

История комплексной гериатрической оценки пожилых и ее компоненты

Е.В. Фролова

Профессор кафедры семейной медицины

ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Санкт-Петербург

Все аспекты оказания медицинской помощи взрослым испытают на себе влияние эпидемии «седых волос»

- Вырастет количество **пожилых** людей **с хроническими заболеваниями**, что потребует изменений в амбулаторной, стационарной и долговременной помощи
- Многие интернисты и врачи общей практики имеют навыки работы с такими больными
- Однако дополнительные **навыки и знания экспертного уровня** потребуются для оказания помощи **людям с функциональными нарушениями**

Популяция пожилых людей гетерогенна

- независимы от помощи посторонних лиц
- физически активны
- высокий уровень когнитивных функций
- низкий риск инвалидизации и смерти
- зависимы от помощи посторонних лиц
- нарушение физических и когнитивных функций
- высокий риск госпитализаций и осложнений различных острых и хронических заболеваний
- высокий риск смерти



1943 - Марджери Уоррен (Marjory Warren) – первые попытки стратифицировать людей на группы

Марджери Уоррен предложила разделить пожилых людей на 5 групп

- пожилые люди **с хроническими заболеваниями**, но относительно мобильные, которые **могут обслуживать себя самостоятельно** и могут 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 со ограничителями для их собственной безопасности, но **не буйные и не раздражающе других пациентов**;
- пациенты **с деменцией, требующие изоляции** от других пациентов.

- Ввести **такую специальность**, как **гериатр**
- **Создать многопрофильную команду**, состоящую из медсестер, терапевтов, физиотерапевтов, **социальных работников**, а также врачей других специальностей, специально подготовленных для работы с пожилыми людьми.
- **Оборудовать пространства** клиник для пожилых пациентов **с учетом их потребностей и безопасности**

Модель лечения пожилых пациентов, предложенная Марджери Уоррен базировалась на:

- уходе за ногами,
- уходе за зубами
- коррекции зрения
- коррекции питания
- нормализации сна
- профилактике снижения способности к самообслуживанию в повседневной жизни

Вопрос

- Какую роль в этой модели играет врач?
- Какую роль здесь играет медсестра?
- Какую роль здесь играет социальный работник



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(Минздрав России)



ПРИКАЗ

29 января 2016 г.

Москва

**Об утверждении
Порядка оказания медицинской помощи
по профилю «гериатрия»**

В соответствии со статьей 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446; 2013, № 27, ст. 3459, 3477; № 30, ст. 4038; № 39, ст. 4883; № 48, ст. 6165; № 52, ст. 6951; 2014, № 23, ст. 2930; № 30, ст. 4106, 4244, 4247, 4257; № 43,

Порядок по гериатрии

- Медицинская помощь по профилю «гериатрия» реализуется при взаимодействии врача-гериатра с:
- участковыми врачами-терапевтами, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-специалистами по профилю оказываемой медицинской помощи, врачами по медицинской реабилитации, врачами по лечебной физкультуре, врачами-физиотерапевтами

Врач-терапевт участковый, врач общей практики

- направляет пациентов со старческой астенией на консультацию к врачу-гериатру
- составляет и выполняет индивидуальный план лечения пациентов 60 лет и старше с учетом рекомендаций врача-гериатра и с учетом выявленных гериатрических синдромов;
- наблюдает пациентов 60 лет и старше со старческой астенией, включая осмотр пациента на дому по потребности, но не реже 1 посещения в 3 месяца для медицинской сестры участковой и 1 посещения в 6 месяцев для врача;
- при необходимости организует консультацию врача-гериатра на дому.

Когда начинается гериатрия?



Функциональный статус $F=A+M+O (I+S)$

- А-способность функциональная и когнитивная**
- М- мотивация, желание**
- О – возможности (I-индивидуальные, S- общество)**

Последствия ухудшения функционального статуса

- Госпитализации**
- Помещение в дома престарелых**
- Увеличение потребности в обслуживании на дому**
- Нагрузка на людей, ухаживающих за пожилым**
- Финансовые трудности**
- Снижение качества жизни**
- Социальная изоляция**

Наиболее частые состояния, вызывающие ухудшение функционального статуса

- Падения**
- Нарушения целостности кожных покровов, язвы и пролежни**
- Депрессия**
- Социальная изоляция**
- Недержание мочи**
- Делирий**
- Осложнения медикаментозной терапии**

Думать и действовать как гериатр

- Закон «экономичных доводов» The law of parsimony больше не действует
- Болезни представлены не очевидными симптомами и признаками
- Атипичная картина болезней

Jarrett P.G., Rockwood K., Carver D. et al. Arch Intern Med. 1995. Vol. 155. P. 1060–1064.

Думать и действовать как гериатр

- Улучшение функции дополняет и иногда даже замещает диагностику и лечение**
- Отклонения, которые обнаруживаются при обследовании, не всегда имеют отношение к симптомам**
- Неизбежное следствие вышеперечисленных аргументов: лечение обнаруженных отклонений может причинить больше вреда, чем пользы**
- Предупреждение болезни становится более важным, и экономически эффективным с увеличением возраста**

Врачи (не гериатры) плохо выполняют оценку функционального статуса

- Когнитивный дефицит, трудности в выполнении ежедневной активности, недержание и депрессии – это только небольшая часть функций, которые обычно НЕ идентифицируются стандартными методами рутинной проверки**
- Врачи могут не знать, как эффективно быстро оценить определенные функциональные дефициты в кабинете, и могут не иметь ресурсов, необходимых для оценки функций у пациента дома**

**Итак, оценка,
или как мы измеряем
проблемы пожилого человека**

Комплексная гериатрическая оценка

- **КГО (CGA) – это проблемный подход, междисциплинарный диагностический процесс, целью которого является определение медицинских, психологических проблем, оценка функциональных способностей и создание координированного плана лечения и долговременного наблюдения**
- (D. Wieland, V. Hirth. Cancer Control. 2003;10(6))

Комплексная гериатрическая оценка

- **Может применяться в самых различных организационных условиях: палата стационара, отдельное учреждение, гериатрическое отделение, первичная помощь**
- **Повышает выживаемость пациентов и частоту возвращения домой после поступления в неотложные отделения стационара**
(G. Ellis et al. BMJ 2011;343)

Адаптация к национальным условиям

- **Составляющие КГО различны в разных странах**
- **Должны регистрироваться постоянно**
- **Инструменты должны быть валидизированы, переведены и оценены (воспроизводимость, чувствительность и специфичность)**
- **Возможно использование врачами и медсестрами в общей практике**

Гериатрический скрининг функционального статуса

- **Было выполнено множество исследований, чтобы понять и показать, какие области функций должны быть оценены и каким образом**
- **Скрининг функционального статуса снижает риск падений, госпитализаций, размещения в дома престарелых**
- **Врач должен быть учителем, должен мотивировать членов мультидисциплинарной команды, и помогать им в процессе оценивания и лечения**

Мобильность (подвижность)

- Способность перемещаться и передвигаться **безопасно**
- От 35% до 40% лиц старше 65 лет падают каждый год, у 10% - 15% возникают повреждения
- От 10% до 20% лиц старше 85 лет с трудом перемещаются с кровати на стул
- Пациенты с нарушенной мобильностью чаще рискуют иметь недержание, нарушение целостности кожи- язвы и пролежни, стать социально изолированными, развить депрессию
- Поэтому их выявление и мероприятия, направленные на снижение риска падений- основная цель функциональной оценки

Факторы, влияющие на способность к передвижению

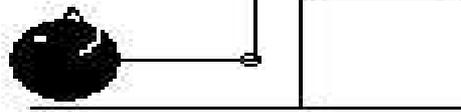
- Существует множество факторов, влияющих на способность передвигаться**
- Сила мышц, когнитивные способности, функция суставов, боль, баланс, функция нервов**
- Многие пожилые пациенты имеют дефицит в той или иной области, хотя продолжают оставаться мобильными**

Тест «Встань и иди» (The Get Up and Go Test)

- **Известный тест**
- **Делится на 4 раздела**
- **Вставание со стула без подлокотников – проверяется сила квадрицепса, а не мышц рук**
- **Внимательно наблюдайте за пациентом, чтобы он не помогал руками, проверяйте так же стабильность позы во время подъема со стула**
- **Перемещение: следите за положением ступней, походкой, толчком ноги**
- **Поворот: следите за стабильностью туловища**
- **Усаживание на стул – наблюдайте, нет ли произвольного отклонения во время этого движения**
- *Guralnik J.M., Simonsick E.M., Ferrucci L. et al. // J Gerontol 1994. Vol. 49. P. M85–M94.*

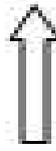
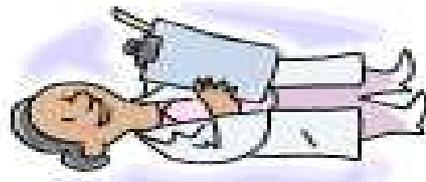
STEP 1

Sit to stand



STEP 2

Walk 3 meters



3 meters



STEP 3

Turn around

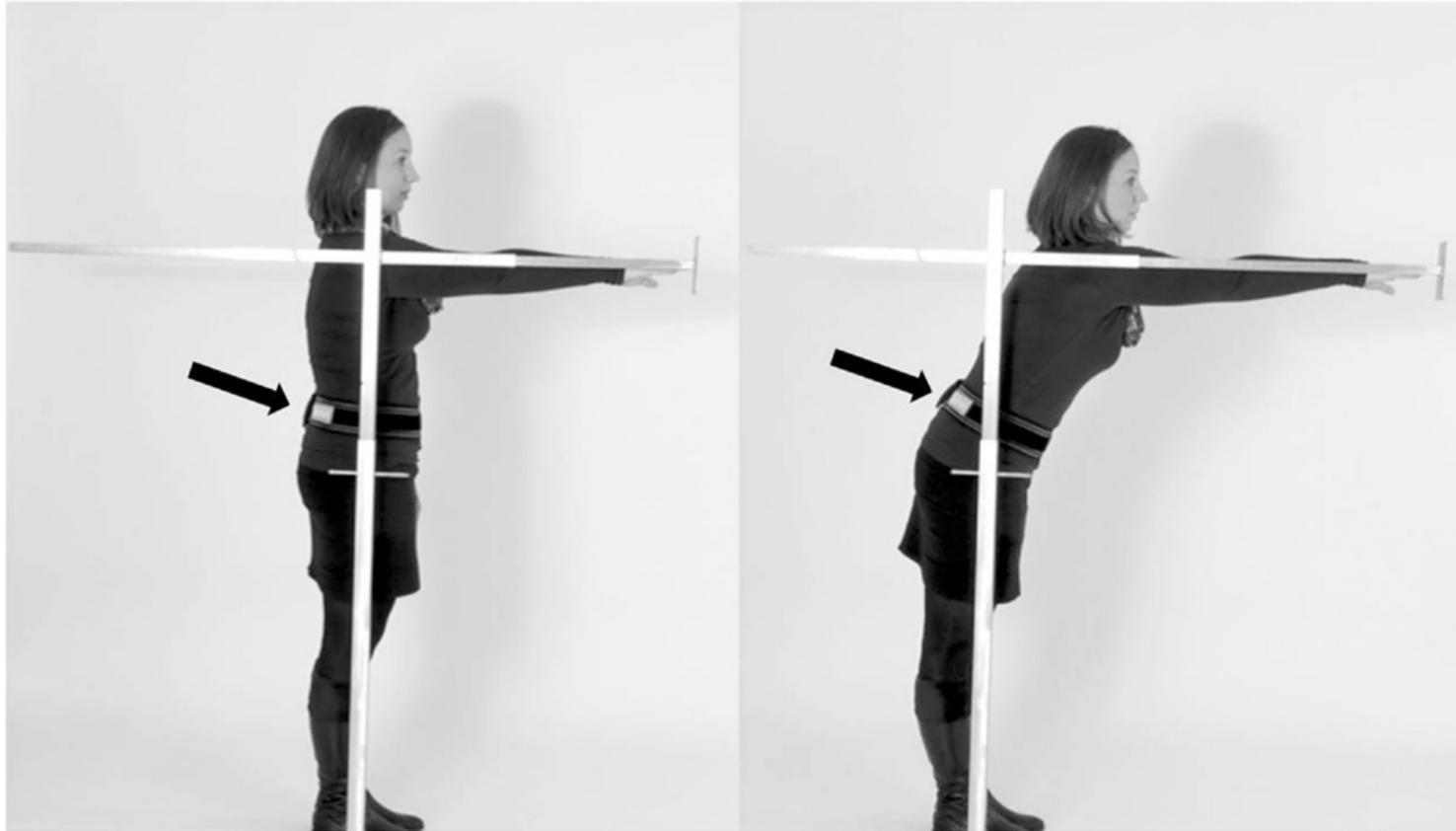
STEP 5

Sit down

STEP 4

Walk 3 meters

Функциональный тест достижимости



Повышенный риск падений – невозможность дотянуться до 15 см

Дополнительные диагностические пробы

- **Проба Берга**
- **Проба Тинетти**

Вмешательства, которые могут быть полезны для лиц с повышенным риском падений

- **Оценка необходимости специальных приспособлений: ходунки, роллаторы, трости, две трости и т.д.**
- **Обучение передвижению**
- **Упражнения на растяжение**
- **Подходящая обувь, в том числе и лечебная**
- **Безопасность быта**
- **Проверка ортостатизма**
- **Пересмотр медикаментов, которые принимает больной**

Проект «Хрусталь». Физическое функционирование

- ▶ Средняя сила мышц составляет 15,6 ($\pm 7,7$) кг
- ▶ Каждый второй не может удерживать равновесие более 10 сек
- ▶ 12,1% участников младшей и 40,5% старшей возрастной группы совсем не могли удерживать равновесие
- ▶ Скорость походки – 0,6 м/сек 65-74 г., 0,5 м/сек 75 и старше (реф. Нормы 60-69 1,27 м/сек; 70-79 - 1,18 м/сек) Oberg T, Karsznia A, Oberg K. Basic gait parameters: reference data for normal subjects, 10-79 years of age. J Rehabil Res Dev n. 1. (Hind. Myth.) 1993;30: 210-223

Когнитивные функции

- **Важность оценки когнитивных функций обусловлена распространенностью деменции, частота которой резко возрастает после 65 лет**
- **Делирий также широко распространен у пациентов с деменцией**
- **Делирий повышает риск смертности**
- **Бремя ухаживающего**

Когнитивные функции

- Клиницисты не способны выявить деменцию, особенно на ранних ее стадиях.
- Нередко когнитивные нарушения расцениваются как проявления нормального старения
- Mini-Mental Status exam является золотым стандартом начальной когнитивной оценки
- Тест менее чувствителен для больных с умеренными когнитивными нарушениями, поэтому применяют Монреальскую шкалу когнитивной оценки
- Используется также тест рисования часов и мини-ког для быстрой первичной оценки

Tombaugh J.A., Mcintyre N.J.

J Am Geriatr Soc. 1992. Vol. 40. P. 922–935

- www.mocatest.org
- Русская версия теста и инструкция

Когнитивные нарушения

- **MMSE оценка менее 24 указывает на когнитивные нарушения**
- **Факторы, не относящиеся к деменции, могут снижать оценку: образовательный уровень, депрессия, делирий**
- **Для тех, у кого суммарный балл меньше 24, может потребоваться дальнейшее обследование, включая уровень гормонов ТТГ и вит В 12**
- **В этих случаях также требуется оценка безопасности быта для предупреждения падений и уходов из дома**
- **Нужен надзор за приемом лекарств в отношении других заболеваний**

Делирий

- **В амбулаторной практике встречается реже, чем в стационарной (около 1 %)**
- **Частота делирия значительно варьирует, в зависимости от места и обстоятельств его выявления**
- **По данным разным авторов, составляет от 13 до 61 %**

Диагностика делирия: CAM (confusion assessment method)

- Основана на критериях DSM IV

1. Волнообразное течение и острые изменения в психическом состоянии
2. Проблемы концентрации
3. Изменение уровня сознания
4. Проблемы восприятия/ мышления

Диагноз считается определенным, если выявлен 1 и 2 признака и либо 3, либо 4

Недержание

- **Очень часто пациенты не сообщают врачу о недержании мочи**
- **Доля лиц с недержанием мочи в популяции исследования Хрусталь составила 34 % в группе 65-74, 47,7 у лиц старше 75 лет**
- **Последствиями недержания мочи могут стать социальная изоляция, депрессия, и функциональные нарушения в такой степени, что требуют помещения в учреждения долговременного ухода.**

Недержание можно лечить!

- Кроме ситуаций так называемого гиперактивного и наоборот, ослабленного мочевого пузыря, обструкций, следует упомянуть о функциональном недержании
- Пациент просто не может быстро добраться до туалета.
- Необходимо изменение каких-то условий быта, чтобы обеспечить проход к туалету в короткий срок

Слух

- По данным исследования Хрусталь, в группе пожилых от 65 до 74 лет доля лиц с нарушением слуха составляла 52,1%, старше 75- 69,3 %
- Трудности со слухом чаще всего ощущаются в людном месте, в шумном месте. Женские и детские голоса представляют особую сложность для различения.
- Последствия нарушений слуха нередко приводят к депрессии и социальной изоляции
- Традиционный осмотр включает проверку подвижности барабанной перепонки, светового конуса. И хотя этот осмотр важен, он не дает представления о функции, т.е. способности слышать
- Однако важно проверить наличие серных пробок, часто снижающих слух у пожилых людей

Тест шепотной речи

- **Тест шепотной речи позволяет оценить функцию слуха непосредственно в кабинете врача**
- **Вмешательства, которые могут помочь пациенту с поврежденным слухом, включают специальные приспособления и слуховые аппараты, или адаптированные телефоны и специальные компьютеры**

Зрение

- **Снижается устойчивость к яркому свету, блеску, адаптация к темноте ухудшается**
- **Обычные болезни, нарушающие зрение, это катаракта, глаукома, диабет, макулярная дегенерация**
- **За исключением катаракты, ничего не поддается лечению**
- **Пациенты с нарушением зрения имеют повышенный риск падений и могут страдать от социальной изоляции**
- **Их следует убеждать не водить машину, они могут нуждаться в социальной поддержке**
- **Для оценки функции зрения осмотр глазного дна не годится**
- **Проверка безопасности быта необходима, на домашнем визите**
- **Дома и в офисе можно проверить зрение с помощью специальных таблиц**

ADLs/IADLs

повседневная активность/инструментальная

повседневная активность

- **Важнейшие инструменты для измерения функции**
- **Огромное количество заболеваний и состояний могут нарушать эти функции:**
 - S – shopping **покупки**
 - H – housekeeping **домашнее хозяйство**
 - A – accounting **ведение счетов**
 - F – food preparation **приготовление пищи**
 - T – transportation **транспортировка**

Lawton, M.P., and Brody, E.M. "Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living." *Gerontologist* 9:179-186, (1969).

Повседневная активность/инструментальная повседневная активность

- Сначала утрачивается базисная активность .
- Самый эффективный подход – спросить у пациента о нескольких инструментальных функциях
- Если он независим в их выполнении, то нет смысла спрашивать о базисных функциях
- Если есть трудности с определенными инструментальными функциями, то надо обязательно спрашивать о базисных
- D – dressing одевание
- E – eating (self feeding) способность поесть
- A – ambulating передвижение
- T – transferring перемещение
- H – hygiene гигиена

Индекс Бартел

- **Оценка зависимости от посторонней помощи**
- **Включает базисную активность**
- **Может использоваться для оценки динамики состояния**

Одиночество. Социальная поддержка

- **Эпоха разделенных семей**
- **Кто может остаться с вами, если вы больны?**
- **Дети работают, к тому же они тоже могут быть немолоды и больны.**
- **Любые группы поддержки могут играть важную положительную роль**
- **Необходимость обучать**

Питание. Факторы, ухудшающие питание

- **Медицинские (заболевания)**
- **Депрессия**
- **Деменция**
- **Финансовые сложности**
- **Плохое обращение с пожилыми**
- **Плохое состояние зубов /протезов**
- **Злоупотребление алкоголем**
- **Невозможность совершать покупки**
- **Нарушение чувства голода и жажды**
- **Неспособность готовить пищу**

Питание и его оценка

- **Большинство скрининговых методов исследования питания базируются на четырех основных вопросах: текущий индекс массы тела, недавний рацион питания, непроизвольная потеря веса и тяжесть заболевания**
- **Следовательно, при отсутствии времени или опросника для выявления пациентов в группе риска вы можете задать им только эти четыре основных вопроса.**

Питание и его оценка

Оценка нутритивного статуса людей пожилого возраста включает:

- **структурированный опрос пациента и лиц, которые за ним ухаживают, с помощью различных анкет;**
- **антропометрию;**
- **лабораторную диагностику;**
- **оценку социальных факторов;**
- **когнитивных функций и психоэмоционального статуса.**

Питание и его оценка

- Процедура оценки состояния питания начинается со скрининга и заканчивается углубленной оценкой пациентов, которые попали в результате скрининга в зону риска.
- Шкала MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) - подходит для скрининга и оценки нутритивного статуса в общей популяции
- - Шкала SNAQ (Short Nutrition Assessment Questionnaire) - рекомендована к использованию у пациентов дневного стационара
- - Шкала NRS – 2002 (Nutritional Risk Screening-2002) – используется для скрининга в стационаре и признана лучшей шкалой для оценки питания Европейской Ассоциацией клинического питания (ESPEN)
- - Шкала MNA (Mini Nutritional Assessment) или Краткая шкала по оценке питания - разработана специально для категории пациентов старше 65 лет http://www.mna-lderly.com/forms/mna_guide_english.pdf

The Merck manual of geriatrics, 3rd Edition. Updated online. <http://www.merck.com/mkgr/mmg/home.jsp>.

Депрессия

- **Скрининговый вопрос: вы себя чувствуете печальным или угнетенным в последние 2 недели?**
- **PHQ 9 , GDS 15**
- **Сегодня считается во всем мире, что врачи первичной помощи должны выявлять и лечить депрессию**
- **Тревога и беспокойство могут быть симптомами депрессии.**
- **Гипотиреозидизм и онкологические заболевания могут вызывать депрессию**
- **Некоторые медикаменты- например, бета –блокаторы**

Выявление хрупкости (старческой астении)

- **Выявление хрупкости – одна из главных целей гериатрии**
- **Поддержание функции и возможная коррекция – важнейшая роль гериатра**

2. Хрупкость, или старческая астения

- «Хрупкость – это как порнография: все знают, что это такое, но никто не может дать определение» (Н. Bergmann, Канада)
- «Все мы знаем, что такое хрупкость, когда видим ее. Разве не так?» (J. Willbur, Айова, США)

Определение

Клинический синдром, сущность которого – нарастающая физиологическая ранимость, проявляющаяся комплексом симптомов: потеря веса, слабость, замедленность походки, саркопения, остеопения, нарушения равновесия, пассивность

Это не то же самое, что инвалидность, или болезненность, или старение

ХРУПКОСТЬ

Международный консенсус

/6 международных европейских и американских обществ/

- Хрупкость/слабость/ является важным медицинским синдромом, полиэтиологичным, характеризуется пониженной устойчивостью, выносливостью и снижением физиологических функций, что повышает зависимость и / или смертность
- Хрупкость/слабость/ потенциально можно предотвратить или лечить с использованием конкретных механизмов, таких, как физические упражнения, белково-калорийные добавки, витамин D, а также снижением полипрагмазии.
- Скрининг-тесты позволяют выделить хрупких пациентов
- Все лица старше 70 лет, и все люди со значительной потерей веса ($\geq 5\%$) в связи с хроническим заболеванием должны быть обследованы на хрупкость/слабость/

Morly J., 2013

Определение хрупкости- необходимая процедура у пожилых пациентов

- Применяется к пожилым людям при различных формах ухода
- Необходима для оценки риска при хирургических операциях, у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, раком или ВИЧ, а также для оценки эффективности вакцины у пожилых людей
- В настоящее время - комплексная гериатрическая междисциплинарная оценка и лечение на основе физической активности являются основными составляющими
- Понимание биологической основы хрупкости позволит сделать целенаправленными интервенционные стратегии и разработать инновационные модели гериатрической помощи

Другие опросники и шкалы

- **Индекс общего психического благополучия (Diuiy)**
- **Ноттингамский расширенный индекс повседневных активностей**
- **Модифицированная самооценка социальной приспособленности**
- **Повседневная оценка активности в доме (проблемы с кистью)**
- **Профиль ограничений**
- **Индекс ходьбы Хаузера**
- **Память в повседневной жизни**
- **Индекс нарушения жизнедеятельности при болях в шее**
- **Осветровский опросник нарушений жизнедеятельности при болях в нижней части спины**
- **Шкала оценки влияния артрита**
- **Оценка возможностей кисти**

Возможности – личные ресурсы и ресурсы общества

- **Образ жизни, питание, курение, алкоголь, семья, поддержка, медикаменты, вакцинация, приспособления (слух, зрение, трости и т.д), адекватность жилищных условий**
- **Общество – транспорт, страховка, доступность питания, группы по заболеваниям**

Еще одна проблема

- **Не все опросники и шкалы подходят для определенной популяции**
- **Необходима серьезная работа: двойной перевод и валидизация**

Контакты

- mednauka@gmail.com
- efrolovamd@icloud.com
- efrolovamd@yandex.ru