.

Саркопения представляет собой обусловленное возрастом снижение массы и силы мышечной ткани. Известно, что пик мышечной массы в норме приходится на возраст 25 лет, к 50 годам мышечная масса уменьшается на 10%, к 80 годам – на 30%.

К основным причинам саркопении относятся алиментарные факторы (плохое питание, нарушение моторики желудочно-кишечного тракта, возрастной феномен быстрого насыщения), возрастные изменения гормонального фона, снижение двигательной активности.

Клиническая картина характеризуется ощущением мышечной слабости, снижением скорости ходьбы, нарушением баланса – устойчивости и равновесия. Саркопения увеличивает вероятность падений и ухудшает способность человека выполнять даже обычные ежедневные дела – подниматься по лестнице, ходить в магазин, убирать, стирать, тем самым приводя к зависимости от посторонней помощи.

В профилактике саркопении центральная роль отводится физическим нагрузкам. Выполнение аэробных, анаэробных (силовых) физических тренировок и упражнений на баланс способствует повышению и поддержанию мышечной силы и по сути является немедикаментозным методом терапии саркопении.

Старение и память

В нейрогеронтологии существует представление о так называемом нормальном старении мозга. Это закономерные инволютивные изменения головного мозга, допустимые в пожилом возрасте и не служащие основанием для какого-либо диагноза. Для этого возраста характерны сложности при попытке вспомнить названия предметов и даты событий, несмотря на сохранение памяти на собственно события. Также пожилые люди иногда не могут запомнить недавно полученную информацию

или новые имена. При этом характерно, что данные изменения непродолжительны, могут возникать при усталости, после перенесенной болезни и существенно не влияют на качество жизни. Этот тип нарушения памяти называют доброкачественной старческой забывчивостью или связанными с возрастом нарушениями памяти. При этом типе, в отличие от деменции, нарастания нарушений не происходит в течение многих лет или оно минимально, поэтому данный тип нарушения памяти значительно не влияет на профессиональную и повседневную деятельность человека.

Для ответа на вопрос, не является ли старческая забывчивость началом развития деменции, необходима оценка когнитивного статуса с помощью диагностических тестов: «Мини-исследование психического состояния» (Mini-Mental State Examination – MMSE), Брауна – Петерсона, «Мини-ког», «Рисование часов» и др.

Повторение услышанных слов, например, последовательности чисел, ориентация во времени и пространстве, способность к обучению и запоминанию определенных терминов, математические способности и счет, а также память (в особенности долгосрочная) остаются на более высоком уровне при нормальном старении, чем при развитии деменции.

Деменция – процесс, характеризующийся деградацией всей психической деятельности человека. При деменции поражается память, творческое мышление, оказывается невозможным выполнение простых задач. Человек перестает ориентироваться во времени, пространстве, в тяжелых случаях – в собственной личности, происходят изменения эмоционально-волевой сферы – появляется эмоциональная лабильность, раздражительность, существенно страдает мотивация (сознание при этом не страдает). Становится невозможным обучение и понимание, беднеет язык, разрушается речь и способность к счету.

Основные причины развития деменции – атеросклероз сосудов головного мозга, болезнь Паркинсона, эпилепсия, тяжелый сахарный диабет, сосудистые нарушения. Наиболее частая причина деменции – болезнь Альцгеймера.

В течении деменции выделяют несколько стадий:

1) легкая – ухудшение памяти, наиболее заметное в области усвоения новой информации, может наблюдаться часто повторяющаяся забывчивость. На данной стадии пожилому человеку возможно сохранить независимое проживание;

2) умеренная – нарушение памяти представляет собой серьезное препятствие для повседневной жизни. Удерживается только очень хорошо усвоенный или очень знакомый материал. Новая информация удерживается лишь случайно или на очень короткое время. Больной не в состоянии вспомнить основные сведения о том, где он живет, что он недавно делал или как зовут его знакомых. Он теряет ориентацию во времени и пространстве, может заблудиться в собственной квартире, в которой жил много лет.

3) тяжелая – характеризуется полной неспособностью усвоения информации. Больной не в состоянии узнать даже близких родственников, происходит ослабление критики и мышления, снижение интеллектуальных способностей. Прогрессирование заболевания приводит к нарушению социальной адаптации гериатрического пациента, делает его не способным продолжать профессиональную деятельность, часто ограничивает возможность самообслуживания, приводит к зависимости от посторонней помощи.

Если диагноз деменции поставлен, врачами-специалистами назначается лечение основного заболевания, по показаниям – препараты, улучшающие мозговое кровообращение, разрабатываются программы, направленные на обеспечение адекватного ухода.

Важный принцип ухода – пытаться как можно дольше сохранять у пациента навыки самообслуживания.

Советы по уходу за больными деменцией:

1. Необходимо стремиться к заботливому, но в то же время уверенному и четкому тону в обращении с больными. Быть терпеливым, понимающим, даже если это тяжело.

2. Давать точные указания пожилому человеку простыми, короткими фразами. При необходимости повторять важную информацию, в крайних случаях – много раз.

3. Называть конкретные данные, касающиеся времени, даты, места и имен, необходимо помочь больному их вспомнить.

4. Необходимо поддерживать возможность и желание общения пациента с внешним миром: использовать правильно подобранные очки, слуховой аппарат, приемник с простым управлением.

5. При общении необходимо избегать бессмысленных дискуссий. Вместо того чтобы настаивать на своем мнении, нужно отвлечь больного или самому пойти на уступки. Лучше не реагировать на упреки и укоры. Похвалой можно достичь большего, чем критикой. При пра-

вильном поведении пациента похвалу можно выразить словами, прикосновением, улыбкой.

5. Заботиться о неизменности распорядка дня больного.

6. Для пожилых людей очень важно полноценное питание и достаточное потребление жидкости, а также регулярное движение.

7. Больной нуждается в побуждении к умственной деятельности, которая не требует от него чрезмерных усилий, и особенно он нуждается в собеседнике.

Полезны для таких пациентов занятия по когнитивной реабилитации. Это могут быть разные виды арт-терапевтических программ, составление пазлов, выполнение аппликаций, упражнения с кинетическим песком, разгадывание загадок, кроссвордов, заучивание стихов и песен, игра на музыкальных инструментах, рисование, занятия с любимыми животными и многое другое.

Только правильно организованная помощь пациентам с когнитивными нарушениями позволит им провести последние годы жизни полноценно и с достоинством.

Депрессия в гериатрической практике

Депрессия представляет собой психическое расстройство, характеризующееся депрессивной триадой: снижением настроения; утратой способности испытывать радость и негативными суждениями с пессимистичным взглядом на происходящее; двигательной заторможенностью и повышенной утомляемостью.

При депрессии снижена самооценка, наблюдается потеря интереса к жизни и привычной деятельности. В некоторых случаях человек, страдающий ею, может начать злоупотреблять алкоголем или психотропными веществами.

Часто депрессии возникают на фоне стрессов, длительно существующих тяжелых травмирующих ситуаций (семейные конфликты, потеря значимых людей, любимой работы, смена места жительства).

Депрессия может развиваться на фоне хронических соматических заболеваний, стать результатом побочного действия многих лекарств (например, нейролептиков, кортикостероидов, бензодиазепинов). Иногда депрессия возникает без видимых причин.

Женщины страдают депрессией гораздо чаще мужчин. Существует форма депрессии, начинающаяся в климактерическом периоде.

Депрессия – довольно распространенное явление с частотой встречаемости у гериатрических пациентов до 35%, у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, – до 45%, у постинсультных больных – до 47%.

У пожилых пациентов факторами риска для возникновения депрессии становятся наличие серьезных заболеваний, частое обращение за медицинской помощью, хронический болевой синдром, нарушения слуха и зрения.

В клинической картине депрессии выделяют основные и дополнительные симптомы.

Основные симптомы:

- снижение настроения, очевидное по сравнению с характерной для пациента нормой, преобладающее большую часть дня почти ежедневно и наблюдающееся не менее 2 недель вне зависимости от ситуации;
- утрата прежних интересов и способности получать удовольствие от привычного круга занятий;
- снижение уровня активности, энергичности, повышенная утомляемость.

Дополнительные симптомы:

- снижение способности к сосредоточению и концентрации внимания;
- понижение самооценки, появление чувства неуверенности в себе, сознания собственной никчемности;
- неадекватное чувство вины, мрачное и пессимистическое видение будущего;
- мысли о смерти, самоубийстве или самоповреждении.

Для постановки диагноза депрессивного расстройства должны наблюдаться 2 основных симптома и 2 дополнительных.

Депрессия может проявляться различными «масками», или протекать под видом других заболеваний, например, болями различного характера, нарушением дыхания (напоминающим астму), желудочно-кишечными расстройствами, вегетативными проявлениями. У таких пациентов часто отмечается нарушение сна с ранними пробуждениями, как правило, в 3–4 часа утра, сокращение продолжительности ночного сна, необъяснимые колебания веса. Нередко депрессия ведет к серьезным изменениям в состоянии внутренних органов.

Обязательным диагностическим критерием депрессии является длительность симптоматики не менее 2 недель.

Для диагностики данного заболевания используют диагностические опросники и шкалы, в том числе опросник морального состояния, Гериатрическую шкалу депрессии и др.

При выявлении признаков тревожности и депрессии обязательна консультация врача-специалиста или психотерапевта.

Современное лечение проводится по следующим направлениям:

- базисная терапия – исключение социальной изоляции и чувства одиночества, методы психотерапии;
- медикаментозная терапия – антидепрессанты, лечение болевого синдрома и сопутствующей соматической патологии.

Прием лекарственных препаратов назначается врачом-специалистом. Обязательна ревизия принимаемой лекарственной терапии, так как при приеме многих препаратов может отмечаться потенциально негативное влияние на течение гериатрических синдромов (бета-блокаторы, бензодиазепины, леводопа, опиаты, стероиды).

Эффект медикаментозной терапии после назначения антидепрессантов проявляется чаще всего спустя 2–3 недели приема. После купирования депрессивной симптоматики прием антидепрессантов продолжается несколько недель. Важное условие – медленная отмена препаратов при длительности приема более 2 месяцев. При резком прекращении приема антидепрессанта возможен синдром отмены.

Доказано, что при легкой и умеренной депрессии достаточно эффективны психотерапевтические методики. Положительным эффектом обладают физические упражнения, различные методы физиотерапии (ароматерапия, акупунктура, гипнотерапия, светотерапия). Полезны прогулки на улице в любую погоду, особенно в солнечную.

В аспекте положительного воздействия используется терапия творческим самовыражением, разнообразные методики арт-терапии, музыкотерапия, эрготерапия.

Советы по ведению больных депрессией:

- больные должны быть под постоянным наблюдением специалистов;
- необходимо учить пациентов приемам самопомощи:
 - ✓ приемам самовнушения и психологической помощи самому себе;
 - ✓ регулярно слушать музыкальные произведения, поднимающие настроение;
 - ✓ заниматься любимым делом – танцами, рукоделием и др.;

- выраженный антидепрессивный эффект оказывают физические упражнения и прогулки;
- питание пациентов должно быть сбалансированным, с использованием достаточного количества клетчатки и витаминов;
- медикаментозная терапия должна проводиться до 4–6 месяцев, строго под контролем врача;
- отмена препаратов должна быть постепенной.

Пример памятки для пациентов «Как самому бороться с депрессией» представлен в прил. 8.

Нарушения сна в пожилом возрасте

Сон – физиологическое состояние человека, чередующееся с состоянием бодрствования. Полноценный сон имеет огромное значение для здоровья. Он жизненно необходим для человека, для восстановления его сил и поддержания организма в хорошем функциональном состоянии.

Физиология сна человека состоит из двух фаз: медленной и быстрой. Первая фаза после засыпания – медленная, сменяющаяся быстроволновой. Фазы сна сменяют друг друга циклично, несколько раз в течение всей ночи, позволяя человеку восстановить свой жизненный потенциал. При этом продолжительность быстрой фазы увеличивается от цикла к циклу.

В условиях физиологического старения наблюдаются определенные изменения физиологии сна.

Нарушения сна в пожилом возрасте могут быть представлены в виде:

- нарушения физиологических функций во время сна (диссомния): храп, синдром обструктивного апноэ, альвеолярная гиповентиляция (на фоне ожирения, хроническая обструктивная болезнь легких), синдром беспокойных ног, ночные нарушения ритма сердца, стенокардия во время сна;
- собственно нарушения сна: инсомния (трудности засыпания), гиперсомния (непривычная сонливость), парасомния (ночные страхи и кошмары).

У пожилых людей наблюдаются частые краткие пробуждения, нередко из-за соматических проблем, сопровождающихся болевым синдромом. Возникает чувство неудовлетворенности ночным сном, что компенсируется сном в дневное время. Развивается синдром полициклического сна в дневной период. Часто полициклический сон развивается у пациентов с когнитивными расстройствами. В развитии этого

типа нарушений немаловажное значение имеет нарушение гигиены сна: когда пожилой пациент находится в постели без особой надобности, у него видоизменяется периодичность «сон – бодрствование».

Гиперсомния (патологическая сонливость и проявление сонливости в дневное время) также может быть симптомом деменции или следствием передозировки седативных препаратов.

Важное значение в выявлении расстройств сна имеет беседа с пожилым пациентом и применение специальных опросников, например, «Удовлетворены ли Вы сном?», «Имеете ли Вы нарушения сна, которые мешают Вашей активности днем?», «Замечает ли Ваш партнер необычные явления во время сна, например, частые неосознанные пробуждения?».

Лечение нарушений сна включает нелекарственные методы и прием медикаментозных препаратов. Нелекарственные методы являются основой применения методики терапевтической среды и включают в себя рациональную гигиену сна, аутогенную тренировку.

Простые правила гигиены сна:

- вставать и ложиться в одно время;
- в кровати – только спать;
- не спать днем;
- комфортные условия для сна (температура в комнате не более 18–20 °С);
- не лежать в кровати, если не хочется спать;
- не пить кофе во второй половине дня;
- физическая нагрузка – не позже чем за 3 часа до сна;
- легкий ужин без излишеств;
- противопоказан алкоголь;
- иметь свой ритуал засыпания – прогулка перед сном, теплая ванна, пижама, теплый чай и прочее;
- любой счет, например, «счет овец»;
- запись проблем и их решений для того, чтобы освободиться от тяжелых мыслей.

Нарушения сна и бессонница у гериатрических пациентов могут возникать из-за нехватки гормона мелатонина, содержание которого уменьшается с возрастом. Для повышения поступления мелатонина с пищей рекомендуется употреблять овес, кукурузу, рис, изюм, помидоры, бананы, ячмень. При неэффективности назначается лекарственная терапия препаратами мелатонина.

Синдром мальнутриции в развитии старческой астении

Физиологическое старение организма сопровождается серьезной функциональной и органической перестройкой органов пищеварительной системы. Неправильное питание самым неблагоприятным образом влияет на организм пожилого человека. В настоящее время в рационе многих пожилых людей преобладает пища, содержащая жиры животного происхождения. Снижается количество потребляемого белка с пищей, при этом мясо употребляется в значительно большем количестве, чем рыба. Очевидны излишества в принятии углеводсодержащей пищи, особенно мучных и сладких продуктов, имеет место излишнее употребление соли. В то же время овощи, фрукты, зелень, растительное масло поступают в ограниченных количествах. Зачастую пожилые люди принимают недостаточное количество жидкости. В связи с этим в диагностике гериатрического пациента важна оценка питания.

В ранний период жизни человека наибольшим риском для здоровья является лишний вес. В дальнейшем с каждым прожитым десятилетием возрастает связь между дефицитом массы тела и летальностью. В этой связи при проведении оценки состояния здоровья пожилого человека актуально выявление риска развития и наличия синдрома мальнутриции. Для этого применяется опросник «Оценка риска развития синдрома мальнутриции» (Mini Nutritional Assessment), состоящий из двух частей. Данный опросник считается обязательным при проведении комплексной гериатрической оценки.

Вопросы первой части опросника позволяют оценить риск развития и степень нарушения питания (недостаток или избыток) у пожилого человека. При этом в баллах оцениваются следующие параметры: состояние аппетита (от 0 до 2 баллов), динамика массы тела на протяжении месяца (от 0 до 3 баллов), наличие стрессов (0–1 балл), наличие психологических проблем (деменции или депрессии) и мобильности пациента (от 0 до 2 баллов). При суммировании баллов по данным показателям значение менее 11 говорит о риске развития синдрома мальнутриции, 12 и более баллов – нормальное значение.

Вторая часть опросника позволяет судить о пищевых пристрастиях пожилого человека, регулярности употребления основных продуктов – белковых продуктов, овощей, фруктов, а также водном режиме, самостоятельности при приеме пищи, собственной оценке здоровья и питания. Оценка параметров этой части опросника колеблется от 0 до 2 бал-

лов, в зависимости от вопроса. Показатель 0 баллов свидетельствует о наличии у пациента выраженной проблемы; чем выше балл, тем меньше проблема по данному критерию. Оценка второй части опросника также проводится по сумме баллов, после чего вычисляется совокупная сумма баллов обеих частей.

Синдром мальнутриции определяется при общей сумме 17 баллов и менее, 18–23,5 балла свидетельствуют о риске развития синдрома мальнутриции, 24 балла и более означают нормальный показатель питания.

Основные проблемы пожилого возраста, приводящие к развитию синдрома мальнутриции, – ухудшение состояния здоровья, снижение физической активности, возрастные изменения желудочно-кишечного тракта, уменьшение количества зубов и вкусовых рецепторов.

Учитывая высокий риск развития синдрома мальнутриции у гериатрических пациентов, необходимо обеспечение людей пожилого и старческого возраста рациональным питанием. При этом к питанию пожилых людей должны предъявляться требования по соблюдению мер как санитарно-эпидемиологической безопасности, так и сбалансированного питания по калорийности и содержанию основных пищевых веществ, нормализации питьевого режима.

Основные рекомендации по питанию в пожилом и старческом возрасте:

- использовать продукты и блюда, обладающие легкой перевариваемостью и усвояемостью;
- поддерживать на умеренном уровне потребление белка за счет введения в рацион молочных продуктов, включения в меню ежедневно мяса или рыбы;
- ограничить потребление животного жира, использовать растительные масла;
- использовать в качестве источников углеводов зерновые продукты (крупы, макаронные и хлебобулочные изделия);
- увеличить количество продуктов, содержащих клетчатку, потреблять овощи и фрукты не менее 3 раз в день, уменьшить потребление сахара и сладостей;
- снизить потребление поваренной соли до 5–6 г в день;
- соблюдать режим питания (не должно быть больших перерывов между приемами пищи);
- обеспечить достаточный прием жидкости (не менее 30 мл на 1 кг веса в день в отсутствие застойных явлений в организме).

Полипрагмазия как гериатрический синдром

Актуальной проблемой гериатрии является одновременное назначение пожилому пациенту большого количества лекарств. Хронический прием 5 и более лекарственных препаратов носит название полипрагмазии.

Безусловно, медикаментозное лечение составляет основу ведения пациентов пожилого и старческого возраста, однако риск нежелательных последствий лекарственной терапии у людей старше 60 лет в 2–3 раза выше, чем у лиц среднего возраста. Наибольшее число смертных случаев, связанных с приемом лекарств, приходится на возрастную группу 80–90 лет.

Высокий риск побочных эффектов медикаментов у пациентов старших возрастных групп связан как с инволютивными изменениями в этом возрасте, так и с большим количеством назначаемых медикаментов по причине полиморбидности. Это обуславливает развитие взаимодействия между ними, которое зачастую стирает грань между пользой и вредом от назначения того или иного препарата. Все это требует тщательного индивидуального подхода и динамического наблюдения при назначении лекарственной терапии пациентам пожилого и старческого возраста.

В настоящее время для оптимизации лекарственного лечения пациентов старших возрастных групп целесообразно использовать скрининговые STOPP/START критерии.

STOPP-терапия (Screening Tool of Older Persons' Prescriptions) – неоправданное назначение потенциально неадекватных лекарственных препаратов пожилым пациентам. Это наиболее часто встречающаяся ошибка в медикаментозном ведении пациентов старших возрастных групп.

START-терапия (Screening Tool to Alert to Right Treatment) – рекомендации по рациональному выбору тактики медикаментозного ведения пациентов в возрасте 65 лет и старше.

Кроме того, при назначении медикаментозной терапии в пожилом возрасте необходимо учитывать, что пожилой человек в связи с ослабленным состоянием здоровья может путать назначенные лекарственные препараты и принимать их неправильно. В этой связи важен контроль за приемом медикаментов пожилым пациентом, особенно если он проживает один.

Поскольку современная концепция гериатрической службы предполагает не нозологический, а синдромальный подход в лечении пожилых

пациентов, важно свести до возможного минимума медикаментозную терапию, сочетать ее с немедикаментозными методами с целью предотвращения чрезмерного использования лекарственных средств.

Тактика ведения гериатрических пациентов в первичном медицинском звене

Основная задача помощи гериатрическому пациенту заключается в поддержании его качества жизни на всех этапах ведения.

При первичном самостоятельном обращении пациента старше 65 лет важное значение отводится сбору анамнеза, включающему оценку условий его жизни, анализируются жалобы пациента, при этом выявляется наличие хронической боли, определяется качество питания и сна, наличие или отсутствие жизненных приоритетов.

На первом этапе врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач) проводит скрининговую диагностику по шкале «Возраст не помеха» для выявления признаков старческой астении с оценкой когнитивных функций по тесту «Мини-ког». При положительных ответах теста «Возраст не помеха» необходимо провести дальнейшую диагностику для выявления ведущих проблем гериатрического пациента. С этой целью могут быть проведены тесты для выявления мальнутриции, оценки мобильности, функциональной активности, независимости в повседневной жизни и др. При обследовании пожилого пациента необходимо делать акцент на выявление полипрагмазии (хронический прием 5 и более лекарственных препаратов).

При выявлении врачом первичного медицинского звена высокой вероятности синдрома старческой астении, особенно в сочетании с полипрагмазией, пациент должен быть направлен на консультацию к врачу-гериатру. При выявлении когнитивного дефицита необходимо рекомендовать консультацию врача-специалиста (невролога, психиатра).

С учетом рекомендаций врача-гериатра и выявленных гериатрических синдромов лечащий врач составляет индивидуальный план лечения и ведения пациента со старческой астенией, позволяющий определить приоритеты в работе с конкретным пожилым человеком, составить программу необходимой социально-медицинской помощи.

При посещении на дому необходима оценка условий проживания пожилого человека. У маломобильного пациента следует оценить риски падений и возникновения пролежней. С этой целью используются диагностические шкалы и опросники.

Врач первичного звена должен оценить характер социальных взаимоотношений пациента, в первую очередь с родственниками и ближайшим окружением. При выявлении признаков старческой астении у гериатрического пациента необходимо провести беседу с его родственниками, что позволит выявить особенности личности больного, определить его взаимоотношения с окружающими людьми, возможности семьи в проблеме обеспечения домашнего ухода за пожилым человеком.

Учет социального статуса позволит дать рекомендации для семьи или опекуна, сиделки, осуществляющих уход за ослабленным пожилым пациентом, в том числе рекомендации по питанию, физической активности, медикаментозной и немедикаментозной терапии, обустройству быта, необходимости адаптивных технологий, социальной поддержке и уходу.

Важным вопросом является необходимость обеспечения своевременной социальной помощи и организация квалифицированного ухода на дому. В связи с этим взаимодействие с социальными службами по оказанию помощи пожилому человеку, не способному самостоятельно себя обслуживать в повседневной жизни, – задача врачей первичного медицинского звена. При выявлении нуждаемости пожилого человека в оказании социально-медицинской помощи и гериатрическом уходе, наличии выраженной и полной зависимости от посторонней помощи информация передается в социальные службы по месту жительства. Тесное взаимодействие со специалистами социальных служб позволит скорректировать индивидуальный план ведения гериатрического пациента со старческой астенией.

Лечащий врач наблюдает пациентов со старческой астенией, включая осмотр пациента на дому (не реже 1 посещения в 3 месяца для участковой медицинской сестры и 1 посещения в 6 месяцев для врача), а при необходимости организует консультацию врача-гериатра на дому.

Таким образом, врачу первичного медицинского звена принадлежит важнейшая роль в определении тактики ведения гериатрического пациента. От степени понимания проблем пожилого человека, правильности оценки его функционального состояния здоровья зависит своевременность оказания помощи по долгосрочной поддержке и долговременному наблюдению пожилого пациента.

Заключение

В настоящее время в России во всех областях здравоохранения, в том числе в гериатрии, активно обсуждаются вопросы обеспечения качества медицинской помощи на всех этапах взаимодействия с пациентом. Сохранение достоинства пациентов старших возрастных групп – основная задача современной гериатрии.

В связи с этим нельзя не подчеркнуть важнейшую роль специалистов первичного медицинского звена в оказании социально-медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста.

Поскольку наиболее уязвимыми «мишенями» патологического старения являются двигательная активность и когнитивные способности пожилого человека, работа с этой группой пациентов становится особенно актуальной. Все специалисты, работающие с населением старших возрастных групп, должны ориентироваться в проблемах пожилых пациентов, иметь знания, умения и навыки оценки ведущих гериатрических синдромов, синдрома старческой астении.

Необходимым разделом в работе с такими пациентами должны стать и профилактические мероприятия, а именно: регуляция пищевого рациона, рекомендации по адекватной физической активности и выполнению физических упражнений, профилактика атеросклероза, нивелирование социальной изоляции.

Таким образом, знание и понимание основ гериатрии в конечном счете определяют качество предоставляемой гериатрической помощи как на амбулаторном, так и на стационарном этапе.

Приложение 1

Алгоритм диагностики синдрома старческой астении (пациенты ≥ 60 лет) – скрининг по шкале «Возраст не помеха»

№ п/п	Вопрос	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

Подсчет баллов: ≥ 3 положительных ответов – «хрупкие» пациенты (консультация врача-гериатра, проведение комплексной гериатрической оценки, составление индивидуального плана ведения пациента); 1–2 положительных ответа – «прехрупкие» пациенты (наблюдение участкового терапевта, целесообразна консультация врача-гериатра); 0 положительных ответов – «крепкие» пациенты.

Карта гериатрического осмотра

ФИО _____

Возраст (количество полных лет) _____

1. Диагноз.

2. Лечение:

- медикаментозное;
- немедикаментозное.

3. *Параметры устойчивости* (от 0 до 2 баллов: 0 баллов – грубое нарушение, 1 балл – умеренное нарушение, 2 балла – норма (нет нарушения)):

- общая устойчивость сидя;
- при попытке встать;
- сразу после вставания;
- длительность стояния в течение 1 минуты;
- при вставании из положения лежа;
- при толчке в грудь;
- при стоянии с закрытыми глазами;
- при переступании при повороте на 360°;
- при повороте на 360°;
- при стоянии на правой ноге в течение 5 секунд;
- при стоянии на левой ноге в течение 5 секунд;
- при наклонах назад;
- при потягивании вверх;
- при наклонах вниз;
- при присаживании на стул.

Подсчет баллов: 0–10 – значительная степень нарушения, 11–20 – умеренная степень нарушения, 21–22 – легкая степень нарушения, ≥ 23 – нет нарушений.

4. *Параметры ходьбы* (от 0 до 2 баллов: 0 – грубое нарушение, 1 – умеренное нарушение, 2 – норма (нет нарушения)):

- начало движения;
- симметричность шага;

- непрерывность ходьбы;
- длина шага (левая нога);
- длина шага (правая нога);
- отклонение от линии движения;
- степень покачивания туловища;
- повороты при ходьбе;
- произвольное увеличение скорости ходьбы;
- высота шага (левая нога);
- высота шага (правая нога).

Подсчет баллов: 0–10 – значительная степень нарушения, 11–13 – умеренная степень нарушения, 14–15 – легкая степень нарушения, ≥ 16 – нет нарушений.

5. *Моральное состояние* (от 0 до 5 баллов – чем выше балл, тем хуже состояние):

- ✓ в течение года у меня значительно ухудшилось состояние;
- ✓ не могу спать;
- ✓ у меня есть боязнь многих вещей;
- ✓ приходится расставаться со многими привычными вещами;
- ✓ у меня возникает много проблем;
- ✓ с трудом достигаю состояния моральной уравновешенности;
- ✓ мне становится все сложнее приспосабливаться к жизни с возрастом;
- ✓ у меня постоянное чувство одиночества;
- ✓ все сложнее приспосабливаться к новой жизни;
- Удовлетворены ли Вы своим нынешним состоянием?
 - ✓ по мере увеличения возраста мое состояние все хуже;
 - ✓ я менее счастлив, чем в молодости;
- Чувствуете ли Вы себя одиноким?
 - ✓ я могу встречаться с большим числом друзей и родственников;
 - ✓ иногда посещает мысль, что так незачем жить;
 - ✓ жить становится все тяжелее и тяжелее;
 - ✓ у меня много причин для плохого настроения.

Подсчет баллов: ≥ 68 – плохое состояние, 51–67 – удовлетворительное состояние, ≤ 50 – хорошее состояние.

б. *Уровень независимости в повседневной жизни:*

- прием пищи:
 - ✓ не нуждаюсь в помощи, самостоятельно пользуюсь всеми необходимыми столовыми приборами – 10 баллов;
 - ✓ частично нуждаюсь в помощи, например, при разрезании пищи – 5 баллов;
 - ✓ полностью завишу от окружающих – 0 баллов;
- персональный гигиенический туалет (умывание, причесывание и т.д.):
 - ✓ самостоятельное умывание, причесывание, чистка зубов, бритье – 10 баллов;
 - ✓ не нуждаюсь в помощи – 5 баллов;
 - ✓ нуждаюсь в помощи – 0 баллов;
- одевание:
 - ✓ не нуждаюсь в посторонней помощи – 10 баллов;
 - ✓ частично нуждаюсь в помощи, например, при одевании, застегивании пуговиц и т.д. – 5 баллов;
 - ✓ постоянно нуждаюсь в помощи – 0 баллов;
- контроль тазовых функций (мочеиспускание, дефекация):
 - ✓ не нуждаюсь в посторонней помощи – 20 баллов;
 - ✓ частично нуждаюсь в помощи, например, при удержании равновесия – 10 баллов;
 - ✓ постоянно нуждаюсь в помощи (использование судна, утки) – 0 баллов;
- прием ванны:
 - ✓ принимаю ванну без посторонней помощи – 10 баллов;
 - ✓ частично нуждаюсь в помощи – 5 баллов;
 - ✓ нуждаюсь в посторонней помощи – 0 баллов;
- вставание с постели:
 - ✓ не нуждаюсь в помощи – 15 баллов;
 - ✓ нуждаюсь в наблюдении или минимальной поддержке – 10 баллов;
 - ✓ могу сесть в постели, но нужна поддержка – 5 баллов;
 - ✓ не способен встать с постели – 0 баллов;
- передвижение:
 - ✓ могу передвигаться без посторонней помощи до 500 м – 15 баллов;
 - ✓ могу передвигаться с посторонней помощью до 500 м – 10 баллов;

- ✓ могу передвигаться на инвалидной коляске – 5 баллов;
- ✓ не способен к передвижению – 0 баллов;
- подъем по лестнице:
 - ✓ не нуждаюсь в помощи – 10 баллов;
 - ✓ нуждаюсь в поддержке – 5 баллов.

Подсчет баллов: 0–20 – полная зависимость, 21–60 – выраженная зависимость, 61–90 – умеренная зависимость, 91–99 – легкая зависимость, 100 – полная независимость.

7. Нарушение общей двигательной активности

Подсчет баллов по общей сумме параметров устойчивости и ходьбы: 0–20 – значительная степень нарушения, 21–33 – умеренная степень нарушения, 34–38 – легкая степень нарушения, ≥ 39 – нет нарушений.

8. Риск развития синдрома мальнотриции (часть 1):

- утрата аппетита на протяжении последних 3 месяцев:
 - ✓ выраженная утрата аппетита – 0 баллов;
 - ✓ умеренное снижение аппетита – 1 балл;
 - ✓ норма (нет снижения аппетита) – 2 балла;
- снижение массы тела на протяжении месяца:
 - ✓ более 2 кг – 0 баллов;
 - ✓ не знаю – 1 балл;
 - ✓ 1–2 кг – 2 балла;
 - ✓ нет снижения – 3 балла;
- мобильность:
 - ✓ прикован к постели – 0 баллов;
 - ✓ передвижение по комнате – 1 балл;
 - ✓ нет ограничений в передвижении – 2 балла;
- психологические стрессы на протяжении последних трех месяцев:
 - ✓ наличие стресса – 0 баллов;
 - ✓ отсутствие стресса – 1 балл;
- психологические проблемы (деменция):
 - ✓ тяжелая депрессия, деменция – 0 баллов;
 - ✓ умеренная депрессия – 1 балл;
 - ✓ отсутствие проблем – 2 балла;
- индекс массы тела (вес):
 - ✓ меньше 19 – 0 баллов;
 - ✓ 19–21 – 1 балл;

- ✓ 21–23 – 2 балла;
- ✓ больше 23 – 3 балла.

Подсчет баллов: менее 11 – риск мальнотриции, 12 – норма.

9. Риск развития синдрома мальнотриции (часть 2):

- проживание дома:
 - ✓ нет – 0 баллов;
 - ✓ да – 1 балл;
- прием свыше 3 препаратов ежедневно:
 - ✓ да – 0 баллов;
 - ✓ нет – 1 балл;
- наличие пролежней:
 - ✓ да – 0 баллов;
 - ✓ нет – 1 балл;
- количество основных блюд:
 - ✓ 1 блюдо – 0 баллов;
 - ✓ 2 блюда – 1 балл;
 - ✓ 3 блюда – 2 балла;
- употребление белков:
 - ✓ до 1 раза в день – 0 баллов;
 - ✓ 2 раза в день – 0,5 балла;
 - ✓ 3 раза в день – 1 балл;
- употребление овощей и фруктов:
 - ✓ нет – 0 баллов;
 - ✓ да – 1 балл;
- прием жидкостей:
 - ✓ менее 3 стаканов – 0 баллов;
 - ✓ 3–5 стаканов – 0,5 балла;
 - ✓ более 5 стаканов – 1 балл;
- самостоятельность при приеме пищи:
 - ✓ с посторонней помощью – 0 баллов;
 - ✓ самостоятельно, но с трудом – 1 балл;
 - ✓ полностью самостоятельно – 2 балла;
- собственная оценка питания:
 - ✓ имеются проблемы – 0 баллов;
 - ✓ недостаточный прием – 1 балл;
 - ✓ нет проблем питания – 2 балла;

• собственная оценка здоровья:

- ✓ плохое – 0 баллов;
- ✓ не знаю – 0,5 балла;
- ✓ хорошее – 1 балл;
- ✓ отличное – 2 балла;

• средний диаметр живота:

- ✓ менее 21 см – 0 баллов;
- ✓ 21–22 см – 0,5 балла;
- ✓ более 22 см – 1 балл;

• средний диаметр бедер:

- ✓ менее 31 см – 0 баллов;
- ✓ более 31 см – 1 балл;

Подсчет баллов: менее 16 – риск мальнотриции; ≥ 16 – норма.

Подсчет общей суммы баллов (часть 1 и часть 2): 0–17 – синдром мальнотриции, 18–23,5 – риск мальнотриции, ≥ 24 – норма.

10. Когнитивные способности:

- ориентация (время): назвать дату – до 5 баллов;
- ориентация (место): назвать местонахождение – до 5 баллов;
- восприятие: запоминание трех слов и их воспроизведение – до 3 баллов;
- внимание и счет: вычесть из 100 число 7, затем из остатка вычесть 7 и так 5 раз – до 5 баллов;
- память: припомнить 3 слова из задания 3 – до 3 баллов;
- назвать два предмета: до 3 баллов;
- повторить выражение: «никаких если, но или нет» – до 3 баллов;
- трехэтапная моторная команда – до 3 баллов;
- прочесть и выполнить задание, написанное на бумаге: «закройте глаза» – 1 балл;
- написать предложение – 1 балл;
- срисовать рисунок – 1 балл.

Подсчет баллов: 0–9 – тяжелые нарушения, 10–20 – умеренные нарушения, 21–24 – легкие нарушения, ≥ 25 баллов – нет нарушений.

Приложение 3

Оценка риска возникновения пролежней по шкале Нортон

Физическое состояние	Мышление	Активность	Подвижность	Недержание	Баллы
Хорошее	Ясное	Ходит без помощи	Полная	Нет	4
Удовлетворительное	Апатия	Ходит с помощью	Слегка ограниченная	Иногда	3
Плохое	В замешательстве	Прикован к инвалидному креслу	Очень ограниченная	Часто отмечается недержание мочи	2
Очень плохое	Тупоумие	Лежачий	Полностью неподвижен	Часто отмечается недержание мочи и кала	1

Подсчет баллов: 15–20 – вероятность образования пролежней невелика, 13–14 – образование пролежней вероятно, 4–12 – очень высокая вероятность образования пролежней.

Оценка боли

1. Цифровая рейтинговая шкала оценки боли

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Цифровая рейтинговая шкала оценки боли (для самооценки взрослых пациентов и детей старше 5 лет) состоит из десяти делений, где 0 – боли нет, 1–3 – боль незначительная, 4–6 – боль умеренная, 7–9 – боль выраженная, 10 – боль невыносимая.

Пациент должен сам оценить боль, выбрав числовое значение, которое соответствует интенсивности испытываемой им боли.

2. Оценка боли по шкале гримас Вонг – Бейкер



Шкала гримас Вонг – Бейкер предназначена для оценки состояния взрослых пациентов и детей старше 3 лет.

Шкала гримас состоит из 6 лиц, от смеющегося (нет боли) до плачущего (боль невыносимая).

Специалист, оценивающий боль, должен объяснить пациенту в доступной форме, как человек может описать свою боль с помощью цифр или соответствующих лиц-гримас.

Лист оценки риска падения

Показатель	Баллы
Падение в анамнезе:	
нет	0
да	25
Сопутствующие заболевания (более одного диагноза):	
нет	0
да	25
Имеет ли пациент вспомогательное средство для перемещения:	
постельный режим / помощь санитарки	0
костыли / ходунки / трость	15
придерживается за мебель	30
Проведение внутривенной терапии (наличие внутривенного катетера):	
нет	0
да	25
Оценка пациентом собственных возможностей и ограничений (ментальный/ психический статус):	
адекватная оценка своих возможностей	0
переоценивает свои возможности или забывает об ограничениях	15
Функция ходьбы:	
норма / постельный режим / обездвижен	0
знает и понимает свои ограничения	0
слабая	10
нарушена	20

Подсчет баллов: 0–4 – нет риска, рекомендуется тщательный основной уход; 5–20 – низкий уровень, рекомендуется тщательный основной уход; 21–45 – средний уровень, рекомендуется внедрение стандартизированных мер для профилактики падений; более 45 – высокий уровень, рекомендуется внедрение специфических мер, направленных на профилактику падений.

Тест «Мини-ког»

Существует простой тест для определения деменции, проведение которого займет всего 3–5 минут, при этом диагноз «деменция» может быть подтвержден с большой вероятностью.

Метод включает в себя оценку кратковременной памяти (запоминание и воспроизведение 3 слов) и зрительно-пространственной координации (тест «Рисование часов»).

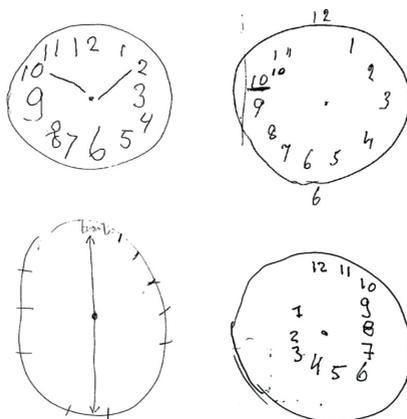
Правила тестирования:

- 1) пациенту называют и предлагают запомнить 3 слова: *лимон, ключ, шар*;
- 2) затем просят нарисовать циферблат часов и отметить самостоятельно время 8 часов 20 минут;
- 3) в конце тестирования пациента просят вспомнить и назвать 3 слова из п. 1.

Результат тестирования: если пациент воспроизвел все слова, деменции нет. Если пациент не может воспроизвести слова, есть основания подозревать деменцию. Если пациент воспроизвел слова частично, следует обратиться к результату теста с часами. Если рисование часов нарушено, врач ставит предварительный диагноз «деменция». Если стрелки нарисованы правильно, деменции нет.

Важно обратить внимание на состояние зрения пациента – если зрение слабое, результат может быть ложноположительным.

Примеры нарисованных пациентами часов:



Гериатрическая шкала депрессии

№ п/п	Вопрос	Ответ	
		Да	Нет
1	Вы удовлетворены своей жизнью в целом?	Да	Нет
2	Вы бросили большую часть своих занятий и интересов?	Да	Нет
3	Вы чувствуете, что Ваша жизнь пуста?	Да	Нет
4	Вам часто становится скучно?	Да	Нет
5	У вас хорошее настроение большую часть времени?	Да	Нет
6	Вы опасаетесь, что с Вами случится что-то плохое?	Да	Нет
7	Вы чувствуете себя счастливым большую часть времени?	Да	Нет
8	Вы чувствуете себя беспомощным?	Да	Нет
9	Вы предпочитаете остаться дома, нежели выйти на улицу и заняться чем-нибудь новым?	Да	Нет
10	Считаете ли Вы, что Ваша память хуже, чем у других?	Да	Нет
11	Считаете ли Вы, что жить – это прекрасно?	Да	Нет
12	Чувствуете ли Вы себя сейчас бесполезным?	Да	Нет
13	Чувствуете ли Вы себя полным энергией и жизненной силой?	Да	Нет
14	Ощущаете ли вы безнадежность той ситуации, в которой находитесь в настоящее время?	Да	Нет
15	Считаете ли Вы, что окружающие Вас люди живут более полноценной жизнью в сравнении с Вами?	Да	Нет

Подсчет баллов: 1 балл зачисляется за ответ «нет» на вопросы 1, 5, 7, 11, 13 и за ответ «да» на вопросы 2–4, 6, 8–10, 12, 14, 15.

Результат тестирования: 0–4 балла – нет депрессии, ≥ 5 баллов – вероятно наличие депрессии.

Как самому бороться с депрессией (советы пациенту)

1. Необходима выработка новых позитивных убеждений. Вместо «я плохой» – «я в порядке». Вместо «все будет плохо» – «все будет как будет: и плохо, и хорошо тоже». Что касается прошлого – «было не только горе».

2. Должно быть соответствующее поведение. Вести себя надо так, как будто все хорошо, как если бы не было никакой депрессии.

3. Огромное значение имеет социальная, физическая и сексуальная активность. Панацеей от депрессий, как и в стародавние времена, ученые считают трудотерапию.

4. Подумайте о том, что Вы по-настоящему любите: ароматный кофе, плитка шоколада, любимый фильм, или просто выспаться...

Никто не отменял «шопинг-терапию» – пройтись по магазинам. Возможно, возникнет желание сделать что-то приятное не только себе, но и кому-то еще.

Немаловажно ощущение поддержки психотерапевта – это помогает удержать ниточку надежды. Курс лечения может длиться от нескольких дней до нескольких лет.

И надо помнить, что каждый случай индивидуален.

Литература

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.01.2016 № 38н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия»: электронный фонд правовой и нормативно-технической документации [Электронный ресурс]. URL: <http://docs.cntd.ru/document/420339190> (дата обращения: 23.05.2019).

Распоряжение Правительства Российской Федерации от 05.02.2016 № 164-р «Об утверждении Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года»: официальный сайт компании «КонсультантПлюс» [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_193464/ (дата обращения: 23.05.2019).

Ильницкий А.Н., Прощаев К.И. Специализированный гериатрический осмотр // Геронтологический журнал им. В.Ф. Купревича. 2012. № 4–5. С. 66–84.

Ильницкий А.Н., Прощаев К.И. Старческая астения (frailty) как концепция современной геронтологии // Геронтология. 2013. Т. 1, № 1. С. 408–412.

Ильницкий А.Н., Старцева О.Н. Эйджизм и его преодоление в стационарных учреждениях социального обслуживания: метод. рекомендации. Москва; Ярославль: Филигрань, 2016.

Методические рекомендации по профилактическому консультированию пациентов 75 лет и старше с целью профилактики развития и прогрессирования старческой астении [Электронный ресурс]. М., 2017. URL: http://rgnkc.ru/images/metod_materials/Asteniya.pdf (дата обращения: 23.05.2019).

Основные рекомендации Минздрава РФ и Рос. геронтол. науч.-клин. центра по физической активности для пожилых людей [Электронный ресурс]. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/news/2016/08/16/3116> (дата обращения: 23.05.2019).

Прощаев К.И. Терапевтическая среда в домах-интернатах для пожилых граждан и инвалидов: уч.-метод. пособие. Москва; Белгород: Белгор. обл. типография, 2012.

Уход за ослабленными пожилыми людьми: Российские рекомендации. М.: Человек, 2018.

Фармакотерапия у лиц пожилого и старческого возраста: метод. руководства [Электронный ресурс]. 2018. URL: http://rgnkc.ru/images/projects_documents/Farmakoterapiya.pdf (дата обращения: 23.05.2019).

Эмоциональное благополучие пожилых людей и методы его формирования: метод. рекомендации / под ред. Н.В. Ключевой. Ярославль, 2013.

Тестовые вопросы

1. Демографическая ситуация в России в настоящее время характеризуется:

- а) уменьшением продолжительности жизни
- б) увеличением рождаемости
- в) изменением социальной структуры общества
- г) увеличением числа лиц пожилого и старческого возраста

2. Геронтология – это:

- а) раздел социологии и психологии, изучающий изменение психики при старении человека
- б) раздел биологии и медицины, изучающий процесс старения человека

3. Гериатрия – это область клинической медицины, которая:

- а) изучает болезни людей старших возрастных групп
- б) определяет условия проживания людей пожилого и старческого возраста
- в) разрабатывает методы лечения и профилактики заболеваний людей пожилого и старческого возраста

4. Наиболее частая психосоциальная проблема пожилых людей – это:

- а) социальная самоизоляция
- б) чувство одиночества
- в) беспокойство за судьбу близких
- г) чувство невостребованности

5. Саркопения – это:

- а) злокачественная опухоль
- б) обусловленное возрастом дегенеративно-атрофическое изменение мышечной ткани
- в) патология крови

6. Синдром старческой астении не характеризуется:

- а) развитием зависимости от посторонней помощи
- б) утратой способности к самообслуживанию
- в) повышением двигательной активности
- г) наличием гериатрических синдромов

7. Предупреждение какого состояния не служит профилактикой синдрома старческой астении?

- а) деменция
- б) патологические переломы
- в) ожирение
- г) прогрессирующее похудание

8. В каком возрасте может развиться старческая астения?

- а) в зрелом
- б) в старческом
- в) в пожилом
- г) в пожилом и старческом

9. Гериатрический осмотр подразумевает получение информации по следующим позициям:

- а) сведения о личности пациента
- б) оценка физического состояния
- в) оценка психического статуса
- г) социальный статус
- д) все перечисленное верно

10. Крайним проявлением старческой астении является:

- а) полная обездвиженность
- б) гипомобильность
- в) деменция
- г) синдром падений

11. Для синдрома мальнутриции характерны:

- а) низкие значения индекса массы тела
- б) высокие значения индекса массы тела
- в) повышение индекса массы тела
- г) нормальные значения индекса массы тела

12. Оценка по применяемой в гериатрической диагностике шкале «Возраст не помеха» позволяет ориентироваться на выявление основных гериатрических синдромов, кроме:

- а) синдрома мальнутриции
- б) нарушения двигательной активности
- в) синдрома полипрагмазии
- г) недержания мочи и кала

13. Целью специализированного гериатрического осмотра служит:

- а) выявление конкретного заболевания
- б) продление жизни людей
- в) выявление состояний, приводящих к снижению качества жизни

14. Основная цель современной гериатрии:

- а) повышение функционального состояния пожилого человека
- б) воздействие на этиологию и патогенез заболевания, а не повышение функционального состояния человека
- в) повышение значимости фармакологических методов воздействия

15. Одна из главных задач геронтологии заключается в:

- а) лечении болезней старости
- б) увеличении продолжительности жизни
- в) улучшении качества жизни
- г) психологической адаптации пожилых людей

Ответы

1 – г; 2 – б; 3 – а; 4 – б; 5 – б; 6 – в; 7 – в; 8 – г; 9 – д; 10 – а; 11 – а; 12 – в;
13 – в; 14 – а; 15 – в.

Содержание

Введение	3
Современная концепция гериатрической помощи в России	3
Основные определения и понятия	5
Синдром старческой астении	6
Диагностика синдрома старческой астении	8
Синдром падений как один из главных в гериатрии	11
Старение и память	14
Депрессия в гериатрической практике	17
Нарушения сна в пожилом возрасте	20
Синдром мальнотриции в развитии старческой астении	22
Полипрагмазия как гериатрический синдром	24
Тактика ведения гериатрических пациентов в первичном медицинском звене	25
Заключение	27
Приложения	28
Литература	41
Тестовые вопросы	42

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Московской области
«Московский областной научно-исследовательский
клинический институт им. М.Ф. Владимирского»

Седова Екатерина Викторовна
Палеев Филипп Николаевич
Старцева Ольга Николаевна

Основы гериатрии для врачей первичного звена

Учебно-методическое пособие

Редактор: Л.Ю. Заранкина
Оригинал-макет: А.В. Васюк

ISBN 978-5-98511-421-8



Подписано в печать 31.05.2019. Усл. печ. л. 2,8. Авт. л. 1,8. Тираж 200 экз. Заказ № 13/19.

Отпечатано в ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского
129110, г. Москва, ул. Щепкина, д. 61/2, Российская Федерация



МОНИКИ
1775

ISBN 978-5-98511-421-8



9 785985 114218 >