

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ «СТАРЧЕСКАЯ АСТЕНИЯ»

DOI: 10.37586/2686-8636-1-2020-11-46

УДК 616-036

О.Н. Ткачева¹, Ю.В. Котовская¹, Н.К. Рунихина¹, Е.В. Фролова¹, А.В. Наумов¹, Н.М. Воробьева¹, В.С. Остапенко¹, Э.А. Мхитарян¹, Н.В. Шарашкина¹, Е.А. Тюхменев¹, А.П. Переверзев¹, Е.Н. Дудинская¹.

¹ ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Российский геронтологический научно-клинический центр

Часть 1

Резюме:

Данный документ представляет собой клинические рекомендации «Старческая астения», разработанные Российской ассоциацией геронтологов и гериатров. Документ ориентирован на врачей-гериатров, врачей-терапевтов, врачей общей практики, семейных врачей и врачей других специальностей, оказывающих медицинскую помощь взрослому населению. В документе изложены принципы скрининга, диагностики и ведения пациентов со старческой астенией, а также вопросы профилактики, реабилитации и организации медицинской помощи этой категории лиц и критерии контроля качества ее оказания.

Ключевые слова: старческая астения; автономность; базовая функциональная активность; гериатрический синдром

Для цитирования: О.Н. Ткачева, Ю.В. Котовская, Н.К. Рунихина, Е.В. Фролова, А.В. Наумов, Н.М. Воробьева, В.С. Остапенко, Э.А. Мхитарян, Н.В. Шарашкина, Е.А. Тюхменев, А.П. Переверзев, Е.Н. Дудинская. КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ «СТАРЧЕСКАЯ АСТЕНИЯ». *Российский журнал гериатрической медицины*. 2020; 1: 11–46.

DOI: 10.37586/2686-8636-1-2020-11-46

CLINICAL GUIDELINES FRAILITY

O.N. Tkacheva¹, Yu.V. Kotovskaya¹, N.K. Runikhina¹, E.V. Frolova¹, A.V. Naumov¹, N.M. Vorobyeva¹, V.S. Ostapenko¹, E.A. Mkhitarjan¹, N.V. Sharashkina¹, E.A. Tyukhmenev¹, A.P. Pereverzev¹, E.N. Dudinskaya¹

¹Pirogov Russian National Research Medical University of Ministry of Health of Russian Federation “Russian Gerontology Research and Clinical Centre”

Abstract

The paper represents clinical guidelines on frailty, developed by Russian Association of gerontologists and geriatricians. The guidelines are dedicated to geriatricians, internal medicine specialists, general practitioners, family doctors and other specialists, dealing with adult patients. The paper includes screening and diagnostic tools and treatment options for patients with frailty, along with prevention, rehabilitation and medical care organization in this cohort of patients.

Keywords: frailty; autonomy; basic functional activity; geriatric syndrome

For citation: O.N. Tkacheva, Yu.V. Kotovskaya, N.K. Runikhina, E.V. Frolova, A.V. Naumov, N.M. Vorobyeva, V.S. Ostapenko, E.A. Mkhitarian, N.V. Sharashkina, E.A. Tyukhmenev, A.P. Pereverzev, E.N. Dudinskaya. CLINICAL GUIDELINES FRAILITY. *Russian Journal of Geriatric Medicine*. 2020; 1: 11–46.

DOI: 10.37586/2686-8636-1-2020-11-46

В 2018 году Российская ассоциация геронтологов и гериатров подготовила первые национальные клинические рекомендации «Старческая астения» (КР 613/1). Целевая аудитория данных клинических рекомендаций крайне широка и охватывает врачей всех специальностей, оказывающих медицинскую помощь пациентам пожилого и старческого возраста (60 лет и старше). Стремясь донести основные современные принципы ведения пациентов старших возрастных групп до обширной аудитории, мы открываем первый номер «Российского журнала гериатрической медицины» публикацией клинических рекомендаций «Старческая астения». В этот номер включены разделы, посвященные общим сведениям по проблеме и диагностике старческой астении.

ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Автономность — независимость от посторонней помощи и способность самостоятельно принимать решения.

Базовая функциональная активность — способность человека самостоятельно выполнять элементарные действия по самообслуживанию (персональная гигиена, прием пищи, одевание, прием ванны, посещение туалета, перемещение на небольшие расстояния, подъем по лестнице, контролирование мочеиспускания и дефекации).

Гериатрический синдром — многофакторное возраст-ассоциированное клиническое состояние, ухудшающее качество жизни, повышающее риск неблагоприятных исходов (смерти, зависимости от посторонней помощи, повторных госпитализаций, потребности в долгосрочном уходе) и функциональных нарушений. В отличие от традиционного клинического синдрома, гериатрический синдром не является проявлением патологии одного органа или системы организма, а отражает комплекс изменений в нескольких системах

(рис. 1). Возникновение одного гериатрического синдрома повышает риск развития других гериатрических синдромов

К гериатрическим синдромам относятся:

- Старческая астения
- Деменция
- Делирий
- Депрессия
- Синдром поведенческих и психических нарушений у пациентов с деменцией
- Остеопороз
- Саркопения
- Функциональные нарушения
- Снижение мобильности
- Нарушение равновесия
- Головокружение
- Ортостатический синдром (ортостатическая гипотония, ортостатическая тахикардия с симптомами или без)
- Снижение зрения
- Снижение слуха
- Недержание мочи / кала
- Констипационный синдром
- Недостаточность питания (мальнутриция)
- Обезвоживание
- Хронический болевой синдром.

Делирий — состояние острой спутанности сознания.

Долгожители — лица в возрасте 90 лет и старше по классификации возрастных групп Всемирной организации здравоохранения 2012 г.

Инструментальная функциональная активность — способность человека самостоятельно выполнять действия по самообслуживанию более сложные, чем относящиеся к категории базовой функциональной активности (пользование телефоном, покупки, приготовление пищи, работа по дому, пользование транспортом, стирка,

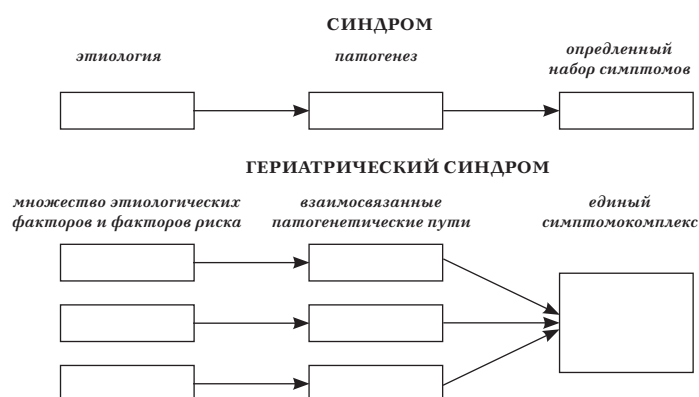


Рис. 1. Схематическое изображение отличия понятий «синдром» и «гериатрический синдром»

уборка, прием лекарственных препаратов, контроль финансов).

Комплексная гериатрическая оценка — многомерный междисциплинарный диагностический процесс, включающий оценку физического и психоэмоционального статуса, функциональных возможностей и выявление социальных проблем пожилого человека с целью разработки плана лечения и наблюдения, направленного на восстановление или поддержание уровня функциональной активности пациента.

Остро возникшие функциональные нарушения — снижение уровня функциональной активности, которое развилось в течение менее 30 дней.

Пожилой возраст — 60–74 года по классификации возрастных групп Всемирной организации здравоохранения 2012 г.

Полипрагмазия — одномоментное назначение пациенту 5 и более наименований лекарственных препаратов или свыше 10 наименований при курсовом лечении.

Полиморбидность (мультиморбидность) — наличие у одного пациента двух или более хронических заболеваний вне зависимости от активности каждого из них.

Преастения — состояние, предшествующее развитию синдрома старческой астении, характеризующееся наличием отдельных ее признаков, количественно не достаточных для постановки диагноза старческой астении.

Саркопения — гериатрический синдром, характеризующийся возраст-ассоциированной прогрессирующей генерализованной потерей массы и силы скелетных мышц.

Старческая астения — гериатрический синдром, характеризующийся возраст-ассоциированным снижением физиологического резерва и функций многих систем организма, приводящий к повышенной уязвимости организма пожилого человека к воздействию эндо- и экзогенных факторов и высокому риску развития неблагоприятных исходов для здоровья, потери автономности и смерти. Синдром старческой астении тесно связан с другими гериатрическими синдромами и с полиморбидностью, может быть потенциально обратим и влияет на тактику ведения пациента. Существуют две модели, описывающие старческую астению, — фенотипическая, включающая пять критериев (непреднамеренная потеря веса, низкая сила пожатия, повышенная утомляемость, снижение скорости ходьбы и низкий уровень физической активности), и модель накопления дефицитов, подразумевающая оценку от 40 до 70 дефицитов и расчет индекса старческой астении.

Старческий возраст — 75–89 лет по классификации возрастных групп Всемирной организации здравоохранения 2012 г.

Физическая активность — любое движение тела, производимое скелетными мышцами, которое требует расхода энергии.

1. КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ

1.1. Определение

Старческая астения (СА) — ключевой гериатрический синдром (ГС), характеризующийся возраст-ассоциированным снижением физиологического резерва и функций многих систем организма, приводящий к повышенной уязвимости организма пожилого человека к воздействию эндо- и экзогенных факторов, с высоким риском развития неблагоприятных исходов для здоровья, потери автономности и смерти. Синдром СА тесно связан с другими ГС и с полиморбидностью, может быть потенциально обратим и влияет на тактику ведения пациента.

1.2. Этиология и патогенез

Концепция СА была предложена в начале 2000-х годов для характеристики состояния истощения внутренних резервов организма и позволяла прогнозировать высокий риск смерти и других неблагоприятных исходов у людей пожилого и старческого возраста [1, 2]. Основой концепции является понимание неоднородности популяции людей пожилого и старческого возраста и того, что не только возраст и/или наличие хронических заболеваний определяют прогноз для жизни и здоровья пациента пожилого возраста и выбор оптимальной тактики его ведения. Развитие СА сопровождается снижением физической и функциональной активности, адаптационного и восстановительного резерва организма, повышает риск развития неблагоприятных исходов — госпитализаций в 1,2–1,8 раз, развития функциональных дефицитов в 1,6–2,0 раза, смерти в 1,8–2,3 раза, физических ограничений в 1,5–2,6 раз, падений и переломов в 1,2–2,8 раз [3].

К факторам риска развития СА помимо возраста относятся: низкий уровень физической активности, плохое питание, депрессия, полипрагмазия, социальные факторы (низкий уровень дохода, одинокое проживание, низкий уровень образования).

Не все, но большая часть пациентов с синдромом СА имеют несколько хронических заболеваний. Выявлены ассоциации СА с сердечно-сосудистыми заболеваниями — артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца, хронической сердечной недостаточностью, а также с сахарным диабетом, хронической болезнью почек, заболеваниями суставов и нижних отделов дыхательных путей, онкологическими заболеваниями [4].

Развитие СА происходит постепенно, однако снижение уровня функциональной активности у пациента с синдромом СА может произойти достаточно быстро. В стрессовой ситуации (инфекционный процесс, госпитализация, смена лекарственной терапии и др.) у таких пациентов высока

вероятность появления или нарастания зависимости от посторонней помощи, выздоровление и восстановление происходит медленнее, чем у пациентов без СА, и нередко функциональная активность не возвращается к исходному уровню.

Развитию синдрома СА предшествует преастения, характеризующаяся наличием отдельных ее признаков, количественно не достаточных для установления диагноза СА.

Старческая астения считается потенциально обратимым состоянием, но чаще прогрессирует, чем регрессирует.

Синдром СА не является неотъемлемой частью процесса старения, а рассматривается как его неблагоприятный вариант. Старение считается результатом накопления молекулярных и клеточных повреждений, при котором происходит постепенное снижение физиологического резерва организма. Этот процесс значительно ускоряется при развитии СА. В результате значительно повышается уязвимость пожилых людей к действию неблагоприятных факторов, в качестве которых могут выступить, например, острое заболевание или травма, смена схемы лечения или оперативное вмешательство [5] (рис. 2).

1.3. Эпидемиология

По данным зарубежных исследований распространенность СА среди проживающих дома людей 65 лет и старше в среднем составляет около 10,7%, преастении — 41,6% [6]. Распространенность СА увеличивается с возрастом, достигая среди лиц

85 лет и старше 26,1%. Синдром СА достоверно чаще диагностируется у женщин, чем у мужчин. В домах престарелых распространенность СА достигает 52,3% [7].

По данным российских исследований, среди жителей г. Санкт-Петербурга (Колпино) 65 лет и старше распространенность СА в зависимости от подхода к ее диагностике составляет от 21,1 до 43,9%, преастении — от 24,7 до 65,5% [8]. Среди пациентов поликлиник г. Москвы аналогичной возрастной категории распространенность СА составляет от 4,2 до 8,9%, преастении — от 45,8 до 61,3% [9].

1.4. Кодирование по МКБ 10

R54 — Старческий возраст без упоминания о психозе, старость без упоминания о психозе, старческая: астения, слабость.

1.5. Классификация

В зависимости от выраженности снижения функциональной активности различают СА легкой, умеренной и тяжелой степени. Эволюция синдрома СА у пожилых пациентов и ее градация по степеням тяжести наглядно проиллюстрированы Клинической шкалой старческой астении (Приложение Г4).

1.6. Клиническая картина

Пациенты пожилого и старческого возраста могут иметь ряд неспецифических признаков

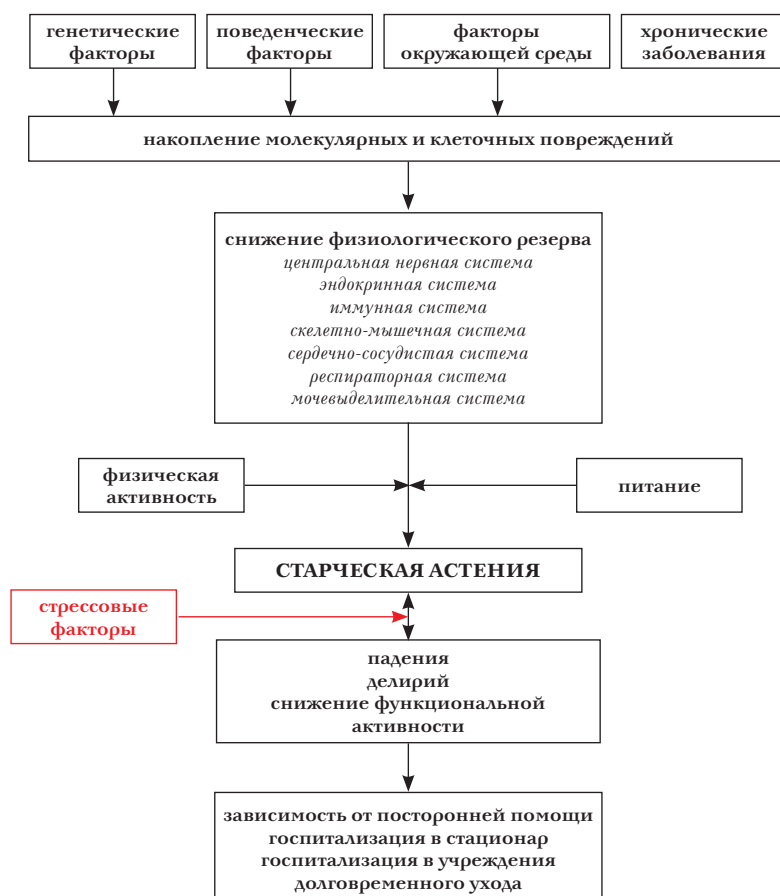


Рис. 2. Схема развития синдрома старческой астении

и симптомов, указывающих на возможное наличие синдрома СА или повышенный риск его формирования (табл. 1). Наиболее значимыми признаками СА являются непреднамеренное снижение веса на 4,5 кг и более за прошедший год, падения, недержание мочи, развитие делирия, деменция, зависимость от посторонней помощи, значительное ограничение мобильности [10].

Симптомы, присущие СА, могут быть проявлениями не только ГС, но и хронических заболеваний. Непреднамеренная потеря веса, снижение мышечной силы и мобильности, снижение физической активности и повышенная утомляемость могут встречаться при многих хронических заболеваниях — онкологических, ревматологических, эндокринных, при сердечной и почечной недостаточности, некоторых неврологических заболеваниях (например, при болезни Паркинсона). Выявление у пациента СА не должно приводить к отказу от возможного диагностического поиска в отношении других, потенциально корригируемых заболеваний и синдромов, которые могут вносить свой вклад в существующую клиническую картину и функциональное состояние пациента.

2. ДИАГНОСТИКА

Диагностика синдрома СА состоит из двух этапов:

Скрининг старческой астении (выполняется любым медицинским работником, контактирующим с пациентом 60 лет и старше, в первую очередь — врачом общей практики, врачом терапевтом-участковым, семейным врачом);

Комплексная гериатрическая оценка (выполняется врачом-гериатром, медицинской сестрой и другими участниками мультидисциплинарной команды).

Алгоритм диагностики синдрома старческой астении представлен на схеме ниже.

2.1. Скрининг старческой астении

Пациенты с синдромом СА могут предъявлять жалобы на повышенную утомляемость, снижение активности, нарастание затруднений при ходьбе, изменение походки, а также жалобы, обусловленные наличием хронических заболеваний и ГС. Нередко сами пожилые люди не предъявляют жалобы, считая слабость и медлительность закономерными проявлениями старения. Пациенты с когнитивными нарушениями или с депрессией

Таблица 1

Признаки и симптомы, указывающие на возможное наличие синдрома старческой астении или повышенный риск его формирования

Клинические признаки и симптомы	<ul style="list-style-type: none"> • непреднамеренная потеря веса * (особенно $\geq 4,5$ кг за прошедший год) • недержание мочи * • потеря аппетита • потеря мышечной массы/силы (саркопения) • остеопороз • снижение зрения/слуха • хроническая боль • повторные вызовы скорой медицинской помощи / госпитализации
Психо-эмоциональные признаки и симптомы	<ul style="list-style-type: none"> • делирий * • когнитивные нарушения/деменция * • депрессия • поведенческие нарушения • нарушенный режим сон/бодрствование
Функциональные признаки и симптомы	<ul style="list-style-type: none"> • зависимость от посторонней помощи * • значительное ограничение мобильности * • недавнее (ие) падение (я) *, страх падений • нарушение равновесия • повышенная утомляемость • снижение физической активности/выносливости
Лекарства и алкоголь	<ul style="list-style-type: none"> • наличие у пациента факторов**, предрасполагающих к развитию нежелательных лекарственных реакций * • полипрагмазия • увеличение потребления алкоголя
Социальные факторы	<ul style="list-style-type: none"> • социальная изоляция • изменение жизненных обстоятельств • изменение в поддержке семьи/опекуна • пребывание ухаживающего лица в состоянии стресса

*Признаки, свидетельствующие о более высокой вероятности наличия у пациента синдрома старческой астении.

**К факторам, предрасполагающим к развитию нежелательных лекарственных реакций, относятся: наличие ≥ 4 хронических заболеваний, хроническая сердечная недостаточность, заболевания печени, полипрагмазия, анамнез нежелательных побочных реакций [11].

могут не предъявлять жалоб или предъявлять их в минимальном количестве. За помощью к врачу могут обращаться родственники пациентов в связи с изменениями, происходящими с пожилым человеком.

Для СА характерно постепенное прогрессирование симптомов. Быстрое (дни, недели) снижение функциональной активности требует исключения других причин — декомпенсации хронических или присоединения острых заболеваний/состояний, а также развития осложнений медикаментозной терапии.

- Рекомендуется проводить скрининг синдрома старческой астении у пациентов 60 лет и старше, обратившихся за медицинской помощью в учреждения амбулаторного или стационарного типа, с использованием опросника «Возраст не помеха» (Приложение Г2) [1, 3, 5, 9, 12, 14, 15].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии: Выявление синдрома СА определяет прогноз для здоровья и жизни пациента пожилого возраста, тактику его ведения, потребность в посторонней помощи и в уходе. Осуществление скрининга СА на уровне первичного звена здравоохранения доказало свою эффективность для предотвращения снижения функционального статуса пациентов пожилого и старческого возраста [12, 15]. При обращении пациентов 60 лет и старше за медицинской помощью следует активно выявлять признаки, указывающие на возможное наличие синдрома старческой астении или повышенный риск его формирования (табл. 1). Использование коротких валидированных

(в конкретной стране) опросников, направленных на выявление основных признаков СА и ключевых ГС, — практика выявления синдрома СА, доказавшая свою эффективность во многих странах [5, 12, 15]. В России разработан и валидирован опросник «Возраст не помеха» [9] (Приложение Г2).

- Пациентов с результатом 5 баллов и более по скрининговому опроснику «Возраст не помеха» рекомендовано направлять в гериатрический кабинет для выполнения комплексной гериатрической оценки и разработки индивидуального плана ведения [1, 3, 5, 9, 12, 14, 15].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

- Пациентов с результатом 3–4 балла по скрининговому опроснику «Возраст не помеха» рекомендовано направлять в гериатрический кабинет для выполнения Краткой батареи тестов физического функционирования (Приложение Г3), и/или динамометрии (Приложение Г4) и теста Мини-ког (Приложение Г4) с целью уточнения гериатрического статуса и определения показаний для выполнения комплексной гериатрической оценки [1, 3, 5, 6, 9, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

- При выявлении гериатрических синдромов (нарушения зрения и/или слуха, недержание мочи и т.д.) у пациента с результатом 1–2 балла по шкале «Возраст не помеха» врачу, наблюдающему

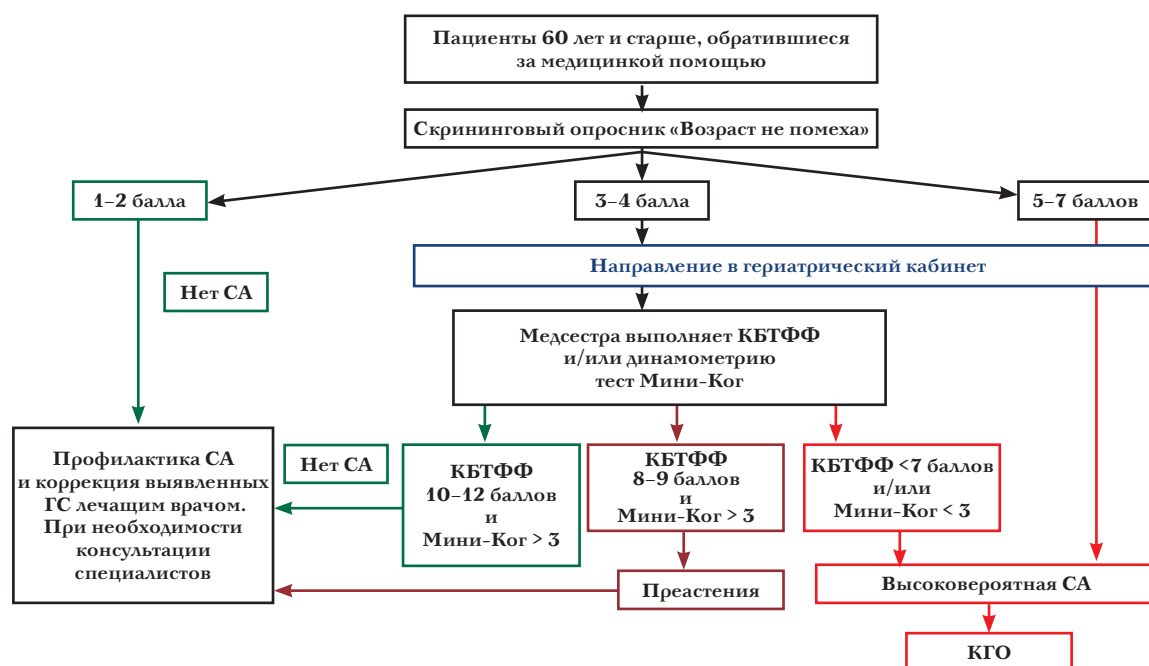


Рис. 3. Алгоритм диагностики синдрома старческой астении

Примечание: КБТФФ — краткая батарея тестов физического функционирования, СА — старческая астения, КГО — комплексная гериатрическая оценка

пациента, рекомендовано разрабатывать план диагностических мероприятий и проводить коррекцию выявленных гериатрических синдромов с целью профилактики развития синдрома старческой астении.

Уровень рекомендации GPP

Комментарии: При необходимости пациент направляется на консультации к врачам-специалистам (офтальмологу, сурдологу, неврологу, ортопеду, урологу, гинекологу и т.д.).

- Пациентам с высоковероятной старческой астенией рекомендовано выполнение комплексной гериатрической оценки перед проведением диагностических и иных мероприятий согласно клиническим рекомендациям по подозреваемому/ранее диагностированному заболеванию, если это заболевание/состояние не является острым и/или жизнеугрожающим [20, 21].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

- При отсутствии возможности проведения комплексной гериатрической оценки мультидисциплинарной гериатрической командой рекомендовано, чтобы ведение пациента с синдромом старческой астении врачом-терапевтом участковым, семейным врачом и врачами-специалистами было основано на целостном подходе к оценке его потребностей при взаимодействии с врачом-гериатром.

Уровень рекомендации GPP

2.2. Комплексная гериатрическая оценка

Комплексная гериатрическая оценка (КГО) — многомерный междисциплинарный диагностический процесс, включающий оценку физического и психоэмоционального статуса, функциональных возможностей и социальных проблем пожилого человека, с целью разработки плана лечения и наблюдения, направленного на восстановление или поддержание уровня его функциональной активности [20, 21].

Основными задачами КГО являются:

- 1) определение основных проблем, ухудшающих функциональный статус и качество жизни пациента;
- 2) определение степени тяжести СА (Приложение Г1).
- 3) разработка плана мероприятий, направленных на разрешение/устранение этих проблем;

Комплексная гериатрическая оценка может проводиться амбулаторно в гериатрическом кабинете, стационарно в гериатрическом отделении, на дому у пациента. В проведении КГО участвует мультидисциплинарная команда, в состав которой входят: врач-гериатр, медицинская сестра,

подготовленная для работы в гериатрии, специалист по социальной работе, инструктор-методист по лечебной физкультуре, другие специалисты (например, диетолог, логопед).

Набор шкал и тестов, проводимых в рамках КГО, может меняться в зависимости от места его проведения (домашний визит/амбулаторный прием/стационар) и состояния пациента. Проведение КГО предпочтительно в присутствии члена семьи/опекуна или человека, ухаживающего за пациентом с целью получения необходимых данных анамнеза, более достоверной оценки проблем и функциональных возможностей пациента, а также обсуждения дальнейшего плана ведения. Важно уточнить ожидания и предпочтения самого пациента и членов его семьи. Длительность КГО составляет 1,5–2 часа.

- Комплексную гериатрическую оценку рекомендуется проводить пациентам в стабильном состоянии, не имеющим острых заболеваний.

Уровень рекомендации GPP

- В амбулаторных условиях рекомендовано выполнение комплексной гериатрической оценки в гериатрическом кабинете/отделении с возможным разделением на несколько визитов.

Уровень рекомендации GPP

Комментарии: До осмотра врачом-гериатром ряд тестов, измерений и оценок по шкалам проводится подготовленной медицинской сестрой. Ввиду достаточно большой продолжительности КГО и потенциальной возможности утомления пациента визиты к медицинской сестре и к врачу-гериатру могут быть запланированы в разные дни с разумным интервалом (например, 2–3 дня).

- При госпитализации пациента в гериатрическое отделение комплексную гериатрическую оценку рекомендуется проводить однократно. Если комплексная гериатрическая оценка проводится в период госпитализации по поводу острого/обострения хронического заболевания, ее следует выполнять после стабилизации состояния перед выпиской пациента.

Уровень рекомендации GPP

Комментарии: при необходимости отдельные тесты и шкалы могут быть выполнены повторно в период госпитализации и/или перед выпиской.

- При проведении КГО тесты для оценки когнитивных функций рекомендовано выполнять в первую очередь, так как утомление пациента может повлиять на их результаты.

Уровень рекомендации GPP

- В период госпитализации в любое отделение у пациентов с синдромом старческой астении рекомендовано ежедневно оценивать наличие симптомов делирия (Приложение Г6).

Уровень рекомендации GPP

При проведении комплексной гериатрической оценки рекомендовано оценивать следующие домены:

- физическое здоровье,
- функциональный статус,
- когнитивные функции,
- эмоциональное состояние,
- социальный статус и оценку потребности в социальной помощи,

а также учитывать результаты и выполнять комплекс лабораторных и инструментальных исследований.

Уровень рекомендации GPP

2.2.1. Домен физического здоровья

• Рекомендовано при выполнении комплексной гериатрической оценки обращать внимание на внешний вид пациента, его поведение, позу, мику, походку.

Уровень рекомендации GPP

Комментарии: То, как пациент входит в помещение, использует ли вспомогательные средства при ходьбе и правильно ли они подобраны, может ли пациент сам раздеться, особенности его внешнего вида (ухаживенность, чистота одежды, опрятность, запах и др.) могут предоставить важную информацию о функциональном и когнитивном статусе, а также о социальных проблемах.

• При проведении комплексной гериатрической оценки рекомендовано проводить тщательный сбор жалоб и анамнеза с целью активного выявления симптомов и признаков старческой астении, оценки их давности и развития в динамике, прямых и косвенных признаков снижения автономности, обращая особое внимание:

- на снижение массы тела;
- повторные падения;
- нарушения ходьбы;
- уменьшение физической активности (пожилые человек стал меньше двигаться, реже выходить из дома, перестал совершать прогулки и т.д.);
- отказ от еды;
- появление неопрятности в одежде;
- снижение способности к самообслуживанию.

Уровень рекомендации GPP

• При проведении комплексной гериатрической оценки рекомендован тщательный сбор и анализ лекарственного анамнеза с целью выявления полипрагмазии и нерационального назначения лекарственных средств с использованием STOPP/START-критериев, представленных в Методических рекомендациях МР103 «Фармакотерапия у лиц пожилого и старческого возраста» [11, 20, 22, 23].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии: тщательный анализ лекарственного анамнеза и выявление полипрагмазии необходимы для всех пациентов пожилого и старческого возраста и особенно важен у пациентов с высоко вероятной СА. У пациентов пожилого и старческого возраста значительно повышается риск нежелательных лекарственных реакций. Наличие полиморбидности, наблюдение у разных специалистов приводит к полипрагмазии, которая ассоциирована с повышением риска неблагоприятных исходов (прогрессирование СА, когнитивных нарушений, падения, зависимость от посторонней помощи, смерть) [11, 22, 23].

– Необходимо выяснить перечень реально принимаемых лекарственных препаратов (наименование, доза, кратность, путь введения, длительность приема), включая препараты безрецептурного отпуска, средства на основе трав и биологически активные добавки. При возможности попросить пациента (родственников/опекунов/ухаживающих лиц) показать принимаемые лекарственные препараты, попросить пациента принести на визит все средства, которые он принимает.

– Обязательно оценить возможность пациента самостоятельно принимать лекарственные препараты, уделяя внимание состоянию когнитивных функций, сохранности функций кисти, остроты зрения и мотивации.

• Настоятельно рекомендовано измерять вес и рост пациента во время проведения комплексной гериатрической оценки, а также рассчитывать индекс массы тела. Ввиду важности динамики массы тела для диагностики и оценки синдрома старческой астении ее измерение должно выполняться во время каждого визита пациента [6].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии: Непреднамеренное снижение массы тела является важным признаком и одним из важнейших клинических проявлений СА и недостаточности питания (синдрома мальнотриции) в пожилом возрасте [1–6]. Снижение роста может рассматриваться как признак остеопороза и/или компрессионных переломов тел позвонков. Клинические признаки остеопороза: уменьшение роста на 2 см и более за 1–3 года или на 4 см и более по сравнению с возрастом в 25 лет, выраженный грудной кифоз, уменьшение расстояния между нижними ребрами и крылом подвздошной кости до ширины 2 пальцев и менее. При снижении роста на 2 см и более за 1–3 года или на 4 см и более за жизнь необходимо заподозрить компрессионный(ые) перелом(ы) тела позвонка.

• Рекомендован тщательный осмотр кожных покровов пациентов пожилого и старческого возраста.

Уровень рекомендации GPP

Комментарии: следует обращать внимание на признаки ксероза, микоза, опрелостей, пролежней, злокачественных образований кожи. Наличие

гематом может свидетельствовать о падениях или жестоком обращении с пожилым человеком.

- Настоятельно рекомендовано выполнять осмотр ротовой полости и оценивать наличие/состояние зубов.

Уровень рекомендации GPP

Комментарии: проблемы ротовой полости могут быть потенциально устранимыми причинами синдромов мальнутриции и снижения массы тела. Необходимо оценивать наличие зубов, признаки ксеростомии, парадонтоза, злокачественных образований полости рта. Если пациент носит протезы, рекомендуется провести осмотр ротовой полости без протезов и уточнить, есть ли неприятные ощущения при их использовании, болезненность, неполное прилегание, трудности при пережевывании пищи. При необходимости следует направить пациента к врачу-стоматологу.

- При обследовании сердечно-сосудистой системы во время выполнения комплексной гериатрической оценки **рекомендовано:**

- проводить аускультацию сонных артерий и сердца и обращать внимание на наличие систолического шума над сонными артериями (признак стеноза сонных артерий) и над аортальным клапаном (признак стеноза аортального клапана);

- во время первого КГО измерять АД на обеих руках для выявления различий и использовать руку с более высоким уровнем САД для дальнейших измерений;

- измерять АД не менее трех раз в положении лежа и рассчитывать среднее значение двух последних измерений;

- проводить ортостатическую пробу для выявления ортостатической гипотонии (после не менее 7-минутного отдыха в горизонтальном положении измерить АД 3 раза с интервалом 1 минута) и ЧСС, попросить пациента перейти в вертикальное (при невозможности — сидячее) положение и измерить АД и ЧСС через 1, 2 и 3 минуты, отметить наличие симптомов. Ортостатическая гипотония — снижение САД на 20 мм рт. ст. и более и/или ДАД на 10 мм рт. ст. и более при переходе в вертикальное положение);

- измерять ЧСС;

- обращать внимание на наличие брадикардии и нарушений ритма сердца;

- оценивать пульсацию артерий нижних конечностей (признак атеросклероза артерий нижних конечностей).

Уровень рекомендации GPP

Комментарии: Оценка состояния сердечно-сосудистой системы должна проводиться всем пациентам пожилого и старческого возраста и особенно важна при подозрении на СА. Патология сердечно-сосудистой системы может быть как причиной других ГС (падения, когнитивные нарушения), так и проявлением хронических заболеваний, влияющих

на функциональный статус пациента и прогрессирование старческой астении. Для ортостатической гипотонии доказана связь с неблагоприятным прогнозом.

- Рекомендовано тщательное физическое исследование суставов с оценкой объема движения, болезненности и крепитации при движении, наличия деформации. Особое внимание рекомендовано обращать на состояние и функционирование кисти.

Уровень рекомендации GPP

Комментарии: Оценка состояния суставов должна проводиться всем пациентам пожилого и старческого возраста и особенно важна при подозрении на СА. Патология суставов может быть причиной хронического болевого синдрома, приводит к снижению мобильности и повышению риска падений. Функциональные возможности кисти значительно влияют на возможности пациента в самообслуживании. Помимо осмотра и оценки объема движений кисти следует уточнять, может ли пациент мыть и сушить волосы, вставить ключ в замочную скважину и повернуть, надеть свитер, резать ножом продукты.

- При проведении комплексной гериатрической оценки рекомендовано оценивать 10-летний риск остеопоротических переломов с использованием инструмента FRAX [24, 218, 219, 220].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 2).

Комментарии: инструмент FRAX® разработан Всемирной организацией здравоохранения для оценки 10-летнего риска остеопоротических переломов и основан на индивидуальной для каждого человека модели, включающей клинические факторы риска и минеральную плотность костной ткани в шейке бедра. Модели FRAX® разработаны на основе результатов популяционных исследований, проведенных в Европе, Северной Америке, Азии и Австралии. Инструмент FRAX® компьютеризирован и представлен на сайте www.sheffield.ac.uk для общемирового использования в версиях, адаптированной для каждой страны. Ссылка на версию для Российской Федерации: URL: <https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.aspx?lang=rs>.

- При проведении комплексной гериатрической оценки рекомендовано оценивать состояние зрения (Приложение Г8, Приложение Г9) и слуха (аудиометрия) с целью выявления сенсорных дефицитов.

Уровень рекомендации GPP

Комментарии: Сенсорные нарушения (снижение зрения и слуха) затрудняют выполнение повседневных задач, повышают риск когнитивных нарушений, депрессии, падений, социальной изоляции, ухудшают прогноз для жизни пожилых людей. При выявлении снижения слуха пациента рекомендуется направить на аудиометрию.

- Рекомендовано обращать внимание на наличие атаксии, постуральной неустойчивости,

тремора, ригидности мышц, которые могут указывать на наличие заболеваний нервной системы.

Уровень рекомендации GPP

Комментарии: Оценка состояния нервной системы должна проводиться всем пациентам пожилого и старческого возраста и особенно важна при подозрении на СА, поскольку выявляемые изменения могут быть причиной ГС (падения, когнитивные нарушения), способствующих формированию прогрессирования старческой астении.

При проведении комплексной гериатрической оценки рекомендовано оценивать статус питания по краткой шкале оценки питания (Приложение Г10) с целью выявления синдрома мальнутриции [25, 26].

Уровень рекомендации GPP

2.2.2. Домен функционального статуса

- При проведении КГО рекомендовано оценивать функциональный статус пациента на основании оценки базовой (шкала Бартел, Приложение Г14) [34] и инструментальной (шкала Лоутона, Приложение Г12) [32] функциональной активности, мобильности пациента и мышечной силы с использованием краткой батареи тестов физического функционирования (Приложения Г3) [14], теста «Встань и иди» (Приложение Г13) [33] и кистевой динамометрии [15, 20, 24].

Уровень рекомендации GPP

Комментарии: формирование зависимости от посторонней помощи является более сильным предиктором смертности и имеет большее значение для оценки прогноза для жизни и здоровья пациента, чем даже наличие конкретных заболеваний. Зависимость от посторонней помощи в повседневной жизни требует организации ухода за пациентом. Снижение мобильности является предиктором зависимости, инвалидизации, когнитивного снижения, падений, госпитализаций, а также общей смертности [27–30]. Мышечная слабость является одним из ключевых компонентов синдрома СА и ассоциируется с ней сильнее, чем с хронологическим возрастом [15].

- Рекомендовано оценивать риск падений по шкале Морсе (Приложение 14) [34] или на основании результатов краткой батареи тестов физического функционирования (Приложение Г3) и теста «Встань и иди» Приложение Г13) [35, 36, 37],

Уровень рекомендации GPP

- При проведении комплексной гериатрической оценки рекомендовано оценивать влияние существующих заболеваний на общее состояние и функциональную активность пациента с целью выявления приоритетных целей лечения для сохранения автономности пациента.

Уровень рекомендации GPP

2.2.3. Домен когнитивного статуса

- Рекомендовано при выполнении КГО оценивать когнитивные функции пациента

с использованием Краткой шкалы оценки психического статуса (Приложение Г15) [38], теста рисования часов (Приложение Г16) [39], Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (включает тест рисования часов) (Приложение Г17) [40], батареи лобных тестов (Приложение Г18) [41].

Уровень рекомендации GPP

Комментарии: оценка когнитивных функций может значительно варьировать от простых скрининговых тестов, которые могут быть выполнены предварительно проинструктированной медицинской сестрой, до подробного нейропсихологического тестирования, проводимого врачами-специалистами или нейропсихологами в кабинетах нарушения памяти.

2.2.4. Домен эмоционального статуса

- При выполнении комплексной гериатрической оценки рекомендовано выполнять скрининг депрессии [42, 43, 44, 45] с использованием гериатрической шкалы депрессии (Приложение Г19) [46] и шкалы оценки здоровья (Приложение Г20) [47].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии: депрессия снижает качество жизни и функциональную активность пожилых пациентов, повышает риск смерти [42–45]. Для скрининга депрессии у пациентов пожилого и старческого возраста рекомендуется использование Гериатрической шкалы депрессии (Приложение Г19) [49] и Шкалы оценки здоровья (Приложение 20) [57]. Для выявления депрессии у пациентов с умеренной или тяжелой деменцией рекомендовано использовать Корнельскую шкалу депрессии (Приложение Г24) [48]. При выявлении признаков депрессии у пациентов пожилого и старческого возраста следует выяснить наличие суицидальных мыслей и планов. Ведение пациентов с явной депрессией, особенно при наличии суицидальных мыслей, осуществляется совместно с врачом-психиатром.

2.2.5. Домен социального статуса

- При проведении комплексной гериатрической оценки рекомендовано оценивать социальный статус пациента со старческой астенией, его жилищные условия, определять потребность в социально-бытовой помощи и долговременном уходе (Приложение Г22). При уровне потребности в социально-бытовой помощи и долговременном уходе 2 и выше информацию о пациенте следует передать в социальную службу.

Уровень рекомендации GPP

Комментарии: индивидуальный план ведения пациента, разрабатываемый на основании КГО, направлен на планирование долговременной помощи и ухода за пациентом со старческой астенией при тесном взаимодействии и медицинских и социальных служб. Социальный статус пациента частично оценивают все участники гериатрической команды, но наиболее полную оценку проводит специалист

по социальной работе. При проведении КГО уточняют данные об уровне образования, профессии, семейном статусе пациента, с кем проживает пациент, к кому обращается за помощью в случае необходимости, оценивают безопасность быта, выявляют признаки пренебрежения, самопренебрежения и жестокого обращения с пожилым человеком [49, 50].

2.2.6. Лабораторные и инструментальные исследования

- Всем пациентам с высоковероятной старческой астенией при выполнении комплексной гериатрической оценки рекомендовано проведение комплекса лабораторных и инструментальных исследований с целью диагностики состояний, потенциально влияющих на течение старческой астении и/или имеющих сходные клинические проявления (анемия, сердечная недостаточность, сахарный диабет, хроническая болезнь почек, синдром мальнутриции, нарушение функции печени и щитовидной железы, электролитные нарушения).

Уровень рекомендации GPP

Комментарии: перечисленные состояния ассоциированы с высоким риском развития и прогрессирования синдрома СА и других гериатрических синдромов, их коррекция потенциально может улучшить течение СА. Выполнение части обследования до направления пациента на консультацию к врачу-гериатру позволит сократить количество визитов ослабленного пациента с СА в медицинское учреждение и будет способствовать более быстрому и качественному выполнению КГО и разработке индивидуального плана ведения.

- Всем пациентам пожилого и старческого возраста, особенно с высоковероятной старческой астенией, рекомендовано определение креатинина в сыворотке с расчетом СКФ по формуле СКД-EPI для оценки функционального состояния почек и выбора режима дозирования лекарственных средств [51, 221, 222, 223, 224].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии: кроме расчета СКФ по формуле СКД-EPI целесообразно рассчитывать клиренс креатинина по формуле Кокрофта – Голта, поскольку в инструкциях по использованию многих лекарственных средств этот показатель используется для коррекции дозы.

- При проведении комплексной гериатрической оценки рекомендовано выполнять общий анализ крови и оценивать наличие анемии (по уровню гемоглобина) ввиду ее высокой распространенности у пациентов со старческой астенией, тесной ассоциации с другими гериатрическими синдромами и высокого значения для прогноза течения старческой астении и жизни пациента [52, 53, 54].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии: анемия – часто встречающееся состояние у людей пожилого и старческого возраста, ассоциированное с повышенным риском развития СА [52б, 53, 54]. Анемия даже легкой степени влияет на увеличение риска смерти, повышает заболеваемость, снижает качество жизни, связана с развитием депрессии, делирия у госпитализированных больных, ухудшением функционального статуса, когнитивными нарушениями. Анемия способствует прогрессированию синдрома СА [52–54].

- При проведении комплексной гериатрической оценки рекомендовано оценивать функцию щитовидной железы (исследование концентрации ТТГ в сыворотке) ввиду высокой распространенности дисфункции щитовидной железы у пациентов со старческой астенией и ее тесной ассоциации с другими гериатрическими синдромами и прогнозом течения старческой астении [55–56].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

- При проведении комплексной гериатрической оценки рекомендовано оценивать уровень общего белка и альбумина сыворотки с целью выявления мальнутриции [57, 58].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии: снижение концентрации общего белка и альбумина сыворотки у пациентов с синдромом СА является признаком белково-энергетической недостаточности и мальнутриции. Низкий уровень общего белка и альбумина сыворотки тесно связаны с прогнозом жизни пациента с СА.

- Пациентам со старческой астенией, установленной в результате комплексной гериатрической оценки, рекомендовано исследование уровня витамина 25(ОН)D₃ сыворотки [59].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии: уровень витамина 25(ОН)D₃ сыворотки является сильным независимым прогностическим маркером течения и исходов синдрома СА.

- использование средств и методов, адаптирующих окружающую среду к функциональным возможностям пациента и/или функциональные возможности пациента к окружающей среде (средства передвижения, трость, ходунки, протезирование и ортезирование суставов, очки, слуховой аппарат и др.),

- организация безопасного быта,

- направление для реабилитационных мероприятий,

- уровень потребности в социально-бытовой помощи и долговременном уходе, который может быть предоставлен социальной службами,

– а также в зависимости от ситуации может быть оценена потребность в медицинском патронаже и паллиативной помощи.

Уровень рекомендации GPP

- Рекомендовано при возможности проводить обсуждение индивидуального плана ведения с пациентом и/или родственниками/опекунами для обеспечения соответствия плана целям и приоритетам пациента и обеспечения участия семьи/опекунов в его реализации [20, 21].

Уровень рекомендации GPP

- Рекомендуется индивидуальный план ведения пациента со старческой астенией передать врачу, непосредственно наблюдающему пациента (врачу-терапевту участковому, врачу общей практики, семейному врачу), с целью обеспечения совместного преемственного долгосрочного наблюдения.

Уровень рекомендации GPP

Комментарии: индивидуальный план ведения пациента со старческой астенией выполняется врачом, непосредственно наблюдающим пациента, совместно с врачом-гериатром. Индивидуальный план ведения пациента может быть пересмотрен по результатам мониторингирования функционального статуса пациента.

- Плановое повторное проведение комплексной гериатрической оценки пациента со старческой астенией рекомендовано не реже 1 раза в 12 месяцев.

Уровень рекомендации GPP

- Внеплановое повторное проведение комплексной гериатрической оценки рекомендовано при возникновении ситуаций, значимо влияющих на функциональное состояние пациента (например, переломы, острое нарушение мозгового кровообращения, онкологическое заболевание, острое заболевание с длительным периодом реконвалесценции (пневмония), хирургическое лечение).

Уровень рекомендации GPP

- Рекомендовано выполнение комплексной гериатрической оценки перед выполнением плановых хирургических вмешательств с целью определения возможных изменений функционального статуса пациента и его потребностей в посторонней помощи и уходе, а также планирования объема реабилитационных мероприятий [60, 61].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

2.2.7. Индивидуальный план ведения пациента со старческой астенией

- На основании комплексной гериатрической оценки врач-гериатр разрабатывает

индивидуальный план ведения пациента со старческой астенией, в который рекомендовано включение рекомендаций по следующим позициям:

- физическая активность,
 - питание,
 - когнитивный тренинг,
 - дополнительные лабораторные и инструментальные обследования, консультации специалистов в соответствии с выявленными гериатрическими синдромами и состояниями, оказывающим влияние на течение старческой астении,
 - коррекция выявленных гериатрических синдромов и цель-ориентированное лечение имеющихся у пациента хронических заболеваний.
- В качестве консультантов при необходимости с целью динамического наблюдения за пациентом в состав мультидисциплинарной команды могут быть привлечены врачи неврологи, кардиологи, эндокринологи, клинические фармакологи, ревматологи, урологи, акушеры-гинекологи, оториноларингологи, сурдологи, офтальмологи, травматологи-ортопеды, врачи по лечебной физкультуре и специалисты по медицинской реабилитации и др.,

- оптимизация лекарственной терапии с учетом STOPP/START-критериев с консультацией клинического фармаколога при необходимости, а также при необходимости — по помощи в приеме лекарств (помощь в приобретении лекарств, использование таблеток, непосредственный контроль приема лекарств и т.д.),

2.3. Дополнительные исследования, направленные на выявление других гериатрических синдромов и факторов, потенциально влияющих на формирование и прогрессирование старческой астении

- У пациентов с высоко вероятной старческой астенией рекомендовано проводить оценку состояния ранее диагностированных хронических заболеваний, а также дифференциальную диагностику между старческой астенией и заболеваниями со сходными клиническими проявлениями.

Уровень рекомендации GPP

- У пациентов с установленной старческой астенией при диагностике или оценке течения хронического заболевания рекомендовано определять объем обследования с учетом результатов комплексной гериатрической оценки, клинического суждения врача, ожидаемой продолжительности жизни пациента и персонализированных целей его лечения.

Уровень рекомендации GPP

Комментарии: при принятии решения о проведении диагностического поиска или обследования в связи с хроническим заболеванием следует

учитывать вклад данного состояния/заболевания в прогрессирование синдрома СА, принимать во внимание переносимость и потенциальные риски, связанные с выполнением обследования, и влияние результатов обследования на дальнейшую тактику ведения пациента в контексте сохранения функциональной активности и качества жизни. Объем диагностических мероприятий у пациентов со старческой астенией может быть неполным относительно клинических рекомендаций по данному состоянию.

- Ввиду тесной взаимосвязи течения старческой астении с другими гериатрическими синдромами и хроническими заболеваниями, у пациентов с высоковероятной старческой астенией рекомендовано выявлять потенциально коррегируемые заболевания/состояния и гериатрические синдромы, потенциально влияющие на скорость утраты автономности и снижение качества жизни пациента пожилого и старческого возраста.

Уровень рекомендации GPP

- При выявлении **синдрома падений** рекомендовано выполнение исследований, направленных на выявление причин падений, связанных с транзиторной гипоперфузией головного мозга (гемодинамически значимые стенозы сонных артерий, стеноз аортального клапана, гемодинамически значимые нарушения сердечного ритма и проводимости), остеопорозом и патологией костно-мышечной системы, патологией центральной и периферической нервной системы, при необходимости прибегая к консультациям профильных специалистов.

Уровень рекомендации GPP

- При выявлении **когнитивных нарушений** при проведении комплексной гериатрической оценки рекомендовано выполнение исследований, направленных на выявление хронической сосудистой мозговой недостаточности и/или перенесенных нарушений мозгового кровообращения, атрофических процессов в головном мозге (включая определение объема гиппокампа), опухолей/метастазов головного мозга, нормотензивной гидроцефалии, а также консультация врача-невролога для расширенного нейропсихологического тестирования с целью уточнения характера и степени тяжести когнитивных расстройств и подбора специфической терапии.

Уровень рекомендации GPP

- При выявлении когнитивных нарушений при проведении комплексной гериатрической оценки рекомендовано исследование в сыворотке уровня витамина B₁₂ [62].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств 2)

- При выявлении **депрессии** при проведении комплексной гериатрической оценки рекомендована консультация психолога/врача-психотерапевта/врача-психиатра с целью уточнения диагноза и подбора терапии.

Уровень рекомендации GPP

- При выявлении **синдрома недержания мочи** рекомендовано обследование для исключения мочевого инфекции, консультация врача-уролога (для женщин — врача-уролога и врача-акушера-гинеколога) для решения вопроса о дальнейшем обследовании и тактике лечения.

Уровень рекомендации GPP

- При выявлении синдрома мальнутриции рекомендованы:

- тщательная оценка состояния ротовой полости при необходимости с направлением на консультацию и лечение к врачу-стоматологу (лечение зубов, подбор протезов и т.д.);

- проведение обследования с целью исключения заболеваний пищевода, желудка, 12-перстной кишки при необходимости с использованием менее инвазивных методов исследования (например, рентгеноскопии пищевода и желудка с бариевой смесью вместо ЭГДС);

- при необходимости — консультация врача-диетолога, организация социальной помощи (покупка продуктов, приготовление пищи, кормление).

Уровень рекомендации GPP

- При выявлении хронического болевого синдрома рекомендовано:

- оценивать интенсивность боли по ВАШ (0 — нет боли, 10 — максимальная боль) (Приложение Г23) [63–67];

- оценивать нейропатический компонент боли, о наличии которого судят по паттернам болевого синдрома (электричество, жжение, парестезии, онемение) и/или тесту касания (Ipswich touch test, если при прикосновении к I, III, V пальцам на ногах с двух сторон отсутствует чувствительность более, чем в 2-х местах, имеется высокая вероятность нейропатии);

- для выявления боли и оценки ее интенсивности у пациентов с деменцией рекомендуется использовать шкалу PAINAD (Приложение Г24) [68].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

- При **костно-мышечных и суставных болях** рекомендовано проводить дифференциальный диагноз остеоартроза с ревматоидным артритом, анкилозирующим спондилитом, ревматической полимиалгией и микрокристаллическими артропатиями (в том числе, подагрой), паранеопластической артропатией согласно действующим клиническим рекомендациям (или действующим

клиническим рекомендациям Ассоциации ревматологов России) [69].

Уровень рекомендации GPP

- При развитии делирия рекомендовано провести тщательный анализ клинической ситуации и причин его возникновения (боль, запор, острая задержка мочи, кровотечение, острое инфекционное заболевание, острое почечное повреждение, острое нарушение мозгового кровообращения и т.д.).

Уровень рекомендации GPP

- При остро возникших функциональных нарушениях рекомендовано провести тщательный анализ клинической и социальной ситуации, исключить острые/обострение хронических заболеваний, переломы **бедренной кости, грудного/поясничного отдела позвоночника, депрессию.**

Уровень рекомендации GPP

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Fried L.P. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J. Gerontol. Med. Sci.* 2001, 56 (3). 146–56.
2. Mitnitski A.B., Mogilner, A.J., Rockwood, K. Accumulation of deficits as a proxy measure of aging. *Scientific World J.* 2001, 1, 323–36.
3. Vermeiren S. et al. Frailty and the Prediction of Negative Health Outcomes: A Meta-Analysis. *J Am Med Dir Assoc.* 2016;17(12):1163.e1–1163.e17.
4. Weiss O.C. Frailty and Chronic Diseases in Older Adults. *Clin. Geriatr. Med.* — 2011, 27, 39–52.
5. Clegg A. et al. Frailty in elderly people. *The Lancet.* 2013 Mar; 381(9868):752–62.
6. Collard R.M. Prevalence of frailty in community dwelling older persons: a systematic review. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2012, 60(8), 1487–92.
7. Kojima G. Prevalence of frailty in nursing homes: A systematic review and metaanalysis. *J. Am. Med. Dir. Assoc.* 2015, 16, 940–5.
8. Gurina N.A., Frolova E.V., Degryse J.M. A roadmap of aging in Russia: the prevalence of frailty in community-dwelling older adults in the St. Petersburg district—the «Crystal» study. *J. Amer. Geriatr. Soc.* 2011, 59 (6), 980–8.
9. Остапенко В.С. Распространенность и структура гериатрических синдромов у пациентов амбулаторно-поликлинических учреждений г. Москвы: автореф. дис. ..канд. мед. наук / В.С. Остапенко. М., 2017. 157 с.
10. Ткачева О.Н., Рунихина Н.К., Остапенко В.С., Шарашкина Н.В., Мхитарян Э.А., Онучина Ю.С., Лысенков С.Н. Валидация опросника для скрининга синдрома старческой астении в амбулаторной практике. *Успехи геронтологии.* 2017, 30, 2, 236–42.
11. Gutiérrez-Valencia M. The relationship between frailty and polypharmacy in older people: A systematic review. *Br J Clin Pharmacol.* 2018. DOI: 10.1111/bcp.13590.
12. Buta B.J. Frailty assessment instruments: systematic characterization of the uses and contexts of highly — cited instruments. *Ageing Res. Rev.* 2016, 26, 53–61.
13. Morley J.E., Arai H., Cao L., Dong B., Merchant R.A., Vellas B., Visvanathan R., Woo J. Integrated Care: Enhancing the Role of the Primary Health Care Professional in Preventing Functional Decline: A Systematic Review. *J Am Med Dir Assoc.* 2017;18(6):489–94
14. Reflection paper on physical frailty: instruments for baseline characterisation of older populations in clinical trials. URL: https://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2018/02/WC500244285.pdf
15. Syddall H. Et al. Is grip Strength a useful single marker of frailty? *Age and Ageing.*, 2003, 32, 6, 650–6.
16. Borson S., Scanlan J., Brush M., Vitaliano P., Dokmak A. The Mini-Cog: a cognitive “vital signs” measure for dementia screening in multi-lingual elderly. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000;15:1021–7.
17. Borson S., Scanlan J.M., Chen P., Ganguli M. The Mini-Cog as a screen for dementia: validation in a population-based sample. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:1451–4.
18. Tsoi K.K., Chan J.Y., Hirai H.W., Wong S.Y., Kwok T.C. Cognitive tests to detect dementia: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2015;175:1450–8.
19. Бойцов С.А., Драпкина О.М., Калинина А.М., Ипатов П.В., Вергазова Э.К., Гамбарян М.Г., Еганиян Р.А., Карамнова Н.С., Горный Б.Э., Егоров В.А., Соловьева С.Б., Старинский В.В., Бунова А.С., Ткачева О.Н., Рунихина Н.К., Котовская Ю.В., Мхитарян Э.А. «Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения». Методические рекомендации по практической реализации приказа Минздрава России от 26 октября 2017 г., № 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения». М., 2017. 162 с. Утверждены главным специалистом по профилактической медицине Минздрава России 27 декабря 2017 г. Интернет ресурсы: URL: <http://www.gnicpm.ru>; <http://ropniz.ru>
20. Ramani L, Furmedge D.S., Reddy S.P. Comprehensive geriatric assessment. *Br J Hosp Med Lond Engl* 2005. 2014 Aug;75 Suppl 8:C122–5.
21. British Geriatrics Society. Fit for Frailty Consensus best practice guidance for the care of older people living with frailty in community and outpatient settings [Internet]. 2014 Jun. Available from: http://www.bgs.org.uk/campaigns/fff/fff_full.pdf
22. Полипрагмазия в клинической практике: проблема и решения/ под общ. ред. Д.А. Сычева. СПб.: ЦОП «Профессия», 2016. 224с.

23. Naples J.G., Handler S.M., Maher R.L. et al. Geriatric Pharmacotherapy and Polypharmacy. In: Fillit H.M., Rockwood K., Young J.B. Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology. 8th ed. Elsevier 2017;849–54.
24. Kanis J.A., McCloskey E.V., Johansson H., Odén A. Borgström F., Strom O. Development and use of FRAX® in osteoporosis. *Osteoporosis International*. 2010; 21 Suppl 2: S407–13.
25. Dent E., Visvanathan R., Piantadosi C., Chapman I. Use of the Mini Nutritional Assessment to detect frailty in hospitalised older people. *J Nutr Health Aging*. 2012;16(9):764–7.
26. Guigoz Y., Vellas B., Garry P.J. Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts Res. Gerontol*, 1994, 2, 15–59.
27. Inzitari M. Gait speed predicts decline in attention and psychomotor speed in older adults: the health aging and body composition study. *Neuroepidemiology*, 2007, 29(3–4), 156–62.
28. Montero-Odasso, M. Gait velocity as a single predictor of adverse events in healthy seniors aged 75 years and older. *J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci.*, 2005, 60(10), 1304–9.
29. Shinkai S. Walking speed as a good predictor for the onset of functional dependence in a Japanese rural community population. *Age Ageing*, 2000, 29(5), 441–6.
30. Studenski S. Gait speed and survival in older adults. *J.A.M.A.*, 2011, 305(1), 50–8.
31. Mahoney F., Barthel, D. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md. State Med. J.*, 1965, 14, 61–5.
32. Lawton M.P. and Brody E.M. "Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living." *Gerontologist* 1969; 9:179–86.
33. Bohannon R.W. Reference values for the Timed Up and Go Test: A Descriptive Meta-Analysis. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 2006;29(2):64–8.
34. Morse J.M., Morse R., & Tylko S. Development of a scale to identify the fall-prone patient. *Canadian Journal on Aging*. 1989;8: 366–77.
35. Shumway-Cook A., Brauer S., Woollacott M. Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the timed up & go test. *Phys Ther*. 2000;80:896–903.
36. Kristensen M.T., Foss N.B., Kehlet H. Timed "Up and Go" Test as a predictor of falls within 6 months after hip fracture surgery. *Phys Ther*. 2007.87(1): 24–30.
37. Eagle J., Salamara S., Whitman D., Evans L.A., Ho E., & Olde J. Comparison of three instruments in predicting accidental falls in selected inpatients in a general teaching hospital. *Journal of Gerontological Nursing*, 1999;25(7): 40–5.
38. Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiatr. Res.*, 1975, 12, 189–98.
39. Huntzinger J.A. Clock drawing in the screening assessment of cognitive impairment in an ambulatory care setting: a preliminary report. *Gen. Hosp. Psychiatry*, 1992, 14(2), 142–4.
40. Nasreddine Z.S. Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 2005, 53, 695–9.
41. Dubois B., Slachevsky A., Litvan I., Pillon B. The FAB: a Frontal Assessment Battery at bedside. *Neurology*. 2000 Dec 12;55(11):1621–6.
42. Bingham K.S., Kumar S., Dawson D.R., Mulsant B.H., Flint A.J. A Systematic Review of the Measurement of Function in Late-Life Depression. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2018;26(1):54–72. doi: 10.1016/j.jagp.2017.08.011.
43. Sivertsen H., Bjørkløf G.H., Engedal K., Selbæk G., Helvik A.S. Depression and Quality of Life in Older Persons: A Review. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2015, 40 (5–6), 311–39.
44. Meeks T.W., Vahia I.V., Lavretsky H., Kulkarni G., Jeste D. A tune in "a minor" can "b major": a review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults. Research Report. *J. Affect. Disord*. 2011, 129, 126–42.
45. Katon W.J., Lin E., Russo J., Unutzer J. Increased medical costs of a population based sample of depressed elderly patients. *Arch. Gen. Psychiatry*, 2003, 60, 897–903.
46. Sheikh J.I., Yesavage J.A. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*. 1986, 5, 165–73.
47. Порогова Н.В., Довженко Т.В., Бабин А.Г., Курсаков А.А., Выгодин В.А. Русскоязычная версия опросников PHQ-2 и 9: чувствительность и специфичность при выявлении депрессии у пациентов общемедицинской амбулаторной практике. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2014, 13, 3.
48. Alexopoulos G.A., Abrams R.C., Young R.C. & Shamoian CA: Cornell scale for depression in dementia. *Biol Psych*. 1988, 23:271–84.
49. Ткачева О.Н. и соавт. Методические рекомендации по предупреждению жестокого обращения с пожилыми людьми в учреждениях здравоохранения : методические указания. М. : Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, 2017. 25 с.
50. URL: http://rgnkc.ru/images/pdf_documets/Zhestokoe_obrashenie_preduprezhdenie.pdf
51. Макушкин Е.В., Полищук Ю.И., Рунихина Н.К., Панченко Е.А. Выявление и профилактика жестокого обращения с пожилыми и престарелыми людьми в учреждениях здравоохранения и социальной защиты. Помощь жертвам жестокого обращения: методические рекомендации. М.:

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2017. 23 с.

52. Stevens P.E., Levin A. Kidney Disease: Improving Global Outcomes Chronic Kidney Disease Guideline Development Work Group Members *Ann Intern Med.* 2013 Jun 4;158(11):825–30.

53. Röhrig G. Anemia in the frail, elderly patient. *Clin Interv Aging.* 2016;11:319–26.

54. Beghe C., Wilson A., Ershler W.B. Prevalence and Outcomes of Anemia in Geriatrics: A Systematic Review of the Literature. *Am J Med.* 2004;116(7A):3–10.

55. Gaskell H., Derry S., Moore R.A., McQuay H.J. Prevalence of anemia in older persons: systematic review. *BMC Geriatrics.* 2008; 8:1.

56. Yeap B.B., Alfonso H., Chubb S.A., Walsh J.P., Hankey G.J., Almeida O.P., Flicker L. Higher free thyroxine levels are associated with frailty in older men: the Health in Men Study. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2012 May;76(5):741–827.

57. Maxwell C.A., Yu F. Biological Processes and Biomarkers Related to Frailty in Older Adults: A State-of-the-Science Literature Review. 2018; 9:1099800418798047

58. Ritt M., Jäger J., Ritt J.I. et al. Operationalizing a frailty index using routine blood and urine tests. *Clin Interv Aging.* 2017; 12: 1029–40.

59. Feng Z., Lugtenberg M., Franse C. et al. Risk factors and protective factors associated with incident or increase of frailty among community-dwelling older adults: A systematic review of longitudinal studies. *PLoS One.* 2017; 12(6): e0178383

60. Bjelakovic G., Gluud L.L., Nikolova D., Whitfield K., Wetterslev J., Simonetti R.G., Bjelakovic M., Gluud C. Vitamin D supplementation for prevention of mortality in adults (Review). *The Cochrane Library.* 2014; CD007470. DOI: 10.1002/14651858.CD007470.pub3

61. Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, English PA, Sayre JA, Kane RL Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. *N Engl J Med.* 1984;311(26):1664–70.

62. Bachmann S., Finger C., Huss A., Egger M., Stuck A.E., Clough-Gorr K.M. Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ.* 2010; 340: c1718.

63. Clarke R. et al. Screening for vitamin B–12 and folate deficiency in older persons. *Am. J. Clin. Nutr.* 2003; 77: 1241–7.

64. Gould D. et al. Visual Analogue Scale (VAS). *Journal of Clinical Nursing.* 2001; 10:697–706

65. Huskisson E.C. Measurement of pain. *Lancet* 1974;2:1127–31.






66. Downie W.W., Leatham P.A., Rhind V.M., Wright V., Branco J.A., Anderson J.A. Studies with pain rating scales. *Ann Rheum Dis.* 1978;37:378–81.





67. Scott J., Huskisson E.C. Graphic representation of pain. *Pain.* 1976;2:175–84.

68. Joos E., Peretz A., Beguin S., et al. Reliability and reproducibility of visual analogue scale and numeric rating scale for therapeutic evaluation of pain in rheumatic patients. *J Rheumatol.* 1991; 18:1269–70.

69. Warden V., Hurley A.C., Volicer L. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *J Am Med Dir Assoc.* 2003;4(1):9–15.

ПРИЛОЖЕНИЕ Г1. Клиническая шкала старческой астении

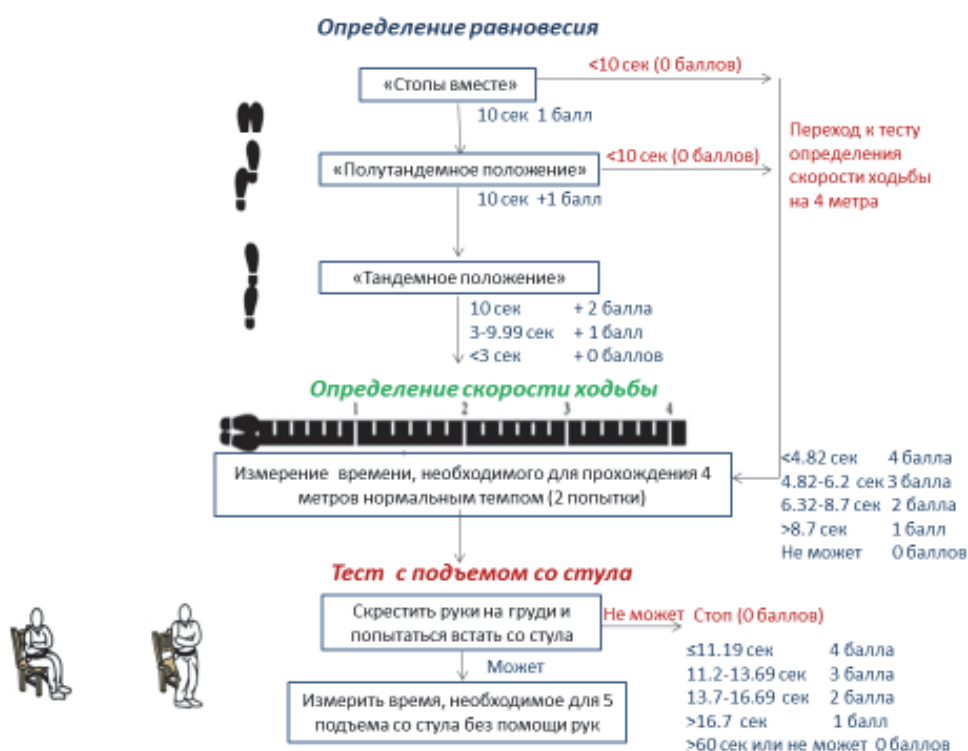
Категория		Внешний вид	Описание	Функциональная категория	Гериатрические синдромы	Деменция
1	Отличное состояние здоровья		Пациенты активны, энергичны, высокий уровень мотивации, нет ограничений физической активности	Независимы от посторонней помощи	Нет	Нет
2	Хорошее состояние здоровья		Имеются заболевания в неактивной фазе. Уровень физической активности несколько ниже, чем у пациентов из категории 1. Нередко выполняют физические упражнения, высокая сезонная активность (например, летом)	Независимы от посторонней помощи	Нет	Нет
3	Удовлетворительное состояние здоровья		Имеются хронические заболевания, которые хорошо контролируются лечением. Нерегулярная активность помимо рутинной ходьбы	Независимы от посторонней помощи	Нет или единичные ГС в легкой форме. Например, недержание мочи или снижение зрения/слуха. Мобильность сохранена	Нет
4	Преастения		Несмотря на независимость от посторонней помощи, физическая активность ограничена. Типичны жалобы на медлительность, повышенную утомляемость	В основном независимы от посторонней помощи. Может потребоваться помощь при необходимости добраться до мест, расположенных вне привычной дистанции. БФА сохранена (индекс Бартел 100/100 баллов). ИФА сохранена или незначительно снижена (индекс Лоутона 7–8/8 баллов)	Небольшое снижение мобильности + появление или усиление выраженности ГС, но ГС по-прежнему единичные	Нет
5	Легкая старческая астения		Значительно более медлительны, нуждаются в помощи при выполнении мероприятий из категории инструментальной функциональной активности (финансовые вопросы, транспорт, работа по дому, прием препаратов). Возникают проблемы с самостоятельным	Зависимы от посторонней помощи. БФА сохранена (индекс Бартел 100/100 баллов). ИФА умеренно снижена (индекс Лоутона 3–6/8 баллов)	Множественные гериатрические синдромы	Нет Может быть деменция легкой или умеренной степени

Категория		Внешний вид	Описание	Функциональная категория	Гериатрические синдромы	Деменция
			совершением покупок и прогулками, приготовлением пищи и выполнением работы по дому.			
6	Умеренная старческая астения		Нуждаются в помощи почти во всех видах инструментальной активности и ведении домашнего хозяйства. Проблемы с подъемом по лестнице, нуждаются в помощи при выполнении гигиенических мероприятий. Минимальная потребность в помощи с одеванием.	Зависимы от посторонней помощи. БФА умеренно снижена (индекс Бартел > 60 баллов), ИФА значительно снижена (индекс Лоутона 1–2/8 баллов)	Множественные гериатрические синдромы	Нет Может быть деменция от легкой до тяжелой степени
7	Тяжелая старческая астения		Полностью зависят от посторонней помощи — физически или когнитивно. В целом состояние относительно стабильное. Невысокий риск смерти в течение ближайших 6-ти месяцев.	Зависимы от посторонней помощи. БФА значительно снижена (индекс Бартел ≤ 60 баллов), ИФА полностью снижена (индекс Лоутона 0–1/8 баллов)	Множественные гериатрические синдромы	Нет Может быть деменция от легкой до тяжелой степени
8	Очень тяжелая старческая астения		Полностью зависимы от посторонней помощи, приближаются к концу жизни. Обычно не могут восстановиться даже после легкой болезни.	Полностью зависимы от постоянной помощи (индекс Бартел < 20 баллов, индекс Лоутона — 1/8 баллов).	Множественные гериатрические синдромы	Нет Может быть деменция от легкой до крайне тяжелой степени.
9	Терминальное состояние		Приближаются к концу жизни. Ожидаемая продолжительность жизни менее 6 месяцев	Уровень зависимости от постоянной помощи может быть различным.	Могут быть множественные гериатрические синдромы	Нет Может быть деменция от легкой до крайне тяжелой степени

ПРИЛОЖЕНИЕ Г2. Опросник «Возраст не помеха»

№	Вопросы	Ответ
1	Похудели ли Вы на 5 кг и более за последние 6 месяцев?*	да/нет
2	Испытываете ли Вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения или слуха?	да/нет
3	Были ли у Вас в течение последнего года травмы, связанные с падением, или падения без травм?	да/нет
4	Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель?	да/нет
5	Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?	да/нет
6	Страдаете ли Вы недержанием мочи?	да/нет
7	Испытываете ли Вы трудности в перемещении по дому или на улице? (Ходьба до 100 метров или подъем на 1 лестничный пролет)	да/нет

*Имеется в виду непреднамеренное снижение веса. Если пациент похудел намеренно – за счет соблюдения специальной диеты или регулярной физической активности, балл не засчитывается.
За каждый положительный ответ начисляется 1 балл.

ПРИЛОЖЕНИЕ Г3. Краткая батарея тестов физического функционирования (The Short Physical Performance Battery, SPPB)**Интерпретация результатов****Краткой батареи тестов физического функционирования**

Результат	Интерпретация
10–12 баллов	Нет старческой астении
8–9 баллов	Преастения
7 и менее баллов	Старческая астения

ПРИЛОЖЕНИЕ Г4. Динамометрия

Динамометрия проводится с помощью электронного или механического динамометра.

Методика проведения динамометрии

Динамометр берут в руку циферблатом внутрь. Руку отводят от туловища до получения с ним прямого угла. Вторую руку отпускают вниз вдоль туловища. С максимальной силой сжимают динамометр в течение 3–5 секунд. Для получения более точных результатов рекомендуется проводить троекратное измерение силы пожания на правой и левой руке. Время отдыха между подходами — не менее 30 секунд. Для оценки результатов можно использовать среднее или максимальное значение силы пожания сильнейшей руки.

Критерии низкой силы пожания в зависимости от пола и индекса массы тела

Пол	Индекс массы тела, кг/м ²	Сила пожания, кг
Мужчины	≤ 24	≤ 29
	24,1–26	≤ 30
	26,1–28	≤ 30
	> 28	≤ 32
Женщины	≤ 23	≤ 17
	23,1–26	≤ 17,3
	26,1–29	≤ 18
	> 29	≤ 21

ПРИЛОЖЕНИЕ Г5. Мини-ког (Mini-Cog)

Шаг	Действия	Баллы
1	Скажите пациенту: «Слушайте меня внимательно. Сейчас я назову 3 слова, а Вам нужно будет повторить их за мной и запомнить». Позже я у Вас их спрошу». Четко произнесите 3 слова: ключ, лимон, флаг. Если пациент не повторил всех 3-х слов, повторите слова еще раз. Если пациент не может повторить всех 3-х слов после 3-х попыток, перейдите к Шагу 2.	Не начисляются
2	Скажите пациенту: «Далее я хочу, чтобы вы нарисовали круглые часы. Расставьте все цифры, которые должны быть на циферблате». После завершения попросите пациента настроить часы так, чтобы они показывали время 11 часов 10 минут.	Правильно нарисованные часы — 2 балла (правильно нарисованные часы содержат все необходимые цифры в правильной последовательности без дублирования. Цифры 12, 3, 6, 9 расположены в соответствующих местах. Стрелки указывают на цифры 11 и 2 (11:10). Длина стрелок не учитывается. Неспособность правильно нарисовать часы или отказ = 0 баллов
3	Попросите пациента вспомнить 3 слова из Шага 1.	За каждое воспроизведенное слово в Шаге 3 пациент получает по 1 баллу. Если не вспомнил ни одного слова — 0 баллов

Интерпретация результатов:

Если пациент набрал < 3 баллов — вероятность деменции высокая.

При необходимости увеличения чувствительности теста отрезная точка может быть повышена до < 4 баллов.

ПРИЛОЖЕНИЕ Г6. Шкала оценки спутанности сознания (Confusion Assessment Method, CAM)

1 этап	Острота и волнообразность изменений психического статуса: Имеются ли изменения психического статуса относительно исходного уровня? ИЛИ Отмечались ли волнообразные изменения психического статуса в течение последних 24 часов?	Если на оба вопроса ответ «нет» → ДЕЛИРИЯ НЕТ Если на один из вопросов ответ «Да» → 2 этап
2 этап	Нарушение внимания: «Сжимайте мою руку каждый раз, когда я скажу букву А» Прочитайте следующую последовательность букв «Л А М П А А Л А Д Д И Н А» ОШИБКИ: Не сжимает на букву А и сжимает на другие буквы	Если 0–2 ошибки → ДЕЛИРИЯ НЕТ Если ≥ 2 ошибки → 3 этап
3 этап	Изменения уровня сознания: Уровень сознания на текущий момент (The Richmond Agitation-Sedation Scale, RASS - см. ниже)	Если RASS отличен от 0 → ДЕЛИРИЙ ЕСТЬ Если RASS = 0 → 4 этап
4 этап	Дезорганизованное мышление: 1. Камень будет держаться на воде? 2. Рыба живет в море? 3. Один килограмм весит больше двух? 4. Молотком можно забить гвоздь? Команда: «Покажите столько же пальцев» (покажите 2 пальца) «Теперь сделайте тоже другой рукой» (не демонстрируйте) ИЛИ «Добавьте еще один палец» (если пациент не может двигать обеими руками)	Если ≥ 2 ошибки → ДЕЛИРИЙ ЕСТЬ Если 0-1 ошибка → ДЕЛИРИЯ НЕТ
Заключение: ДЕЛИРИЙ/делирия нет		

Ричмондская шкала агитации (The Richmond Agitation-Sedation Scale, RASS)

+4 ВОИНСТВЕННЫЙ: воинственен, агрессивен, опасен для окружающих (срочно сообщить врачу об этих явлениях)

+3 ОЧЕНЬ ВОЗБУЖДЕН: агрессивен, пытается вырвать трубки, капельницу или катетер (сообщить врачу)

+2 ВОЗБУЖДЕН: частые бесцельные движения, сопротивление процедурам

+1 НЕСПОКОЕН: тревожен, неагрессивные движения

0 СПОКОЕН И ВНИМАТЕЛЕН

–1 СОНЛИВ: невнимателен, сонлив, но реагирует всегда на голос

–2 ЛЕГКАЯ СЕДАЦИЯ: просыпается на короткое время на голос

–3 СРЕДНЯЯ СЕДАЦИЯ: движение или открытие глаз на голос, но нет зрительного контакта

ПРИЛОЖЕНИЕ Г7. Компоненты комплексной гериатрической оценки

Домен	Компоненты домена	Инструменты оценки	Комментарии
1. Физическое здоровье	Хронические заболевания	Данные анамнеза и медицинской документации	Оценивает врач
	Зрение и слух	Аудиометрия Таблица Розенбаума	Проводит медицинская сестра
	Ортостатическая гипотония	Ортостатическая проба	Проводит медицинская сестра
	Антропометрия	Измерение роста и веса	Проводит медицинская сестра
	Состояние питания	Индекс массы тела	Рассчитывает медицинская сестра
		Краткая шкала оценки питания	Заполняет медицинская сестра

Домен	Компоненты домена	Инструменты оценки	Комментарии
	Лекарственная терапия	Критерии STOPP/START Алгоритм «7 шагов» Шкала антихолинергической нагрузки	Оценивает врач
	Наличие необходимых вакцинаций	Данные анамнеза, амбулаторной карты	Может оценивать врач или медицинская сестра
2. Функциональная активность	Базовая функциональная активность	Индекс Бартел	Заполняет медицинская сестра
	Инструментальная функциональная активность	Шкала Лоутона	Заполняет медицинская сестра
	Мобильность	Тест «Встань и иди» Скорость ходьбы Тест на способность поддерживать равновесие Краткая батарея тестов физического функционирования	Проводит медицинская сестра
	Мышечная сила	Кистевая динамометрия	Проводит медицинская сестра
3. Психическое здоровье	Когнитивные функции	Тест рисования часов Мини-Ког Краткая шкала оценки психического статуса или Монреальская шкала оценки когнитивных функций Батарея тестов лобной дисфункции	Проводит врач или предварительно проинструктированная медицинская сестра. Набор тестов может меняться в зависимости от конкретной ситуации.
	Эмоциональное состояние	Гериатрическая шкала депрессии Шкала оценки здоровья Корнельская шкала депрессии	Проводит предварительно проинструктированная медицинская сестра
4. Социально-экономические проблемы	<ul style="list-style-type: none"> • семейный статус, наличие супруга/супруги или партнера • круг общения и социальных контактов • жилищные условия • финансовые возможности • рабочая активность, профессия • образование • возможность заниматься привычной деятельностью — уборка дома, приготовление пищи, покупка продуктов и т.д. • потребность в уходе и предпочтения пациентов, связанные с уходом • потеря близких, стрессы, случившиеся в жизни, психологические проблемы, умение справляться с ними и с психологическими проблемами • злоупотребление алкоголем, наркомания у близких, окружающих пациента людей • религиозность • жестокое обращение • безопасность быта 		Оценку проводит специалист по социальной работе

ПРИЛОЖЕНИЕ Г9. Опросник для оценки зрения у пожилых людей

1. Предложите пациенту ответить на вопросы:

- Трудно ли Вам из-за плохого зрения (даже в очках, если Вы ими пользуетесь):
 - принимать пищу
 - узнавать Ваши лекарства и читать этикетки
 - одеваться и не пропускать петельки на застежках и пуговицах
 - причесываться, бриться и умываться
 - пересчитывать деньги
 - узнавать людей на другой стороне улицы или поблизости
 - не наткнуться на вещи, когда Вы ходите по улице
 - находить дорогу домой, когда Вы идете из магазина или из почты
 - читать обычный газетный шрифт

2. Отметьте, пожалуйста, какие приспособления для улучшения зрения Вы используете:

- очки
- контактные линзы
- увеличительное стекло или лупа
- карманный фонарик
- специальные книги с крупным шрифтом
- трафареты для слабовидящих

Интерпретация результатов данного опросника качественная и служит для определения индивидуальных проблем пожилого человека, связанных со зрением.

ПРИЛОЖЕНИЕ Г10. Краткая шкала оценки питания (Mini Nutritional assessment, MNA)

Скрининговая часть (пункты А–Е)		
А.	Снизилось ли за последние 3 месяца количество пищи, которое Вы съедаете, из-за потери аппетита, проблем с пищеварением, из-за сложностей при пережевывании и глотании?	серьезное уменьшение количества съедаемой пищи — 0 баллов умеренное уменьшение — 1 балл нет уменьшения количества съедаемой пищи — 2 балла
Б.	Потеря массы тела за последние 3 месяца	потеря массы тела более, чем на 3 кг — 0 баллов не знаю — 1 балл потеря массы тела от 1 до 3 кг — 2 балла нет потери массы тела — 3 балла
В.	Подвижность	прикован к кровати/стулу — 0 баллов способен встать с кровати /стула, но не выходит из дома — 1 балл выходит из дома — 2 балла
Г.	Острое заболевание (психологический стресс) за последние 3 месяца	да — 0 баллов нет — 2 балла
Д.	Психоневрологические проблемы	серьезное нарушение памяти или депрессия — 0 баллов умеренное нарушение памяти — 1 балл нет нейрорпсихологических проблем — 2 балла
Е.	Индекс массы тела	меньше 19 кг/м ² — 0 баллов 19-20 кг/м ² — 1 балл 21-22 кг/м ² — 2 балла 23 кг/м ² и выше — 3 балла
Сумма баллов за скрининговую часть: ____/14		
Интерпретация: Если сумма баллов за скрининговую часть составила 12-14 баллов – нормальный статус питания. Если сумма баллов по скрининговой части составила менее 12 баллов – продолжить опрос далее.		
Ж.	Живет независимо (не в доме престарелых или больнице)	нет — 0 баллов да — 1 балл
З.	Принимает более трех лекарств в день	да — 0 баллов нет — 1 балл

И.	Пролежни и язвы кожи	да — 0 баллов нет — 1 балл
К.	Сколько раз в день пациент полноценно питается	1 раз — 0 баллов 2 раза — 1 балл 3 раза — 2 балла
Л.	Маркеры потребления белковой пищи:	если 0-1 ответ «да» — 0 баллов если 2 ответа «да» — 0,5 балла если 3 ответа «да» — 1 балл
	одна порция молочных продуктов (1 порция = 1 стакан молока, 60 г творога, 30 г сыра, 3/4 стакана йогурта) в день (да /нет)	
	две или более порции бобовых и яиц в неделю (1 порция = 200 г бобовых, 1 яйцо) (да /нет)	
	мясо, рыба или птица каждый день (да /нет)	
М.	Съедает две или более порций фруктов или овощей в день (1 порция = 200 г овощей, 1 любой фрукт среднего размера)	нет — 0 баллов да — 1 балл
Н.	Сколько жидкости выпивает в день	меньше 3 стаканов — 0 баллов 3-5 стаканов — 0,5 балла больше 5 стаканов — 1 балл
О.	Способ питания	не способен есть без помощи — 0 баллов ест самостоятельно с небольшими трудностями — 1 балл ест самостоятельно — 2 балла
П.	Самооценка состояния питания	оценивает себя как плохо питающегося — 0 баллов оценивает свое состояние питания неопределенно — 1 балл оценивает себя как не имеющего проблем с питанием — 2 балла
Р.	Состояние здоровья в сравнении с другими людьми своего возраста	не такое хорошее — 0 баллов не знает — 0,5 балла такое же хорошее — 1 балл лучше — 2 балла
С.	Окружность по середине плеча	20 см и меньше — 0 баллов 21–22 см — 0,5 балла 23 см и больше — 1 балл
Т.	Окружность голени	меньше 34 см — 0 баллов 34 см и больше — 1 балл

Общий балл: _____/30

Интерпретация результатов:

>23,5 баллов — нормальный статус питания

17–23,5 баллов — риск недостаточности питания (мальнутриции)

<17 баллов — недостаточность питания (мальнутриция)

ПРИЛОЖЕНИЕ Г11. Базовая функциональная активность — индекс Бартел (Barthel Activities of daily living Index)

Шкалой удобно пользоваться как для определения изначального уровня активности пациента, так и для проведения мониторинга.

При заполнении анкеты индекса Бартел необходимо придерживаться следующих правил:

- Индекс отражает реальные действия пациента, а не предполагаемые.
- Необходимость присмотра означает, что пациент не относится к категории тех, кто не нуждается в помощи (пациент не независим).

• Уровень функционирования определяется наиболее оптимальным для конкретной ситуации путем расспроса пациента, его родственников, однако важны непосредственные наблюдения и здравый смысл. Прямое тестирование не требуется.

• Обычно оценивается функционирование пациента в период предшествующих 24–48 часов.

• Средние категории означают, что пациент осуществляет более 50% необходимых для выполнения той или иной функции усилий.

• Категория «независим» допускает использование вспомогательных средств.

Прием пищи	10 — не нуждаюсь в помощи, способен самостоятельно пользоваться всеми необходимыми столовыми приборами; 5 — частично нуждаюсь в помощи, например, при разрезании пищи; 0 — полностью зависим от окружающих (необходимо кормление с посторонней помощью)
Личная гигиена	5 — не нуждаюсь в помощи (умывание, чистка зубов, бритье); 0 — нуждаюсь в помощи
Одевание	10 — не нуждаюсь в посторонней помощи; 5 — частично нуждаюсь в помощи, например, при одевании обуви, застегивании пуговиц; 0 — полностью нуждаюсь в посторонней помощи
Прием ванны	5 — принимаю ванну без посторонней помощи; 0 — нуждаюсь в посторонней помощи
Контроль мочеиспускания	10 — контроль над мочеиспусканием; 5 — случайные инциденты недержания мочи; 0 — недержание мочи или катетеризация
Контроль дефекации	10 — контроль над дефекацией; 5 — случайные инциденты; 0 — недержание кала (или необходимость постановки клизм)
Посещение туалета	10 — не нуждаюсь в помощи; 5 — частично нуждаюсь в помощи (удержание равновесия, использование туалетной бумаги, снятие и надевание брюк и т.д.); 0 — нуждаюсь в использовании судна, утки
Вставание с постели (передвижение с кровати на стул и обратно)	15 — не нуждаюсь в помощи; 10 — нуждаюсь в наблюдении или минимальной поддержке; 5 — могу сесть в постели, но чтобы встать, нужна физическая поддержка одного или двух человек; 0 — не способен встать с постели даже с посторонней помощью, не удерживает баланс в положении сидя
Передвижение (на ровной поверхности)	15 — могу без посторонней помощи передвигаться на расстояние более 50 метров; 10 — могу передвигаться с посторонней помощью (вербальной или физической) на расстояние более 50 метров; 5 — могу передвигаться с помощью инвалидной коляски на расстояние более 50 метров; 0 — не способен к передвижению или передвигается на расстояние менее 50 метров;
Подъем по лестнице	10 — не нуждаюсь в помощи; 5 — нуждаюсь в наблюдении или поддержке; 0 — не способен подниматься по лестнице даже с поддержкой
Общий балл: _____/100	

Интерпретация результатов

0–20 баллов — полная зависимость

25–60 баллов — выраженная зависимость

65–90 баллов — умеренная зависимость

95 — легкая зависимость

100 — полная независимость

ПРИЛОЖЕНИЕ Г12. Инструментальная функциональная активность — шкала Лоутона (Lawton Instrumental activities of daily living Scale)

Телефонные звонки	1	Пользуется телефоном по собственной инициативе, набирает номера
	1	Набирает несколько известных номеров
	1	Отвечает на телефонные звонки, но сам номера не набирает
	0	Не пользуется телефоном вообще
Покупки	1	Совершает самостоятельно все необходимые покупки
	0	Совершает самостоятельно небольшие покупки
	0	Требуется сопровождение при любом посещении магазина
	0	Полностью не в состоянии делать покупки
Приготовление пищи	1	Планирует, готовит и подает необходимую пищу самостоятельно
	0	Готовит необходимую пищу, если ингредиенты были предоставлены
	0	Подогревает и подает пищу или готовит пищу, но не соблюдает необходимую диету
	0	Нуждается, чтобы кто-то приготовил и подал пищу
Ведение домашнего быта	1	Поддерживает дом в одиночку за исключением редкой помощи при необходимости выполнения тяжелой работы
	1	Выполняет простые повседневные дела, такие как мытье посуды или заправка кровати
	1	Выполняет простые повседневные дела, но не в состоянии поддерживать необходимый уровень чистоты в доме
	1	Нужна помощь при выполнении всех домашних дел
	0	Не участвует ни в каких хозяйственных делах
Стирка	1	Самостоятельно стирает все необходимые вещи
	1	Стирает мелкие вещи, такие как носки, чулки
	0	Вся стирка должна осуществляться кем-то
Пользование транспортом	1	Самостоятельно пользуется общественным транспортом или водит машину
	1	Организует собственную поездку на такси, но не пользуется общественным транспортом
	1	Пользуется общественным транспортом если кто-то при этом помогает или сопровождает
	0	Перемещается на такси или машине в сопровождении другого лица
	0	Не перемещается
Прием лекарств	1	Самостоятельно принимает необходимые лекарства в правильных дозировках и в правильное время
	0	Принимает лекарство, если оно было кем-то приготовлено для приема в необходимой дозе
	0	Не способен самостоятельно принимать лекарства
Финансовые операции	1	Самостоятельно контролирует финансовые вопросы (бюджет, проверка чеков, оплата за жилье, посещение банка), контролирует доходы
	1	Занимается ежедневными покупками, но нуждается в помощи с банковскими операциями и при осуществлении крупных покупок
	0	Не способен самостоятельно распоряжаться деньгами

Общий балл: _____/8

Для каждой категории активности выбирается уровень, соответствующий мероприятиям, выполняемым пациентом, и начисляется балл: 0 или 1.

Общий результат может варьировать от 0 баллов (зависимый от посторонней помощи, нуждается в значительной помощи при выполнении мероприятий инструментальной функциональной активности) до 8 баллов (независимый от посторонней помощи).

ПРИЛОЖЕНИЕ Г13. Тест «Встань и иди» (Timed Up and Go test)

Необходимое оборудование для проведения теста: стул с подлокотниками, рулетка, цветная лента или маркер, секундомер. Пациент должен быть проинструктирован до выполнения теста на время. Первую пробную попытку он может выполнить без отсчета времени.

Пациент должен сидеть на стуле так, чтобы его спина опиралась о спинку стула, а бедра полностью касались сиденья. Стул должен быть устойчивым. Пациенту разрешается использовать подлокотники во время сиденья и при вставании.

От стула необходимо отмерить расстояние 3 метра и отметить его маркером или цветной лентой так, чтобы отметка была видна пациенту.

Инструкция для пациента: Когда я скажу «Начали», Вы должны будете встать, пройти отмеченное расстояние, развернуться, вернуться к стулу и сесть на него. Идти нужно в своем обычном темпе.

Начинайте отсчет времени после того, как произнесете слово «Начали» и остановите отсчет, когда пациент снова сядет правильно на стул, опершись спиной о его спинку.

Пациент во время выполнения теста должен быть обут в свою привычную обувь и может использовать средства для передвижения, которые

он обычно использует (например, трость или ходунки). Если это необходимо, во время выполнения теста пациент может остановиться, чтобы передохнуть.

В норме здоровые пожилые люди обычно выполняют тест «Встань и иди» за 10 и менее секунд. У пациента с тяжелым синдромом СА время выполнения теста может составить 2 минуты и более.

Результат теста «Встань и иди» коррелируют со скоростью ходьбы, способностью поддерживать равновесие, уровнем функциональной активности, возможностью выходить из дома, а также позволяет оценивать изменения с течением времени.

Результат теста «Встань и иди» более 14 секунд у проживающих дома пациентов пожилого и старческого возраста с синдромом СА свидетельствует о наличии риска падений.

Нормативы выполнения теста «Встань и иди» у здоровых людей в разных возрастных группах

Возрастная группа, лет	Время, секунды (95% доверительный интервал)
60–69	8,1 (7,1–9,0)
70–79	9,2 (8,2–10,2)
80–99	11,3 (10–12,7)

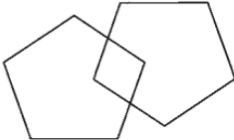
ПРИЛОЖЕНИЕ Г14. Шкала Морсе для оценки риска падений

ВОПРОС	БАЛЛ
1. Падал ли в последние 3 мес.?	Нет — 0 Да — 25
2. Есть ли сопутствующее заболевание? См. медицинскую карту	Нет — 0 Да — 15
3. Самостоятельность при ходьбе: Ходит сам (даже если при помощи кого-то), или строгий постельный режим, неподвижно Костыли/ ходунки/ трость Опирается о мебель или стены для поддержки	----- 0 ----- 15 ----- 30
4. Принимает внутривенное вливание/принимает гепарин, фраксипарин	Нет — 0 Да — 20
5. Походка Нормальная (ходит свободно) Слегка несвободная (ходит с остановками, шаги короткие, иногда с задержкой) Нарушения (не может встать, ходит опираясь, смотрит вниз)	----- 0 ----- 10 ----- 20
6. Психическое состояние знает свою способность двигаться не знает или забывает, что нужна помощь при движении	----- 0 ----- 15

Интерпретация

Риск падений	Баллы
Нет риска падений	0–24
Низкий	25–50
Высокий	≥ 51

ПРИЛОЖЕНИЕ Г15. Краткая шкала оценки психического статуса (Mini Mental State Examination, MMSE)

Параметр	Баллы
Ориентировка во времени: (год, время года, число, день недели, месяц)	/5
Ориентировка в месте: (страна, область, город, клиника, этаж)	/5
Немедленное воспроизведение трех слов (лимон, ключ, флаг)	/3
Концентрация внимания и счет: попросите больного 5 раз последовательно вычесть 7 из 100 (или произнести слово «земля» наоборот)	/5
Отсроченное воспроизведение: попросите больного вспомнить 3 предмета, названные при проверке немедленного воспроизведения	/3
Речь и выполнение действий: Показываем ручку и часы, спрашиваем: «Как это называется?»	/2
Просим повторить предложение: «Никаких если, никаких но»	/1
Попросите больного выполнить последовательность из 3-х действий: «Возьмите правой рукой лист бумаги, сложите его вдвое и положите на пол»	/3
Напишите на листе бумаги «Закройте глаза», покажите пациенту и попросите его выполнить то, что он прочитал	/1
Попросите больного написать предложение (в предложении должно быть подлежащее и сказуемое, оно должно иметь смысл)	/1
Попросите пациента скопировать рисунок 	/1

Результат: _____ /30 баллов

Интерпретация результатов

Итоговый балл выводится путем суммирования результатов по каждому из пунктов. Максимально в этом тесте можно набрать 30 баллов. Чем ниже итоговый балл, тем более выражен когнитивный дефицит.

Результаты теста могут трактоваться следующим образом:

- 28–30 баллов — нет нарушений когнитивных функций;
- 24–27 баллов — преддементные когнитивные нарушения;
- 20–23 балла — деменция легкой степени выраженности;
- 11–19 баллов — деменция умеренной степени выраженности;
- 0–10 баллов — тяжелая деменция

ПРИЛОЖЕНИЕ Г16.

Тест рисования часов

Пациенту дают чистый лист нелинованной бумаги и карандаш.

Скажите пациенту: «Нарисуйте круглый циферблат часов и расставьте все цифры, которые должны быть на циферблате». После завершения попросите пациента настроить часы так, чтобы они показывали время 11 часов 10 минут.

Максимально пациент может получить за тест 10 баллов, которые начисляются следующим образом:

5 баллов за рисование циферблата:

- Замкнутый круг правильной формы (1 балл)
- Указаны все цифры от 1 до 12 (1 балл)
- Цифры нарисованы внутри круга (1 балл)
- Цифры нарисованы с равными интервалами (1 балл)
- Правильное расположение 4 основных цифр (12, 3, 6, 9)

5 баллов за расположение стрелок:

- По 1 баллу за правильное местоположение начала (центр круга) и конца стрелок (всего 4 балла)
- Разная длина часовой и минутной стрелок (1 балл)

ПРИЛОЖЕНИЕ Г17. Монреальская шкала оценки когнитивных функций (Montreal Cognitive Assessment, MoCA)

Зрительно-конструктивные/исполнительные навыки				Скопируйте куб		Нарисуйте ЧАСЫ (Десять минут двенадцатого) (3 балла) <input type="checkbox"/> Контур <input type="checkbox"/> Цифры <input type="checkbox"/> Стрелки		БАЛЛЫ	
		[]		[]				___/5	
НАЗЫВАНИЕ								___/3	
ПАМЯТЬ		Прочтите список слов, испытуемый должен повторить их. Делайте 2 попытки. Попросите повторить слова через 5 минут.		ЛИЦО	БАРХАТ	ЦЕРКОВЬ	ФИАЛКА	КРАСНЫЙ	нет баллов
		Попытка 1							
		Попытка 2							
ВНИМАНИЕ		Прочтите список цифр (1 цифра/сек). Испытуемый должен повторить их в прямом порядке.		[] 2 1 8 5 4				___/2	
		Испытуемый должен повторить их в обратном порядке.		[] 7 4 2					
		Прочтите ряд букв. Испытуемый должен хлопнуть рукой на каждую букву А. Нет баллов при > 2 ошибок.		[] ФБАВМНАА ЖКЛБАФАКДЕАААЖАМОФААБ				___/1	
		Серийное вычитание по 7 из 100.		[] 93	[] 86	[] 79	[] 72	[] 65	___/3
		4-5 правильных отв.: 3 балла, 2-3 правильных отв.: 2 балла, 1 правильный отв.: 1 балл, 0 правильных отв.: 0 баллов.							
РЕЧЬ		Повторите: Я знаю только одно, что Иван – это тот, кто может сегодня помочь.		[]				___/2	
		Кошка всегда пряталась под диваном, когда собаки были в комнате.		[]					
		Беглость речи/ за одну минуту назовите максимальное количество слов, начинающихся на букву Л		[] _____ (N ≥ 11 слов)				___/1	
АБСТРАКЦИЯ		Что общего между словами, например, банан-яблоко = фрукты		[] поезд - велосипед		[] часы - линейка		___/2	
ОТСРОЧЕННОЕ ВОСПРОИЗВЕДЕНИЕ		Необходимо назвать слова БЕЗ ПОДСКАЗКИ	ЛИЦО []	БАРХАТ []	ЦЕРКОВЬ []	ФИАЛКА []	КРАСНЫЙ []	Баллы только за слова БЕЗ ПОДСКАЗКИ	___/5
ДОПОЛНИТЕЛЬНО ПО ЖЕЛАНИЮ		Подсказка категории							
		Множественный выбор							
ОРИЕНТАЦИЯ		[] Дата	[] Месяц	[] Год	[] День недели	[] Место	[] Город	___/6	

Заполнение Монреальской шкалы оценки когнитивных функций занимает около 10 минут. Максимальное количество баллов — 30; норма — 26 и более баллов. К сумме баллов добавляют один балл, если обследуемый имеет 12 лет образования или меньше.

ПРИЛОЖЕНИЕ Г18.**Батарея лобных тестов
(Frontal Assessment Battery, FAB)**

1. *Концептуализация (обобщение) (0–3 балла)*. Пациенту показывают картинки и спрашивают: «Что общего между этими предметами?» Варианты предметов: яблоко-груша/платье-брюки/стол-шкаф. Пациенту нужно без подсказки обобщить эти предметы по категориям «фрукты, одежда, мебель».

Каждое категориальное обобщение оценивается в 1 балл. Максимальное количество баллов — 3, минимальное — 0;

2. *Беглость речи (словарный запас) (0–3 балла)*. Просят закрыть глаза и в течение минуты называть слова на букву «с». При этом имена собственные не засчитываются. Оценка результата: более 9 слов за минуту — 3 балла, от 7 до 9 слов — 2 балла, от 4 до 6 слов — 1 балл, менее 4 слов — 0 баллов;

3. *Динамический праксис (программирование) (0–3 балла)*. Врач показывает и просит пациента повторить одной рукой серию движений: кулак (ставится горизонтально, параллельно поверхности стола); ребро (кисть ставится вертикально, на «ребро» ладони); ладонь (кисть кладется горизонтально, ладонью вниз).

Сначала пациент только смотрит серию движений, затем трижды повторяет их вместе с врачом. Последующие два раза по три серии движений выполняет самостоятельно. При самостоятельном выполнении подсказки пациенту недопустимы.

Результат: безошибочное самостоятельное выполнение шести серий подряд — 3 балла; трех серий подряд — 2 балла; неспособность выполнить движения самостоятельно, но выполнение трех серий с врачом — 1 балл;

4. *Простая реакция выбора (0–3 балла)*. Пациенту дается инструкция: «Сейчас проверим ваше внимание. Мы будем выстукивать ритм. Если я ударю один раз, вы должны будете ударить два раза подряд. Если я ударю два раза, вы должны ударить один». Затем выстукивается ритм: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2 (пациент отвечает на каждый удар).

Оценка результата: правильное выполнение — 3 балла; не более двух ошибок — 2 балла; много ошибок — 1 балл; неспособность выполнить задание — 0 баллов;

5. *Усложненная реакция выбора (0–3 балла)*. Врач говорит пациенту: «Теперь, если я ударю один раз, то вы ничего не должны делать. Если я ударю два раза подряд, то вы ударите только один раз». Выстукивается ритм: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2 (пациент отвечает на каждый удар). Трактовка результата аналогично п. 4

6. *Исследование хватательных рефлексов (0–3 балла)*. Пациент сидит, его просят положить руки на колени, ладонями вверх. Врач молча подносит свои руки и слегка касается рук пациента, проверяя хватательный рефлекс. Отсутствие хватательного рефлекса приравнивается к 3 баллам. Если паци-

ент сдерживается, но затем спрашивает у врача, должен ли он схватить, ставится 2 балла. Если пациент самостоятельно хватается, ему дается инструкция не делать этого, и хватательный рефлекс проверяется повторно. Если при повторном исследовании рефлекс отсутствует, ставят 1 балл, в противном случае — 0 баллов.

Интерпретация результатов теста

16–18 баллов соответствуют нормальной лобной функции;

12–15 баллов — умеренная лобная дисфункция;

11 баллов и меньше — признаки лобной деменции.

ПРИЛОЖЕНИЕ Г19.**Гериатрическая шкала депрессии
(Geriatric Depression Scale, GDS-15)**

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

1 балл зачисляется за ответ «нет» на вопросы 1, 5, 7, 11, 13 и за ответ «да» на вопросы 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15

0–4 балла — нет депрессии

Интерпретация результатов: ≥ 5 баллов — вероятная депрессия

ПРИЛОЖЕНИЕ Г20.**Шкала оценки здоровья пациента
(Patient Health Questionnaire, PHQ-9)**

В течение последних двух недель, как часто вас беспокоили следующие проблемы?

	Не беспокоили	Несколько дней	Более половины всех дней	Почти ежедневно
1. Вас мало интересовали дела или ничто не доставляло удовольствие	0	1	2	3
2. Вы испытывали чувство подавленности, депрессии или безнадежности	0	1	2	3
3. У вас были проблемы с засыпанием или со сном, или вы слишком много спали	0	1	2	3
4. Вы чувствовали усталость или испытывали недостаток энергии	0	1	2	3
5. Плохой аппетит или переедание	0	1	2	3
6. Вы испытывали чувство неудовлетворенности собой. Или думали о том, что вы неудачник, или что подводите себя или свою семью	0	1	2	3
7. Трудности с концентрацией внимания, например, когда читаете газету или смотрите телевизор	0	1	2	3
8. Вы делаете все или говорите так медленно, что другие люди начинают это замечать. Или наоборот — вам не сидится на месте или вы так неутомимы, что делаете гораздо больше, чем обычно	0	1	2	3
9. Вам приходят мысли, что лучше всего было бы умереть или вы пытались поранить себя каким-то образом	0	1	2	3

Общий балл: _____/27

Интерпретация результатов:

0–4 – нет депрессии

5–9 — низкий риск наличия депрессии

10–14 – умеренный риск наличия депрессии

15–19 – высокий риск наличия депрессии

20–27 – крайне высокий риск наличия депрессии

Опросник PHQ-2 включает в себя первые 2 вопроса опросника PHQ-9. Если при этом пациент набрал 0–2 балла – риск депрессии низкий. Если пациент набрал 3 и более баллов – существует риск депрессии. Рекомендуется выполнить PHQ-9.

ПРИЛОЖЕНИЕ Г21. Корнельская шкала депрессии (Cornell Scale for Depression in Dementia)

Для объективной оценки состояния пациента могут быть использованы наблюдения людей, окружающих его в повседневной жизни. Вопросы, которые обычно задает врач, отражены в Корнельской шкале депрессии.

А. Аффективные симптомы

1. Тревога, озабоченность. Проявлялась ли за последнюю неделю тревога в поведении? Тревожился ли больной о чем-то, что обычно не вызывает у него тревоги? Проявлял ли озабоченность в связи с незначительными событиями и безобидными ситуациями?

2. Печаль, слезливость. Находился ли больной в подавленном состоянии? Как долго продолжалось такое состояние? Случалось ли ему плакать? Сколько раз за последнюю неделю?

3. Отсутствие реакции на позитивные события. В состоянии ли больной обрадоваться приятным событиям или новостям?

4. Раздражительность. Насколько легко больной выходит из себя? Проявлялись ли у больного раздражительность и нетерпимость на этой неделе?

Б. Поведенческие расстройства

5. Возбуждение, беспокойство. Проявлял ли больной беспокойство, выражающееся в неспособности сидеть спокойно по меньшей мере один час? Отмечались ли такие признаки беспокойства, как заламывание рук, кусание губ, перебор волос?

6. Заторможенность (движений, речи, реакций).

7. Жалобы на физическое состояние. Жаловался ли больной чаще, чем обычно, на нарушенное пищеварение, запоры, диарею, мышечную боль, учащенное мочеиспускание, потливость, головные боли или другие проблемы? Насколько серьезны были эти жалобы? Часто ли случались? (Если проблемы затрагивают исключительно пищеварительный тракт, баллы не начисляются.)

8. Потеря интереса, отказ от привычных повседневных занятий. Как прошла последняя неделя? Занимался ли больной обычными делами? В нормальном объеме или меньше? (Если интерес к повседневным делам утрачен давно, баллы не начисляются.)

В. Физические симптомы

9. Снижение аппетита. Снижился ли аппетит за последнюю неделю? Приходилось ли убеждать больного поесть (если да, то ставится 2 балла)?

10. Потеря веса. При потере больше двух килограммов ставится 2 балла.

11. Упадок сил, быстрая утомляемость. Как часто больной жаловался на усталость? Нуждался ли в дневном сне, вызванном усталостью? Испытывал ли тяжесть в конечностях? (Оценивается только в случае заметных изменений, прошедших за последний месяц.)

Г. Циклические функции

12. Суточные колебания настроения. Отмечалось ухудшение настроения? В какое время суток? Насколько серьезным было ухудшение по утрам? (Оценивается только ухудшение настроения в утренние часы.)

13. Проблемы засыпания, отход ко сну в более позднее время. (Ставится 1, если проблема возникла эпизодически, и 2, если проблема повторялась каждый вечер.)

14. Ночные пробуждения. Просыпался ли больной среди ночи? Как долго не мог после этого заснуть? Поднимался ли с постели? (Не оценивается, если больной просыпался, чтобы сходить в туалет. Один балл за нерегулярные и незначительные проявления, два балла за регулярное возникновение проблем.)

15. Преждевременные утренние пробуждения. Если они имели место, насколько раньше просыпался больной? Оставался ли в постели после утреннего пробуждения или поднимался? (Один балл, если больной просыпался раньше времени, но потом снова засыпал. Два балла за ранний подъем из-за невозможности уснуть.)

Д. Идеаторные нарушения

16. Суицидальные настроения. Выражал ли больной мысль о том, что жизнь не стоит того, чтобы жить? Проявлял ли суицидальные настроения? Совершал ли попытки причинить себе ущерб или покончить с жизнью? (Один балл за пассивную склонность к суицидальным настроениям, два балла за активные проявления.)

17. Снижение самооценки, ощущение вины, самобичевание. Проявлял ли больной склонность к самокритике? Оценивал ли производимые им действия как неудачные или неправильные? Выражал ли чувство вины за то, что сделал или не стал делать? (Один балл за снижение самооценки и самокритику. Два балла за чувство провала, неудачи и ощущение собственной никчемности.)

18. Пессимизм. Выражал ли больной ожидания худшего? Был ли в состоянии замечать улучшения в ситуации? Оказывался ли восприимчив к позитивной поддержке со стороны близких? (Один балл за пессимизм, два балла за чувство безнадежности и неспособность принимать поддержку со стороны.)

19. Бред ущерба, болезни или нищеты. Высказывал ли больной странные идеи? Считает ли он свое заболевание наказанием свыше? Дает ли другие иррациональные объяснения проблеме? Верит ли он в несуществующие финансовые или иные материальные проблемы?

Каждый из ответов оценивается по трехбалльной шкале: 0 — при отсутствии признаков, 1 — при эпизодическом или незначительном их проявлении, 2 — при регулярном проявлении.

Если сумма баллов превышает значение 10, есть основания подозревать у больного вероятную депрессию. Сумма более 18 баллов свидетельствует о выраженной депрессии.

ПРИЛОЖЕНИЕ Г22.**Шкала оценки потребности и объема социально-бытовой помощи и ухода****Часть 1. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС**

Проверка мобильности. Падения	
1. Самостоятелен при ходьбе с использованием подручных средств и/или без	0
2. Самостоятелен при использовании кресла-каталки/нуждается в помощи при вставании с кровати/нуждается в помощи при подъеме на этаж	0,5
3. Нуждается в постоянной помощи при вставании с кресла или постели/нуждается в помощи при переходе с кресла-каталки на кровать, но самостоятелен при использовании кресла-каталки при передвижении	1
4. Нуждается в постоянной помощи при передвижении и вставании из положения сидя в положение стоя; падения > 1 раза в месяц	1,5
5. Нуждается в постоянной помощи при ходьбе; падения > 1 раза в неделю	2
6. Полностью зависим при передвижении; прикован к креслу-каталке, лежащий	7
Одевание	
7. Одевается без посторонней помощи	0
8. Нуждается в умеренной помощи при одевании	0,5
9. Нуждается в максимальной помощи при одевании	1
Личная гигиена	
10. Моется без посторонней помощи	0
11. Требуется присутствие другого человека при купании	0,5
12. Нуждается в умеренной помощи при купании	1
13. Нуждается в максимальной помощи при купании, необходимо полностью умывать	1,5
Еда и питье	
14. Самостоятельно подогревает и принимает пищу и не нуждается в помощи при принятии лекарств	0
15. Нуждается в помощи при подогреве/подаче пищи к столу, но ест самостоятельно и/или требуется контроль и помощь при подготовке порции лекарств	1,0
16. Не в состоянии есть и пить самостоятельно и/или необходим полный контроль над приемом лекарств	1,5
Пользование туалетом	
17. Самостоятельно пользуется туалетом, осуществляет гигиену. Контролирует дефекацию и мочеиспускание	0
18. Самостоятельно пользуется туалетом, но нуждается в сопровождении и присмотре	1,0
19. Пользуется туалетом, но нуждается в сопровождении, помощи в гигиене и/или одевании.	2
20. Полностью зависим от посторонней помощи в пользовании туалетом. Не контролирует ни одно из отправления	7
ИТОГО	

Часть 2. КОГНИТИВНЫЙ СТАТУС

	Да	Нет
Разговаривает и ведет себя адекватно, контактен, не агрессивен, не находится в подавленном и угнетенном настроении	0	3 балла
Ориентируется во времени (день и ночь, утро и вечер) и знакомом пространстве, сохранена способность к обобщению	0	3 балла
ИТОГО		

Критерии и описание уровней потребности в социально-бытовой помощи и уходе

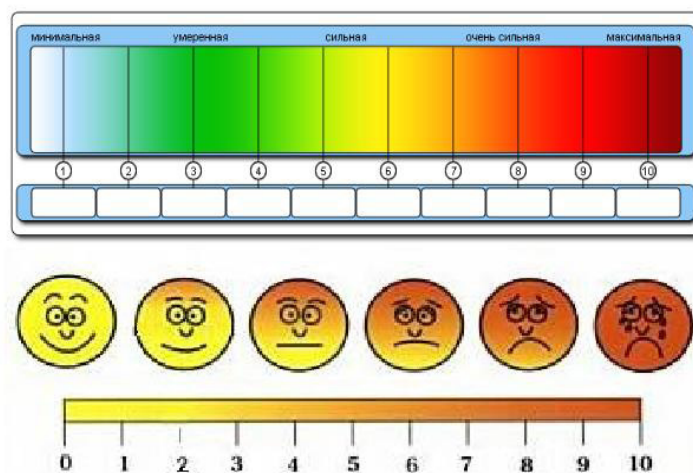
Итоговый балл по 1 и 2 части шкалы и уровень потребности	Описание группы
0,5–1,5 балла Уровень 1	Объединяет людей, нуждающихся в ограниченной помощи для соблюдения личной гигиены, приготовления еды и уборки. Чаще всего люди из данной категории частично утратили способность к самообслуживанию, им необходима незначительная помощь для удовлетворения определенных жизненных потребностей, оказание помощи в проведении уборки в труднодоступных местах, помощь при развешивании чистого белья. Когнитивные функции у данной категории людей не нарушены. Здоровье этих людей в стабильном состоянии, контролируемое лекарственной терапией. Скорее всего, не требующие частых госпитализаций, но нуждающиеся в диспансерном наблюдении. Уровень соответствует преастении, могут быть единичные гериатрические синдромы (такие как сенсорные дефициты, не приводящие к резким ограничениям их функционального статуса)
2–4 балла Уровень 2	Способность к самообслуживанию снижена. Люди из данной группы, нуждающиеся в помощи в передвижении по дому, пользуются техническими средствами реабилитации. Необходима помощь при одевании и соблюдении личной гигиены — необходима частичная помощь при купании. Возможно выполнение только частичной уборки в досягаемости руки человека, для поддержания бытовых условий необходима помощь. Часто необходимо содействие в приготовлении пищи. Когнитивные функции у данной категории людей не нарушены
4,5–7,0 баллов Уровень 3	Объединяет людей, частично утративших способность к самообслуживанию, вследствие нарушения здоровья со стойким выраженным расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к выраженному ограничению одной из категорий жизнедеятельности либо их сочетанию, но чаще всего сохранивших психическую самостоятельность. Люди из данной группы нуждающиеся в помощи ежедневно и неоднократно для выполнения действий повседневной жизни (помощь в передвижении, сопровождение вне дома, помощь при вставании, значительная помощь при купании и одевании). Необходима значительная помощь в уборке, стирке, приготовлении горячей пищи. Необходим контроль/содействие при приеме лекарств.
7,5–9 баллов Уровень 4	Люди данной группы не способны к самообслуживанию и выполнению инструментальных бытовых действий без посторонней помощи, чаще прикованные к кровати или к креслу, при этом их психические функции не полностью нарушены, они нуждаются в помощи в разных видах деятельности в повседневной жизни. В данную группу могут входить лица, чьи психические функции сильно нарушены, при этом они сохранили способность перемещаться. И в том и в другом случае степень зависимости человека от посторонней помощи приводит к выраженному ограничению одной из категорий жизнедеятельности либо их сочетанию. Степень функциональности соответствует 1–2 группе инвалидности.

Итоговый балл по 1 и 2 части шкалы и уровень потребности	Описание группы
	<p>Необходима значительная помощь в самообслуживании с использованием вспомогательных средств и (или) с помощью других лиц: одевание/купание/прием пищи/соблюдение питьевого режима/ контроль приема лекарств/ помощь в пользовании средствами личной гигиены/передвижение по дому/обработка и уход за компенсирующими медицинскими устройствами</p> <p>Часто нарушена способность ориентации во времени и в пространстве, требующая помощи других лиц;</p> <p>Необходимо поддержание способности к общению и способности контролировать своё поведение.</p>
9,5 баллов и более Уровень 5	<p>Люди из данной группы прикованы к кровати или к креслу, их психические функции сильно нарушены, и они нуждаются в постоянном присутствии помощников. Люди из данной группы могут быть психически сохранны, но нуждаются в паллиативной помощи и постоянном уходе.</p> <p>Степень функциональности соответствует 1 группе инвалидности со стойким значительно выраженным расстройством функций организма.</p>

ПРИЛОЖЕНИЕ Г23.

Визуально-аналоговая шкала оценки интенсивности боли

Визуально-аналоговая шкала боли



ФГБОУ ДПО СПб ЦПО ФМБА России



ПРИЛОЖЕНИЕ Г24. Опросник PAINAD для выявления и оценки интенсивности боли у пациентов с деменцией

Показатели	0	1	2	Оценка
Дыхание без вокализации	Норма	Приступы тяжелого дыхания	Цемное тяжелое дыхание. Продолжительные приступы гипервентиляции. Дыхание Чейн-Стокса	
Стоны	Нет	Стоны и вздохи. Односложная речь: жалобы, описание страданий	Повторные тревожные крики/мольбы. Громкие стоны и вздохи. Плач	
Выражение лица	Улыбка или отсутствие эмоционального выражения лица	Печальный, хмурый или испуганный взгляд	Гримаса боли	
Телесные признаки боли	Расслаблен	Напряжен, раздражен, беспокоен	Резко напряжен, со сжатыми кулаками, подтянутыми к животу коленями. Пациент притягивает к себе или отталкивает исследователя, наносит удары	
Утешаемость	Утешать пациента не требуется	Отвлекается или успокаивается при помощи слов или прикосновений	Невозможно утешить, отвлечь или успокоить	

Интерпретация: 0 баллов — нет боли, 10 баллов — выраженная боль.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АГ	артериальная гипертензия	НФГ	нефракционированный гепарин
АД	артериальное давление	СА	старческая астения
БФА	базовая функциональная активность	СИОЗС	селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
ВТЭО	венозные тромбозмболические осложнения	СКФ	скорость клубочковой фильтрации
ГС	гериатрический синдром	ТЛТ	тромболитическая терапия
ДАТТ	двойная антитромбоцитарная терапия	ТТГ	тиреотропный гормон
иАПФ	ингибиторы ангиотензин — превращающего фермента	ФП	фибрилляция предсердий
ИФА	инструментальная функциональная активность	ЭГДС	эзофагогастродуоденоскопия
КБТФФ	краткая батарея тестов физического функционирования	25(OH)D	25-гидроксивитамин D (кальцидиол)
КГО	комплексная гериатрическая оценка	CKD-EPI	уравнение для расчета скорости клубочковой фильтрации
КК	клиренс креатинина	FRAX	Fracture risk assessment tool — шкала оценки риска переломов
МНО	международное нормализованное отношение	START	Screening Tool to Alert to Right Treatment (Скрининговые критерии для корректного назначения лекарственных препаратов пациентам 65 лет и старше)
НОАК	не-витамин К оральные антикоагулянты	STOPP	Screening Tool of Older Persons' Prescriptions (Скрининг препаратов, назначение которых нежелательно пациентам 65 лет и старше)
НПВС	нестероидные противовоспалительные средства		
НСИОЗС	неселективные ингибиторы обратного захвата серотонина		