

# СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений .....	5
Предисловие .....	9
<b>ЧАСТЬ I. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ</b> .....	<b>11</b>
Введение в семейную медицину (О. Ю. Кузнецова) .....	12
Организация общей врачебной практики (О. Ю. Кузнецова, И. Е. Моисеева, Ж. В. Плешанова, Е. В. Полякова) .....	34
Научно-доказательная медицина. Основные принципы и перспективы развития (Т. А. Дубикайтис) .....	73
Проблемы гериатрии в общей врачебной практике (Е. В. Фролова, И. Е. Моисеева) .....	87
Вопросы вакцинопрофилактики в работе врача общей практики (И. Е. Моисеева) .....	117
Вопросы медицинской психологии (Л. Н. Дегтярева) .....	144
Как дать пациенту совет по профилактике (Е. В. Фролова, О. Ю. Кузнецова) .....	174
Болевой синдром и его лечение в общей врачебной практике (О. Ю. Кузнецова) .....	197
Головная боль (Д. В. Кандыба) .....	224
Ожирение: диагностика и лечение в общей врачебной практике (Е. В. Фролова) .....	245
<b>ЧАСТЬ II. ЧАСТНЫЕ ВОПРОСЫ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ</b> .....	<b>281</b>
<b>РАЗДЕЛ I. БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И СОСУДОВ</b> .....	<b>282</b>
Артериальная гипертензия (Е. В. Фролова) .....	282
Ведение больных с сердечной недостаточностью врачами общей практики (Е. В. Фролова, А. Н. Андрюхин) .....	305
Стабильная стенокардия: принципы диагностики и лечения (Е. В. Фролова) .....	333
Острый коронарный синдром (Т. А. Дубикайтис) .....	379
Болезни эндокарда и миокарда (Т. А. Дубикайтис) .....	395
Ведение больных мерцательной аритмией в общей врачебной практике (Е. В. Фролова) .....	429
Тромбоз глубоких вен нижних конечностей (А. К. Лебедев) .....	453
<b>РАЗДЕЛ II. ГЕМАТОЛОГИЯ И ОНКОЛОГИЯ</b> .....	<b>474</b>
Анемический синдром — тактика врача общей практики (Л. Н. Дегтярева) .....	474

Общие вопросы онкологии в практике семейного врача ( <i>А. К. Лебедев</i> ) .....	488
РАЗДЕЛ III. ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ .....	505
Хронические воспалительные заболевания толстой кишки ( <i>А. К. Лебедев</i> ) .....	505
Синдром раздраженного кишечника ( <i>А. К. Лебедев</i> ) .....	532
РАЗДЕЛ IV. БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ .....	548
Внебольничная пневмония у взрослых: особенности ведения в амбулаторных условиях ( <i>М. А. Похазникова</i> ) .....	548
Ведение взрослых больных бронхиальной астмой в общей врачебной практике ( <i>М. А. Похазникова</i> ) .....	573
Хроническая обструктивная болезнь легких: принципы диагностики, лечения и ведения пациентов в амбулаторных условиях ( <i>М. А. Похазникова</i> ) .....	603
РАЗДЕЛ V. ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ .....	630
Профилактика и своевременная диагностика туберкулеза ( <i>Г. С. Баласаняц</i> ) .....	630
Вирусные гепатиты в практике семейного врача ( <i>Н. И. Кузнецов,</i> <i>О. М. Филитович</i> ) .....	646
РАЗДЕЛ VI. НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ .....	665
Инсульт ( <i>Д. В. Кандыба</i> ) .....	665
РАЗДЕЛ VII. БОЛЕЗНИ ГЛАЗ .....	685
Диагностика и лечение заболеваний глаз в практике семейного врача ( <i>Г. Н. Захлевная</i> ) .....	685
РАЗДЕЛ VIII. ЗАБОЛЕВАНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА .....	717
Диагностика, лечение остеоартроза и реабилитация больных в условиях общей врачебной практики ( <i>О. М. Лесняк</i> ) .....	717
Остеопороз: профилактика и ведение больных в условиях общей врачебной практики ( <i>О. М. Лесняк</i> ) .....	747
РАЗДЕЛ IX. ЭНДОКРИНОЛОГИЯ .....	776
Ведение больных сахарным диабетом в условиях общей врачебной практики ( <i>Л. Н. Дегтярева</i> ) .....	776
Ответы к заданиям для самопроверки .....	811

# ПРОБЛЕМЫ ГЕРИАТРИИ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Е. В. Фролова, И. Е. Моисеева

**Цель лекции** — ознакомить врачей общей практики с основными принципами оказания медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста.

## **План лекции:**

1. Введение.
2. Комплексная гериатрическая оценка: определение и основные составляющие.
3. Оценка физического здоровья.
4. Исследование функционального статуса.
5. Оценка психического статуса.
6. Заключение.

## **1. Введение**

Оказание медицинской помощи людям пожилого и старческого возраста — важная составляющая работы врача общей практики. Согласно данным Организации Объединенных Наций, в Европе доля лиц старше 60 лет составляет 24%, а к 2050 г. достигнет 34% [1]. По данным Федеральной службы государственной статистики РФ (Росстат), в настоящее время в Российской Федерации доля лиц старше 60 лет составляет около 20% ([http://www.gks.ru/bgd/regl/b15\\_111/Main.htm](http://www.gks.ru/bgd/regl/b15_111/Main.htm)), и в течение последних десятилетий этот показатель постепенно растет.

Врачи первичного звена здравоохранения, в частности семейные врачи, часто сталкиваются с различными проблемами пациентов пожилого и старческого возраста, и именно на их плечи ложится основное бремя оказания медицинской помощи таким пациентам.

## **2. Комплексная гериатрическая оценка: определение и основные составляющие**

В работе с людьми пожилого и старческого возраста важен комплексный подход. Это значит, что для объективного суждения о здоровье пациента семейный врач наряду с физическим состоянием оценить способность пациента к самообслуживанию, активность в повседневной жизни, социальные контакты. Для этого врачу необходимо владеть инструментами, которые позволят соблюдать целостный подход к пациенту.

Во многих странах с развитой гериатрической службой используют метод комплексной гериатрической оценки состояния здоровья (*compre-*



*hensive geriatric assessment*) — многомерный междисциплинарный диагностический процесс для определения объема необходимой помощи, ее планирования и улучшения состояния здоровья пожилого человека.

Главные цели комплексной гериатрической оценки — совершенствование диагностики, оптимизация лечения, улучшение функционального состояния и качества жизни, включая условия проживания, использование медицинских служб, планирование долгосрочной поддержки пожилого человека.

Комплексная гериатрическая оценка включает различные показатели, которые объединяют в четыре группы (домена).

1) Физическое здоровье — данные анамнеза, объективного осмотра, лабораторных исследований, критерии тяжести заболеваний.

2) Функциональный статус: активность в повседневной жизни (*activity in daily living — ADL*), инструментальная активность в повседневной жизни (*instrumental activity in daily living — IADL*), мобильность, риск падений, качество жизни.

3) Психическое здоровье — когнитивный статус, эмоциональное состояние.

4) Социально-экономические факторы, в том числе наличие семьи, родственников, материальное положение, безопасность места проживания.

После анализа перечисленных показателей формируется перечень потребностей пожилого человека, определяются мероприятия для повышения его качества жизни и долгосрочной поддержки.

Подробная комплексная гериатрическая оценка может выполняться на разных этапах оказания помощи с участием различных служб и специалистов: в стационаре перед выпиской, в домах по уходу за пожилыми, в общей врачебной практике. Но где бы она ни проводилась, она является основой системы гериатрической службы, единым языком для общения, отправной точкой для направления пациентов в различные медицинские учреждения и к специалистам, создания программ реабилитации и лечения. Таким образом, комплексная гериатрическая оценка стала основой гериатрической помощи [2].

Комплексная гериатрическая оценка позволяет в первую очередь выделить группы пациентов, которые нуждаются в медицинской помощи, реабилитации, наблюдении и поддержке, в частности пациентов с вариантом старения, который носит название «хрупкость» (*frailty*).

*Хрупкость* определяется как невозможность организма пожилого человека противостоять стрессу. Это состояние может предшествовать инвалидности, потере способности к самообслуживанию и даже смерти. Согласно современным представлениям, синдром хрупкости имеет определенные видимые внешние черты. Фенотип хрупкости включает несколько важных признаков: потерю мышечной силы, замедление передвижения, снижение массы тела. Кроме того, для синдрома хрупкости характерны нарушение равновесия, ухудшение питания, снижение толерантности

к физической нагрузке, выражающееся в быстрой утомляемости, слабости, а также в некоторых случаях снижение когнитивных способностей [3, 4].

Важно отметить, что хрупкость обратима. Если вовремя ее распознать, можно вернуть человеку качество жизни, повысить его силу и уменьшить уязвимость по отношению к внешним факторам.

### 3. Оценка физического здоровья

Для оценки физического здоровья пациентов пожилого и старческого возраста можно использовать субъективные и объективные методы. Субъективная оценка основана главным образом на анализе жалоб и анамнеза, полученных при личной беседе с пациентом. Нельзя недооценивать данный метод, так как он позволяет сформировать первоначальное представление о собеседнике, наладить контакт с ним и выбрать методику для последующих специальных исследований. Объективные методы оценки физического здоровья включают анализ истории болезни, антропометрию и лабораторные тесты.

История заболеваний пожилого пациента зачастую состоит из целого набора хронических состояний, причем во многих случаях они неизлечимы. Начало большинства заболеваний и их переход в хроническую форму приходится на молодой (30–45 лет) и средний возраст (46–60 лет), а результат их суммарного накопления, яркая клиническая «демонстрация», начинается проявляться в пожилом возрасте (61–75 лет).

Понятие полиморбидности, или мультиморбидности, обычно определяется как присутствие двух или более хронических заболеваний, не связанных между собой доказанными на настоящий момент патогенетическими механизмами, у одного индивидуума. Полиморбидность ассоциируется со снижением качества жизни, ухудшением функционального статуса, повышенным потреблением ресурсов здравоохранения, включая госпитализации по неотложным причинам. Эти изменения усугубляются по мере роста числа сочетающихся заболеваний [5–7].

Всегда считалось, что с возрастом количество хронических заболеваний увеличивается, но клинический опыт показывает, что старые люди (76–90 лет) и долгожители (люди старше 91 года) более активны, меньше болеют хроническими заболеваниями, имеют более легкие осложнения, реже обращаются за медицинской помощью [8]. В старости важно даже не само наличие той или иной болезни, а то, в какой степени она ограничивает повседневную деятельность человека. По данным исследования здоровья пациентов старше 65 лет, у 48% был диагностирован артрит, 36% имели артериальную гипертензию, 27% — другие заболевания сердца, 10% — сахарный диабет, а 6% в прошлом имели различные переломы костей [3].



Анализ данных службы Medicare выявил, что 35,3% популяции США в возрасте от 65 до 79 лет страдает двумя или более хроническими заболеваниями. В возрасте старше 80 лет этот показатель достигает уже 70,2% [3]. Для уточнения количества заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста в России были проанализированы истории болезни и опрошены больные в терапевтических отделениях геронтологической клиники. Выяснилось, что показатель «количество заболеваний на 1 больного» возрастает с 60 до 85 лет, составляя соответственно 5,1 и 5,8, и снижается до 4,7 у 86–90-летних и до 2,9 — у 91–95-летних. Эти наблюдения подтверждают предположение о том, что у большинства людей формирование комплекса сочетанных заболеваний завершается к 60 годам и само по себе старение не влечет за собой арифметического увеличения количества заболеваний [9].

Однако существуют состояния, значительно ухудшающие качество жизни и прогноз, которые тяжело диагностировать из-за атипичного течения или наличия субклинической стадии. С одной стороны — это еще не болезнь, требующая медикаментозной коррекции, а с другой стороны — такое состояние может значительно ухудшить течение заболевания, прогноз и качество жизни. Например, сочетание анемии и ИБС может усилить и сделать более частыми приступы стенокардии. Артериальная гипертензия в сочетании с депрессией хуже поддается коррекции. Заболевания опорно-двигательной системы способствуют более тяжелому течению сердечной недостаточности из-за опасного взаимодействия лекарственных препаратов и т. д.

При анализе данных амбулаторной карты необходимо обратить внимание, были ли диагностированы у пациента полиартрит, остеопороз, заболевания сердечно-сосудистой системы, сахарный диабет, хроническая обструктивная болезнь легких, нейросенсорная тугоухость, заболевания органа зрения (катаракта, глаукома), недержание мочи. Примерно 20% пациентов старше 74 лет имеют снижение зрительных функций и более 30% — значительное снижение слуха [10].

В комплексной гериатрической оценке важное место занимает антропометрия как показатель физического здоровья, состояния питания. Антропометрические показатели имеют прогностическое значение. Это недорогой, неинвазивный и информативный метод. Однако, несмотря на кажущуюся легкость методики выполнения антропометрии, персонал должен быть специально обучен. Основные антропометрические показатели, которые позволяют судить о состоянии здоровья пожилого человека, — это масса тела, рост (длина тела), компонентный состав тканей организма.

Измерение массы тела проводят на медицинских весах утром натощак, после опорожнения мочевого пузыря и кишечника. Во время измерения пациент должен быть без обуви и верхней одежды [11]. Должная или рекомендуемая масса тела (РМТ) рассчитывается по формуле, предложенной Европейской ассоциацией нутрициологов [12]:

РМТ (женщины), кг =  $P - 100 - (P - 152) \times 0,4$ ;

РМТ (мужчины), кг =  $P - 100 - (P - 152) \times 0,2$ ,

где  $P$  — рост в сантиметрах.

Масса тела ниже рекомендуемой, а также ее колебания в динамике требуют анализа и объяснения. Потеря массы тела считается выраженной, если составляет за одну неделю 2%, за один месяц — 5%, за 6 мес — 6,5% от предыдущей.

Измерение *роста, или длины тела*, проводят с помощью ростомера или стадиометра, жестко фиксированного к стене и имеющего скользящую планку с окошечком для чтения показателей. Во время измерения пятки пациента должны быть сведены вместе, он должен стоять прямо, касаясь вертикальной стойки ростомера четырьмя точками (пятки, ягодицы, лопаточная область и затылок). Голова располагается так, чтобы край нижнего века и козелок уха находились в одной горизонтальной плоскости [13].

На основании показателей массы и роста рассчитывается *индекс массы тела (ИМТ)*:

$$\text{ИМТ} = (\text{масса тела, кг}) / (\text{рост, м})^2.$$

Полученный результат сопоставляют с нормами, определяющими статус питания человека. Обычно у мужчин величины ИМТ повышаются до 50 лет, затем достигают в своем значении плато, у женщин ИМТ увеличивается до 70 лет. Прослеживается четкая взаимосвязь индекса массы тела и показателя смертности. В возрасте до 60 лет избыточная масса тела повышает вероятность неблагоприятных исходов сердечно-сосудистых заболеваний и смерти. Однако по мере старения увеличивается риск смертности, обусловленный низкой массой тела. Наименьшая летальность женщин пожилого и **старческого** возраста отмечается при ИМТ = 31,7 кг/м<sup>2</sup> у мужчин того же возраста — 28,8 кг/м<sup>2</sup> [14].

Старение ассоциировано с различными изменениями состава тела [15]. Наиболее выражено снижение количества межклеточной жидкости и массы тела натошак (МТН). В состав МТН входят: масса скелетной мускулатуры — 30%, масса висцеральных органов — 20% и костной ткани — 7%. В то же время происходит увеличение и перераспределение жировой ткани. Следствием возрастных изменений являются такие патологические процессы, как снижение мышечной массы и силы, нарушение равновесия, ухудшение осанки. Уменьшение мышечной массы (саркопения) в старости, сопровождающееся снижением силы, мобильности, — это не просто физический процесс, а серьезное метаболическое нарушение, и его развитие, с одной стороны, — неблагоприятный признак, а с другой — сопровождает старение организма. В клинических исследованиях установлена связь между саркопенией и снижением уровня метаболизма, дегидратацией, риском падений, травмами [16]. С помощью антропометрии врач общей практики уже на амбулаторном этапе может оценить долю мышечной массы и откорректировать питание и уровень физической активности пациента согласно полученным результатам для улучшения качества жизни и снижения риска неблагоприятных исходов.



Если измерить некоторые окружности тела (окружность живота, окружность шеи на уровне перстневидного хряща, окружность бицепса напряженной руки, окружность предплечья на уровне средней трети, окружность бедра на уровне ягодичной складки), можно по специальным формулам определить долю жира в организме. Однако применение этих формул затруднено при отечном синдроме. Более точен *калиперометрический метод* по Durnin — Womersley [15]. С помощью калипера (адипометра) измеряют кожно-жировые складки в четырех стандартных точках: на уровне средней трети плеча над бицепсом, над трицепсом, на уровне нижнего угла лопатки, в правой паховой области на 2 см выше пупартовой связки. Измерение каждой складки проводят трехкратно, средние значения показателей, полученные в четырех точках, складывают. Расчет выполняют по формулам в зависимости от пола и возраста. Оценку проводят в сравнении с нормативными показателями. Зная долю жира, можно легко высчитать и долю массы тела натошак. Более современные, но и более дорогие методы — измерение биоимпеданса и компьютерная томография. Метод биоимпедансметрии основан на том, что жир и тощие ткани имеют различное электрическое сопротивление. Специальный прибор, измеряющий сопротивление тканей организма, позволяет легко определить долю жировой ткани, воды и массы тела натошак. Компьютерная томография позволяет определить не только долю жировой ткани, но и ее локализацию, что особенно важно для диагностики центрального ожирения.

Оценка *лабораторных показателей* широко используется во врачебной практике. Контроль уровня глюкозы, липидного спектра крови, содержания гемоглобина необходим при ведении пожилого пациента для наблюдения за течением хронических заболеваний, наиболее часто встречающихся в пожилом возрасте, для предупреждения их декомпенсации. В комплексной гериатрической оценке важны такие показатели, как уровень гемоглобина, глюкозы, креатинина, общего белка и его фракций, а также маркеры системного воспаления — С-реактивный белок, фибриноген, интерлейкины, фактор некроза опухоли. Снижение содержания гемоглобина — неблагоприятный признак, свидетельствующий либо о заболевании, либо о развитии патологического варианта старения. Некоторые исследователи выявили связь между повышением продукции интерлейкина-6 и саркопенией, остеопенией, анемией и инсулиновой резистентностью, обосновав таким образом его роль как биологического маркера старения [17–19].

#### 4. Исследование функционального статуса

Оценка функционального статуса — важнейший компонент комплексной гериатрической оценки [20]. К сожалению, врачи общей практики уделяют недостаточно внимания этому показателю, хотя такая информация очень важна для определения способности к самообслуживанию и степени независимости человека от помощи окружающих.



Функциональная активность складывается из физических и интеллектуальных способностей человека, его желания и мотивации выполнять определенные действия, а также из существующих социальных и личных возможностей обеспечения активности. Например, человек может быть способен физически передвигаться и добраться до поликлиники, но отсутствует общественный транспорт. Если у него депрессия, будучи физически способен одеться или причесаться, он не хочет этого делать (отсутствие мотивации и желания).

Для оценки функционального статуса в гериатрии используют несколько видов тестов (*приложение 1*). Важнейший тест называется «Активность в повседневной жизни», или Activity in daily living (ADL). Он существует в нескольких модификациях: базисной, инструментальной, физической.

**Базисная модификация** (basic activity in daily living — BADL) содержит вопросы, касающиеся способности пациента выполнять гигиенические процедуры, самостоятельно принимать пищу. У тех, кто пришел к врачу на прием самостоятельно, чаще всего нет смысла определять базисную активность. Если же больной пришел на прием в сопровождении родственников или помощников, это может означать, что у него есть трудности с передвижением, транспортировкой.

**Инструментальная активность** (instrumental activity in daily living — IADL) включает более сложные действия: умения оперировать деньгами, совершать покупки и т. д.

Оценка функциональной активности пожилого пациента — краеугольный камень для планирования наблюдения и для принятия любого медицинского решения. Так, скорость восстановления состояния здоровья пациента после операции шунтирования коронарных артерий определяется не количеством сопутствующих заболеваний, а уровнем функциональной активности до операции [10]. Примерно у 23% пожилых пациентов ADL или IADL снижена в той или иной степени; в возрасте старше 80 лет такие нарушения имеются более чем у половины пациентов.

Для исследования функционального статуса в условиях общей врачебной практики рекомендуются такие методики, как тест способности выполнения основных функций, объективная оценка физического функционирования, оценка скорости походки, проба на удержание равновесия (тандемный шаг).

**Способность выполнения основных функций.** Для оценки способности выполнения основных функций пациенту предлагается выполнить шесть заданий:

1. Завести обе руки за голову — оценивается способность пациента расчесывать волосы, надевать головной убор, мыть голову, спину.
2. Завести обе руки на спину на уровне талии — способность одеваться, пользоваться туалетом, выполнять гигиенические процедуры нижней части тела.

3. Сидя дотронуться рукой до большого пальца на противоположной ноге — способность одевания нижней части тела, осуществления гигиенических процедур, подстригания ногтей.
4. Сжать пальцы врача обеими руками — способность открывать банки, двери, удерживать сумку, чашку и т. д.
5. Удерживать лист бумаги между большим и указательным пальцами — способность выбора и удержания предметов.
6. Подняться со стула без помощи рук — возможность свободного перемещения.

Другая разновидность теста объективной оценки физического функционирования включает четыре задания: пройти 3 м вперед и 3 м обратно, встать со стула без помощи рук и сесть на него; снять и надеть пиджак или жакет и удержать равновесие в положении тандемного шага.

**Сохранение равновесия.** При осмотре пациента с жалобами на нарушения равновесия необходимо ответить на три вопроса: причина, серьезность нарушений и прогноз. Клиническое обследование должно включать сбор анамнеза и физикальный осмотр с применением оценочных шкал, выбранных в зависимости от цели обследования. При определении устойчивости фиксируется продолжительность удержания равновесия пациентом в положении стоя на одной ноге при разведенных в стороны руках и отведенной противоположной ноге. Хорошим результатом считается удержание равновесия более 10 с, удовлетворительным — 5 с. Невозможность удерживать равновесие на одной ноге оценивается как неудовлетворительный результат. Тестирование проводят поочередно на каждой ноге.

Более подробное изучение способности пожилого человека сохранять равновесие предполагает и более подробные тесты: пробы Берга и Тинетти. Эти же тесты используются, чтобы определить индивидуальный риск падения и противопоказания к назначению физических тренировок.

Для выполнения пробы Тинетти пациента просят сесть на жесткий стул со спинкой и оценивают способность выполнить определенные маневры, изменяя положение тела. То, как удерживает пациент равновесие в каждой позе, оценивается в баллах от 0 до 2. При отсутствии двигательных нарушений максимальное значение составляет 24–26 баллов.

*Тест Берга* используют в клинической практике с 1990 г. Принцип теста аналогичен пробе Тинетти: пациенту предлагают выполнить движения, приводящие к нарушению равновесия. Всего выполняется 14 маневров, каждый оценивается в баллах от 0 до 4. Суммарная оценка от 0 до 20 означает, что больному необходимо инвалидное кресло; при сумме баллов от 21 до 40 существует возможность самостоятельного передвижения с поддержкой ассистента; получивший от 41 до 56 баллов независим от посторонней помощи при движении.

**Нарушения походки.** В пожилом и старческом возрасте часто встречаются нарушения походки. Замедление походки — неблагоприятный признак, один из компонентов хрупкости. Изменения походки включают не



только снижение ее скорости, но и неустойчивость, укорочение шага, шаркающий характер. Направление движения изменяется медленно, неуклюже, с разной скоростью в разных отделах тела. Основные признаки, позволяющие классифицировать нарушения равновесия и ходьбы, — изменения позы, равновесие в покое и реактивные постуральные двигательные реакции, поддерживающие равновесие тела при изменении его позы.

Для определения состоятельности данной функции используется толчковый тест: при толчке назад человек может сделать 1–2 шага или вскинуть руки, чтобы удержать равновесие. Важными критериями оценки функции ходьбы считаются также расстояние между ступнями при стоянии и ходьбе; возможность произвольно начать ходьбу; длина шага, ритм, скорость, траектория движений конечностями.

Шаркающая походка, брадикинезия и ригидность характерны для болезни Паркинсона, дисциркуляторной энцефалопатии, артрозов. У больных с синдромом паркинсонизма (прогрессирующий надъядерный паралич, мультисистемная атрофия и др.) могут отмечаться пропульсии (длительная подготовка к движению, затем быстрое движение и остановка) и ретропульсии (компульсивная склонность к ходьбе назад), затруднения начала ходьбы, согбенная поза. При поражении мозжечка, гипотиреозе, пернициозной анемии, полинейропатиях различного генеза, а также на фоне приема лекарственных препаратов может отмечаться атаксия. Такие нарушения походки часто приводят к падениям.

**Снижение мышечной силы.** Это один из компонентов хрупкости и признак неблагоприятного варианта старения, определяющий возможность таких клинических исходов, как инвалидность, декомпенсация хронических заболеваний и смертность. Снижение мышечной силы — следствие уменьшения мышечной массы и нарушения процессов нейромышечной передачи.

Мышечную силу оценивают с помощью динамометрии. Для этого используют кистевой динамометр. Измерение проводят трехкратным сжатием браншей динамометра вытянутой в сторону рукой. Результаты оценивают с помощью таблиц, учитывая пол и возраст (*приложение 1*). Снижение силы сжатия сильнее ассоциируется с хрупкостью, чем с хронологическим возрастом, и может считаться ее маркером.

**Функция внешнего дыхания.** Спирометрия в комплексной гериатрической оценке в России используется ограниченно. В современной литературе еще не описаны референсные значения основных показателей для людей пожилого и старческого возраста. Однако в исследовании зависимости скорости форсированного выдоха и пятилетней выживаемости пожилых пациентов показано, что этот показатель функции внешнего дыхания может служить достоверным показателем функционального статуса [21]. Форсированная скорость выдоха (ФСВ) определяется как максимальная форсированная скорость потока выдыхаемого воздуха после максимального вдоха. Снижение ФСВ у пожилых часто ассоциировано со снижени-



ем когнитивной функции, повышением частоты госпитализаций и повышенной смертностью [22].

**Риск падения.** Падения — одна из важных и часто встречающихся проблем гериатрии, так как они представляют угрозу независимости и способности пациентов пожилого и старческого возраста к самообслуживанию. Поэтому оценка риска падения должна стать обязательной в комплексе диагностических мероприятий.

От 30 до 40% лиц старше 65 лет, проживающих не в специальных учреждениях, а дома, падают ежегодно. Примерно 15% падений приводят к осложнениям и переломам, в том числе к переломам бедренной кости [10].

Точную частоту падений установить трудно, так как в большинстве случаев они не приводят к тяжелым травмам и соответственно пациенты не обращаются за медицинской помощью. Кроме того, пациенты с когнитивными нарушениями нередко забывают про падения. Высокая частота переломов у лиц пожилого и старческого возраста обусловлена остеопорозом, общим похудением, патологией суставов, особенно нижних конечностей. Риск переломов вследствие падений особенно значителен у пациентов, имеющих нарушения двигательных функций (парезы, атаксия).

Помимо травм и связанной с ними инвалидизации почти у 50% пожилых людей, перенесших повторные падения, отмечается ограничение физической активности вследствие причин психологического характера (развитие синдрома боязни падения). У этой категории лиц развиваются ощущение страха, опасение повторных падений, чувство тревоги (синдром боязни падения), вследствие чего они перестают выходить из дома, что сопровождается возрастанием зависимости от окружающих и в значительной мере увеличивает нагрузку на родственников и близких [23].

*Причины падений.* Условно причины падений можно разделить на внутренние и внешние. К внутренним причинам падений относятся медико-биологические проблемы пациента, к внешним причинам — факторы окружающей среды.

Среди основных внутренних причин падений можно выделить сердечно-сосудистые заболевания (аритмии, сердечная недостаточность, ортостатическая гипотензия), нервно-мышечные нарушения (цереброваскулярные заболевания, вестибулярные нарушения, болезнь Паркинсона), эпилепсию, эндокринные заболевания (сахарный диабет), снижение остроты зрения. Риск падений могут увеличивать побочные действия лекарственных препаратов (антигипертензивные средства, диуретики,  $\beta$ -адреноблокаторы, седативные средства), а также употребление алкоголя.

К факторам внешней среды, повышающим риск падения, относятся скользкие или неровные полы, недостаточное или слишком яркое освещение, загроможденные проходы, высокие пороги, неудобная обувь, неправильно подобранная по высоте и/или неустойчивая мебель, лежащие на полу провода, неплотно прилегающие к полу ковровые покрытия [23].

*Обследование пациентов.* Более 50% случаев падений пациентов пожилого и старческого возраста связано с наличием у них перечисленных

ранее заболеваний. В связи с этим рекомендуется подробное обследование: тщательный сбор анамнеза, физикальное обследование и оценка функционального статуса [23].

Необходимо выяснить, какие симптомы сопутствовали падению (боль в грудной клетке, сердцебиение, головокружение), в какое время суток и в каком месте произошло падение, чем оно было спровоцировано. Также анамнез включает вопросы про перенесенные и хронические заболевания, прием лекарственных препаратов, особенности повседневной активности, предшествующие падения и т. д.

При объективном обследовании необходимо оценить частоту и ритм пульса, АД (с ортостатической пробой), температуру тела, остроту зрения, так как для пожилых характерно ее снижение вследствие катаракты, ограничение полей зрения после перенесенного инсульта или при глаукоме. Определяют наличие нистагма, проводят аускультацию сонных артерий для выявления шумов. При неврологическом осмотре проводят оценку когнитивных функций и очаговой симптоматики. Также необходимо оценить наличие деформаций суставов, затруднений движения.

В оценке риска падений помогает исследование функционального статуса (тест способности выполнения основных функций, тест «Встань и иди», пробы Берга или Тинетти).

*Профилактика падений.* Для предотвращения падений и соответственно профилактики травматизма необходима коррекция факторов риска. У одного пациента их может быть несколько и чаще всего имеет место сочетание внешних и внутренних причин.

Необходимо лечение хронических заболеваний, предупреждение развития обострений, индивидуальный подбор доз лекарственных препаратов с учетом особенностей фармакодинамики у пожилых, коррекция нарушений зрения. Комплекс лечебно-профилактических мероприятий должен включать физические упражнения, направленные на тренировку мышечной силы, выносливости, вестибулярного аппарата, на улучшение подвижности суставов. Необходимо проводить обучение пациентов и их родственников, разъяснять важность мер, направленных на предотвращение падений.

Большое значение имеет правильный выбор обуви: она должна быть удобной, плотно облегающей ногу, с нескользкой подошвой и без высокого каблука.

Важно оценивать безопасность домашней обстановки. Полы в доме не должны быть скользкими. Нужно, чтобы ковровые покрытия плотно прилегали к полу, предпочтительнее ковры с низким ворсом или безворсовые. Необходимо освободить проходы, убрать все, обо что пациент может споткнуться, — высокие пороги, протянутые по полу провода. Мебель должна быть устойчивой, правильно подобранной по высоте. Многим пациентам рекомендуют приспособления для ходьбы, повышающие устойчивость (трости, ходунки) [24].



Важно следить за освещением в доме: пожилому человеку требуется больше времени, чтобы адаптироваться к условиям недостаточной или избыточной освещенности, что в определенных условиях может способствовать падениям.

**Оценка состояния питания.** Оценка состояния питания — обязательный компонент комплексной гериатрической оценки.

Хотя недавно проведенное в Европе исследование «SENECA» по изучению питания пожилых пациентов показало, что среди здоровых пожилых людей редко встречаются нарушения питания, тем не менее белково-энергетическая недостаточность питания (БЭНП) в сочетании с дефицитом микронутриентов — частая проблема людей пожилого и старческого возраста. Тяжелая БЭНП чаще возникает у госпитализированных пациентов (26–65%) и у тех, кто проживает в пансионатах для престарелых (5–85%). У тех, кто живет дома, БЭНП встречается реже (12%). Среди пациентов, обращающихся в амбулаторные медицинские организации, БЭНП имеют 10–38%. Причин нарушения питания в пожилом и старческом возрасте довольно много, но наиболее распространенные и значимые — изменения слизистой оболочки ротовой полости; редукция вкусовых рецепторов; сухость в ротовой полости, снижение слюноотделения; уменьшение базального уровня секреции желудочного сока; снижение скорости основного обмена; нарушение водно-электролитного баланса; нарушения чувствительности, уменьшение чувства жажды; хронические заболевания и полипрагмазия; частые госпитализации, социальная дезадаптация, одиночество.

В ранее упомянутом исследовании было показано, что процесс старения ассоциирован со снижением физиологических функций, ведущим к изменению статуса питания. Также нарушения питания играют ведущую роль в развитии нарушений равновесия, ухудшении осанки. Поэтому оценка его в пожилом и старческом возрасте — важнейшая составляющая обеспечения и поддержания качества жизни, профилактики заболеваний и смерти.

Для оценки статуса питания используют несколько десятков шкал. Для скрининга пациентов пожилого и старческого возраста и определения риска недостаточного питания целесообразно использовать валидизированную в России краткую шкалу оценки питания (Mini Nutritional Assessment). Она проста в применении, ее можно заполнить без специальной подготовки [20] (*приложение 2*).

## 5. Оценка психического статуса

В комплексной гериатрической оценке исследование психического статуса включает диагностику когнитивных нарушений и исследование психоэмоционального состояния пациента.



**Исследование когнитивных функций.** Нарушения когнитивной сферы, развитие деменции — частая характеристика ментального статуса в пожилом и старческом возрасте.

Деменция — хронический (или) прогрессирующий синдром, проявляющийся нарушением высших корковых функций, ослаблением интеллектуальных способностей, утратой знаний и опыта, нарушением памяти, мышления, способности к обучению, способности принимать решения. Деменция сопровождается личностными или эмоционально-аффективными расстройствами (например, депрессией) при нормальном уровне сознания.

По данным некоторых исследований, около 5% людей старше 65 лет находятся в состоянии глубокой деменции, еще 10% имеют некоторые признаки интеллектуального угасания. В возрасте после 80 лет деменцией страдают от 15 до 30% населения в мире [24].

Диагностические мероприятия при подозрении на деменцию включают непосредственную диагностику нарушений когнитивной сферы (интеллектуально-познавательные расстройства, изменения мышления) и определение причин развития деменции.

Во время беседы с пациентом проверяют состояние памяти, мышления, эмоциональной сферы, способность выполнять простые и сложные инструкции. Оценивается адаптация пациента к бытовым условиям, сохранность трудовых навыков (если пациент работает) и способность к освоению новых навыков.

К сожалению, начальные признаки деменции часто остаются незамеченными врачами первичного звена здравоохранения.

В клинической практике для скрининга обычно применяются простые методики, хорошо зарекомендовавшие себя в диагностике деменции: краткая шкала исследования психического статуса (Mini-Mental State Examination — MMSE) и тест рисования циферблата (*приложение 3*), однако их чувствительность на ранних стадиях деменции не всегда достаточна [25]. Поэтому для уточнения диагноза нередко бывают необходимы динамическое наблюдение за пациентом и повторные клинико-психологические исследования.

Следует отметить, что на когнитивные функции могут влиять такие факторы, как уровень образования, нарушения зрения и слуха, усталость, психоэмоциональные нарушения, а также прием лекарств (анальгетики, кортикостероиды, седативные, снотворные, психотропные, противоопухолевые, противосудорожные и противопаркинсонические препараты).

Нарастание выраженности когнитивных нарушений со временем — один из наиболее надежных признаков патологического характера когнитивных расстройств. Важно отметить, что при нормальном старении снижение памяти и других когнитивных способностей не имеет прогрессирующего течения и носит практически постоянный характер.

Для дифференциального диагноза между физиологической возрастной когнитивной дисфункцией и начальными признаками патологического

ухудшения высших мозговых функций существенное значение имеет анализ характера нарушений памяти. Так, при болезни Альцгеймера, которая развивается у 5–15% пожилых лиц, нарушение памяти обычно становится самым первым симптомом заболевания. Однако механизмы возрастного и патологического ухудшения памяти различны. При нормальном старении забывчивость связана преимущественно со снижением активности запоминания и воспроизведения, в то время как первичные механизмы памяти остаются сохранными. В отличие от этого при болезни Альцгеймера нарушается сама способность усвоения новой информации. Эти данные легли в основу метода дифференциального диагноза нормального и патологического старения, впервые предложенного Гробером и Бушке.

Основные причины деменции у пациентов пожилого и старческого возраста:

- болезнь Альцгеймера (50–70%);
- сосудистые нарушения (15–20%);
- сочетание болезни Альцгеймера и сосудистой деменции (15–20%);
- другие состояния: опухоли, болезнь Паркинсона, психические заболевания, депрессия, заболевания щитовидной железы, инфекционные заболевания центральной нервной системы (ЦНС), алкоголизм и пр. (2–10%).

**Болезнь Альцгеймера** — первичное нейродегенеративное заболевание, в основе которого лежат генетические нарушения, приводящие к образованию в коре головного мозга амилоидных бляшек и прогрессирующему центральному ацетилхолинергическому дефициту. Распространенность болезни Альцгеймера колеблется от 4% среди пациентов 75–90 лет до 30% у пациентов старше 90 лет [26].

Диагностические критерии болезни Альцгеймера:

1) Множественный когнитивный дефицит, включающий: а) нарушение памяти (особенно запоминание и воспроизведение нового материала) и б) один или более из следующих симптомов: дис- или афазия (дефицит или потеря способности к пониманию или воспроизведению устной и/или письменной речи), апраксия (неспособность производить ранее известные целенаправленные движения/действия, не связанная с мышечной слабостью или нарушением координации), агнозия (неспособность узнавать сенсорные впечатления при нормальной функции органов чувств и проводящих путей; чаще нарушается зрительное распознавание, т. е. пациент все видит, но не может правильно определить то, что видит), нарушения интеллектуальной деятельности (планирования, организации, абстрагирования, установления причинно-следственных связей).

2) Указанные нарушения приводят к затруднениям в повседневной деятельности и нарушениям нормального функционирования.

3) Течение заболевания характеризуется постепенным началом и неуклонным прогрессированием.



4) Перечисленные нарушения не являются следствием таких заболеваний и состояний, как заболевания центральной нервной системы (цереброваскулярные заболевания, болезнь Паркинсона, опухоль головного мозга и т. д.), системные причины деменции (гипотиреоз, дефицит витамина В<sub>12</sub> или фолиевой кислоты, дефицит ниацина, гиперкальциемия, нейросифилис, ВИЧ-инфекция), алкоголизм, наркомания, токсикомания.

5) Описанные нарушения не связаны с периодами делирия (признаки когнитивных нарушений выявляются вне состояния помрачения сознания).

6) Описанные симптомы не связаны с психическими нарушениями, например депрессией.

В течении болезни Альцгеймера выделяют четыре основные стадии [23].

**Преклиническая стадия:** пациент или его родственники отмечают снижение памяти, замедление воспроизведения услышанного или прочитанного материала, минимальные нарушения речи и праксиса, не приводящие к проблемам в повседневной деятельности. Оценка MMSE — 26–30 баллов.

Через 1–3 года развивается стадия легких нарушений: дезориентация во времени, агнозия, неспособность запоминать новый материал, нарушения понимания речи, раздражительность, снижение настроения, социальная дезадаптация. Оценка MMSE — 22–28 баллов.

**Стадия среднетяжелых нарушений** развивается через 2–8 лет после появления симптомов. Пациент теряет ориентацию во времени и пространстве, не всегда узнает родственников и знакомых. Развивается афазия, теряется способность к обучению, усиливаются тревога и депрессия, возникают трудности в повседневной деятельности (приготовление пищи, одевание, гигиенические процедуры). Оценка MMSE — 10–21 балл.

Через 6–12 лет после появления симптомов можно диагностировать стадию выраженных нарушений. Речь становится неразборчивой, исчезают навыки письма и копирования, самообслуживание невозможно, требуется постоянный посторонний уход. Возможно недержание мочи, кала. Оценка MMSE — 0–9 баллов.

**Сосудистая деменция** возникает при недостаточности мозгового кровообращения, связанной с поражением церебральных сосудов, причинами которого могут быть атеросклероз, артериальная гипертензия, другие заболевания сердечно-сосудистой системы, сахарный диабет.

Для сосудистой деменции характерны относительно острое развитие когнитивных нарушений (например, после гипертензивного криза или инсульта), этапное (ступенчатое) прогрессирование. При объективном обследовании могут отмечаться повышенное АД, ангиопатия сосудов сетчатки, периферические сосудистые поражения, аритмия, очаговая неврологическая симптоматика (мышечная слабость, изменение глубоких рефлексов, патологические рефлексы, нарушения походки, нарушения полей зрения и пр.). В анамнезе могут быть указания на инфаркт миокарда, стенокардию, инсульт или транзиторные ишемические атаки.



**Активность в повседневной жизни**

**Индекс Бартел** включает 10 пунктов, относящихся к сфере самообслуживания и мобильности. Оценка уровня повседневной активности проводится по сумме баллов, определенных у больного по каждому из разделов теста. При заполнении анкеты индекса Бартел необходимо придерживаться следующих правил:

А) Индекс отражает реальные действия больного, а не предполагаемые.

Б) Необходимость присмотра означает, что больной нуждается в помощи, т. е. не относится к категории независимых.

В) Уровень функционирования определяется наиболее оптимальным для конкретной ситуации путем расспроса больного, его друзей/родственников, однако важны непосредственное наблюдение и здравый смысл. Прямое тестирование не требуется.

Г) Обычно оценивается функционирование больного в период предшествовавших 24–48 ч, однако иногда обоснован более продолжительный период оценки.

Д) Средние категории означают, что больной осуществляет более 50% необходимых для выполнения той или иной функции усилий.

Е) Категория «независим» допускает использование вспомогательных средств. Шкалой удобно пользоваться как для определения изначального уровня активности пациента, так и для проведения мониторинга для определения эффективности ухода.

Суммарный балл — 100. Показатели от 0 до 20 баллов соответствуют полной зависимости, от 21 до 60 баллов — выраженной зависимости, от 61 до 90 баллов — умеренной, от 91 до 99 баллов — легкой зависимости в повседневной жизни.

**Индекс Бартел**

*(отметьте галочкой наиболее подходящий ответ)*

Параметр	0	5	10	15
1. Персональная гигиена (чистка зубов, манипуляции с зубными протезами, причесывание, бритье, умывание лица)	Нуждается в помощи	Независим		
2. Прием пищи	Полностью зависим	Частично нуждается в помощи	Не нуждается в помощи	
3. Перемещение (с кровати на стул и обратно)	Перемещение невозможно	При вставании с постели требуется помощь, может самостоятельно сидеть в постели	При вставании с постели требуется незначительная помощь или требуется присмотр	Не нуждается в помощи

(окончание таблицы)

Параметр	0	5	10	15
4. Мобильность (перемещение в пределах дома и вне дома; могут использоваться вспомогательные средства)	Неспособен	Может передвигаться с помощью инвалидной коляски	Может ходить с помощью одного лица	Не нуждается в помощи
5. Одевание	Полностью зависим от окружающих	Частично нуждается в помощи	Не нуждается в помощи	
6. Подъем по лестнице	Неспособен даже с поддержкой	Нуждается в присмотре или физической поддержке	Не нуждается в помощи	
7. Прием ванны	Нуждается в помощи	Принимает ванну без посторонней помощи и присмотра		
8. Посещение туалета (перемещение в туалете, раздевание, очищение кожных покровов, одевание, выход из туалета)	Полностью зависим	Нуждается в некоторой помощи	Не нуждается в помощи	
9. Контролирование мочеиспускания	Недержание	Случайные инциденты (максимум один раз за 24 ч)	Полное контролирование	
10. Контролирование дефекации	Недержание	Случайные инциденты (не чаще одного в неделю)	Полное контролирование	

Сумма вопросов:  $2 + 4 + 5 + 7 + 8 + 9 + 10 =$  \_\_\_\_\_ баллов (ADL).

### Инструментальная активность (IADL)

Шкала IADL оценивает уровень бытовой активности: способность самостоятельно или с небольшой посторонней помощью пользоваться общественным или личным транспортом, делать покупки, готовить пищу, наводить порядок в доме, выполнять мелкую домашнюю работу, пользоваться телефоном, принимать лекарства, вести финансовые расчеты.

Каждый пункт оценивается по 3-балльной системе:

Способен выполнить = 3 балла

Нуждается в помощи при выполнении или способен выполнить, но с затруднениями = 2 балла

Не способен выполнить действие = 1 балл

Интерпретация: сумма баллов менее 27 указывает на снижение инструментальной функциональной активности.

**Шкала повседневной инструментальной активности  
(no W. B. Abrams, M. H. Beers, R. Berkow et al., 1995)**

**1) Пользование телефоном.**

А. Использует телефон по своей собственной инициативе — находит и набирает номера и т. д. — 3.

Б. Набирает несколько хорошо знакомых номеров или отвечает на телефонные звонки, но не набирает номера — 2.

В. Совсем не пользуется телефоном — 1.

**2) Может ли добираться до мест, расположенных вне привычных дистанций ходьбы?**

А. Без посторонней помощи — 3.

Б. Может, используя постороннюю помощь — 2.

В. Полностью не способен добираться, если не организована специальная доставка — 1.

**3) Покупки в магазине.**

А. Делает все необходимые покупки независимо — 3.

Б. Нуждается в сопровождении при выполнении любых покупок — 2.

В. Совсем не может осуществлять покупки — 1.

**4) Приготовление пищи.**

А. Планирует, готовит пищу и сервирует стол независимо — 3.

Б. Готовит адекватную пищу, если предоставлены все ингредиенты, может разогреть, но при приготовлении необходима помощь посторонних — 2.

В. Нуждается в том, чтобы пища была приготовлена и сервирована — 1.

**5) Работа по дому.**

А. В основном делает все по дому самостоятельно, с эпизодической помощью (при выполнении наиболее трудных домашних дел) — 3.

Б. Выполняет простые действия, такие как мытье посуды, застилание кровати, используя помощь посторонних — 2.

В. Практически не способен выполнять работу по дому — 1.

**6) Может ли выполнить мелкую «мужскую» работу по дому (подразумевается использование пылесоса, починка мебели, мойка окон)?**

А. Без посторонней помощи — 3.

Б. Выполняет, используя помощь посторонних — 2.

В. Практически не способен выполнять работу по дому — 1.

**7) Стирка.**

А. Полностью стирает свою одежду — 3.

Б. Стирает маленькие вещи — носки и т. д. — 2.

В. Всю стирку выполняют другие — 1.

**8) Прием лекарств.**

А. Принимает лекарства в правильной дозировке, в правильное время — 3.



- Б. Правильно принимает лекарства, если препараты приготовлены к приему в определенной дозировке — 2.
- В. Не может самостоятельно принимать лекарства — 1.
- 9) Контроль финансов.
- А. Ведет свои финансовые дела независимо (планирует бюджет, собирает и хранит финансовые документы, оплачивает квартплату, счета, самостоятельно ходит в банк) — 3.
- Б. Ведет ежедневные расходы, но нуждается в помощи при походе в банк или крупных тратах — 2.
- В. Не может распоряжаться деньгами — 1.

### Оценка мышечной силы

Для измерения сгибательной силы кисти применяют кистевой динамометр. Динамометр берут в руку циферблатом внутрь. Руку вытягивают в сторону на уровне плеча и максимально сжимают динамометр. Проводят по два измерения на каждой руке, фиксируется лучший результат. В норме средние показатели силы правой кисти (если человек правша) у мужчин — 35–50 кг, у женщин — 25–33 кг, средние показатели силы левой кисти обычно на 5–10 кг меньше. Любой показатель силы обычно тесно связан с объемом мышечной массы, т. е. с массой тела. Поэтому при оценке результатов динамометрии важно учитывать как основную абсолютную силу (т. е. ту величину, которую показал динамометр), так и относительную, т. е. соотношенную с массой тела. Относительная сила выражается в процентах. Для этого показатель силы правой кисти умножают на 100 и делят на показатель массы тела:

$$\text{Сила (\%)} = (\text{сила кисти, кг} / \text{масса тела, кг}) \times 100\%.$$

В норме этот показатель для правой (у правшей) руки в среднем составляет 65–80% у мужчин и 48–50% у женщин.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 2

### Краткая оценка питания (Mini Nutritional Assessment — MNA)

Впишите в квадраты цифры, соответствующие ответу пациента.

#### Скрининг

А. Снизилось ли количество пищи, которое вы съедаете, из-за потери аппетита, проблем с пищеварением, из-за сложностей при пережевывании или глотании за последние 3 мес?

0 = серьезное снижение количества съедаемой пищи.

1 = умеренное снижение количества съедаемой пищи.

2 = нет снижения количества съедаемой пищи.

**Б.** Потеря массы тела за последние 3 мес:

0 = потеря массы тела больше чем 3 кг.

1 = не знаю.

2 = потеря массы тела от 1 до 3 кг.

3 = нет потери массы тела.

**В.** Подвижность:

0 = прикован к кровати/стулу.

1 = способен встать с кровати/стула, но не выходит из дома.

2 = выходит из дома.

**Г.** Перенесли ли вы острое заболевание или психологический стресс за последние 3 мес?

0 = да.

2 = нет.

**Д.** Психоневрологические проблемы:

0 = серьезное нарушение памяти или депрессия.

1 = умеренное нарушение памяти.

2 = нет нейропсихологических проблем.

**Е.** Индекс массы тела (масса тела, кг/рост, м<sup>2</sup>):

0 = меньше 19.

1 = 19–21.

2 = 21–23.

3 = 24 и выше.

Результаты скрининга (максимум 14 баллов)

### *Оценочная часть*

**Ж.** Живет независимо (не в доме престарелых или больнице):

0 = нет.

1 = да.

**З.** Принимает более трех лекарств в день:

0 = да.

1 = нет.

**И.** Пролежни и язвы кожи:

0 = да.

1 = нет.

**К.** Сколько раз в день пациент полноценно питается?

0 = 1 раз.

1 = 2 раза.

2 = 3 раза.

**Л.** Маркеры потребления белковой пищи.

• Одна порция молочных продуктов (молоко, сыр, йогурт) в день:

Да.

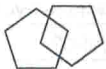
Нет.

• Две или более порции бобовых или яиц в неделю?

Да.

Нет.

(окончание таблицы)

Задание	Балл
Попросите больного выполнить последовательность из трех действий (взять лист бумаги в правую руку, сложить его вдвое и положить на пол)	3 (1 за каждое действие)
Попросите больного выполнить письменную инструкцию «закройте глаза»	1
Попросите больного выполнить письменную инструкцию «напишите предложение»	1 (если предложение имеет смысл, содержит подлежащее и сказуемое)
Попросите больного скопировать рисунок (например, пересекающиеся пятиугольники)	1
	
<b>Итого</b>	<b>30</b>

### Интерпретация результатов:

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

### Тест рисования циферблата

Тест рисования циферблата проводится следующим образом: пациента просят нарисовать циферблат часов с цифрами и поставить стрелки на определенное время (например, 11 ч 10 мин или без пятнадцати минут два). Результаты оценивают по 10-балльной шкале.

### Оценка теста рисования циферблата часов

Выполнение задания	Оценка, баллов
Нарисован круглый циферблат, цифры в правильных местах, стрелки показывают заданное время	10
Незначительные неточности расположения стрелок	9
Более заметные ошибки в расположении стрелок	8
Стрелки показывают совершенно неправильное время	7
Стрелки не выполняют свою функцию (например, нужное время обведено кружком)	6
Неправильное расположение чисел на циферблате: они следуют в обратном порядке (против часовой стрелки) или расстояние между числами неодинаковое	5
Утрачена целостность часов, часть чисел отсутствует или расположена вне круга	4
Числа и циферблат более не связаны друг с другом	3
Деятельность больного показывает, что он пытается выполнить инструкцию, но безуспешно	2
Больной не делает попыток выполнить инструкцию	1



## Гериатрическая шкала депрессии (Geriatric Depression Scale)

Из предложенных ответов пациент выбирает тот, который больше всего соответствовал его настроению и ощущениям в течение последней недели.

Вопрос	Да	Нет
1. Вы удовлетворены в целом своей жизнью?		
2. Вы забросили большую часть своих занятий и интересов?		
3. Вы чувствуете, что ваша жизнь пуста?		
4. Вам часто становится скучно?		
5. У вас хорошее настроение большую часть времени?		
6. Вы опасаетесь, что с вами случится что-нибудь плохое?		
7. Вы чувствуете себя счастливым большую часть времени?		
8. Вы часто чувствуете себя беспомощным?		
9. Вы предпочитаете остаться дома, нежели выйти на улицу и заняться чем-нибудь новым?		
10. Вы считаете, что у вас больше проблем с памятью, чем у других людей?		
11. Вы считаете, что это прекрасно — быть живым (жить) сейчас?		
12. Вы ощущаете себя бесполезным в том состоянии, в каком вы сейчас находитесь?		
13. Вы чувствуете себя полным энергии?		
14. Вы чувствуете, что ваше положение безнадежно?		
15. Вы думаете, что большинство людей более состоятельны, чем вы?		
<b>Инструкция подсчета:</b> один балл начисляют за ответ «нет» на вопросы 1, 5, 7, 11, 13; один балл начисляют за ответ «да» на вопросы 2–4, 6, 8–10, 12, 14, 15		
Всего баллов:		

## ЛИТЕРАТУРА

1. *United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division* (2015). *World Population Prospects: The 2015 Revision, Vol. II: Demographic Profiles (ST/ESA/SER.A/380)*. — <http://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/> (дата обращения: 02.12.2016 г.).
2. *Rubenstein L.* Comprehensive Geriatric Assessment: From Miracle to Reality. Joseph T. Freeman Award Lecture // *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. — 2004. — N 59. — М. 473–М. 477.
3. *Fried L. P.* et al. Untangling the Concepts of Disability, Frailty, and Comorbidity: Implications for Improved Targeting and Care // *Journal of Gerontology: Medical Sciences*— 2004. — Vol. 59. — N 3. — P. 255–263.
4. *Ferrucci L.* et al. Designing randomized, controlled trials aimed at preventing or delaying functional decline and disability in frail, older persons: A consensus report // *J. Am. Geriatr. Soc.* — 2004. — N 52. — P. 625–634.
5. *Fortin M., Bravo G., Hudon C., Vanasse A., Lapointe L.* Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice // *Ann. Fam. Med.* — 2005. — Vol. 3. — N 3. — P. 223–228.