

**Министерство здравоохранения Российской Федерации
Обособленное структурное подразделение –
Российский геронтологический научно-клинический центр
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России**

«УТВЕРЖДАЮ»
Главный внештатный
специалист гериатр
Минздрава России

О.Н. Ткачева


«01» августа 2024 г.

**Методические рекомендации
для врачей первичного звена здравоохранения**

**Система долговременного ухода
для граждан пожилого возраста**

Москва - 2024

Авторы: О.Н. Ткачева, Ю.В. Котовская, Н.К. Рунихина, А.В. Наумов,
Э.А. Мхитарян, И.П. Малая, Е.Н. Дудинская, Н.О. Ховасова, Н.В. Шарашкина,
К.А. Ерусланова, И.В. Бабенко, С.П. Свищева, О.В. Аброськина

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|--|----|
| Список сокращений | 4 |
| Термины и определения | 5 |
| Введение..... | 8 |
| Выявление граждан, нуждающихся в направлении в систему долговременного ухода, при обращении в медицинские организации | 12 |
| Медицинские рекомендации для системы долговременного ухода | 17 |
| Диагностика, профилактика и коррекция гериатрических синдромов, приводящих к потере мобильности и автономности, при формировании медицинских рекомендаций, в СДУ | 21 |
| Особенности контроля некоторых жизненно важных показателей у пациентов пожилого и старческого возраста | 47 |
| Приложения | 50 |

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД - артериальное давление

ЖКТ - желудочно-кишечный тракт

ИМТ - индекс массы тела

НПВС - нестероидные противовоспалительные препараты

СА – старческая астения

СД – сахарный диабет

ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания

ТШМ - тест шестиминутной ходьбы

ШРМ СДУ - Шкала реабилитационной маршрутизации для системы
долговременного ухода

START - Screening Tool to Alert to Right Treatment - скрининг не назначенных
лекарственных препаратов, которые потенциально показаны пациенту
старшего возраста

STOPP - Screening Tool of Older Persons' Prescriptions – скрининг неадекватно
назначенных лекарственных препаратов у пациентов старшего возраста

ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

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

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

Гериатрический синдром – многофакторное возраст-ассоциированное клиническое состояние, ухудшающее качество жизни, повышающее риск неблагоприятных исходов (смерти, зависимости от посторонней помощи, повторных госпитализаций, потребности в долгосрочном уходе) и функциональных нарушений. В отличие от традиционного клинического синдрома, гериатрический синдром не является проявлением патологии одного органа или системы организма, а отражает комплекс изменений в нескольких системах. Возникновение одного гериатрического синдрома повышает риск развития других гериатрических синдромов. К гериатрическим синдромам относятся: старческая астения, деменция, делирий, депрессия, синдром поведенческих и психических нарушений у пациентов с деменцией, остеопороз, саркопения, функциональные нарушения, снижение мобильности, нарушение равновесия, головокружение, ортостатический синдром (ортостатический гипотония, ортостатическая тахикардия с симптомами или без), сенсорные дефициты (снижение зрения, снижение слуха), недержание мочи/кала, констипационный синдром, недостаточность питания (мальнутриция), дегидратация, хронический болевой синдром.

Делирий – состояние острой спутанности сознания.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ВВЕДЕНИЕ

По данным Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации 4,1 млн пожилых и инвалидов нуждаются в уходе. Из них 1,7 млн нуждаются в услугах системы долговременного ухода (СДУ).

Порядок взаимодействия участников системы долговременного ухода на территории субъекта Российской Федерации устанавливается нормативным правовым актом субъекта Российской Федерации, принятым в соответствии с Федеральным законом от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», настоящим Порядком, Порядками оказания медицинской помощи по профилям, утвержденными соответствующими приказами Минздрава России, приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», приказом Минздрава России от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», приказом Минздрава России от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми», приказом Минтруда России от 27.12.2023 № 895 «О реализации в Российской Федерации в 2024 году Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе».

Приказ Минтруда России от 27.12.2023 № 895 «О реализации в Российской Федерации в 2024 году Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе» определяет показания для направления пациента в систему долговременного ухода. ***В СДУ направляются пациенты, имеющие***

нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности, нуждающиеся в постороннем уходе.

При выявлении потенциального нуждающегося в услугах СДУ у пациента берется информированное согласие о возможности передачи информации о нем в службу социальной защиты. Информация о потенциальном нуждающемся в СДУ поступает из медицинской информационной системы (МИС) в информационную систему социальной защиты (ИССЗ). Далее экспертами по оценке нуждаемости, при согласии пациента стать участником СДУ, проводится процедура оценки нуждаемости в соответствии с требованиями Приказа и, при включении пациента в СДУ, формируется индивидуальная программа предоставления социальных услуг (далее – ИППСУ). При формировании ИППСУ экспертами учитываются медицинские рекомендации, получаемые из МИС.

Осуществление ухода, наблюдение за пациентом

В соответствии с приказом Минтруда России от 27.12.2023 № 895 «О реализации в Российской Федерации в 2024 году Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе» 50 услуг СДУ разделены на 5 основных модулей (таблица 1). Полный перечень услуг – см. Приложение 1.

Таблица 1. Модули услуг системы долговременного ухода

| Модуль | Услуги |
|--|----------|
| Поддержка питания | 7 услуг |
| Поддержка гигиены | 28 услуг |
| Поддержка мобильности | 5 услуг |
| Поддержка здоровья | 6 услуг |
| Поддержка социального функционирования | 4 услуги |

Роль СДУ в оказании медицинской помощи:

1. Социально-бытовое сопровождение пациента пожилого и старческого возраста, который требует посторонней помощи:

1.1. при тяжелой старческой астении;

- 1.2.при деменции;
- 1.3.при нарушении мобильности после перенесенных заболеваний и оперативных вмешательств;
2. Выполнение рекомендаций врача, контроль приема лекарственных препаратов, соблюдения рекомендованного образа жизни;
3. Организационная помощь в проведении диспансеризации подопечному;
4. Своевременное информирование врача о симптомах, требующих его вмешательства.

Блок «Поддержка здоровья» в СДУ:

1. Измерение температуры тела, артериального давления, пульса, сатурации (в соответствии с медицинскими рекомендациями);
2. Помощь в соблюдении медицинских рекомендаций;
3. Подготовка лекарственных препаратов к приему;
4. Помощь в соблюдении приема лекарственных препаратов;
5. Помощь в использовании очков и/или слуховых аппаратов;
6. Помощь в использовании протезов или ортезов.

Выполняя программу оказания помощи участнику СДУ, помощник по уходу осуществляет контроль за основными витальными показателями подопечного вносит результаты измерений и жалобы в соответствующие листы контроля, информация из которых в режиме реального времени передается из ИССС в МИС. На основании полученной информации врач принимает решение и дает рекомендации.

Ожидаемые результаты внедрения СДУ¹

1. Снижение смертности пациентов пожилого и старческого возраста, включенных в систему СДУ на 12%¹;

¹ Serrano-Alarcón M, Hernández-Pizarro H, López-Casasnovas G, Nicodemo C. Effects of long-term care benefits on healthcare utilization in Catalonia. J Health Econ. 2022 Jul;84:102645. doi: 10.1016/j.jhealeco.2022.102645. Epub 2022 May 30. PMID: 35667330

2. Улучшение качества жизни пациентов пожилого и старческого возраста;
3. Повышение удовлетворенности пожилого населения и членов их семей медицинской помощью;
4. Снижение частоты госпитализаций на 66%
5. Снижение незапланированных визитов в поликлинику на 44%
6. Снижение выездов скорой медицинской помощи на 30%
7. Увеличение охвата диспансеризацией и диспансерным наблюдением на 10% .

ВЫЯВЛЕНИЕ ГРАЖДАН, НУЖДАЮЩИХСЯ В НАПРАВЛЕНИИ В СИСТЕМУ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА, ПРИ ОБРАЩЕНИИ В МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ

Взаимодействие участников системы долговременного ухода определяется Методическими рекомендациями по порядку взаимодействия участников системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе, при выявлении и включении граждан, нуждающихся в уходе, в данную систему, а также при предоставлении гражданам социальных услуг по уходу, включенных в социальный пакет долговременного ухода, утвержденными Министром труда и социальной защиты Российской Федерации А.О. Котяковым и Министром здравоохранения Российской Федерации М.А. Мурашко 25.07.2024 г.

В СДУ направляются граждане, имеющие нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности, нуждающиеся в постороннем уходе.

Выявление граждан, в целях включения в СДУ

Выявление граждан, в целях включения их в СДУ, осуществляется при обращении граждан старше 65 лет и инвалидов в медицинскую организацию, в которой они получают первичную медико-санитарную помощь.

Для этого при проведении медицинского осмотра врачом-терапевтом участковым, врачом общей практики (семейным врачом) или врачом-гериатром (далее – медицинский работник) оценивается состояние пациента по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ СДУ) (таблица 2).

Таблица 2. Шкала реабилитационной маршрутизации для системы долговременного ухода

| Значение показателя ШРМ (баллы) | Описание состояния функционирования и ограничения жизнедеятельности (функции и структуры организма, активность и участие пациента) |
|--|---|
| 0 | Отсутствие нарушений функционирования и ограничения жизнедеятельности. Функции, структуры организма сохранены полностью. |

| | |
|---|--|
| 1 | <p>Отсутствие проявлений нарушений функционирования и ограничения жизнедеятельности при наличии симптомов заболевания.</p> <p>а) может вернуться к прежнему образу жизни (работа, обучение, другое), поддерживать прежний уровень активности и социальной жизни;</p> <p>б) тратит столько же времени на выполнение дел, как и до болезни;</p> <p>в) может выполнять физическую нагрузку выше обычной без слабости, сердцебиения, одышки.</p> |
| 2 | <p>Легкое нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности.</p> <p>а) не может выполнять виды деятельности (управление транспортным средством, чтение, письмо, танцы, работа и другие) с той степенью активности, которая была до болезни, но может справляться с ними без посторонней помощи;</p> <p>б) обычная физическая нагрузка не вызывает выраженного утомления, слабости, одышки или сердцебиения. Стенокардия развивается при значительном, ускоренном или особо длительном напряжении (усилии). Тест шестиминутной ходьбы (ТШМ) >425 м. Тесты с физической нагрузкой (велозергометрия или спироэргометрия) ≥ 125 Вт/≥ 7 МЕ;</p> <p>в) может самостоятельно себя обслуживать (сам одевается и раздевается, ходит в магазин, готовит еду, может совершать небольшие путешествия и переезды, самостоятельно передвигается);</p> <p>г) не нуждается в наблюдении;</p> <p>д) может проживать один дома от недели и более без посторонней помощи.</p> |
| 3 | <p>Умеренное нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности.</p> <p>а) может передвигаться самостоятельно без посторонней помощи;</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>б) патологические симптомы в покое отсутствуют, обычная физическая нагрузка вызывает слабость, утомляемость, сердцебиение, одышку, стенокардия развивается при ходьбе на расстояние > 500 м по ровной местности, при подъеме на > 1 пролет обычных ступенек в среднем темпе в нормальных условиях. ТШМ = 301 - 425 м. Тесты с физической нагрузкой (VELOЭРГОМЕТРИЯ / СПИРОЭРГОМЕТРИЯ) = 75 - 100 Вт/4 - 6,9 МЕ;</p> <p>в) самостоятельно одевается, раздевается, ходит в туалет, ест и выполняет другие виды повседневной активности;</p> <p>г) нуждается в посторонней помощи при выполнении сложных видов активности: приготовление пищи, уборка дома, поход в магазин за покупками;</p> <p>д) может проживать один дома без посторонней помощи от 1 суток до 1 недели.</p> |
| 4 | <p>Выраженное нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности.</p> <p>а) умеренное ограничение возможностей передвижения;</p> <p>б) стенокардия возникает при ходьбе от 100 до 500 м по ровной местности, при подъеме на 1 пролет обычных ступенек в среднем темпе в нормальных условиях. ТШМ= 150-300 м, тесты с физической нагрузкой (VELOЭРГОМЕТРИЯ / СПИРОЭРГОМЕТРИЯ) = 25 -50 Вт/2-3,9 МЕ;</p> <p>в) нуждается в посторонней помощи при выполнении повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и других;</p> <p>г) в обычной жизни нуждается в ухаживающем;</p> <p>д) может проживать один дома без посторонней помощи до 1 суток.</p> |
| 5 | <p>Грубое нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности.</p> <p>а) больной комфортно чувствует себя только в состоянии покоя, минимальные физические нагрузки</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>приводят к появлению слабости, сердцебиения, одышки, болям в сердце. ТШМ<150 м;</p> <p>б) не может передвигаться самостоятельно без посторонней помощи;</p> <p>в) нуждается в постоянном внимании, помощи при выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и других;</p> <p>г) круглосуточно нуждается в уходе;</p> <p>д) не может быть оставлен один дома без посторонней помощи.</p> |
| 6 | Нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности крайней степени тяжести. |

В СДУ направляются граждане при результате оценки 4 – 6 баллов по ШРМ СДУ. Медицинской организацией в срок не позднее 1-го рабочего дня от даты получения от гражданина письменного согласия на обработку (передачу) персональных данных или при наличии согласия законного представителя гражданина осуществляется передача в Территориальный координационный центр сведений, указанных в таблице 3. Территориальный координационный центр в течение 1 рабочего дня с даты подписания гражданином, нуждающимся в уходе, или его законным представителем, договора о предоставлении социальных услуг, индивидуальной программы предоставления социальных услуг (далее- ИППСУ) и дополнения к ИППСУ передает в Медицинскую организацию уведомление о включении гражданина в систему долговременного ухода. В случае отказа гражданина или его законного представителя от предоставления социальных услуг, отказа от социального обслуживания, Территориальный координационный центр в течение 1 рабочего дня с даты оформления отказа передает в Медицинскую организацию уведомление о невключении гражданина в систему долговременного ухода.

Таблица 3. Сведения о гражданине, нуждающемся в СДУ, передаваемые медицинской организацией в Территориальный координационный центр

- Персональные данные гражданина (ФИО, СНИЛС, адрес места жительства или места пребывания)
- Дата проведения оценки ШРМ СДУ, итоговый балл по ШРМ СДУ
- Полное наименование и адрес Медицинской организации, к которой прикреплен гражданин
- Медицинские рекомендации

В случае исключения гражданина из системы долговременного ухода Территориальный координационный центр в течение 1 рабочего дня информирует Медицинскую организацию уведомлением об исключении гражданина из системы долговременного ухода.

При включении в систему долговременного ухода граждан, нуждающихся в уходе, на основании их обращений, поступивших в региональный или территориальный координационный центр, Территориальный координационный центр в срок, не позднее 1 рабочего дня со дня заключения договора о предоставлении социальных услуг, ИППСУ, дополнения к ИППСУ и получения письменного согласия на обработку (передачу) персональных данных направляет по каналам электронного межведомственного взаимодействия в Медицинскую организацию запрос о получении медицинских рекомендаций гражданину, включенному в систему долговременного ухода.

Медицинская организация в течение 1 рабочего дня после формирования медицинских рекомендаций гражданину, включенному в систему долговременного ухода, и получения от гражданина или его законного представителя письменного согласия на обработку (передачу) персональных данных и письменного согласия на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну формирует и направляет в Территориальный координационный центр медицинские рекомендации.

МЕДИЦИНСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ СИСТЕМЫ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА

Медицинский работник формирует медицинские рекомендации, которые передаются в СДУ, с учетом результатов, проведенного ранее профилактического осмотра и диспансеризации, требований диспансерного наблюдения, ранее проведенных медицинских осмотров и консультаций врачами-специалистами, результатов недавнего стационарного лечения, отраженных в выписном эпикризе. Медицинские рекомендации включают сведения, перечисленные в таблице 4.

Таблица 4. Медицинские рекомендации, передаваемые в СДУ

| |
|---|
| 1. Паспортная часть 1.1. Наименование медицинской организации; 1.2. ФИО пациента, адрес пребывания, контактные данные, СНИЛС. |
| 2. Рекомендации по соблюдению двигательного режима и физической активности 2.1. Кратность и методика позиционирования; 2.2. Кратность и объем физических упражнений; 2.3. Кратность и объем двигательной активности. |
| 3. Рекомендации по профилактике пролежней и застойных явлений 3.1. Кратность и методика позиционирования; 3.2. Рекомендуемые противопролежневые средства реабилитации. |
| 4. Рекомендации по соблюдению диеты и питьевого режима с учетом клинического состояния пациента в соответствии с требованиями клинических рекомендаций |
| 5. Рекомендации по приему лекарственных препаратов 5.1. Наименование лекарственного препарата; 5.2. Доза лекарственного препарата; 5.3. Способ введения лекарственного препарата; 5.4. Кратность приема; 5.5. Особенности приема (например, после еды обильно запивая водой). |
| 6. Рекомендации по контролю основных показателей жизнедеятельности |

- 6.1. Кратность оценки состояния кожных покровов (раз день, раз в неделю, раз в месяц и т.д.);
- 6.2. Кратность термометрии;
- 6.3. Кратность измерения веса (раз в день, раз в неделю, раз в месяц);
- 6.4. Кратность измерения уровня артериального давления и определения частоты сердечных сокращений*;
- 6.5. Кратность оценки определения насыщения крови кислородом.

7. Рекомендации по соблюдению иных медицинских рекомендаций, включая описание последовательности действий лица, осуществляющего уход, отклонений и иных факторов, влияющих на результаты ухода

- 7.1. Рекомендации по когнитивному тренингу;
- 7.2. Рекомендации по социализации гражданина;
- 7.3. Иные рекомендации.

*Определение проводится полностью автоматическим тонометром в соответствии с требованиями Приложений В и Г1 клинических рекомендаций «Артериальная гипертензия у взрослых», размещенных в рубрикаторе Минздрава России https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/62_2

Коррекция медицинских рекомендаций пациенту, включенному в СДУ

Коррекция медицинских рекомендаций пациенту, включенному в СДУ, проводится медицинской организацией не реже 1 раза в год и в случаях изменения состояния здоровья гражданина при обращении в медицинскую организацию.

Взаимодействие медицинской организации с поставщиком социальных услуг

При предоставлении социальных услуг по уходу осуществляется взаимодействие поставщика социальных услуг, помощника по уходу, который предоставляет гражданину социальные услуги по уходу, и медицинского работника (врача-терапевта участкового, врача общей практики, семейного врача, иного медицинского работника) медицинской организации, к которой прикреплен гражданин, нуждающийся в уходе.

Территориальный координационный центр передает поставщику социальных услуг полученные от Медицинской организации медицинские рекомендации.

Помощник по уходу осуществляет заполнение дневника ухода и контроля основных витальных показателей² с учетом медицинских рекомендаций. Информация в режиме реального времени передается из информационной системы социальной защиты в медицинскую информационную систему, которая оповещает врача о превышении/понижении показателями контрольных значений.

Помощник по уходу взаимодействует с медицинским работником в случае изменения состояния здоровья гражданина, нуждающегося в уходе, в том числе при ухудшении (резком ухудшении) состояния здоровья гражданина, нуждающегося в уходе, информирует поставщика социальных услуг о каждом вызове медицинского работника, скорой медицинской помощи, а также об экстренной госпитализации гражданина, нуждающегося в уходе.

Территориальный координационный центр в целях организации профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения граждан, включенных в СДУ, ежемесячно осуществляет передачу сведений в медицинские организации, в которых они получают первичную медико-санитарную помощь. Медицинская организация с учетом полученных сведений проводит корректировку планов проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения в целях увеличения охвата граждан, включенных в СДУ.

Медицинская организация после выписки гражданина, включенного в СДУ, после лечения в стационарных условиях, организует выход медицинского работника по месту пребывания пациента в целях проведения осмотра, оценки

² Приложение к Порядку предоставления социальных услуг по уходу, включаемых в социальный пакет долговременного ухода, в форме социального обслуживания, являющегося приложением № 8 к Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе, утвержденной приказом Минтруда России от 27.12.2023 № 895«О реализации в Российской Федерации в 2024 году Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе».

состояния его здоровья в соответствии с медицинскими рекомендациями, указанными в выписном эпикризе.

ДИАГНОСТИКА, ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ, ПРИВОДЯЩИХ К ПОТЕРЕ МОБИЛЬНОСТИ И АВТОНОМНОСТИ, ПРИ ФОРМИРОВАНИИ МЕДИЦИНСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ В СДУ

В СДУ направляются граждане пожилого и старческого возраста с нарушениями способности к самообслуживанию, потерей мобильности и автономности, то есть имеющие синдром старческой астении и другие гериатрические синдромы. Помощники по уходу в рамках своих компетенций могут внести значительный вклад в управление гериатрическими синдромами. **Задача медицинского работника, формирующего медицинские рекомендации для СДУ, - оценить риск развития и наличие гериатрических синдромов и учесть при формировании медицинских рекомендаций соответствующие меры профилактики и контроля.** Эта задача во много облегчается, если у пациента, включенного в СДУ, была выполнена комплексная гериатрическая оценка и имеется заключение врача-гериатра. Однако и врач общей практики (семейный врач), врач-терапевт участковый, оказывая медицинскую помощь пациентам пожилого и старческого возраста в соответствии с клиническими рекомендациями, должны выполнять скрининг гериатрических синдромов и, при их выявлении, формировать необходимые рекомендации.

Клинические рекомендации по ключевым гериатрическим синдромам, размещенные в рубрикаторе Минздрава России (https://cr.minzdrav.gov.ru/clin_recomend):

- «Старческая астения»;
- «Падения и переломы у пациентов пожилого и старческого возраста»;
- «Недостаточность питания (мальнутриция) у пациентов пожилого и старческого возраста»;
- «Недержание мочи»;
- «Хроническая боль у пациентов пожилого и старческого возраста»;

- «Когнитивные расстройства у пациентов пожилого и старческого возраста».

Синдром старческой астении

Синдром старческой астении (СА) — гериатрический синдром, характеризующийся возраст-ассоциированным снижением физиологического резерва и функций многих систем организма, приводящий к повышенной уязвимости организма пожилого человека к воздействию эндо- и экзогенных факторов и высокому риску развития неблагоприятных исходов для здоровья, потери автономности и смерти. В зарубежной литературе применяют термин «frailty».

Синдром СА тесно связан с другими гериатрическими синдромами и с мультиморбидностью, может быть потенциально обратим и влияет на тактику ведения пациента. Следствием мультиморбидности является полипрагмазия, то есть регулярный ежедневный прием ≥ 5 различных лекарств.

Развитие СА происходит постепенно, однако снижение уровня функциональной активности у пациента с синдромом СА может произойти достаточно быстро. В стрессовой ситуации (инфекция, госпитализация, смена лекарственной терапии и др.) у таких пациентов высока вероятность появления или нарастания зависимости от посторонней помощи. Выздоровление и восстановление происходит медленнее, чем у пациентов без СА, и нередко функциональная активность не возвращается к исходному уровню. Старческая астения считается потенциально обратимым состоянием, но чаще прогрессирует, чем регрессирует.

В зависимости от выраженности снижения функциональной активности, различают СА легкой, умеренной и тяжелой степени (Таблица 5). Гериатрический статус пациента, направляемого в СДУ, как правило соответствует 6-8 категории старческой астении.

Таблица 5. Клиническая классификация старческой астении и степени ее тяжести

| Категория | | Внешний вид | Описание | Функциональная категория |
|-----------|---------------------------------------|---|---|--|
| 1 | Отличное состояние здоровья |  | Пациенты активны, энергичны, высокий уровень мотивации, нет ограничений физической активности. | Независимы от посторонней помощи |
| 2 | Хорошее состояние здоровья |  | Имеются заболевания в неактивной фазе. Уровень физической активности несколько ниже, чем у пациентов из категории 1. Нередко выполняют физические упражнения, высокая сезонная активность (например, летом). | Независимы от посторонней помощи |
| 3 | Удовлетворительное состояние здоровья |  | Имеются хронические заболевания, которые хорошо контролируются лечением. Нерегулярная физическая активность помимо рутинной ходьбы. | Независимы от посторонней помощи |
| 4 | Преастения |  | Несмотря на независимость от посторонней помощи, физическая активность ограничена. Типичны жалобы на медлительность, повышенную утомляемость. | В основном независимы от посторонней помощи. Может потребоваться помощь при необходимости добраться до мест, расположенных вне привычной дистанции. БФА сохранена (индекс Бартел 100/100 баллов). ИФА сохранена или незначительно снижена (индекс Лоутона 7-8/8 баллов) |
| 5 | Легкая старческая | | Значительно более медлительны, нуждаются в | |

| | | | | |
|---|----------------------------------|---|--|---|
| | астения |  | помощи при выполнении мероприятий из категории инструментальной функциональной активности (финансовые вопросы, транспорт, работа по дому, прием препаратов). Возникают проблемы самостоятельным совершением покупок и прогулками, приготовлением пищи и выполнением работы по дому. | Зависимы от посторонней помощи. БФА сохранена (индекс Бартел 100/100 баллов). ИФА умеренно снижена (индекс Лоутона 3-6/8 баллов) |
| 6 | Умеренная старческая астения |  | Нуждаются в помощи почти во всех видах инструментальной функциональной активности и ведении домашнего хозяйства. Проблемы с подъемом по лестнице, нуждаются в помощи при выполнении гигиенических мероприятий. Минимальная потребность в помощи с одеванием. | Зависимы от посторонней помощи. БФА умеренно снижена (индекс Бартел > 60 баллов), ИФА значительно снижена (индекс Лоутона 1-2/8 баллов) |
| 7 | Тяжелая старческая астения |  | Полностью зависят от посторонней помощи - физически или когнитивно. В целом состояние относительно стабильное. Невысокий риск смерти в течение ближайших 6-ти месяцев. | Зависимы от посторонней помощи. БФА значительно снижена (индекс Бартел ≤ 60 баллов), ИФА практически отсутствует (индекс Лоутона 0-1/8 баллов) |
| 8 | Очень тяжелая старческая астения |  | Полностью зависимы от посторонней помощи, приближаются к концу жизни. Обычно не могут восстановиться даже после легкой болезни. | Полностью зависимы от посторонней помощи (индекс Бартел < 20 баллов, индекс Лоутона -1/8 баллов). |
| 9 | Терминальное состояние |  | Приближаются к концу жизни. Ожидаемая продолжительность жизни менее 6 месяцев | Уровень зависимости от посторонней помощи может быть различным. |

Примечание: Шкала Бартел – см. приложение 2, шкала Лоутона – см. приложение 2. ИФА – инструментальная функциональная активность, БФА – базовая функциональная активность.

Скрининг старческой астении в соответствии с КР «Старческая астения» выполняется любым медицинским работником, контактирующим с пациентом 60 лет и старше, в первую очередь – врачом общей практики, врачом-терапевтом участковым, семейным врачом с использованием опросника «Возраст не помеха» (таблица 6). Вопросы опросника «Возраст не помеха» включены в анкету диспансеризации граждан 65 лет и старше. Каждый вопрос опросника нацелен на выявление гериатрических синдромов, способствующих развитию и прогрессированию синдрома старческой астении, и, следовательно, меры по профилактике и коррекции каждого из них будут способствовать управлению синдромом старческой астении (таблица 7). При формировании медицинских рекомендаций для СДУ необходимо учесть выявленные гериатрические синдромы.

Таблица 6. Опросник «Возраст не помеха» для скрининга синдрома старческой астении

| | | |
|---|--|--------|
| 1 | Похудели ли Вы на 5 кг и более за последние 6 месяцев?* | да/нет |
| 2 | Испытываете ли Вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения или слуха? | да/нет |
| 3 | Были ли у Вас в течение последнего года травмы, связанные с падением, или падения без травм? | да/нет |
| 4 | Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель? | 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 метров или подъем на 1 лестничный пролет) | да/нет |

Примечания: *Имеется в виду непреднамеренное снижение веса. Если пациент похудел намеренно – за счет соблюдения специальной диеты или регулярной физической активности, балл не засчитывается.

Интерпретация: за каждый положительный ответ начисляется 1 балл.

Результат 2 балла и менее – нет старческой астении, 3–4 балла – вероятная преастения, 5–7 баллов – вероятная старческая астения.

Таблица 7. Рекомендации в зависимости от результатов анкетирования по опроснику «Возраст не помеха»

| Вопрос | Возможные причины | Рекомендации |
|--|---|---|
| Похудели ли Вы на 5 кг и более за последние 6 месяцев? | <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"> • Организация помощи в приобретении и доставке пищевых продуктов, приготовлении и приеме пищи • Полноценное питание • Назначение сипингов при синдроме мальнутриции • Регулярная физическая активность • Коррекция стоматологических проблем • Уход за полостью рта • Анализ и коррекция лекарственных назначений |
| Испытываете ли Вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения или слуха? | <ul style="list-style-type: none"> • Возрастные изменения органов зрения и слуха | <ul style="list-style-type: none"> • Подбор очков и слухового аппарата • Гигиена ушей, глаз |

| | | |
|--|---|---|
| <p>Были ли у Вас в течение последнего года травмы, связанные с падением?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Саркопения • Нарушение походки и равновесия • Неадекватный подбор вспомогательных средств при ходьбе • Периферическая нейропатия • Лекарственные средства, влияющие на ЦНС • Антигипертензивные препараты, особенно при подборе терапии • Полипрагмазия • Снижение зрения, слуха • Болевой синдром • Когнитивные нарушения • Депрессия • Факторы окружающей среды (скользкий пол, плохое освещение, отсутствие перил на лестницах, узкие ступеньки и т.д.) | <ul style="list-style-type: none"> • Рекомендации по организации безопасного быта • Коррекции нарушений зрения и слуха • Физические упражнения для повышения мышечной силы, тренировки баланса (в том числе, выполняемые лежа и сидя) • Подбор вспомогательных средств при ходьбе (трости, ходунки) • Использование бедренных протекторов • Подбор обуви для дома (нескользкая подошва, обязательны задники) и улицы (соответствие размера, нескользкая подошва), ортопедические стельки, ортопедическая обувь • Анализ и коррекция лекарственных назначений |
| <p>Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Когнитивные нарушения | <ul style="list-style-type: none"> • Регулярная физическая активность, физические упражнения для повышения мышечной силы, тренировки баланса (в том числе, выполняемые лежа и сидя) • Когнитивный тренинг (выполнение упражнений, направленных на тренировку когнитивных функций. Например, решение логических задач, разгадывание кроссвордов, рисование, вышивание т.д.) • Прием рекомендованной базисной противодементной медикаментозной терапии, назначенной врачом-гериатром/врачом-неврологом/врачом-психиатром • Анализ и коррекция лекарственных назначений |
| <p>Страдаете ли Вы недержанием мочи?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Возрастные изменения мочевых путей • Лекарственные препараты • Пропалс тазовых органов • Заболевания предстательной железы • Сопутствующие заболевания • Нарушением когнитивного и/или физического функционирования, действие психологических факторов | <ul style="list-style-type: none"> • Абсорбирующее белье • Уменьшение потребления кофеин-содержащих напитков • Анализ и коррекция лекарственных назначений |

| | | |
|--|---|---|
| <p>Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Депрессия • 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 • Социальная поддержка • Выполнение рекомендаций врачей-специалистов по лечению деменции, депрессии |
| <p>Испытываете ли Вы трудности в перемещении по дому или на улице? (Ходьба до 100 м/подъем на 1 лестничный пролет)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Саркопения • Заболевания суставов • Периферическая нейропатия • Заболевания ЦНС | <ul style="list-style-type: none"> • Регулярная физическая активность, физические упражнения для повышения мышечной силы, тренировки баланса (в том числе, выполняемые лежа и сидя) • Использование вспомогательных устройств при ходьбе (трости, ходунки, кресла-каталки) • Помощь/сопровождение при передвижении |

Ведение пациентов со старческой астенией должно быть ориентировано на коррекцию факторов, определяющих неблагоприятный прогноз пациента. Регулярно общаясь с подопечным, мониторируя жизненно важные показатели в рамках своей компетенции, лица, осуществляющие уход в СДУ, предоставляют важную информацию для медицинского работника, анализ которой может привести к коррекции лечения и медицинских рекомендаций для СДУ.

Рекомендации по питанию с целью профилактики и коррекции синдрома мальнутриции в системе долговременного ухода

Методы выявления и коррекции синдрома недостаточности питания (мальнутриции) детально изложены в клинических рекомендациях «Недостаточность питания (мальнутриция) у лиц пожилого и старческого возраста».

Энергетическая ценность рациона питания для лиц пожилого и старческого возраста лет должна составлять 1600 ккал/сутки для женщин и 1800 ккал/сутки для мужчин.

Режим питания должен обязательно включать три основных приема пищи (завтрак, обед и ужин), которые могут быть дополнены двумя дополнительными (с учетом заболеваний или режима дня).

Общий водный режим составляет не менее 1,5 л (с учетом блюд и продуктов рациона), при этом на питьевой режим в чистом виде должно приходиться не менее 800 мл.

Следует учитывать, что потребность в белке у пожилого человека выше, чем у людей молодого и среднего возраста в виду повышения риска развития саркопении (снижения мышечной массы) и составляет 1-1,2 г/кг/сут с пропорцией 1:1 между животными и растительными белками. Оптимальными источниками животного белка являются молочные продукты, рыба, птица (курица, индейка), говядина, телятина, крольчатина, а растительного – крупы, бобовые, семена и орехи. Необходимо рекомендовать ежедневное употребление животного белка. Если пациент не употребляет мясо, рыбу и птицу или делает это в недостаточном количестве, рекомендуется назначение дополнительных источников белка в виде сипингов для обеспечения необходимого уровня потребления белка (сипинг - пероральное энтеральное питание, специальные сбалансированные питательные смеси, содержащие протеины, жиры, углеводы (макронутриенты), а также витамины и микроэлементы (микронутриенты), - принимается очень маленькими глотками (или через трубочку) медленно (по 100–200 мл/ч)). Если пациенту, включенному в СДУ, рекомендованы сипинги, информацию по их применению необходимо указать в рекомендациях по соблюдению диеты и питьевого режима.

На долю общего жира в рационе не должно приходиться более 25-30% от суточной калорийности, при этом треть отводится на насыщенные жиры, а другие две трети - на равные доли моно- и полиненасыщенных жирных кислот. Из растительных жиров предпочтительны оливковое, подсолнечное и льняное масла в количестве 25-30 мл в день (2 столовые ложки). Не следует исключать потребление животных жиров (сливочное масло, сливки, сметана).

Рекомендуется потребление не менее трех порций молочных продуктов в день. Предпочтительны молочные продукты без дополнительных вкусовых добавок, так как они содержат добавленный сахар и/или насыщенные жиры. У

лиц старшего возраста может иметь место вторичная лактазная непереносимость, в таком случае, продукты с молочным сахаром – лактозой, следует исключить из рациона питания (молоко и др.), но продукты, в которых лактоза была израсходована на процесс ферментации, следует оставить в рационе (творог, сыр, йогурт). При наличии вторичной непереносимости к молочным (сывороточным) белкам пациенту следует предложить потребление продуктов растительного происхождения (миндального, рисового или соевого молока, йогурта, сыра тофу).

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

Потребление свободных сахаров ограничено 10% суточной калорийности рациона. Большинство свободных сахаров добавляются в пищевые продукты производителем, поваром или потребителем (добавленные сахара) и могут также содержаться в виде естественного сахара в меде, сиропах, фруктовых соках и фруктовых концентратах. Оптимальными источниками свободных сахаров являются фрукты, ягоды и овощи. Потребление сахара в чистом виде

(добавленного) следует ограничивать до 5% общей калорийности (около 25 г/сутки, примерно 6 чайных ложек без «верха»).

Рекомендуемое потребление поваренной соли должно составлять до 5,0 г в сутки, включая все количество соли, содержащееся в блюдах и продуктах. Однако, если пожилой человек ранее не придерживался такого уровня потребления соли, не следует вводить его резкие ограничения.

Из способов кулинарной обработки рекомендуется использование щадящих режимов: отваривание, запекание, припускание, тушение, приготовление на пару, аэрогриль и др. Пациентам с нарушением глотания (дисфагией) рекомендуется блендирование приготовленной пищи, использование загустителей.

Рекомендации по физической активности в системе долговременного ухода

Физическая активность является основополагающим элементом ведения пациентов со старческой астенией и должна быть рекомендована всем пациентам. Интенсивность физической нагрузки и комплексы физических упражнений подбираются индивидуально. Главное правило – даже самый тяжелый пациент со старческой астенией не должен оставаться физически неактивным. Физические упражнения могут в том числе выполняться в положении лежа. Пожилым людям следует выполнять объем упражнений, соответствующий их возможностям и состоянию здоровья. В приложении 4 представлены виды физические упражнения, которые могут быть использованы в СДУ (рекомендуется выдавать на руки лицам, осуществляющим уход, самому пациенту или его родственникам).

Не следует выполнять физические упражнения натощак или сразу после приема пищи.

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

Упражнения следует выполнять сериями продолжительностью не менее 10 минут. Начинать занятия следует с разминки (легкие потягивания, медленные движения рук, ног, головы, туловища, медленная ходьба). Если пациент только начинает заниматься физическими упражнениями, то 5-10-минутная разминка может составлять целое занятие. Продолжительность занятия должна постепенно увеличиваться до 30 минут в день; в зависимости от индивидуального физического состояния этот период должен составлять не менее трех недель.

Следует исключать упражнения на задержку дыхания, натуживание, с вращением головы и длительным наклоном головы вниз, подскоками и т.п.

Выполнять упражнения на равновесие и предотвращение падений следует не менее 3 дней в неделю. В начальный период (и в дальнейшем, если это диктуется физическими возможностями пациента) упражнения можно выполнять сидя или используя стабильную опору. Постепенно длительность упражнений доводится до 30 минут.

Заболевания суставов не являются противопоказанием для физических упражнений. Целесообразна консультация специалиста по лечебной физкультуре, возможно - реабилитолога, для разработки индивидуальной программы физической активности.

Следует уделять внимание безопасности физических упражнений во избежание травм.

Рекомендации по организации безопасного быта в системе долговременного ухода

Организация безопасного быта играет важнейшее значение для профилактики падений. Рекомендации должны быть даны всем пожилым людям, особенно для пациентов с падениями в анамнезе.

- Убрать посторонние предметы с пола, включая провода, о которые можно споткнуться;
- Убрать скользкие коврики или закрепить их на полу;

- Предупредить возможность споткнуться о край ковра (например, зафиксировать ковер скотчем к полу), порожек;
- Использовать нескользящий коврик для дна ванной, душевой кабины;
- Пол в ванной комнате должен быть нескользким;
- Оборудовать ванну и пространство рядом с унитазом поручнями;
- Обеспечить достаточное освещение: повесить ночник в спальне, коридоре так, чтобы путь от кровати до ванной/туалета был хорошо освещен.

Рекомендации по когнитивному тренингу и медикаментозному лечению когнитивных нарушений в системе долговременного ухода

Профилактика, диагностика и лечение когнитивных нарушений проводится в соответствии с клиническими рекомендациями «Когнитивные расстройства у пациентов пожилого и старческого возраста».

В медицинских рекомендациях для СДУ должны быть даны четкие рекомендации по приему противодементных препаратов и когнитивному тренингу.

Примеры упражнений для когнитивного тренинга

- решение логических задач;
- разгадывание кроссвордов;
- игра на музыкальных инструментах;
- рисование;
- сочетание физических и когнитивных упражнений (приложение 4).

В приложении 4 представлены материалы, которые рекомендуется выдавать на руки лицам, осуществляющим уход, самому пациенту или его родственникам.

Профилактика падений

Вопросы оценки риска и профилактики падений подробно изложены в клинических рекомендациях «Падения у пациентов пожилого и старческого возраста». Пациенты, включенные в СДУ, как правило имеют высокий риск падений.

Падение - происшествие, при котором человек внезапно оказывается на земле или на другой низкой поверхности, за исключением случаев, являющихся следствием нанесенного удара, потери сознания, внезапного паралича или эпилептического припадка. Падения в пожилом и старческом возрасте являются одним из главных гериатрических синдромов, определяющих прогноз жизни и автономности пациента независимо от последствий. Падения тесно связаны с другими гериатрическими синдромами. Падения предотвратимы. Профилактика падений является неотъемлемой частью ведения пациента пожилого и старческого возраста.

Падения – гериатрический синдром со сложным многофакторным патогенезом, который складывается из сложного взаимодействия биологических, поведенческих, средовых и социально-экономических факторов (таблица 8). Большинство падений прогнозируемы и предотвратимы.

Таблица 8. Факторы риска падений у пациентов пожилого и старческого возраста

| Группы факторов | Описание |
|---|--|
| Биологические факторы | |
| Физиологические возраст- ассоциированные изменения | <p>Зрение</p> <ul style="list-style-type: none"> • Снижение остроты зрения, особенно ночью; • Пресбиопия; • Нарушения аккомодации; • Снижение способности различать цвета; • Снижение переносимости яркого света; <p>Слух</p> <ul style="list-style-type: none"> • Снижение восприятия звука различных частот и на различном расстоянии; • Снижение способности различать голоса при разговоре; • Снижение восприятия тонов; <p>Центральная нервная система</p> <ul style="list-style-type: none"> • Снижение тактильной, вибрационной и температурной чувствительности; |

| | |
|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Увеличение неустойчивости при ходьбе и стоянии; • Нарушение моторного ответа с замедлением реакции; • Вестибулярные нарушения; • Нарушения равновесия; <p>Костно-мышечная система</p> <ul style="list-style-type: none"> • Снижение мышечной силы; • Снижение объема движений в суставах. |
| <p>Патологические состояния, предрасполагающие к падениям</p> | <p>Нервная система</p> <ul style="list-style-type: none"> • Деменция; • Инсульт и его последствия; • Транзиторная ишемическая атака; • Болезнь Паркинсона и паркинсонизм; • Делирий; • Синдром гиперчувствительности каротидного синуса; • Головокружения; • Вестибулярные нарушения; • Эпилепсия; <p>Сердечно-сосудистая система</p> <ul style="list-style-type: none"> • Инфаркт миокарда; • Ортостатическая гипотония; • Нарушения сердечного ритма; • Заболевания клапанов сердца; • Постпрандиальные синкопальные состояния; <p>Эндокринные нарушения и нарушения гомеостаза</p> <ul style="list-style-type: none"> • Гипогликемия; • Заболевания щитовидной железы (гипотиреоз); • Анемия; • Гипокальциемия; • Гипо- и гипернатриемия; • Дегидратация; • Гипервентиляция; <p>Пищеварительная система</p> <ul style="list-style-type: none"> • Желудочно-кишечное-кровотечение; • Диарея; |

| | |
|---|---|
| | <p>Мочеполовая система</p> <ul style="list-style-type: none"> • Гипотония/синкопальные состояния, ассоциированные с миктурией; • Недержание мочи; <p>Костно-мышечная система</p> <ul style="list-style-type: none"> • Саркопения; • Дегенеративные изменения суставов; • Деформации позвоночника; • Остеопороз; • Низкоэнергетические переломы; • Миопатии; <p>Психоэмоциональные нарушения</p> <ul style="list-style-type: none"> • Депрессия; • Тревога; • Страх падений; <p>Ятрогенные</p> <ul style="list-style-type: none"> • Полипрагмазия; • Иммобилизация. |
| Поведенческие факторы | |
| Вредные привычки и поведение | <ul style="list-style-type: none"> • Избыточное потребление алкоголя; • Недостаточная физическая активность; • Курение; • Прием большого числа лекарств, в том числе, безрецептурных препаратов. |
| Внешние факторы | |
| Факторы окружающей среды, создающие условия для падения | <ul style="list-style-type: none"> • Ступеньки, их недостаточная ширина; • Препятствия на пути человека (посторонние предметы, провода, пороги и т.д.); • Скользящая поверхность пола; • Отсутствие поручней; • Недостаточное освещение в квартире или доме; • Неадекватная мебель (высокая кровать, неустойчивый стул и т.д.); • Планировка здания; • Выбоины на тротуаре; • Неадекватная обувь; |

| | |
|---------------------------------|---|
| Социально-экономические факторы | <ul style="list-style-type: none"> • Социальная изоляция; • Одинокое проживание; • Экономические проблемы. |
|---------------------------------|---|

К немодифицируемым факторам риска падений относятся: возраст 80 лет и старше, деменция, анамнез инсульта/транзиторной ишемической атаки, анамнез падения, анамнез перелома, недавняя (менее 1 мес.) выписка из больницы. Большинство факторов риска падений (таблица 8) являются модифицируемыми, и меры, направленные на их устранение/уменьшение выраженности, составляют комплексный подход к профилактике падений. Профилактика падений включает общие и дифференцированные меры (таблица 9)

Таблица 9. Общие и дифференцированные меры профилактики падений

| Общие меры по профилактике усугубления риска падений/профилактике падений | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Образовательные материалы для пациентов и ухаживающих лиц по профилактике падений; • Физическая активность, физические упражнения на тренировку равновесия, мышечной силы и выносливости (комплекс упражнений и их интенсивность подбираются индивидуально); • Ежегодная проверка зрения и его коррекция при необходимости; • Ежегодная проверка слуха и его коррекция при необходимости; • Когнитивный тренинг; • Питание с достаточным содержанием белка; • Организация безопасного быта; • Подбор обуви; • Коррекция медикаментозной терапии для минимизации полипрагмазии и исключения приема препаратов, повышающих риск падений (производных бензодиазепаина, антипсихотических средств и др.). | |
| Дифференцированные индивидуальные меры профилактики падений в зависимости от выявленных факторов | |
| Фактор риска | Меры |
| Нарушения сердечного ритма и проводимости, которые могут стать причиной падений | Консультация врачей-специалистов врача-кардиолога для определения стратегии коррекции (медикаментозное лечение, установка искусственных водителей ритма и т.д.) |

| | |
|--|--|
| Гемодинамически значимый стеноз сонной артерии | Консультация врачей-специалистов для решения вопроса о хирургическом лечении |
| Тяжелый стеноз аортального клапана | Консультация врачей-специалистов для решения вопроса о хирургическом лечении |
| Хроническая сердечная недостаточность | Лечение сердечной недостаточности в соответствии с клиническими рекомендациями для достижения стабильной компенсации. При необходимости – консультация врачей-специалистов |
| Артериальная гипертония | У пациентов без старческой астении <ul style="list-style-type: none"> • достижение и поддержание целевого САД 130-140 мм рт.ст. • Не снижать САД менее 130 мм рт.ст. • Избегать назначение 3 и более антигипертензивных средств • Контроль на предмет ортостатической гипотонии У пациентов со старческой астенией: <ul style="list-style-type: none"> • Консультация врача-гериатра для определения уровня целевого САД • Не снижать САД менее 130 мм рт.ст. • Избегать назначение 3 и более антигипертензивных препаратов • Контроль на предмет ортостатической гипотонии • Рассмотреть возможность уменьшения интенсивности антигипертензивной терапии при ухудшении гериатрического статуса |
| Ортостатическая гипотония | <ul style="list-style-type: none"> • Пересмотр лекарственных назначений с целью оценки лекарственных причин ортостатической гипотонии, в том числе, связанных с антигипертензивной терапией • Коррекция лекарственных назначений • Обучение пациента физическим контрманеврам и правилам безопасного перехода в вертикальное положение |
| Сахарный диабет | <ul style="list-style-type: none"> • Избегать снижения HbA1c менее 7% • Консультация врача-эндокринолога при необходимости коррекции лечения |

| | |
|--|---|
| Низкий индекс массы тела, недостаточность питания (мальнутриция) | <ul style="list-style-type: none"> • Консультация врача-диетолога для нутриционной поддержки и восстановления массы тела |
| Нарушения равновесия | <ul style="list-style-type: none"> • Физические упражнения для тренировки равновесия • Консультация врача-невролога |
| Анемия | <ul style="list-style-type: none"> • Коррекция анемии |
| Головокружения | <ul style="list-style-type: none"> • Консультация врача-невролога |
| Легкие когнитивные нарушения | <ul style="list-style-type: none"> • Когнитивный тренинг |
| Умеренные когнитивные нарушения | <ul style="list-style-type: none"> • Когнитивный тренинг • Консультация врача-гериатра, врача-невролога, врача-психиатра для решения вопроса о противодементной терапии и совместного наблюдения |
| Деменция | <ul style="list-style-type: none"> • Консультация врача-невролога, врача-психиатра |
| Депрессия | <ul style="list-style-type: none"> • Консультация врача-невролога, врача-психиатра |
| Страх падения | <ul style="list-style-type: none"> • Консультация медицинского психолога |
| Хроническая боль | <ul style="list-style-type: none"> • Лечение болевого синдрома • При необходимости – консультация врача-невролога, врача-травматолога-ортопеда, врача-эндокринолога |
| Нарушения походки | <ul style="list-style-type: none"> • Консультация врача-невролога, врача-травматолога-ортопеда для клинической оценки походки и определение специфических методов коррекции нарушений |
| Проблемы со стопой | <ul style="list-style-type: none"> • Коррекция нарушений согласно данным клиническим рекомендациям • При необходимости – консультация – врача-травматолога-ортопеда, врача-подолога, врача-невролога, врача-эндокринолога |
| Недержание мочи | <ul style="list-style-type: none"> • Консультация врача-уролога |
| Нарушения сна | <ul style="list-style-type: none"> • Немедикаментозные меры коррекции сна • При необходимости – консультация врача-сомнолога |
| Синдром апноэ во сне | <ul style="list-style-type: none"> • Направление на полисомнографию |

| | |
|---------------------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Консультация врача-сомнолога для подбора метода коррекции |
| Использование вспомогательных средств | <ul style="list-style-type: none"> • Тщательный подбор вспомогательных средств |

Падения тесно связаны с другими гериатрическими синдромами (сенсорными дефицитами, хронической болью, недержанием мочи, когнитивными нарушениями, мальнутрицией, саркопенией, нарушением мобильности и др.), коррекция которых помогает снизить риск падений.

Следует отметить важность оценки ортостатической реакции артериального давления у всех пациентов пожилого и старческого возраста с целью выявления ортостатической гипотонии как фактора риска падений.

Для снижения риска падений рекомендуется тщательный анализ лекарственных назначений на предмет их возможного влияния на риск падений и соответствующая коррекция лечения. Анализ лекарственных назначений проводится с учетом Методических рекомендаций «Фармакотерапия у пациентов пожилого и старческого возраста», STOPP/START-критериев. Особое внимание следует уделять оценке антихолинергической нагрузки. Системные, периферические и центральные антихолинергические эффекты могут приводить к повышению риска падений за счет снижения зрения, неблагоприятного влияния на когнитивные функции и др. Необходимо учитывать, что антихолинергическая активность имеется не только у препаратов, непосредственно влияющих на холинергическую систему, но и у препаратов, механизм действия которых непосредственно не связан с этой системой, но проявивших холинолитическую активность в эксперименте или в клинических исследованиях. Важно понимать, что при применении одного лекарственного средства с антихолинергической активностью значительного негативного влияния может и не быть, но при сочетании нескольких препаратов влияние становится клинически значимым. При наличии нескольких лекарственных препаратов для лечения заболевания/состояния разумно предпочесть препарат с наименьшей антихолинергической активностью или иным механизмом действия.

Недержание мочи

Недержание мочи – гериатрический синдром, который является проявлением ряда возраст-ассоциированных изменений и заболеваний. Недержание мочи значительно нарушает качество жизни пожилого человека, повышает риск падений, когнитивного снижения и прогрессирования старческой астении, затрудняет уход.

Выделяют четыре вида недержания мочи: ургентное, стрессовое (недержание мочи при напряжении), вследствие переполнения мочевого пузыря и функциональное.

Недержание мочи при напряжении, или стрессовое недержание мочи, может быть двух основных видов: заболевание, связанное с дислокацией и ослаблением связочного аппарата неизмененного мочеиспускательного канала и уретровезикального сегмента, что относится к анатомическому недержанию мочи, и заболевание, связанное с изменениями в самом мочеиспускательном канале и сфинктерном аппарате, приводящем к нарушению функции замыкательного аппарата. Своевременная диагностика и хирургическое лечение позволяют в большинстве случаев избавить пациентов от этой проблемы.

Ургентное недержание мочи связано с непроизвольными сокращениями мочевого пузыря. Это состояние может быть связано с нейрогенными проблемами, такими как снижение ингибирующего контроля со стороны центральной нервной системы или же нарушениями функции уротелия, что может приводить к активации афферентных рефлексов мочевого пузыря.

Недержание мочи у мужчин возникает, как правило, после ранее перенесенных операций на предстательной железе, в ходе которых может быть повреждение сфинктера уретры. Наиболее частыми причинами недержания мочи у мужчин является радикальная простатэктомия и трансуретральные операции на простате. У мужчин в такой ситуации чаще имеет место стрессовая форма недержания мочи. Ургентное недержание мочи у мужчин

может иметь место независимо от ранее проводимых операций и встречается чаще с увеличением возраста больных.

К недержанию мочи при переполнении мочевого пузыря приводят снижение или отсутствие сократительной активности детрузора и длительно существующая инфравезикальная обструкция. Снижение или отсутствие сократительной способности детрузора - результат нарушения иннервации мочевого пузыря (травмы и заболевания на уровне сакрального отдела спинного мозга, диабетическая полинейропатия, повреждение нервных волокон при операциях на органах малого таза и др.). Инфравезикальная обструкция чаще встречается у мужчин. Ее вызывает доброкачественная гиперплазия и рак предстательной железы, стриктура уретры и др.

Функциональное недержание мочи возникает при наличии внешних функциональных препятствий для мочеиспускания на фоне нормального функционирования мочевых путей. Может быть связано со снижением когнитивных функций, мобильности, действием психологических факторов (например, снижение мотивации) или факторов окружающей среды (ограничение доступности туалета).

Рекомендуется у всех пациентов пожилого и старческого возраста проводить опрос на предмет недержания мочи и ноктурии. Вопрос, касающийся этого гериатрического синдрома, включен в опросник «Возраст не помеха». При ответе «Да» на вопрос о наличии недержания мочи, необходимо задать дополнительные вопросы пациенту с целью уточнения его типа (Таблица 10).

Таблица 10. Опросник для скрининга недержания мочи

| |
|--|
| <p>1. В течение 3 последних месяцев были ли у Вас эпизоды недержания мочи (даже небольшого количества? Да или Нет</p> |
|--|

| |
|--|
| <p>Если пациент отвечает «Да», продолжить опрос.</p> |
|--|

| |
|--|
| <p>2. Если у Вас были эпизоды недержания мочи, то они происходили (отметить всевозможные варианты):</p> |
|--|

- при физической нагрузке (кашель, чихание, подъем тяжести, физические упражнения);
- тогда, когда Вы чувствовали срочный позыв к мочеиспусканию, но не смогли вовремя добраться до туалета;
- без физической нагрузки и без срочных позывов к мочеиспусканию.

3. Недержание мочи случалось у Вас наиболее часто (выбрать один ответ)

- при физической нагрузке (кашель, чихание, подъем тяжести, физические упражнения);
- тогда, когда Вы чувствовали срочный позыв к мочеиспусканию, но не смогли вовремя добраться до туалета;
- без физической нагрузки и без срочных позывов к мочеиспусканию;
- одинаково часто при физической нагрузке и при срочных позывах к мочеиспусканию

Для стрессового недержания мочи характерна ассоциация с физическими факторами (кашель, чихание, подъем тяжести, физические упражнения).

Для ургентного недержания мочи характерны срочные позывы к мочеиспусканию.

Смешанный вариант подразумевает сочетание этих признаков.

При ургентном недержании мочи целесообразно выполнение ультразвукового исследования мочевого пузыря с определением объема остаточной мочи. При наличии остаточной мочи необходима консультация врача-уролога, при отсутствии – врача общей практики (семейный врач), врач-терапевт или врач-гериатр могут назначить препараты для лечения ургентного недержания мочи, подобрав средства с минимальной антихолинергической нагрузкой.

Хроническая боль

Хроническая боль - неприятное ощущение и эмоциональное переживание, связанное с фактическим или потенциальным повреждением тканей или описываемое в терминах такого повреждения, персистирующая в

течение 3 и более месяцев. По патогенетическому происхождению чаще встречаются скелетно-мышечная боль (40%) и периферическая нейропатическая боль (40%), среди которых чаще всего встречаются боли в пояснице или шее (65%) и хроническая боль в суставах (20%).

Хронический болевой синдром – распространенная проблема у лиц пожилого возраста. Хроническая боль является фактором риска развития и прогрессирования старческой астении, развития или увеличения тяжести целого ряда гериатрических синдромов (нарушения сна, когнитивные нарушения, тревожно-депрессивные расстройства, падения, саркопения, недостаточность питания, снижение мобильности и др.)

Детально подходы к диагностике и лечению хронического болевого синдрома изложены в клинических рекомендациях «Хроническая боль у пациентов пожилого и старческого возраста». В контексте медицинских рекомендаций для СДУ следует отметить важность физических упражнений для уменьшения болевого синдрома и ключевые моменты медикаментозного лечения боли, которое должно найти отражение в рекомендациях по лекарственной терапии.

Всем пациентам пожилого возраста с хронической болью рекомендуется назначение комплекса упражнений с целью уменьшения боли и повышения мобильности. *Ежедневные комплексы физических упражнений на развитие мышечной силы, выносливости, тренировку баланса должны подбираться с учетом локализации и выраженности болевого синдрома.* Важен подбор ортопедических приспособлений, средств малой адаптации (трости, ходунки и пр.), обуви и ортопедических стелек для повышения эффективности коррекции болевого синдрома.

Медикаментозное лечение скелетно-мышечной боли слабой и умеренной интенсивности назначается, если методы немедикаментозной терапии оказались не эффективными.

Выбор обезболивающих средств должен учитывать полипрагмазию, которая часто встречается у пожилых пациентов с хронической болью, и STOPP/START-критерии при назначении анальгетиков. Назначение НПВП рекомендуется в минимально эффективных дозах короткими курсами (не более 14 дней) с учетом риска нежелательных эффектов со стороны ЖКТ и сердечно-сосудистого риска пациентам с сильной ноцицептивной хронической болью в спине и/или суставах или в качестве компонента мультимодальной терапии при онкологической боли. Рекомендуется назначение ингибиторов протонного насоса и/или ребамипида при выборе НПВП в качестве обезболивающей терапии с целью профилактики развития НПВП-гастропатии и ее осложнений. Необходимо оценивать нейропатический компонент боли с целью своевременного назначения противоэпилептических препаратов или антидепрессантов. Пациентам пожилого возраста с хронической нейропатической болью, включая постгерпетическую невралгию, рекомендуется назначение лидокаина (пластырь, гель, крем). У пожилых пациентов следует избегать назначения карбамазепина и бензодиазепинов.

Информация о назначенных лекарственных препаратах для лечения боли с указанием режима дозирования и длительности лечения должна быть четко отражена в медицинских рекомендациях для СДУ.

Делирий

Делирий у пожилых пациентов зачастую остается нераспознанным, так как чаще всего протекает в гипоактивной форме. Развитие делирия повышает риск смерти, увеличивает длительность и стоимость госпитализации, а также потребность в долгосрочном уходе. Риск развития делирия повышает сенсорная депривация (например, когда пожилой человек не имеет доступа к очкам или слуховому аппарату), боль, прерывание сна, инфекционные заболевания, некоторые классы лекарственных препаратов, в том числе обладающие психотропными и антихолинергическими эффектами.

Мероприятия по профилактике и лечению делирия включают коррекцию болевого синдрома, обезвоживания, задержки стула и мочи, сенсорных дефицитов, мобилизацию пациента, создание «дружественной среды» с обеспечением возможности для сна, контакта с близкими людьми, ориентации в месте и времени. Комплекс немедикаментозных методов профилактики и лечения делирия включают меры, направленные на ориентацию пациента во времени (в поле зрения пациента должны находиться часы и календарь с текущей датой) и пространстве, контакт с пациентом, обеспечение доступа дневного света в период бодрствования, соблюдение периодов бодрствования и сна, создание благоприятной обстановки для ночного сна, коррекция сенсорного дефицита (обеспечение при необходимости очками и слуховым аппаратом), возможность общения, мобилизация пациента, адекватный питьевой режим, обеспечение комфортных психологических условий (избегание излишнего шума, яркого света, доброжелательное отношение).

Полипрагмазия

Полипрагмазия определяется как постоянный прием 5 и более лекарственных препаратов. Большое количество лекарственных препаратов повышает риск развития нежелательных явлений вследствие их взаимодействия и ошибок в приеме, усугубляет течение гериатрических синдромов (старческой астении, падений, недостаточности питания, когнитивных нарушений), снижает качество жизни пожилых людей. Однако пожилые люди часто имеют большое количество заболеваний, требующих постоянной терапии и вынужденной полипрагмазии. При этом существует риск как необоснованных (избыточных) назначений лекарственных препаратов, так и необоснованное неназначение показанной терапии. Врач, наблюдающий пожилого пациента, должен регулярно проводить ревизию лекарственных назначений с учетом Методических рекомендаций

«Фармакотерапия у пациентов пожилого и старческого возраста»,
STOPP/START-критериев.

ОСОБЕННОСТИ КОНТРОЛЯ НЕКОТОРЫХ ЖИЗНЕННО ВАЖНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Масса тела

Частота контроля массы тела диктуется клиническим состоянием пациента и имеющимися заболеваниями. Например, при сердечной недостаточности и терапии диуретиками необходимо ежедневное измерение массы тела.

Особого внимания у пожилых требует низкая масса тела (индекс массы тела $<23 \text{ кг/м}^2$). При снижении веса на 5 кг (для лиц с исходной массой тела 70 кг и выше) или на 5% от исходного веса (для лиц с массой тела ниже 70 кг) за последние 3 месяца, необходимо проведение обследования для уточнения причины снижения массы тела и исключения развития саркопении.

В пожилом возрасте следует рекомендовать снижение веса только пациентам с ИМТ $\geq 35 \text{ кг/м}^2$ под тщательным врачебным контролем. Следует предупреждать пациентов о недопустимости самостоятельного выбора «особых» диет.

Артериальная гипертония

Всем пожилым пациентам с систолическим АД ≥ 160 мм рт.ст. без старческой астении следует обязательно рекомендовать назначение/коррекцию антигипертензивной терапии. У пожилых пациентов обязательно должна оцениваться ортостатическая реакция АД.

Целевое систолическое АД у пожилых пациентов без старческой астении составляет 130-140 мм рт.ст. У пациентов со снижением функционального статуса допустимо 140-149 мм рт.ст. Не рекомендуется снижать систолическое АД ниже 120 мм рт.ст. Могут быть использованы все основные классы

антигипертензивных препаратов (тиазидоподобные диуретики, дигидропиридиновые антагонисты кальция, ингибиторы АПФ, блокаторы АТ-1 рецепторов к ангиотензину II, бета-блокаторы по показаниям), но не рекомендуется назначать более 3 антигипертензивных препаратов.

При тяжелой старческой астении индивидуальный целевой уровень АД определяется как правило врачом-гериатром на основании комплексной гериатрической оценки.

Если достижение рекомендованного целевого уровня АД сочетается с ортостатической гипотонией, тяжелой старческой астенией или деменцией, может быть рассмотрено уменьшение интенсивности или отмена антигипертензивной терапии.

Сахарный диабет

Цели лечения пожилых больных СД 2 типа зависят от ожидаемой продолжительности жизни больного; коморбидной патологии, прежде всего состояния сердечно-сосудистой системы; риска гипогликемических состояний; сохранности когнитивных функций (в том числе способности выполнять контрольные и лечебные мероприятия; категории функциональной активности (таблица 11).

Таблица 11. Индивидуализированный выбор целевого уровня HbA1c при СД у пациентов пожилого и старческого возраста (при низкой ожидаемой продолжительности жизни <5 лет цели лечения могут быть менее строгими)

| Характеристики пациентов | Функционально независимые | Функционально зависимые | | |
|---|---------------------------|-------------------------|-------------------|---|
| | | Без СА и без деменции | СА и/или деменция | Завершающий этап жизни |
| Нет АССЗ и/или риска тяжелой гипогликемии | <7,5% | 8,0% | 8,5% | Избегать гипогликемии и симптомов гипергликемии |
| Есть АССЗ и/или риск тяжелой гипогликемии | <8,0% | | | |

При выборе пероральной сахароснижающей терапии следует учитывать риск гипогликемии, нефро-, гепато- и кардиотоксичность, риск взаимодействия с другими лекарственными препаратами и удобство применения как для самого пациента, так и для родственников или ухаживающего персонала. У пациентов пожилого и старческого возраста могут быть использованы метформин, ингибиторы дипептидилпептидазы-4, или аналоги глюкагоноподобного пептида-1 как наиболее безопасные в отношении развития гипогликемии. Производные сульфонилмочевины следует назначать с осторожностью из-за увеличения риска гипогликемии по мере старения. Глибенкламид не рекомендован пациентам старше 60 лет. Ингибиторы натрийзависимого переносчика глюкозы 2 типа применяются с осторожностью, их не следует применять с диуретиками вследствие опасности развития гиповолемии и ортостатической гипотонии.

Инсулинотерапия не отличается от схем, предложенных для пациентов с СД 2 типа более молодого возраста. Однако следует помнить, что пожилым пациентам начинать инсулинотерапию следует с инсулинов и аналогов длительного действия и их аналогов для инъекционного введения или инсулинов и аналогов длительного действия и их аналогов в комбинации с инсулинами и аналогами короткого действия для инъекционного введения. Интенсифицированная инсулинотерапия возможна только при сохранении когнитивных функций пожилого пациента, после обучения основным правилам инсулинотерапии и самоконтроля уровня гликемии.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1.

Перечень социальных услуг по уходу, включаемых в социальный пакет долговременного ухода

1. Приготовление пищи;
2. Помощь при приготовлении пищи;
3. Подготовка и подача пищи;
4. Помощь при подготовке пищи к приему;
5. Кормление;
6. Помощь при приеме пищи;
7. Помощь в соблюдении питьевого режима;
8. Умывание;
9. Помощь при умывании;
10. Купание в кровати, включая мытье головы;
11. Купание в приспособленном помещении (месте), включая мытье головы;
12. Помощь при купании в приспособленном помещении (месте), включая мытье головы;
13. Гигиеническое обтирание;
14. Мытье головы, в том числе в кровати;
15. Помощь при мытье головы;
16. Подмывание;
17. Гигиеническая обработка рук и ногтей;
18. Помощь при гигиенической обработке рук и ногтей;
19. Мытье ног;
20. Помощь при мытье ног;
21. Гигиеническая обработка ног и ногтей;
22. Помощь при гигиенической обработке ног и ногтей;
23. Гигиеническое бритье;
24. Гигиеническая стрижка;
25. Смена одежды (обуви);
26. Помощь при смене одежды (обуви);
27. Смена нательного белья;
28. Помощь при смене нательного белья;
29. Смена постельного белья;
30. Помощь при смене постельного белья;
31. Смена абсорбирующего белья, включая гигиеническую обработку;
32. Помощь при смене абсорбирующего белья;
33. Помощь при пользовании туалетом (иными приспособлениями), включая гигиеническую обработку;
34. Замена мочеприемника и (или) калоприемника, включая гигиеническую обработку;
35. Помощь при замене мочеприемника и (или) калоприемника;
36. Позиционирование;

37. Помощь при позиционировании;
38. Пересаживание;
39. Помощь при пересаживании;
40. Помощь при передвижении по помещению, пересаживании;
41. Измерение температуры тела, артериального давления, пульса, сатурации (в соответствии с медицинскими рекомендациями);
42. Помощь в соблюдении медицинских рекомендаций;
43. Подготовка лекарственных препаратов к приему;
44. Помощь в соблюдении приема лекарственных препаратов;
45. Помощь в использовании очков и (или) слуховых аппаратов;
46. Помощь в использовании протезов или ортезов;
47. Помощь в поддержании посильной социальной активности;
48. Помощь в поддержании посильной физической активности, включая прогулки;
49. Помощь в поддержании посильной бытовой активности;
50. Помощь в поддержании когнитивных функций.

Приложение 2.

Шкала оценки базовой функциональной активности (шкала Бартел)

| | |
|------------------------------------|---|
| Прием пищи | 10 - не нуждаюсь в помощи, способен самостоятельно пользоваться всеми необходимыми столовыми приборами; 5 - частично нуждаюсь в помощи, например, при разрезании пищи; 0 - полностью зависим от окружающих (необходимо кормление с посторонней помощью) |
| Личная гигиена | 5 - не нуждаюсь в помощи (умывание, чистка зубов, бритье) 0 - нуждаюсь в помощи |
| Одевание | 10 - не нуждаюсь в посторонней помощи; 5 - частично нуждаюсь в помощи, например, при одевании обуви, застегивании пуговиц; 0 - полностью нуждаюсь в посторонней помощи |
| Прием ванны | 5 - принимаю ванну без посторонней помощи; 0 - нуждаюсь в посторонней помощи |
| Контроль мочеиспускания | 10 - контроль над мочеиспусканием 5 – случайные инциденты недержания мочи 0 – недержание мочи или катетеризация |
| Контроль дефекации | 10 - контроль над дефекацией; 5 – случайные инциденты 0 – недержание кала (или необходимость постановки клизм) |
| Посещение туалета | 10 - не нуждаюсь в помощи; 5 - частично нуждаюсь в помощи (удержание равновесия, использование туалетной бумаги, снятие и надевание брюк и т.д.); 0 - нуждаюсь в использовании судна, утки |
| Вставание с постели (перемещение с | 15 - не нуждаюсь в помощи; 10 - нуждаюсь в наблюдении или минимальной поддержке; 5 - могу сесть в постели, но чтобы встать, нужна физическая поддержка 1 или 2-х людей |

| | |
|--------------------------------------|--|
| кровати на стул и обратно) | 0 - не способен встать с постели даже с посторонней помощью, не удерживает баланс в положении сидя |
| Передвижение (на ровной поверхности) | 15 - могу без посторонней помощи передвигаться на расстояние более 50 метров; 10 - могу передвигаться с посторонней помощью (вербальной или физической) на расстояние более 50 метров; 5 - могу передвигаться с помощью инвалидной коляски на расстояние более 50 метров; 0 - не способен к передвижению или передвигается на расстояние менее 50 метров; |
| Подъем по лестнице | 10 - не нуждаюсь в помощи; 5 - нуждаюсь в наблюдении или поддержке; 0 - не способен подниматься по лестнице даже с поддержкой |
| Общий балл: _____ /100 | |

Ключ (интерпретация):

0 – 20 баллов: полная зависимость;

25 – 60 баллов: выраженная зависимость;

65 – 90 баллов: умеренная зависимость;

95 баллов: легкая зависимость;

100 баллов: полная независимость.

Пояснения:

При заполнении анкеты необходимо придерживаться следующих правил:

- Отражать реальные действия пациента, а не предполагаемые;
- Необходимость присмотра означает, что пациент не относится к категории тех, кто не нуждается в помощи (пациент не независим);
- Уровень функционирования определяется наиболее оптимальным для конкретной ситуации путем расспроса пациента, его родственников, однако важны непосредственные наблюдения и здравый смысл. Прямое тестирование не требуется;
- Обычно оценивается функционирование пациента в период предшествующих 24- 48 часов;
- Средние категории означают, что пациент осуществляет более 50% необходимых для выполнения той или иной функции усилий;
- Категория «независим» допускает использование вспомогательных средств.

Приложение 3.

Шкала оценки инструментальной функциональной активности в повседневной жизни (шкала Лоутона)

| | |
|-------------------|---|
| Телефонные звонки | 1 - Пользуется телефоном по собственной инициативе, набирает номера 1 - Набирает несколько известных номеров 1 - Отвечает на телефонные звонки, но сам номера не набирает 0 - Не пользуется телефоном вообще |
| Покупки | 1 - Совершает самостоятельно все необходимые покупки 0 - Совершает самостоятельно небольшие покупки 0 - Требуется сопровождение при любом посещении магазина 0 - Полностью не в состоянии делать покупки |
| | |

| | |
|-------------------------|---|
| Приготовление пищи | <p>1 - Планирует, готовит и подает необходимую пищу самостоятельно</p> <p>0 - Готовит необходимую пищу, если ингредиенты были предоставлены</p> <p>0 - Подогревает и подает пищу или готовит пищу, но не соблюдает необходимую диету</p> <p>0 - Нуждается, чтобы кто-то приготовил и подал пищу</p> |
| Ведение домашнего быта | <p>1 - Поддерживает дом в одиночку за исключением редкой помощи при необходимости выполнения тяжелой работы</p> <p>1 - Выполняет простые повседневные дела, такие как мытье посуды или заправка кровати</p> <p>1 - Выполняет простые повседневные дела, но не в состоянии поддерживать необходимый уровень чистоты в доме</p> <p>1 - Нужна помощь при выполнении всех домашних дел</p> <p>0 - Не участвует ни в каких хозяйственных делах</p> |
| Стирка | <p>1 - Самостоятельно стирает все необходимые вещи</p> <p>1 - Стирает мелкие вещи, такие как носки, чулки</p> <p>0 - Вся стирка должна осуществляться кем-то другим</p> |
| Пользование транспортом | <p>1 - Самостоятельно пользуется общественным транспортом или водит машину</p> <p>1 - Организует собственную поездку на такси, но не пользуется общественным транспортом</p> <p>1 - Пользуется общественным транспортом если кто-то при этом помогает или сопровождает</p> <p>0 - Перемещается на такси или машине в сопровождении другого лица</p> <p>0 - Не перемещается</p> |
| Прием лекарств | <p>1 - Самостоятельно принимает необходимые лекарства в правильных дозировках и в правильное время</p> <p>0 - Принимает лекарство, если оно было кем-то приготовлено для приема в необходимой дозе</p> <p>0 - Не способен самостоятельно принимать лекарства</p> |
| Финансовые операции | <p>1 - Самостоятельно контролирует финансовые вопросы (бюджет, оплата за жилье, посещение банка), контролирует доходы</p> <p>1 - Занимается ежедневными покупками, но нуждается в помощи с банковскими операциями и при осуществлении крупных покупок</p> <p>0 - Не способен самостоятельно распоряжаться деньгами</p> |

Общий результат может варьировать от 0 баллов (зависимость от посторонней помощи, значительная потребность в посторонней помощи в обыденной жизни) до 8 баллов (независимость пациента от посторонней помощи).

Приложение 4. Физические упражнения в СДУ

Физические упражнения предложены на основе рекомендаций для пациентов «Физические упражнения в домашних условиях для пожилых людей», разработанных ОСП РГНКЦ РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России совместно с Национальным Национальный центр гериатрии и геронтологии Японии.

Физические упражнения в системе долговременного ухода

**Наглядные материалы для пациентов и ухаживающих лиц
на основе рекомендаций для пациентов «Физические упражнения в домашних условиях для пожилых людей»,
разработанных ОСП РГНКЦ РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России**

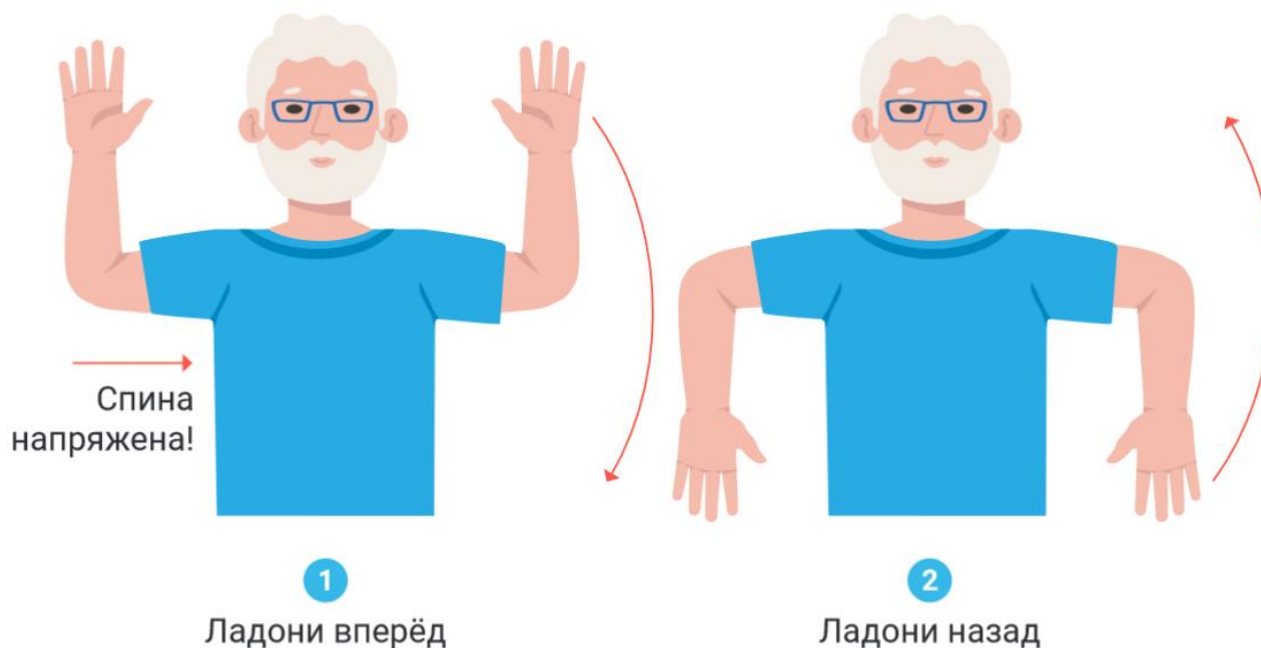
УПРАЖНЕНИЕ (РУКИ ВВЕРХ – ВНИЗ)

ЦЕЛЬ:

3–5 подходов по **10** повторов



Группы мышц
спины и плеч



ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ

- 1 Разведите обе руки с раскрытыми ладонями в стороны, пальцы рук смотрят вверх, локти на уровне плеч.
- 2 Опустите кисти рук вниз, сохраняя локти на уровне плеч, ладони смотрят назад, пальцы рук – вниз.
- 3 Медленно повторите движения 1 и 2.



Если у вас боли в спине, пояснице или коленях,
выполняйте это упражнение без излишних усилий.



Российский
геронтологический
научно-клинический
центр

ВЫПРЯМЛЕНИЕ КОЛЕНЕЙ

ЦЕЛЬ:

3 подхода по 5–10 раз левой и правой ногами



В основном четырехглавая мышца бедра

ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ

- 1 Сядьте на край стула.
- 2 Не раскачивая ногу, без резкого усилия, медленно выпрямите ногу в колене.
- 3 Медленно верните ногу в исходное положение.
- 4 Выполните упражнение другой ногой.



Остерегайтесь падения со стула!

ПОДЪЁМ БЁДЕР

ЦЕЛЬ:

3 раза по 5-10 повторов левой-правой ногами



Группа
мышц-сгибателей
бедр

ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ

- 1 Тянем к себе бедро, сохраняя колено в согнутом состоянии.
- 2 Выполняем движение другой ногой.

Следите так, чтобы
спина была ровной,
а корпус не наклонялся
вперёд!



Эффект усиливается, если
тянуть пальцы ног вверх.



Российский
геронтологический
научно-клинический
центр

КРУГОВЫЕ ДВИЖЕНИЯ НОГАМИ

ЦЕЛЬ:

3 подхода по 5 повторений



Тренинг баланса

ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ

- 1 Кончиками пальцев ноги делаем круговые движения, как будто рисуем круг.
- 2 Выполняем движения другой ногой.



Во избежание раскачивания или падения используйте опору о стол или стул!

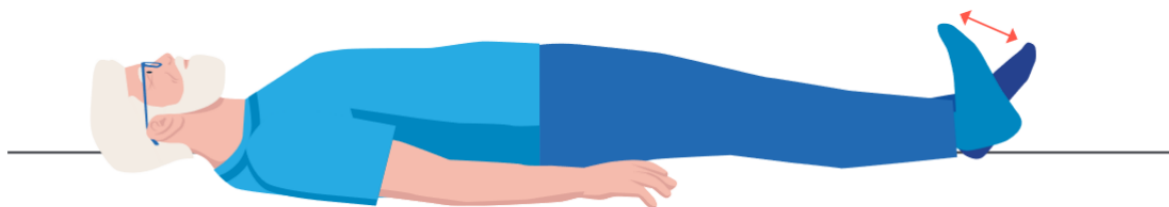
Чтобы выполнить движение максимально безопасно, можно опереться на стул или стол рукой, противоположной ноге, которой выполняете упражнение



Российский геронтологический научно-клинический центр

УПРАЖНЕНИЯ ЛЕЖА: ПООЧЕРЕДНЫЕ ДВИЖЕНИЯ СТОП

ЦЕЛЬ:
5–10 раз



ВАЖНЫЕ МОМЕНТЫ!

- Лежа на спине, выпрямив колени, медленно двигайте стопой в направлении стрелки.
- Старайтесь выполнять с максимальной амплитудой.
- Выполнять по очереди каждой стопой

Во избежание раскачивания или падения используйте опору о стол или стул!



Чтобы выполнить движение максимально безопасно, можно опереться на стул или стол рукой, противоположной ноге, которой выполняете упражнение

ПОДЪЕМ НОСКА И ПЯТКИ + УМСТВЕННЫЕ ЗАДАЧИ

ГЛАВНОЕ УСЛОВИЕ!

Выполняя движение по картинке слева, решайте вслух **умственные задачи** по списку справа.
Время выполнения упражнения: **60 секунд.**

ФИЗИЧЕСКОЕ УПРАЖНЕНИЕ



- 1 Медленно поднимите носок ноги, как показано красной стрелкой, и так же медленно опустите.
 - 2 Медленно поднимите пятку ноги, как показано красной стрелкой, и так же медленно опустите.
- Когда поднимаете носок, сосредоточьтесь внимание на голени, а когда поднимаете пятку — за икроножной мышцей. Отмечено красным на рисунках.
 - Выполнять по очереди каждой стопой

УМСТВЕННЫЕ ЗАДАЧИ

ЗАДАЧИ НА ТРЕНИРОВКУ ВНИМАНИЯ

- Осматривая комнату перед собой, ответьте на следующие вопросы:
 - Сколько в комнате круглых предметов?
 - Сколько в комнате красных предметов?
 - Сколько в комнате зелёных предметов?
- Когда привыкните, выполняйте одновременно разные физические упражнения для левой и правой стороны: правая нога — подъем пятки, левая нога — подъем носка и наоборот.

ХОДЬБА СИДЯ И УМСТВЕННЫЕ ЗАДАЧИ

ХОДЬБА СИДЯ + СЧЁТ ШАГОВ ВСЛУХ С ХЛОПКОМ НА КАЖДОМ ТРЕТЬЕМ ШАГЕ



ГЛАВНОЕ УСЛОВИЕ!

- Считайте вслух шаги и хлопайте в ладоши на каждом третьем шаге (3, 6, 9...). Досчитайте до «30».
- После приобретения навыка увеличивайте расстояние между ладонями.
- Также попробуйте хлопать на каждом четвертом шаге, потом на пятом.

ХОДЬБА СИДЯ И УМСТВЕННЫЕ ЗАДАЧИ

ХОДЬБА СИДЯ С ХЛОПКОМ **МОЛЧА** НА КАЖДОМ ТРЕТЬЕМ ШАГЕ



ГЛАВНОЕ УСЛОВИЕ!

- Считайте шаги и хлопайте в ладоши на каждом третьем шаге (**выполняется молча**). Досчитайте до «30».
- После приобретения навыка увеличивайте расстояние между ладонями.
- Также попробуйте хлопать на каждом четвертом шаге, потом на пятом.

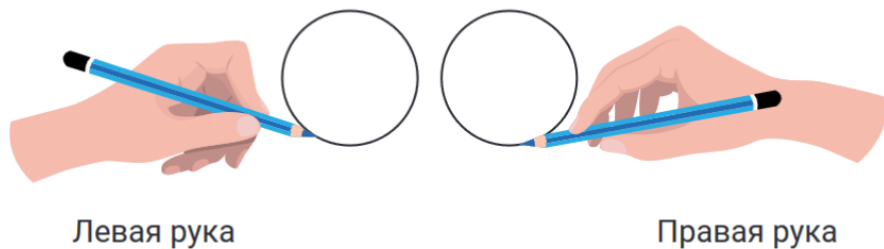
ЗАДАНИЯ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОБЕИХ РУК ОДНОВРЕМЕННО

РИСУЕМ ФИГУРЫ

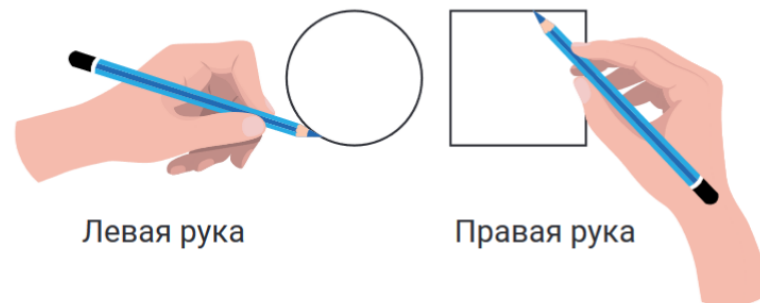
Задание 1: рисуем обеими руками одинаковую фигуру (круг, треугольник, квадрат и др.)

Задание 2: рисуем обеими руками разные фигуры (правая рука – квадрат, левая – круг и др.)

ЗАДАНИЕ 1



ЗАДАНИЕ 2



НАДУВАНИЕ ВОЗДУШНОГО ШАРИКА

- Предотвращает обратное попадание воздуха или пищи при проглатывании.
- Улучшает дыхательную функцию, что способствует профилактике аспирации.



ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ

- 1 Сначала дуйте медленно в течение примерно 5 секунд,
- 2 затем дуйте энергично примерно в течение 1 секунды.
- 3 Повторите циклы 1 и 2 по **3 раза каждый**.

ПРИ ОТСУТСТВИИ ШАРИКА

можно делать следующее:
наберите воздуха через нос и, поджав губы, выдохните через рот, будто задуваете свечу на расстоянии 50 см от Вас.



Гипертоникам следует воздержаться от этого упражнения

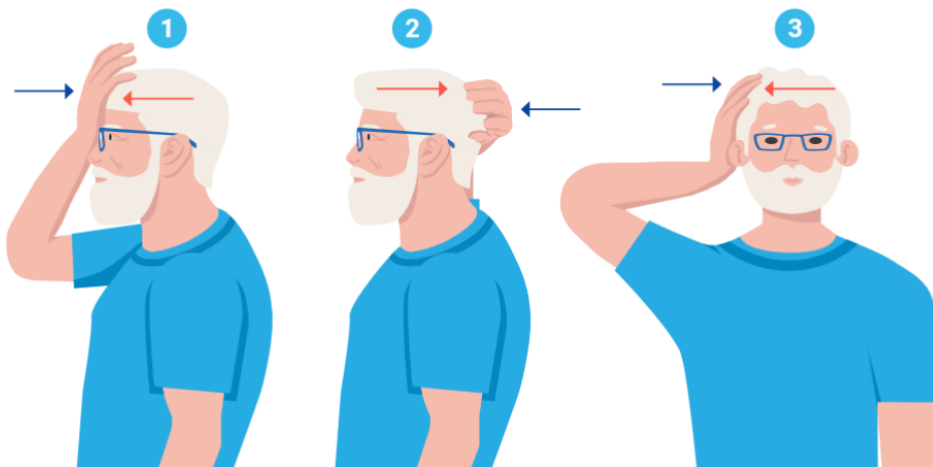


Российский
геронтологический
научно-клинический
центр

ГИМНАСТИКА ДЛЯ МЫШЦ ШЕИ 1

Укрепляет мышцы шеи, задействованные при глотании, что позволяет пище лучше проходить через горло.

По **2–3** раза в каждом направлении



ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ

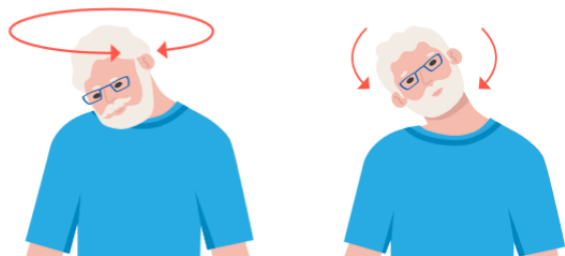
- 1 Приложите руку ко лбу **как показано синей стрелкой**, и, преодолевая усилие руки, медленно нажмите головой на руку, **как показано красной стрелкой**, противодействуя давлению руки.
- 2 Приложите нагрузку к руке, считая до 5. В это же время важно и шею держать напряженной.
- 3 Расслабьте руку и отдохните 5 секунд
- 4 Также выполните это упражнение не только для лба **1**, но и затылком **2** и височной областью **3**. Прижимайте руку к голове и головой противодействуйте руке. Голову наклонять голову не нужно.



Откажитесь от выполнения этого упражнения, если у Вас нестабильное артериальное давление, или заболевание шейного отдела позвоночника. Прекратите выполнение, если почувствовали боль или головокружение.

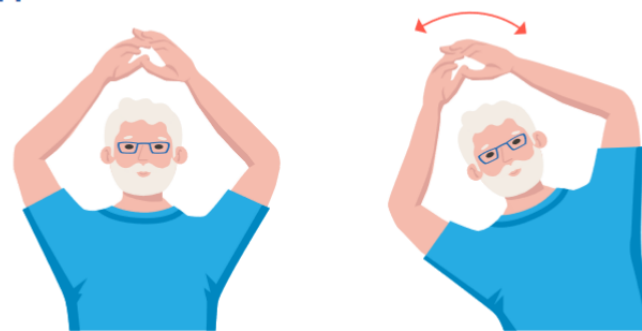
ГИМНАСТИКА ДЛЯ МЫШЦ ШЕИ 2

**ВРАЩЕНИЕ ШЕИ.
НАКЛОНЫ ШЕИ ВЛЕВО И ВПРАВО**



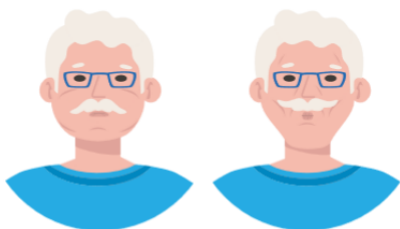
По **3** раза в каждую сторону

**РАСТЯЖКА ТЕЛА С РУКАМИ, СОМКНУТЫМИ
НАД ГОЛОВОЙ. НАКЛОНЫ ВЛЕВО И ВПРАВО**



По **3** раза в каждую сторону

НАДУВАНИЕ И ВТЯГИВАНИЕ ЩЁК



3 раза

**ПРИКОСНОВЕНИЯ ЯЗЫКА
К УГОЛКАМ РТА**



По **3** раза в каждую сторону

ПОКАЗАТЬ И СПРЯТАТЬ ЯЗЫК



5 раз



Российский
геронтологический
научно-клинический
центр

ГОЛОСОВЫЕ УПРАЖНЕНИЯ



- Правильное произношение улучшает жевательные и глотательные функции.
- Скороговорки, четкая речь и пение в полный голос также являются хорошей тренировкой речи.

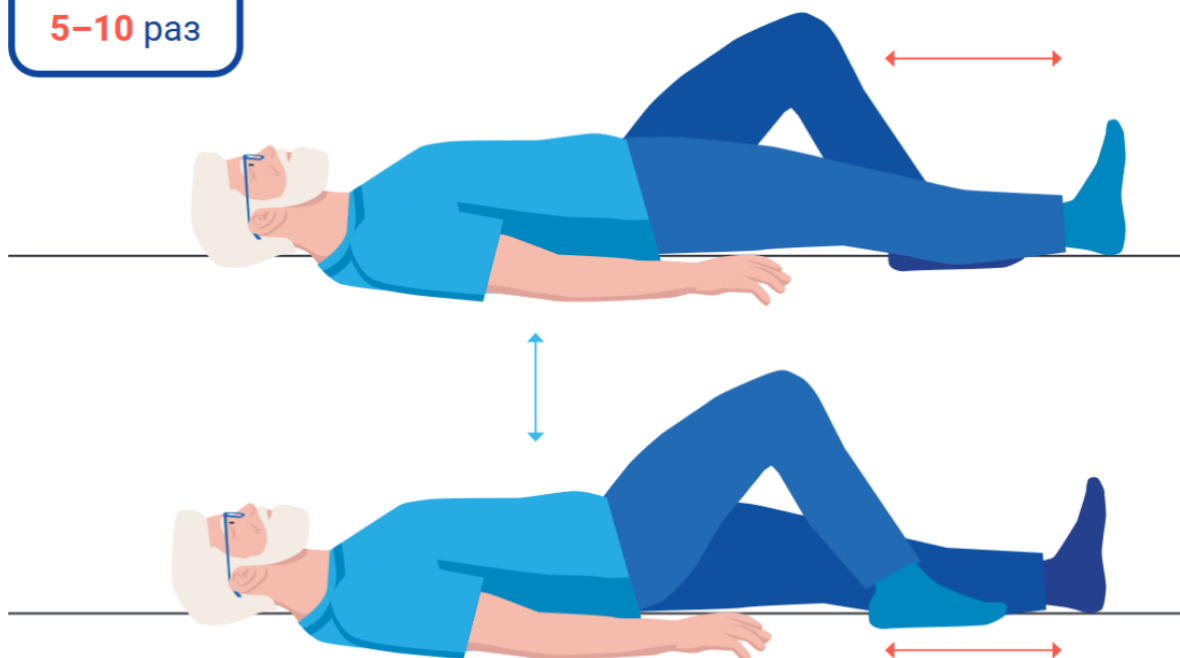
ПРИМЕРЫ СКОРОГОВОРОК

- Добыл бобов бобыль.
- От топота копыт пыль по полю летит.
- Колпак на колпаке, под колпаком колпак.
- Верзила Вавила весело ворочал вилы.
- Около кола колокола, около ворот коловорот.
- Шакал шагал, шакал скакал.
- Повар Петр, повар Павел.
- Петр плавал, Павел плавал.
- Водовоз вез воду из-под водопровода.
- В один, Клим, клин колоти.
- В поле полет Фрося просо, сорняки выносит Фрося.
- Краб крабу сделал грабли. Подал грабли крабу краб: сено граблями, краб, грабь!
- У елки иголки колки.
- На меду медовик, а мне не до медовика.

УПРАЖНЕНИЕ ЛЕЖА: ПООЧЕРЕДНОЕ СГИБАНИЕ-РАЗГИБАНИЕ КОЛЕНЕЙ

ЦЕЛЬ:

5–10 раз



ВАЖНЫЕ МОМЕНТЫ!

- В положении лёжа сгибайте и разгибайте колени обеих ног поочередно.
- Чем быстрее Вы меняете очередность ног, тем выше нагрузка.



Выполняйте упражнение так, чтобы это не причиняло болевых ощущений ни в спине, ни в пояснице, ни в коленях. Делайте без излишнего усердия.

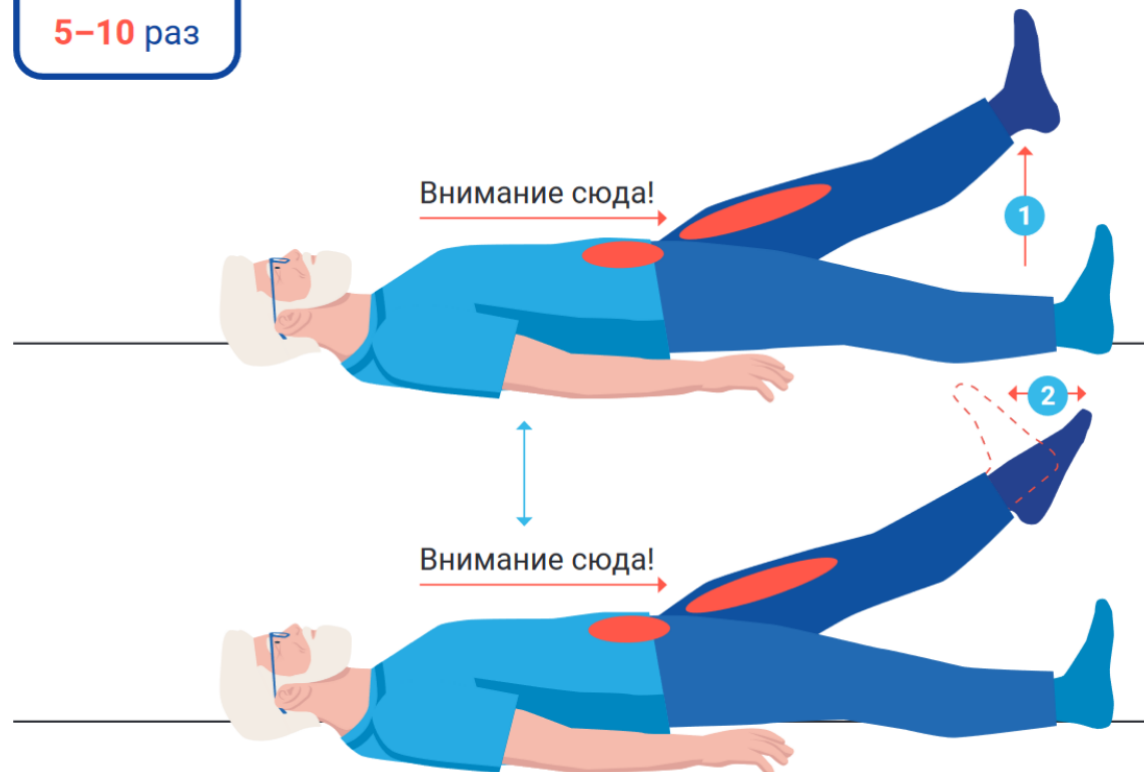


Российский геронтологический научно-клинический центр

УПРАЖНЕНИЕ ЛЁЖА: ПОДЪЁМ ВЫТЯНУТЫХ В КОЛЕНЯХ НОГ

ЦЕЛЬ:

5–10 раз



ВАЖНЫЕ МОМЕНТЫ!

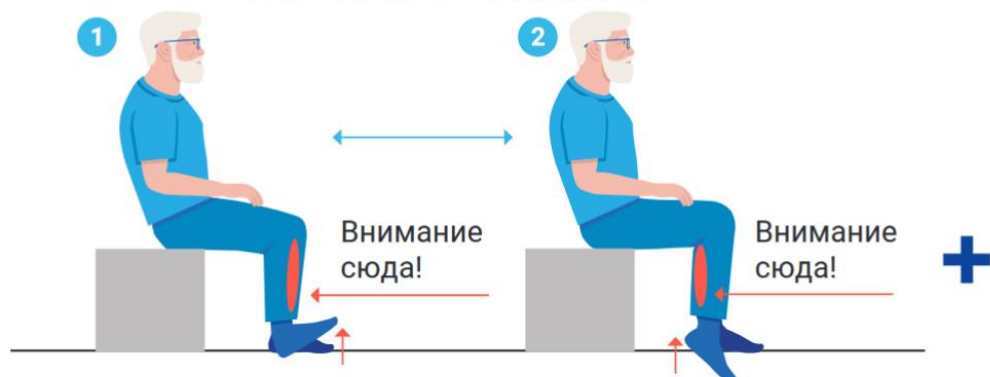
- 1 Лягте на спину, ноги вытянуты прямо. Поднимите одну ногу на высоту примерно 30 см.
 - 2 Сделайте 10 движений ступней, как обозначено на рисунке зеленой стрелкой, затем медленно опустите ногу.
- Можно упростить выполнение, согнув в колене ногу, которая в этот момент на полу.

ПОДЪЕМ НОСКА И ПЯТКИ + УМСТВЕННЫЕ ЗАДАЧИ

ГЛАВНОЕ УСЛОВИЕ!

Выполняя движение по картинке слева, решайте вслух **умственные задачи** по списку справа.
Время выполнения упражнения: **60 секунд.**

ФИЗИЧЕСКОЕ УПРАЖНЕНИЕ



- 1 Медленно поднимите носок ноги, как показано красной стрелкой, и так же медленно опустите.
- 2 Медленно поднимите пятку ноги, как показано красной стрелкой, и так же медленно опустите.
- Когда поднимаете носок, сосредоточьтесь внимание на голени, а когда поднимаете пятку — за икроножной мышцей. Отмечено красным на рисунках.
- Выполнять по очереди каждой стопой

УМСТВЕННЫЕ ЗАДАЧИ

ЗАДАЧИ НА ТРЕНИРОВКУ ВНИМАНИЯ

- Осматривая комнату перед собой, ответьте на следующие вопросы:
 - Сколько в комнате круглых предметов?
 - Сколько в комнате красных предметов?
 - Сколько в комнате зелёных предметов?
- Когда привыкните, выполняйте одновременно разные физические упражнения для левой и правой стороны: правая нога — подъём пятки, левая нога — подъём носка и наоборот.