


Понятие о геронтологии и
гериатрии.
Теории старения

Понятие о геронтологии и гериатрии

- **Геронтология** – наука, которая всесторонне изучает процессы старения, от биологических закономерностей до методов оказания социально-медицинской помощи человеку.
- Геронтологи рассматривают само старение как специфический и необратимый процесс, который является универсальным для всего живого, генетически запрограммирован, а его скорость и качество в большой степени зависят от образа жизни человека (уровня физической активности, питания, стрессоустойчивости и т.д.). Поскольку с возрастом увеличивается доля людей, страдающих хроническими заболеваниями, повышается значимость и необходимость ведения этих пациентов. Специалисты, работающие с пациентами старших возрастов, должны знать особенности заболеваний лиц данной возрастной категории, особенности лекарственной терапии этих пациентов, разбираться в вопросах реабилитации, ухода, а также диагностики и профилактики таких состояний, как гериатрические синдромы и синдром старческой астении. Это обусловило развитие такой медицинской дисциплины, как гериатрия.


Гериатрия

- **Гериатрия** – самостоятельная медицинская специальность, для которой характерен междисциплинарный подход к диагностике, лечению и реабилитации заболеваний у людей пожилого и старческого возраста. Гериатрическая помощь оказывается преимущественно людям старше 65 лет. Современная гериатрия ориентирована на продление и повышение качества жизни лиц пожилого и старческого возраста, сохранение и поддержание функциональной способности и максимальной самостоятельности человека. По мнению специалистов, особо важно и значимо не само по себе наличие той или иной болезни, а то, в какой степени происходит ограничение повседневной деятельности пожилого человека и формирование его зависимости от посторонней помощи. Наиболее часто к ограничению жизнедеятельности и самостоятельности людей пожилого и старческого возраста наряду с множественными хроническими заболеваниями приводят гериатрические синдромы и синдром старческой астении.
- В рамках гериатрии выделяют такие важные разделы:
 - **Герогигиена**- учение о гигиене людей старших возрастных групп и профилактике преждевременного старения
 - **Геропсихология**- дисциплина, предметом изучения которой является особенности личности и психологии пожилого человека.



В качестве предпосылок развития геронтологии как науки и отрасли практической деятельности следует упомянуть следующие:

- Особенности демографической ситуации последних десятилетий, которая характеризуется нижеперечисленными ключевыми позициями:
 - Существенное увеличение средней продолжительности жизни человека в связи с успехами здравоохранения, позволившими снизить смертность от инфекционных заболеваний, сердечно-сосудистой патологии, создать эффективные программы профилактики инфаркта мозга и инфаркта миокарда, скрининговые программы раннего выявления онкологической патологии (в странах Европы средняя продолжительность жизни в 1890 г. составляла 38,7 года, в 1970 г.-около 70 лет, в 2000 г. –порядка 83 лет.
 - Увеличение демографической нагрузки за счет высокой доли лиц пожилого и старческого возраста в популяции. Например, в России пятую часть населения составляют лица пенсионного возраста, около 3,2 миллиона граждан (11%) имеют возраст старше 80 лет
 - Отсутствие перспектив изменений демографической картины. С учетом низкого уровня рождаемости и необеспечения нормальных темпов воспроизводства населения пожилые люди вскоре составят треть всего населения стран СНГ


- 
- Высокая патологическая пораженность лиц пожилого и старческого возраста, когда у одного пациента регистрируется в среднем 7-8 хронических заболеваний
 - Значительные особенности фармакодинамики и фармакокинетики лекарственных препаратов у пожилых
 - Высокие темпы преждевременного старения
 - Социальная дезадаптация пожилых лиц в связи с «болезнью современного мира», сопровождающейся быстрым изменением привычных стереотипов, за которыми пожилой человек «не успевает», что приводит к развитию хронического стресса, психосоматизации и соматизации
 - Высокий уровень (до 30%) потребления пожилыми людьми медицинских услуг, являющийся следствием высокой первичной и общей заболеваемости, временной нетрудоспособности (для работающих пенсионеров) и инвалидности

Сфера проведения исследований и практической деятельности в гериатрии включает в себя следующее:

- Изучение демографических, социальных и медико-социальных вопросов старости и старения с последующей разработкой принципов и норм организации медико-социального обслуживания людей пожилого и старческого возраста, проблем функционирования гериатрической службы в целом
- Изучение процесса старения и старости, вскрытия закономерностей физиологического, преждевременного и патологического старения, процессов антистарения с разработкой методов определения биологического возраста, а также механизмов поддержания витаукта
- Вскрытие морфологических и функциональных возрастных особенностей органов и систем, изучение роли различных факторов в развитии старческих изменений в организме и в механизмах формирования старческой полипатии.
- Изучение принципов физиологии и гигиены питания в пожилом и старческом возрасте, особенностей метаболизма нутриентов в норма и при различных патологических процессах.
- Исследование особенностей клинической фармакологии пожилого и старческого возраста (фармакокинетики и фармакодинамики)
- Изучение особенностей этиологии и патогенеза различных заболеваний, клинических проявлений, специфики методов и методик проведения диагностики болезней в пожилом и старческом возрасте, дифференциальной диагностики различных заболеваний в старших возрастных группах
- Разработка схем лечения в пожилом и старческом возрасте: фармакотерапия, хирургические вмешательства, альтернативные методы лечения. Разработка новых гериатрических средств.
- Разработка схем профилактики, выявления впервые возникших заболеваний в пожилом и старческом возрасте, медицинской (гериатрической) реабилитации и диспансерного наблюдения за лицами в пожилом и старческом возрасте.





Задачи гериатрии:

- изучение особенностей развития, клиническое течение, лечение и профилактика различных заболеваний у людей пожилого и старческого возраста;
 - выявление возможностей влияния на процесс старения
- 

Поздний возраст в соответствии с современной возрастной классификацией, принятой Европейским региональным бюро ВОЗ, делится на периоды:


- до 45 лет - молодой возраст;
- 45-59 лет - средний возраст;
- Пожилой возраст: от 60 до 74 лет
- Старческий возраст: от 75 до 89 лет;
- Долгожители: старше 90 лет.
- Все эти периоды условны, границы индивидуальны и представляют собой непрерывное развитие. Продолжительность жизни населения зависит от многих факторов, в том числе и социальных (уровня жизни, эффективности медицинской службы)

- 
- **Старость** закономерно наступающий заключительный период возрастного развития.
 - **Старение** — разрушительный процесс, который развивается в результате нарастающего с возрастом повреждающего действия экзогенных и эндогенных факторов, ведущий к недостаточности физиологических функций организма, снижению его надежности, развитию возрастной патологии.




Факторы окружающей среды, воздействуя на биологические процессы, влияют на продолжительность жизни. Для развития старения характерно:

- 1) гетерохронность — различие во времени наступления старения отдельных клеток, тканей, органов и систем;
- 2) гетеротропность — выраженность возрастных изменений неодинакова в разных структурах одного и того же органа;
- 3) гетерокинетичность — старение с различной скоростью;
- 4) гетерокатефтенность — разнонаправленность возрастных изменений, идет подавление одних процессов и активизация других.

- 
- Характеристика этих процессов доказывает, что старение — это негладкий процесс и не постепенное угасание организма. При наличии общих закономерностей старение характеризуется различными индивидуальными особенностями. В связи с этим выделяют гемодинамический, нейрогенный, эндокринный, относительно гармоничный и другие синдромы старения.
 - Возрастные изменения организма и связанные с ними особенности патологических процессов при старении затрудняют лечение больных пожилого и старческого возраста, которое должно проводиться с учетом этих особенностей.
 - Прежде всего, надо дифференцировать естественное (физиологическое) старение и преждевременное старение. Последнее, будучи патологическим и осложненным болезнями, является наиболее частой формой старения человека.
 - Естественное старение характеризуется определенным темпом и последовательностью возрастных изменений, соответствующих биологическим, адаптационно-регуляторным возможностям данной человеческой популяции.
 - Преждевременное (ускоренное) старение характеризуется более ранним развитием возрастных изменений или же большей их выраженностью в тот или иной возрастной период.
 - Основными признаками, позволяющими отличить преждевременное старение от физиологического, являются существенное опережение паспортного возраста биологическим, наличие в анамнезе хронических заболеваний, интоксикаций, быстро прогрессирующие нарушения способности организма приспосабливаться к меняющимся условиям внешней среды, неблагоприятные нейроэндокринные и иммунологические сдвиги, выраженная неравномерность возрастных изменений различных органов и систем стареющего организма.

К факторам риска преждевременного (ускоренного) старения относятся:

- хронические заболевания;
- неблагоприятные факторы окружающей среды;
- вредные привычки;
- гиподинамия;
- нерациональное питание;
- отягощенная наследственность (короткая продолжительность жизни родителей);
- длительные и часто повторяющиеся нервно-эмоциональные перенапряжения (дистрессы).

- 
- Они могут воздействовать на разные звенья цепи возрастных изменений, ускорять, извращать, усиливать обычный их ход.
 - Существует также замедленное (ретардированное) старение, ведущее к увеличению продолжительности жизни, долголетию. Одним из основополагающих вопросов геронтологии является вопрос возраста.
 - В огромном большинстве люди умирают не от самой старости, а от болезней, настигающих человека в старости, которые необходимо и возможно лечить. Жить долго, сохранив здоровье и творческую активность, — естественное желание каждого человека.
 - При общей оценке здоровья старого человека возникают трудности в разграничении «нормы» и «патологии», то есть разделение морфофункциональных изменений, возникающих в процессе естественного старения и на фоне имеющихся заболеваний. Понятие «здоровье» как «состояние полного физического, психического и социального благополучия» мало приемлемо для пожилого человека.
 - В связи с этим здоровье пожилых и старых людей рассматривается с позиции оценки у них степени адаптации и адаптационных способностей. При этом здоровье рассматривается как ситуации, на которые индивид реагирует адаптацией, сохранив при этом свою индивидуальность.
 - Таким образом, здоровье пожилого и старого человека определяется как физическое и психическое состояние, которое относительно безболезненно и комфортно и которое дает возможность так функционировать в среде обитания индивидууму, как только он может, случайно или намерено. Состояние хорошего здоровья означает адекватность в привычной среде обитания, что является основой удовлетворительного уровня жизнедеятельности

Всемирная организация здравоохранения определяет группы высокого риска как группы населения, имеющие высокий риск ухудшения здоровья или экономического и социального состояния. Выделяют следующие группы:

1. Люди 80 лет и старше.
2. Одиноким пожилым и бездетным. У пожилых людей обостряются проблемы одиночества, особенно у одиноких женщин, составляющих большинство (60 %). К группам «угрожаемых» относят лиц: в возрасте старше 70 лет; недавно потерявших близких; выписанных из больниц; вышедших на пенсию; покинутых взрослыми детьми.
3. Одиноким пожилым, страдающим тяжелыми заболеваниями или имеющим физические недостатки; пожилым парам, в которых один супруг тяжело болен или имеет физический недостаток.
4. Лица, имеющие ограничения подвижности: «узники комнаты», «прикованные к постели».
5. Пожилые люди, страдающие тяжелыми психическими нарушениями.
6. Пожилые, испытывающие недостаток средств на минимально необходимые хозяйственные нужды.
7. Группы пожилых, принимающих более 5 лекарственных препаратов одновременно в ходе лечения либо без назначения врача.

Все эти пациенты нуждаются в квалифицированной помощи. Участие фельдшеров в профилактической, лечебно-диагностической и реабилитационной помощи не только в условиях стационара и поликлиники, но и что чрезвычайно важно — на дому у пациентов, позволит обеспечить большую доступность медико-социальной помощи пожилым людям и старикам. Важно отметить, что патронажная служба будет значительно эффективнее, если ее основу составят высококвалифицированные кадры, компетентно принимающие решения и замещающие по ряду вопросов врачей.


Возрастающая роль медицинского персонала в реформе здравоохранения обусловлена предполагающейся реструктуризацией коечного фонда и созданием системы отделений стационарной медико-социальной помощи: гериатрические отделения больниц, больницы длительного пребывания, дома сестринского ухода разного типа и хосписы.

ПРИНЦИП И КОНЦЕПЦИЯ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ КОМПЛЕКСНАЯ ГЕРИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА. ИСТОРИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАЗВИТИЯ КОНЦЕПЦИИ

Согласно современным представлениям популяция пожилых людей неоднородна. Их можно разделить на следующие группы:

- 1) общественно активные — физически активные люди, способные самостоятельно вести домашнее хозяйство или помогать семье, продолжать профессиональную или иную трудовую деятельность;
- 2) индивидуально активные — люди, способные к элементарному самообслуживанию, передвижению в пределах ограниченной территории;
- 3) неактивные — люди, не способные к самому элементарному самообслуживанию и передвижению в пределах ограниченной территории, нуждающиеся в постоянном уходе.

Таким образом, для объективного суждения о здоровье требуется оценить наряду с физическим состоянием способность человека обслуживать себя самого, то есть его физиологическое функционирование, социальные контакты и активность в повседневной жизни. Необходимость владеть такой оценкой для врача очевидна. Те изменения, которые наступают в организме пожилого человека, требуют порой специальных инструментов и методов. Так, если мы обратимся к распространенному в кардиологии методу оценки функционального состояния больного с сердечной недостаточностью — тесту 6-минутной ходьбы, то поймем, что он не всегда применим для пожилого человека и не всегда будет объективным. Пациент пожилого возраста может в силу нарушений опорно-двигательного аппарата продемонстрировать худшие показатели, но при этом функция сердечно-сосудистой системы будет в удовлетворительном состоянии. Ухудшение состояния памяти, развитие деменции даже при условии удовлетворительного физического состояния требует особого отношения к пациенту и мобилизации ресурсов общества для обеспечения ухода. Как выявить лиц пожилого возраста, нуждающихся в комплексе услуг? Кому в первую очередь нужна помощь и в каком объеме? Как правильно распределить ресурсы здравоохранения? Кто может эффективнее всего определить группу наиболее уязвимых пожилых пациентов?




Первые попытки стратифицировать популяцию пожилых людей были предприняты в начале XX в. Марджори Уоррен (Marjory Warren). Уоррен была одной из первопроходцев гериатрической службы в Великобритании. В своей статье, вышедшей в свет в 1943 г. в «Британском медицинском журнале», она, во-первых, впервые предложила ввести в клиническую практику различные подходы к стационарной помощи пожилым людям, поскольку, по ее мнению, они имели специфические потребности, отличные от людей более молодого возраста.


Во-вторых, она была первой, кто предложил ввести такую специальность, как гериатр, а также создать квалифицированную многопрофильную команду, состоящую из медицинских сестер, терапевтов, физиотерапевтов, социальных работников и врачей других специальностей, подготовленных для работы с пожилыми людьми. В-третьих, она была уверена, что пространства клиник для пожилых пациентов должны быть специально оборудованы с учетом их потребностей и безопасности, а активизация и социализация пожилых пациентов должна быть начата как можно раньше.

И, наконец, она предложила разделять пожилых пациентов на несколько групп:

- пожилые люди с хроническими заболеваниями, но относительно мобильные, которые могут обслуживать себя самостоятельно и требовать помощи только при подъеме по лестницам;
- пациенты с хроническими заболеваниями и недержанием мочи;
- пациенты с хроническими заболеваниями и недержанием мочи, прикованные к кровати;
- пациенты с деменцией или спутанностью сознания, требующие кроватей с ограничителями для их собственной безопасности, но не буйные и не раздражающе других пациентов;
- пациенты с деменцией, требующие изоляции от других пациентов.

Введение новой системы классификации пожилых пациентов позволило внедрить новые, полезные виды вмешательства для различных категорий этих больных, а также значительно улучшить качество их медицинского обслуживания. Модель лечения пожилых пациентов, предложенная Уоррен, была прежде всего основана на уходе за ногами, зубами, коррекции зрения, питания, нормализации сна, а также профилактике снижения способности к самообслуживанию в повседневной жизни. Таким образом, ее работы заложили основу для создания не только специальности «гериатр», но и для комплексной гериатрической оценки (КТО), разработки моделей прогнозирования рисков дальнейшего снижения физических и когнитивных функций, инвалидности, смерти и других неблагоприятных исходов у пожилых групп населения.


- 
- Комплексную оценку состояния здоровья пожилого человека (comprehensive geriatric assessment) определяют как многомерный, междисциплинарный диагностический процесс для установления объема необходимой помощи, ее планирования и улучшения состояния здоровья пожилого человека.
 - Главные цели — совершенствование диагностики, оптимизация лечения, улучшение функционального состояния и качества жизни, включая условия проживания, использование медицинских служб, планирование долгосрочной поддержки пожилого человека. В процесс комплексной оценки вовлечено множество измеримых показателей, обычно формирующих четыре группы (домены, как их называют в иностранной литературе).
 - Показатели физического здоровья — это данные традиционного анамнеза жизни, физикального осмотра, лабораторных исследований, критерии тяжести отдельных заболеваний.
 - Следующая группа сведений описывает функциональный статус с помощью таких показателей, как активность в повседневной жизни (activity in daily living, ADL), инструментальная активность в повседневной жизни (instrumental activity in daily living, IADL), мобильность, риск падений, качество жизни.
 - Оцениваются также показатели психического здоровья, среди них в первую очередь когнитивный статус и эмоциональное состояние, и социально-экономические факторы, в том числе наличие семьи, родственников, материальное положение, безопасность места проживания. После анализа комплекса этих показателей формируется перечень потребностей пожилого человека, определяются мероприятия для повышения качества его жизни и поддержки.
 - Подробная комплексная оценка состояния пожилого человека может выполняться на самых разных этапах оказания помощи и с участием разнообразных служб и специалистов: в стационаре перед выпиской пациента, в домах по уходу за пожилыми, в общей врачебной практике. И где бы она ни выполнялась, она является основой системы гериатрической службы, единым языком для общения, стартовой точкой для направления пациентов в различные медицинские учреждения и к специалистам, создания программ реабилитации и лечения. Как сказал Дж. Фримен (J. Freeman), это — фундамент гериатрии




□ Для врача наиболее важной целью комплексной оценки состояния здоровья будет, естественно, выявление различных симптомов и признаков, позволяющих установить диагноз или выявить то или иное заболевание и назначить соответствующее лечение. Медицинская сестра в ходе комплексной оценки пожилого человека определяет сестринские диагнозы, его неудовлетворенные проблемы, убеждается в необходимости ухода. Для социального работника главной целью будет уточнение потребности в различных видах услуг, которые может предоставить социальная служба. Сам пациент также может иметь потребность в комплексной оценке состояния здоровья. Неплохо было бы, приступая к этой процедуре, узнать, что сам пациент ожидает от нее. Наконец, важной задачей комплексного подхода является сравнение результатов в динамике.

□ Комплексная оценка состояния здоровья пожилого человека исторически прошла три фазы развития. Модель комплексной оценки развивалась и совершенствовалась до 1970-х годов в разных странах. Начиная с середины 70-х до середины 90-х годов, во вторую фазу развития метода, было выполнено множество рандомизированных исследований, посвященных оценке клинической и экономической эффективности различных моделей оказания гериатрической помощи, в основе которых лежала комплексная оценка состояния здоровья пожилого пациента. Кульминацией стал метаанализ 28 исследований, выполненный в 1993 г. В нем была изучена эффективность пяти различных типов служб для пожилых пациентов:

- 1) отделения неотложной помощи в стационаре;
- 2) консультативной службы для пожилых в стационаре;
- 3) гериатрической службы для консультирования на дому;
- 4) специальной службы для оценки состояния пациента после выписки из стационара;
- 5) амбулаторной системы комплексной оценки пожилого пациента.

- 
- Анализ показал, что, несмотря на преимущества одних программ, в особенности тех, что предусматривали оценку пациентов на дому и в стационаре, все они способствовали снижению смертности на 18%, а также увеличивали на 25% вероятность возвращения больных к независимому проживанию в домашних условиях. Более того, на 41% повышалась вероятность улучшения когнитивных функций и на 12% снижался риск повторных госпитализаций. После публикации этих впечатляющих результатов программы комплексной оценки продолжали изучать, но один из выводов, признанный всеми, остается фундаментальным: эти программы должны быть предназначены определенным группам пожилых, только тогда они будут результативными клинически и экономически. В первую очередь их следует использовать для пациентов с хрупкостью. Для многих пациентов старше 60 лет необходимы только профилактические мероприятия — консультации по вопросам питания, повышение физической активности, своевременное лечение хронических заболеваний. Эти задачи может выполнять первичная медицинская помощь — врачи общей практики совместно с медицинскими сестрами. Для многих других пациентов: страдающих хрупкостью, тех, кто старше 75 лет, тех, кто будет помещен в дом престарелых или интернат, — необходимы комплексная оценка и, самое главное, последующие меры, направленные на улучшение их состояния с постоянным наблюдением, посещениями на дому, реабилитацией.
 - В результате такой комплексной оценки может быть выявлена еще одна группа — те, кто пока не нуждается в специальных реабилитационных мероприятиях, но имеет неудовлетворительные, пограничные показатели состояния здоровья.
 - Если же подобные оценки остаются просто оценками, они неэффективны ни клинически, ни экономически. Пример — службы, которые только проводят обследование и дают рекомендации, но не поддерживают дальнейшее наблюдение за пациентом, не занимаются его реабилитацию

- 
- Третья фаза развития и совершенствования комплексной оценки состояния здоровья пожилого человека началась с середины 90-х годов прошлого века и продолжается по настоящее время. Ее основная цель — утверждение и приспособление к особенностям разных стран, разных популяций, разных систем здравоохранения. Следует отметить, что адаптация проходит повсеместно с обсуждением на уровне национальных и международных медицинских сообществ, но основная роль принадлежит, безусловно, гериатрическим национальным сообществам и ассоциациям. Немаловажный вопрос, возникший в результате этих обсуждений: кто должен выполнять оценку и дальнейшие мероприятия?
 - Если поискать ответ в обширном списке публикаций по комплексной оценке, он будет зависеть в большой мере от того, каким больным и в каких организациях выполнялась оценка. Так, в метаанализе Н.К. Кио и соавт. изучены девять исследований, описывающих результаты КГО в амбулаторной сети, всего было включено 3750 пациентов. Выполнение мероприятий КГО не улучшало выживаемость, однако, как показали результаты другого исследования, улучшали функциональный статус пожилых людей и качество жизни.
 - По мнению многих исследователей, показаниями к КГО являются, в первую очередь, смена условий проживания, наличие многих гериатрических синдромов, проявления старческой астении, или хрупкости, множественные нарушения функционального статуса, ухудшение/нестабильность состояния. Желание самого пациента или родственников, опекунов также учитывается для проведения КГО. Оценка не принесет пользы, если у пациента очень тяжелое или паллиативное состояние, если он находится в условиях реанимации или интенсивной терапии. КГО бессмысленно выполнять пожилым людям, находящимся в хорошем состоянии, не требующим постоянного интенсивного наблюдения.
 - Самое главное условие эффективности КГО — соблюдение рекомендаций, назначенных в результате ее проведения. Причин невыполнения рекомендаций может быть несколько: недостаточный уровень когнитивного статуса, депрессия, одиночество, социально-экономические причины. Давая рекомендации пациенту, прошедшему КГО, обязательно следует предусмотреть вероятность неудовлетворительного их выполнения и подумать о формах контроля выполнения рекомендаций.

СБОР МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

- Для характеристики физического здоровья можно использовать субъективные и объективные методы. Субъективная оценка основана главным образом на анализе жалоб и анамнеза пациента, выявляемых при личной беседе. Нельзя недооценивать данный метод, так как он позволяет создать первоначальное представление о собеседнике, наладить контакт с ним и выбрать методику для последующих специальных исследований. Объективные методы оценки физического здоровья включают анализ истории болезни, антропометрию и лабораторные тесты.
- История заболеваний пожилого пациента зачастую состоит из целого набора хронических состояний, причем во многих случаях они неизлечимы. Начало большинства заболеваний и их переход в хроническую форму приходится на молодой (30-45 лет) и средний (46-60 лет) возраст, а результат их суммарного накопления, период яркой клинической «демонстрации», начинает проявлять себя в пожилом возрасте (61-75 лет). Всегда считалось, что с возрастом количество хронических заболеваний увеличивается, но клинический опыт показывает, что старые люди (76-90 лет) и долгожители (люди старше 91 года) более активны, меньше болеют хроническими заболеваниями, у них наблюдаются более мягкие осложнения, они реже обращаются за медицинской помощью.
- В старости важным является даже не само наличие той или иной болезни, а то, в какой степени она ограничивает повседневную деятельность человека. У большинства людей формирование комплекса сочетанных заболеваний завершается к 60 годам, и само по себе старение человека не влечет арифметического увеличения числа заболеваний. Однако существуют состояния, значительно ухудшающие качество жизни и прогноз, которые тяжело диагностировать из-за атипичного течения или наличия субклинической стадии. С одной стороны, это еще не болезнь, требующая медикаментозной коррекции, а с другой — такое состояние может значительно ухудшить течение заболевания, прогноз и качество жизни. Например, сочетание таких состояний и заболеваний, как ишемическая болезнь сердца (ИБС) и анемия, может усилить и сделать более частыми приступы стенокардии. Гипертоническая болезнь в сочетании с депрессией отличается значительными трудностями в коррекции артериального давления (АД). Заболевания опорно-двигательной системы делают более тяжелым течение сердечной недостаточности из-за опасного взаимодействия лекарственных препаратов и т.д.

СБОР МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ (2)

- При анализе амбулаторной карты необходимо обратить внимание, были ли диагностированы у пациента полиартриты, остеопороз, заболевания сердечно-сосудистой системы, сахарный диабет, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), нейросенсорная тугоухость, заболевания органа зрения (катаракта, глаукома), недержание мочи. Примерно у 20% пациентов старше 74 лет снижены зрительные функции, и у более 30% значительно снижен слух. В медицинской карте пожилого человека необходимо указать его потребности в уходе, в тех видах лечебной помощи, которые были обнаружены во время комплексной оценки.
- Собирая анамнез, жалобы, врач или медицинская сестра сталкиваются с различными ограничениями. Иногда имеющиеся у пожилого человека когнитивные нарушения, нарушения речи не позволяют вступить с ним в контакт. В этом случае опрашиваются члены семьи, лица, помогающие в уходе, другие медицинские работники.

ФИЗИКАЛЬНЫЙ СТАТУС. ВНЕШНИЙ ВИД ПАЦИЕНТА

□ Внешний вид и поведение пациента при осмотре являются важной частью КГО. То, как пациент поздоровается с вами, характер его речи, как он зайдет в помещение, как сядет на стул, как разденется, его внешний вид (насколько он ухожен, чистота одежды, опрятность, запах и другие признаки) уже могут сформировать у врача первое представление о человеке и о возможных проблемах в его здоровье. Если пациент не передвигается самостоятельно, то как за ним ухаживают, достаточно ли у него еды, питья, лежит он или сидит — все эти детали играют огромную роль в формировании представления о пациенте.

ОБЪЕКТИВНЫЙ ОСМОТР

- ❑ **Кожа.** Следует отметить наличие ксероза, поверхностных микозов, опрелостей, пролежней, старческой пурпуры, опоясывающего лишая, предраковых или зло-качественных образований (кератоз, базалиома, меланома). Обратить внимание на наличие гематом, которые могут быть симптомами нарушения свертывающей системы крови, передозировки варфарина, падений или жестокого обращения.
- ❑ **Измерение АД.** Около 30% пациентов 75 лет и старше страдают ортостатической гипотензией [падением систолического АД (САД) более чем на 20 мм рт.ст. и диастолического АД (ДАД) более чем на 10 мм рт.ст. при переходе тела из горизонтального в вертикальное положение в течение первых трех минут пребывания в вертикальном положении]. В связи с этим необходимо сначала провести измерения АД в положении лежа, а потом через 1, 3, 5 и 7 мин повторно измерить АД в положении стоя.
- ❑ **Измерение частоты сердечных сокращений (ЧСС)** проводят для исключения брадикардии и фибрилляции предсердий (ФП). Оценка пульсации на нижних конечностях позволяет установить или исключить атеросклеротическое поражение сосудов нижних конечностей.
- ❑ **Оценка частоты дыхания.** Учащение частоты дыхания более 20-24 в минуту может быть первым признаком инфекции нижних дыхательных путей, декомпенсированной сердечной недостаточности.
- ❑ **Измерение температуры тела.** При измерении температуры тела следует учесть, что для пожилых пациентов характерна гипотермия. 35,5 °С может быть нормальной температурой тела для этой категории пациентов, а повышение до 36,6 °С свидетельствовать о присутствии инфекции.

ОБЪЕКТИВНЫЙ ОСМОТР (2)

- ❑ **Осмотр ротовой полости.** Нужно снять и осмотреть зубные протезы, если они есть. Спросить, испытывает ли пациент неприятные ощущения при их использовании — болезненность, неполное прилегание, невозможность жевать. Следует проверить слизистую оболочку для исключения или выявления ксеростомии, пародонтоза, злокачественных и предраковых поражений (например, лейкоплакии).
- ❑ **Осмотр области шеи.** Необходимо исключить увеличение щитовидной железы (ЩЖ) и ее узловатости, наличие лимфатических узлов.
- ❑ **Осмотр сердечно-сосудистой системы.** Исключить расширение границ сердца, наличие шума на сонных артериях и аортальном клапане при аускультации. Эти оценки особенно важны, потому что не всегда удастся отправить пожилого пациента на высокотехнологичное обследование, например, на ультразвуковое исследование (УЗИ) сердца, которое мы привыкли использовать у мобильных пациентов.
- ❑ **Осмотр области живота.** Исключение аневризмы брюшной аорты, которая может пальпироваться в виде пульсирующей массы диаметром 3 см и более. Выслушивание шума над аортой. Выслушивание кишечной перистальтики.
- ❑ **Осмотр опорно-двигательной системы.** Выраженный кифоз позвоночника на фоне выраженного остеопороза может имитировать изменения грудной клетки при эмфиземе. Узлы Гебердена в дистальных межфаланговых суставах свидетельствуют об остеоартрите, равно как и ограничение подвижности суставов. Можно отметить отеки, являющиеся признаком венозной недостаточности, застойной сердечной недостаточности, а также онихомикоз, атрофию и бледность кожи.
- ❑ **Неврологические клинические проявления.** Наличие атаксии, постуральная неустойчивость, тремор, снижение мимики, ригидность мышц.

Антропометрия

- В комплексной оценке состояния пожилого человека антропометрия занимает важное место и используется на практике главным образом для суждения о физическом здоровье, состоянии питания. В то же время многие антропометрические показатели имеют прогностическое значение. Это недорогой неинвазивный и информативный метод. Однако, несмотря на кажущуюся легкость методики, для выполнения антропометрии персонал должен быть специально обучен.
- Основные антропометрические показатели, которые позволяют судить о состоянии здоровья пожилого человека, — это масса тела, рост, или длина, тела, компонентный состав тканей организма.
- Измерение массы тела производят на медицинских весах, утром, натощак, после опорожнения мочевого пузыря и кишечника. Во время измерения пациент должен быть без обуви и верхней одежды. Должная, или рекомендуемая, масса тела рассчитывается по формулам Брока, Лоренца и Беккета:
 - формула Брока:
 - $\text{ИдМТ} = P - 100$ (при росте 155-170 см);
 - $\text{ИдМТ} = P - 105$ (при росте 171-185 см);
 - $\text{ИдМТ} = P - 110$ (при росте более 185 см);
 - формула Лоренца:
 - $\text{ИдМТ}_m = P - 100 \cdot (P - 152) \cdot 0,2$;
 - $\text{ИдМТ}_ж = P - 100 \cdot (P - 152) \cdot 0,4$;
 - формула Беккета:
 - $\text{ИдМТ}_{<165} = P - 103$;
 - $\text{ИдМТ}_{166-175} = P - 106$;
 - $\text{ИдМТ}_{>175} = P - 110$,
- где ИдМТ, ИдМТ_м, ИдМТ_ж — идеальная масса тела пациента, идеальная масса тела мужчины и женщины соответственно, кг; ИдМТ_{<165}, ИдМТ₁₆₆₋₁₇₅, ИдМТ_{>175} — идеальная масса тела при росте до 165, 166-175 и свыше 175 см соответственно, кг; P — рост, см.

Антропометрия (2)

- ❑ Дефицит или избыток массы тела рассчитывают по формуле:
- ❑ $MT = ((ИдМТ - ФМТ) : ИдМТ) \cdot 100\%$,
- ❑ где МТ — масса тела, %; ИдМТ — идеальная масса тела, кг; ФМТ — фактическая масса тела, кг.
- ❑ Фактическая масса тела по отношению к должной в норме составляет 90-110%, снижение этого показателя до 80-89% расценивается как дефицит массы тела легкой степени, 70-79% — средней степени тяжести и менее 70% — тяжелой степени. Наоборот, возрастание этого показателя до 111-119% считается избытком массы тела, до 120-129% — ожирение I степени, 130-149% — ожирение II степени и более 150% — ожирение III степени.
- ❑ Измерение роста, или длины, тела производят с помощью ростомера, или стадиометра, жестко фиксированного к стене и имеющего скользящую планку с окошечком для чтения показателей

Антропометрия (3)

- На основании измеренных массы и длины тела по общеизвестной формуле рассчитывают индекс массы тела (ИМТ). Полученный результат сопоставляют с рассчитанными нормами, определяющими статус питания человека. Обычно у мужчин величины ИМТ повышаются до 50 лет, а затем достигают в своем значении плато, у женщин ИМТ растет до 70 лет. Прослеживается четкая взаимосвязь между ИМТ и показателем летальности. В ранний период жизни избыточная масса тела повышает вероятность смертности и неблагоприятных исходов сердечно-сосудистых заболеваний. Однако по мере старения человека за каждую прожитую декаду вплоть до пожилого возраста увеличивается риск смертности, обусловленный низкой массой тела. Наименьшая летальность женщин пожилого и старческого возраста отмечается при ИМТ = 31,7 кг/м², среди мужчин того же возраста - 28,8 кг/м². Показатель ИМТ может быть менее точным у пациентов пожилого возраста из-за наличия отека, остеопороза, но он все же остается общепринятым критерием оценки статуса питания.
- Старение ассоциировано с различными изменениями состава тела. Наиболее выражено снижение количества межклеточной жидкости и тощаковой массы тела. В ее состав входят: скелетная мускулатура — 30%, масса висцеральных органов — 20% и костная ткань — 7%. В то же время происходит увеличение и перераспределение жировой ткани. Следствием возрастных изменений являются такие патологические процессы, как снижение мышечной массы и силы, нарушение равновесия, ухудшение осанки. Уменьшение мышечной массы в старости, или саркопения, сопровождающееся снижением силы, мобильности, является не просто физическим процессом, а серьезным метаболическим событием, и его развитие, с одной стороны, служит неблагоприятным признаком, а с другой — сопровождает старение организма животных и человека. В клинических исследованиях установлена связь между саркопенией и снижением уровня метаболизма, дегидратацией, риском падений, травмами. Применяя простые методы антропометрии, уже на амбулаторном этапе можно оценить долю мышечной массы и откорректировать питание и уровень физической активности пациента согласно полученным результатам для улучшения качества жизни и снижения риска неблагоприятных исходов.

Антропометрия (4)

Калиперометрия — это измерение толщины кожных складок с помощью специального прибора — калипера. Используя калипер (адипометр), измеряют кожно-жировые складки в четырех стандартных точках: на уровне средней трети плеча над бицепсом, над трицепсом, на уровне нижнего угла лопатки, в правой паховой области на 2 см выше средней пупартовой связки. Измерение каждой складки проводят трехкратно, все четыре измерения складывают. Расчет выполняют по формулам в зависимости от пола и возраста. Оценку производят в сравнении с нормативными показателями. Зная долю жира, можно легко высчитать и долю тощаковой массы тела. Данный метод является надежной оценкой общего содержания жира в организме у пациентов со стабильными показателями состояния питания, так как примерно половина всей жировой массы тела расположена в подкожном слое.



Основные правила проведения калиперометрии:

- антропометрические измерения проводятся на нерабочей (не доминантной) руке и соответствующей половине туловища;
- направление создаваемых при измерении складок должно совпадать с их естественным направлением;
- измерения проводятся тоекратно, значения фиксируются через 2 с после отпускания рычажка прибора;
- кожно-жировая складка (КЖС) захватывается исследователем двумя пальцами и оттягивается примерно на 1 см;
- измерения на плече проводятся, когда рука свободно висит вдоль туловища;
- КЖС над трицепсом определяют на уровне середины плеча (середины расстояния между местами сочленения плеча с акромиальным отростком лопатки и локтевым отростком) параллельно продольной оси конечности; на этом же уровне измеряют и окружность мышц плеча;
- КЖС над бицепсом определяют также на уровне середины плеча, над трицепсом (на передней поверхности руки) параллельно продольной оси конечности;
- подлопаточную (субскапулярную) КЖС определяют на 2 см ниже угла лопатки под углом в 45° к горизонтали;
- КЖС над гребнем подвздошной кости (супраилеальная) определяют непосредственно над гребнем подвздошной кости по среднеаксиллярной линии, которая располагается обычно горизонтально или под небольшим углом.

Если измерить длину некоторых окружностей тела (окружность живота, окружность шеи на уровне перстневидного хряща, окружность бицепса напряженной руки, окружность предплечья на уровне средней трети, окружность бедра на уровне ягодичной складки), то можно по специальным формулам определить долю жира в организме. Однако применение этих формул затрудняется при наличии отека. Более точным является калиперометрический метод по таблицам Дюрнина-Вомерсли (Dumin-Womersley) [18].

Более современные, но и более дорогие методы — это измерение биоимпеданса и компьютерная томография (КТ).

Основные правила проведения калиперометрии (2)

- Метод биоимпедансметрии основан на том, что жир и тощие ткани имеют различное электрическое сопротивление. Специальный прибор, измеряющий сопротивление тканей организма, позволяет легко определить долю жировой ткани, воды и тощаковой массы тела. КТ-исследования позволяют определить не только долю жировой ткани, но и ее локализацию, особенно важно это для диагностики центрального ожирения.

Растет окружности мышц плеча (ОМП). ОМП характеризует состояние мышечной массы или соматического пула белка и рассчитывается по формуле:

- $ОМП = 0,314 \cdot КЖС$,

где Оп — объем плеча, см; КЖС — кожно-жировая складка, см.

Нормальными показателями ОМП считаются: у мужчин 25,7 см и более, а у женщин 23,5 см и более.

- Динамометрия — определение силы мышц кисти. Динамометрия проводится с помощью электронного или механического динамометра. В России наиболее часто используются кистевые динамометры: ДК-25 — для детей, ДК-50 — для подростков и женщин, ДК-100 — для мужчин, ДК-140 — для спортсменов.

Методика проведения динамометрии. Динамометр берут в руку циферблатом внутрь. Руку отводят от туловища до получения с ним прямого угла. Вторую руку опускают вниз вдоль туловища. С максимальной силой сжимают динамометр в течение 3-5 с. Для более точных результатов рекомендуется проводить тоекратное измерение силы жатия на правой и левой руке. Время отдыха между подходами должно составлять не менее 30 с. Для оценки результатов можно использовать среднее или максимальное значение силы жатия сильнейшей руки.

ОЦЕНКА ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

□ Оценка лабораторных показателей широко используется во врачебной практике и является привычной для клинических специальностей. Контроль глюкозы, липидного спектра крови, содержания гемоглобина необходим при ведении пожилого пациента для наблюдения за течением хронических заболеваний, наиболее часто встречающихся в пожилом возрасте, для предупреждения их декомпенсации. В комплексной оценке состояния здоровья пожилого человека важны такие показатели, как содержание гемоглобина, глюкозы, креатинина, общего белка и его фракций, а также показатели системного воспаления — содержание С-реактивного белка, фибриногена, интерлейкинов (ИЛ), фактор некроза опухоли. Снижение содержания гемоглобина является неблагоприятным признаком, свидетельствующим либо о заболевании, либо о развитии патологического варианта старения. Некоторые исследователи выявили связь между повышением продукции ИЛ-6 и саркопенией, остеопенией, анемией и инсулиновой резистентностью, обосновав таким образом его роль как биологического маркера старения.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА. МОБИЛЬНОСТЬ, БАЛАНС, РИСК ПАДЕНИЙ

- Если клиницисты концентрируют свое внимание на органах и системах, то гериатры стремятся в первую очередь оценить функциональный статус пожилого человека. Это важнейший компонент всей комплексной оценки. К сожалению, врачи общей практики редко его проводят, хотя эта информация очень важна для определения возможности самообслуживания и степени независимости человека от помощи окружающих.
- В целом функциональная активность складывается из физической и интеллектуальной способности человека, его желания и мотивации выполнять определенные действия, а также из существующих социальных и личных возможностей обеспечения активности. Например, человек может быть способен физически передвигаться и добраться до поликлиники, но общественный транспорт отсутствует; или он не может оплатить услуги социального работника. Если у него депрессия, то, будучи способен физически одеться или причесаться, он не хочет (отсутствие мотивации и желания) этого делать.

Таблица 1. Тест способности выполнения основных функций

Таблица 3.1. Тест способности выполнения основных функций

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА. МОБИЛЬНОСТЬ, БАЛАНС, РИСК ПАДЕНИЙ

- Если клиницисты концентрируют свое внимание на органах и системах, то гериатры стремятся в первую очередь оценить функциональный статус пожилого человека. Это важнейший компонент всей комплексной оценки. К сожалению, врачи общей практики редко его проводят, хотя эта информация очень важна для определения возможности самообслуживания и степени независимости человека от помощи окружающих.
- В целом функциональная активность складывается из физической и интеллектуальной способности человека, его желания и мотивации выполнять определенные действия, а также из существующих социальных и личных возможностей обеспечения активности. Например, человек может быть способен физически передвигаться и добраться до поликлиники, но общественный транспорт отсутствует; или он не может оплатить услуги социального работника. Если у него депрессия, то, будучи способен физически одеться или причесаться, он не хочет (отсутствие мотивации и желания) этого делать.

Таблица 1. Тест способности выполнения основных функций

Основные функции	Может, 2 балла	Частично, 1 балл	Не может, 0 баллов
Завести обе руки за голову (оценивается способность пациента расчесывать волосы, мыть спину)			
Завести обе руки на заднюю поверхность спины на уровне талии (способность к одеванию, пользованию туалетом, гигиеническим процедурам нижней части тела)			
Сидя дотронуться рукой до большого пальца на противоположной ноге (способность одевания нижней части тела, подстригания ногтей)			
Сжать пальцы врача обеими руками (способность открывать двери, банки)			
Удерживать лист бумаги между большим и указательным пальцами (способность выбора и удержания предметов)			
Подняться со стула без помощи рук (возможность свободного передвижения)			

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА. МОБИЛЬНОСТЬ, БАЛАНС, РИСК ПАДЕНИЙ (2)

- Функциональная активность пожилого пациента является краеугольным камнем для планирования его наблюдения врачом общей практики, для принятия любого медицинского решения. Так, скорость восстановления состояния здоровья пациента после операции шунтирования коронарных артерий определяется не количеством сопутствующих заболеваний, а уровнем функциональной активности до операции. Примерно у 23% пожилых пациентов активность в повседневной жизни (activity in daily living, ADL) или инструментальная активность в повседневной жизни (instrumental activity in daily living, IADL) снижена в той или иной степени; в возрасте старше 80 лет такие нарушения имеются более чем у половины популяции. Зависимость от посторонней помощи в повседневной жизни требует обеспечения ухода за пациентом, определяет необходимость его помещения в учреждения долговременного ухода. На основании представления о степени зависимости принимаются решения о социальном компоненте помощи пожилому человеку.
- В условиях общей врачебной практики для оценки функционального статуса можно использовать несколько различных тестов: тест способности выполнения основных функций, объективную оценку физического функционирования, скорость ходьбы, пробу на удержание равновесия (тандемный шаг), пробы Берг и Тинетти, поднятие книги со стола, поднятие монеты с пола, поворот на 360°, подъем по лестнице и др.

Тест оценки физического функционирования

- Существует несколько модификаций данного теста. Оригинальный тест был предложен в 1994 г. J.M. Guralnik и соавт. Тест состоял из трех этапов: оценка скорости ходьбы, оценка способности удерживать баланс, тест вставания со стула. Низкая скорость ходьбы и плохой баланс потенциально могут привести к падению, многократное вставание со стула требует значительных затрат энергии и косвенно отражает степень энергетических запасов пожилых людей. Скорость ходьбы, так же как и тест вставания со стула, можно считать показателем снижения силы мышц нижних конечностей. Доказано, что снижение скорости ходьбы до значений менее 0,8 м/с является показателем неблагоприятного прогноза, вероятности скорой госпитализации, помещения в учреждение долговременного наблюдения и даже смерти. В модифицированном тесте, который использовался в нескольких эпидемиологических исследованиях здоровья популяции пожилых людей, был добавлен кардиган-тест, который можно считать показателем силы рук. Таким образом, комплекс тестов оценки физического функционирования лучше оценивает способность выполнять повседневные задачи.
- Тест проводят в четыре этапа, результаты которых суммируют. Максимальное количество баллов 14. Сумма баллов менее 8 свидетельствует о высоком риске снижения когнитивных функций, появления/утяжеления степени зависимости от повседневной помощи и смерти в ближайшие 2,5 года.
- Падения пожилых являются важной проблемой гериатрии, поскольку представляют угрозу независимости и способности к самообслуживанию. Именно поэтому оценка риска падений индивидуума должна стать обязательной в комплексе мероприятий диагностики. От 30 до 40% лиц старше 65 лет, проживающих не в специальных учреждениях, а дома, падают ежегодно. Примерно 15% падений приводят к осложнениям и переломам. А осложнения падений являются ведущей причиной смерти лиц старше 65 лет.
- Точную частоту падений установить довольно трудно, так как в большинстве случаев они не приводят к тяжелым травмам, и соответственно пациенты не обращаются за медицинской помощью. Кроме того, пожилые пациенты с когнитивными нарушениями нередко забывают свои травмы. Частое возникновение переломов у лиц пожилого и старческого возраста обусловлено остеопорозом, снижением массы тела, патологией суставов, особенно нижних конечностей. Риск переломов вследствие падений особенно значителен у пациентов, имеющих нарушения двигательных функций (парезы, атаксия).

Тест оценки физического функционирования (2)

- Помимо травмы и связанной с ней инвалидизации, почти у 50% пожилых людей, перенесших повторные падения, отмечается ограничение физической активности вследствие причин психологического характера. У этой категории лиц развиваются ощущение страха, опасение повторных падений, чувство тревоги, вследствие чего они перестают выходить из дома, что сопровождается возрастанием зависимости от окружающих и в значительной мере увеличивает нагрузку на родственников и близких.
- У пациентов, имеющих в анамнезе частые падения, следует оценить функцию зрения и зрительный аппарат, так как для пожилых характерно снижение остроты зрения вследствие катаракты, ограничения полей зрения после перенесенного инсульта или глаукомы. Для этого предусмотрены специальные опросники и анкеты, которые могут заполнить как сам пациент, так и его родственники или лица, ухаживающие за ним. Пожилому человеку требуется больше времени, чтобы адаптироваться к условиям недостаточной или избыточной освещенности, что в определенных условиях может способствовать падениям. Именно поэтому, кроме выявления физических причин возможных падений, необходимо оценивать безопасность домашнего быта (табл. 2).
- В КГО для выявления риска падений важную роль играют оценка равновесия и оценка походки. Более подробно эти вопросы рассмотрены в соответствующих главах, сейчас только коротко опишем, что именно надо оценивать при проведении КГО.

Категория	Варианты ответов	Количество баллов
Падения в анамнезе	Нет	0
	Да	25
Сопутствующие заболевания (>1 диагноза)	Нет	0
	Да	15
Имеет ли пациент вспомогательные средства для передвижения	Постельный режим/помощь медицинской сестры	0
	Костыли/палка/ходунки	15
	Придерживается при перемещении за мебель	30
Проведение внутривенной терапии/наличие внутривенного катетера	Нет	0
	Да	20
Способность к самостоятельной ходьбе	Норма/постельный режим/обездвижен	0
	Снижена	10
	Нарушена (нуждается в посторонней помощи)	20
Категория	Варианты ответов	Количество баллов
Оценка пациентом собственных возможностей и ограничений (ментальный/ психический статус)	Знает свои ограничения	0
	Переоценивает свои возможности или забывает об ограничениях	15

Примечание. Интерпретация результатов теста:

- низкий риск — 0-20 баллов — обучение пациента методам профилактики падений, использование нескользящей обуви, физические упражнения, оценка питания и его коррекция;
- средний риск — 25-45 баллов — обучение пациента методам профилактики падений, физические упражнения, контроль медикаментов;
- высокий риск — более 45 баллов — разработка персонального плана профилактики падений, обучение пациента, использование бандажей, протекторов шейки бедра.

В пожилом возрасте широко распространены нарушения походки. Замедление походки является неблагоприятным признаком, одним из компонентов хрупкости. Изменения походки включают не только снижение ее скорости, но и неустойчивость, укорочение шага, шаркающий характер. Направление движения изменяется медленно, неуклюже, с разной скоростью в различных отделах тела. Основными признаками, позволяющими классифицировать нарушения равновесия и ходьбы, являются следующие: изменения позы; равновесие в покое; реактивные постуральные двигательные реакции, поддерживающие равновесие тела при изменении его позы.

- Для определения состоятельности данной функции используется толчковый тест: при толчке назад человек может сделать 1-2 шага или вскинуть руки, чтобы удержать равновесие. Важными критериями для оценки функции ходьбы считаются также: расстояние между ступнями при стоянии и ходьбе; возможность произвольно начать ходьбу; длина шага, ритм, скорость, траектория движений конечностями.
- Шаркающая походка, брадикинезия и ригидность характерны для болезни Паркинсона, дисциркуляторной энцефалопатии, артрозов. У больных с синдромом паркинсонизма (прогрессирующий надъядерный паралич, мультисистемная атрофия и др.) могут отмечаться пропульсии (длительная подготовка к движению, затем быстрое движение и остановка) и ретропульсии (компульсивная склонность к ходьбе назад), затруднения начала ходьбы, согбенная поза. При поражении мозжечка, гипотиреозе, пернициозной анемии, полинейропатиях различного генеза, а также на фоне приема лекарственных препаратов может отмечаться атаксия. Такие нарушения походки часто приводят к падениям, а падения — к переломам костей.
- При осмотре пациента с жалобами на расстройство равновесия необходимо ответить на три вопроса: каковы причина, серьезность нарушения и прогноз? Точный клинический анализ должен включать анамнез и физикальный осмотр с применением оценочных шкал, выбранных в зависимости от цели обследования. При определении устойчивости фиксируется продолжительность удержания равновесия при опоре на одну ногу в положении стоя при разведенных в стороны руках и отведенной противоположной ноге. Хорошим результатом считается удержание равновесия более 10 с, удовлетворительным — 5 с. Невозможность удерживать равновесие на одной ноге оценивается как неудовлетворительный результат. Тестирование проводится поочередно на каждой ноге.

- Более глубокое изучение способности пожилого человека сохранять равновесие предполагает и более подробные тесты, пробы Берг и Тинетти. Эти же тесты используют, чтобы определить индивидуальный риск падений и противопоказания к назначению физических тренировок.
- Для выполнения пробы Тинетти пациента сначала просят сесть на жесткий стул со спинкой и оценивают способность выполнить определенные маневры, изменяя положение тела. То, как удерживает пациент равновесие в каждой позе, оценивается в баллах от 0 до 2. При отсутствии двигательных нарушений максимальное значение составляет 24-26 баллов.
- Тест Берг используется в клинической практике с 1990 г. Принцип выявления нарушения равновесия тот же, что и в пробе Тинетти: пациенту предлагают выполнить движения, приводящие к нарушению равновесия. Всего выполняется 14 маневров, каждый оценивается в баллах от 0 до 4. Суммарная оценка от 0 до 20 означает, что больному необходимо инвалидное кресло; при количестве баллов от 21 до 40 существует возможность самостоятельного передвижения с поддержкой ассистента; получивший от 41 до 56 баллов независим от посторонней помощи при движении.

Оценка основных факторов риска падений и соответствующие комплексные программы для пожилых людей, проживающих дома, должны включать следующие элементы (в скобках указаны уровни доказанности рекомендаций):

- тренировка походки и рекомендации по правильному использованию вспомогательных приспособлений (А);
- ревизия списка назначенных лекарственных препаратов и внесение изменений, особенно когда речь идет о психотропных препаратах (А) (ревизия без внесения изменений не эффективна);
- программы физических упражнений с тренировкой равновесия (А);
- лечение ортостатической гипотензии (В);
- адекватное лечение имеющихся заболеваний, включая зрительные расстройства, сердечно-сосудистые нарушения и аритмии сердца (В);
- снижение дозы или отмена психотропного препарата (В);
- устранение неблагоприятных факторов окружающей среды (С);
- программы обучения персонала и программы, основанные на мерах, самостоятельно осуществляемых пожилыми людьми без внешней помощи, в условиях домашнего проживания не эффективны (А);
- проведение комплексных программ профилактики падений среди лиц с когнитивными нарушениями, обратившихся в лечебное учреждение по поводу случая падения, по всей видимости не эффективно (А);
- проверка и коррекция зрения (А), равно как и оценка и внесение изменений в обустройство жилища (А), осуществляемые в качестве изолированных мер, не приводят к предотвращению падений; они должны являться частью комплексных программ;
- применение вспомогательных приспособлений для ходьбы в качестве изолированной меры не предотвращает падения (С)

ОЦЕНКА НЕЗАВИСИМОСТИ И АВТОНОМИИ

Оценка степени зависимости/независимости от посторонней помощи позволяет врачам и социальным работникам оценить способности человека к самостоятельному существованию, дает возможность дифференцировать виды и объемы социальной помощи, необходимой пациенту в зависимости от состояния его здоровья и функционального статуса. Активность в повседневной жизни включает:

- мероприятия по личной гигиене (уход за волосами, умывание, использование туалета и др.);
- одевание;
- прием пищи;
- соблюдение правил, необходимых для поддержания и сохранения здоровья (прием лекарственных препаратов, контроль уровня АД, пульса, уровня гликемии);
- социализацию;
- возможность к самостоятельному передвижению;
- удовлетворение сексуальных потребностей;
- выполнение домашних обязанностей (уход за одеждой, уборка квартиры, приготовление еды, поддержание чистоты и безопасное проживание в квартире);
- заботу о других людях;
- возможность обучаться чему-либо новому;
- исследовательские виды деятельности (выбор специальности, поиск работы, выполнение работы, планирование ухода на пенсию, добровольное участие в чем-либо);
- способность к организации собственного досуга.

ОЦЕНКА НЕЗАВИСИМОСТИ И АВТОНОМИИ (2)

- В гериатрии используется несколько видов тестирования. Важнейший тест называется «Активность в повседневной жизни», или Activity in daily living (ADL). Он знаком всем гериатрам и существует в нескольких модификациях: базисная, инструментальная, физическая.
- Тесты, измеряющие степень зависимости пожилого человека от окружающих, можно разделить на четыре группы:
 - 1) измеряющие степень независимости пожилого человека в повседневной жизни, под которыми обычно понимают способность к самообслуживанию (одевание/раздевание, посещение туалета, умывание и т.п.);
 - 2) измеряющие, помимо способности самообслуживания, еще и возможность пользования предметами обихода (пользование телефоном, приготовление еды, уборка и т.п.), что необходимо для самостоятельного проживания в обычных условиях;
 - 3) измеряющие физические функции, расстройство которых приводит к нарушению жизнедеятельности пациента (например, баланс, ходьбу, функцию кисти и др.);
 - 4) совмещающие измерение повседневной активности и ролевых ограничений.

ОЦЕНКА НЕЗАВИСИМОСТИ И АВТОНОМИИ (3)

- На первом этапе проводится оценка способности к самообслуживанию с использованием индекса активностей повседневной жизни (индекс Бартел), позволяющего оценить такие важные функции, как купание, одевание, посещение туалета, перемещение с кровати на стул и обратно, контролирование мочеиспускания и дефекации, прием пищи. Возможно использование аналогичного теста, который называется BADL — основная активность в повседневной жизни. Так же как и индекс Бартел, он оценивает функции гигиены, питания и т.д. Индекс Бартел часто применяется для оценки динамики восстановления пациентов после инсульта.
- Второй этап — это оценка возможностей пожилого человека не только к элементарному самообслуживанию, но и его способности жить независимо от посторонней помощи. Для этого используется шкала «Инструментальная активность повседневной жизни» (instrumental activity in daily living, IADL).
- Помимо проведения опроса с использованием тестов, необходимо также задать пациенту вопрос о том, нуждается ли он в посторонней помощи в повседневной жизни (если да, то в какой степени), а также провести тест на способность выполнения основных функций.

Таблица 3.3. Виды зависимости и оценка степени автономии пожилого человека

Рекомендации должны базироваться на степени выраженности зависимости пациента от посторонней помощи, а также пожеланиях и потребностях самого пациента.

Степень	Определение
0	Независим во всех активностях
1	Зависимость при выполнении одной активности
2	Зависимость при уборке и при выполнении еще одной активности
3	Зависимость при уборке, посещении магазинов и при выполнении еще одной активности
4	Зависимость при уборке, посещении магазинов, пользовании транспортом и при выполнении еще одной активности
5	Зависимость при выполнении всех инструментальных активностей и одной персональной
6	Зависимость при выполнении всех инструментальных активностей, приеме ванны и еще одной персональной активности
7	Зависимость при выполнении всех инструментальных активностей, приеме ванны, одевании и еще одной персональной активности
8	Зависимость при выполнении всех инструментальных активностей, приеме ванны, одевании, пользовании туалетом и еще одной персональной активности
9	Зависимость в двух или более активностях, но нельзя классифицировать так, как указано выше. Если включается проблема недержания, определение двух последних ступеней будет следующим: зависимость при выполнении всех инструментальных активностей, приеме ванны, одевании, пользовании туалетом, перемещении и еще одной персональной активности
10	Зависимость во всех активностях

ОЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ

- Одной из ведущих проблем социальной дезадаптации пожилых является депрессия. Так, в популяции пациентов старше 60 лет у 19,9% мужчин и 43,3% женщин при скрининговом исследовании были обнаружены симптомы депрессии. В рамках комплексного изучения здоровья пожилого человека оценка наличия и выраженности депрессии является необходимым условием.
- Широко признанным скрининговым инструментом считается гериатрическая шкала депрессии (Geriatric Depression Scale, GDS), которую начали применять с 1983 г. Шкала состоит из простых вопросов, пациент отвечает самостоятельно, выбирая ответ, наиболее соответствующий самочувствию за последнюю неделю. Занятой врач общей практики может задать всего один вопрос пациенту: «Чувствуете ли вы себя подавленным или печальным?» Показано, что положительный ответ на этот вопрос с чувствительностью 78% и специфичностью 87% позволяет установить диагноз большой депрессии

GDS доступна на нескольких языках, и было установлено, что она поддерживает надежность и валидность, даже когда опрос проходит по телефону, что может быть полезно в условиях больших эпидемиологических и клинических исследований. GDS была хорошо валидизирована в различных гериатрических популяциях, в том числе для измерения депрессии в популяции амбулаторных пожилых пациентов. Однако шкала GDS не сохраняет валидность в популяциях, где есть много пожилых с когнитивными нарушениями.

- Созданы различные версии GDS, которые могли бы быть полезны как скрининговые инструменты, например при афазии, других нарушениях коммуникации или когнитивных нарушениях. Заполнение ее короткой версии из 15 вопросов занимает 5-7 мин. Длинная форма и короткая версия хорошо коррелируют ($r=0,84$, $p<0,001$). Короткая версия была валидизирована в амбулаторной клинике для пациентов с аффективными расстройствами ($n=116$; средний возраст 75,7 лет). При использовании отрезной точки 5-6 короткая версия показывает чувствительность 85% и специфичность 74%.
- Если результат опроса по шкале превышает 5 баллов, то потребуются более углубленное обследование с привлечением специалиста психогериатра или психиатра. Кроме упомянутой гериатрической шкалы депрессии, используется также шкала PHQ-9, которая была валидизирована в России.
- Для пожилых людей, страдающих деменцией, рекомендуется применение Корнелльской шкалы депрессии (Cornell Scale for Depression in Dementia, CSDD). Она используется как при легкой, так и при умеренной степени выраженности деменции. Для доклада анамнеза и симптомов используются внешние информаторы: персонал сестринских домов, родственники, ухаживающие лица. По шкале CSDD опрашивает интервьюер, который использует информацию как от пациента, так и из внешних источников (члены семьи, лица, осуществляющие уход за пациентом, медицинские работники).
- Шкала хорошо коррелирует с депрессией по классификации исследовательских диагностических критериев.
- Ранняя диагностика депрессии, тревоги и других психоэмоциональных нарушений не только содействует повышению качества жизни, но и способствует улучшению прогноза в отношении сопутствующих соматических заболеваний, ликвидации болевого синдрома, улучшению качества сна, нормализации внутрисемейных отношений.

ОЦЕНКА ХАРАКТЕРА ПИТАНИЯ

- Эта оценка обязательна для комплексного обследования пожилого человека. Проведенное в Европе исследование по изучению питания пожилых пациентов показало, что у здоровых пожилых людей редко встречаются нарушения питания, тем не менее белково-энергетическая недостаточность питания (БЭН) в сочетании с дефицитом микронутриентов — основная проблема пожилых людей. Тяжелая БЭН описана у 10—38% амбулаторных больных старческого возраста, у 5-12% находящихся дома, у 26-65% госпитализированных престарелых и у 5-85% помещенных в пансионаты для престарелых.
- Причин нарушения питания у пожилых довольно много, но наиболее рас-пространенные и значимые — изменения слизистой оболочки ротовой полости; редукция вкусовых рецепторов; сухость, снижение слюноотделения; уменьшение базального уровня секреции желудочного сока; снижение скорости основного обмена; нарушение водно-электролитного баланса; нарушения чувствительности, атрофия чувства жажды; хронические заболевания и полипрагмазия; частые госпитализации, социальная дезадаптация, одиночество.
- В вышеупомянутом исследовании по изучению питания пожилого населения Европы было доказано, что процесс старения ассоциирован со снижением физиологических функций, ведущих к изменению статуса питания. Именно поэтому оценка его в пожилом возрасте является важнейшей составляющей для обеспечения и поддержания качества жизни, профилактики заболеваний и смертности. Ученые пришли к выводу, что питание играет ведущую роль в усугублении или предотвращении нарушения равновесия, ухудшении осанки.
- Для оценки статуса питания используют несколько десятков шкал. Для скрининга и выявления пожилых пациентов с риском недостаточного питания целесообразно использовать валидизированную в России Краткую шкалу по оценке питания (Mini Nutritional Assessment), она проста в применении, и ее можно заполнить без специальной подготовки. Краткая шкала по оценке питания состоит из двух частей: скрининговой и оценочной. Скрининговая часть включает шесть вопросов, максимальная оценка которых составляет 14 баллов. Если результат составляет 11 баллов и ниже, проводят более подробный опрос по второй, диагностической части опросника, на основании результатов которой и выносят окончательное заключение.

ОЦЕНКА ХАРАКТЕРА ПИТАНИЯ (2)

При выявлении признаков недостаточности питания необходимо понять истинные причины этого состояния и провести дополнительное обследование:

- копрограмму, кал на скрытую кровь;
- клинический анализ крови;
- биохимический анализ крови (общий белок, альбумин, креатинин, сывороточное железо).

Кроме того, надо внимательно изучить анамнез, объективные данные для того, чтобы:

- исключить заболевания желудочно-кишечного тракта;
- исключить соблюдение пациентом диеты, назначенной для лечения какого-то хронического заболевания.

Дополнительно:

- проводят оценку когнитивного и психического статуса (Mini-Mental State Examination, MMSE), оценку по гериатрической шкале депрессии;
- определяют степень зависимости от посторонней помощи [активность в повседневной жизни (индекс Бартел), повседневная инструментальная активность (IADL), способность выполнения основных функций]. Важными причинами развития недостаточности питания могут быть стоматологические проблемы и дисфагия, поэтому проводится скрининг для выявления дисфагии и осмотр полости рта. Обязательные мероприятия — анализ медикаментозной терапии, которую получает пациент, так как есть препараты, способные вызвать нарушения аппетита, а также скрининг для выявления сенсорных дефицитов (снижение зрения, обоняния, осязания, вкусовых ощущений). Наконец, необходимо оценить социальный статус и уровень доходов.

ОЦЕНКА КОГНИТИВНОГО СТАТУСА

Нарушения когнитивной сферы, развитие деменции являются частой характеристикой ментального статуса пожилого человека. К сожалению, именно начальные признаки деменции пропускаются врачами на уровне первичной сети. Хотя в клинической практике обычно применяются простые методики, хорошо зарекомендовавшие себя в скрининговой диагностике деменции: краткая шкала исследования психического статуса (Mini-mental state examination) и тест рисования часов, однако чувствительность данных нейропсихологических методик на ранних этапах деменции не всегда достаточна. Именно поэтому для уточнения диагноза нередко бывают необходимы динамическое наблюдение за пациентом и повторные клиничко-психологические исследования. Нарастание выраженности когнитивных нарушений со временем является одним из наиболее надежных признаков патологического характера когнитивных расстройств. Важно отметить, что при нормальном старении снижение памяти и других когнитивных способностей не имеет прогрессирующего течения и носит практически постоянный характер.

- Для дифференциальной диагностики между физиологической возрастной когнитивной дисфункцией и начальными признаками патологического ухудшения высших мозговых функций существенное значение имеет анализ характера нарушений памяти. Так, при болезни Альцгеймера, которая развивается у 5-15% пожилых лиц, нарушение памяти обычно является самым первым симптомом заболевания. Однако механизмы возрастного и патологического ухудшения памяти различны. При нормальном старении забывчивость связана преимущественно со снижением активности запоминания и воспроизведения, в то время как первичные механизмы памяти остаются сохранными. В отличие от этого при болезни Альцгеймера нарушается сама способность усвоения новой информации.

СЕНСОРНЫЕ НАРУШЕНИЯ И ИХ ВЫЯВЛЕНИЕ В КОМПЛЕКСНОМ ГЕРИАТРИЧЕСКОМ ОСМОТРЕ

- Примерно у 20% пациентов старше 74 лет снижены зрительные функции и более чем у 30% значительно снижен слух. Эти нарушения непосредственно влияют на качество жизни пожилого человека: как затрудняют выполнение повседневных задач, так и увеличивают риск падений, ухудшая тем самым прогноз для жизни. Нарушения зрения являются одной из самых частых причин визитов к врачу пожилых людей. Непосредственная оценка остроты зрения проводится так же, как в обычной практике: с помощью таблиц и офтальмологического осмотра (участвуют офтальмолог, оптометрист или врач общей практики). Нарушение зрения как один из так называемых «дефицитов» функции входит в некоторые модели хрупкости. Для оценки влияния снижения зрения на качество жизни у пожилых людей используется опросник. Этот опросник важен для заполнения, потому что КГО направлена именно на создание плана реабилитационных мероприятий, призванных улучшить качество жизни пожилого человека. Иногда просто замена приспособлений, используемых человеком для компенсации сниженного зрения, позволяет повысить остроту зрения, снизить риск падений и улучшить качество жизни.
- Потеря слуха является четвертой по частоте причиной хронических заболеваний у пожилых. Будучи довольно доброкачественными сами по себе, тем не менее потеря слуха или его снижение оказывают глубокий негативный психологический эффект на качество жизни. Это и семейные конфликты, социальная изоляция, потеря самооценки, гневливость, депрессия. Эпидемиологические исследования демонстрируют ассоциацию между потерей слуха, когнитивными нарушениями, снижением мобильности. Потеря и нарушение слуха влияют и на общение пожилого пациента с медицинским работником, затрудняя сбор анамнеза и обучение пациента. Лечение нарушений слуха и внимание к коммуникативным стратегиям могут улучшить качество жизни таких больных за счет улучшения общения с членами семьи, друзьями, лицами, осуществляющими уход. Своевременное слухопротезирование позволяет ликвидировать симптомы депрессии. Вот почему важно в составе КГО проводить оценку качества слуха. Делается это с помощью теста на шепотную речь. Хотя тест шепотной речи не всегда может выявить нарушения слуха, тем не менее он является первым скрининговым тестом. Заполняется также опросник о влиянии проблем со слухом на качество жизни пожилого человека (см. приложение 14). Обнаружив нарушение слуха в тесте шепотной речи, или речевой аудиометрии, надо направить пациента на тональную аудиометрию или провести ее самостоятельно. Сейчас есть мобильные приложения для проведения аудиометрии, которые можно использовать и у постели больного.

ПОНЯТИЕ ПОЛИМОРБИДНОСТИ И МЕТОДЫ ЕЕ ОЦЕНКИ

- Коморбидность — это сочетание у одного больного двух и более хронических заболеваний, этиопатогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени появления вне зависимости от активности каждого из них. По данным различных клинических и эпидемиологических исследований, в возрасте от 17 до 25 лет распространенность полиморбидности варьирует от 10 до 73,9%, в возрасте 65 лет и старше — от 47,3 до 98%. Широкая вариабельность в распространенности данного явления связана с использованием разных методик определения состояния полиморбидности. На сегодняшний день для описания существования нескольких болезней у одного пациента в отечественных и зарубежных работах используют несколько терминов: «сочетанные», «сопутствующие», «ассоциированные» и «коморбидные» заболевания или состояния, «коморбидность», «полиморбидность», «мультиморбидность», «мультифакториальные заболевания», «полипатия», «соблезненность», «двойной диагноз» и «плюрипатология». Наиболее часто используются три термина: «полиморбидность», «мультиморбидность» или «коморбидность». Несмотря на то что данные понятия большинство клиницистов используют как синонимы, это не совсем так.
- Термин «коморбидность» впервые был предложен Фейнштейном (Feinstein) в 1970 г. для описания состояния наличия двух заболеваний, сопровождающихся новыми клиническими проявлениями, или новых симптомов на фоне уже существующей клинической картины. В современной литературе термин «коморбидность» чаще всего имеет три значения:
- одновременное существование у одного пациента двух и более независимых друг от друга патологических состояний;
 - одновременное существование у одного пациента двух и более взаимосвязанных заболеваний или клинических синдромов;
 - одновременное существование у одного пациента двух и более заболеваний или клинических синдромов вне зависимости от наличия или отсутствия патогенетической связи между ними.

ПОНЯТИЕ ПОЛИМОРБИДНОСТИ И МЕТОДЫ ЕЕ ОЦЕНКИ (2)

- Существует более 17 различных шкал для измерения коморбидности. Наиболее распространенными из них являются: система подсчета количества заболеваний (Disease count), шкала хронических заболеваний CDS (Chronic Disease Score/RxRisk), индекс коморбидности Чарлсон (Charlson index), система CIRS-G (Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics), индекс GIC (Geriatric Index of Comorbidity) и индекс Kaplan-Feinstein (Kaplan-Feinstein index).
- Термин «полиморбидность» или «мультиморбидность» впервые использовали в странах, где население говорит на языках романо-германской группы, а затем он получил дальнейшее распространение на территории стран Восточной Европы и нынешних стран СНГ. В 1980-1990-х годах термин «мультиморбидность» часто использовался немецкими авторами, пишущими на английском языке, для описания состояния существования нескольких заболеваний у одного человека, которое нельзя было описать с использованием индекса коморбидности. В 1996 г. Ван Ден Аккер (van den Akker) предложил использовать термин «коморбидность» только для описания наличия у одного пациента двух и более заболеваний или клинических синдромов с использованием различных шкал/индексов коморбидности, а термины «мультиморбидность» и «полиморбидность» использовать для описания наличия у одного пациента сочетания нескольких острых или хронических патологических состояний, которые нельзя описать, используя предложенные системы шкал определения коморбидности.
- Более поздние публикации предлагают считать коморбидностью наличие нескольких заболеваний, связанных доказанным единым патогенетическим механизмом, например атеросклероз, гипертензия, инфаркт миокарда, сердечная недостаточность, а мультиморбидностью — наличие нескольких заболеваний, не связанных между собой доказанными на настоящий момент патогенетическими механизмами, например ИБС и ХОБЛ, катаракта и желчнокаменная болезнь.

Шкалы коморбидности

Система CIRS-G (Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics). Данная шкала позволяет практическим врачам оценивать количество и тяжесть хронических заболеваний в структуре полиморбидного статуса их пациентов. Шкала подразумевает оценку количества заболеваний и степени их тяжести по 4-балльной системе. Общая сумма баллов варьирует от 0 до 56. По мнению ее разработчиков, максимальные результаты не совместимы с жизнью больных, однако определение точного прогноза больного невозможно из-за отсутствия интерпретации полученных результатов и их связи с рядом прогностических характеристик.

- Система подсчета количества заболеваний (Disease count) проста в использовании и основана на подсчете количества заболеваний или синдромов, выявленных при обследовании пациента. В список данных синдромов входят, например, артериальная гипертензия (АГ), дислипидемия, стенокардия, кардиомиопатия, инфаркт миокарда, транзиторная ишемическая атака, острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) в анамнезе, облитерирующий атеросклероз, эпизоды декомпенсации сердечной недостаточности и т.д. [15]. Максимальное количество баллов 3: наличие 1-2 заболеваний — 1 балл; 3-4 заболеваний — 2 балла; 5 заболеваний и больше — 3 балла. Недостатком шкалы является невозможность с ее помощью прогнозировать лечение и его исходы.
- Индекс сосуществующих болезней ICED (Index of Co-Existent Disease) первоначально был разработан для оценки коморбидности больных злокачественными новообразованиями. Сейчас обычно используется для оценки риска развития послеоперационных осложнений.

Индекс GIC (Geriatric Index of Comorbidity) позволяет разделить пациентов на четыре класса в зависимости от количества заболеваний и степени их тяжести. Пациенты, определенные в 4-й класс, имеют в 4 раза выше риск смерти, чем пациенты в классах 1 и 2, однако дать точный прогноз больному с использованием этой шкалы также невозможно. Данный индекс был признан наиболее точным в прогнозировании смертности у госпитализированных пациентов по сравнению с другими индексами.

- Индекс Kaplan-Feinstein был создан на основе изучения воздействия сопутствующих заболеваний на пятилетнюю выживаемость больных сахарным диабетом 2-го типа. В этой системе оценки коморбидности все имеющиеся заболевания и их осложнения в зависимости от выраженности органических поражений подразделяются на легкие, средние и тяжелые. При этом вывод о суммарной коморбидности делается на основе состояния наиболее декомпенсированной системы органов. Прогностическая значимость этой шкалы также не ясна ввиду отсутствия интерпретации общего балла, полученного по результатам суммирования заболеваний, имеющихся у пациента.
- Индекс коморбидности Чарлсон (Charlson index) был предложен авторами специально для оценки прогноза больных с длительными сроками наблюдения. Данный индекс основан на подсчете количества заболеваний, но к сожалению, не принимает во внимание степень тяжести заболевания, зато учитывает возраст пациентов — при его расчете баллы сначала суммируются, а потом к полученной сумме баллов добавляют 1 балл на каждые 10 лет жизни при превышении пациентом 40-летнего возраста (50 лет — 1 балл, 60 лет — 2 балла и т.д.).

Неудовлетворенные нужды пациента и цель-ориентированный подход в лечении и обследовании пожилых пациентов

И ко-, и мультиморбидность ассоциируются со снижением качества жизни, ухудшением функционального статуса, повышенным потреблением ресурсов здравоохранения, включая госпитализации по неотложным причинам, параллельно росту числа сочетающихся заболеваний.

- Несмотря на важность оценки состояния коморбидности/полиморбидности и ее безусловного влияния на качество жизни и прогноз пожилого человека, проанализировав коморбидный статус вашего пациента с помощью нескольких методик, вы получите разные результаты и не получите рекомендаций по дальнейшему лечению и прогнозу. В то же время, во-первых, исследования последних лет демонстрируют отсутствие преимущества использования какого-либо одного индекса коморбидности перед другими, во-вторых, результаты исследований во многом зависят от выбранной популяции и не могут быть экстраполированы на всю популяцию пожилых людей. В-третьих, пациенты с одним и тем же индексом коморбидности все равно имеют разный прогноз и требуют различного подхода в обследовании и лечении. В-четвертых, применение всех клинических рекомендаций в отношении лечения каждого конкретного заболевания у пациентов с мультиморбидностью может привести к неправильному выбору тактики лечения, полипрагмазии, ухудшению качества жизни и прогноза пациента, потому что клинические рекомендации создаются только по одному заболеванию.
- Таким образом, традиционная болезнь-ориентированная модель здравоохранения, направленная в первую очередь на снижение общей заболеваемости и риска смерти, больше подходит для молодых людей с одним заболеванием и плохо применима в популяции пожилых людей. В отличие от молодых людей, лечение пациентов пожилого возраста должно быть прежде всего ориентировано не на снижение риска смерти и возникновения новых заболеваний, а на улучшение их (пациентов) качества жизни, уменьшение риска нарушения когнитивных функций, развития независимости от посторонней помощи в повседневной жизни, уменьшение риска падений, развития недостаточности питания и т.д. Как ни парадоксально, но на прогноз в пожилом возрасте в большей степени оказывает влияние не количество заболеваний, а качество жизни пожилого человека и его способность справиться с беспокоящими его проблемами и так называемыми «неудовлетворенными потребностями» .

Неудовлетворенные потребности (unmet needs) — это проблемы, которые часто остаются незамеченными при рутинном посещении, потому что врач не обращает на них внимания или пациент о них умалчивает. К наиболее частым неудовлетворенным потребностям гериатрических пациентов относятся:

- потеря и ухудшение слуха и зрения;
- недержание мочи;
- потеря или ухудшение способности к передвижению;
- снижение памяти и интеллекта;
- сниженное настроение и депрессия.

Использование цель-ориентированного подхода в сочетании с КГО в лечении пожилого человека позволяет врачу совместно с пациентом постепенно решать наиболее важные проблемы конкретного пациента, добиваясь лучших результатов в лечении по сравнению с использованием болезнь-ориентированного подхода. Например, для пациента с цереброваскулярной болезнью и АГ гораздо большее значение будет играть не наличие риска развития ОНМК в ближайшие несколько лет, а неспособность покинуть дом из-за головокружения, страха падения или недержания мочи на фоне приема диуретиков. Таким образом, для этого пациента более важную роль в плане лечения будет играть не подбор препаратов для снижения риска инсульта, а разработка мероприятий по профилактике падений или эпизодов недержания мочи либо пересмотр медикаментозной схемы лечения и отказ от препаратов, повышающих риск развития головокружения. В дополнение хотелось бы несколько слов сказать еще об одном исследовании, показавшем, что пожилые пациенты с высоким уровнем когерентности имели гораздо более низкий риск смерти и ухудшения функционального статуса независимо от количества заболеваний, наличия депрессии, степени нарушения когнитивных функций, степени зависимости от посторонней помощи и социально-демографических характеристик по сравнению с людьми с более низким уровнем когерентности. Чувство когерентности включает три основных компонента: постижимость (comprehensibility — состояние, когда все происходящее понятно и воспринимается индивидуумом как нечто четкое, продуманное и упорядоченное); управляемость (manageability — когда индивидуум ощущает, что у него достаточно ресурсов, чтобы справиться с разными жизненными ситуациями); осмысленность (meaningfulness — когда индивидуум осознает собственную причастность к тому, что происходит).

Таким образом, введение в клиническую практику цель-ориентированного подхода сделает пациента равноправным участником лечебного процесса, ответственным за принятие решения о тактике лечения, и может повысить степень комплаенса между врачом и пациентом, уменьшить распространенность полипрагмазии и значительно улучшить качество жизни пациента.

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ СТАТУС ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА И ВОЗМОЖНОСТИ ЕГО ОЦЕНКИ

Улучшение условий жизни пожилого человека, включая его социальную сферу, контакты, обеспечение поддержки, является существенным условием независимого существования с высоким качеством жизни.

- Особенности социального статуса, семейной жизни и быта влияют как на качество жизни пожилых людей, так и на их персональный опыт управления болезнью, ощущения симптомов ее и выраженность жалоб. Оценка социально-экономического статуса помогает членам мультидисциплинарной команды выявить неудовлетворенные потребности пациента, организовать уход и социальную поддержку.

Цель подобной оценки, которая проводится одним или несколькими членами мультидисциплинарной команды, состоит в определении физических, ментальных и социальных потребностей именно с позиции социального работника. Как влияют эти неудовлетворенные потребности на возможное развитие зависимости от посторонней помощи, инвалидности? Какая поддержка от различных служб необходима, чтобы обеспечить достойное существование, несмотря на заболевания и дефициты функций?

Обычно оцениваются следующие параметры:

- семейный статус, наличие супруга/супруги или партнера;
- жилищные условия;
- финансовые возможности;
- рабочая активность, профессия в прошлом и настоящем;
- образование;
- типичные занятия и виды деятельности днем, любимые и обязательные, уборка дома, приготовление пищи, покупка продуктов;
- потребность в уходе, планирование помощи;
- потери близких, случившиеся в жизни, психологические проблемы, умение справляться с ними;
- употребление алкоголя, наркотических веществ, курение.


При анализе жилищных условий важно оценить безопасность быта, внешние факторы риска падений, разъяснить пациентам или членам семьи, ухаживающим лицам, какие особенности быта пожилого человека являются для него опасными и почему. Сложной задачей является выявление признаков пренебрежения, само- пренебрежения и насилия.

- Пренебрежение — безответственность и невыполнение опекуном своих обязанностей по отношению к пожилому человеку, следствием чего становятся различного рода повреждения и нарушение его прав. Термин «пассивное пренебрежение» в отношении престарелого человека используется тогда, когда имеет место ситуация изоляции старика, оставление его в одиночестве или забывание об его существовании. Об активном пренебрежении говорят тогда, когда пожилого человека намеренно лишают вещей, жизненно необходимых ему для нормального существования (пищи, медикаментов, купания, общения и т.д.), или когда физически зависимого человека не обеспечивают в должной мере соответствующим уходом и заботой. Пренебрежение может проявляться как со стороны членов семьи, так и со стороны ухаживающих лиц.
- Могут отмечаться также и признаки самопренебрежения, когда человек отказывается ухаживать за собой, хотя и имеет физические возможности для этого. При осмотре нужно обратить внимание на такие признаки, как дегидратация, недостаточное питание, гипотермия, гипертермия, неадекватная температура воздуха в комнате, грязь, неопрятность постели, неприятный запах, грязная одежда, не соответствующая температуре окружающего воздуха. Отсутствие необходимого слухового аппарата, очков, зубных протезов тоже может быть признаком пренебрежения. Пролежни, необработанные ногти, необъяснимое ухудшение здоровья, признаки передозировки или недостаточной дозировки лекарственных препаратов также могут свидетельствовать о пренебрежительном отношении окружающих пожилого человека помощников или членов семьи.
- Следует уделить внимание и признакам возможного насилия над пожилым человеком.
- В настоящее время существуют такие формулировки, как «жестокое обращение с пожилыми членами семьи», «насилие по отношению к пожилым», «пренебрежительное отношение к пожилым членам семьи». В публикации Евробюро ВОЗ 2011 г. «Рабочее резюме: Европейский доклад по предупреждению жестокого обращения с пожилыми людьми» термины «жестокое обращение» и «насилие» отождествляются.

Единой классификации и единого определения видов насилия по отношению к пожилым не существует. Определение ВОЗ может послужить общей платформой для обсуждения плохого обращения в международном контексте: «Плохое обращение с пожилыми людьми — это совершение каких-либо разовых или повторяющихся актов или отсутствие надлежащих действий в рамках какой-либо среды, где предполагается наличие доверительных отношений, что причиняет вред пожилому человеку или вызывает у него стресс».

Выделяют следующие виды пренебрежительного отношения и насилия в отношении пожилых.

- Физическое насилие — причинение физической боли, повреждений, или даже убийство, насильственное принуждение к чему-либо (в том числе и сексуальные домогательства), а также введение в отношении пожилого человека различного рода запретов, ограничений его прав и свободы. К данному типу относят также различные формы пренебрежения и медицинское насилие.
- Сексуальное насилие — любой вид домогательства, выражаемого как в форме навязанных сексуальных прикосновений, сексуального унижения, так и изнасилования, инцеста. В последнем случае профессионалы указывают на трудности в определении реальной жертвы, поскольку большинство таких детей ранее подвергались сексуальному преследованию со стороны родителей, а теперь произошел «обмен ролями».
- Медицинское насилие — халатность и несвоевременность при выдаче лекарственных препаратов, намеренная передозировка препарата либо, наоборот, умышленный отказ больному в получении необходимого лекарственного препарата.
- Психологическое (эмоциональное) насилие — причинение пожилому человеку душевных страданий, брань и оскорбления в его адрес, угрозы в определении его в приют для престарелых без его согласия, причинения физической боли или изоляции, а также формирование и развитие у него чувства страха. Другая его форма — экономическое насилие — выражается в присвоении другими членами семьи собственности либо средств пожилых людей без согласия с их стороны, незаконного или осуществляемого вне соответствия с желанием старика использования его сбережений, а также материальной зависимости пожилых от их опекунов.



Хотя значительная часть лет пожилого возраста является здоровым периодом жизни, в старости могут наблюдаться проблемы со здоровьем, которые приводят к нетрудоспособности и зависимости, особенно в последние годы жизни. Это может повысить нагрузку на членов семьи, осуществляющих уход, и потребность в подготовленных работников здравоохранения и социальной поддержки. Это особенно касается оказания помощи людям с деменцией и множественными проблемами со здоровьем. Многие пожилые люди имеют более низкие доходы, что повышает их зависимость от семьи и социальной поддержки. Женщины пожилого возраста подвергаются гораздо более высокому риску бедности, чем пожилые мужчины. Текущий экономический спад оказывает дополнительное давление на структуры социальной поддержки в Европе, а пожилые люди, проживающие в более бедных районах, по всей вероятности, будут подвергаться большему риску.

- Признаки и симптомы жестокого обращения с пожилыми людьми зависят от типа надругательства и включают: синяки, кровоподтеки, следы от ударов, рваные раны, следы от веревок, порезы, колотые раны или незалеченные травмы в разных стадиях заживления: сломанные кости, включая череп; растяжения, вывихи или внутренние травмы; сломанные очки или зубы; признаки истощения; лабораторные показатели о передозировке или недостаточном приеме медикаментов; заявления пожилых людей о том, что с ними жестоко обращались; внезапные изменения в поведении пожилых людей.

Возможно, человек, который осуществляет уход, запрещает посетителям оставаться наедине с пожилым человеком.

- Признаки возможного сексуального надругательства включают синяки в районе грудной клетки и гениталий, необъясненные венерические заболевания и инфекции, необъясненные вагинальные и анальные кровотечения, порванное или грязное нижнее белье, заявления пожилого человека о сексуальном надругательстве над ним.
- Эмоциональное или психологическое надругательство возможно предположить, если человек выглядит расстроенным или взволнованным; он не общителен, не отвечает на вопросы или ведет себя, как параноик; демонстрирует необычное поведение, например, раскачивается или кусается; если он/она сообщают о словесном и эмоциональном оскорблении.
- Признаки финансовой эксплуатации включают внезапные изменения на банковском счету, например необоснованное снятие большой суммы денег; появление дополнительных имен на банковской карточке пожилого человека; внезапные изменения в завещании или других финансовых документах; исчезновение фондов или ценного имущества; неоплаченные счета и плохой медицинский уход, несмотря на наличие необходимых средств; доказательство того, что подпись пожилого человека была подделана; внезапное появление новых родственников; оплата ненужных услуг; заявления пожилого человека о своей финансовой эксплуатации. Все эти признаки могут выявляться не только при посещении дома, где живет пожилой человек, но и в учреждениях долговременного пребывания или при визите пациента к врачу в амбулаторном учреждении.

ВЫВОДЫ

Неоспоримым преимуществом каждого из вышеперечисленных тестов, анкет и опросников является простота использования и возможность применения в амбулаторной сети. При одновременном использовании указанных опросников врач может выявить приоритетные проблемы пожилого пациента и оказать адекватную помощь, спланировать наблюдение за ним, обеспечив ему достойное качество жизни. Однако следует помнить, что есть разница между целостным подходом к пожилому человеку, когда врач с помощью различных гериатрических инструментов выявляет проблемы, присущие пожилым людям, оценивает его функциональный статус, и комплексной гериатрической оценкой, которая проводится бригадой специалистов, по особым показаниям. Процесс комплексной оценки может занимать от 1,5 ч до 2 сут, он утомителен для пожилого человека, и его результаты требуют последующего обсуждения всей командой. Важно также помнить, что шкалы и опросники — это еще не все, не они определяют диагноз, существуют клинические признаки, жалобы, дополнительные исследования. А самое главное — это план мероприятий, который обязательно составляется после комплексной оценки. Именно эти мероприятия и повышают качество жизни пожилых людей, помогают решить их проблемы.

- По результатам комплексной оценки заполняется карта (ее можно найти, например, на странице главного гериатра Минздрава России), в которой суммируются тесты, записываются их результаты и определяется дальнейшая тактика ведения пациента.
- Более подробные описания нарушений, выявляемых в результате комплексной оценки с использованием различных шкал, будут представлены в соответствующих главах руководства.

Характерные особенности болезней пожилого и старческого возраста

I. Нарастает общая патологическая поражаемость:

- сокращается число нозологических форм;
- преобладают хронические формы болезней;
- характерна полиморбидность.

II. Особенности этиологии:

- преобладают внутренние средовые факторы (возрастные изменения органов и систем, метаболизма и регуляции);
- нарастает агрессивность патогенных факторов.

III. Особенности патогенеза:

- нередко изменяются конкретные патогенетические механизмы болезни.

IV Особенности клинической картины:

- течение болезни обычно атипичное — малосимптомное, латентное, с наличие «масок», но тяжелое, часто инвалидизирующее;
- большая склонность к рецидивам, переходу острых форм в хронические;
- укорачивается латентный период болезни;
- учащаются осложнения заболевания;
- сокращаются сроки присоединения осложнений, в частности функциональной декомпенсации пораженной системы;
- сокращается продолжительность жизни больного.

V. Особенности диагностики:

- необходимы настороженность и целенаправленный поиск, исходя из структуры заболеваемости;
- необходима верификация полученной от больного информации;
- важно использовать адекватные параклинические методы исследования;
- необходимо учитывать малые симптомы;
- необходимо динамическое наблюдение за пациентом;
- в оценке результатов изучения больного нужно исходить из критерия возрастной нормы.

VI. Особенности профилактики:

- предшествующие возрастные факторы риска повышают роль первичной и вторичной профилактики;
- помимо общепринятых профилактических мероприятий, нужно использовать способы и средства повышения сниженной у старого человека толерантности к вредностям (геропротекторы, рациональный двигательный режим, рациональное гериатрическое питание, климатолечение и др.).

VII. Особенности лечения:

- четкая реализация принципа высокого гуманизма;
- соблюдение принципа разумного щажения многолетних привычек пациента;
- строгое соблюдение принципа малого воздействия;

Потенцирование эффективности лечебных мероприятий включением в терапевтический комплекс геропротекторов, адаптогенов, активного двигательного режима, эффективной оксиге-нотерапии и др.