



БИБЛИОТЕКА
ВРАЧА-ГЕРИАТРА

ОСНОВЫ ГЕРИАТРИИ

Под редакцией О.Н. Ткачевой,
О.Д. Остроумовой, Ю.В. Котовской



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2020

Оглавление

Коллектив авторов	5
Предисловие	7
Список сокращений и условных обозначений	8

Часть 1

Ключевые концепции гериатрической медицины 9

Глава 1. Что такое гериатрия и чем она отличается от других специальностей? (Ткачева О.Н.)	10
Глава 2. Демографические тенденции (Каштанова Д.А.)	16
Глава 3. Теории старения (Каштанова Д.А.)	20
Глава 4. Изменения в организме человека в процессе старения (Каштанова Д.А.)	24
Глава 5. Старческая астения (Котовская Ю.В., Остапенко В.С.)	29
Глава 6. Комплексная гериатрическая оценка (Котовская Ю.В., Остапенко В.С.)	34
Глава 7. Физиотерапия (восстановление мобильности) (Шарашкина Н.В.)	39
Глава 8. Эрготерапия (трудотерапия) (Шарашкина Н.В.)	43
Глава 9. Шкалы для оценки функционального статуса (Котовская Ю.В.)	48
Глава 10. Оценочные шкалы — когнитивный и психический статус (Мхитарян Э.А.)	54

Часть 2

Частная гериатрия 59

Глава 11. Полипрагмазия и нежелательные побочные реакции лекарственных средств (Остроумова О.Д., Переверзев А.П.)	60
Глава 12. Остеопороз (Наумов А.В.)	81
Глава 13. Падения (Наумов А.В.)	89
Глава 14. Походка (Наумов А.В.)	96
Глава 15. Головокружение (Замерград М.В.)	102
Глава 16. Синкопальные состояния (Котовская Ю.В.)	108
Глава 17. Хроническая боль (Наумов А.В.)	115
Глава 18. Недержание мочи у пожилых (Кривобородов Г.Г.)	121
Глава 19. Запор (Каштанова Д.А.)	127
Глава 20. Анемия (Ховасова Н.О.)	132
Глава 21. Нарушение сна (инсомния) (Исаев Р.И.)	136
Глава 22. Делирий (Исаев Р.И.)	143
Глава 23. Когнитивные расстройства (Мхитарян Э.А.)	151

Глава 24. Деменция: причины и тактика ведения пациентов (Мхитарян Э.А.)	156
Глава 25. Инсульт (Чердак М.А.)	163
Глава 26. Паркинсонизм (Нодель М.Р.)	169
Глава 27. Питание (Дудинская Е.Н.)	175
Глава 28. Пролежни (Горина Ю.А.)	181



Часть 3

Практическое применение комплексной гериатрической оценки	187
Глава 29. Жестокое обращение с пожилыми людьми (Рунихина Н.К.)	188
Глава 30. Периоперационное ведение пациентов пожилого и старческого возраста (Розанов А.В.)	193
Глава 31. Гериатрическая служба (Розанов А.В.)	198
Глава 32. Паллиативная помощь (Шарашкина Н.В.)	202

Ключевые концепции гериатрической медицины

Часть 1

Главы

1	Что такое гериатрия и чем она отличается от других специальностей?	10
2	Демографические тенденции	16
3	Теории старения	20
4	Изменения в организме человека в процессе старения	24
5	Старческая астения	29
6	Комплексная гериатрическая оценка	34
7	Физиотерапия (восстановление мобильности)	39
8	Эрготерапия (трудотерапия)	43
9	Шкалы для оценки функционального статуса	48
10	Оценочные шкалы — когнитивный и психический статус	54

1 Что такое гериатрия и чем она отличается от других специальностей?

Что такое гериатрия?

Гериатрия — раздел внутренней медицины, специализирующийся на лечении пожилых людей (рис. 1.1). Критерии выделения пациентов, которым нужна помощь гериатра, мало зависят от паспортного (фактического) возраста человека. Необходимо понимать различия между хронологически и физиологически старыми людьми. Именно последним гериатрическая медицина может принести больше пользы (рис. 1.2). Физиологически старые пациенты — это пациенты с синдромом «хрупкости» (старческой астении) или ослабленные пациенты со множеством хронических заболеваний, гериатрических синдромов и социальных проблем. При этом главной проблемой пожилого пациента являются снижение качества жизни и потеря автономности (независимости от помощи окружающих).

В чем отличие гериатрии от других медицинских специальностей?

Главная цель в гериатрии — сохранение функционирования, независимости, улучшение качества жизни пожилого человека.

1. Цель-ориентированный подход.
2. Пациент-ориентированный подход.
3. Индивидуальный подход.
4. Преодоление барьеров общения с пациентом.

Рис. 1.1. Основные принципы ведения пациентов в гериатрии

1. Активное выявление потребности в гериатрической помощи.
2. Взаимодействие с семьей, опекунами.
3. Приемственность ведения.
4. Акцент на долговременную помощь.
5. Работа в гериатрической команде.

Рис. 1.2. Основные принципы организации гериатрической помощи

В XX в. произошли изменения, включающие улучшение общественного здоровья, медицины и питания, что привело к увеличению продолжительности жизни. Следствием этого является увеличение числа пожилых «хрупких» пациентов с потерей или угрозой потери автономности (независимости от помощи окружающих), страдающих множеством хронических заболеваний. Для традиционной медицины характерна модель, сфокусированная на определенном органе или системе, при

которой диагностика направлена на поиск единого унифицированного диагноза, а лечение касается конкретного заболевания (рис. 1.3). При ведении ослабленных пожилых пациентов этот подход работает хуже ввиду взаимодействия старения, факторов окружающей среды, множества хронических заболеваний и гериатрических синдромов.

Традиционный подход	Гериатрический подход
Предметы вмешательств — заболевания	Предметы вмешательств — старческая астения, гериатрические синдромы, заболевания и социальные проблемы
Диагностика — диагностика заболевания в соответствии с клиническими рекомендациями	Диагностика — диагностика комплекса имеющихся заболеваний, гериатрических синдромов и проблем, а также функционального состояния, включающая комплексную гериатрическую оценку
Цель — лечение заболевания в соответствии с клиническими рекомендациями	Цель — сохранить автономность, качество жизни, ориентированное лечение комплекса заболеваний с акцентом на длительное наблюдение и уход

Рис. 1.3. Сравнительная характеристика традиционного и гериатрического подходов к ведению пациентов

Основной задачей лечения в гериатрии является сохранение автономности и качества жизни пожилого человека.

В гериатрии используется **ориентированный на цель подход к лечению**, который заключается в выделении из множества проблем пожилого человека главной проблемы, которая является основной причиной состоявшейся или возможной потери автономности и снижения качества жизни. В соответствии с этим осуществляют коррекцию этой проблемы, тщательно взвешивая риск и пользу возможных вмешательств.

В гериатрии используется строго индивидуальный подход к лечению. Это диктуется отсутствием доказательной базы использования различных методов лечения у пациентов пожилого и старческого возраста, а также имеющейся в связи с этим сложностью переноса существующих в настоящее время клинических рекомендаций на пожилых.

При определении цели лечения необходимо обсудить ее с пациентом, тщательно собрать анамнез и провести оценку его состояния. Для эффективного взаимодействия необходимо преодоление барьеров общения с пожилым человеком, которые определяются множеством факторов (таких как когнитивный дефицит, депрессия, сенсорные дефициты). При необходимости гериатр должен взаимодействовать с семьей и опекунами пожилого человека.

Потребность в гериатрической помощи необходимо активно выявлять, взаимодействуя с врачами первичной медико-санитарной помощи, других специальностей, социальными службами. К другим важным особенностям гериатрической

помощи следует отнестись к необходимости работы в гериатрической команде, преемственность ведения пациента между различными этапами оказания медицинской помощи, а также акцент на долговременный характер помощи.

Гериатрия включает анализ взаимодействия процессов старения, внешних факторов и болезней (рис. 1.4).



Рис. 1.4. Взаимодействие старения, окружающей среды, острых и хронических заболеваний

Особенности клинических проявлений заболеваний в пожилом и старческом возрасте

У многих пожилых людей клиническая картина неспецифична, значительно отличается от клинической картины заболеваний в среднем возрасте. Неспецифичность клинической картины обусловлена снижением гомеостаза, сочетанием множества хронических заболеваний, гериатрических синдромов и социальных проблем.

Хронические заболевания.

- Заболевания сердечно-сосудистой системы.
- Цереброваскулярные заболевания.
- Деменция.
- Болезни почек.
- Заболевания костно-мышечной системы.
- Сахарный диабет 2-го типа.
- Онкологические заболевания.
- Катаракта.
- Хронические заболевания легких.

Острые заболевания, декомпенсация хронических заболеваний, сердечно-сосудистых катастроф.

- Пневмония.
- Инфаркт миокарда.
- Инсульт.
- Инфекция мочевыводящих путей и др.

Гериатрические синдромы.

- Падения и переломы.
- Когнитивный дефицит.

- Синдром мальнотриции.
- Сенсорные дефициты.
- Нарушение мобильности.
- Нарушение равновесия.
- Полипрагмазия.
- Депрессия.

Социальные проблемы.

- Финансовые проблемы.
- Нарушение способности к ведению домашнего хозяйства.
- Социальная изоляция, одиночество.
- Жестокое обращение.

Итог.

- Ухудшение функционального статуса.
- Снижение адаптации.
- Нарушение гомеостаза.
- Нарушение регуляции артериального давления (АД), терморегуляции.
- Электролитные нарушения.
- Потеря автономности и значительное снижение качества жизни.

Гериатрические гиганты (главные гериатрические синдромы) (рис. 1.5).

- Когнитивные нарушения.
- Полиморбидность.
- Полипрагмазия.
- Синдром мальнотриции (дефицит питания).
- Недержание мочи.
- Снижение мобильности.
- Нарушение равновесия.



Рис. 1.5. Главные гериатрические синдромы (гериатрические гиганты)

В связи с неспецифичностью клинической картины заболеваний в пожилом возрасте классический диагностический поиск не подходит в данном случае. Требуется более тщательный и методичный подход к сбору анамнеза, осмотру и диагностике.

Подход к клинической оценке состояния «хрупкого» пожилого человека проводится по традиционной схеме, которая включает:

- анамнез;
- клинический осмотр;
- дополнительные лабораторные и инструментальные исследования;
- обоснование диагноза и дифференциальную диагностику с четким определением всего перечня проблем пожилого человека;
- индивидуальный план лечения.

В то же время клиническая оценка в гериатрии имеет множество отличий.

Клиническая оценка в гериатрии

Сбор анамнеза

Тщательный сбор анамнеза имеет большое значение в гериатрии, может занять много времени, поскольку пациенты могут иметь множество симптомов, синдромов и заболеваний, могут принимать много лекарственных средств (ЛС). Кроме того, необходимо учитывать возможные сенсорные дефициты, когнитивные нарушения и социальные проблемы, которые могут затруднить осмотр пациента и оценку его состояния.

Также полезную роль может сыграть получение информации из альтернативных источников, особенно если у пациентов имеются когнитивные нарушения или снижение критики к своему состоянию. Необходимо учитывать различные источники получения дополнительной информации (медицинскую документацию, опрос членов семьи, опекунов и сиделок, персонала домов престарелых, записи бригад скорой медицинской помощи, семейного врача и т.д.) и правильно фиксировать полученные сведения.

Метод сбора анамнеза у пожилых ослабленных пациентов с «хрупкостью» такой же, как и в общей популяции. Однако он должен быть гораздо более подробным с учетом множества проблем и неспецифического характера симптомов. Анализируя анамнестические сведения, всегда необходимо критическое отношение к диагнозам, установленным ранее, учитывая трудности и проблемы диагностики в этой группе пациентов.

Ввиду высокой распространенности полипрагмазии с высоким риском побочных эффектов требуется тщательный сбор информации по принимаемым пациентом ЛС. Семейный анамнез часто важен не с точки зрения наследственности, он необходим для понимания структуры социального окружения, включая сведения о членах семьи и их проблемах, которые могут помешать осуществлению ухода за пациентом или потребовать от пациента самому заботиться о ком-то.

Социальный анамнез и оценка бытовых условий, в которых живет пациент, имеют большое значение для понимания возможностей обеспечения соответствующего лечения и ухода.

Осмотр «хрупких» пациентов

Осмотр «хрупких» пациентов должен быть более подробным и всеобъемлющим, чем у пациентов молодого и среднего возраста. Это связано с атипичной симптоматикой заболеваний и множеством сопутствующих проблем.

Физикальный осмотр проводится по стандартной схеме, включая оценку состояния опорно-двигательного аппарата и походки, питания, мест возможных пролежней, пальцевое ректальное исследование, пробы на выявление ортостатической гипотензии, оценку органов чувств (например, остроты зрения и слуха).

Дополнительно к стандартному физикальному осмотру проводится комплексная гериатрическая оценка (КГО), которая включает оценку функциональной активности (базовой и инструментальной функциональной активности, мобильности, мышечной силы), психического здоровья (когнитивные функции, эмоциональное состояние), анализ социально-экономических проблем.

Итогом осмотра гериатра является перечень диагнозов, гериатрических синдромов и проблем, а также заключение о функциональности пожилого человека.

Заключение гериатра является динамическим и при необходимости сокращается или дополняется, причем приоритеты со временем могут изменяться. В список следует вносить вновь возникшие патологические результаты обследования, а также функциональные ограничения, осложнения при выписке, реакции на лекарственную терапию.

Индивидуальный план ведения пациента должен быть итогом осмотра гериатра. Каждая проблема должна сопровождаться рекомендациями с четко поставленными целями, имеющими функциональный характер и определенные временные рамки.

Тестовые задания

Выберите один правильный ответ.

1. К главным гериатрическим синдромам относят:

- 1) нарушение равновесия
- 2) полиморбидность
- 3) полипрагмазию
- 4) недержание мочи
- 5) все вышеперечисленное

Правильный ответ: 5

2. Каковы особенности клинических проявлений заболеваний в пожилом и старческом возрасте?

- 1) доминирование в клинической картине одного заболевания
- 2) низкая вероятность развития сердечно-сосудистых осложнений из-за возрастных изменений
- 3) полиморбидность
- 4) клиническая картина заболеваний соответствует таковой у лиц более молодых возрастных групп

Правильный ответ: 3

3. Что является главной целью лечения гериатрических пациентов?

- 1) увеличение продолжительности жизни пожилого человека
- 2) сохранение функционирования, независимости, улучшение качества жизни пожилого человека
- 3) улучшение условий жизни пациента и, как следствие, ее продолжительности и качества
- 4) коррекция гериатрических синдромов

Правильный ответ: 2

2 Демографические тенденции

В России в последние годы наметилась стойкая тенденция увеличения числа лиц старших возрастных групп (рис. 2.1, 2.2). Как и во всем мире, неуклонный рост числа пожилых людей в нашей стране связан:

- со снижением детской и младенческой смертности, что обусловлено развитием акушерства, гинекологии, перинатологии, педиатрии, прогрессом в лечении и профилактике инфекционных заболеваний;
- снижением смертности в зрелом возрасте, что обусловлено повышением уровня жизни, лучшими санитарными, жилищными условиями, условиями труда, доступности отдыха, повышением образования, уровня медицинской помощи и ее доступности.

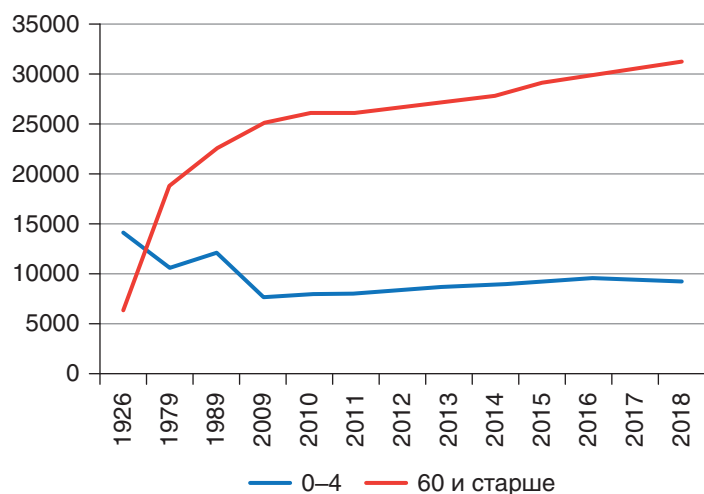


Рис. 2.1. Динамика распределения населения в Российской Федерации по возрастным группам 0–4 и 60 лет и более. Значения шкалы вертикальной оси — население, число людей

При этом, по данным Росстата, ожидаемая продолжительность жизни в России увеличивается (рис. 2.3). Однако к 2030 г. ожидается достаточно небольшой прирост. В Европе, например, средняя ожидаемая продолжительность жизни в 2018 г. составила 75 лет для мужчин и 82 года для женщин. Таким образом, в России не ожидается достижения текущих европейских показателей в ближайшее десятилетие.

Согласно данным доклада о состоянии здравоохранения в Европе (2018) Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), с 2010 по 2015 г. средняя ожидаемая продолжительность жизни в Европейском регионе выросла на 1,2 года: для мужчин увеличение составило в среднем 1,3 года, для женщин — 1 год. Кроме того, сужаются неравенства в ожидаемой продолжительности жизни как между странами, так и

между полами. Однако женщины по-прежнему живут в среднем на 6,6 года дольше, чем мужчины. С начала нового тысячелетия в Европейском регионе достигнуты значительные результаты в снижении смертности от всех причин (во всех возрастных группах). За 15 лет этот показатель снизился примерно на 25%.

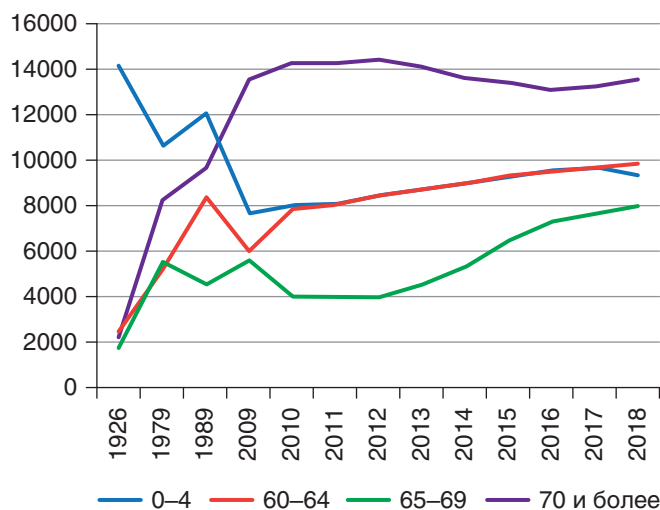


Рис. 2.2. Динамика распределения населения в Российской Федерации по возрастным группам 0–4 и 60–64, 65–69, 70 лет и более. Значения шкалы вертикальной оси — население, число людей

Год	Усредненный показатель	Мужчины	Женщины
2012	69,7	63,8	75,5
2013	70	64,1	75,9
2014	70,3	64,5	76,1
2015	70,6	64,8	76,3
2016	70,9	65,2	76,6
2017	71,2	65,5	76,8
2018	71,5	65,8	77
2019	71,7	66,1	77,2
2020	72	66,4	77,4
2030	73,9	68,9	78,9

Рис. 2.3. Ожидаемая продолжительность жизни в России при рождении с 2012 по 2030 г.

По данным этого же доклада, росту продолжительности жизни препятствуют факторы риска, ассоциированные с образом жизни, включая:

- употребление табака (каждый третий 15-летний подросток в Европе употребляет табак);
- потребление алкоголя (в 2014 г. региональное среднее потребление алкоголя на душу населения в возрасте 15 лет и старше составило 8,6 л чистого спирта в течение календарного года);

- избыточную массу тела (показатели распространенности избыточной массы тела и ожирения выросли с 55,9% в 2010 г. до 58,7% в 2016 г. (для избыточной массы тела) и с 20,8% в 2010 г. до 23,3% в 2016 г. (для ожирения) и продолжают расти).

Опасения относительно «демографической бомбы» или «серебряного цунами» пока могут быть преждевременными, особенно учитывая, что, предотвращая неблагоприятные последствия старения, ведущие к инвалидности, снижению функциональности, хрупкости, эта когорта лиц может оставаться экономически и социально активной, смягчая эффекты демографической нагрузки. Это может быть достигнуто только с принятием мер, выходящих за пределы медицинской помощи, таких как обеспечение доступности труда, социальных объектов, устранение препятствий для активного участия пожилых людей в экономической, социальной жизни, поддержка инициатив активной жизни со стороны пожилых людей (ВОЗ, 2015) (рис. 2.4).



Рис. 2.4. Концепция системы здравоохранения для здорового старения: возможности для действий системы здравоохранения на протяжении всего жизненного цикла

Тестовые задания

Выберите один правильный ответ.

1. Какие из перечисленных факторов влияют на снижение детской смертности?

- 1) развитие современных методик акушерства, перинатологии
- 2) улучшение доступности медицинской помощи
- 3) прогресс в лечении и профилактике инфекционных заболеваний
- 4) все вышеперечисленное

Правильный ответ: 4

2. Что верно в отношении ожидаемых демографических изменений в России к 2030 г.?

- 1) ожидаемая продолжительность жизни достигнет показателей стран Европы
- 2) ожидаемая продолжительность жизни превысит текущие показатели стран Европы
- 3) число пожилых лиц старше 60 лет снизится
- 4) ожидаемая продолжительность жизни не достигнет текущих показателей стран Европы

Правильный ответ: 4

3. Что верно в отношении демографической ситуации старения населения в странах Европы?

- 1) женщины живут в среднем на 6,6 года дольше, чем мужчины
- 2) с 2000 г. в Европейском регионе смертность от всех причин (во всех возрастных группах) снизилась на 25%
- 3) важным в смягчении последствий «серебряного цунами» является обеспечение доступности труда для пожилых людей
- 4) все вышеперечисленное

Правильный ответ: 4