

Л.М. Фархутдинова

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

ОБ ОСНОВАХ КОМПЛЕКСНОЙ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ

L.M. Farkhutdinova

Bashkir State medical University, Ufa, Russia

ABOUT THE BASICS OF COMPREHENSIVE GERIATRIC ASSESSMENT

Резюме

Статья освещает принципы комплексной гериатрической оценки — междисциплинарного диагностического процесса, направленного на разработку плана лечения, долговременного наблюдения и поддержки человека пожилого возраста. Отражены компоненты комплексной гериатрической оценки, включающей определение физического, функционального, психологического и социального статуса обследуемого. Особое внимание уделено возрастным особенностям функционирования различных органов и систем, знание которых необходимо для разработки целенаправленной стратегии гериатрической помощи. Инволютивные изменения в органах дыхания характеризуются уменьшением дыхательной поверхности, атрофическими процессами в слизистой и лимфоидной ткани, повышенным риском развития бронхообструктивного синдрома. Дегенеративно-склеротические изменения в сердечно-сосудистой системе способствуют развитию недостаточности кровообращения, дисфункции синусового узла, повышенной чувствительности к стрессовым факторам, ортостатической гипотензии и др. С возрастом снижается секреторная функция желудочно-кишечного тракта, ограничивается функциональная способность печени. Уменьшение резервных возможностей почек провоцирует развитие воспалительных процессов, может способствовать дегидратации организма. У людей пожилого возраста повышается риск развития сахарного диабета, гипотиреоза и гиперпаратиреоза. Разрастание соединительной ткани в органах кроветворения ограничивает функциональные возможности системы крови. Возрастные изменения в опорно-двигательной системе характеризуются уменьшением мышечной массы и развитием остеопороза. Анализируется также проводимая лекарственная терапия, поскольку полифармация у пожилых сопряжена с особенно высоким риском развития побочных эффектов препаратов. Оценка функционального статуса подразумевает определение возможности самообслуживания и степени независимости человека от помощи окружающих по его способности выполнять основные функции, активности в повседневной жизни и инструментальной активности. О психоэмоциональном статусе судят по эмоциональному фону пациента и его когнитивным функциям. Социально-бытовой статус оценивается по условиям проживания пожилого человека. По результатам комплексной гериатрической оценки составляется индивидуальный план ведения пациента, реализация которого возможна при объединенных усилиях гериатра и команды медицинских специалистов, родственников, работников социальной службы.

Ключевые слова: гериатрия, комплексная гериатрическая оценка, старческая астения

Конфликт интересов

Авторы заявляют, что данная работа, её тема, предмет и содержание не затрагивают конкурирующих интересов

Источники финансирования

Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования

Статья получена 05.05.2019 г.

Принята к публикации 03.07.2019 г.

Для цитирования: Фархутдинова Л.М. ОБ ОСНОВАХ КОМПЛЕКСНОЙ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ. Архивъ внутренней медицины. 2019; 9(4): 245-252. DOI: 10.20514/2226-6704-2019-9-4-245-252

Abstract

The article covers the principles of comprehensive geriatric assessment — an interdisciplinary diagnostic procedure aimed at developing a plan of treatment, long-term monitoring and support of an elderly person. The components of a comprehensive geriatric assessment, including the determination of physical, functional, psychological and social status of the subject, are reflected. During the process of analyzing the patient's physical status, the age-related features of the functioning of various organs and systems, knowledge of which is necessary for the development of a targeted geriatric care strategy, should be taken into account. Involution of the respiratory organs is characterized by a decrease in the respiratory surface, atrophic processes in the mucous and lymphoid tissues, and an increased risk of developing bronchoobstructive syndrome. Degenerative

*Контакты: Лейла Муратовна Фархутдинова, e-mail: farkhutdinova@gmail.com

*Contacts: Leila M. Farkhutdinova, e-mail: farkhutdinova@gmail.com

sclerotic changes in the cardiovascular system contribute to the development of circulatory failure, sinus node dysfunction, increased sensitivity to stress factors, orthostatic hypotension, etc. With age, the secretory function of the gastrointestinal tract decreases, and the functional ability of the liver is limited. Reducing the reserve capacity of the kidneys provokes the development of inflammatory processes and contributes to the dehydration of the body. In older people, the risk of developing diabetes, hypothyroidism and hyperparathyroidism increases. The growth of connective tissue in the blood-forming organs limits the functionality of the blood system. Age-related changes in the musculoskeletal system are characterized by a decrease in muscle mass and the development of osteoporosis. Drug therapy is also being analyzed, since polypharmacy in the elderly is associated with a particularly high risk of developing side effects of the drugs. Assessment of the functional status implies the determination of the self service ability and the degree of a person's independence from the help of others by his/her ability to perform basic functions, activities in everyday life and instrumental activity. The psycho emotional status is judged by the emotional background of the patient and his/her cognitive functions. Social and household status is estimated by the living conditions of an elderly person. Based on the results of a comprehensive geriatric assessment, an individual management plan is drawn up, the implementation of which is possible with the combined efforts of the geriatrician and a team of medical specialists, relatives, and social workers.

Key words: *geriatrics, comprehensive geriatric assessment, senile asthenia*

Conflict of interests

The authors declare no conflict of interests

Source of financing

The authors states that no finding for the study has been received

Article received on 05.05.2019

Accepted for publication on 03.07.2019

For citation: Farkhutdinova L.M. ABOUT THE BASICS OF COMPREHENSIVE GERIATRIC ASSESSMENT. The Russian Archives of Internal Medicine. 2019; 9(4): 245-252. [In Russian]. DOI: 10.20514/2226-6704-2019-9-4-245-252

FRAX — Fracture Risk Assessment Tool, АД — артериальное давление, КГО — комплексная гериатрическая оценка

*Старости нужно очень немного,
но это немного нужно очень и очень*

Маргарет Уиллур

Актуальность

Во всем мире одной из центральных медико-социальных проблем является сохранение здоровья и качества жизни пожилых людей. Старение физиологично, и внимание гериатров направлено на неблагоприятный вариант этого процесса — старческую астению. В России данный синдром наблюдается у 84 % людей пожилого и старческого возраста, в то время как в Германии этот показатель составляет 66,4 %, Финляндии — 60, США — 55, Швейцарии — 50, Бельгии — 40 %. Снижение физической и функциональной активности при старческой астении приводит к развитию зависимости от посторонней помощи в повседневной жизни и ухудшению прогноза состояния здоровья. Диагностика синдрома старческой астении базируется на комплексной гериатрической оценке (КГО), которая, в свою очередь, представляет собой основу организации медицинской помощи лицам преклонного возраста [1, 2, 7, 9, 13, 15].

Из истории вопроса

В течение многих лет считалось, что заболевания у людей преклонного возраста имеют в абсолютном большинстве случаев пессимистический про-

гноз. В 1943 г. врач из Великобритании Марджори Уоррен опубликовала статью, в которой впервые утверждалась потенциальная обратимость нарушений здоровья у пожилых пациентов. По мнению автора, специфика потребностей данного контингента больных, в отличие от молодых людей, обосновывает необходимость особого подхода в оказании им медицинской помощи, осуществлять которую должна команда, состоящая из врачей различного профиля, среднего медперсонала и социальных работников. Марджори Уоррен предложила также разделять пожилых людей на группы с учетом степени их зависимости от окружающих. Данный подход лег в основу комплексной оценки состояния здоровья пациентов преклонного возраста, которая постепенно совершенствовалась.

В 1963 г. ВОЗ предложила разделять пожилых людей на общественно активных, индивидуально активных и зависимых от окружающих, т.е. наряду с физическим состоянием оценивать способность человека к сохранению активности в повседневной жизни. Анализ эффективности комплексной гериатрической оценки, проведенный в 1993 г., показал, что данный подход позволяет снизить смертность на 18 %, риск повторной госпитализации на 12 %, повысить когнитивные функции на 41 % и вернуть к независимому проживанию 25 % пациентов [7, 10].

Определение

Комплексная гериатрическая оценка — метод обследования, включающий определение физического, функционального, психоэмоционального и социального статуса пожилого человека с последующей разработкой плана мероприятий для повышения качества жизни.

Компоненты комплексной гериатрической оценки

1. Физический статус

Анализ состояния здоровья пожилого человека основан на знании возрастных изменений органов и систем, которые в той или иной степени характеризуются развитием дистрофических, склеротических процессов и снижением резервных возможностей организма. Выраженные инволютивные изменения могут в значительной степени снижать качество жизни, вместе с тем понимание патогенеза особенностей функционирования организма пожилого пациента позволяет дать правильную оценку результатам его обследования и разработать целенаправленную стратегию гериатрической помощи. Так, для *дыхательной системы* с возрастом характерно развитие деформации грудной клетки из-за дегенеративных изменений тел позвонков и межпозвонковых дисков, а также снижение эластичности паренхимы легких, что может приводить к формированию «старческой эмфиземы» и уменьшению дыхательной поверхности на 40–45 %, способствуя возникновению одышки даже при небольшой физической нагрузке. Атрофические изменения в слизистой трахеи и бронхов наряду с инволютивными процессами в лимфоидной ткани значительно повышают риск воспалительных болезней органов дыхания и способствуют их торпидному течению. Количество и чувствительность β_2 -адренорецепторов в бронхах с возрастом уменьшается, в то время как плотность холинергических рецепторов не изменяется, и бронхообструктивный синдром может быть следствием не только хронической обструктивной болезни легких, но также сердечно-сосудистой патологии, злокачественного заболевания, побочного эффекта фармакотерапии, воздействия факторов внешней среды и т.д. Фиброзирование капилляров с увеличением ломкости провоцирует кровохарканье при натуживании и надсадном кашле.

Морфофункциональное состояние *сердечно-сосудистой системы* также характеризуется склеротическими изменениями с увеличением количества коллагеновых волокон, уменьшением числа эластических волокон и атрофией мышечных. В результате этих процессов сосудистая стенка становится ригидной, возрастает скорость кровотока и распространения пульсовой волны, периферическое сопротивление, что обуславливает старческую си-

столическую артериальную гипертензию. Дегенеративно-склеротические изменения в миокарде приводят к уменьшению ударного выброса, нарушению диастолического расслабления, способствуя развитию сердечной недостаточности. В эндокарде возможно формирование кальциноза клапанов, что чаще всего проявляется аортальным стенозом или пролапсом митрального клапана. Из-за фиброзной дегенерации в проводящей системе сердца уменьшается количество клеток, генерирующих и проводящих импульсы (к 80-ти годам в синоатриальном узле остается 10 % клеток-пейсмекеров от их числа в молодом возрасте), что обуславливает дисфункцию синусового узла, склонность к брадикардии, фибрилляции предсердий, желудочковой экстрасистолии, различным формам блокад. При развитии синдрома слабости синусового узла наблюдаются эпизоды тахи- и брадикардии, которые вызывают внезапное головокружение, синкопальное состояние и потерю сознания.

Следует учитывать, что старческое сердце отличается более высокой чувствительностью к психоэмоциональным стрессам, а также воздействию таких факторов, как алкоголь, курение, инфекции, интоксикации, лекарственные препараты и т.д.

Для людей пожилого возраста характерна неустойчивость артериального давления (АД) с колебаниями от высоких до низких цифр вплоть до ортостатического коллапса, что связано с ослаблением механизмов нейрогуморальной регуляции. В связи с этим применение гипотензивных препаратов, нейролептиков, бензодиазепиновых транквилизаторов, противопаркинсонических средств может сопровождаться развитием ортостатической гипотензии. Важное клиническое значение имеет выявление пониженного АД. Так, снижение АД увеличивает риск болезни Альцгеймера, снижение диастолического АД до 60 мм рт.ст. и ниже усугубляет ишемию миокарда и уменьшает прогнозируемую продолжительность жизни. Показано, что «идеально» подобранная для гериатрического пациента гипотензивная терапия в госпитальных условиях после выписки из стационара может вызвать выраженную гипотензию вплоть до сердечно-сосудистой катастрофы, что обусловлено расширением физической активности. Необходимо иметь в виду, что у пожилых людей связь артериальной гипертензии с увеличением смертности доказана для «крепких» пациентов, в то время как у «хрупких» такой связи нет, влияние на качество жизни пожизненного приема антигипертензивных препаратов не изучено. По результатам исследований, АД у долгожителей прямо коррелирует с когнитивными функциями, а снижение АД менее 130 мм рт.ст. не уменьшает риск развития сердечно-сосудистой патологии. В связи с этим рекомендуемые цифры АД у лиц до 80 лет — до 140 мм рт.ст., в возрасте старше 80 лет — до 150 мм рт.ст. у «крепких» пациентов и до 180 мм рт.ст. у «хрупких» [3, 6, 7].

Инволютивные изменения в *органах пищеварения* характеризуются атрофическими изменениями на всем протяжении желудочно-кишечного тракта. Уменьшение нитевидных сосочков языка нарушает восприятие вкуса и снижает аппетит, понижение секреторной активности слюнных желез наряду с потерей зубов вызывает затруднение механической обработки пищи и нарушение пищеварения в полости рта. Наблюдается также снижение секреторной функции желудка, поджелудочной железы (масса панкреатической ткани с возрастом уменьшается в 1,5–2 раза), нарушение пристеночного пищеварения и процессов всасывания. Все перечисленные изменения способствуют старческому похуданию. Неблагоприятным является снижение массы тела на 6,5 % за 6 месяцев или на 5 % за 1 месяц. Индекс массы тела менее 20 кг/м² повышает риск остеопороза, в то время значение этого показателя 30 кг/м² ассоциируется с наименьшей летальностью.

С возрастом сокращается масса печени, что наиболее выражено у лиц старше 80 лет. Ограничение функциональной способности печени (синтетической, детоксикационной) проявляется при психоэмоциональной нагрузке, нарушении режима питания, погрешностях в диете, влиянии неблагоприятных экологических факторов, отравлении, применении ряда лекарственных препаратов.

Для *мочевыделительной системы* характерно склерозирование почечной ткани, что приводит к потере 1/3–1/2 части нефронов с возрастом, что вызывает ограничение резервных возможностей почек при стрессах, например, явления почечной недостаточности могут наблюдаться при одностороннем пиелонефрите. Пиелонефрит является основной нефрологической проблемой в гериатрии, чему способствуют возрастные нарушения уродинамики и кровоснабжения почек, а также снижение иммунитета. Распространенность пиелонефрита у пожилых людей возрастает в 4–5 раз. Вместе с тем клинические симптомы заболевания часто носят стертый характер, отсутствуют такие локальные проявления, как дизурия, болезненность в поясничной области, и преобладает интоксикационный синдром — слабость, адинамия, отсутствие аппетита, нарушение сна, спутанность сознания и т.д. Большинство случаев бактериального шока при острой атаке пиелонефрита наблюдается у лиц пожилого возраста.

Склеротическое уплотнение стенки мочевого пузыря снижает его емкость, что вызывает учащение позывов к мочеиспусканию.

Ослабление функции сфинктера приводит к недержанию мочи, и, опосредованно, может стать причиной падения пожилого человека при поспешном вставании, особенно по ночам.

Пациенты, страдающие от недержания мочи, нередко стараются ограничить потребление жидкости, что приводит к дегидратации, усугубляющей

ортостатическую гипотензию. Риск дегидратации с возрастом увеличивается также из-за снижения ощущения жажды и аппетита, уменьшения активности антидиуретического гормона и чувствительности к нему почек. Выраженная дегидратация повышает риск падений и летальности пожилых пациентов. Диагностика данного нарушения на начальных стадиях основана на выявлении сухости языка, снижении тургора кожи, ортостатического снижения АД и уменьшении массы тела.

Одним из основных изменений в органах *эндокринной системы* является снижение инкреторной функции поджелудочной железы, в связи с этим возраст считается диабетпровоцирующим фактором (вторым по значимости после ожирения). Частота встречаемости сахарного диабета у лиц старше 60 лет составляет 10 %, после 80 — 20 %, в то время как в популяции — до 5 %.

Вместе с тем пожилой возраст характеризуется нарушением механизмов адаптации к гипогликемии. По этой причине снижение уровня сахара в крови, представляющее собой стресс для организма, сопровождающийся выбросом катехоламинов, повышает риск развития сердечно-сосудистых событий — нарушения ритма, инфаркта миокарда, инсульта, кровоизлияния в сетчатку глаза и т.д., вплоть до фатальных. Выявление гипогликемии является важной задачей при курации пожилых пациентов, при этом следует учитывать характерную стертость адренергических признаков, таких как возбуждение, потливость, чувство голода и др., и преобладание нейрогликопенических симптомов — астения, головная боль, дезориентация, поведенческие нарушения.

Снижение уровня сахара крови у пожилых людей, не страдающих диабетом, обычно связано с нарушениями режима питания.

С возрастом увеличивается распространенность гипотиреоза, который встречается у 10–15 % женщин старше 60 лет. При этом клиническая картина заболевания во многом сходна с возрастными изменениями — снижение памяти, медлительность, сухость кожи и т.д. Данное заболевание диагностируется по уровню тиреотропного гормона, определение которого предусмотрено в процессе КГО.

Среди эндокринной патологии третьим по распространенности после заболеваний щитовидной железы и диабета является аденома паращитовидной железы — первичный гиперпаратиреоз (1–2 случая на 1000 населения). Пик заболеваемости приходится на 60-летний возраст. Клинические проявления обусловлены нарушением кальций-фосфорного обмена — остеопороз, мочекаменная болезнь и др. Одним из основных лабораторных признаков заболевания является повышенный уровень кальция крови, определение которого включено в КГО [7, 11, 12, 17].

В *органах кроветворения* с возрастом разрастается соединительная ткань, в результате объем кроветвор-

ной ткани у лиц старше 70–75 лет может составлять около 30% ее объема у молодых. Клинически эти изменения проявляются в стрессовых ситуациях — при интоксикации, инфекции, психоэмоциональной и физической нагрузке и т.д. В связи с ограничением функциональных возможностей системы крови в пожилом возрасте лейкоцитоз со сдвигом влево наблюдается редко, воспалительные процессы протекают более торпидно. Восстановление клеточного состава после кровопотери происходит в 2 раза медленнее. Хронические кровопотери из желудочно-кишечного тракта являются самой частой причиной железодефицитной анемии у пожилых людей. Атрофические процессы в слизистой оболочке желудка сопровождаются развитием В12-дефицитной анемии. Тканевой гипоксии способствует также появление возрастной «жесткости» эритроцитов, которая затрудняет микроциркуляцию и тканевой обмен. Ослабленная реакция лимфоцитов на мутагены провоцирует онкопатологию. С возрастом происходят значительные изменения в белковом спектре плазмы крови — наблюдается сдвиг в сторону крупнодисперсных белков, с чем связано увеличение до 40% скорости оседания эритроцитов после 60 лет.

Возрастные изменения в *опорно-двигательной системе* характеризуются инволютивно-атрофическими процессами в мышцах, суставном аппарате, хрящевой и костной ткани. Дегенеративные изменения в скелетной мускулатуре, или синдром саркопении, приводит к постепенной потере мышечной массы, уменьшение которой после 50 лет составляет 10% каждое десятилетие, при этом наиболее выраженной атрофии подвержены мышцы, выпрямляющие туловище. Саркопения сопровождается снижением силы мышц и скорости ходьбы, вызывает страх падений. Дегенеративно-дистрофические изменения в соединительно-тканых структурах сустава провоцируют разрывы сухожилий и связок (наиболее частыми являются разрывы сухожилий мышц плеча, длинной головы бицепса, заднего большеберцового сухожилия, надколенной связки и пяточного сухожилия). Дегенеративные изменения хряща сопровождаются обызвествлением и даже окостенением с развитием остеоартроза, чаще всего поражающего межфаланговые, коленные, тазобедренные, плечевые суставы и суставы позвоночника. Основным инволютивно-атрофическим изменением в костной ткани является остеопороз.

После 60 лет одной из основных причин развития остеопороза является отрицательный кальциевый баланс, обусловленный уменьшением употребления молочных продуктов и нарушением их усвоения вследствие снижения образования соляной кислоты, атеросклероза сосудов кишечника, а также дефицита витамина Д, большей частью образующегося в коже под действием солнечных лучей.

Недостаток кальция стимулирует продукцию паратгормона, под действием которого кальций высвобождается в кровь из костной ткани, что сопровождается остеодеструкцией.

Клиническими симптомами остеопороза являются снижение роста на 4 см и более по сравнению с возрастом в 25 лет или на 2 см за 1–3 года, расстояние между затылком и стеной 5 см и более, а между нижними ребрами и подвздошной костью менее 2 см, выпячивание живота. Инструментальными методами диагностики остеопороза являются денситометрия, рентгенография костей скелета, выявляющая остеопоретические переломы. Для проведения денситометрии «золотым стандартом» является двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия. Если в ходе оценки жалоб, анамнеза, физикального обследования и рентгенографии позвоночника низкотравматические переломы не выявлены, решение о необходимости назначения терапии остеопороза принимается на основании 10-летней вероятности развития низкотравматического перелома, для определения которой применяется шкала FRAX (Fracture Risk Assessment Tool). Оценку FRAX особенно рекомендуется проводить людям, у которых проведение денситометрии невозможно (недоступность оборудования) и в случаях, когда при денситометрии была выявлена остеопения. Следует подчеркнуть, что наличие низкотравматических переломов в анамнезе, особенно множественных, является показанием к терапии независимо от показателей денситометрии и FRAX.

Состояние *зрения* пациента оценивается по способности читать текст, названия лекарств, узнавать людей. О сохранности *слуха* судят по тому, переспрашивает обследуемый или нет, надо иметь в виду, что люди пожилого возраста лучше слышат низкие частоты.

При проведении КГО анализируется также проводимая лекарственная терапия. Важно отметить, что полифармация у пожилых сопряжена с более высоким риском развития побочных эффектов препаратов в связи с увеличением чувствительности организма к лекарственным средствам, поэтому их количество должно быть максимально ограничено. Предпочтение отдается препаратам, направленным на лечение прогностически наиболее значимых заболеваний — ишемической болезни сердца, гипертонической болезни, фибрилляции предсердий, сердечной недостаточности, сахарного диабета. Кроме того, лицам пожилого возраста не рекомендуется назначение дженериков*, поскольку их применение характеризуется большей частотой побочных эффектов по сравнению с оригинальными препаратами.

Особого внимания требуют лекарственные средства, применение которых предполагает контроль дозы (гипотензивные, сахароснижающие), а также

* Дженерики (от англ. generic — общий, родовой) могут отличаться от оригинальных препаратов составом вспомогательных веществ.

препараты, которыми нередко злоупотребляют пожилые люди (седативные, корвалол и др.).

В процессе КГО выясняются также вредные привычки, тем более что чувствительность к их неблагоприятным эффектам с возрастом повышается, факты вредного воздействия окружающей среды, а также условий труда в анамнезе [3–5, 8].

2. Функциональный статус

Определяется возможность самообслуживания и степень независимости человека от помощи окружающих по его способности выполнять основные функции, активности в повседневной жизни и инструментальной активности.

Повседневную активность обследуемого характеризует его способность самостоятельно принимать пищу, одеваться, посещать туалет, купаться, перемещаться по комнате и т.д.

Для оценки возможности выполнения основных функций пациента просят:

- завести руки за голову, за спину на уровне талии (способность расчесываться, одеваться, выполнять гигиенические процедуры);
- сидя дотронуться рукой до большого пальца на противоположной ноге (способность надевать обувь, стричь ногти на ногах);
- 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 (способность свободного передвижения).

В случае, если обследуемый может выполнять задание, присваивается 2 балла, если не может — 0 баллов и 1 балл, если задание выполняется с затруднением.

Для тестирования активности в повседневной жизни используется индекс Бартел, приведенный в карте КГО. Данная шкала определяет возможность самостоятельно принимать пищу, умываться, одеваться, контролировать тазовые функции, принимать ванну, посещать туалет, вставать с постели, передвигаться, подниматься по лестнице. Выполнение каждой функции оценивается в баллах, наибольшее количество (до 20 баллов) дается при самостоятельном ее осуществлении, 0 баллов — в случае полной зависимости от окружающих, 5–10 баллов — при необходимости частичной помощи. Общий балл от 0 до 20 означает полную зависимость, 21–60 — выраженную зависимость, 61–90 — умеренную зависимость, 91–99 — легкую зависимость и 100 — отсутствие зависимости.

Инструментальная активность пожилого человека отражает его способность к самостоятельному проживанию и решению бытовых вопросов. Карта КГО содержит шкалу повседневной инструментальной активности — IADL (Instrumental Activities of Daily Living по W.B. Abrams, M.H. Beers, R. Berkow

et al., 1995). Она анализирует способность пользоваться телефоном, добираться до мест, расположенных вне привычных дистанций ходьбы, ходить в магазин за продуктами, готовить пищу, выполнять работу по дому, самостоятельно принимать лекарства, распоряжаться деньгами. Каждый пункт оценивается по 3-х балльной системе: выполнение действия — 3 балла, выполнение с посторонней помощью — 2 балла, неспособность выполнения — 1 балл. Сумма менее 27 баллов указывает на снижение инструментальной активности.

В зависимости от результатов рассматривается вопрос о необходимости постороннего ухода, частичного или постоянного, на дому либо в специализированном гериатрическом учреждении. Вместе с тем категория «независим» допускает использование вспомогательных средств.

3. Психоэмоциональный статус

Сохранность высшей нервной деятельности пациента определяется по его эмоциональному фону и когнитивным функциям. С этой целью применяются специальные шкалы для диагностики депрессии и деменции.

Для выявления нарушений настроения существует множество опросников, из них наибольшее применение нашла шкала оценки депрессии GDS-15 (Geriatric Depression Scale), включающая следующие 15 вопросов:

1. В целом, удовлетворены ли Вы своей жизнью?
2. Вы забросили большую часть своих занятий и интересов?
3. Вы чувствуете, что Ваша жизнь пуста?
4. Вам часто становится скучно?
5. У Вас хорошее настроение большую часть времени?
6. Вы опасаетесь, что с Вами случится что-то плохое?
7. Вы чувствуете себя счастливым большую часть времени?
8. Вы чувствуете себя беспомощным?
9. Вы предпочитаете остаться дома, нежели выйти на улицу и заняться чем-нибудь новым?
10. Считаете ли Вы, что Ваша память хуже, чем у других?
11. Считаете ли Вы, что жить — это прекрасно?
12. Чувствуете ли Вы себя сейчас бесполезным?
13. Чувствуете ли Вы себя полным энергией и жизненной силой?
14. Ощущаете ли вы безнадежность той ситуации, в которой находитесь в настоящее время?
15. Считаете ли Вы, что окружающие Вас люди живут более полноценной жизнью в сравнении с вами?

Один балл зачисляется за ответ «да» на вопросы 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 и 15, а также за ответ «нет» на вопросы 1, 5, 7, 11 и 13. Общий балл 5 и выше свидетельствует о вероятной депрессии.

Одним из наиболее распространенных тестов для оценки психического здоровья является рисование циферблата с указанием времени, обычно просят отметить стрелками время 14:45 или 11:10. Для диагностики деменции часто используется тест Mini-Cog, состоящий из трех этапов, выполнение которого занимает 3–5 минут. На первом этапе называют и предлагают запомнить три слова (например, лимон, ключ, шар), на втором — нарисовать часы и отметить время, на третьем — вспомнить 3 названных слова. При болезни Альцгеймера раньше страдает кратковременная память, при сосудистой деменции — долговременная, поэтому в первом случае больной может нарисовать часы, но не назовет слов, во втором — слова с подсказкой вспомнит, но не нарисует циферблат.

Широкое применение для диагностики деменции нашла краткая шкала MMSE (Minimal State Examination). Она содержит 9 заданий и 30 вопросов, оценивающих такие когнитивные домены, как ориентировка во времени, месте нахождения, память, восприятие, внимание и речь. Максимальная оценка по тесту — 30 баллов, 27 баллов и ниже расценивается как вероятный когнитивный дефицит. Перечисленные виды тестирования умственных способностей обладают низкой чувствительностью для выявления умеренных когнитивных расстройств. Для их скрининга рекомендуется использовать диагностически более чувствительный инструмент — Монреальскую шкалу когнитивной оценки (MoCA, Montreal Cognitive Assessment), специально созданную для выявления умеренных когнитивных нарушений у пациентов с нормальным результатом по MMSE. Тест оценивает 8 категорий когнитивного процесса: исполнительные и зрительно-конструктивные навыки, название, память, внимание, речь, абстракция, отсроченная память и ориентация. Максимальная оценка — 30 баллов, пограничная — 26 (в случае, если общее образование менее 12 лет — 25). Тестирование с помощью шкал MMSE и MoCA занимает около 10 минут.

Важно подчеркнуть, что оценка когнитивных функций пожилого человека должна проходить в спокойной, доброжелательной обстановке и требует терпения и такта со стороны врача.

В психологическом отношении важным фактором являются отношения с близкими, дефицит внимания со стороны которых может быть ведущей причиной угнетенного состояния пожилого человека, что, в свою очередь, усугубляет соматическое неблагополучие. Следует отметить, что в отличие от физических возможностей, снижающихся при старении, интеллектуальные резервы не имеют возрастных границ. Наиболее сохранной является эмоциональная сфера, и даже дементный пациент способен реагировать на проявленные к нему чувства.

Вместе с тем восприятие человеком окружающего мира во многом зависит от его мира внутреннего.

Социальный статус

Как показали результаты исследований, распространенность старческой астении наиболее высокая среди разведенных и вдовцов, несколько ниже у лиц, никогда не бывших в браке, и наименьшая — у пожилых людей, состоящих в браке. Данный синдром чаще встречается у жителей сельской местности.

Большое значение для поддержания жизнеспособности пожилого человека имеют условия проживания. Обращают внимание на комфорт и безопасность быта — освещенность, температуру воздуха, возможность беспрепятственного перемещения и т.д. В Израиле, где геронтологическое сообщество существует с 1956 г., должность социального работника предусмотрена в каждой больнице, это специалист с высшим образованием, который знает законодательную базу, информирует о возможной помощи пациенту, содействует в оформлении документов.

Врачу необходимо получить представления о материальном достатке и круге лиц, которые могли бы оказывать помощь, а в случае необходимости обеспечить повседневный уход, организовать досуг. В западных странах, например, появились «дедские сады», где с гериатрическими пациентами проводятся занятия, предлагается широкий выбор настольных игр и развивающих игрушек.

Оценка социально-бытового статуса подразумевает определение наиболее адекватных условий жизни пациента — самостоятельное проживание, в кругу семьи или в доме для престарелых. Вместе с тем следует подчеркнуть, что к концу XX столетия социологи пришли к выводу, что человек должен стареть в семье [2, 10, 13, 14, 16, 18].

Заключение

Комплексная гериатрическая оценка — всестороннее обследование пожилого человека, по результатам которого врач-гериатр составляет индивидуальный план ведения пациента, включающий рекомендации по диете, физической активности, медикаментозной и немедикаментозной терапии, обустройству быта, адаптивным технологиям, социальной поддержке и уходу. Гериатр призван объединить вокруг себя команду медицинских специалистов, родственников и работников социальной службы, успех которой основан на доброжелательном и деликатном отношении к пожилому пациенту. «Умейте быть снисходительными к человеческим слабостям стариков», — писал Василий Александрович Сухомлинский.

Возможность счастливого долголетия, безусловно, в первую очередь зависит от заботы близких, поскольку пожилой человек особенно нуждается в атмосфере любви и взаимопонимания.

Вместе с тем сохранение качества жизни пожилого человека во многом зависит от возможности самореализации в позднем возрасте, в том числе профессиональной. Проведенный экспертный анализ так называемой «демографической нагрузки» показал ее искусственную аггравацию, в действительности, финансовая отдача использования трудовых ресурсов пожилого населения во много раз превышает затраты, а изменение возрастной структуры рабочей силы имеет различные эффективные пути решения. В 2002 г. на второй Ассамблее ООН по старению, состоявшейся в Мадриде, был принят Мадридский международный план действий по обеспечению каждому человеку безопасной и достойной старости, а также возможности участия в жизни общества как полноправного гражданина. Гериатрия — одна из самых молодых и одновременно самых гуманных медицинских специальностей, которая не только позволяет решать проблемы долголетия, но и способствует нравственному возрождению общества.

Список литературы/References:

- Аммосова Е.Е. Комплексная гериатрическая оценка в условиях дома-интерната. Российский семейный врач. 2018; 22(2): 25–29. Ammosova E.E. Comprehensive geriatric evaluation in boarding house conditions. Russian family doctor. 2018; 22 (2): 25-29. [In Russian]
- Актуальные проблемы геронтологии и гериатрии: монография /под ред. В.П. Волкова. Новосибирск: Изд. «СИБАК». 2015; 138 с. Actual problems of gerontology and geriatrics: monograph /ed. by V.P. Volkov. Novosibirsk: Publishing «SIBAK». 2015; 138 p. [In Russian]
- Кирицина И.А., Габдрафикова Ю.С. Характеристика полиморбидных состояний и оценка полипрагмации у женщин в гериатрической практике. Сибирский медицинский журнал (Иркутск). 2014; 8: 67–70. Kirshchina I.A., Gabdrifikova Yu.S. Characteristics of polymorbid conditions and evaluation of polypragmentation in women in geriatric practice. Siberian Medical Journal (Irkutsk). 2014; 8: 67–70. [In Russian]
- Киселева Г.В., Фролова Е.В., Турушева А.В. Выявление пожилых людей с высоким риском падения с помощью комплексной гериатрической оценки. Лечащий врач. 2019; 1: 66–70. Kiseleva G.V., Frolova E.V., Turusheva A.V. Revealing older people at high risk of falling with a comprehensive geriatric assessment. Attending doctor. 2019; 1: 66–70. [In Russian]
- Козлов С.Е., Кирицина И.А., Габдрафикова Ю.С., Солонина А.В. Рациональные комбинации лекарственных препаратов при лечении сосудистой патологии в гериатрии. Клиническая медицина. 2015; 11: 54–59. Kozlov S.E., Kirshchina I.A., Gabdrifikova YU.S. Solonina A.V. Rational drug combinations in the treatment of vascular pathology in geriatrics. Clinical medicine. 2015; 11: 54–59. [In Russian]
- Куличенко Л.Л., Ивахненко И.В. Характеристика соматической патологии у людей пожилого и старческого возраста. Волгоградский научно-медицинский журнал. 2012; 1: 88–89. Kulichenko L.L., Ivahnenko I.V. Characteristics of somatic pathology in the elderly and senile age. Volgograd Scientific Medical Journal. 2012; 1: 88–89. [In Russian]
- Руководство по геронтологии и гериатрии: в 4 т. /под ред. акад. РАМН, проф. В.Н. Ярыгина, проф. А.С. Мелентьева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010; Т. 3. Клиническая гериатрия. 896 с. Manual to gerontology and geriatrics: 4 v. /Ed. acad. RAMS, prof. V.N. Yarygin, prof. A.S. Melentyeva. M.: GEOTAR-Media, 2010; V. 3. Clinical geriatrics. 896 p. [In Russian]
- Сычев Д.А. Полипрагмация в клинической практике: проблема и решения. СПб.: ЦОП «Профессия». 2016; 224 с. Sychev D.A. Polypragmacy in clinical practice: a problem and solutions. St. Petersburg: CSC «Profession». 2016; 224 p. [In Russian]
- Ткачева О.Н. современная концепция развития гериатрической помощи в Российской Федерации. Вестник Росздравнадзора. 2016; 4: 31–35. Tkacheva O.N. The modern concept of the development of geriatric care in the Russian Federation. Bulletin of Roszdravnadzor. 2016; 4: 31–35. [In Russian]
- Турушева А.В., Фролова Е.В., Дегриз Ж.М. Эволюция теории старческой астении. Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета. 2017; 9(1): 117–124. Turusheva A.V., Frolova E.V., Degriz Z.M. The evolution of the theory of senile asthenia. Bulletin of Northwestern State Medical University. 2017; 9 (1): 117–124. [In Russian]
- Фархутдинова Л.М. Диффузный токсический зоб. Уфа: Гилем. 2012; 140 с. Farhutdinova L.M. Diffuse toxic goiter. Ufa: Gilem. 2012; 140 p. [In Russian]
- Фархутдинова Л.М. Первичный гиперпаратиреоз: проблемы и пути решения. Медицинский вестник Башкортостана. 2010; 5(1): 65–70. Farhutdinova L.M. Primary hyperparathyroidism: problems and solutions. Medical Bulletin of Bashkortostan. 2010; 5 (1): 65–70. [In Russian]
- Шабалин В.Н. Организация работы гериатрической службы в условиях прогрессирующего демографического старения населения Российской Федерации. Успехи геронтологии. 2009; 22(1): 185–195. Shabalin V.N. Organization of work of the geriatric service in the conditions of progressive demographic aging of the population of the Russian Federation. Successes of gerontology. 2009; 22(1): 185–195. [In Russian]
- Iseli R., Nguyen V., Reijnierse E. et al. Orthostatic hypotension and its association with cognitive impairment in older adults: a systematic review and meta-analysis. Ageing Research Reviews. 2018; 48: 122–144.
- Kojima G. Prevalence of Frailty in nursing homes: a systematic review and metaanalysis. J Am Med Dir Assoc. 2015; 16: 940–945.
- Press Y., Biderman A., Peleg R. et al. Benefits of active participation of family physicians in geriatric consultations. Geriatr Gerontol Int. 2012; 12 (4): 725–732.
- Schluter P.J., Arnold E.P., Jamieson H.A. Falls and hip fractures associated with urinary incontinence among older men and women with complex needs: a national population study. Neurourol Urodyn. 2018; 37(4): 1336–1343.
- Vaughan L., Corbin A.L., Goveas J.S. Depression and frailty in later life: a systematic review. Clin Interv Aging. 2015; 10: 1947–58.