

16.12.2019

О дополнительных мерах
по организации
гериатрической помощи

На основании подпункта 9.1 пункта 9 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 № 1446, мероприятий подпрограммы 2 «Профилактика и контроль неинфекционных заболеваний» Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016-2020 годы и с целью совершенствования оказания гериатрической помощи населению,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить прилагаемую Инструкцию о порядке организации оказания гериатрической помощи пациентам возрастной группы старше 75-ти лет (далее – Инструкция) согласно Приложению.

2. Начальникам главных управлений по здравоохранению (здравоохранения) областных исполнительных комитетов, комитета по здравоохранению Мингорисполкома, руководителям организаций подчиненных Минздраву принять меры по реализации положений Инструкции.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на Первого заместителя Министра Пиневица Д.Л.

Министр

В.С. Караник

ИНСТРУКЦИЯ
о порядке организации оказания
гериатрической помощи пациентам

ГЛАВА 1
Общие положения

1. Настоящая Инструкция определяет порядок оказания гериатрической помощи пациентам возрастной группы старше 75-ти лет (далее – пациентов) в амбулаторно-поликлинических и стационарных организациях здравоохранения.

2. Целью оказания гериатрической помощи пациентам является предупреждение развития преждевременного старения, гериатрических синдромов и их осложнений, сохранение и восстановление способности пациентов к самообслуживанию, функциональной активности и независимости от посторонней помощи в повседневной жизни, улучшение качества жизни, снижение инвалидности и смертности.

3. Для определения необходимого характера и объемов оказания гериатрической помощи пациентам проводится комплексный гериатрический осмотр (далее – КГО).

4. КГО представляет собой мультидисциплинарный диагностический процесс, который направлен на выявление физических, функциональных и психосоциальных особенностей лиц старших возрастных групп с целью получения возможности разработки комплексного медико-социального плана их ведения, включая лечение и медико-социальную реабилитацию;

5. В процессе проведения КГО осуществляется выделение у лиц старших возрастных групп гериатрических синдромов – совокупности различных симптомов с учетом возрастных особенностей.

6. Выделяют следующие основные гериатрические синдромы:

соматические: синдром мальнутриции, пролежни, недержание мочи и кала, падения и нарушения ходьбы, головокружение и атаксия, болевой синдром, нарушения слуха и зрения;

психические: деменция, депрессия, делирий, нарушения поведения и адаптации;

социальные: утрата самообслуживания, зависимость от помощи других, социальная изоляция, подверженность насилию, нарушение семейных связей;

синдром старческой астении (далее – ССА): клинический синдром, включающий в себя потерю массы тела (веса), в том числе на фоне саркопении, инструментально доказанное снижение силы кисти, выраженную слабость и повышенную утомляемость, снижение скорости передвижения и значительное снижение физической активности.

7. КГО включает в себя следующие этапы:

проведение скрининга на наличие/отсутствие старческой астении (далее - SOF-index);

выявление гериатрических синдромов;

оценка состояния гериатрического статуса пациента;

анализ гериатрических проблем пациента;

выделение приоритетного заболевания/синдрома;

разработка «Плана активного долголетия» – индивидуального комплексного плана ведения пациента, который в обязательном порядке включает в себя рекомендации по диете, физической активности, медикаментозной и немедикаментозной терапии, обустройству быта, необходимости применения адаптивных технологий и методов, социальной поддержке и уходу (корректирующие очки, слуховой аппарат, зубные протезы, костыли, коляски и т.д.), рекомендации для семьи или опекуна, медицинских работников, сиделки, осуществляющих уход за ослабленным пожилым пациентом;

организация социальной и иной поддержки в пределах компетенции.

ГЛАВА 2

Этапы комплексного гериатрического осмотра

8. Проведение скрининга на наличие/отсутствие синдрома старческой астении (SOF-index) проводится в амбулаторно-поликлинической организации здравоохранения, а также при оказании стационарной медицинской помощи пациентам, врачами-специалистами терапевтического профиля, вне зависимости от профиля оказываемой медицинской помощи.

9. Проведение скрининга на наличие/отсутствие ССА (SOF-index) осуществляется помощником врача, медицинской сестрой участковой либо врачом общей практики, врачом-терапевтом участковым, врачом - терапевтом. При необходимости проведение скрининга на

наличие/отсутствие ССА (SOF-index) может быть также организовано и проводиться в отделениях профилактики амбулаторно-поликлинической организации здравоохранения по месту жительства (пребывания) пациента.

10. При невозможности проведения диагностики наличия/отсутствия ССА (SOF-index) в условиях амбулаторно-поликлинической организации здравоохранения по месту жительства (пребывания) пациента, скрининг на ССА (SOF-index) проводится на дому пациента.

11. Для проведения скрининга на наличие/отсутствие ССА (SOF-index) используется опросник, согласно Приложению 1 к настоящей Инструкции.

12. При оказании стационарной помощи пациентам скрининг на наличие/отсутствие ССА (SOF-index) проводится лечащим врачом с отражением результатов в истории болезни пациента и выписной медицинской документации.

13. Результаты проведенного скрининга вносятся в медицинскую документацию пациента.

14. В случае выявления признаков преастении, или старческой астении пациент направляется для консультации врача-гериатру амбулаторно-поликлинической организации здравоохранения по месту жительства (пребывания).

15. Дальнейшую оценку гериатрического статуса пациента проводит врач-гериатр.

16. Для оценки гериатрического статуса при старческой астении наиболее важным является оценка пяти составляющих:

- выявление степени способности к передвижению;
- выявление степени нарушения питания (синдрома мальнутриции);
- оценка когнитивных расстройств;
- оценка морального состояния пациента;
- оценка степени независимости в повседневной жизни.

Совокупность данных частей позволяет определить компоненты, вносящие наибольший вклад в состояние пациента, и разработать оптимальную схему ведения пациентов со старческой астенией.

17. Врач-гериатр организации здравоохранения при направлении к нему пациента осуществляет сбор анамнеза и медицинский осмотр:

сведения о личности пациента: семейный анамнез, условия жизни, потребность в дальнейшей помощи (при деменции, депрессии, при одиночестве), включая потребность в госпитализации в социальные учреждения стационарного типа;

оценка качества жизни, экзистенциальные аспекты старости в конкретном индивидуальном случае, жизненные приоритеты конкретного человека.

Оценивает физикальный статус:

постановка нозологического диагноза, причем с выявлением всего полиморбидного статуса;

оценка последствий болезни, выявление гериатрических синдромов.

18. Медицинская сестра врача-гериатра проводит скрининг пациентов на факторы риска неинфекционных заболеваний, антропометрию, функциональную диагностику (оценку состояния стабильности и степени возрастных изменений походки; выявление функционального потенциала с применением опросников и шкал согласно Приложению 2 к настоящей Инструкции). Заполняет медицинскую документацию и вносит результаты КГО в оценочную таблицу согласно Приложению 3 к настоящей Инструкции.

19. При необходимости для проведения оценки гериатрического статуса пациента, проведения КГО могут привлекаться также врач-реабилитолог (инструктор по лечебной физкультуре), психолог, психотерапевт, иные врачи-специалисты.

20. Врач-реабилитолог (инструктор по лечебной физкультуре) – проводит оценку физического статуса пациента, с учетом развития гериатрических синдромов. Осуществляет подбор адекватного состоянию двигательного режима, уровня физических нагрузок, включая занятия лечебной физкультурой в группах и кинезотерапию. Изучает степень приверженности пациента предполагаемым реабилитационным мероприятиям. Разрабатывает индивидуальную программу реабилитации пациента.

21. Психолог проводит:

скрининг на оценку психического статуса:

выявление возраст-ассоциированных изменений психического статуса (когнитивный дефицит, деменция или депрессия);

выявление возраст-ассоциированных психологических особенностей личности (наличие синдрома дезадаптации в доме престарелых, синдром насилия над стариками, наличие хронического стресса);

оценку социального статуса:

выявление социальной роли и характера социальных взаимоотношений человека пожилого и старческого возраста;

характер (в частности, безопасность) среды обитания, потребность в различных видах социальной помощи.

Разрабатывает и обеспечивает индивидуальную или групповую коррекцию выявленных отклонений. При необходимости пациент направляется к психотерапевту.

22. Психотерапевт проводит нозологическую диагностику:

выявление психической патологии;

оценка психиатрического анамнеза во взаимосвязи с течением соматической патологии (например, развитие состояния делирия при декомпенсации соматической патологии).

ГЛАВА 3

Периодичность КГО и оценка результатов

23. По результатам полученных данных врачом-гериатром проводится оценка результатов согласно Приложению 3 к настоящей Инструкции. Проводится выделение гериатрических проблем пациента, их значимость и превалирование друг перед другом. Проводится выделение приоритетного заболевания/синдрома, который является доминирующим.

24. По результатам КГО и выявленных гериатрических проблем пациента, врачом-гериатром проводится разработка «Плана активного долголетия» пациента.

25. «План активного долголетия» пациента представляет собой индивидуального комплексный план ведения пациента.

В обязательном порядке включает в себя рекомендации по диете, физической активности, медикаментозной и немедикаментозной терапии, обустройству быта, необходимости применения адаптивных технологий и методов, социальной поддержке и уходу (корректирующие очки, слуховой аппарат, зубные протезы, костыли, коляски и т.д.), рекомендации для семьи или опекуна, медицинских работников, сиделки, осуществляющих уход за ослабленным пожилым пациентом.

26. КГО пациентов проводится как для определения изначального уровня гериатрического статуса пациента, так и для проведения мониторинга, в целях определения эффективности проводимых мероприятий, оценки его качества жизни, определения потребности ухода.

КГО проводится не реже 1 раза в 12 месяцев, при выраженном ухудшении состояния в динамике – не реже 1 раза в 6 месяцев.

27. Результаты проведенного КГО («План активного долголетия») передаются в 10-ти дневной срок в амбулаторно-поликлиническую организацию по месту проживания (пребывания) пациента для организации дальнейшего медицинского наблюдения.

28. Контроль эффективности и выполнение рекомендаций по результатам КГО осуществляется врачом-гериатром амбулаторно-поликлинической организации здравоохранения по месту проживания (пребывания) пациента.

Ускоренный (скрининговый) вариант гериатрического осмотра
для диагностики наличия/отсутствия старческой астении
(*SOF-index*)

Оценка старческой астении проводится с использованием критериев, предложенных в исследовании Study of Osteoporotic Fractures (*SOF-index*), состоящий из 3 компонентов:

- 1) мотивированная или немотивированная потеря массы тела более чем на 5 % за последний год;
- 2) невозможность встать со стула без помощи рук 5 раз подряд;
- 3) субъективное ощущение снижения жизненной энергии, определяемое по ответу на вопрос: «Чувствуете ли вы, что полны энергии?».

Оценка:

Наличие 2 или 3 критериев соответствует старческой астении, 1 критерия – преастении.

Приложение 2 к Инструкции

Шкала Оценки двигательной Активности у пожилых, (Functional Mobility Assessment in Eldery).

Для выявления степени способности к передвижению Применяется шкала «Оценка двигательной активности у пожилых» («Functional mobility assessment in elderly patients»), состоящая из двух частей: определение общей устойчивости и параметров ходьбы.

В баллах оцениваются основные показатели, характеризующие устойчивость и походку (максимальный для каждого задания балл соответствует норме, балл 0 – грубому нарушению), затем подсчитываются суммарные баллы по субшкалам устойчивости (могут составлять от 0 до 24) и походки (от 0 до 16), а также общий суммарный балл (может составлять от 0 до 40).

Более высокие суммарные баллы свидетельствует о более высокой сохранности двигательной активности.

Применение данной шкалы позволяет дать объективную оценку путем непосредственного измерения тех параметров двигательной активности, которые в наибольшей степени изменяются с возрастом: общая устойчивость и изменения походки.

Так же данная шкала дает возможность выявить то, каким образом нервно-психическая патология и заболевания опорно-двигательного аппарата влияли на данные параметры двигательной активности совместно с инволютивными изменениями опорно-двигательного аппарата и контролирующей его нервной системы.

Определение двигательной активности пациента очень важно, так как от этого показателя во многом зависит способность человека к самообслуживанию, осуществлению ухода за собой, выполнению различных действий, необходимых для нормальной жизнедеятельности, а также для независимости в повседневной жизни.

ПРИЗНАКИ	БАЛЛЫ
А. Общая устойчивость	0-24
Сидя	0-1
При попытке встать	0-2
Сразу после вставания в течение 5 сек	0-2
Длительность стояния в течение 1 мин	0-2
Вставание из положения лежа	0-2
Устойчивость при толчке в грудь	0-2

Стояние с закрытыми глазами	0-1
Поворот на 360°: переступания устойчивость	0-1
Стояние на одной ноге в течение 5 сек:	0-1
Правой	0-1
Левой	0-1
Наклоны назад	0-2
Дотягивания вверх	0-2
Наклон вниз	0-2
Присаживания на стул	0-2
Степень нарушения устойчивости	0-10 значительная, 11-21 умеренная, 21-22 легкая, 23-24 норма.
Б. Походка	
Начало движения	0-1
Симметричность шага	0-1
Непрерывность ходьбы	0-1
Длина шага: левая нога	0-1
Правая нога	0-1
Отклонение от линии движения	0-2
Устойчивость при ходьбе	0-1
Степень покачивания туловища	0-2
Повороты	0-2
Произвольное увеличение скорости ходьбы	0-2
Высота шага: правая нога	0-1
Левая нога	0-1
Степень нарушения походки	0-10 значительная, 11-13 умеренная, 14-15 лёгкая, 16 норма.
Общий суммарный балл	0-40
Степень нарушения общей двигательной активности	0-20 значительная, 21—33 умеренная, 34-38 лёгкая, 39-40 норма.

Выявление степени нарушения питания (синдрома мальнутриции).

Применяется опросник Mini nutritional assessment (MNA), состоящий из двух частей.

Первая часть – Скрининг

А. Уменьшения объема потребляемой пищи за последние 3 месяца вследствие снижения аппетита или расстройства системы пищеварения, жевательной или глотательной функции

0 = сильная потеря аппетита

1 = средняя потеря аппетита

2 = никакой потери аппетита

В. Снижение массы тела за последние 3 месяца

0 = снижение больше, чем на 3 кг

1 = не знает

2 = снижение 1-3 кг

3 = никакого снижения

С. Подвижность

0 = прикован к постели или креслу

1 = может вставать с кровати/кресла, но не выходит на улицу

2 = выходит на улицу

Д. Психологический стресс или острое заболевание за последние 3 месяца

0 = да 2 = нет

Е. Психоневрологические проблемы

1 = тяжелая форма деменции или депрессии

2 = слабая деменция

3 = отсутствие психоневрологических проблем

Ф. Индекс массы тела (ИМТ) кг/м

0 = ИМТ менее 19

1 = ИМТ 19-21

2 = ИМТ 21-23

3 = ИМТ более 23

Оценка первого этапа:

Суммарный балл по первому этапу максимально 14 баллов,

12 баллов и более - Состояние питания в норме, риск отсутствует, нет необходимости в проведении второго этапа оценки,

11 баллов и менее - Возможная недостаточность питания, необходимо продолжить оценку.

Вторая часть – оценка мальнутриции

G. Проживает отдельно (не в доме престарелых или больнице)

0 = нет 1 = да

H. Принимает более 3 назначенных врачом лекарств

0 = да 1 = нет

I. Пролежни или кожные язвы

0 = да 1 = нет

J. Количество полноценных приемов пищи в день

0 = 1 прием

1 = 2 приема

2 = 3 приема

K. Выбранные маркеры потребления белка

• Не менее 1 блюда из молочных продуктов в день да ☐ нет ☐

• Два или более блюд с овощами или яйцами в неделю да ☐ нет ☐

• Мясо, рыба или домашняя птица ежедневно да ☐ нет ☐

0,0 = если 0 или 1 ответ “да”

0,5 = если 2 ответа “да”

1,0 = если 3 ответа “да”

L. Употребление двух или более блюд из фруктов или овощей ежедневно

0 = да 1 = нет

M. Количество выпиваемой жидкости (вода, сок, кофе, молоко, чай и т.д.) в день

0,0 = менее 3 стаканов

0,5 = 3-5 стаканов

1,0 = более 5 стаканов

N. Способ питания

0 = не может есть самостоятельно

1 = испытывает трудности при самостоятельном питании

2 = ест самостоятельно

O. Самооценка состояния питания

0 = считает, что состояние питания плохое

1 = не знает

2 = считает, что проблем с питанием нет

P. Самооценка состояния здоровья в сравнении с другими людьми того же возраста

0,0 = не такое хорошее

0,5 = не знает

1,0 = такое же хорошее

2,0 = лучше

Q. Окружность плеча (ОП) в см

0,0 = ОП менее 21

0,5 = ОП 21-22

1,0 = ОП 22 и более

R. Окружность икры (ОИ) в см

0 = ОИ менее 31 1 = ОИ 31 и более

Суммарный балл по второму этапу оценки максимально 16 баллов

Общая оценка

Общая оценка по двум этапам «первый этап + второй этап» – максимально 30 баллов.

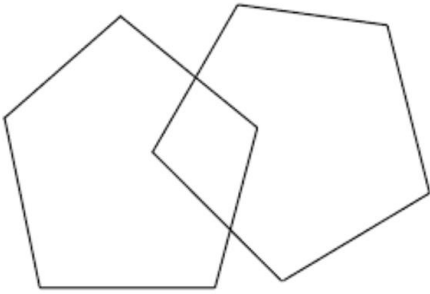
Указатель недостаточности питания по итогам двух этапов:

17– 23,5 баллов – риск мальнутриции,

менее 17 баллов – очевидная мальнутриция.

Оценка когнитивных способностей
Опросник «Краткое обследование познавательных способностей»
(Mini Mental State Examination – MMSE)

Тестовый задание	Макс. оценка	Оценка
1. Ориентация во времени 2. Ориентация в пространстве (по 1 баллу за каждый правильный ответ).		
Спросите: 1. Какой сегодня (год), (сезон), (месяц), (дата), (день недели); 2. Где мы находимся (страна), (область), (город), (учреждение), (этаж).	5 5	— —
3. Восприятие (по 1 баллу за каждое правильное повторение слова). Назовите с интервалом в 1 секунду три слова (например: яблоко, стол, монета или карандаш, дом, копейка). Попросите повторить все три слова, после того, как вы назвали их все.	3	—
4. Внимание и счет (по 1 баллу за каждое правильное вычитание). Попросите последовательно вычитать из 100 по 7. Достаточно 5 вычитаний (93, 86, 79, 72, 65).	5	—
5. Вспоминание (по 1 баллу за каждый правильный ответ). Попросите назвать три слова, которые были заучены выше (в п.3).	3	—
6. Речь - Покажите карандаш (или ручку) и часы, затем попросите назвать их; - Попросите больного повторить: "Никак если, и, но".	2 1	— —
7. Выполнение трёхэтапной команды (по 1 баллу за каждое правильно выполненное действие). Попросите: "Возьмите лист бумаги в правую руку, согните его пополам и положите на пол"	3	—
8. Чтение и письмо - Попросите прочесть и выполнить записанную на листе команду: "Закройте глаза" - Попросите человека самостоятельно написать одно предложение (оно должно содержать подлежащее и сказуемое)	1 1	— —
9. Рисование Попросите человека нарисовать два пятиугольника с пересекающимися углами (задание оценивается как выполненное, если на выполненном рисунке отображены две фигуры, каждая из которых имеет по 5 углов, и эти фигуры пересекаются углами).	1	—

		
Итого:	30	_____

Данный опросник включает в себя оценку следующих показателей:

ориентация (требуется назвать дату, местонахождение) – до 5 баллов;

восприятие (запоминание трех слов и их воспроизведение) – до 3 баллов;

внимание и счет (вычесть из 100 число 7, затем из остатка вычесть 7 и так пять раз) – до 5 баллов;

память (припомнить три слова из задания № 2) – до 3 баллов;

речь, чтение и письмо (назвать два предмета, повторить «никаких если, но или нет», выполнение трехэтапной моторной команды) – до 3 баллов;

прочитать и выполнить написанное на бумаге задание «закройте глаза» – 1 балл;

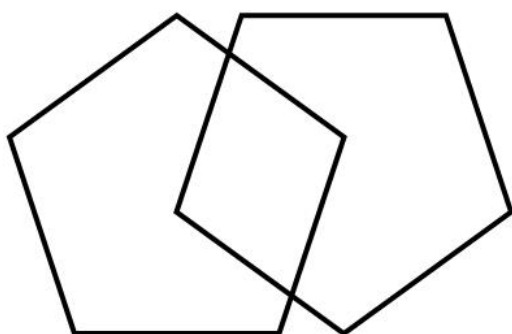
написать предложение – 1 балл;

срисовать рисунок – 1 балл.

За каждый правильный ответ пациент получает 1 балл:

1. Пациент назвал сегодняшнее число
2. Пациент назвал месяц
3. Пациент назвал год
4. Пациент назвал день недели
5. Пациент назвал время года
6. Пациент назвал город
7. Пациент назвал регион
8. Пациент назвал учреждение
9. Пациент назвал этаж
10. Пациент назвал страну
11. Пациент сказал «мяч»
12. Пациент сказал «флаг»
13. Пациент сказал «дверь»
14. Пациент сказал «93» или «Я»
15. Пациент сказал «86» или «Л»
16. Пациент сказал «79» или «М»
17. Пациент сказал «72» или «Е»
18. Пациент сказал «65» или «З»

19. Пациент сказал «мяч»
20. Пациент сказал «флаг»
21. Пациент сказал «дверь»
22. Пациент сказал «часы»
23. Пациент сказал «карандаш»
24. Пациент сказал «Не если, и, или нет»
25. Пациент взял лист бумаги в правую руку
26. Пациент сложил лист бумаги пополам
27. Пациент положил сложенный лист на колено
28. Пациент закрыл глаза
29. Пациент написал осмысленное предложение
30. Пациент нарисовал два пересекающихся пятиугольника:



Оценка результатов: максимальное количество баллов – 30.

28-30 баллов: норма. Нарушения когнитивных функций отсутствуют.

24-27 баллов: легкие когнитивные нарушения.

20-23 балла: деменция лёгкой степени.

11-19 баллов: деменция средней степени.

0-10 баллов: деменция тяжёлой степени.

Примечание: данный тест не является диагностическим для деменции, а носит ориентировочный характер.

Оценка морального состояния пациента
Проводится по опроснику «Шкала морального состояния
Филадельфийского гериатрического центра»
(«Philadelphia geriatric morale scale»).

Позволяет определить наличие у пожилых и старых людей удовлетворения собой, чувства, что они достигли чего-то в этой жизни, что они нужны, а также субъективного соответствия между личными потребностями и их удовлетворением со стороны внешнего мира, внутреннего примирения с неизбежным, как, например, с тем фактом, что они состарились.

Шкала включает в себя 17 позиций.

Пациента просят оценить по пятибалльной системе каждую позицию, при этом более высокий балл соответствует более плохому моральному состоянию пациенту.

1. в течение года у меня значительно ухудшилось состояние;
2. не могу спать;
3. у меня есть боязнь многих вещей;
4. приходится расставаться со многими привычными вещами;
5. у меня возникает много проблем;
6. я с трудом достигаю состояния моральной уравновешенности;
7. мне становится все хуже по мере увеличения возраста;
8. у меня постоянное чувство одиночества;
9. человеку все сложнее приспосабливаться к жизни по мере увеличения его возраста;
10. Вы удовлетворены своим нынешним состоянием?;
11. по мере увеличения возраста мое состояние становится хуже чем то, что я ожидал(а);
12. я менее счастлив(а) по сравнению с молодыми годами;
13. чувствуете ли Вы себя одиноким?;
14. я могу встречаться с большим числом друзей и родственников;
15. иногда меня посещает мысль, что с такой жизнью как у меня незачем жить;
16. жить мне становится все тяжелее и тяжелее;
17. у меня много причин для плохого настроения.

Оценка результатов: максимальное количество баллов – 85,
хорошее моральное состояние – менее 50 баллов,
удовлетворительное – 51-67,
плохое – 68 и более.

Оценка степени независимости в повседневной жизни.

Применяется шкала Бартел (Бартела) для оценки уровня бытовой активности. Степень выполняемости больным ежедневных функций самоухода оценивается в баллах.

Вопросы шкалы Бартел (Бартела)

А. Прием пищи:

не нуждаюсь в помощи, способен самостоятельно пользоваться всеми необходимыми столовыми приборами (10);

частично нуждаюсь в помощи, например, при разрезании пищи (5);

полностью зависю от окружающих, например, необходимо кормление с посторонней помощью (0).

Б. Персональный туалет:

умывание лица, причесывание, чистка зубов, бритье (10);

не нуждаюсь в помощи (5);

нуждаюсь в помощи (0).

В. Одевание:

не нуждаюсь в посторонней помощи (10);

частично нуждаюсь в помощи, например, при одевании обуви, застегивании пуговиц и т.д. (5);

полностью нуждаюсь в посторонней помощи (0).

Г. Прием ванны:

принимаю ванну без посторонней помощи (5);

нуждаюсь в посторонней помощи (0).

Д. Контроль тазовых функций (мочеиспускание, дефекация):

не нуждаюсь в помощи (20);

частично нуждаюсь в помощи (при использовании клизмы, свечей, катетера) (10);

постоянно нуждаюсь в помощи в связи с грубым нарушением тазовых функций (0).

Е. Посещение туалета:

не нуждаюсь в помощи (10);

частично нуждаюсь в помощи (удержание равновесия, использование туалетной бумаги, снятие и одевание брюк и т.д.) (5);

нуждаюсь в использовании судна, утки (0).

Ж. Вставание с постели:

не нуждаюсь в помощи (15);

нуждаюсь в наблюдении или минимальной поддержке (10);

могу сесть в постели, но для того, чтобы встать, нужна существенная поддержка (5);

не способен встать с постели даже с посторонней помощью (0).

3. Передвижение:

могу без посторонней помощи передвигаться на расстояния до 500м (15);

могу передвигаться с посторонней помощью в пределах 500м (10);

могу передвигаться с помощью инвалидной коляски (5);

не способен к передвижению (0).

И. Подъем по лестнице:

не нуждаюсь в помощи (10);

нуждаюсь в наблюдении или поддержке (5);

не способен подниматься по лестнице даже с поддержкой (0).

Оценка.

Суммарный балл от 0 до 20 соответствует полной зависимости пациента,

от 21 до 60 – выраженной зависимости,

от 61 до 90 – умеренной зависимости,

от 91 до 99 – легкой зависимости,

100 баллов – полной независимости в повседневной деятельности.

Оценка результатов

Краткая шкала оценки психического статуса – MMSE (баллы)		
Тест рисования часов (баллы)		
Гериатрическая шкала депрессии (баллы)		
Активность в повседневной жизни (индекс Бартел) (баллы)		
Краткая шкала оценки питания –MNA (баллы)		
Динамометрия (кг)	правая рука	
	левая рука	
Скорость ходьбы, (м/с)		
Тест «встань и иди» (сек)		
Способность поддержания равновесия (сек)		
Способность выполнения основных функций (баллы)		
Оценка уровня потребления алкоголя		
Оценка зависимости от никотина		
Гиподинамия		
ИМТ		
SCORE (нужное подчеркнуть)	Очень высокий; Высокий; Умеренный; Низкий;	

Приложение 3 к Инструкции

Итоговая оценка состояния человека пожилого/старческого возраста.

Для определения синдрома старческой астении у пациентов используется классификация этапов развития или стадий старческой астении, сформулированная рабочей группой, проводившей Канадское исследование здоровья и старения (CSHA, 2009).

Выделяют следующие типы старения, которые могут, как следовать один за другим, так и наступать изолированно сразу после окончания зрелого возраста:

1. Нет нарушений ни по одной из пяти шкал – идеальное старение, которое характеризуется высокой степенью сохранности функциональных резервов организма вплоть до последних дней жизни.

В отношении данного контингента людей пожилого и старческого возраста важно организовать адекватное динамическое наблюдение и проводить меры геропрофилактики, основанные на немедикаментозных и поведенческих методах.

Специализированные программы медико-социальной реабилитации не требуются.

2. Имеются незначительные нарушения по одной из шкал либо нарушений нет – сохранное старение, при котором имеет место постепенно угасающее, но все же сохранное состояние двигательной и трудовой активности.

При данном типе старения важно обеспечить своевременное выявление обострения/декомпенсации имеющейся патологии, а также новых заболеваний и проведение мер геропрофилактики.

Специализированные программы медико-социальной реабилитации не требуются.

3. Имеются умеренные нарушения по одной из шкал – независимое старение (старческая преастения), когда имеет место значительное снижение степени функционирования организма, ограничение функциональной активности человека пожилого и старческого возраста, но при этом он способен осуществлять уход за собой и сохранять независимость от посторонней помощи.

В данном случае необходимо проведение комплексного гериатрического осмотра с выявлением гериатрических синдромов, разработкой программ медико-социальной реабилитации.

4. Имеется легкая степень нарушений по данным не более двух шкал из пяти: старение с формированием астении лёгкой степени –

характеризуется лабильностью состояния здоровья и социальной активности; у таких людей имеется значительное количество хронических заболеваний, которые протекают с частыми обострениями и декомпенсациями.

На этом этапе старения формируется значительная зависимость от посторонней помощи, имеется высокая потребность в проведении мероприятий медицинской и социальной реабилитации.

При данном типе старение необходимо обеспечить выявление гериатрических синдромов, а также своевременное их купирование.

5. Имеется умеренная степень нарушений по данным не более четырех шкал из пяти: старение с формированием старческой астении средней степени тяжести, частичной зависимости от посторонней помощи, при котором имеет место низкий потенциал здоровья, значительная часть времени жизни пожилого человека проходит в обстановке зависимости от посторонней помощи, сохраняется лишь небольшой ареал занятий и активности, которые человек способен выполнять самостоятельно.

В данном случае возрастает роль социальных служб в поддержании нормальной жизнедеятельности, важно обеспечить также выявление гериатрических синдромов, обеспечить реабилитацию человека пожилого и старческого возраста с учетом его функционального статуса.

6. Имеется умеренная степень нарушений по данным всех шкал, либо по данным не более двух шкал – тяжелые нарушения: старение с формированием старческой астении тяжелой степени, с полной и постоянной зависимостью – наблюдается полная постоянная зависимость от посторонней помощи, человек пожилого и старческого возраста полностью прикован к постели, имеет место развитие тяжелых инвалидизирующих заболеваний, например, деменции.

При осуществлении ухода за такими людьми на первое место выходят мероприятия социального плана, сестринского ухода, которые направлены на поддержание достойных условий существования.

7. Имеется тяжелая степень нарушения функций по данным не менее чем четырех шкал: период умирания, когда необходима организация адекватной паллиативной помощи.

Проведение специализированного гериатрического осмотра проблематично.