

**VI ЕЖЕГОДНАЯ МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ  
«МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ АЛЬЯНС. МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ И МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ  
ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ПРИ ОЦЕНКЕ ЗДОРОВЬЯ И ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ»  
4 июня 2021 года**

Центр Программ и Проектов в области  
развития Здравоохранения

Региональная общественная организация  
«ВРАЧЕБНАЯ ПАЛАТА  
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ»

СПб ГБУЗ ПТД №5

Санкт-Петербургское  
государственное бюджетное учреждение  
здравоохранения  
«Противотуберкулезный диспансер №5»

ВРАЧИ  
САНКТ-ПЕТЕРБУРГА  
региональная общественная  
организация

КООРДИНАЦИОННЫЙ СОВЕТ  
НАЦИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПАЛАТЫ  
СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

## **Елена Владимировна Фролова**

Доктор медицинских наук, профессор кафедры  
семейной медицины ФГБОУ ВО СЗГМУ им.  
Мечникова;

Главный внештатный специалист-гериатр МЗ  
РФ по СЗФО;

Вице-президент Российской ассоциации  
геронтологов и гериатров



# **Инвалидность у пожилого человека. Обязательное условие жизни?**

**Елена Владимировна Фролова**

**Доктор мед.наук, профессор**

**Кафедра семейной медицины ФГБОУ ВО СЗГМУ им. Мечникова**

**Главный внештатный специалист-гериатр МЗ РФ по СЗФО**

**Вице-президент Российской ассоциации геронтологов и гериатров**

# Немного цифр

- ▶ Сегодня в России среди лиц старше трудоспособного возраста более 8 млн. признаны инвалидами,
- ▶ 6,4% от общего числа получателей социальных услуг нуждаются в получении на дому процедур по уходу,
- ▶ из них 62,2% полностью прикованы к постели.
- ▶ В последние 5-7 лет своей жизни пожилые люди теряют автономность из-за развития и прогрессирования хронических неинфекционных заболеваний, синдрома старческой астении, вследствие чего нуждаются в посторонней помощи и уходе.

**Очевидно, что на фоне старения населения в стране будет нарастать число людей, который теряют автономность и нуждаются в помощи и уходе, увеличится нагрузка на социальные, медицинские учреждения, общество в целом**

# Необходимость в модернизации системы долговременного ухода

► Для этого необходимо

1. согласовать систему медицинской и социальной помощи с потребностями пожилых людей,
2. улучшить оценку потребностей пожилых людей и их мониторинг,
3. разработать систему для обеспечения долговременного ухода,
4. что позволит гарантировать каждому гражданину возможность стареть в благоприятной окружающей среде и с достоинством

**Организация деятельности,  
направленной на развитие  
долговременной помощи пожилым  
людям с потерей автономности,  
является одной из наиболее  
важных задач государства и  
общества**

# Где осуществляется уход?

- ▶ В настоящее время комфортные условия для пожилых людей с различной степенью потери автономности созданы в социальных стационарных учреждениях.
- ▶ Однако, старение дома остается предпочтительным для большинства пожилых граждан в нашей стране.
- ▶ Концепция организации долговременной помощи пожилым людям должна учитывать разные варианты нарушений автономности у пожилых граждан и предлагать комплексный подход к решению проблемы.

# Основные условия, необходимые для создания современной системы долговременной социальной помощи

- ▶ Совершенствование нормативно-правовой базы долгосрочной помощи гражданам пожилого возраста
- ▶ Совершенствование системы финансирования долгосрочной помощи гражданам пожилого возраста
- ▶ Подготовку кадров для социальной и медицинских служб (специалистов по социальной работе, медицинских сестер, врачей-гериатров, специалистов по уходу) с разработкой профессиональных стандартов, новых образовательных программ
- ▶ Совершенствование межведомственного взаимодействия с разработкой единых алгоритмов определения потребности в уходе, развитием межведомственных информационных систем, обеспечивающих преемственность и согласованность оказания помощи пожилым гражданам
- ▶ Разработку единого стандарта качества обеспечения ухода в социальных и медицинских учреждениях
- ▶ Развитие гериатрической помощи в учреждениях здравоохранения и социальной защиты.
- ▶ Поддержка родственного ухода, семьи



**Для того чтобы осуществлять  
адекватную помощь и уход,  
необходимо выяснить и чётко  
понимать, с удовлетворением  
каких потребностей человек имеет  
проблемы и как мы можем и  
должны их замещать или  
поддерживать**

# Методика оценки функционального состояния должна включать основные категории жизнедеятельности человека

- ▶ **Способность к самообслуживанию – способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе осуществлять личную гигиену**
- ▶ **Способность к самостоятельному передвижению – способность самостоятельно перемещаться в пространстве, сохранять равновесие тела при передвижении, в покое и перемене положения тел**
- ▶ **Способность к ориентации – способность к адекватному восприятию окружающей обстановки, оценке ситуации, к определению времени и места нахождения**

## **Методика оценки функционального состояния должна включать основные категории жизнедеятельности человека**

- ▶ **Способность к общению – способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки и передачи информации;**
- ▶ **Способность контролировать свое поведение – способность к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых и морально-этических норм**

# **Показания к проведению оценки потребности в долгосрочной социально-бытовой помощи и объема ухода**

- ▶ **1. Нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость социальной защиты**
- ▶ **2. Вероятное снижение функциональности, связанное с возрастом, наличием или последствиями перенесенных заболеваний и травм у граждан пожилого возраста**
- ▶ **3. Вероятное снижение функциональности в сочетании с развитием острого заболевания или состояния, которое может ухудшить функциональное состояние пожилого человека (заболевание, потеря близкого человека, другая стрессовая ситуация или психическая травма и др.)**

# Показания к проведению оценки потребности в долгосрочной социально-бытовой помощи и объема ухода

**4.Вероятное снижение функциональности после выполнения медицинских вмешательств (инвазивные диагностические процедуры, хирургическое вмешательство и др.)**

**5.Наличие неизлечимого прогрессирующего заболевания и состояния, необходимость в паллиативной помощи в связи со снижением уровня функциональной активности и появлением или повышением уровня зависимости (при отсутствии показаний к стационарной медицинской помощи).**

**Возможно ли в пожилом возрасте  
избежать потери  
функциональности,  
независимости, инвалидности?**

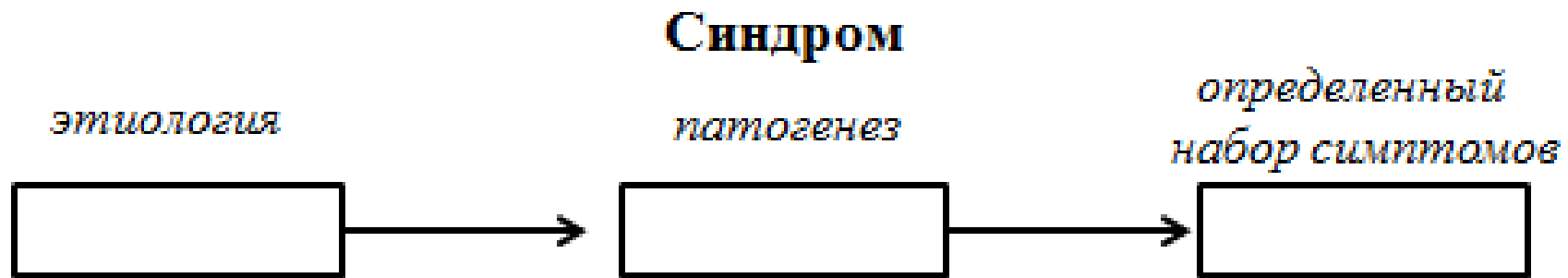
# Причины развития инвалидности и потери автономии

- ▶ В последние 5-7 лет своей жизни пожилые люди теряют автономность из-за развития и прогрессирования хронических неинфекционных заболеваний, синдрома старческой астении, других гериатрических синдромов, вследствие чего нуждаются в посторонней помощи и уходе

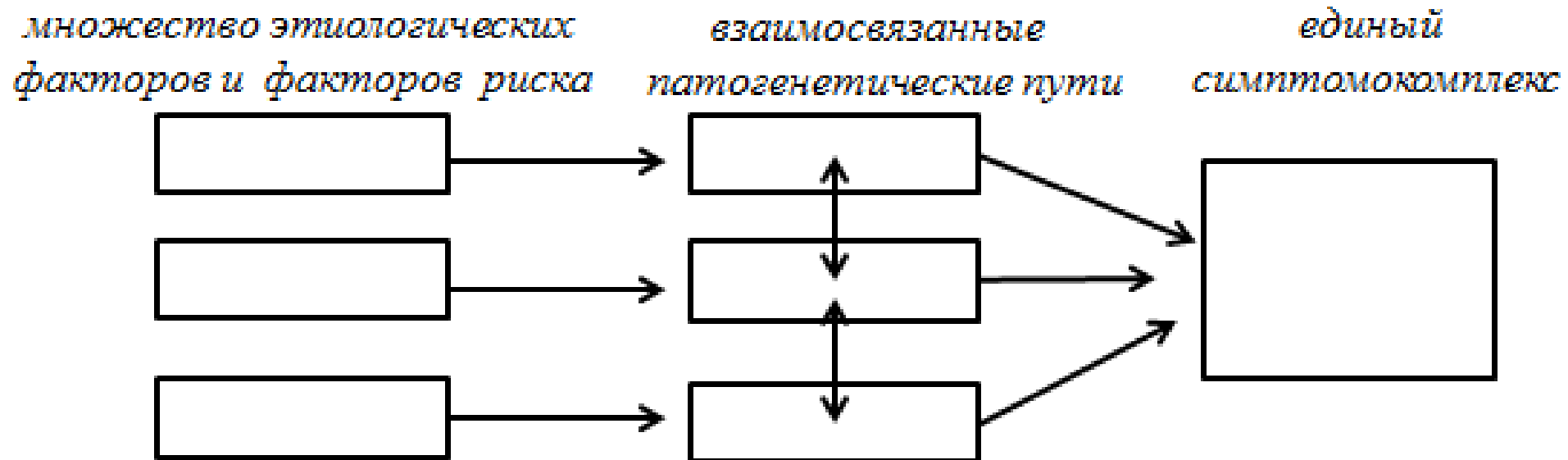
# Что такое гериатрический синдром?

- ▶ Термин «гериатрический синдром» был впервые введен в 1909 г. и стал ключевым понятием в гериатрии.
- ▶ В середине 20 века врач из Великобритании Бернард Исаак выделил четыре синдрома, которые он назвал «гериатрическими гигантами» - immobility (ограничение мобильности), instability (трудность поддержания равновесия), incontinence (недержание) и intellectual impairment (когнитивные нарушения).





**Гериатрический синдром**



# 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 (ортостатический гипотония, ортостатическая тахикардия с симптомами или без)
- ▶ Снижение зрения
- ▶ Снижение слуха
- ▶ Недержание мочи / кала
- ▶ Констипационный синдром
- ▶ Недостаточность питания (мальнутриция)
- ▶ Обезвоживание
- ▶ Хронический болевой синдром

# Взаимосвязь гериатрических синдромов

- ▶ Падения усиливают риск потери автономии
- ▶ Мальнутриция увеличивает риск падений, когнитивных нарушений, недержания мочи
- ▶ Когнитивные нарушения приводят к развитию недержания мочи, падений, потере независимости
- ▶ Так, в исследовании Хрусталь было показано, что ***Исчезновение жалоб на недержание мочи через 2,5 года наблюдения приводило к снижению риска падений на 55%!***

\* -после поправки на пол, возраст, деменцию, зависимость от посторонней помощи, снижение уровня физического функционирования, перенесенные ОНМК и ОИМ в анамнезе, улучшение питания, коррекцию зрения и улучшение когнитивных функций

## **НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ**

- **Снижение когнитивных функций**
- **Снижение зрения и появление трудностей при выполнении повседневных задач**
- **ССА**

## **ПАДЕНИЯ**

- **Снижение когнитивных функций**
- **Снижение зрения и появление трудностей при выполнении повседневных задач**
- **ССА**

**Следовательно, можно  
предупредить инвалидность в  
результате падений, если  
организовать правильную  
профилактику падений!**


# Почему падения и переломы?

- ▶ Падения и переломы являются ключевыми гериатрическим синдромом, значительно ухудшающими качество жизни и прогноз автономности людей пожилого и старческого возраста
- ▶ Профилактика падений и переломов у лиц пожилого и старческого возраста является стратегической задачей для обеспечения здорового старения, сохранения качества жизни пожилого человека и его независимости от посторонней помощи, а также сокращения экономических затрат на здравоохранение и социальную поддержку
- ▶ Для решения этой задачи разработан комплекс мер, направленных на профилактику падений и переломов у лиц пожилого и старческого возраста
- ▶ Поэтапное внедрение комплекса мер во всех субъектах Российской Федерации является ключевым этапом реализации Федерального проекта

СОГЛАСОВАНО

Главный внештатный  
специалист-гериатр  
Министерства Здравоохранения  
Российской Федерации

О.Н. Ткачева

  
15 декабря 2020 г.

УТВЕРЖДАЮ

Заместитель  
Министра здравоохранения  
Российской Федерации

Е.Г. Камкин

  
15 декабря 2020 г.

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральный центр координации деятельности субъектов Российской Федерации  
по развитию организации оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия»

Российская ассоциация геронтологов и гериатров

Обособленное структурное подразделение  
Российский геронтологический научно-клинический центр  
ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский  
университет имени Н.И. Пирогова»

**КОМПЛЕКС МЕР, НАПРАВЛЕННЫЙ НА  
ПРОФИЛАКТИКУ ПАДЕНИЙ И ПЕРЕЛОМОВ  
У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

**Методические рекомендации**

# ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ЧЕЛОВЕК СТАРШЕ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА (РФ, 2018)

## ПЕРЕЛОМ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА<sup>1</sup>

ПО ДАННЫМ ФГБУ «ЦЭКМГ» МЗ РФ  
НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА РЕЕСТРА СЧЕТОВ НА ОПЛАТУ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОМС



**238** ТЫС.

## ИНФАРКТ МИОКАРДА<sup>2</sup> (включая повторные)



**121** ТЫС.

## ЗНО ТОЛСТОЙ КИШКИ<sup>3</sup> (Коды МКБ 10: C18-C21)



**61** ТЫС.





# ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ КОМПЛЕКСА МЕР

НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА

КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ



КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА РЕАЛИЗАЦИИ

ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАЦИОННЫЕ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ



«ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА»



ЛОКАЛЬНЫЙ РЕГЛАМЕНТ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПАДЕНИЙ И ПЕРЕЛОМОВ



ФОРМИРОВАНИЕ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ



ИНФРАСТРУКТУРА, АЛГОРИТМЫ СКРИНИНГА И МАРШРУТИЗАЦИИ

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ И МЕДИЦИНСКИМИ ИЗДЕЛИЯМИ

РЕГИСТРЫ



# Что делается?

- ▶ Создана служба профилактики повторных переломов
- ▶ Обучение врачей общей практики, участковых терапевтов и специалистов вопросам диагностики, профилактики и лечения переломов на командной основе
- ▶ Россия стала членом глобальной организации FFN-  
Fragility fractures network- глобальная сеть борьбы с переломами в пожилом возрасте

# Совершенствование периоперационного ведения

- ▶ Несмотря на развитие операционных технологий, совершенствование хирургического и анестезиологического пособия, смертность после оперативного лечения остается высокой
- ▶ После оперативного лечения количество осложнений и неудовлетворительных функциональных результатов остается очень высоким и достигает 30% (Федеральные клинические рекомендации Переломы проксимального отдела бедренной кости, 2019)
- ▶ Перелом ПОб – ведущая причина смертности, обусловленной повреждениями, у пожилых больных (Panula J, Pihlajamaki H, Mattila VM, et al. BMC Musculoskelet Disord. 2011;12:105.)
- ▶ Летальность в 5 раз выше у мужчин и в 3 раза выше у женщин с ППОБ по сравнению с общей популяцией, и продолжает оставаться такой в течение 10 лет после операции (Omsland TK, Emaus N, Tell GS, et al. Bone. 2014;63:81–6.)

# Причины неудовлетворительных результатов и смертности

- ▶ Для повышения выживаемости и улучшения функциональных результатов необходимо идентифицировать факторы, влияющие на повышенную смертность
- ▶ Различные обзоры демонстрируют 35 факторов, обусловленных особенностями пациентов, и 9 т.н. системных факторов
- ▶ Однако механизмы, активирующие эти факторы, пока не всегда ясны

(Sheehan, K.J., Sobolev, B., Chudyk, A. *et al.* Patient and system factors of mortality after hip fracture: a scoping review. *BMC Musculoskelet Disord* 17, 166 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12891-016-1018-7>)

# Факторы пациента

- ▶ Однозначное мнение существует в литературе, что летальность ассоциируется с возрастом, полом, сопутствующими заболеваниями, функциональным статусом, деменцией, аритмиями и застойной сердечной недостаточностью
- ▶ Противоречивые мнения существуют в отношении влияния на послеоперационную летальность таких факторов, как делирий и тип перелома
- ▶ Биологические механизмы влияния заболеваний и состояний на смертность включают наличие сопутствующих заболеваний, функцию сердечно-сосудистой системы, иммунитет, костное ремоделирование, гликемический контроль и гомеостаз кальция

# Факторы пациента

- ▶ Дегидратация
  - ▶ Анемия
  - ▶ Гипотензия
  - ▶ Вариабельность ЧСС
  - ▶ Риск образования пролежней
  - ▶ Недостаточность питания
  - ▶ Использование катетера
- ▶ Sheehan KJ, et al. Prognostic factors of in-hospital complications after hip fracture surgery: a scoping review. *Osteoporos Int.* 2019 Jul;30(7):1339-1351. doi: 10.1007/s00198-019-04976-x.

# Системные факторы

- ▶ **Задержка госпитализации**
- ▶ **Отложенное хирургическое лечение**
- ▶ **Длительное пребывание в стационаре после операции**
- ▶ **Неверное планирование**
- ▶ **Тип анестезии**
- ▶ **Недостаточно обученный сестринский персонал**

## **Итак, что можно изменить?**

- ▶ **Возраст?**
- ▶ **Количество сопутствующих заболеваний?**
- ▶ **Функциональный статус?**
- ▶ **Хрупкость, или старческую астению?**



# Фактор сопутствующих заболеваний

- ▶ Перед операцией рекомендуется определить индекс коморбидности
- ▶ Чарльсона
- ▶ Эликсхаузера
- ▶ Модифицированный индекс хрупкости

# Как измерить функциональный статус

- ▶ Доказана связь низкого функционального статуса со смертностью
- ▶ Зависимость или автономность
- ▶ Базисная активность в повседневной жизни
- ▶ Инструментальная активность в повседневной жизни
- ▶ Опросники
- ▶ Краткий тест физического функционирования
- ▶ Есть ли время оценивать эти тесты при поступлении?
- ▶ А если пациент не вступает в контакт?

# Systematic review and meta-analysis of the association between frailty and outcome in surgical patients

12 исследований

Хрупкость ассоциировалась с

- ▶ ↑ внутрибольничной летальности ОШ 2.77, 95% ДИ 1.62–4.73
- ▶ ↑ однолетней смертности ОШ 1.99, 95% ДИ 1.49–2.66
- ▶ ↑ длительности пребывания в больнице (1.05 days, 95% ДИ 0.02–2.07 days)
- ▶ **ВЫВОДЫ:** хрупкость ассоциирована с худшими исходами в отношении смертности и возвращения к независимости у пациентов, подвергающихся хирургическим вмешательствам. Необходимы дальнейшие исследования для выявления факторов, которые могут быть оптимизированы

**Optimal Preoperative Assessment of the Geriatric Surgical Patient: A Best Practices Guideline from the American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program and the American Geriatrics Society**

**Рекомендуется оценить наличие у  
пациента синдрома хрупкости и  
документально подтвердить**

# **Влияние оценки хрупкости на послеоперационную выживаемость**

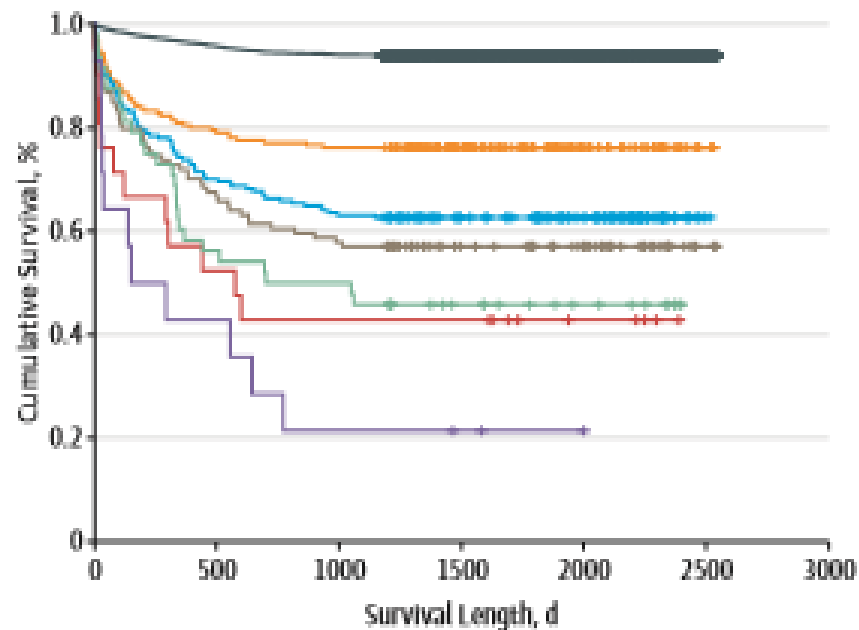
- ▶ сравнения хирургических исходов до и после внедрения Frailty Screening Initiative
- ▶ 9153 пациентов, средний возраст  $60,3 \pm 13,5$  лет
- ▶ общая хирургия
- ▶ инструмент - Risk Analysis Index, RAI ( 14 пунктов, 2 минуты)
- ▶  $\geq 21$  балла – осмотр руководителя до операции, информирование хирурга, анестезиолога, других специалистов

# Влияние оценки хрупкости на послеоперационную выживаемость

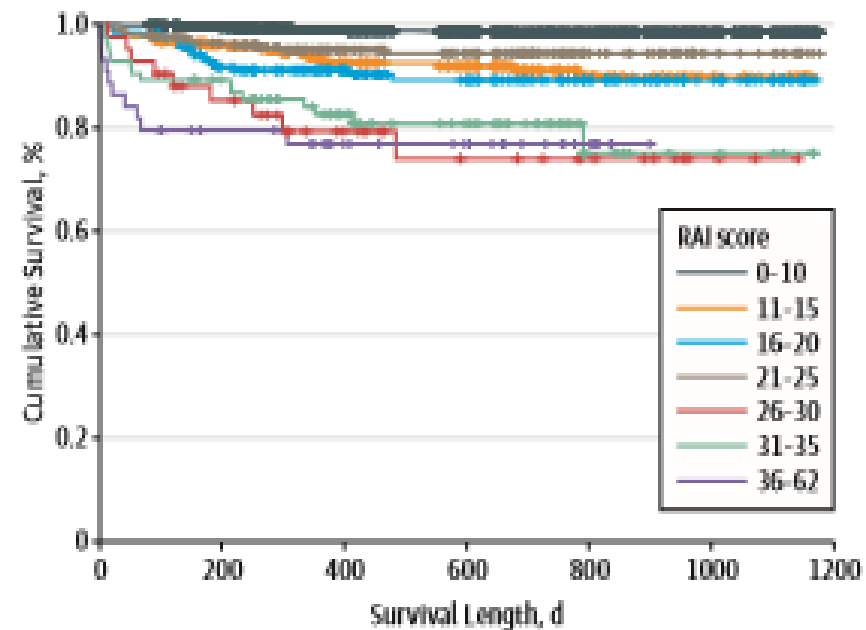
Общая смертность снизилась:

- 30-дневная с 1,6% до 0,7% (,  $P < 0,001$ ) , у хрупких пациентов - с 12,2% до 3,8% (,  $P < 0,001$ ),
- 180-дневная с 23,9% до 7,7% ( $P < 0,001$ )
- 1-годичная (34,5% до 11,7% ,  $P < 0,001$ )

**A** Before FSI implementation



**B** After FSI implementation



JAMA Surg. 2017 Mar 1;152(3):233-240. doi: 10.1001/jamasurg.2016.4219.

**Association of a Frailty Screening Initiative With Postoperative Survival at 30, 180, and 365 Days.**

Hall DE et al

# Хрупкость и прогнозирование послеоперационной смертности

- **275 пациентов 65 лет и старше, перенесших операции, третий уровень медицинской помощи; наблюдение 1 год**
- **Оценка хрупкости по многомерной модели прогнозирует смертность более точно, чем классификация Американского общества анестезиологов (площадь под кривой 0,821 против 0,647,  $p = 0,01$ ).**
- **Пациенты с более 5 критериями хрупкости имели увеличение послеоперационного риска смертности (ОР 9,01; 95% ДИ, 2.15-37.78;  $P = 0,003$ ) и более длительную госпитализацию после операции (в среднем 9 [5-15] против 6 [3-9] дней;  $P < 0,001$ ).**

# Оценка делирия при поступлении

- ▶ **Послеоперационный делирий - неспецифический церебральный синдром, характеризующийся одновременными нарушениями сознания и внимания, восприятия, мышления, памяти, психомоторного поведения, эмоций, режима сна и бодрствования.**
- ▶ **Тяжесть делирия варьирует от легкой до очень тяжелой, у пожилых пациентов возникает с частотой до 50%, поэтому все потенциальные факторы риска должны быть выявлены и зафиксированы в истории болезни**



## Другие важные сведения

- ▶ Рекомендуется производить предоперационную оценку риска сердечно-сосудистых осложнений
- ▶ В настоящее время наиболее эффективным методом скрининговой оценки риска сердечно-сосудистых осложнений является пересмотренный индекс Lee, который рекомендован для предоперационной оценки Европейским обществом анестезиологов
- ▶ Рекомендуется оценивать респираторный риск с помощью шкалы риска послеоперационной дыхательной недостаточности

# Риск падений

- ▶ Шкала Морсе
- ▶ Возраст не помеха
- ▶ Принципы профилактики падений

# Применение комплексной гериатрической оценки в колопроктологии

- ▶ Позволило оперировать людей не только пожилого, но и преклонного возраста
- ▶ Пятилетняя выживаемость у лиц старше 80 лет повысилась
- ▶ Появилось и поддерживалось качество жизни

# Таким образом,

- ▶ Правильная периоперационная оценка помогает снизить послеоперационную летальность
- ▶ **Совместный осмотр при поступлении с гериатром способствует снижению послеоперационной летальности и осложнений**
- ▶ Пациенты со старческой астенией, когнитивными нарушениями, сниженным функциональным статусом должны быть предметом особого внимания мультидисциплинарной команды

**Одна из отличительных  
особенностей гериатрии- акцент  
на реабилитацию**

# Реабилитация и гериатрия: сходство на системном уровне

- Философия реабилитации основана на качестве жизни
- Развернутый реабилитационный диагноз подразумевает качество жизни

- Цель гериатрии – не только вылечить, но прежде всего обеспечить качество жизни

# Реабилитация и гериатрия: сходство на системном уровне

→ Реабилитация:  
диагностика  
нарушения  
функции,  
взаимодействи  
е организма и  
среды

→ Гериатрия: оценка  
функционального  
статуса в первую  
очередь

# Реабилитация и гериатрия: сходство на системном уровне

→ Реабилитация:  
комплексный  
подход

→ Комплексная  
гериатрическая  
оценка



# Где проводится реабилитация?

- ▶ Специальные отделения реабилитации
- ▶ Стационары
- ▶ Дневные центры
- ▶ Муниципальные учреждения
- ▶ Реабилитация должна проводиться с обязательным участием гериатра

# Заключение

- ▶ Современная система долговременного ухода позволяет правильно оценивать функциональный статус пожилого человека, обеспечивать его комплексом необходимых услуг в соответствии с правильно оцененными потребностями
- ▶ Мультидисциплинарный подход в профилактике и диагностике и лечении заболеваний и синдромов пожилого возраста обеспечивает эффективное восстановление и предупреждение развития инвалидности
- ▶ Акцент в гериатрии должен быть сделан не на лечении, а на реабилитации, что позволит снизить долю инвалидов и нуждающихся в постоянном уходе