


**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМУ КОНСУЛЬТИРОВАНИЮ
ПАЦИЕНТОВ 75 ЛЕТ И СТАРШЕ
С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ
СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ**

**Для медицинских работников кабинетов и отделений медицинской профилактики, центров
здоровья**

Москва 2017

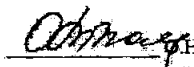
УТВЕРЖДАЮ

Главный внештатный специалист по
медицинской профилактике
Минздрава России


С.А. Бойцов
« 8 » ноября 2017 г.

УТВЕРЖДАЮ

Главный внештатный специалист
герiatr Минздрава России


О.Н. Ткачева
« 8 » ноября 2017 г.

Авторы

**Бойцов С.А., Бубнова М.Г., Введенский Г.Г., Вергазова Э.К., Воробьева Н.М.,
Гамбарян М.Г., Драпкина О.М., Дудинская Е.Н., Калинина А.М.,
Карамнова Н.С., Каштанова Д.А., Котовская Ю.В., Мхитарян Э.А.,
Остапенко В.С., Рунихина Н.К., Ткачева О.Н., Тюхменев Е.А.,
Шарашкина Н.В., Щеголев П.Е.**

СОДЕРЖАНИЕ

	СОДЕРЖАНИЕ.....	2
1	ВВЕДЕНИЕ.....	3
2	ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЙ	4
	2.1 Старческая астения.....	4
	2.2 Алгоритмы диагностики и ведения старческой астении	5
3	ЗАДАЧИ КАБИНЕТОВ И ОТДЕЛЕНИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ, ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ	4
4	ОСОБЕННОСТИ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПОЖИЛЫХ В КАБИНЕТАХ И ОТДЕЛЕНИЯХ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ, ЦЕНТРАХ ЗДОРОВЬЯ.....	4
	4.1 Особенности анкетирования пожилых пациентов в рамках диспансеризации.....	5
5	ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ (рекомендации пациентам пожилого возраста).....	5
	5.1 Физическая активность.....	6
	5.2 Питание	7
	5.3 Курение	9
	5.4 Организация безопасного быта.....	10
	5.5 Когнитивный тренинг	10
	5.6 Советы пациенту по правилам приема лекарственных препаратов.....	11
6	ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ (общие принципы).....	12
	ПРИЛОЖЕНИЯ	13
1	Анкета для пожилых для анкетирования в рамках диспансеризации	13
2	Оценка когнитивных функций с использованием теста Мини-Ког	16
3	Скрининговая шкала для выявления старческой астении «Возраст не помеха»	17
4	Рекомендации по профилактическому консультированию при положительных ответах скрининговой шкалы «Возраст не помеха».....	17

1 ВВЕДЕНИЕ

В последние годы произошла смена представлений об успешном старении. Если ранее успешное старение ассоциировалось исключительно с отсутствием болезни, хорошим физическим и когнитивным статусом, самостоятельностью и социальной поддержкой, то современное понимание успешного старения значительно шире и включает психологическое, физическое и социальное здоровье, функционирование, удовлетворенность жизнью, чувство цели, финансовую стабильность, познание нового, достижения, внешний вид, деятельность, чувство юмора, духовность.

Успешное старение - основная психологическая потребность человека. Даже в очень преклонном возрасте люди сохраняют потребность в активной жизни и развитии. Физическая активность, любая деятельность, социальная интеграция способствуют успешному старению. Депрессия является наиболее значимым фактором, оказывающим отрицательное влияние на успешное старение.

Медицинский персонал должен знать закономерности изменений организма человека, связанные со старением, уметь рано распознавать гериатрические проблемы и обладать навыками профилактического консультирования по их предупреждению и замедлению прогрессирования.

2 ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЙ

2.1 Старческая астения

Старческая астения («хрупкость», шифр по МКБ-10 R54) - ассоциированный с возрастом синдром, основными клиническими проявлениями которого являются медлительность и/или непреднамеренная потеря веса, общая слабость. Старческая астения сопровождается снижением физической и функциональной активности многих систем, адаптационного и восстановительного резерва, способствует развитию зависимости от посторонней помощи в повседневной жизни, утрате способности к самообслуживанию, ухудшает прогноз состояния здоровья.

Старческая астения включает в себя более 85 различных гериатрических синдромов, основными из которых являются синдромы падений, мальнутриции (недостаточности питания), саркопении (уменьшение массы мышечной ткани и мышечной силы), недержания мочи, сенсорные дефициты, когнитивные нарушения, депрессия. Роль традиционных факторов риска в пожилом возрасте сохраняется, однако на первое место выходят факторы старческой астении, которые пожилой человек (и/или его окружающие) должен знать и уметь снижать их негативное влияние на качество жизни.

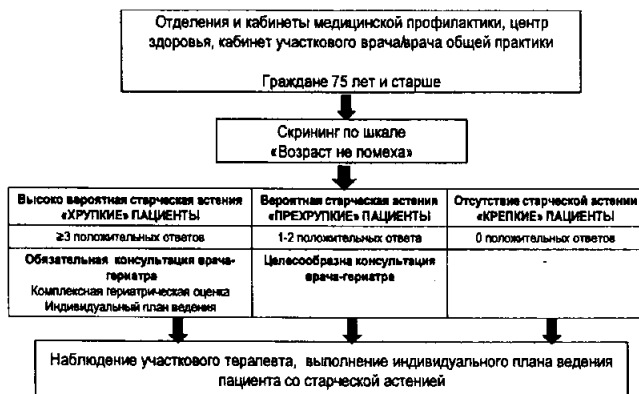
Развитие старческой астении может быть предотвращено, отсрочено или замедлено.

Распространенность синдрома старческой астении увеличивается с возрастом, особенно отчетливо риск его развития повышается после 75 лет, что делает обязательным его скрининг в этой

возрастной группе. Медицинские работники, сталкивающиеся с пожилыми людьми, должны быть осведомлены об основных признаках этого синдрома и распознавать его ранние проявления и у более молодых лиц пожилого возраста, создавая тем самым возможность для профилактики его прогрессирования.

Скрининг на предмет наличия синдрома старческой астении с использованием короткого скринингового опросника должен осуществляться везде, где пожилой человек сталкивается с медицинским работником, - в отделениях и кабинетах медицинской профилактики, центрах здоровья, кабинетах участкового врача/врача общей практики, при нахождении на стационарном лечении.

2.2 Алгоритм диагностики и ведения старческой астении



3 ЗАДАЧИ КАБИНЕТОВ И ОТДЕЛЕНИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ, ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ

- Выявление у лиц 75 лет и старше ранних признаков старческой астении, факторов риска ее развития и прогрессирования
- Выделение группы риска с высокой вероятностью наличия старческой астении для направления на геронтологическое консультирование
- Осуществление профилактического консультирования лиц пожилого и старческого возраста в соответствии с выявленными факторами риска хронических неинфекционных заболеваний с учетом возрастных особенностей

- Осуществление профилактического консультирования лиц с признаками старческой астении для предупреждения ее развития и прогрессирования с целью сохранения качества жизни, когнитивных функций и функциональной независимости

- Популяризация мер успешного старения и активного долголетия

4 ОСОБЕННОСТИ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ В КАБИНЕТАХ И ОТДЕЛЕНИЯХ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ, ЦЕНТРАХ ЗДОРОВЬЯ

- В рамках диспансеризации анкетирование пациентов 75 лет и старше необходимо проводить по специальной анкете, в которой учтены особенности данной возрастной категории пациентов (приложение 1) и дополнить оценкой когнитивных функций по тесту Мини-Ког (приложение 2)
- Анализ результатов анкетирования следует проводить с учетом шкалы «Возраст не помеха», вопросы которой включены в анкету диспансеризации для граждан 75 лет и старше
- Профилактическое консультирование следует проводить всем пациентам 75 лет и старше с акцентом на положительные ответы на вопросы шкалы "Возраст не помеха" (приложение 3)
- Следует делать акцент на выявление полипрагмазии (хронический прием 5 и более лекарственных препаратов). При оценке числа принимаемых препаратов следует учесть, что если пациент принимает фиксированные комбинированные препараты (2 и более действующих вещества в одной таблетке), то каждый компонент учитывается как отдельный препарат. При выявлении полипрагмазии целесообразно рекомендовать обратиться к лечащему врачу на предмет анализа лекарственных назначений. Если полипрагмазия сочетается с высокой вероятностью старческой астении по шкале "Возраст не помеха", настоятельно рекомендовать консультацию гериатра.

4.1 Особенности анкетирования пожилых пациентов в рамках диспансеризации

- В программе диспансеризации определенных групп взрослого населения на I этапе проводится анкетирование пациентов для лиц в возрасте 75 лет и старше по опроснику, который, в том числе, включает вопросы шкалы "Возраст не помеха" для скрининга старческой астении и тест Мини-Ког (приложение 1, приложение 2).
- Анкетирование проводится с интервьюером (не путем самозаполнения!) и позволяет по ответам установить наличие (осведомленность пациента) хронических заболеваний, жалоб на боли в сердце ишемического происхождения, неврологических симптомов, характерных для транзиторных ишемических атак или перенесенных нарушений мозгового кровообращения, наличие в анамнезе падений, снижения веса тела, ограничений в повседневной жизни из-за снижения слуха и зрения, наличие таких факторов риска как курение табака, нерациональное питание, недостаточная физическая активность.

5 ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ЛИЦ 75

ЛЕТ И СТАРШЕ

- При профилактическом консультировании используется принятый принцип выделения групп риска, но должны быть учтены возрастные особенности коррекции артериальной гипертензии, избыточной массы тела и ожирения, гипергликемии у людей пожилого и старческого возраста, а также высокая вероятность полипрагмазии в связи с наличием нескольких заболеваний
- Пациента следует ориентировать не только за устранение симптомов заболеваний (при их наличии), но и в целом на здоровое старение и долголетие, активный образ жизни без негативных для здоровья факторов.
- Всем консультируемым должны быть даны учитывающие возрастной фактор рекомендации по регулярной физической активности, питанию, когнитивному тренингу, организации безопасного быта, правилам приема лекарств
- Профилактическое консультирование должно учитывать положительные ответы на вопросы скрининговой шкалы «Возраст не помеха» (приложение 3)
- При выявлении сенсорных дефицитов (снижение слуха, зрения), хронической боли, признаков депрессии следует рекомендовать консультирование профильных врачей-специалистов
- При высокой вероятности старческой астении по данным скрининговой шкалы «Возраст не помеха» пациента следует направить к гериатру.

5.1 Физическая активность

- Аэробная физическая активность средней интенсивности не менее 150 минут в неделю, или выполнение упражнений высокой интенсивности не менее 75 минут в неделю с учетом индивидуальных особенностей пациента и при отсутствии противопоказаний
- Упражнения следует выполнять сериями продолжительностью не менее 10 минут.
- Начинать физические занятия следует с разминки (медленная ходьба и легкие потягивания), если пациент только начинает заниматься физическими упражнениями, то 5-10-минутная разминка может составлять целое занятие;
- Продолжительность занятия должна постепенно увеличивать до 30 минут в день; если до этого пожилой человек вел малоподвижный образ жизни, то этот период должен составлять не менее трех недель.
- Наиболее эффективны ходьба по ровной местности, скандинавская ходьба, лыжные прогулки, плавание, езда на велосипеде, тренировки на велотренажере, беговой дорожке и др, а также ежедневная утренняя гимнастика (или длительная прогулка в лесу, парке, сквере).

- Если пожилые люди не могут выполнять рекомендуемый объем физических нагрузок, им следует выполнять объем упражнений, соответствующий их возможностям и состоянию здоровья
- Пожилые люди, которые долго были малоподвижными, должны начинать повышение физической активности медленно, начиная с нескольких минут в день, и постепенно увеличивать продолжительность и частоту физических занятий (при отсутствии противопоказаний).
- Следует исключать упражнения на задержку дыхания, натуживание, с вращением головы и длительным наклоном головы вниз, подскоками и т.п.
- Выполнение упражнений на равновесие и предотвращение падений 3 и более дней в неделю до 30 минут (*например*, ходьба назад, ходьба боком, ходьба на носках). В начальный период выполнения этих упражнений можно использовать стабильную опору.
- Заболевания суставов не являются противопоказанием для физических упражнений. Целесообразна консультация специалиста по лечебной физкультуре, возможно - реабилитолога, для разработки индивидуальной программы физической активности.
- Осторожно следует в программу физической активности должны включаться бег, прыжки, упражнения с тяжестями и другие виды нагрузок, которые могут привести к травмам

5.2 Питание

- Энергетическая ценность рациона питания для лиц старше 75 лет должна составлять 1600 ккал для женщин и 1800 ккал для мужчин.
- Режим питания должен обязательно включать три основных приема пищи (завтрак, обед и ужин), которые могут быть дополнены двумя дополнительными (с учетом заболеваний или режима дня).
- Общий водный режим составляет не менее 2 л (с учетом блюд и продуктов рациона), при этом на питьевой режим в чистом виде должно приходиться не менее 800 мл. Для лиц имеющих сердечную недостаточность питьевой режим должен быть согласован с участковым терапевтом или кардиологом.
- Следует учитывать, что потребность в белке у пожилого человека выше, чем у людей молодого и среднего возраста 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, следует направить его на консультацию к диетологу для решения

вопроса о назначении дополнительных источников белка в виде функционального продукта или подбора специализированного рациона питания для обеспечения потребления белка на необходимом уровне.

- На долю общего жира в рационе не должно приходиться более 25-30% от суточной калорийности, при этом треть отводится на насыщенные жиры, а другие две трети - на равные доли моно- и полиненасыщенных жирных кислот. Из растительных жиров предпочтительны оливковое, подсолнечное и льняное масла в количестве 25-30 мл в день (2 столовые ложки). Потребление животных жиров (сливочное масло, сливки, сметана, топленый жир) следует ограничить, также как и продуктов с высоким содержанием насыщенных жиров (пальмовое и кокосовое масла) и промышленных транс-жирных кислот, содержащихся в переработанных пищевых продуктах, еде быстрого приготовления, закусочных пищевых продуктах, жареной во фритюре еде, замороженных пицце и пирогах, печенье, маргарине и бутербродной смеси.
- Рекомендуется потребление не менее трех порций молочных продуктов в день. Предпочтительны молочные продукты без дополнительных вкусовых добавок, так как они содержат добавленные сахар и/или насыщенные жиры. У лиц старшего возраста может иметь место вторичная лактазная непереносимость, в таком случае, продукты с молочным сахаром – лактозой, следует исключить из рациона питания (молоко и др.), но продукты, в которых лактоза была израсходована на процесс ферментации, следует оставить в рационе (творог, сыр, йогурт). Пациенту показано потребление без- или низколактозных молочных продуктов. При наличии вторичной непереносимости к молочным (сывороточным) белкам пациенту следует предложить потребление продуктов растительного происхождения (миндального, рисового или соевого молока, йогурта, сыра тофу).
- С возрастом снижается толерантность к углеводам, поэтому углеводный компонент питания должен быть сформирован из продуктов, содержащих «сложные» углеводы и богатых пищевыми волокнами: крупы из цельных злаков (овсяные хлопья «Геркулес», цельная 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), ½ стакана фруктового салата, замороженных или консервированных фруктов, 3-4 штуки мелких фруктов (абрикос, слива, клубника), 3-4 ягоды сухофруктов (курага, финик, инжир), ½ стакана приготовленных или 1 стакан свежих мелконарезанных овощей. Потребление крахмалсодержащих продуктов (рафинированного белого риса, макаронных изделий, манной крупы и саго) и корнеплодов (картофель, батат, кавава и др.) следует ограничивать.

- Потребление свободных сахаров ограничено 10% суточной калорийности рациона (50 г/сутки). Большинство свободных сахаров добавляются в пищевые продукты производителем, поваром или потребителем (добавленные сахара) и могут также содержаться в виде естественного сахара в меде, сиропах, фруктовых соках и фруктовых концентратах. Оптимальными источниками свободных сахаров являются фрукты, ягоды и овощи. Потребление сахара в чистом виде (добавленного) следует ограничивать до 5% общей калорийности (около 25 г/сутки, примерно 6 чайных ложек без «верха»).
- Рекомендуемое потребление поваренной соли должно составлять до 5,0 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. Целесообразно проанализировать потребление и рекомендовать отказаться от продуктов с высоким содержанием соли: копчености, колбасные изделия, консервированные продукты, соусы, соленья, и рекомендовать исключить досаливание уже готового блюда.
- Из способов кулинарной обработки рекомендуется использование щадящих режимов: отваривание, запекание, припускание, тушение, приготовление на пару, аэрогриль и др.
- С целью профилактики падений, остеопороза и переломов всем пациентам следует рекомендовать ежедневный прием препаратов кальция (в дозе 1000-1200 мг/день) и витамина Д (в дозе 800-1000 мг/сутки).
- Рекомендации по питанию пациентам с синдромом старческой астении (3 и более балла по шкале "Возраст не помеха") даются врачом-гериатром с учетом результатов комплексной гериатрической оценки.

5.3 Курение

- Пожилые пациенты менее внимательны к доводам о вреде курения, склонны недооценивать опасность курения и переоценивать его преимущества, нередко негативно и пессимистически воспринимают собственное старение и склонны к продолжению курения.
- При профилактическом консультировании пожилых необходимо акцентировать внимание на том, что эти пациенты, продолжающие курить, тяжелее переносят болезни, характерные для пожилого возраста, такие как диабет, остеопороз, болезни органов дыхания, в том числе пневмонии, которые для многих пожилых людей имеют фатальные последствия. Потребление табака может снижать эффективность лекарственных препаратов, прием которых необходим многим пациентам пожилого возраста. Воздействие вторичного табачного дыма (пассивное курение) также пагубно для здоровья пожилого человека.
- Рекомендации по отказу от курения пациентам с синдромом старческой астении (3 и более балла по шкале "Возраст не помеха") даются врачом-гериатром с учетом результатов комплексной гериатрической оценки.

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

5.4 Организация безопасного быта

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

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

5.5 Когнитивный тренинг

Примеры упражнений для когнитивного тренинга

- заучивание стихов, песен
- игра на музыкальных инструментах
- рисование
- решение логических задач
- разгадывание кроссвордов
- Может быть рекомендовано обращение в центры социального обслуживания для организации досуга и повышения социальной активности

5.6 Советы пациенту по правилам приема лекарственных препаратов

- Принимайте лекарства только по назначению врача, а не по совету соседей или средств массовой информации (даже, если это передача о здоровье). Только лечащий врач обладает полной информацией о Вашем здоровье, которая поможет подобрать эффективное и безопасное лечение
- Не рассчитывайте на «пилюлю от всех болезней». Некоторые проблемы со здоровьем проходят без лечения или решаются с помощью других методов лечения без применения лекарств. Обсудите со своим лечащим врачом, как Вам лучше бороться с проблемами со здоровьем и рассмотрите все варианты лечения
- Информировать врача обо всех препаратах, которые Вы принимаете, включая безрецептурные препараты, пищевые добавки и растительные лекарственные препараты

- Информировать врача обо всех случаях аллергии или нежелательных реакций на лекарственные препараты, которые отмечались у Вас в прошлом.
- Сообщайте врачу обо всех проблемах, которые возникли после начала приема нового для Вас лекарства
 - Если Вы находились на стационарном лечении, предшествующее лечение могло быть изменено. Надо знать, какие препараты следует принимать после выписки. Эту информацию Вы получите у своего лечащего врача
 - Не прекращайте прием назначенных Вам лекарств без предварительного обсуждения с лечащим врачом. Перед началом приема безрецептурного препарата, добавки или растительного лекарственного средства проконсультируйтесь со своим лечащим врачом или фармацевтом, чтобы быть уверенным в безопасности препарата или средства
 - Каждый человек должен знать о каждом принимаемом лекарственном препарате (уточните эту информацию у врача, при необходимости – запишите):
 - Название препарата
 - По какому поводу Вы его принимаете
 - Как следует принимать препарат (доза, время, кратность и длительность приема, влияние приема пищи)
 - Каковы наиболее частые и наиболее серьезные побочные эффекты препарата
 - Что следует делать, если возникнут проблемы, связанные с приемом препарата
 - Что следует делать, если пропущен очередной прием

6. ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Общие принципы

В случае, если пациентам пожилого возраста требуется медикаментозное лечение, это лечение назначается и контролируется лечащим врачом или врачом-гериятром (пациенты со старческой астенией и/или старше 80 лет).

Задача врача кабинета/отделения медицинской профилактики, центра здоровья - способствовать соблюдению пациентом врачебных назначений, при консультировании по факторам риска важно также оценивать приверженность пациентов к приему назначенных медикаментозных средств и контролировать

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

саркопении. Следует рекомендовать снижение веса только пациентам с ИМТ ≥ 35 кг/м². Снижение веса осуществляется под контролем врача. При консультировании пожилых пациентов следует предупредить о недопустимости самостоятельного выбора «особых» диет.

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

Целевое систолическое АД у пожилых пациентов без старческой астении составляет 140-150 мм рт.ст. У пожилых пациентов < 80 лет возможно назначение антигипертензивной терапии при САД более 140 мм рт. ст. и достижение целевого уровня САД < 140 мм рт. ст., однако необходимо учитывать индивидуальную переносимость более низких значений АД и клинический статус.

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

Дислипидемия. Лечение проводится лечащим врачом. С целью вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний всем пациентам по назначению лечащего врача показано назначение липидснижающей терапии (статинов). Эффективность и безопасность липидснижающей терапии контролируется лечащим врачом. Для первичной профилактики ССЗ у пожилых ≥ 75 лет (особенно в возрасте 80 лет и старше), назначение статинов не показано независимо от уровня холестерина.

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

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

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

1. Анкета для граждан в возрасте 75 лет и старше

	Дата обследования (день, месяц, год)	
	Ф.И.О.	Пол
	Дата рождения (день, месяц, год)	Полных лет
	Поликлиника № _____	Врач-терапевт участковый /врач общей практики (семейный врач)/фельдшер _____
1.	Есть ли у Вас следующие хронические заболевания (состояния):	
	повышенное артериальное давление (артериальная гипертония)?	да нет
	сахарный диабет или повышенный уровень глюкозы (сахара) в крови?	да нет
	онкологическое заболевание (если «ДА» указать, какое)?	да нет
	перенесенный инфаркт миокарда?	да нет
	перенесенный инсульт?	да нет
	хронический бронхит или бронхиальная астма	да нет
2.	Возникает ли у Вас во время ходьбы или волнения жгущая, давящая, сжимающая боль за грудной, в левой половине грудной клетки, в левом плече или руке?	да нет
3.	Если «да», то проходит ли эта боль в покое через 10-20 мин или через 2-5 мин после приема нитроглицерина?	да нет
4.	Возникла ли у Вас резкая слабость в одной руке и/или ноге так, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройтись по комнате?	да нет
5.	Возникло ли у Вас внезапное без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?	да нет
6.	Возникла ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?	да нет
7.	Бывают ли у Вас отеки на ногах к концу дня?	да нет
8.	Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день)	да нет
9.	Были ли у Вас случаи падений за последний год?	да нет
10.	Были ли у Вас переломы при падении с высоты своего роста при ходьбе по ровной поверхности или спонтанный перелом (без видимой причины), в т.ч. перелом позвонка?	да нет
11.	Считаете ли Вы, что Ваш рост заметно снизился за последние годы?	да нет
12.	Считаете ли Вы, что заметно непреднамеренно похудели за последнее время (не менее 5 кг за полгода)?	да нет
12.1	Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со специальным соблюдением диеты или увеличением физической активности?	да Нет
12.2	Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со снижением аппетита?	да Нет
13.	Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения?	да нет
14.	Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения слуха?	да нет

15.	Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным в последнее время?	да	нет
16.	Страдаете ли Вы недержанием мочи?	да	нет
17.	Испытываете ли Вы затруднения при перемещении по дому, улице (ходьба на 100 м, подъем на 1 лестничный пролет)?	да	нет
18.	Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 2 и более порции фруктов или овощей (1 порция =200 гр. овощей или =1 фрукт среднего размера)?	да	нет
19.	Употребляете ли Вы белковую пищу (мясо, рыбу, бобовые, молочные продукты) 3 раза или более в неделю?	да	нет
20.	Тратите ли Вы ежедневно на ходьбу, утреннюю гимнастику и другие физические упражнения 30 минут и более?	да	нет
21.	Перечислите, пожалуйста, какие лекарства Вы принимаете ежедневно или несколько раз в неделю		

Правила вынесения заключения по результатам анкетирования граждан 75 лет и старше

Номера вопросов в анкете и их предназначение	Ответ и заключение	Врачебная тактика, в том числе, вне рамок диспансеризации, показания для направления на 2 этап диспансеризации
1 Выявление заболеваний в личном анамнезе	Ответ «ДА» - Имеется указание на наличие заболевания в личном анамнезе	Уточнить документальное подтверждение наличия заболевания Диагноз заболевания регистрируется в учетных формах. Лица, не находящиеся под диспансерным наблюдением направляются на осмотр к соответствующим специалистам: к врачу-терапевту и неврологу в рамках программы диспансеризации; к врачу-кардиологу, пульмонологу, эндокринологу, нефрологу и онкологу <u>вне рамок диспансеризации</u>
2-3 Выявление стенокардии	Ответ «ДА» на один или оба вопроса - наличие стенокардии высоко вероятно	Детальный опрос на характер болевого синдрома и последующее обследование врачом-терапевтом, при показаниях - дополнительные обследования <u>вне рамок диспансеризации</u>
4-6 Выявление перенесенных острых нарушений мозгового кровообращения	Ответ «ДА» на любой из вопросов - наличие ОНМК высоко вероятно	Консультация невролога. Направление на дуплексное сканирование брахицефальных артерий в рамках диспансеризации
7 Выявление сердечной недостаточности	Ответ «ДА» - вероятно наличие сердечной недостаточности	Уточнить характер жалоб, по показаниям дополнительное обследование <u>вне рамок диспансеризации</u> (УЗИ сердца)
8 Табакокурение	Ответ «ДА» - курит в настоящее время	Регистрируется как фактор риска «курение»,

		углубленное профилактическое консультирование
9 Выявление риска падений	Ответ «ДА» - имеется риск падений	Направить на осмотр (консультацию) врача-невролога, при возможности - геронтра Ответ учитывается в контексте шкалы "Возраст не помеха"
10, 11 Выявление риска остеопороза	Ответы «ДА» на любой вопрос - имеется риск остеопороза.	Направить на рентгеновскую денситометрию или рентгенографию позвоночника и консультацию ревматолога или эндокринолога <i>вне рамок диспансеризации</i>
12, 12.1, 12.2 Выявление риска злокачественного новообразования, саркопении, мальнутриции, депрессии	Ответ «ДА» на вопрос 12 и 12.2 в сочетании с ответом «НЕТ» на вопрос 12.1 – высокий риск ЗНО	Углубленный опрос и обследование врача-терапевта на выявление ЗНО, определение показаний для проведения обследований <i>вне рамок диспансеризации</i> Ответ на вопрос 12 учитывается в контексте шкалы "Возраст не помеха"
13 Выявление показаний к консультации врача-офтальмолога	Ответ «ДА» - показана консультация врача-офтальмолога	Направление на консультацию врача-офтальмолога в рамках диспансеризации Ответ учитывается в контексте шкалы "Возраст не помеха"
14 Выявление показаний к консультации отоларинголога	Ответ «ДА» - показана консультация врача-отоларинголога	Направление на консультацию врача-отоларинголога в рамках диспансеризации Ответ учитывается в контексте шкалы "Возраст не помеха"
15 Выявление риска депрессии	Ответ «ДА» - имеется риск развития депрессии	Осмотр (консультация) врача-невролога, который определяет показания и целесообразность направления пациента на консультацию к врачу-психиатру вне рамок диспансеризации. Ответ учитывается в контексте шкалы "Возраст не помеха"
16 Выявление недержания мочи	Ответ «ДА» - недержание мочи высоко вероятно	Для мужчин смотр (консультация) врача хирурга (врача уролога), для женщин – врача-уролога или врача-акушера-гинеколога вне рамок диспансеризации. Ответ учитывается в контексте шкалы "Возраст не помеха"
17 Выявления ограничения мобильности	Ответ "Да" - высоко вероятно ограничение мобильности	Ответ учитывается в контексте шкалы "Возраст не помеха"
18, 19 Выявление нерационального питания	Ответ «ДА» - выявлено нерациональное питание	Регистрируется фактор «нерациональное питание». Направление на углубленное профилактическое консультирование
20 Выявление фактора риска «недостаточная физическая активность»	Ответ «ДА» - выявлена недостаточная физическая активность	Регистрируется как фактор риска «недостаточная физическая активность» Направление на углубленное профилактическое консультирование

21	Пациент называет 5 и более лекарственных средств - выявлена полипрагмазия	Направление к врачу-терапевту, при возможности - к гериатру для пересмотра лекарственных назначений
Вопросы 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17 и тест Мини-ког составляют шкалу "Возраст не помеха"	<p>Ответ "ДА» на вопросы</p> <p>9 - 1 балл</p> <p>12 - 1 балл</p> <p>13 и/или 14 - 1 балл</p> <p>15 - 1балл</p> <p>16- 1 балл</p> <p>17- 1 балл</p> <p>Результат теста Мини-Ког <3 - 1 балл</p>	3 балла - высоко вероятная старческая астения, целесообразно направить на консультацию к гериатру вне рамок диспансеризации.

Оценка когнитивных функций с использованием теста Минни-Ког

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

Вариант 1: ключ, лимон, шар

Вариант 2: яблоко, стол, монета

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

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

Интерпретация результатов теста Минни-Ког

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

Интерпретация:

Начисляется 1 балл за каждое воспроизведенное пациентом слово

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

Правильно нарисованные часы = 1 балл

Неспособность правильно нарисовать часы или отказ = 0 баллов.

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

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМУ КОНСУЛЬТИРОВАНИЮ ПРИ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ ОТВЕТАХ НА ВОПРОСЫ СКРИНИНГОВОЙ ШКАЛЫ «ВОЗРАСТ НЕ ПОМЕХА»

Вопрос	Возможные причины	Рекомендации
Похудели ли Вы на 5 кг и более за последние 6 месяцев?	<p>Депрессия Саркопения Синдром мальнутриции Отсутствие зубов и зубных протезов Заболевания ротовой полости, желудочно-кишечного тракта Снижение функциональной активности Сенсорные дефициты Полипругмазия Когнитивные нарушения Социальная дезадаптация, одиночество, низкий уровень дохода Соматические заболевания</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Регулярная физическая активность • Рациональное питание • Направление на зубопротезирование • Направление в центры социального обслуживания, в том числе, привлечение социальной службы для организации доставки пищевых продуктов • Для исключения соматических причин рекомендовать обследование у лечащего врача
Испытываете ли Вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения или слуха?	<p>Возрастные изменения органов зрения и слуха</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Направление к офтальмологу, ЛОР-врачу
Были ли у Вас в течение последнего года травмы, связанные с падением?	<p>Мышечная слабость Нарушение походки и равновесия Периферическая нейропатия Лекарственные средства, влияющие на ЦНС Антигипертензивные препараты, особенно при подборе терапии Полипругмазия Снижение зрения Болевой синдром Когнитивные нарушения Депрессия Факторы окружающей среды (сколький пол, плохое освещение, отсутствие перил на лестницах, узкие ступеньки и т.д.) Опасное поведение, характерное для пожилых людей (например, переход</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Рекомендации по организации безопасного быта • Направление для коррекции зрения • Использование вспомогательных средств при ходьбе (трости, ходунки) • Использование бедренных протекторов • Обратить внимание на правильный подбор обуви для дома (нескользящая подошва, обязательны задники) и улицы (соответствие размера, использование в зимнее время противоскользящих накладок) • Прием препаратов кальция (в дозе 1000-1200 мг/день) и витамина Д (в дозе 800-1000 мг/сутки)

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