

ФГБУ «ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ОРГАНИЗАЦИИ И
ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

РОССИЙСКИЙ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИЙ НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ФГАОУ ВО
РНИМУ ИМ. Н.И. ПИРОГОВА МИНЗДРАВА РОССИИ

УТВЕРЖДАЮ

Директор Департамента
организации
медицинской помощи
и санаторно-курортного дела
Минздрава России

Е.В. Каракулина
« 7 » ноября 2025 г.



УТВЕРЖДАЮ

Директор РГНКЦ ФГАОУ ВО
РНИМУ им. Н.И. Пирогова
Минздрава России, д.м.н.,
профессор, член-корр. РАН

О.Н. Ткачева
« 7 » ноября 2025 г.



УТВЕРЖДАЮ

Директор ФГБУ «ЦНИИОИЗ»
Минздрава России, д.м.н.,
профессор, член-корр. РАН

О.С. Кобякова
« 5 » ноября 2025 г.



ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ КАБИНЕТОВ В УСЛОВИЯХ
МНОГОПРОФИЛЬНЫХ СТАЦИОНАРОВ

Методические рекомендации № 11-25

УДК 614.2

ББК 56.14: 51.204.9

DOI: 10.21045/978-5-94116-168-3-2025

Организация работы гериатрических кабинетов в условиях многопрофильных стационаров / Ткачева О.Н., Каракулина Е.В., Кобякова О.С., Рунихина Н.К., Богданова Т.Г., Ходакова О.В., Шарашкина Н.В., Третьякова О.Г. – М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2025. – 68 стр.

В методических рекомендациях представлено описание всех важных аспектов организации и работы гериатрического кабинета в условиях многопрофильного стационара, функций гериатрического кабинета при оказании специализированной медицинской помощи взрослому населению в стационарных условиях, последовательности действий медицинских работников и маршрутизация пациентов с целью выявления гериатрических синдромов, порядок взаимодействия участников процесса, а также отражены отработанные технологии организационно-методического сопровождения функционирования гериатрических кабинетов в многопрофильных стационарах с учетом опыта реализации пилотного проекта в некоторых субъектах Российской Федерации.

Методические рекомендации предназначены для врачей-гериатров, организаторов здравоохранения, руководителей и специалистов органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

Рецензенты:

Почитаева Ирина Петровна – профессор кафедры терапии, гериатрии и антивозрастной медицины Академии постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, д.м.н., доцент

Горелик Светлана Гиршевна – профессор кафедры факультетской хирургии ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», д.м.н., профессор

ISBN 978-5-94116-168-3



9 785941 161683 >

ISBN 978-5-94116-168-3

© Ткачева О.Н., Каракулина Е.В., Кобякова О.С. и др., 2025

© ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2025

© ОСП РГНКЦ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, 2025

© Министерство здравоохранения Российской Федерации, 2025

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Общие положения.	
<u>Актуальность разработки методических рекомендаций</u>	<u>4</u>
2. Нормативные правовые акты и иные документы, <u>использованные при разработке методических рекомендаций</u>	<u>6</u>
3. <u>Термины и определения. Список сокращений и условных обозначений</u>	<u>8</u>
4. Организация работы гериатрического кабинета в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь <u>в стационарных условиях</u>	<u>11</u>
4.1. цели создания, основные направления деятельности гериатрического <u>кабинета в условиях стационара</u>	<u>11</u>
4.2. основные принципы организации, рекомендуемые штатные нормативы <u>гериатрического кабинета в условиях стационара</u>	<u>11</u>
4.3. <u>функции гериатрического кабинета в условиях стационара</u>	<u>12</u>
4.4. <u>стандарт оснащения гериатрического кабинета в условиях стационара</u>	<u>13</u>
5. Алгоритм выявления гериатрических синдромов у пациентов в возрасте 60 лет и старше и оказания специализированной медицинской помощи с участием работников гериатрического кабинета	<u>15</u>
6. Оценка результативности работы гериатрического кабинета медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь <u>в стационарных условиях</u>	<u>27</u>
7. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи в случае консультации пациента, находящегося на лечении в условиях стационара на койке не геронтологического профиля, врачом-гериатром гериатрического <u>кабинета</u>	<u>32</u>
8. <u>Заключение</u>	<u>33</u>
9. <u>Приложения к методическим рекомендациям</u>	<u>35</u>
10. <u>Список литературы</u>	<u>62</u>

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. АКТУАЛЬНОСТЬ РАЗРАБОТКИ МЕТОДИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2024 года № 309, одним из целевых показателей национальной цели развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года является увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения до 78 лет к 2030 году и до 81 года к 2036 году.

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 7 апреля 2025 года № 830-р утверждена Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2030 года. Данная стратегия определяет приоритетные направления деятельности, в числе которых – охрана здоровья граждан старшего поколения, профилактика заболеваний и факторов риска их развития, повышение доступности медицинской помощи, в том числе на дому, внедрение инновационных методов диагностики и лечения, совершенствование лекарственного обеспечения, а также продление активного здорового долголетия.

Учитывая современные демографические тенденции, характеризующиеся старением населения и увеличением доли лиц пожилого и старческого возраста [1, 2], особое значение приобретает необходимость адаптации системы здравоохранения к потребностям данной возрастной группы. По данным Организации Объединенных Наций, к 2050 году каждый шестой житель планеты будет старше 65 лет, что свидетельствует о глобальном характере данного процесса [3, 4]. В Российской Федерации доля граждан в возрасте 55 лет и старше также демонстрирует устойчивый рост: с 21,1% в 1990 году до 30,0% в 2024 году [5].

Сложившаяся демографическая ситуация и прогноз ее дальнейшего развития обуславливают необходимость решения новых задач, направленных не только на удовлетворение базовых потребностей граждан старшего поколения и поддержание высокого уровня их жизнедеятельности, но и на создание благоприятных условий для сохранения и укрепления их здоровья [6].

В условиях старения населения возрастает потребность в медицинских услугах и лекарственном обеспечении, что создает дополнительную нагрузку на систему здравоохранения.

Анализ форм федерального статистического наблюдения за 2024 год [7, 8] демонстрирует существенную долю медицинской помощи, оказываемой лицам старше трудоспособного возраста, в общем объеме медицинской помощи взрослому населению: доля посещений при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях – 25,3%; доля оказанной медицинской помощи в условиях стационара – 38,3%; доля операций с применением высоких медицинских технологий – 56,4%; доля вызовов скорой медицинской помощи – 43,7%.

Возраст-ассоциированные гериатрические синдромы способствуют увеличению частоты обращений лиц пожилого и старческого возраста за

медицинской помощью, повышают риск госпитализаций и, как следствие, влияют на показатели общей смертности. Медицинская помощь в стационарных условиях является востребованным видом медицинской помощи у лиц пожилого и старческого возраста, при оказании которой особое значение приобретает тщательная диагностика факторов риска и профилактика возраст-зависимых отклонений состояния здоровья [9, 10].

Порядок оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия» утвержден Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 января 2016 года № 38н и регламентирует оказание медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста, а также иного возраста, при наличии старческой астении в условиях гериатрического отделения (кабинета) медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, гериатрического отделения медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, а также в гериатрических центрах. Вместе с тем, действующим Порядком не регламентирована организация медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста с гериатрическими синдромами в случае их госпитализации в стационарные отделения для оказания специализированной медицинской помощи по профилю основного заболевания на койки не геронтологического профиля.

В целях повышения доступности медицинской помощи для указанной категории пациентов приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 марта 2024 года № 148н «О внесении изменений в порядок оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия», утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 января 2016 года №38н» (вступающим в силу с 01 января 2026 года) предусматривается обязательное наличие гериатрического кабинета в структуре медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь взрослому населению в стационарных условиях, с мощностью коечного фонда от 400 коек и более.

Внедрение новых организационных гериатрических технологий оказания медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста, госпитализированным в стационарные отделения медицинских организаций для оказания специализированной медицинской помощи по профилю основного заболевания (за исключением случаев госпитализации по профилю «гериатрия») стало предпосылкой для разработки настоящих методических рекомендаций. Они описывают методические основы формирования оптимальной структуры и функционала гериатрических кабинетов в условиях многопрофильных стационаров [11], с целью унификации подходов к оказанию гериатрической помощи в данном формате.

2. НОРМАТИВНЫЕ ПРАВОВЫЕ АКТЫ И ИНЫЕ ДОКУМЕНТЫ, ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ ПРИ РАЗРАБОТКЕ

- Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
- Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
- Федеральный закон от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.01.2016 года № 38н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия» (с изменениями и дополнениями).
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2019 года № 1067н «О внесении изменений в Порядок оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия», утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.01.2016 года № 38н».
- Приказ Минздрава России от 29.03.2024 № 148н «О внесении изменений в Порядок оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия», утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 января 2016 г. № 38н».
- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 29.12.2021 года № 929 «О реализации в отдельных субъектах Российской Федерации в 2022 году Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе».
- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 27 декабря 2023 г. № 895 «О реализации в Российской Федерации в 2024 году Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе».
- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 27 декабря 2024 г. № 732 «О реализации в Российской Федерации в 2025 году Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе».
- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 17.06.2019 года № 413н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-гериатр».
- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 6 сентября 2024 года № 455н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист по социальной работе».

- Приказ Минздрава России от 02.05.2023 № 206н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием» (с изменениями и дополнениями).
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 08.07.2021 № 737н «Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при старческой астении (диагностика, лечение и диспансерное наблюдение)».
- Приказ Минздрава России от 18.11.2021 № 1068н «Об утверждении стандарта медицинской помощи при недостаточности питания (мальнутриции) у пациентов пожилого и старческого возраста (диагностика и лечение)».
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.12.2021 № 1145н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи пациентам пожилого и старческого возраста при падениях (диагностика и лечение)».
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 18.11.2021 № 1067н «Об утверждении стандарта медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста при хронической боли (диагностика и лечение)».
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.12.2021 № 1173н «Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при недержании мочи (диагностика, лечение и диспансерное наблюдение)».
- Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.02.2023 №17-1/3008890-4789 «О применении клинических рекомендаций».

3. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Термин	Определение
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
Инструментальная функциональная активность	Способность человека самостоятельно выполнять действия по самообслуживанию, более сложные, чем относящиеся к категории базовой функциональной активности (например: 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

Термин	Определение
Организации социального обслуживания	Организации, осуществляющие деятельность по предоставлению социальных услуг гражданам
Пожилой возраст	60 – 74 года
Полиморбидность (мультиморбидность)	Наличие у одного пациента двух или более хронических заболеваний вне зависимости от активности каждого из них
Полипрагмазия	Одномоментное назначение пациенту 5 и более наименований лекарственных препаратов или свыше 10 наименований при курсовом лечении
Профильное отделение	Отделение внутри стационара медицинской организации, оказывающее медицинскую помощь пациентам по определенному профилю медицинской помощи: терапия, кардиология, неврология, пульмонология, хирургия, эндокринология и др.
Сипинги	Вид нутритивно-метаболической поддержки, пероральное энтеральное питание, специальные сбалансированные составы (жидкие смеси) с высокой концентрацией белка и энергии в малом объеме
Социальная адаптация	Восстановление и поддержание навыков самообслуживания с учетом динамики имеющихся заболеваний, навыков полноценного социального взаимодействия в общественной среде
Социальная услуга	Действие(я) в сфере социального обслуживания по оказанию постоянной, периодической, разовой помощи, в том числе срочной помощи, гражданину в целях улучшения условий его жизнедеятельности и/или расширения его возможностей самостоятельно обеспечивать свои основные жизненные потребности
Старческая астения	Ключевой 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 тесно связан с другими гериатрическими синдромами и с полиморбидностью, может быть потенциально обратим и влияет на тактику ведения пациента
Старческий возраст	75 лет и старше (включая возраст долгожителей)
Уходовые процедуры	Процедуры, направленные на поддержание стабильного состояния и нормализацию самочувствия пациента, на решение возникших при заболевании(ях) физиологических и/или функциональных проблем (и связанных с ними дефицитов) для улучшения качества жизни.

Термин	Определение
С учетом особенностей продолжительности жизни, состояния здоровья и пенсионной системы согласно Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2030 года к гражданам старшего поколения условно относятся:	
Граждане с 60 до 64 лет	Активные в экономическом и социальном плане люди, продолжающие осуществлять трудовую деятельность
Граждане с 65 лет до 80 лет	Люди менее активные, многим из которых требуются медицинская помощь и социальные услуги
Граждане старше 80 лет	Люди, имеющие множественные проблемы со здоровьем и зачастую нуждающиеся в уходе и помощи

Список сокращений и условных обозначений

Сокращение	Расшифровка
ГКМС	гериатрический кабинет в условиях многопрофильного стационара
ССА	синдром старческой астении
КГО	комплексная гериатрическая оценка
АРМ	автоматизированное рабочее место
ЛФК	лечебная физическая культура
МКБ-10	международная классификация болезней десятого пересмотра
ВАШ	визуально-аналоговая шкала
MNA	Mini Nutritional assessment краткая шкала оценки питания
ШОСС (CAM)	шкала оценки спутанности сознания (Confusionassessmentmethod)

4. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО КАБИНЕТА В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ

4.1. Целями создания ГКМС является:

- повышение доступности и качества оказания специализированной медицинской помощи пациентам с гериатрическими синдромами в возрасте 60 лет и старше, находящимся на лечении в профильных отделениях стационара на койках не геронтологического профиля (далее – пациенты) за счет:
 - снижения у пациентов риска развития осложнений основного заболевания, обусловленных наличием гериатрических синдромов;
 - снижения риска развития у пациентов функциональных нарушений и зависимости от посторонней помощи;
- сокращение длительности пребывания пациентов пожилого и старческого возраста в стационаре;
- снижение внутрибольничной летальности среди пациентов в возрасте 60 лет и старше;
- профилактика повторных внеплановых госпитализаций пациентов пожилого и старческого возраста, связанных с ухудшением состояния здоровья, декомпенсацией заболеваний;
- выявление и профилактика у пациентов риска падений, делирия;
- профилактика и выявление состояний, обуславливающих нуждаемость в социальном обслуживании.

Основные направления деятельности ГКМС:

- выявление и оказание специализированной медицинской помощи пациентам с гериатрическими синдромами, находящихся на лечении в условиях стационара на койках не геронтологического профиля;
- мониторинг результатов оказания специализированной медицинской помощи пациентам с гериатрическими синдромами, находящихся на лечении в условиях стационара на койках не геронтологического профиля;
- обучение медицинского персонала профильных отделений стационара гериатрическим технологиям.

4.2. Основные принципы организации, рекомендуемые штатные нормативы ГКМС

ГКМС создается в составе медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь взрослому населению в стационарных условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение, для оказания консультативной медицинской помощи врачом-гериатром пациентам, госпитализированным в стационарные отделения для оказания специализированной медицинской помощи по

профилю основного заболевания (за исключением случаев госпитализации для оказания специализированной медицинской помощи по профилю «гериатрия»).

ГКМС создается и ликвидируется приказом руководителя медицинской организации. Руководство деятельностью ГКМС осуществляется заместителем руководителя медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях.

Рекомендуемые штатные нормативы ГКМС:

№ п/п	Наименование должности	Количество должностей, ед.
1.	Врач-гериатр	1 должность из расчета на 400 коек
2.	Медицинская сестра	1 на 1 должность врача-гериатра

Деятельность ГКМС осуществляется в соответствии с локальным нормативным документом, утверждающим Алгоритм выявления гериатрических синдромов у пациентов в возрасте 60 лет и старше и оказания специализированной медицинской помощи с участием работников гериатрического кабинета, а также на основе клинических рекомендаций (протоколов лечения) [12-13, 15, 17-19], с учетом стандартов медицинской помощи [20-24], методических рекомендаций [25], с применением клинических тестов [26].

Консультация врача-гериатра ГКМС проводится пациентам в следующих случаях:

пациенты, госпитализированные на койки не геронтологического профиля, в возрасте 60 лет и старше, у которых выявлен риск наличия гериатрических синдромов, или с установленной старческой астенией (по результатам ранее проведенной КГО):

- находящиеся на плановом лечении в условиях стационара;
- в случае поступления в стационар в состоянии, требующем оказания медицинской помощи в экстренной или неотложной форме, консультация проводится при стабилизации состояния пациента после проведения комплекса лечебно-диагностических мероприятий [12].

При необходимости в целях выполнения комплексной гериатрической оценки врач-гериатр МГБ вправе привлекать специалистов иных подразделений медицинской организации (психолог, инструктор по ЛФК, логопед, врач-невролог и другие), по согласованию с заведующим отделением, в котором они трудоустроены.

4.3. Функции ГКМС:

- проведение комплексной гериатрической оценки (КГО) пациентам с выявленными гериатрическими синдромами, оформление результатов КГО;

- консультирование лечащего врача по тактике ведения пациента с учетом выявленных гериатрических синдромов, в том числе на этапе периоперационного ведения;
- оценка рисков полипрагмазии при назначении лечащим врачом лекарственной терапии;
- консультирование и обучение медицинских работников отделений не геронтологического профиля по вопросам оказания медицинской помощи и ухода за пациентами пожилого и старческого возраста;
- предоставление при выписке пациента рекомендаций по физической активности, питанию и другие, в т.ч. при необходимости, по организации социальной помощи и ухода;
- консультирование родственников (законных представителей) пациентов;
- взаимодействие в пределах компетенции со специалистами по социальной работе и социальными работниками организаций социального обслуживания в целях обеспечения оказания социальной помощи и социальной адаптации пациентов с гериатрическими синдромами;
- мониторинг выполнения сформированного индивидуального плана ухода за пациентом на период стационарного лечения, заполнения листа динамического наблюдения за пациентом;
- выполнение иных функций, предусмотренных локальными нормативными актами медицинской организации.

4.4. Стандарт оснащения ГКМС

Для осуществления деятельности ГКМС выделяется помещение, оснащение которого осуществляется в соответствии с рекомендуемым стандартом оснащения:

№ п/п	Наименование	Требуемое количество, шт.
1.	Измеритель артериального давления, сфигмоманометр	не менее 1
2.	Стетофонендоскоп	не менее 1
3.	Динамометр	не менее 1
4.	Отоскоп	не менее 1
5.	Устройство для усиления звука	1 на 1 врача-гериатра
6.	Таблица Розенбаума	1 на 1 врача-гериатра
7.	Трость телескопическая	не менее 1
8.	Ходунки	не менее 1
9.	Медицинская кушетка, регулируемая по высоте	не менее 1
10.	Лупа ручная	не менее 1
11.	Анализатор глюкозы в крови (глюкометр), экспресс-анализатор портативный	не менее 1

№ п/п	Наименование	Требуемое количество, шт.
12.	Весы с ростоммером	не менее 1
13.	Лента измерительная	не менее 1
14.	Рабочее место медицинской сестры	не менее 1
15.	Рабочее место врача-гериатра	1 на 1 врача-гериатра
16.	Секундомер	не менее 1
17.	Персональный компьютер или автоматизированное рабочее место (АРМ)	1 на 1 рабочее место
18.	Принтер или многофункциональное устройство: принтер-копировальный аппарат-сканер	не менее 1
19.	Шкаф для документов	не менее 1
20.	Вешалка для одежды	не менее 1
21.	Комплект наглядных пособий	не менее 1

5. АЛГОРИТМ ВЫЯВЛЕНИЯ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ У ПАЦИЕНТОВ В ВОЗРАСТЕ 60 ЛЕТ И СТАРШЕ И ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С УЧАСТИЕМ РАБОТНИКОВ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО КАБИНЕТА

При плановой госпитализации в многопрофильный стационар пациентов в возрасте 60 лет и старше на уровне приемного отделения медицинскими работниками проводится определение риска падений и признаков делирия. После поступления пациента в любое профильное отделение – средним медицинским персоналом осуществляется определение риска старческой астении. При выявлении указанных гериатрических синдромов – информация передается лечащим врачом сотрудникам гериатрического кабинета многопрофильного стационара.

В случае поступления пациента в стационар в состоянии, требующем оказания медицинской помощи в экстренной или неотложной форме, комплексная гериатрическая оценка, включая проведение скринингов (опросников) с целью выявления гериатрических синдромов, осуществляется после стабилизации его состояния с учетом мультидоменного подхода [12].

В случаях острой патологии или декомпенсации хронических заболеваний, пациентам, при наличии необходимости, может быть проведена консультация врача-гериатра, включающая элементы комплексной гериатрической оценки в рекомендуемом объеме согласно приложению №6 к настоящим методическим рекомендациям, с акцентом на выявление основных гериатрических синдромов, и может быть дополнена другими тестами (шкалами) с учетом клинической ситуации.

В целях планирования и улучшения исходов лечения рекомендуется проведение комплексной гериатрической оценки у пациентов пожилого и старческого возраста перед выполнением плановых хирургических вмешательств. Данная оценка позволит определить соотношение пользы и риска вмешательства, спрогнозировать потенциальные изменения функционального статуса пациента, оценить его потребности в посторонней помощи и уходе, а также спланировать необходимый объем реабилитационных мероприятий.

1. Порядок выявления, идентификации и последующего сопровождения пациентов с высоким риском падения

1.1 В приемном отделении стационара при поступлении на госпитализацию пациентов в возрасте 60 лет и старше медицинской сестрой приемного отделения проводится скрининг в целях выявления пациентов с высоким риском падений [13-14].

1.2 Скрининг осуществляется с применением Опросника для выявления пациентов с высоким риском падений, результаты которого фиксируются на бланке (Приложение №1 к настоящим методическим рекомендациям), который приобщается к медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях

дневного стационара (учетная форма 003/у) (далее – медицинская карта пациента).

1.3 При выявлении пациента с высоким риском падений медицинская сестра приемного отделения стационара:

3.3.1. информирует врача приемного отделения о результатах скрининга;

3.3.2. на запястье пациента надевает браслет ЖЕЛТОГО цвета;

3.3.3. вызывает медицинский персонал для сопровождения и транспортировки пациента в профильное отделение стационара.

1.4 Врач приемного отделения вносит в медицинскую карту пациента (в раздел «Первичный осмотр врачом приемного отделения») сведения о выявленном высоком риске падения.

1.5 В течение первых суток госпитализации лечащий врач профильного отделения информирует врача-гериатра гериатрического кабинета о выявлении пациента с высоким риском падения для проведения комплексной гериатрической оценки (далее – КГО) и вынесения рекомендаций по дальнейшей тактике ведения пациента.

1.6 Все случаи падений пациентов, находящихся на лечении в стационарных условиях, вне зависимости от возраста пациента, регистрируются медицинскими сестрами профильных отделений в Журнале регистрации падений в отделении (Приложение №2 к настоящим методическим рекомендациям), в том числе при реализации функциональной возможности ведения Журнала в медицинской информационной системе (МИС).

1.7 Подробная информация о случае падения вносится лечащим/дежурным врачом в медицинскую карту пациента, информация о падении указывается при выписке пациента в выписном эпикризе.

1.8 Информация о каждом случае падения пациентов в возрасте 60 лет и старше передается лечащим/дежурным врачом сотрудникам гериатрического кабинета не позднее следующего рабочего дня после падения.

В случае падения пациента в возрасте 60 лет и старше, в отношении которого ранее не проводилась КГО, работниками гериатрического кабинета проводится КГО в порядке, установленном настоящим Алгоритмом, в течение 1 рабочего дня со дня падения.

1.9 В случае падения пациентов в возрасте до 60 лет тактика ведения пациента определяется лечащим врачом профильного отделения при взаимодействии, в случае необходимости, с врачами-специалистами, без участия работников гериатрического кабинета.

1.10 Перемещение (транспортировка) внутри медицинской организации пациента с высоким риском падений осуществляется строго в сопровождении персонала профильного отделения.

2. Порядок выявления признаков делирия (спутанности сознания) у пациентов в возрасте 60 лет и старше

2.1 Врач приемного отделения:

2.1.1 при поступлении на госпитализацию пациентов в возрасте 60 лет и старше проводит оценку спутанности сознания по Шкале оценки спутанности

сознания (ШОСС) [14, 15, 26], фиксирует результаты в бланке (Приложение №3 к настоящим методическим рекомендациям), который приобщает к медицинской карте пациента.

2.1.2 при выявлении пациента с делирием организует вызов врача из профильного отделения стационара для определения дальнейшей тактики ведения пациента (консультация врача-психиатра, перевод пациента в палату интенсивной терапии). При отсутствии врача-психиатра в штате медицинской организации – используется возможность проведения консультации с применением телемедицинских технологий, или в рамках заключенного со специалистом договора гражданско-правового характера.

2.2 При проведении оценки спутанности сознания врач приемного отделения проводит опрос лиц, сопровождающих пациента, на предмет изменений психического статуса пациента в течение последних 24 часов.

2.3 При отсутствии сопровождающих, которые помогут оценить изменения состояния пациента в течение последних 24 часов, на бланке ШОСС фиксируется надпись «без сопровождения» за подписью врача приемного отделения. В этом случае, оценка пациента по ШОСС проводится повторно в профильном отделении лечащим врачом в конце первых суток пребывания в стационаре.

2.4 Лечащий врач профильного отделения при выявлении пациента с делирием по результатам ШОСС:

2.4.1 организует консультацию пациента врачом-психиатром. При отсутствии врача-психиатра в штате медицинской организации – используется возможность проведения консультации с применением телемедицинских технологий, или в рамках заключенного со специалистом договора гражданско-правового характера;

2.4.2 информирует врача-гериатра гериатрического кабинета в течение первых суток после выявления пациента с делирием для определения дальнейшей тактики ведения.

2.5 Все случаи делирия фиксируются медицинской сестрой профильного отделения в Журнале регистрации делирия (Приложение №4 к настоящим методическим рекомендациям).

2.6 Информация о возникновении спутанности сознания указывается при выписке пациента в выписном эпикризе.

Алгоритм выявления гериатрических синдромов у пациентов в возрасте 60 лет и старше в приемном отделении стационара.

ЧАСТЬ 1

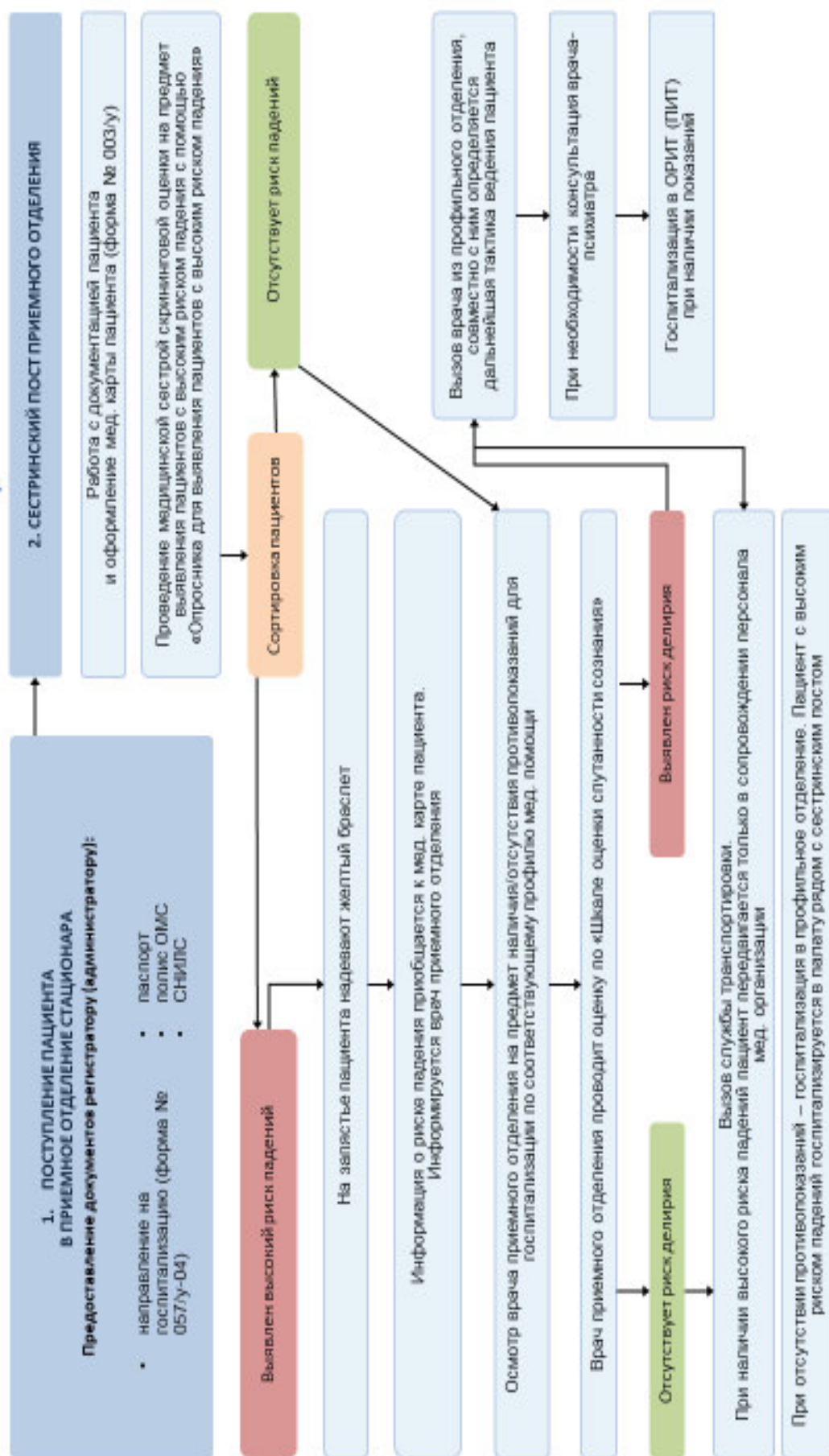


Рисунок 1 – Алгоритм выявления гериатрических синдромов у пациентов в возрасте 60 лет и старше в приемном отделении стационара

3. Порядок выявления старческой астении у пациентов в возрасте 60 лет и старше

3.1 Медицинская сестра профильного отделения:

3.1.1 в первые сутки госпитализации проводит опрос пациентов в возрасте 60 лет и старше с использованием опросника «Возраст не помеха» (Приложение №5 к настоящим методическим рекомендациям);

3.1.2 фиксирует результаты опроса в бланке опросника «Возраст не помеха»;

3.1.3 доводит информацию о результатах опроса до лечащего врача в день проведения опроса.

3.2 При сумме баллов ≥ 5 (пять и более) по результатам опроса [12] лечащий врач профильного отделения:

3.2.1 вносит в медицинскую карту пациента сведения о вероятности наличия у пациента синдрома старческой астении;

3.2.2 передает информацию о пациенте с вероятной старческой астенией врачу-гериатру гериатрического кабинета не позднее 1 рабочего дня со дня выявления.

Алгоритм выявления гериатрических синдромов у пациентов в возрасте 60 лет и старше в профильных стационарных отделениях (за исключением гериатрического отделения)

ЧАСТЬ 2

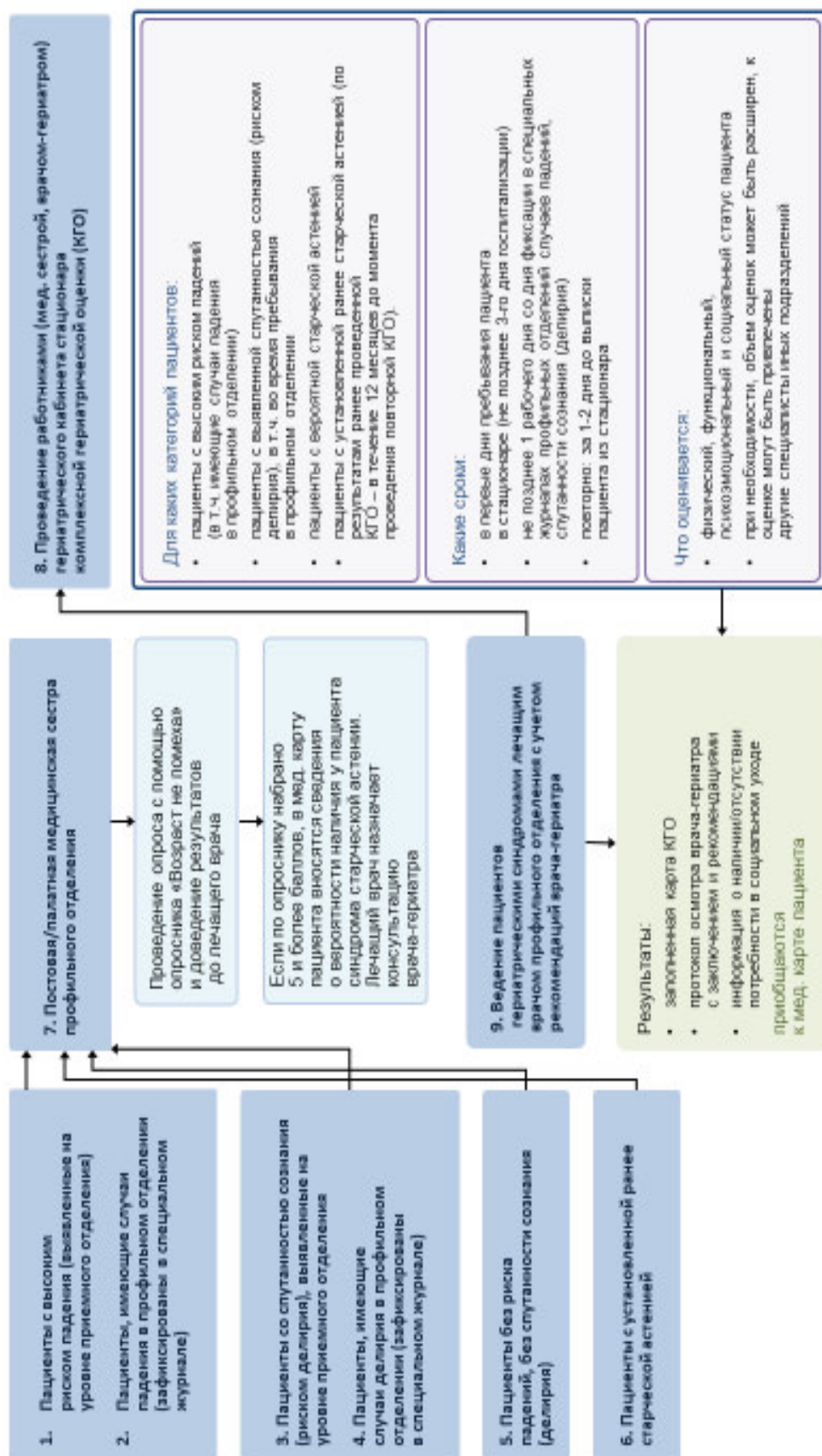


Рисунок 2 – Алгоритм выявления гериатрических синдромов у пациентов в возрасте 60 лет и старше в профильных стационарных отделениях (за исключением гериатрического отделения)

4. Проведение работниками гериатрического кабинета стационара комплексной гериатрической оценки (КГО)

4.1. При плановой госпитализации в стационар пациентов в возрасте 60 лет и старше, в случае выявления риска падений, старческой астении или признаков делирия, лечащий врач передает соответствующую информацию сотрудникам гериатрического кабинета многопрофильного стационара для организации консультации врача-гериатра и проведения КГО.

В случае поступления пациента в стационар в состоянии, требующем оказания медицинской помощи в экстренной или неотложной форме, КГО, включая проведение скринингов (опросников) с целью выявления гериатрических синдромов, осуществляется после стабилизации его состояния с учетом мультидоменного подхода [12].

В случаях острой патологии или декомпенсации хронических заболеваний, пациентам, при наличии необходимости, может быть проведена консультация врача-гериатра, включающая элементы КГО в рекомендованном объеме согласно приложению №6 к настоящим методическим рекомендациям, с акцентом на выявленные основных гериатрических синдромов, и может быть дополнена другими тестами (шкалами) с учетом клинической ситуации.

Рекомендуется проведение КГО пациентам пожилого и старческого возраста перед выполнением плановых хирургических вмешательств в целях определения соотношения пользы и риска для пациента оперативного вмешательства, прогноза потенциальных изменений его функционального статуса, оценки потребности в посторонней помощи и уходе, планирования необходимого объема реабилитационных мероприятий.

4.2. КГО проводится врачом-гериатром гериатрического кабинета совместно с медицинской сестрой гериатрического кабинета в профильном отделении, куда госпитализирован пациент, или в выделенном помещении гериатрического кабинета, в зависимости от состояния пациента.

4.3 КГО выполняется следующим категориям пациентов:

— пациенты с высоким риском падений в соответствии с разделом 2 Алгоритма;

— пациенты с выявленным делирием в соответствии с разделом 3 Алгоритма;

— пациенты с вероятной старческой астенией по результатам опроса в соответствии с разделом 4 Алгоритма;

— пациенты с ранее установленной старческой астенией.

4.4 КГО выполняется в сроки:

4.4.1 в первые дни пребывания пациента в стационаре (не позднее 3-го дня госпитализации) для обеспечения наиболее рационального обследования, лечения, организации профилактических мероприятий, направленных на предупреждение развития возможных осложнений (снижение функционального статуса, падений, когнитивных нарушений).

В случае поступления пациента в стационар в состоянии, требующем оказания медицинской помощи в экстренной или неотложной форме, КГО, включая проведение скринингов (опросников) с целью выявления

гериатрических синдромов, осуществляется после стабилизации его состояния [12];

4.4.2 повторно, за 1-2 дня до выписки пациента из стационара, с целью оценки динамики функционального статуса.

4.5 КГО проводится по четырем доменам: оценивается физический, функциональный, психоэмоциональный и социальный статус пациента в соответствии с представленной картой КГО (Приложение №6 к настоящим методическим рекомендациям). При необходимости в соответствии с клинической ситуацией объем оценок может быть расширен по решению врача-гериатра гериатрического кабинета.

4.6 Для выполнения КГО врач-гериатр гериатрического кабинета вправе привлекать специалистов иных подразделений медицинской организации (врача-физиотерапевта, врача-диетолога, медицинского психолога, логопеда, инструктора-методиста по ЛФК, врача-психиатра, врача-невролога и других).

4.7 При выполнении КГО врачом-гериатром гериатрического кабинета заполняется карта КГО (Приложение №6 к настоящим методическим рекомендациям), формируется протокол осмотра врачом-гериатром гериатрического кабинета с перечнем рекомендаций (Приложение №7 к настоящим методическим рекомендациям), которые приобщаются к медицинской карте пациента.

4.8 В рамках КГО врач-гериатр гериатрического кабинета также определяет наличие потребности пациента в социальном обслуживании (уходе).

4.9 Основанием для возникновения потребности пациента в социальном уходе является [27-31]:

- полная или частичная утрата способности либо возможности осуществлять самообслуживание;
- полная или частичная утрата способности самостоятельно передвигаться;
- полная или частичная утрата обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания, травмы, возраста, наличия инвалидности.

5. Порядок ведения пациентов с гериатрическими синдромами на основе комплексной гериатрической оценки

5.1 Дальнейшее лечение пациента осуществляется лечащим врачом профильного отделения с учетом рекомендаций врача-гериатра гериатрического кабинета [32, 33].

5.2 Лечащий врач вносит назначения в Индивидуальный план сестринского ухода (Приложение №8 к настоящим методическим рекомендациям), в Лист динамического наблюдения за пациентом (Приложение №9 к настоящим методическим рекомендациям), которые приобщаются к медицинской карте пациента.

5.3 Средний и младший медицинский персонал профильного отделения выполняют назначения в соответствии с Индивидуальным планом сестринского ухода, Листа динамического наблюдения, в том числе, с учетом

возможных корректировок в связи с изменениями в соматическом или функциональном статусе пациента [34, 35].

5.4 Медицинские сестры профильных отделений осуществляют заполнение Индивидуального плана сестринского ухода, Листа динамического наблюдения за пациентом с отметкой даты реализации мероприятий.

5.5 Медицинская сестра гериатрического кабинета может быть привлечена для обучения среднего и младшего медицинского персонала профильных отделений, лиц, осуществляющих уход за пациентом в возрасте 60 лет и старше с гериатрическими синдромами:

5.5.1 проведению дополнительных уходовых процедур (уходовые процедуры за кожей в рамках профилактики развития пролежней, техника кормления при дисфагии, использование загустителей и сипингов для людей с нарушенным питанием, использование средств социальной адаптации и др.);

5.5.2 особенностям персонального ухода за пациентом (нестандартные ситуации, сложные проблемы в результате делирия, падений, дисфагии, риска развития пролежней и т.д.).

5.6 Врач-гериатр гериатрического кабинета проводит осмотр пациента за период госпитализации не менее 2 раз, но не реже 1 раза в неделю, с целью оценки динамики состояния пациента. Результат осмотра фиксируется в медицинской карте пациента.

6. Порядок выписки пациентов с гериатрическими синдромами из стационара

6.1 Лечащий врач при оформлении выписного эпикриза пациента, имеющего гериатрические синдромы, в заключительный диагноз, в раздел «сопутствующие заболевания», одним из сопутствующих заболеваний указывает диагноз «Старческая астения» (код по МКБ-10: R54) с уточнением степени тяжести, описанием функциональных нарушений, других гериатрических синдромов.

Диагноз должен быть согласован с врачом-гериатром гериатрического кабинета. В диагнозе должны быть отражены все выявленные гериатрические синдромы. Старческая астения не может быть единственным выявленным гериатрическим синдромом.

6.2 Врач-гериатр гериатрического кабинета оформляет выписной эпикриз врача-гериатра (Приложение №10 к настоящим методическим рекомендациям), в котором указывает (с учетом согласования с лечащим врачом): диагноз, рекомендации по физической активности, питанию, лекарственной и немедикаментозной терапии, реабилитации, уходу (при необходимости), дополнительным лечебно-диагностическим процедурам, их кратности и срокам выполнения [14, 36-44].

6.3 В выписном эпикризе врача-гериатра гериатрического кабинета также отражается информация:

6.3.1 о случаях падения пациента с указанием даты и последствиях падения;

6.3.2 о возникновении спутанности сознания в период госпитализации;

6.3.3 о нуждаемости пациента в уходе и социально-бытовой помощи.

6.4 Документы, формируемые пациенту при выписке (выписной эпикриз лечащего врача, выписной эпикриз врача-гериатра гериатрического кабинета), направляются в день выписки пациента в медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь по месту медицинского обслуживания пациента.

6.5 При установлении у пациента потребности в социальном обслуживании (уходе) по итогам КГО медицинская сестра гериатрического кабинета в день выписки пациента передает информацию о пациенте в Региональный координационный центр в сфере социального обслуживания граждан в рамках регионального регламента межведомственного взаимодействия в системе долговременного ухода.

До направления указанной информации медицинская сестра КГС обеспечивает оформление письменного согласия пациента (его законного представителя) на передачу данной информации. (Примечание: согласно п. 3 статьи 13. «Соблюдение врачебной тайны» федерального закона № 323-ФЗ: Согласие на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, может быть выражено также в информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство).

Алгоритм ведения пациентов в возрасте 60 лет и старше с гериатрическими синдромами в профильных стационарных отделениях (за исключением гериатрического отделения).

ЧАСТЬ 3

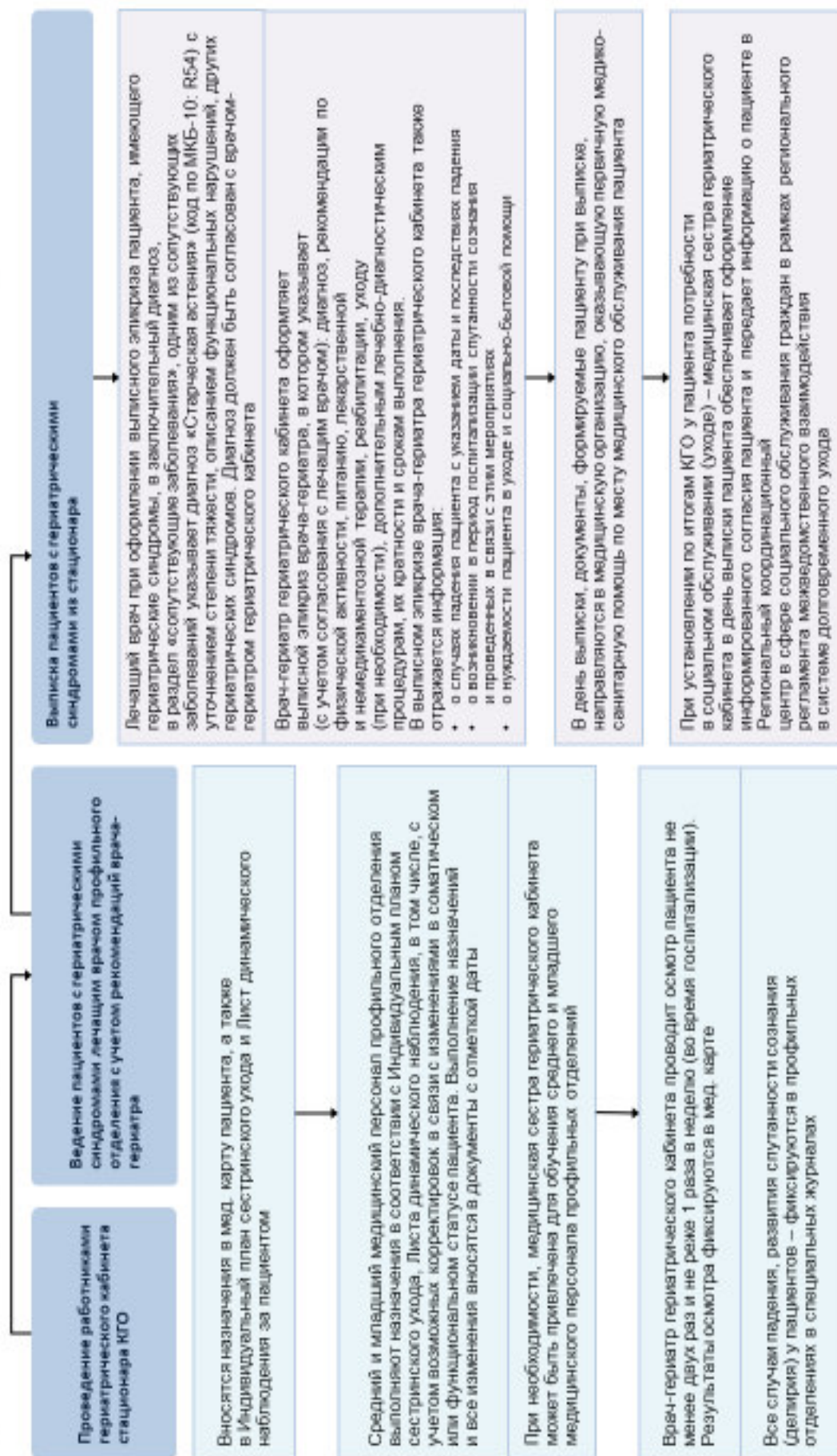


Рисунок 3 – Алгоритм ведения пациентов в возрасте 60 лет и старше с гериатрическими синдромами в профильных стационарных отделениях (за исключением гериатрического отделения)

7. Контроль качества медицинской помощи

7.1 В рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности комиссией по контролю качества и безопасности медицинской деятельности проводится оценка применения лечащим врачом рекомендаций врача-гериатра гериатрического кабинета, а также надлежащее выполнение работниками стационара мероприятий, предусмотренных Алгоритмом.

7.2 Случаи выявления несоответствий фиксируются в документации по контролю качества и безопасности медицинской деятельности, которая предоставляется заместителю главного врача, курирующего работу ГКМС, для принятия организационных решений по устранению выявленных несоответствий. В случаях, требующих коллегиального решения, выносится заключение консилиума.

8. Информационное взаимодействие участников

8.1 Информационное взаимодействие работников приемного отделения, профильных отделений стационара, работников гериатрического кабинета и иных лиц осуществляется посредством электронной почты и иными способами (определяется по каждому процессу взаимодействия).

6. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ РАБОТЫ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО КАБИНЕТА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ

С целью объективной оценки результативности деятельности ГКМС предлагаются целевые показатели:

№ п/п	Наименование целевого показателя	Методика расчета
1	Удельный вес консультирования пациентов в возрасте 60 лет и старше, находящихся на стационарном лечении на койках не геронтологического профиля, врачом-гериатром гериатрического кабинета многопрофильного стационара, %	Числитель - число пациентов в возрасте 60 лет и старше, проконсультированных врачом-гериатром гериатрического кабинета (человек)
		Знаменатель - число пациентов в возрасте 60 лет и старше, выбывших из стационара (выписанные + умершие), находившихся на лечении на койках не геронтологического профиля (человек)
2	Длительность госпитализации пациентов в возрасте 60 лет и старше, находящихся на стационарном лечении на койках не геронтологического профиля, дни	Числитель - число койко-дней, проведенных пациентами в возрасте 60 лет и старше на койках не геронтологического профиля (дни)
		Знаменатель - число пациентов в возрасте 60 лет и старше, выбывших из стационара (выписанные + умершие), находившихся на лечении на койках не геронтологического профиля (человек)
3	Больничная летальность лиц пожилого и старческого возраста, находившихся на стационарном лечении на койках не геронтологического профиля, %	Числитель - число умерших пациентов в возрасте 60 лет и старше в стационаре на койках не геронтологического профиля (человек)
		Знаменатель - число пациентов в возрасте 60 лет и старше, выбывших из стационара (выписанные + умершие), находившихся на лечении на койках не геронтологического профиля (человек)
4	Доля повторных госпитализаций в течение 30 дней пациентов в возрасте 60 лет и старше, выписанных после стационарного лечения на койках не геронтологического профиля, %	Числитель - число пациентов, повторно госпитализированных в стационары на койки не геронтологического профиля в течение 30 календарных дней с даты выписки из стационара (человек)
		Знаменатель - число пациентов в возрасте 60 лет и старше, выбывших за предыдущий период предоставленного отчета (при установленной периодичности месяц) из стационара, находившихся на лечении на койках не геронтологического профиля (человек)

№ п/п	Наименование целевого показателя	Методика расчета
5	Число случаев падений пациентов в возрасте 60 лет и старше, абс. число	Число случаев падений у всех пациентов в возрасте 60 лет и старше в период госпитализации (абс.)
6	Число случаев делирия пациентов в возрасте 60 лет и старше, абс. число	Число случаев делирия у всех пациентов в возрасте 60 лет и старше в период госпитализации (абс.)
7	Динамика результатов комплексной гериатрической оценки	Разница суммы баллов по тестам (опросникам, шкалам) первичной и повторной КГО в динамике за период госпитализации, отдельный учет: - число пациентов с ухудшением функционального статуса (по результатам повторного КГО), чел.; - число пациентов без изменения функционального статуса (по результатам повторного КГО), чел.; - число пациентов с улучшением функционального статуса (по результатам повторного КГО), чел.

Мониторинг результативности работы ГКМС рекомендуется проводить не реже 1 раза в квартал нарастающим итогом, за исключением целевого показателя «Доля повторных госпитализаций в течение 30 дней пациентов в возрасте 60 лет и старше, выписанных после стационарного лечения на койках не геронтологического профиля», для расчета данного показателя информация анализируется за период отчетного месяца и месяца, предшествующего отчетному. Для обеспечения объективности показателя повторных госпитализаций необходимо учитывать все случаи госпитализации пациентов пожилого и старческого возраста в течение месяца после выписки из стационара, за исключением плановой госпитализации, в медицинские организации вне зависимости от формы собственности и ведомственной принадлежности, включая негосударственные медицинские организации и организации федерального подчинения.

Кроме оценки показателей результативности рекомендуется на начальном этапе организации работы ГКМС осуществлять мониторинг статуса мероприятий в разрезе ГКМС и структурных подразделений стационара:

Статус реализации мероприятий по организации гериатрического кабинета в условиях стационара						
Гериатрический кабинет организован (да / нет)	Дата начала работы гериатрического кабинета	Профиль отделений стационара, закрепленных для консультаций врача-гериатра кабинета (перечислить)	Организационный статус гериатрического кабинета (согласно штатному расписанию)			
			Выделенное структурное подразделение (да / нет)	В составе отделения стационара (наименование отделения)	Сотрудники гериатрического кабинета	Доля занимаемой ставки
					Врач-гериатр	Сотрудник основной, совместитель (внешний / внутренний)
					Медицинская сестра	

Организация работы приемного отделения									
Скрининг риска падений		Скрининг риска делирия			Маркировка браслетами пациентов с высоким риском падений		Оформление учетных форм (опросников)		Организация сопровождения пациентов в профильные отделения
проведен скрининг (количество чел.)	выявлен риск (количество чел.)	проведен скрининг (количество чел.)	выявлен риск (количество чел.)	организация на (да/нет)	бумажный вариант	МИС	организация сопровождения (да/нет)	кто сопровождает пациентов	

Организация работы профильного (не гериатрического) отделения стационара											
Наименование отделения (согласно перечню отделений, закрепленных для консультаций врача-гериатра кабинета)	Скрининг старческой «Возраст не помеха»	риск старческой астении	Диагностика старческой астении – комплексная гериатрическая оценка (КГО)		Оформлен индивидуальный планов сестринского ухода за пациентом / Листов динамического наблюдения за пациентом на основании консультации врача-гериатра (количество чел.)	Журнал случаев падения в отделении	Журнал регистрации в делирия в отделении	Журнал регистрации в делирия в отделении	Журнал регистрации в делирия в отделении	Журнал регистрации в делирия в отделении	
			проведено (количество чел.)	выявлен риск (количество чел.)							первичные КГО (количество чел.)
						ведется (да / нет)	оформлен журнал а (бумажный вариант / МИС)	число зафиксированных в журнале падений, ед.	ведется (да / нет)	оформлен журнал а (бумажный вариант / МИС)	число зафиксированных в журнале случаев делирия, ед.
Терапевтическое											
Неврологическое											
Кардиологическое											
...											

Организация работы гериатрического кабинета стационара										
Журнал врача-гериатра гериатрического кабинета многопрофильного стационара			Число проводимых консультаций за 1 рабочий день (количество чел.)		Число оформленных врачом-гериатром рекомендаций по терапии, уходу, питанию и т.д. для лечащего врача (количество чел.)	Количество оформленных эпикризов врача-гериатра с рекомендациями (количество чел.)	определение потребности пациента в социальном обслуживании (уходе)			Количество консультаций по уходу медицинский сестры гериатрического кабинета, проведенных для среднего мед. персонала (ухаживающих лиц) в профильных отделениях (количество чел.)
ведется (да / нет)	оформление журнала (бумажный вариант / МИС)	число зафиксированных в журнале пациентов, проконсультированных врачом-гериатром (кол-во чел.)	первичное КТО	повторное КТО			выявленная потребность (количество чел.)	информация направлена в мед. организации по месту медицинского обслуживания (количество чел.)		

Мониторинг статуса мероприятий рекомендуется проводить в ежемесячном режиме, без нарастающего итога, с анализом динамики данных в сравнении с предшествующим отчетным периодом. Кроме того, рекомендуется фиксировать в разрезе каждого структурного подразделения возникшие при реализации мероприятий проблемы и намеченные пути их решения.

7. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СЛУЧАЕ КОНСУЛЬТАЦИИ ПАЦИЕНТА, НАХОДЯЩЕГОСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА НА КОЙКЕ НЕ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ, ВРАЧОМ-ГЕРИАТРОМ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО КАБИНЕТА

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Наличие в медицинской документации пациента в возрасте 60 лет и старше заполненных шкал (опросников) по выявлению риска / наличия гериатрических синдромов	Да/Нет
2.	В медицинской документации пациента в возрасте 60 лет и старше зафиксировано наличие / отсутствие риска падений, делирия, старческой астении	Да/Нет
3.	При выявлении у пациента в возрасте 60 лет и старше рисков и/или наличии в анамнезе гериатрических синдромов – проведена комплексная гериатрическая оценка врачом-гериатром (при необходимости, совместно с медицинской сестрой) гериатрического кабинета стационара и оформлена карта комплексной гериатрической оценки	Да/Нет
4.	По результатам консультации врача-гериатра гериатрического кабинета стационара оформлен протокол осмотра врача-гериатра	Да/Нет
5.	В случае выявления у пациента гериатрического синдрома (синдромов) врач-гериатр гериатрического кабинета стационара оформляет рекомендации по уходу и лечению пациента в профильном отделении	Да/Нет
6.	В случае заключения врача-гериатра гериатрического кабинета стационара о наличии у пациента старческой астении, в заключительном диагнозе, в разделе «сопутствующие заболевания», указывается диагноз «Старческая астения» (код по МКБ-10: R54) с обязательным уточнением степени тяжести и описанием функциональных нарушений, а также всех выявленных гериатрических синдромов	Да/Нет
7.	При выписке из стационара пациента с гериатрическим синдромом (синдромами) оформлен выписной эпикриз с перечнем рекомендаций врача-гериатра гериатрического кабинета стационара	Да/Нет

8. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время действующая система организации оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях и условиях круглосуточного стационара не в полной мере соответствует потребностям населения пожилого и старческого возраста, что в свою очередь снижает эффективность оказания медицинской помощи, увеличивает риск прогрессирования имеющихся заболеваний, увеличение больничной летальности и вероятность преждевременной смертности, снижает продолжительность активной жизни.

Медицинская помощь, оказанная в условиях стационара, является высоко востребованным видом медицинской помощи у лиц пожилого и старческого возраста. На сегодня активно развивается так называемый проактивный подход, направленный на выявление и прогнозирование будущих проблем у пациентов с возраст-ассоциированными заболеваниями, и нацеленный на риск-ориентированный подход в оказании медицинской помощи гражданам пожилого и старческого.

Анализ действующей нормативной правовой базы, регламентирующей оказание медицинской помощи по профилю «гериатрия», выявил отсутствие регулирования процессов организации медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста с гериатрическими синдромами в случае их госпитализации в стационарные отделения для оказания специализированной медицинской помощи по профилю основного заболевания на койки не геронтологического профиля. Настоящие методические рекомендации, основанные на практическом опыте, содержат описание методических основ и унифицированных подходов к формированию оптимальной структуры и функционала гериатрических кабинетов в стационарных условиях.

Применение методических рекомендаций позволит значительно улучшить доступность и качество оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия» для населения Российской Федерации, обеспечить преемственность между амбулаторно-поликлиническим и стационарным этапами оказания медицинской помощи указанным пациентам, обеспечить, при необходимости, взаимодействие со специалистами по социальной работе и социальными работниками организаций социального обслуживания в целях оказания социальной помощи и социальной адаптации пациентов с гериатрическими синдромами, повысить уровень удовлетворенности пациентов пожилого и старческого возраста оказанной медицинской помощью. С учетом исполнения мероприятий в рамках методических рекомендаций по осуществлению мер для сохранения жизни и снижению

смертности граждан пожилого и старческого возраста – применение методических рекомендаций может привести к увеличению ожидаемой продолжительности жизни в Российской Федерации.

Применение организационных решений и положение о ГКМС носит рекомендательный характер и может быть адаптировано под условия деятельности отдельных медицинских организаций или региональных систем здравоохранения в целом.

9. ПРИЛОЖЕНИЯ К МЕТОДИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ

Приложение 1

Опросник для выявления пациентов с высоким риском падений

Дата:

Время:

ФИО пациента:

№ истории болезни:

Наименование отделения:

Падения за последний год	Нет	0	
	1 раз и без травм	1	
	≥2 раз и/или с переломами	2	
Мобильность	Самостоятельное передвижение	0	
	Передвигается с поддержкой и/или трость/ходунки/костыли	1	
	Передвигается в инвалидном кресле	2	
Сумма баллов: 2 и более – высокий риск падений МАРКИРОВКА – ЖЕЛТЫЙ БРАСЛЕТ			

Должность и подпись лица, проводившего опрос _____

Журнал регистрации случаев падения в отделении*

(наименование отделения)

ФИО паци ента	№ истории болезни пациент а, наимено вание отделен ия	Возра ст паци ента	Риск паде ния до случ ая паде ния	Дата, время и место паден ия	Тяжес ть состо яния после паден ия	Вид трав мы и ее тяже сть	Тактика ведения пациент а после падения (перевод в ОРИТ, вызов врача- хирурга, перевод в др. стациона р)	Дата передачи информац ии о падении сотрудник ам гериатрич еского кабинета	Лицо, выявив шее случай падени я (должн ость), подпис ь сотруд ника
Иван ов ИИ	23451, терапия	78	высо кий	25.10. 2023 05:45, туале т	Средн ей тяже сти	Пере лом лучев ой кост и	Вызов хирурга, обезболи вание, иммобил изация	25.10.2023 г	Дежурн ая медсес тра

* журнал ведется в каждом отделении стационара

* рекомендуется реализовать функциональную возможность ведения журнала в медицинской информационной системе (МИС), при невозможности реализации - рекомендуется ведение журнала в электронном виде в формате EXCEL (для последующей выборки и анализа информации)

Шкала оценки спутанности сознания (ШОСС)

Дата:

Время:

ФИО пациента:

№ истории болезни:

Наименование отделения:

1 этап	Острота и волнообразность изменений психического статуса: Имеются ли изменения психического статуса относительно исходного уровня? ИЛИ Отмечались ли волнообразные изменения психического статуса в течение последних 24 часов?	Если на оба вопроса ответ «нет» → ДЕЛИРИЯ НЕТ Если на один из вопросов ответ «Да» → пункт 2																
2 этап	Нарушение внимания: “Сжимайте мою руку каждый раз, когда я скажу букву А” Прочитайте следующую последовательность букв: «Л А М П А А Л А Д Д И Н А» ОШИБКИ: Не сжимает на букву А и сжимает на другие буквы	Если 0-2 ошибки → ДЕЛИРИЯ НЕТ Если >2 ошибок → пункт 3																
3 этап	Изменения уровня сознания Уровень сознания на текущий момент по шкале RASS <table><tr><td>+4</td><td>АГРЕССИВЕН: пациент агрессивен, настроен воинственно, опасен для окружающих (срочно сообщить врачу об этих явлениях)</td></tr><tr><td>+3</td><td>КРАЙНЕ ВОЗБУЖДЕН: агрессивен, пытается вырвать трубки, капельницу или катетер (сообщить врачу)</td></tr><tr><td>+2</td><td>ВОЗБУЖДЕН: частые бесцельные движения, сопротивление процедурам</td></tr><tr><td>+1</td><td>НЕСПОКОЕН: взволнован, но движения неагрессивные</td></tr><tr><td>0</td><td>СПОКОЕН И ВНИМАТЕЛЕН</td></tr><tr><td>-1</td><td>СОНЛИВ: невнимателен, сонлив, но всегда реагирует на голос (при вербальном контакте не закрывает глаза дольше 10 секунд)</td></tr><tr><td>-2</td><td>ЛЕГКАЯ СЕДАЦИЯ: просыпается на короткое время на голос (при вербальном контакте закрывает глаза менее, чем через 10 секунд)</td></tr><tr><td>-3</td><td>УМЕРЕННАЯ СЕДАЦИЯ: движение или открытие глаз на голос, но нет зрительного контакта</td></tr></table>	+4	АГРЕССИВЕН: пациент агрессивен, настроен воинственно, опасен для окружающих (срочно сообщить врачу об этих явлениях)	+3	КРАЙНЕ ВОЗБУЖДЕН: агрессивен, пытается вырвать трубки, капельницу или катетер (сообщить врачу)	+2	ВОЗБУЖДЕН: частые бесцельные движения, сопротивление процедурам	+1	НЕСПОКОЕН: взволнован, но движения неагрессивные	0	СПОКОЕН И ВНИМАТЕЛЕН	-1	СОНЛИВ: невнимателен, сонлив, но всегда реагирует на голос (при вербальном контакте не закрывает глаза дольше 10 секунд)	-2	ЛЕГКАЯ СЕДАЦИЯ: просыпается на короткое время на голос (при вербальном контакте закрывает глаза менее, чем через 10 секунд)	-3	УМЕРЕННАЯ СЕДАЦИЯ: движение или открытие глаз на голос, но нет зрительного контакта	Если RASS отличен от 0→ ДЕЛИРИЙ ЕСТЬ Если RASS = 0 → пункт 4
+4	АГРЕССИВЕН: пациент агрессивен, настроен воинственно, опасен для окружающих (срочно сообщить врачу об этих явлениях)																	
+3	КРАЙНЕ ВОЗБУЖДЕН: агрессивен, пытается вырвать трубки, капельницу или катетер (сообщить врачу)																	
+2	ВОЗБУЖДЕН: частые бесцельные движения, сопротивление процедурам																	
+1	НЕСПОКОЕН: взволнован, но движения неагрессивные																	
0	СПОКОЕН И ВНИМАТЕЛЕН																	
-1	СОНЛИВ: невнимателен, сонлив, но всегда реагирует на голос (при вербальном контакте не закрывает глаза дольше 10 секунд)																	
-2	ЛЕГКАЯ СЕДАЦИЯ: просыпается на короткое время на голос (при вербальном контакте закрывает глаза менее, чем через 10 секунд)																	
-3	УМЕРЕННАЯ СЕДАЦИЯ: движение или открытие глаз на голос, но нет зрительного контакта																	

	-4 -5	ТЯЖЕЛАЯ СЕДАЦИЯ: отсутствует реакция на голос, сохранена реакция на физическую стимуляцию ОТСУТСТВИЕ ПРОБУЖДЕНИЯ: отсутствие реакции в ответ как на вербальные, так и на физические стимулы	
4 этап	Дезорганизованное мышление: 1. Камень будет держаться на воде? 2. Рыба живет в море? 3. Один килограмм весит больше двух? 4. Молотком можно забить гвоздь? Команда: “Покажите столько же пальцев” (покажите 2 пальца) “Теперь сделайте то же другой рукой” (не демонстрируйте) ИЛИ “Добавьте еще один палец” (если пациент не может двигать обеими руками)		Если ≥ 2 ошибка → ДЕЛИРИЙ ЕСТЬ Если 0-1 ошибка → ДЕЛИРИЯ НЕТ
	Заключение: ДЕЛИРИЙ ЕСТЬ / делирия нет		

Должность и подпись лица, проводившего оценку _____

Журнал регистрации делирия*

(наименование отделения)

Дата и время выявления делирия	ФИО пациента	Возраст пациента	№ истории болезни, наименование отделения	Основной диагноз	Лицо, выявившее случай делирия (должность), подпись сотрудника	подтип делирия	Вызов врача-гериатра, дата передачи информации врачу-гериатрического кабинета	Вызов психиатра, дата передачи информации врачу-психиатру	Перевод в ОРИТ, дата перевода
25.10.2023 05:45				Болезнь Паркинсона	Дежурная медсестра	Гиперактивный	+ 25.10.2023	-	+ 25.10.2023

* журнал ведется в каждом отделении стационара

* рекомендуется реализовать функциональную возможность ведения журнала в медицинской информационной системе (МИС), при невозможности реализации - рекомендуется ведение журнала в электронном виде в формате EXCEL (для последующей выборки и анализа информации)

Опросник «Возраст не помеха»

Дата:

Время:

ФИО пациента:

Возраст:

№ истории болезни:

Наименование отделения:

№ п/ п	Вопросы	Да (1)*	Нет(0)
1	Похудели ли Вы на 5 и более кг за последние 6 месяцев? (Вес)		
2	Испытываете ли Вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения ЗР ения или Сл уха?		
3	Были ли у Вас в течение последнего года Травмы , связанные с падением?		
4	Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель? (Настроение)		
5	Есть ли у Вас проблемы с Памятью , пониманием, ориентацией или способностью планировать?		
6	Страдаете ли Вы недержанием Мочи ?		
7	Испытываете ли Вы трудности в перемещении по дому или на улице? (Ходьба до 100 м/ подъем на 1 лестничный пролет)		
ИТОГО			

*Положительный ответ – 1 балл, все положительные ответы в итоговой строке суммируются.

Должность и подпись лица, проводившего опрос _____

КАРТА КОМПЛЕКСНОЙ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ

Дата: _____

Время: _____

Ф.И.О., должность медицинского работника, заполнившего карту _____

Ф.И.О. пациента _____

Пол: М Ж

Возраст _____

Дата поступления _____

№ истории болезни _____

Отделение _____ № палаты _____

Краткая шкала оценки питания (MNA):

Скрининговая часть (пункты А-Е)		
А.	Снизилось ли за последние 3 месяца количество пищи, которое Вы съедаете, из-за потери аппетита, проблем с пищеварением, из-за сложностей при пережевывании и глотании?	серьезное уменьшение количества съедаемой пищи – 0 баллов умеренное уменьшение – 1 балл нет уменьшения количества съедаемой пищи – 2 балла
Б.	Потеря массы тела за последние 3 месяца	потеря массы тела более, чем на 3 кг – 0 баллов не знаю – 1 балл потеря массы тела от 1 до 3 кг – 2 балла нет потери массы тела – 3 балла
В.	Подвижность	прикован к кровати/стулу – 0 баллов способен встать с кровати /стула, но не выходит из дома – 1 балл выходит из дома – 2 балла
Г.	Острое заболевание (психологический стресс) за последние 3 месяца	да – 0 баллов нет – 2 балла
Д.	Психоневрологические проблемы	серьезное нарушение памяти или депрессия – 0 баллов умеренное нарушение памяти – 1 балл нет нейropsychологических проблем – 2 балла
Е.	Индекс массы тела	меньше 19 кг/м ² – 0 баллов 19-20 кг/м ² – 1 балл 21-22 кг/м ² – 2 балла

	рассчитывается по формуле: $ИМТ = \frac{\text{вес (кг)}}{\text{квадрат роста в метрах}}$	23 кг/м ² и выше – 3 балла
Сумма баллов за скрининговую часть: _____ /из 14 баллов Интерпретация: Если сумма баллов за скрининговую часть составила 12-14 баллов - нормальный статус питания. Если сумма баллов по скрининговой части составила менее 12 баллов - продолжить опрос далее.		
Ж.	Живет независимо (не в доме престарелых или больнице)	нет – 0 баллов да – 1 балл
З.	Принимает более трех лекарств в день	да – 0 баллов нет – 1 балл
И.	Пролежни и язвы кожи	да – 0 баллов нет – 1 балл
К.	Сколько раз в день пациент полноценно питается	1 раз – 0 баллов 2 раза – 1 балл 3 раза – 2 балла
Л.	Маркеры потребления белковой пищи: одна порция молочных продуктов (1 порция = 1 стакан молока, 60 г творога, 30 г сыра, 3/4 стакана йогурта) в день (да /нет) две или более порции бобовых и яиц в неделю (1 порция = 200 г бобовых, 1 яйцо) (да /нет) мясо, рыба или птица каждый день (да /нет)	если 0-1 ответ «да» - 0 баллов если 2 ответа «да» - 0,5 балла если 3 ответа «да» - 1 балл
М.	Съедает две или более порций фруктов или овощей в день (1 порция = 200 г овощей, 1 любой фрукт среднего размера)	нет – 0 баллов да – 1 балл
Н.	Сколько жидкости выпивает в день	меньше 3 стаканов – 0 баллов 3-5 стаканов – 0,5 балла больше 5 стаканов – 1 балл
О.	Способ питания	не способен есть без помощи – 0 баллов ест самостоятельно с небольшими трудностями – 1 балл ест самостоятельно – 2 балла
П.	Самооценка состояния питания	оценивает себя как плохо питающегося – 0 баллов оценивает свое состояние питания неопределенно – 1 балл оценивает себя как не имеющего проблем с питанием – 2 балла

Р.	Состояние здоровья в сравнении с другими людьми своего возраста	не такое хорошее – 0 баллов не знает – 0,5 балла такое же хорошее – 1 балл лучше – 2 балла
С.	Окружность по середине плеча	20 см и меньше - 0 баллов 21-22 см - 0,5 балла 23 см и больше - 1 балл
Т.	Окружность голени	меньше 31 см – 0 баллов 31см и больше – 1 балл

Общий балл: _____/из 30 баллов

Интерпретация результатов:

>23,5 баллов – нормальный статус питания;

17 - 23,5 балла – риск недостаточности питания (мальнутриции);

<17 баллов – недостаточность питания (мальнутриция)

Базовая активность в повседневной жизни (индекс Бартел)

Вопрос	Ответ	Баллы	Результат
Приём пищи	не нуждается в помощи, способен самостоятельно пользоваться всеми столовыми приборами	10	
	частично нуждается в помощи (например, при разрезании пищи)	5	
	полностью зависим от окружающих (необходимо кормление с посторонней помощью)	0	
Личная гигиена (умывание, чистка зубов, бритьё)	не нуждается в помощи	5	
	нуждается в помощи	0	
Одевание	не нуждается в помощи	10	
	частично нуждается в помощи (например, при одевании обуви, застегивании пуговиц и т. д.)	5	
	полностью нуждается в помощи	0	
Приём ванны	принимает ванну без посторонней помощи	5	
	нуждается в помощи	0	
Контроль тазовых функций (мочеиспускание, дефекация)	не нуждается в помощи	20	
	частично нуждается в помощи (при использовании клизмы, свечей, катетера)	10	
	постоянно нуждается в помощи в связи с грубым нарушением тазовых функций	0	
Посещение туалета	не нуждается в помощи	10	
	частично нуждается в помощи (удержание равновесия, использование туалетной бумаги, снятие и надевание брюк и т. Д.)	5	
	нуждается в использовании судна, утки	0	
Вставание с постели	не нуждается в помощи	15	
	нуждается в наблюдении или минимальной поддержке	10	
	может сесть в постели, но чтобы встать, нужна существенная поддержка	5	
	не способен встать с постели даже с посторонней помощью	0	

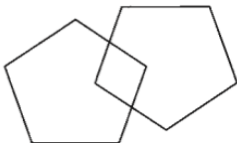
Передвижение (кровать, стул)	может без посторонней помощи передвигаться на расстояние более 50 м	15	
	может передвигаться с посторонней помощью в пределах 50 м	10	
	может передвигаться с помощью инвалидной коляски	5	
	не способен к передвижению	0	
Подъём лестнице	по не нуждается в помощи	10	
	нуждается в наблюдении или поддержке	5	
	не способен подниматься по лестнице даже с поддержкой	0	
Сумма баллов			

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

Интерпретация результатов: менее 8 баллов – пациент зависим от посторонней помощи

Краткая шкала оценки психического статуса

Параметр	Баллы
Ориентировка во времени: (год, время года, число, день недели, месяц)	/5
Ориентировка в месте: (страна, область, город, клиника, этаж)	/5
Немедленное воспроизведение трех слов (лимон, ключ, флаг)	/3
Концентрация внимания и счет: попросите больного 5 раз последовательно вычесть 7 из 100 (или произнести слово «земля» наоборот)	/5
Отсроченное воспроизведение: попросите больного вспомнить 3 предмета, названные при проверке немедленного воспроизведения	/3
Речь и выполнение действий: показываем ручку и часы, спрашиваем: «Как это называется?»	/2
Просим повторить предложение: «Никаких если, никаких но»	/1
Попросите больного выполнить последовательность из 3-х действий: «Возьмите правой рукой лист бумаги, сложите его вдвое и положите на пол»	/3
Напишите на листе бумаги «Закройте глаза», покажите пациенту и попросите его выполнить то, что он прочитал	/1
Попросите больного написать предложение (в предложении должно быть подлежащее и сказуемое, оно должно иметь смысл)	/1
Попросите пациента скопировать рисунок 	/1

Результат: _____ /из 30 баллов

Интерпретация результатов:

- 28 – 30 баллов – нет нарушений когнитивных функций;
- 24 – 27 баллов – преддементные когнитивные нарушения;
- 20 – 23 балла – деменция легкой степени выраженности;
- 11 – 19 баллов – деменция умеренной степени выраженности;
- 0 – 10 баллов – тяжелая деменция

Индекс коморбидности Чарлсона

Баллы	Болезни
1	Инфаркт миокарда Застойная сердечная недостаточность Болезнь периферических артерий Цереброваскулярное заболевание Деменция Хроническое заболевание легких Болезнь соединительной ткани Язвенная болезнь Легкое поражение печени Диабет
2	Гемиплегия Умеренная или тяжелая болезнь почек Диабет с поражением органов Злокачественная опухоль без метастазов Лейкемия Лимфомы
3	Умеренное или тяжелое поражение печени
6	Метастазирующие злокачественные опухоли СПИД (болезнь, а не только вирус)
+ добавляется по 1 баллу за каждые 10 лет жизни после 40 (40–49 лет = 1 балл, 50–59 = 2 балла и т.д.)	

оценка Полипрагмазии

(полипрагмазия – одномоментное назначение пациенту 5 и более наименований лекарственных препаратов или свыше 10 наименований при курсовом лечении)

Количество назначенных одновременно лекарственных препаратов (ед.)

1. 0-3 лекарственных препаратов = 1 балл
2. 4-6 лекарственных препаратов = 0,5 баллов
3. более 7 лекарственных препаратов = 0 баллов

оценка Социального статуса/ условий проживания

1. В семье = 1 балл
2. В социальном учреждении = 0,5 балла
3. Одинокий = 0 баллов

**ПРОТОКОЛ ОСМОТРА ВРАЧА-ГЕРИАТРА
ГЕРИАТРИЧЕСКОГО КАБИНЕТА**

Дата:

Время:

ФИО пациента:

Возраст:

№ истории болезни:

Наименование отделения:

ЖАЛОБЫ НА МОМЕНТ ОСМОТРА:

ПЛАНИРУЕМОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ (для хирургических отделений):

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ:

Сопутствующие/хронические заболевания:

Лекарственная терапия (с указанием дозы, кратности приема, пропусков в приеме,

соответствие STOPP/START критериям):

Травмы/операции/переломы (возраст, обстоятельства, причина, локализация):

Эпидемиологический анамнез:

Вредные привычки:

Наследственность:

ОБЪЕКТИВНЫЙ СТАТУС:

КОМПЛЕКСНАЯ ГЕРИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА:

Скрининг «Возраст не помеха»:

Клиническая шкала старческой астении:

Сенсорные дефициты:

Падения за последний год: ☐ нет; ☐ 1 раз и без травм; ☐ ≥ 2 раз и/или с переломами

Мобильность: ☐ самостоятельно; ☐ передвигается с поддержкой и/или трость/ходунки/костыли; ☐ передвигается в инвалидном кресле

Походка:

Индекс Бартел:

Индекс Лоутон:

Краткая шкала оценки питания:

Краткая батарея тестов физического функционирования:

Тест «Встань и иди» с фиксацией времени:

Динамометрия:

Гериатрическая шкала депрессии:

Шкала оценки спутанности сознания:

Скрининг Мини-Ког:

Тест MMSE:

Оценка сна:

Риск падений по шкале Морзе:

Оценки интенсивности боли – визуально-аналоговая шкала:

Полипрагмазия:

Ортостатическая проба:

Оценка риска переломов по шкале FRAX:

Оценка определения нуждаемости в уходе и социально-бытовой помощи:

Социальный анамнез:

ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЕ/ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ РИСКИ

(для хирургических отделений) – согласно Клиническим рекомендациям «Периоперационное ведение пациентов пожилого и старческого возраста» (2018) [45]:

Риск делирия:

Риск развития пролежней:

Кардиальный риск по шкале Lee

Риск инфекционных осложнений

Риск кровотечений

Риск ВТЭО по шкале CAPRINI

Оценка риска дыхательной недостаточности:

Оценка риска почечного повреждения по шкале RIFLE:

Индекс коморбидности Чарлсона:

РЕЗУЛЬТАТЫ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ:

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ:

ДИАГНОЗ

ОСНОВНОЙ: _____

ДИАГНОЗ

СОПУТСТВУЮЩИЙ: _____

РЕКОМЕНДАЦИИ:

-
- по физической активности:
 - по диете:
 - по дополнительным лечебно-диагностическим процедурам
 - по лекарственной терапии:
 - по немедикаментозным методам лечения:
 - по дальнейшему наблюдению:
 - по организации социальной помощи и уходу (при необходимости)
-

ФИО, подпись врача-гериатра гериатрического кабинета:

ФИО **пациента:** _____ **Номер**
истории болезни: _____
Отделение _____ **Палата** _____

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПЛАН СЕСТРИНСКОГО УХОДА

Мероприятия сестринского ухода	Отметка о назначении мероприятий	Реализация сестринского ухода (дата)											
Сопровождение пациента вне отделения :													
- пешком;													
- на кресле-каталке													
- на каталке													
Контроль приема лекарственных средств (для пациентов с высоким риском падения- маркировка таблетницы желтая , для пациентов с КР- маркировка зеленая , прием лекарств в присутствии медсестры).													
Контроль приема пищи и кормление:													
- применение метода четверти тарелки (заполнить лист контроля питания)													
- кормление пациента (частичное, полное)													
- профилактика аспирации (при дисфагии, исп-е загустителей)													
- использование дополнит. Питания (сиппинги)													
Контроль приема жидкости													
Оценка болевого синдрома													
Помощь при посещении туалета:													
- обеспечение мочеприемником, судном													
- сопровождение до туалета													
- сопровождение и помощь в туалете													
Помощь в проведении гигиенических мероприятий:													
- сопровождение, мытье в душе													
- полное мытье в постели													
- частичное мытье в постели													
Смена нательного белья:													
- частичная помощь,													
- полная зависимость													
Применение косметических средств для ухода: (указать какие)													
- для очищения кожи													
- для защиты кожи													
- для увлажнения кожи													
- для улучшения микроциркуляции													

Профилактика пролежней или наличие пролежней (заполнить лист противолежневых мероприятий)														
Применение повязок для лечения хронических ран и пролежней (заполнить протокол перевязки)														
Смена абсорбирующего белья:														
- подгузник (указать размер)														
- прокладка урологическая/вкладыш (указать размер)														
- одноразовая пеленка/ простынь														
Взвешивание (указать вес пациента)														
Оценка падений по шкале Морзе (указать кол-во баллов) (выполнять для пациентов с высоким риском падения, пациентам после случая падения, при постановке периферического катетера, при изменении состояния).														
Подпись медицинской сестры														

Лечащий врач _____ (_____)

ЛИСТ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТОМ

Ф.И.О. пациента _____

№ истории болезни _____ **Отделение** _____

Палата _____

Процедура	Назначение	Дата							
Взвешивание									
Контроль за приёмом воды									
Осмотр кожных покровов									
Профилактика пролежней									
Контроль дефекации									
Контроль суточного диуреза									
Падения (были или нет)									
Подпись медсестры									

**ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ
ВРАЧА-ГЕРИАТРА ГЕРИАТРИЧЕСКОГО КАБИНЕТА
МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА**

ФИО пациента:

Дата рождения:

Пол:

№ истории болезни:

Наименование отделения:

Дополнительные сведения о пациенте и госпитализации:

Результаты КОМПЛЕКСНОЙ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ (дата проведения __):

Скрининг «Возраст не помеха»:

Клиническая шкала старческой астении:

Сенсорные дефициты:

Падения за последний год: ☐ нет; ☐ 1 раз и без травм; ☐ ≥ 2 раз и/или с переломами

Мобильность: ☐ самостоятельно; ☐ передвигается с поддержкой и/или трость/ходунки/костыли; ☐ передвигается в инвалидном кресле

Походка:

Индекс Бартел:

Индекс Лоутон:

Краткая шкала оценки питания:

Краткая батарея тестов физического функционирования:

Тест «Встань и иди» с фиксацией времени:

Динамометрия:

Гериатрическая шкала депрессии:

Шкала оценки спутанности сознания:

Скрининг Мини-Ког:

Тест MMSE:

Оценка сна:

Риск падений по шкале Морзе:

Оценки интенсивности боли - визуально-аналоговая шкала:

Полипрагмазия:

Ортостатическая проба:

Оценка риска переломов по шкале FRAX:

Оценка определения нуждаемости в уходе и социально-бытовой помощи:
Социальный анамнез:

**РЕКОМЕНДАЦИИ, данные по результатам КОМПЛЕКСНОЙ
ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ на период госпитализации:**

ДИАГНОЗ

ОСНОВНОЙ: _____

ДИАГНОЗ

СОПУТСТВУЮЩИЙ: _____

Информация о случаях падения в период госпитализации:

(пример записи – падение от _____ числа, перелом лучевой кости)

**Информация о возникновении спутанности сознания в период
госпитализации:**

(пример записи – делирий зафиксирован от _____ числа; консультация врача-психиатра (да/нет) от _____ числа, заключение _____; перевод в ОРИТ (да/нет) с __ по __ число)

РЕКОМЕНДАЦИИ при выписке:

- по физической активности:

- по диете:

- по дополнительным лечебно-диагностическим процедурам

- по лекарственной терапии:

- _____
по немедикаментозной методам лечения:
- _____
по дальнейшему наблюдению:
- _____
по организации социальной помощи и уходу (при необходимости)

ФИО, подпись врача-гериатра гериатрического кабинета

Дата _____

Положение о ГКМС (проект)

1. Общие положения

1.1. Гериатрический кабинет создается в составе медицинской организации для оказания консультативной медицинской помощи врачом-гериатром пациентам, госпитализированным в стационарные отделения для оказания специализированной медицинской помощи по профилю основного заболевания (за исключением случаев госпитализации для оказания специализированной медицинской помощи по профилю «гериатрия»).

1.2. Целями создания гериатрического кабинета является:

1.2.1. повышение доступности и качества оказания специализированной медицинской помощи пациентам с гериатрическими синдромами в возрасте 60 лет и старше, госпитализированным в стационарные отделения медицинской организации для оказания специализированной медицинской помощи по профилю основного заболевания (за исключением случаев госпитализации для оказания специализированной медицинской помощи по профилю «гериатрия»)

за счет:

1.2.2. раннего выявления гериатрических синдромов (высокий риск падений, риск делирия, старческая астения) у пациентов в возрасте 60 лет и старше;

1.2.3. снижения у пациентов риска развития осложнений основного заболевания, обусловленных наличием гериатрических синдромов;

1.2.4. снижения риска развития у пациентов функциональных нарушений и зависимости от посторонней помощи;

1.2.5. сокращения длительности пребывания пациентов в стационаре;

1.2.6. предупреждения инвалидности пациентов;

1.2.7. профилактики состояний, обуславливающих потребность в социальном обслуживании и помещении пациентов в стационарные учреждения социального обслуживания;

1.2.8. снижение внутрибольничной летальности.

1.3. Деятельность гериатрического кабинета не распространяется на пациентов, находящихся на лечении на койках геронтологического профиля.

1.4. Гериатрический кабинет создается и ликвидируется приказом руководителя медицинской организации.

1.5. Работники гериатрического кабинета осуществляют свою деятельность в соответствии с Алгоритмом выявления гериатрических синдромов у пациентов в возрасте 60 лет и старше и оказания им специализированной медицинской помощи (далее – Алгоритм), утвержденным приказом руководителя медицинской организации, а также на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи.

1.6. В своей деятельности работники гериатрического кабинета руководствуются:

– Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

– Приказом Минздрава России от 29.01.2016 года № 38н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия» (в ред. Приказов Минздрава России от 20.12.2019 № 1067н, от 21.02.2020 № 114н, от 29.03.2024 № 148н);

– Приказом Минздрава России от 08.07.2021 № 737н «Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при старческой астении (диагностика, лечение и диспансерное наблюдение)»;

– Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 17.06.2019 года № 413н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-гериатр»;

– Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31.07.2020 года № 475н «Об утверждении профессионального стандарта «Медицинская сестра/медицинский брат»»;

– 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»;

– иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, регламентирующими оказание медицинской помощи при гериатрических синдромах;

– локальными нормативными правовыми актами.

1.7. Для осуществления деятельности гериатрического кабинета в медицинской организации выделяется помещение, оснащение которого осуществляется в соответствии со стандартом оснащения, указанным в п. 4.4. настоящих методических рекомендаций.

2. Организационная структура ГКС

2.1. Структура и штатная численность гериатрического кабинета утверждается приказом главного врача.

2.2. Штатный состав гериатрического кабинета формируется из расчета: врач-гериатр гериатрического кабинета – 1 на 400 коек не геронтологического профиля, медицинская сестра гериатрического кабинета – 1 на 1 должность врача-гериатра.

2.3. Работники гериатрического кабинета осуществляют свою деятельность в соответствии с настоящим Положением.

2.4. Руководство деятельностью гериатрического кабинета осуществляется врачом-гериатром.

2.5. Заведующий гериатрическим кабинетом – врач-гериатр подчиняется заместителю главного врача по _____.

(наименование раздела работы)

3. Основные направления деятельности гериатрического кабинета

3.1. Выявление гериатрических синдромов и оказание специализированной медицинской помощи пациентам, госпитализированным в стационарные отделения медицинской организации на койки не геронтологического профиля.

3.2. Мониторинг результатов оказания специализированной медицинской помощи пациентам с гериатрическими синдромами, находящимся на лечении в условиях стационара.

3.3. Обучение гериатрическим технологиям медицинского персонала отделений стационара не геронтологического профиля.

4. Функции гериатрического кабинета

4.1. В соответствии с основными направлениями деятельности гериатрического кабинета его работники выполняют следующие функции:

4.1.1. проведение комплексной гериатрической оценки пациентов для выявления гериатрических синдромов (далее – КГО), оформление результатов КГО;

4.1.2. консультирование лечащего врача профильного отделения по тактике ведения пациента с учетом выявленных гериатрических синдромов;

4.1.3. формирование листа динамического наблюдения за пациентом, индивидуального плана ухода за пациентом на период стационарного лечения;

4.1.4. оценка рисков полипрагмазии при назначении лечащим врачом профильного отделения лекарственной терапии;

4.1.5. осуществление динамического наблюдения за состоянием здоровья пациентов в возрасте 60 лет и старше при наличии гериатрических синдромов;

4.1.6. обучение среднего и младшего медицинского персонала профильных отделений, лиц, осуществляющих уход за пациентом, проведению уходовых процедур, особенностям персонального ухода за пациентами;

4.1.7. оформление выписного эпикриза, содержащего рекомендации по физической активности, питанию, лекарственной и немедикаментозной терапии, реабилитации, уходу (при необходимости), дополнительным лечебно-диагностическим процедурам, их кратности и срокам выполнения;

4.1.8. определение наличия потребности пациента в социальном обслуживании (уходе) и информирование в пределах компетенции участников системы длительного ухода при осуществлении межведомственного взаимодействия;

4.1.9. консультирование медицинских работников по вопросам оказания медицинской помощи и ухода за пациентами пожилого и старческого возраста;

4.1.10. ведение учетной медицинской документации, предоставление отчетов о деятельности;

4.1.11. консультирование родственников (законных представителей/ухаживающих лиц) пациентов;

4.1.12. взаимодействие в пределах компетенции в рамках регионального регламента межведомственного взаимодействия в системе длительного ухода со специалистами Регионального координационного центра в сфере социального обслуживания граждан в целях обеспечения оказания социальной помощи и социальной адаптации пациентов с гериатрическими синдромами;

4.1.13. выполнение иных функций, предусмотренных Алгоритмом, локальными нормативными актами медицинской организации.

5. Взаимодействие с другими подразделениями медицинской организации, иными организациями

5.1. Взаимодействие гериатрического кабинета с другими подразделениями медицинской организации осуществляется в порядке, установленном Алгоритмом.

5.2. При необходимости в целях выполнения КГО врач-гериатр гериатрического кабинета вправе привлекать специалистов иных подразделений медицинской организации (врача-физиотерапевта, врача-диетолога, медицинского психолога, логопеда, инструктора-методиста по ЛФК, врача-психиатра, врача-невролога и других) по согласованию с заведующим отделения, в котором специалисты включены в структуру штатного расписания.

5.3. В целях обеспечения преемственности осуществляется взаимодействие в пределах компетенции работников гериатрического кабинета в рамках регионального регламента межведомственного взаимодействия в системе длительного ухода со специалистами Регионального координационного центра в сфере социального обслуживания граждан для оказания социальной помощи и социальной адаптации пациентов с гериатрическими синдромами.

10. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Андрусов В.Э., Горбатов С.Ю., Бурковская Ю.В. Анализ отдельных аспектов организации гериатрической помощи в странах мира [электронный ресурс]: экспертный обзор. Москва: ГБУ «НИИОИЗММ ДЗМ»; 2023. 46 с. Режим доступа: <https://niioz.ru/moskovskaya-meditcina/izdaniya-nii/> (Дата доступа: 29.08.2024).
2. Debra Bakerjian, PhD, APRN, University of California Davis. A review of geriatric care. 2022. Available from: (Available from: September 28, 2024). <https://www.msdmanuals.com/ru-ru/professional/гериатрия/предоставление-медицинской-помощи-пожилым-людям/обзор-гериатрической-помощи>.
3. Отчет «Мировые демографические перспективы: пересмотренное издание 2019 года». Режим доступа: <https://www.un.org/ru/conferences/ageing> (Дата доступа: 02.09.2024).
4. Гонатаева А.Г., Кирова И.В. Демографическое старение населения: причины и последствия. Экономика и бизнес: теория и практика 2023;(9):53-60.
5. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 7 апреля 2025 г. № 830-р «О стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2030 года» Режим доступа: <https://internet.garant.ru/#/document/411866746/> (дата обращения 29.05.2025).
6. Иванова А.Е., Стародубов В.И. Продолжительность здоровой жизни в контексте демографических прогнозов. Социальные аспекты здоровья населения. 2024; 70(4):5. Doi: 10.21045/2071-5021-2024-70-4-5.
7. Форма федерального статистического наблюдения № 14 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях», Российская Федерация, за 2024 год.
8. Форма федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации», Российская Федерация, за 2024 год.
9. Ильницкий А., Трофимова С., Белов Д., Газитаева З., Бирюкова И., Жабоева С. Превентивная гериатрия как новое направление клинической практики. Эко-Вектор 2015;26(6):29-31. Режим доступа: <https://journals.eco-vector.com/0236-3054/article/view/116276> (Дата доступа: 30.09.2024).
10. Круглов Е.А., Яценко Д.А., Заргарова А.Э., Деменок Д.В. Особенности взаимодействия пожилого пациента и персонала отделения лучевой диагностики гериатрического стационара. Российский журнал гериатрической медицины 2022; 3(11):150-155. DOI: 10.37586/2686-8636-3-2022-150-155.
11. Богданова Т.Г., Ходакова О.В., Третьякова О.Г. Проект «Организация гериатрических кабинетов в условиях многопрофильных стационаров»: организационно-методическая основа. Социальные аспекты здоровья

- населения [сетевое издание] 2024; 70(S5):2. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1669/30/lang.ru/>. DOI: 10.21045/2071-5021-2024-70-S5-2.
12. Клинические рекомендации «Старческая астения» (утв. Министерством здравоохранения Российской Федерации, 2024 г.) Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/613_2 (дата обращения 06.03.2025).
 13. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации «Падения у пациентов пожилого и старческого возраста», 2020 год. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/600_2 (дата обращения 06.03.2025).
 14. Методические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации «Комплекс мер, направленный на профилактику падений и переломов у лиц пожилого и старческого возраста», 2020 год. Режим доступа: https://rgnkc.ru/images/pdf_documets/FP_Starshee_pokolenie/Padeniya_16-12-2020.pdf (дата обращения 06.03.2025).
 15. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации «Когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста», 2024 год. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/617_5 (дата обращения 06.03.2025).
 16. Комплексная междисциплинарная и межведомственная программа профилактики, раннего выявления, диагностики и лечения когнитивных расстройств у лиц пожилого и старческого возраста до 2025 года. Режим доступа: https://rgnkc.ru/images/pdf_documets/Antidement_plan_060919.pdf (дата обращения 06.03.2025).
 17. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации «Хроническая боль у пациентов пожилого и старческого возраста», 2020 год. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/616_1 (дата обращения 06.03.2025).
 18. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации «Недостаточность питания (мальнутриция) у пациентов пожилого и старческого возраста», 2025 год. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/615_3 (дата обращения 06.03.2025).
 19. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации «Недержание мочи», 2024 год. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/8_2 (дата обращения 06.03.2025).
 20. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 08.07.2021 № 737н «Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при старческой астении (диагностика, лечение и диспансерное наблюдение)». Режим доступа: <https://internet.garant.ru> (дата обращения 06.03.2025).
 21. Приказ Минздрава России от 18.11.2021 № 1068н «Об утверждении стандарта медицинской помощи при недостаточности питания (мальнутриции) у пациентов пожилого и старческого возраста

- (диагностика и лечение)». Режим доступа: <https://internet.garant.ru> (дата обращения 06.03.2025).
22. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.12.2021 № 1145н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи пациентам пожилого и старческого возраста при падениях (диагностика и лечение)». Режим доступа: <https://internet.garant.ru> (дата обращения 06.03.2025).
 23. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 18.11.2021 № 1067н «Об утверждении стандарта медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста при хронической боли (диагностика и лечение)». Режим доступа: <https://internet.garant.ru> (дата обращения 06.03.2025).
 24. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.12.2021 № 1173н «Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при недержании мочи (диагностика, лечение и диспансерное наблюдение)». Режим доступа: <https://internet.garant.ru> (дата обращения 06.03.2025).
 25. Методические рекомендации ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России «Нормативное обеспечение деятельности врачей-гериатров по оказанию медицинской помощи населению пожилого и старческого возраста», 2022 год. Режим доступа: <https://rgnkc.ru/fp-starshee-pokolenie/geriatricheskaya-pomosch/metodicheskie-materialy-dlya-vrachey/15.pdf> (дата обращения 06.03.2025).
 26. Методические рекомендации ФГБУ «Российский геронтологический научно-клинический центр» Минздрава России «Клинические тесты в гериатрии», 2024 год. Режим доступа: <https://rgnkc.ru/fp-starshee-pokolenie/geriatricheskaya-pomosch/metodicheskie-materialy-dlya-vrachey/9.pdf> (дата обращения 06.03.2025).
 27. Федеральный закон от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации». Режим доступа: <https://internet.garant.ru> (дата обращения 06.03.2025).
 28. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 27 декабря 2023 г. № 895 «О реализации в Российской Федерации в 2024 году Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе». Режим доступа: <https://internet.garant.ru> (дата обращения 06.03.2025).
 29. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 27 декабря 2024 г. № 732 «О реализации в Российской Федерации в 2025 году Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе». Режим доступа: <https://internet.garant.ru> (дата обращения 06.03.2025).

30. Ткачева О.Н., Котовская Ю.В., Рунихина Н.К., и др., «Система долговременного ухода для граждан пожилого возраста» (методические рекомендации РГНКЦ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России для врачей первичного звена, утверждены 01.08.2024). Режим доступа: <https://rgnkc.ru/fp-starshee-pokolenie/geriatricheskaya-pomosch/metodicheskie-materialy-dlya-vrachey/0.pdf> (дата обращения – 25.03.2025).
31. Методические рекомендации 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 предоставлении гражданам социальных услуг по уходу, включенных в социальный пакет долговременного ухода, 2024 год. Режим доступа: <https://rgnkc.ru/fp-starshee-pokolenie/geriatricheskaya-pomosch/normativno-pravovaya-baza/4/9.pdf> (дата обращения – 25.03.2025).
32. Методическое руководство Министерства здравоохранения Российской Федерации «Фармакотерапия у лиц пожилого и старческого возраста», 2024 год. Режим доступа: <https://rgnkc.ru/gvs2/materialy-dlya-specialistov/docs/f2.pdf> (дата обращения – 25.03.2025).
33. Методическое руководство ФГБУ «Российский геронтологический научно-клинический центр» Минздрава России «Рациональная фармакотерапия и фармакобезопасность у лиц пожилого старческого возраста», 2024 год. Режим доступа: <https://rgnkc.ru/gvs2/materialy-dlya-specialistov/docs/f3.pdf> (дата обращения – 25.03.2025).
34. Российские рекомендации «Уход за ослабленными пожилыми людьми», 2019 год. Режим доступа: <https://rgnkc.ru/gvs2/materialy-dlya-specialistov/> (дата обращения – 25.03.2025).
35. Методические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации «Протоколы гериатрической помощи для медицинских сестер», 2021 год. Режим доступа: <https://rgnkc.ru/gvs2/materialy-dlya-specialistov/docs/sestra.pdf> (дата обращения – 25.03.2025).
36. Методические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации «Организация оказания медицинской помощи на дому пациентам пожилого и старческого возраста, полностью или частично утратившим способность к самообслуживанию», 2020 год. Режим доступа: <https://rgnkc.ru/fp-starshee-pokolenie/geriatricheskaya-pomosch/metodicheskie-materialy-dlya-vrachey/16.pdf> (дата обращения – 25.03.2025).
37. Методические рекомендации ФГБУ «Российский геронтологический научно-клинический центр» Минздрава России «Руководство по физической активности в домашних условиях – 2020. Сборник базовых физических упражнений для пожилых людей. Издание 1.2», 2021 год. Режим доступа: <https://rgnkc.ru/fp-starshee-pokolenie/geriatricheskaya-pomosch/metodicheskie-materialy-dlya-vrachey/16.pdf>

- [pomoshch/metodicheskie-materialy-dlya-vrachey/4.pdf](https://rgnkc.ru/fp-starshee-pokolenie/geriatricheskaya-pomosch/metodicheskie-materialy-dlya-vrachey/4.pdf) (дата обращения – 25.03.2025).
38. Методические рекомендации ФГБУ «Российский геронтологический научно-клинический центр» Минздрава России «Физическая активность: как правильно для людей среднего, пожилого и старшего возраста», 2021 год. Режим доступа: <https://rgnkc.ru/fp-starshee-pokolenie/geriatricheskaya-pomosch/metodicheskie-materialy-dlya-vrachey/3.pdf> (дата обращения – 25.03.2025).
39. Методическое пособие Минздрава России для врачей первичного звена здравоохранения «Современная гериатрия для врачей первичного звена» (второе издание), 2021 год. Режим доступа: <https://rgnkc.ru/fp-starshee-pokolenie/geriatricheskaya-pomosch/metodicheskie-materialy-dlya-vrachey/5.pdf> (дата обращения – 25.03.2025).
40. Методические рекомендации ФГБУ «Российский геронтологический научно-клинический центр» Минздрава России «Программа профилактики, раннего выявления, диагностики и лечения когнитивных расстройств у лиц пожилого и старческого возраста», 2019 год. Режим доступа: <https://rgnkc.ru/fp-starshee-pokolenie/geriatricheskaya-pomosch/metodicheskie-materialy-dlya-vrachey/8.pdf> (дата обращения – 25.03.2025).
41. Методическое пособие Минздрава России «Когнитивный тренинг для пациентов с умеренными когнитивными расстройствами», 2024 год. Режим доступа: <https://rgnkc.ru/fp-starshee-pokolenie/geriatricheskaya-pomosch/metodicheskie-materialy-dlya-vrachey/7.pdf> (дата обращения – 25.03.2025).
42. Методические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации «Комплекс мер, направленный на профилактику падений и переломов у лиц пожилого и старческого возраста», 2021 год. Режим доступа: <https://rgnkc.ru/fp-starshee-pokolenie/geriatricheskaya-pomosch/metodicheskie-materialy-dlya-vrachey/2.pdf> (дата обращения 06.03.2025).
43. Руководство по клинической диетологии в гериатрии. под ред. ОН Ткачевой. Москва, Гэотар-Медиа, 2021. 496 с.
44. Активное долголетие. Практическое руководство. Под ред. О.Н. Ткачевой. Москва, Гэотар-Медиа, 2021. 232 с.
45. Методические рекомендации Общероссийской общественной организации Федерации анестезиологов-реаниматологов России «Периоперационное ведение пациентов пожилого и старческого возраста», 2018 год. Режим доступа: https://rgnkc.ru/images/pdf_documets/Pereoperatsionnoe_vedenie.pdf (дата обращения – 25.03.2025).

АВТОРСКИЙ КОЛЛЕКТИВ

Ткачева Ольга Николаевна – главный внештатный гериатр Минздрава России, директор Российского геронтологического научно-клинического центра ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор.

Каракулина Екатерина Валерьевна – директор Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Министерства здравоохранения Российской Федерации, к. м. н.

Кобякова Ольга Сергеевна – директор ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор.

Рунихина Надежда Константиновна – заместитель директора Российского геронтологического научно-клинического центра ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России по гериатрической работе, д.м.н., профессор.

Богданова Татьяна Геннадьевна – заместитель директор ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации по организации здравоохранения, д.м.н.

Ходакова Ольга Владимировна – начальник отдела научных основ организации здравоохранения ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н., доцент.

Шарашкина Наталья Викторовна – заведующая лабораторией общей гериатрии, заведующая отделением амбулаторной гериатрии, врач-гериатр, доцент кафедры болезней старения, к.м.н.

Третьякова Ольга Григорьевна – главный специалист управления по взаимодействию с регионами ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Организация работы гериатрических кабинетов в условиях многопрофильных стационаров / Ткачева О.Н., Каракулина Е.В., Кобякова О.С., Рунихина Н.К., Богданова Т.Г., Ходакова О.В., Шарашкина Н.В., Третьякова О.Г. – М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2025. – 68 стр.

УДК 614.2

ББК 56.14: 51.204.9

DOI: 10.21045/978-5-94116-168-3-2025

ISBN 978-5-94116-168-3

ISBN 978-5-94116-168-3



Подписано в печать ____.

Печать цифровая. Формат 60х84/16.

Объем 3 у.п.л. Тираж 500 экз.

Заказ _____.

Отпечатано в НТ и РО ФГБУ «ЦНИИОИЗ»
Минздрава России

127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д.11