



**краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Ачинская межрайонная больница»
КГБУЗ «Ачинская МРБ»**

ПРИКАЗ

«13» декабря 2018 г.

№ 56 осн

г. Ачинск

*«Об организации медицинской помощи
больным по профилю «гериатрия»
в КГБУЗ «Ачинская МРБ»»*

В целях исполнения требований Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ, приказа Министерства здравоохранения РФ от 29.01.2016 г. № 38 и «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия»»,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить «Порядок оказания медицинской помощи больным по профилю «Гериатрия» в КГБУЗ «Ачинская МРБ»».
2. Утвердить «Положение о деятельности гериатрического кабинета консультативно-диагностической поликлиники КГБУЗ «Ачинская МРБ»».
3. Врачу-гериатру КДП руководствоваться в своей работе Порядком и Положением, Рекомендациями по ведению пациентов с гериатрическими синдромами (Приложение № 3 к приказу), использовать в работе Карту пациента гериатрической оценки (Приложение № 4 к приказу).
4. Врачу-гериатру КДП обеспечить выполнение утвержденных объемов оказания медицинской помощи по программе ОМС по специальности «гериатрия».
5. Специалистам отдела АСУ обеспечить наличие шаблона Карты пациента гериатрической оценки в МИС qMS.
6. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя главного врача по АПР Т.В. Морозкину.
7. Секретарю ознакомить с приказом (Т.И. Гатальскую, Т.В. Морозкину, А.А. Курасову, Е.В. Палагину, В.И. Прокопьеву, А.В. Комаровскую, Л.А. Лабенскую)

Главный врач

Д. Ю. Лебедев

Исполнитель:
Зам. главного врача по ОМР
Т.И. Гатальская



УТВЕРЖДАЮ
Главный врач КГБУЗ «Ачинская МРБ»
Д. Ю. Лебедев
2019 г.

ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ПО ПРОФИЛЮ «ГЕРИАТРИЯ» В КГБУЗ «АЧИНСКАЯ МРБ»

1. Настоящий Порядок устанавливает правила оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «гериатрия» (далее – медицинская помощь) в КГБУЗ «Ачинская МРБ» на I-м уровне оказания медицинской помощи в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.01.2016 г. № 38н.

2. Медицинская помощь больным оказывается в виде:

- первичной медико-санитарной помощи;

3. Медицинская помощь по специальности «гериатрия» оказывается в амбулаторных условиях (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение), в том числе на дому при вызове медицинского работника.

4. Медицинская помощь по специальности «гериатрия» оказывается в плановом порядке в Консультативно – диагностической поликлинике врачом - гериатром.

5. Первичная медико-санитарная помощь по профилю «гериатрия» предусматривает следующие мероприятия:

- комплексная гериатрическая оценка пациента;

- осмотры пациентов в динамике;

- формирование долгосрочного индивидуального плана проведения профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий;

- формирование долгосрочного индивидуального плана социальной и психологической адаптации.

6. Медицинская помощь по профилю «гериатрия» оказывается на основе стандартов медицинской помощи, с учетом клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи. При оказании медицинской помощи используются методические рекомендации, анкеты для оценки состояния пациентов с целью формирования плана ведения пациента.

7. Медицинская помощь оказывается при взаимодействии врача-гериатра с:

- врачами-терапевтами участковыми, врачами по медицинской реабилитации, врачами по лечебной физкультуре, врачами-физиотерапевтами, иными врачами-специалистами в целях оказания медицинской помощи по соответствующему профилю, включая своевременную диагностику и оценку риска развития осложнений, связанных с основным и сопутствующими заболеваниями, а также проводимыми реабилитационными мероприятиями;

- работниками, имеющими высшее немедицинское образование (логопедами, медицинскими психологами, инструкторами-методистами по лечебной физкультуре), в целях оценки и коррекции психоэмоционального состояния, нарушений коммуникативной сферы, ограничения физической активности, коррекции нарушений бытовых и профессиональных навыков.

8. Врачи-терапевты участковые поликлиник Ачинской МРБ:

- выявляют старческую астению при самостоятельном обращении пациентов;

- направляют пациентов со старческой астенией на консультацию к врачу-гериатру в КДП;

- составляют и выполняют индивидуальный план лечения пациентов со старческой астенией с учетом рекомендаций врача-гериатра и выявленных гериатрических

синдромов;

- наблюдают пациентов со старческой астенией, включая осмотр пациента на дому (не реже 1 посещения в 3 месяца для медицинской сестры участковой и 1 посещения в 6 месяцев для врача);

- при необходимости информируют врача – гериатра о необходимости консультации на дому.

9. При оказании медицинской помощи по профилю «гериатрия» в целях преемственности и взаимосвязи с организациями социального обслуживания, оказания социальной помощи и социальной адаптации пациентов со старческой астенией осуществляется взаимодействие врачей-гериатров, врачей-терапевтов участковых со специалистами по социальной работе и социальными работниками.

ПОЛОЖЕНИЕ О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО КАБИНЕТА КОНСУЛЬТАТИВНО – ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ КГБУЗ «АЧИНСКАЯ МРБ»

1. Настоящее положение устанавливает порядок организации деятельности гериатрического кабинета, который является структурным подразделением Консультативно – диагностической поликлиники (КДП) КГБУЗ «Ачинская МРБ».

2. Гериатрический кабинет КГБУЗ «Ачинская МРБ» создается для осуществления медицинской помощи по профилю «гериатрия» и представляет собой систему мер по оказанию медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста при наличии старческой астении с целью сохранения или восстановления их способности к самообслуживанию, физической и функциональной активности, независимости от посторонней помощи в повседневной жизни.

3. На должность врача-гериатра гериатрического кабинета назначается специалист, соответствующий Квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, по специальности «гериатрия», утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 октября 2015 г. N 707н.

4. Структура и штатная численность гериатрического кабинета утверждается приказом МЗ КК КГБУЗ «Ачинская МРБ», исходя из объема проводимой работы и численности обслуживаемого населения, а также с учетом рекомендуемых штатных нормативов по профилю «гериатрия», утвержденных приказом МЗ РФ от 29.01.2016 г. № 38н, Приложение № 1.

5. Оснащение гериатрического кабинета осуществляется в соответствии со стандартом оснащения, предусмотренным Приложением N 2 к Положению о деятельности гериатрического кабинета КГБУЗ «Ачинская МРБ».

6. Основными функциями гериатрического кабинета являются:

- прием пациентов по направлению врача-терапевта участкового, а также при самостоятельном обращении пациентов;
- первичная комплексная гериатрическая оценка пациента, а именно оценка физического состояния, функционального статуса, психического здоровья и социально-экономических условий жизни пациента;
- выявление хронических заболеваний и факторов риска их развития;
- выявление гериатрических синдромов;
- оценка и коррекция психоэмоционального состояния и коммуникаций пациента;
- формирование долгосрочного индивидуального плана проведения профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, плана социальной и психологической адаптации и осуществление контроля за их выполнением;
- комплексное применение лекарственной и немедикаментозной терапии, разработка плана по использованию средств и методов, адаптирующих окружающую среду к функциональным возможностям пациента и (или) функциональные возможности пациента к окружающей среде, в том числе посредством использования средств передвижения, протезирования и ортезирования, осуществление контроля за их выполнением;
- определение и реализация мероприятий по диагностике, лечению, медицинской реабилитации, включая оценку реабилитационного потенциала, а также участие в реализации мероприятий по оказанию социально-медицинских услуг в соответствии с заболеванием (состоянием) пациента, его социальным статусом и степенью снижения способности к самообслуживанию;

- проведение профилактических мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости у пациентов;
- организация и ведение школ для пациентов, а также для лиц, фактически осуществляющих уход за ними;
- взаимодействие в пределах компетенции с другими медицинскими организациями, страховыми медицинскими организациями, контрольно – надзорными организациями;
- участие в информировании органов социальной защиты населения о необходимости оказания социальной помощи пациентам;
- формирование рекомендаций по маршрутизации пациентов;
- взаимодействие с врачами терапевтами и врачами прочих специальностей при организации и оказании медицинской помощи пациентам;
- организация медицинских осмотров пациентов на дому;
- участие в мониторинговании и анализе основных медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности;
- участие в формировании отчетов, в представлении отчетности в установленном порядке, сбор и предоставление первичных данных о медицинской деятельности для информационных систем в сфере здравоохранения.

7. Гериатрический кабинет для обеспечения своей деятельности использует возможности всех лечебно-диагностических и вспомогательных подразделений КГБУЗ «Ачинская МРБ».

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ШТАТНЫЕ НОРМАТИВЫ
ГЕРИАТРИЧЕСКОГО КАБИНЕТА КДП

N п/п	Наименование должности	Количество должностей, ед.
1.	Врач-гериатр	1
2.	Медицинская сестра	2 на 1 должность врача-гериатра

СТАНДАРТ
ОСНАЩЕНИЯ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО КАБИНЕТА КДП, ОКАЗЫВАЮЩЕГО
МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

N п/п	Наименование	Требуемое количество, шт.
1.	Измеритель артериального давления, сфигмоманометр	не менее 1
2.	Стетофонендоскоп	не менее 1
3.	Динамометр	не менее 1
4.	Отоскоп	не менее 1
5.	Устройство для усиления звука	1 на 1 врача-гериатра
6.	Таблица Розенбаума	1 на 1 врача-гериатра
7.	Трость телескопическая	не менее 1
8.	Ходунки	не менее 1
9.	Медицинская кушетка, регулируемая по высоте	не менее 1
10.	Лупа ручная	не менее 1
11.	Анализатор глюкозы в крови (глюкометр), экспресс-анализатор портативный	не менее 1
12.	Весы с ростомером	не менее 1
13.	Лента измерительная	не менее 1
14.	Рабочее место медицинской сестры	не менее 1
15.	Рабочее место врача-гериатра	1 на 1 врача-гериатра
16.	Секундомер	не менее 1
17.	Персональный компьютер или автоматизированное рабочее место (АРМ)	1 на 1 рабочее место
18.	Принтер или многофункциональное устройство: принтер-копировальный аппарат-сканер	не менее 1
19.	Шкаф для документов	не менее 1
20.	Вешалка для одежды	не менее 1
21.	Комплект наглядных пособий	не менее 1

Рекомендации по ведению пациентов с гериатрическими синдромами

Возможные причины	Рекомендованные мероприятия
Снижение веса	
<ul style="list-style-type: none"> - 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"> - исключение онкологических и других соматических причин; - регулярная физическая активность; - рациональное питание; - направление на зубопротезирование; - социальная поддержка (участие семьи, социальной службы); - направление в центры социального обслуживания, в том числе привлечение социальной службы для организации доставки пищевых продуктов и лекарств
Падения	
<ul style="list-style-type: none"> - мышечная слабость; - нарушение походки и равновесия; - периферическая нейропатия; - лекарственные средства, влияющие на ЦНС; - антигипертензивные препараты, особенно при подборе терапии; - полипрагмазия 	<ul style="list-style-type: none"> - ограничение приема психоактивных препаратов и нейролептиков (в том числе седативных, снотворных, транквилизаторов и антидепрессантов); - организация безопасного быта; - регулярная физическая активность
<ul style="list-style-type: none"> - 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 неполюженном месте) 	<ul style="list-style-type: none"> - коррекция нарушений зрения - рекомендовать пациентам не носить очки с мультифокальными линзами во время ходьбы, особенно по лестницам; - использование вспомогательных средств при ходьбе (трости, ходунки) - правильный подбор трости по высоте (пациент должен встать прямо, свободно опустить руки и слегка согнуть их в локте (примерно на 10-15 градусов), рукоятка трости должна находиться на уровне линии изгиба запястья; - использование бедренных протекторов; - прием витамина D в дозе не менее 800 МЕ/сут. длительно;

	<ul style="list-style-type: none"> - коррекция дефицита витамина В12; - обратить внимание на правильный подбор обуви для дома (нескользящая подошва, обязательны задники) и для улицы (соответствие размера, использование в зимнее время противоскользящих накладок)
Когнитивные нарушения	
<ul style="list-style-type: none"> - первичные деменции (болезнь Альцгеймера и др.); - деменция при мультисистемных дегенерациях ЦНС (деменция с тельцами Леви, болезнь Паркинсона с деменцией и др.); - вторичные деменции (сосудистая деменция, нормотензивная гидроцефалия, посттравматическая/метаболическая/токсическая энцефалопатии и др.); - смешанная деменция (например, болезнь Альцгеймера + сосудистая деменция) 	<ul style="list-style-type: none"> - консультация гериатра при наличии когнитивных расстройств с декомпенсацией соматической патологии; - консультация невролога при наличии когнитивных расстройств, не достигающих стадии деменции, при наличии деменции с невыраженными аффективно-поведенческими расстройствами, при наличии когнитивных расстройств с началом ранее 65 лет, а также с неврологической симптоматикой, при внезапном начале и/или быстро прогрессирующем течении; - консультация психиатра при наличии аффективно-поведенческих расстройств (неадекватное поведение, галлюцинации, агрессия, возбуждение, апатия, тяжелая депрессия); - регулярная физическая активность; - выявление и коррекция сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета; - выявление и коррекция дефицита витамина В12; - когнитивный тренинг (выполнение упражнений, направленных на тренировку когнитивных функций, например, заучивание стихов, решение логических задач, разгадывание кроссвордов и т.д.); - профилактика падений
Недержание мочи	
<ul style="list-style-type: none"> - возрастные изменения мочевых путей; - эффект лекарственных препаратов; - пролапс тазовых органов; - заболевания предстательной железы; - сопутствующие заболевания (неврологические, метаболические); - хирургическое лечение и лучевая терапия органов мочеполовой системы; - нарушение когнитивного и/или 	<ul style="list-style-type: none"> - регулярная физическая активность, укрепление мышц тазового дна; - упражнения для тренировки мышц тазового дна при ургентном и/или стрессовом недержании мочи, упражнения Кегеля: 3 сета по 8-12 сокращений мышц тазового дна в течение 8-10 с 3 раза в день ежедневно в течение, по крайней мере, 15-20 недель; - тренировка мочевого пузыря при ургентном недержании мочи, направлена на восстановление произвольного контроля над функцией мочевого пузыря, с помощью дневника мочеиспусканий

<p>физического функционирования, действие психологических факторов</p>	<p>(определяется минимальный временной промежуток между мочеиспусканиями, рекомендуется регулярное мочеиспускание с равными промежутками времени, начиная от минимального; после 2-х дней без эпизодов недержания мочи – увеличение интервала между мочеиспусканиями (отвлечение путем расслабления, глубокого дыхания или быстрого сокращения мышц тазового дна); интервал постепенно увеличивается, пока не достигнет 3-4 часов, длительность обучения: до 6 недель;</p> <ul style="list-style-type: none"> - диетические рекомендации (уменьшение потребления кофеин-содержащих напитков); - лечение и профилактика запоров (увеличение объема потребляемой жидкости до 1,5-2 литров в сутки, увеличение в рационе питания продуктов, богатых растительной клетчаткой, употребление продуктов с лакто- и бифидофлорой, регулярная физическая активность, поведенческая терапия - «приучить себя к утреннему стулу», исключить продукты, задерживающие опорожнение кишечника - крепкий черный чай, черника, манная и рисовая каши); - ревизия лекарственных препаратов; - консультация гериатра/уролога/гинеколога
<p>Снижение настроения и депрессия</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - полиморбидность; - деменция; - злоупотребление седативными и снотворными средствами; - одиночество, социальная изоляция 	<ul style="list-style-type: none"> - в случае наличия большого депрессивного расстройства и/или суицидальных мыслей – консультация психиатра; - направление пациента в территориальные центры социального обслуживания с целью организации досуга, преодоления социальной изоляции; - консультация гериатра
<p>Снижение функциональной активности/ трудности при ходьбе, перемещении</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - мышечная слабость; - заболевания суставов; - периферическая нейропатия; - поражение головного мозга (последствия инсульта, деменция, гидроцефалия, объемные образования) 	<ul style="list-style-type: none"> - регулярная физическая активность; - использование вспомогательных устройств при ходьбе (трости, ходунки, кресла-каталки); - прием витамина D в дозе не менее 800 МЕ/сут длительно; - коррекция дефицита витамина B12; - при необходимости направление к ортопеду для протезирования суставов; - при необходимости организация медицинского и социального патронажа

**КАРТА ПАЦИЕНТА
ГЕРИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА**

Время начала ГО: _____

--	--

Паспортные данные и социальный статус *

ФИО пациента		Пол: М Ж
Дата рождения (д.м.г.)	(/ /)	Инвалидность Нет I II III
Семейный статус	женат (замужем) не женат (не замужняя) вдовец (вдова) в разводе	Образование среднее средне-специальное высшее
С кем проживает	с женой /мужем с детьми один другое:	Профессия
		Работает Да Нет
Адрес		Этаж проживания Наличие лифта Пользуется лифтом
Телефон		Есть Нет Да Нет
ФИО, -должность лица, заполнившего карту		Уровень дохода Низкий Средний Высокий
Дата заполнения:		Контактное лицо,

Хронические заболевания*

Артериальная гипертензия		Бронхиальная астма
ИБС		ХОБЛ
Инфаркт миокарда		Онкологические заболевания
ХСН		Анемия
ОНМК		Язвенная болезнь
Сахарный диабет		Нарушение слуха (социально значимое)
Остеоартроз		Нарушение зрения
Ревматоидный		Изменение тембра

Физическая активность	Продолжительность	< 30 мин, 30-60 мин, 1-4 часа, >4 часов
	варианты	пешие прогулки, плавание, танцы, другие варианты(_____)
С чем связано ограничение физ. активности?	проблемы с памятью, артрит, одышка, боль в груди, травмы, переломы, последствия ОНМК, хроническая боль, потеря зрения, неустойчивость походки, другое:	
Возраст наступления менопаузы (лет)		

Использование вспомогательных средств	очки, слуховой аппарат, съемные зубные протезы, трость, костыли, ортопедическая обувь, ортопедический корсет, абсорбирующее белье
---------------------------------------	---

Хроническая боль	Да, постоянно испытывает Да, периодически испытывает Нет, не испытывает
Прием обезболивающих	Не принимает Принимает: < 1 раза в неделю 1 раз в неделю 2-3 раза в неделю ежедневно
Частота вызова врача на дом (за год)	
Частота вызова СМП (за год)	
Частота госпитализаций (за год)	

Падения в течение последнего года	Количество	Обстоятельства, причина	Исход (перелом, ЧМТ)
Переломы	Возраст	Обстоятельства, причина	Локализация

Шкала BRAX

Данные объективного обследования

Рост (см)		Вес (кг)	
ИМТ (кг/м ²)		Окружность талии (см)	
АД, ЧСС исходно (сидя)			
АД, ЧСС после 7 минут в горизонтальном положении			
АД, ЧСС после перехода в вертикальное положение	в течение 1-й минуты	в течение 3-й минуты	
Динамометрия (кг)		1 попытка	2 попытка
	правая рука		
	левая рука		
Способность поддержания равновесия (сек)	На правой ноге		
	На левой ноге		

Визуально-аналоговая шкала самооценки состояния здоровья (ВАШ) *



На отрезке линии от 0% (самое плохое здоровье) до 100% (идеальное здоровье) пациент отмечает состояние своего здоровья, так как он сам это воспринимает.

Результаты лабораторных исследований *

Гемоглобин (г\л)		Холестерин (ммоль\л)	
Креатинин (мкмоль\л)		ЛПНП (ммоль\л)	
Глюкоза (г\л)			
Общий белок (г\л)			

Шкала базовой активности в повседневной жизни (индекс Бартел) - ADL *

Прием пищи	10 - не нуждается в помощи, способен самостоятельно пользоваться всеми необходимыми столовыми
------------	---

	приборами; 5 - частично нуждается в помощи, например, при разрезании пищи; 0 - полностью зависим от окружающих (необходимо кормление с посторонней помощью)
Личная гигиена (умывание, чистка зубов, бритье, причесывание)	5 - не нуждается в помощи; 0 - нуждается в помощи
Одевание	10 - не нуждается в посторонней помощи; 5 - частично нуждается в помощи, например, при одевании обуви, застегивании пуговиц и т.д.; 0 - полностью нуждается в посторонней помощи
Прием ванны	5 - принимает ванну без посторонней помощи; 0 - нуждается в посторонней помощи
Посещение туалета: перемещение в туалете, раздевание, очищение кожных покровов, одевание, выход из туалета	10 - не нуждается в помощи; 5 - частично нуждается в помощи (удержание равновесия, использование туалетной бумаги, снятие одевание брюк и т.д.); 0 - нуждается в использовании судна, утки
Контролирование мочеиспускания	10- полное контролирование; 5 – случайные инциденты (максимум 1 раз за 24 часа 0- недержание;
Контролирование дефекации	10 – полное контролирование; 5 – случайные инциденты (не чаще одного в неделю) 0-недержание;
Перемещение с кровати на стул и обратно	15 – не нуждается в помощи; 10 –при вставании с постели требуется незначительная помощь или присмотр; 5 – при вставании с постели требуется помощь, может самостоятельно сидеть в постели; 0 – перемещение не возможно;
Подъем по лестнице	10 - не нуждается в помощи; 5 - нуждается в наблюдении или поддержке; 0 - не способен подниматься по лестнице даже с поддержкой;
Мобильность (перемещение в пределах дома и вне дома; могут использоваться вспомогательные средства)	15 – не нуждается в помощи; 10 – может ходить с посторонней помощью; 5 – может передвигаться с помощью инвалидной коляски; 0 – не способен;
Общий балл:	/100

Шкала повседневной инструментальной активности (IADL) *

3 балла – без посторонней помощи; 2 балла- с частичной помощью;

1 балл - полностью не способен;

1. Можете ли вы пользоваться телефоном	/3
2. Можете ли вы добраться до мест, расположенных вне привычных дистанций ходьбы	/3
3. Можете ли вы ходить в магазин за едой	/3
4. Можете ли вы готовить себе пищу	/3
5. Можете ли вы выполнять работу по дому	/3
6. Можете ли вы выполнять мелкую « мужскую»/ «женскую» работу по дому	/3

Лекарственная терапия

Направление в территориальный центр социального обслуживания:

Повторная консультация гериатра через _____ недели

Время окончания КГО: _____



Синдром старческой астении, или «хрупкость» (frailty)

СТАРЧЕСКАЯ АСТЕНИЯ - ассоциированный с возрастом синдром (ССА, шифр по МКБ-10 R54)

- Основные клинические проявления:
 - общая слабость
 - медлительность и/или непреднамеренная потеря веса
- Сопровождается снижением физической и функциональной активности многих систем, адапционного и восстановительного резерва,
- Способствует развитию зависимости от посторонней помощи в повседневной жизни, утрате способности к самообслуживанию
- Ухудшает прогноз состояния здоровья

Включает в себя более 85 различных гериатрических синдромов, основными из которых являются синдромы падений, недостаточности питания (мальнутриции), саркопении (уменьшение массы и силы мышечной ткани), недержания мочи, а также сенсорные дефициты, когнитивные нарушения, депрессия

ЦЕЛЬ ЛЕЧЕНИЯ – предупреждение развития преждевременного старения, развития гериатрических синдромов и их осложнений, сохранение и восстановление способности пациентов к самообслуживанию, функциональной активности и независимости от посторонней помощи в повседневной жизни, улучшение качества жизни, снижение смертности

Алгоритм диагностики ССА

Пациенты ≥ 60 лет - скрининг по шкале «Возраст не помеха»

№	Вопросы	Ответ
1	Похудели ли Вы на 5 кг и более за последние 6 месяцев? (Вес)	Да/нет
2	Испытываете ли Вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения Зрения или Слуха?	Да/нет
3	Были ли у Вас в течение последнего года Травмы, связанные с падением?	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 лестничной пролет)	Да/нет

«ХРУПКИЕ» ПАЦИЕНТЫ

«ПРЕХРУПКИЕ» ПАЦИЕНТЫ

«КРЕПКИЕ» ПАЦИЕНТЫ

≥ 3 -х положительных ответов

1-2 положительных ответа

0 положительных ответов

обязательная консультация врача-гериатра,
проведение КГО (стр.3)
составление индивидуального плана ведения
пациента

целесообразна консультация врача-
гериатра

Наблюдение участкового терапевта, выполнение индивидуального плана ведения пациента с ССА

Полная диагностика ССА основывается на комплексной гериатрической оценке (КГО)

- КГО - междисциплинарный диагностический процесс, результатом которого является разработка комплекса мер, направленных на долгосрочную поддержку пожилого человека, создание координированного плана лечения и долговременного наблюдения

Заключение врача-гериатра включает:

Результаты оценки состояния здоровья и социального статуса	<p>Анамнез: условия жизни, качество питания, сна, наличие хронической боли, потребности в помощи, отношение к старости, жизненные приоритеты</p> <p>Физический статус: выявление гериатрических синдромов (например, синдрома падений, недержания мочи, мальнотриции, снижение физической активности и прочих),</p> <p>Функциональный статус: оценка базовой и инструментальной функциональной активности, тесты для оценки мобильности, определение мышечной силы</p> <p>Нейропсихическое исследование: выявление изменений психического статуса (когнитивный дефицит, деменция, депрессия), психологических особенностей личности</p> <p>Социальный статус: выявление социальной роли и характера социальных взаимоотношений; условия проживания, потребность социальной помощи и уходе</p>
Индивидуальный план ведения	<p>Рекомендации по диете, физической активности, медикаментозной и немедикаментозной терапии, обустройству быта, необходимости адаптивных технологий, социальной поддержке и уходу. Могут быть даны рекомендации для семьи или опекуна, сиделки, осуществляющих уход за ослабленным пожилым пациентом</p>

Рекомендации по ведению пациентов с ССА

Гериатрический синдром	Возможные причины	Рекомендованные мероприятия
<p>Снижение веса</p>	<p>Саркопения (снижение массы и силы мышечной ткани) Синдром мальнутриции Отсутствие зубов и зубных протезов Заболевания ротовой полости, желудочно-кишечного тракта Снижение функциональной активности Сенсорные дефициты¹ Полипрагмазия Депрессия Когнитивные нарушения Социальная дезадаптация, одиночество, низкий уровень дохода</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Регулярная физическая активность² • Рекомендации по рациональному питанию³ • Зубопротезирование • Ревизия лекарственных препаратов⁴ • Социальная поддержка (участие семьи, социальной службы) • При необходимости - привлечение социальной службы с целью организации доставки пищевых продуктов

¹ К сенсорным дефицитам относятся снижение зрения, слуха, обоняния, осязания, вкусовых ощущений

² Рекомендации ВОЗ по физической активности для людей 65 лет и старше включают занятия аэробной физической нагрузкой средней интенсивности не менее 150 минут в неделю; упражнения на равновесие 3 или более дней в неделю; силовые упражнения - 2 или более дней в неделю; пожилые люди, которые долго были малоподвижными, должны начинать заниматься медленно, начиная с нескольких минут в день, и наращивать нагрузки постепенно

³ В среднем суточная энергетическая потребность для пожилого человека составляет около 1600 ккал. При развитии белково-энергетической недостаточности суточная калорийность пищи повышается до 3000 ккал. В среднем, пожилому человеку нужно съесть 5-7 порций углеводов, 4-5 порций овощей, 2-3 порции фруктов, 2-3 порции молочных продуктов, 2 порции мясных продуктов и 1-2 порции жиров в день. Кратность приема пищи - не менее 4-5 раз в день. Употребление белка около 1 г/кг/сутки, но не более 100 г/сутки. Употребление 6-8 стаканов жидкости в день. Воду не рекомендуется ограничивать даже пациентам с сердечной недостаточностью и отеками. При приготовлении пищи рекомендуется использовать специи. При наличии дисфагии пища должна быть однородной, пюреобразной консистенции, а жидкость - более густой (кисели, простокваша)

⁴ Попросить пациента принести все лекарства, которые он принимает. Оценка медикаментозной терапии с учетом совместимости лекарственных препаратов, возможных противопоказаний и побочных эффектов (критерии Veets - см. приложение1)

Рекомендации по ведению пациентов с ССА /продолжение 1/

Гериатрический синдром	Возможные причины	Рекомендованные мероприятия
Падения	<p>Мышечная слабость</p> <p>Нарушение походки и равновесия</p> <p>Периферическая нейропатия</p> <p>Лекарственные средства, влияющие на ЦНС,</p> <p>Антигипертензивные препараты, особенно при подборе терапии (см. стр. 10)</p> <p>Снижение зрения</p> <p>Болевой синдром</p> <p>Когнитивные нарушения</p> <p>Депрессия</p> <p>Факторы окружающей среды¹</p> <p>Опасное поведение, характерное для пожилых людей (например, переход улицы или железнодорожного полотна в неподобающем месте)</p>	<ul style="list-style-type: none">• Ограничение приема психоактивных препаратов и нейролептиков (в том числе седативных, снотворных, транквилизаторов и антидепрессантов)• Организация безопасного быта²• Регулярная физическая активность (см. стр. 4)• Коррекция нарушений зрения• Рекомендовать пациентам не носить очки с мультифокальными линзами во время ходьбы, особенно по лестницам• Использование вспомогательных средств при ходьбе (трости³, ходунки)• Использование бедренных протекторов• Прием витамина D в дозе не менее 800 МЕ/сут. длительно• Устранение дефицита витамина B12• Рекомендовать пациентам использовать в зимнее время противоскользящие накладки на обувь

¹ К факторам окружающей среды, повышающим риск падений относятся скользкий пол, плохое освещение, отсутствие перил на лестницах, узкие ступеньки, провода на полу и т.д.

² Рекомендовать пациентам убрать посторонние предметы с пола, убрать коврики или приклеить их к полу клейкой основой, положить нескользящий коврик на пол в ванной комнате и в душе, оборудовать ванну и пространство рядом с туалетом поручнями, повесить ночник в спальне так, чтобы путь от кровати до ванной был хорошо освещен, не использовать стул в качестве стремянки

³ Для правильного подбора трости по высоте пациент должен встать прямо, свободно опустить руки и слегка согнуть их в локте (примерно на 15-20 градусов) - при этом рукоятка трости должна находиться на уровне линии изгиба запястья

Рекомендации по ведению пациентов с ССА /продолжение 2/

Гериатрический синдром	Возможные причины	Рекомендованные мероприятия
Когнитивные нарушения	<p>Первичные деменции (болезнь Альцгеймера и др.)</p> <p>Деменция при мультисистемных дегенерациях ЦНС (деменция с тельцами Леви, болезнь Паркинсона с деменцией и др.)</p> <p>Вторичные деменции (сосудистая деменция, нормотензивная гидроцефалия, постравматическая/метаболическая/токсическая энцефалопатии и др.)</p> <p>Смешанная деменции (болезнь Альцгеймера + сосудистая деменция)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Консультация специалиста по нарушениям памяти: консультация гериатра при наличии когнитивных расстройств с декомпенсацией соматической патологии • консультация невролога при наличии когнитивных расстройств, не достигающих стадии деменции, при наличии деменции с невыраженными аффективно-поведенческими расстройствами, при наличии когнитивных расстройств с началом ранее 65 лет, а так же с неврологической симптоматикой, при внезапном начале и/или быстропрогрессирующем течении • консультация психиатра при наличии аффективно-поведенческих расстройств (неадекватное поведение, галлюцинации, агрессия, возбуждение, апатия, тяжелая депрессия) • Регулярная физическая активность (См. стр.4) • Выявление и коррекция сердечно-сосудистых заболеваний (см. стр. 10) и сахарного диабета • Выявление и коррекция дефицита витамина В12 • Когнитивный тренинг¹ • Профилактика падений (см. стр. 5)

¹Когнитивный тренинг – выполнение упражнений, направленных на тренировку когнитивных функций. например заучивание стихов, решение логических задач, разгадывание кроссвордов, изучение иностранных языков и т.д.

Рекомендации по ведению пациентов с ССА /продолжение 3/

Гериатрический синдром	Возможные причины	Рекомендованные мероприятия
<p>Недержание мочи</p>	<p>Возрастные изменения мочевых путей Эффект лекарственных препаратов Проплапстазовых органов Заболевания предстательной железы Сопутствующие заболевания (неврологические, метаболические) Хирургическое лечение и лучевая терапия органов мочеполовой системы Нарушением когнитивного и/или физического функционирования, действие психологических факторов</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Упражнения для тренировки мышц тазового дна¹ при ургентном и /или стрессовом недержании мочи • Тренировка мочевого пузыря² при ургентном недержании мочи • Диетические рекомендации (уменьшение потребления кофеин-содержащих напитков) • Лечение запоров³ • Ревизия лекарственных препаратов • Консультация гериатра/уролога/гинеколога • Обеспечение абсорбирующим бельем

¹ Упражнения Кегеля - 3 сета по 8-12 сокращений мышц тазового дна в течение 8-10 сек каждый 3 раза в день ежедневно в течение по крайней мере 15-20 недель

² Тренировка мочевого пузыря направлена на восстановление произвольного контроля над функцией мочевого пузыря. С помощью дневника мочеиспусканий определяется минимальный временной промежуток между мочеиспусканиями. Рекомендуется регулярное мочеиспускание с равными промежутками времени, начиная от минимального. После 2-х дней без эпизодов недержания мочи - увеличение интервала между мочеиспусканиями (отвлечение путем расслабления, глубокого дыхания или быстрого сокращения мышц тазового дна). Интервал постепенно увеличивается, пока не достигнет 3-4 часов. Длительность обучения - до 6 недель.

³ Увеличение объема потребляемой жидкости до 1,5-2 литров в сутки. Увеличение в рационе питания продуктов, богатых растительной клетчаткой (до 100 грамм салата из сырых овощей в день). Употребление продуктов с лакто- и бифидофлорой. Регулярная физическая активность. Поведенческая терапия («приучить себя к утреннему стулу»). Исключить продукты, задерживающие опорожнение кишечника (крепкий черный чай, черника, манная и рисовые каши).

Рекомендации по ведению пациентов с ССА /продолжение 4/

Гериатрический синдром	Возможные причины	Рекомендованные мероприятия
Снижение настроения и депрессия	Полиморбидность Деменция Злоупотребление седативными и снотворными средствами Одиночество, социальная изоляция	<ul style="list-style-type: none"> • Направление пациента в территориальные центры социального обслуживания с целью организации досуга, преодоления социальной изоляции • В случае наличия большого депрессивного расстройства и/или суцидальных мыслей - консультация психиатра
Снижение функциональной активности/трудности при ходьбе, перемещении	Мышечная слабость Заболевания суставов Периферическая нейропатия Поражение головного мозга (ЦВБ, деменция, гидроцефалия, объемные образования)	<ul style="list-style-type: none"> • Регулярная физическая активность (см. стр.4) • Использование вспомогательных устройств при ходьбе (трости, ходунки, кресла-каталки) • Прием витамина Д в дозе не менее 800 МЕ/сут. длительно • Устранение дефицита витамина В12 • Протезирование суставов • При необходимости-организация медицинского и социального патронажа

Рекомендации по ведению пациентов с ССА /продолжение 5/

Гериатрический синдром	Возможные причины	Рекомендованные мероприятия
Полипрагмазия ¹	Полиморбидность Отсутствие учета назначений других врачей Отсутствие четких рекомендаций со стороны врача о необходимости длительности приема лекарственных препаратов Прием пациентом препаратов без назначений врача	<ul style="list-style-type: none">• Регулярная ревизия лекарственных препаратов, попросить пациента принести ВСЕ лекарства, которые он принимает• Назначение лекарственных препаратов строго по показаниям• Оценка медикаментозной терапии с учетом совместимости лекарственных препаратов, возможных противопоказаний и побочных эффектов (критерии Beers – см. приложение 1)

¹ Полипрагмазия – назначение лекарственных средств без соответствующих показаний

Особенности лечения сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов 60 лет и старше

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ

Категория пациентов	Начало антигипертензивной терапии (АГТ) и целевые значения АД	Примечание
60-79 лет «крепкие»*	Начало АГТ при систолическом АД ≥ 140 мм рт.ст. Целевое АД < 140/90 мм рт.ст. (при СД 140/85 мм рт.ст.)	
≥ 80 лет «крепкие»	Начало АГТ при систолическом АД ≥ 160 мм рт.ст. Либо продолжать ранее хорошо переносимую АГТ Целевое систолическое АД < 150 мм рт.ст. При достижении уровня систолического АД < 130 мм рт.ст. дозы препаратов должны быть уменьшены вплоть до отмены Начинать АГТ с низкой доз и монотерапии Комбинированную АГТ начинать только при неэффективной полнодозовой монотерапии	Обязательно проведение ортостатической пробы ¹ до и на фоне АГТ. При выявлении ортостатической гипотонии ² следует оценивать способствующие ей факторы (сопутствующее лечение, недоедание, обезвоживание)
≥ 80 лет «хрупкие»	Индивидуальный подход на основе результатов КГОС с определением целевых значений АД и тактики АГТ Систолическое АД ≥ 180 мм рт.ст. – во всех случаях показание к началу АГТ Начало АГТ с низких доз и монотерапии	Начало АГТ или смена лекарственных препаратов и их доз увеличивает риск падений (см. стр.5) Не рекомендовано снижение веса и ограничение соли

* При развитии ССА у пациентов в возрасте 60 - 79 лет могут быть применены рекомендации для «хрупкие» пациентов ≥ 80 лет

¹Ортостатическая проба - измерение АД и ЧСС после не менее 7 в положении лежа и через 1, 2 и 3 минуты после перехода в вертикальное положение.

²Ортостатическая гипотония – снижение АД более, чем на 20/10 мм рт.ст. при переходе из положения лежа в вертикальное

Особенности лечения сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов 60 лет и старше /продолжение/

Показания к назначению статинов:

- вторичная профилактика ССЗ, у «хрупких» пациентов начало терапии с низких доз с последующей титрацией
- первичная профилактика ССЗ для «хрупких» пациентов < 80 лет решение о назначении статинов определяется индивидуально
- для «хрупких» пациентов ≥ 80 лет - не показано

Показания к назначению ацетилсалициловой кислоты (75-150 мг/сутки):

только при вторичной профилактике ССЗ, при контролируемой АГ

Назначение **ацетилсалициловой кислоты** для первичной профилактики - не показано

Контроль гликемии:

- $\text{HbA1c} \geq 7,5\%$ при отсутствии тяжелых осложнений СД и/или риска тяжелой гипогликемии
- $\text{HbA1c} < 8,0\%$ при тяжелых осложнениях СД и/или риске тяжелой гипогликемии

Ведение пациентов пожилого возраста с высоким риском тромбозмболических осложнений

С возрастом повышается риск как тромбоза, так и кровотечения, но «чистая» выгода от назначения антикоагулянтов с возрастом увеличивается

Фибрилляция предсердий (неклапанная)

Возраст 60-64 года: антикоагулянты назначаются при наличии хотя бы одного фактора риска по шкале CHA₂DS₂-VASc (хроническая сердечная недостаточность, артериальная гипертензия, сахарный диабет, инсульт или транзиторная ишемическая атака в анамнезе, сердечно-сосудистое заболевание (перенесенный инфаркт миокарда, атеросклеротические бляшки в аорте, периферический атеросклероз), женский пол)

Возраст 65 лет и старше: обязательно назначение антикоагулянтов (варфарин или НОАК*) у пациентов, ранее не принимавших антикоагулянты, и у пациентов с плохим контролем МНО при лечении варфарином предпочтительно назначение НОАК

При назначении варфарина целевые значения МНО составляют 2,0-3,0 независимо от возраста

При назначении НОАК обязательно контролировать функцию почек

При нарушении функции почек (КК < 30 мл/мин) препаратом выбора является варфарин

Апикабан и ривароксабан не рекомендованы при КК < 15 мл/мин, дабигатран – при КК < 30 мл/мин

Дозы всех НОАК зависят от функции почек и требуют уменьшения при снижении КК

Дозы дабигатрана и апикабана также зависят от возраста

Тромбоз глубоких вен и тромбозмболия легочной артерии

Основные принципы лечения и профилактики венозных тромбозов такие же, как у пациентов молодого возраста

Коррекции дозы НОАК в зависимости от возраста не требуется

Для достижения целевых значений МНО могут потребоваться более низкие дозы варфарина

*НОАК – новые пероральные антикоагулянты

**КК – клиренс креатинина

Динамическое наблюдение

Категория пациентов	Цель	Мероприятия
«Хрупкие»	<p>Обеспечение максимально высокого качества жизни</p> <p>Снижение заболеваемости и смертности</p> <p>Сохранение функциональности</p> <p>В случае развития зависимости – проведение реабилитационных, адаптивных программ, социальной и медико-социальной поддержки и ухода</p>	<p>Выполнение рекомендаций врача-гериатра</p>
«Прехрупкие»	<p>Предупреждение преждевременного старения</p>	<p>Скрининг по шкале «Возраст не помеха» 1 раз в 6 месяцев</p> <p>Рекомендации по физической активности и рациональному питанию</p> <p>Лечение имеющихся гериатрических синдромов</p> <p>Лечение хронических заболеваний</p>
«Крепкие»	<p>Предупреждение преждевременного старения</p>	<p>Скрининг по шкале «Возраст не помеха» ежегодно</p> <p>Рекомендации по регулярной физической активности и рациональному питанию</p> <p>Лечение хронических заболеваний</p> <p>Формирование психологии активного долголетия</p>