

3 шаг.



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**
(Минздрав России)
ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА

Руководителям органов исполнительной
власти субъектов Российской Федерации
в сфере охраны здоровья (по списку)

Рахмановский пер., 3. Москва, ГСП-4, 127994
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

12 АВГ 2016

№ 17-9/10/2-5011

На № _____ от _____

Главным результатом деятельности здравоохранения в 2015 году явился рост ожидаемой продолжительности жизни населения, достигший в 2015 году исторического максимума - 71,39 года.

За этот же период увеличился коэффициент пенсионной нагрузки на 1000 населения трудоспособного возраста с 333 в 2007 году до 410 человек в 2015.

Произошли значительные изменения в возрастной структуре населения страны. Вклад старших возрастных групп в общую смертность в 2015 году вырос практически до 75% против 73% в 2014 году и 71% в 2011 году.

Для дальнейшего роста продолжительности жизни необходимо снижение заболеваемости и смертности у граждан старшего поколения, и это является задачей гериатрии.

Развитие гериатрической службы – одно из приоритетных направлений системы здравоохранения в настоящее время.

Важным событием 2016 года в этом направлении стало утверждение приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.01.2016 № 38н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "гериатрия"».

Модель организации гериатрической службы предполагает единую трехуровневую систему, которая включает амбулаторное звено, стационарную помощь и организационно-методические и научные гериатрические центры.

В соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья данный порядок является обязательным для исполнения на территории всей Российской Федерации.

Сложившиеся демографические тенденции, понимание проблем пожилого возраста, развитие общества, приоритетом которого является человек, положены в основу распоряжения Правительства Российской Федерации от 05.02.2016 № 164-р «Об утверждении Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года» (далее – Стратегия).

Одним из приоритетных направлений Стратегии является обеспечение здоровья людей пожилого возраста с целью увеличения продолжительности жизни и повышение уровня и качества жизни людей старшего поколения.

Учитывая изложенное, в целях успешного создания гериатрической службы в каждом регионе Российской Федерации Министерство здравоохранения Российской Федерации направляет для использования в работе методические материалы для медицинских работников по вопросам гериатрической оценки и ведению пациентов в возрасте 60 лет и старше с синдромом старческой астении, а также памятки для пожилых пациентов, разработанные главным внештатным специалистом гериатром Министерства здравоохранения Российской Федерации, директором ОСП «Российский геронтологический научно-клинический центр» ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России О.Н. Ткачевой.

Просим обеспечить доведение методических рекомендаций до организаторов здравоохранения, врачей-гериатров, врачей-терапевтов участковых, а также обеспечить тиражирование и распространение памяток для пациентов.

Приложение: на 4½ л. в 1 экз.



Т.В. Яковлева

УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ РУК

- Упражнение можно выполнять как стоя, так и сидя на стуле.
- Ноги на полу, плечи расправлены.
- Возьмите в руки гантели или другие предметы весом 0,5-1,5 кг, поднимите и согните руки в локтях 90°.
- На выдохе вытяните руки вверх и оставайтесь в такой позиции в течение секунды.
- На вдохе опустите руки.
- Повторяйте по 10-15 раз.



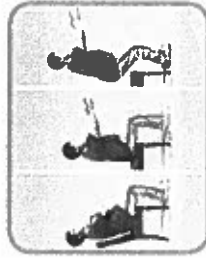
БАЛАНСИРОВАНИЕ НА ОДНОЙ НОГЕ С ОПОРОЙ НА СТУЛ

- Живот подтянут, спина прямая, подбородок приподнят, взгляд вперед.
- Стоя на одной ноге, держитесь за стул.
- Сохраняйте эту позицию 10-15 секунд.
- Повторите 10-15 раз на одной ноге, затем на другой.



ПРИСЕДАНИЯ СО СТУЛОМ

- Сядьте на стул, стопы плотно прилегают к полу, выпрямите спину, сложите руки на груди, дыхание глубокое, медленное.
- Вытяните руки перед собой параллельно полу и на выдохе медленно поднимайтесь.
- На вдохе сядьте обратно. Спина прямая.
- Повторите 10-15 раз.



Если у Вас имеются проблемы с коленными суставами, проконсультируйтесь с врачом.

Составлено по материалам Глобальных рекомендаций по физической активности для пожилых людей 65 лет и старше; Рекомендаций по физической активности для людей старшего возраста по данным Австралийского ДЗ; National Institute on Aging at NIH, методических рекомендаций «Физическая активность» ГИИЦ Профилактической медицины Минздрава РФ.



ГЕРИАТРИЧЕСКАЯ СЛУЖБА
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА
ДЛЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ



ОСНОВНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ДЛЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАЩЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



РОССИЙСКИЙ
КОРПОРАТИВНЫЙ
НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЙ
ЦЕНТР

Физическая активность является основным компонентом не только здорового образа жизни, но и лечения и профилактики многих заболеваний. Для людей старшей возрастной группы физическая активность полезна не меньше, чем для молодых. Физически активные пожилые люди имеют более высокий уровень функциональной адаптации сердечно-сосудистой, дыхательной систем, лучшую память, умственную работоспособность, координацию, меньший риск падений, большую самостоятельность и более низкие показатели смертности от всех причин.

Кроме того, регулярные тренировки помогают вылечиться от глубокой депрессии, а групповые занятия помогают освободиться от ощущения социальной изоляции и одиночества. Важно отметить, что наличие хронических заболеваний не является противопоказанием к умеренным физическим нагрузкам.

Физическая активность принесет Вам пользу, если Вы будете знать и помнить, что:

- физическая активность – это не только спорт, но и любая ежедневная деятельность (ходьба, домашняя работа, танцы и др.);
- для того, чтобы физическая активность была регулярной (не менее 3-5 раз в неделю) необходимо подобрать такой вид занятий, который будет приносить Вам удовольствие (например, прогулка с собакой, игра с внуками, танцы и др);
- не нужно ставить нереальных задач и рекордов, выбранный вид физической активности должен быть доступным для Вас;
- физическая активность должна быть аэробной;
- заниматься лучше на свежем воздухе или в хорошо проветриваемом помещении.

РЕКОМЕНДОВАНО

- 1** Заниматься физической активностью умеренной интенсивности не менее 150 минут в неделю, или высокой интенсивности не менее 75 минут в неделю, или сочетанием той или иной.
- 2** Выполнять упражнения аэробной физической активности продолжительностью по 10 минут.
- 3** Для получения дополнительных преимуществ для здоровья увеличивать физическую активность средней интенсивности до 300 минут в неделю, или высокой интенсивности до 150 минут в неделю.
- 4** Для предотвращения падений пожилым людям необходимо выполнять упражнения на равновесие 3 и более дней в неделю.
- 5** Для профилактики остеопороза и переломов выполнять силовые упражнения, задействуя основные группы мышц, 2 и более дней в неделю.
- 6** Если пожилые люди не могут выполнять рекомендуемый объем физической активности, выполнять упражнения, соответствующие их возможностям и состоянию здоровья.



СТРУКТУРА ЗАНЯТИЯ

Разминка (разогрев)	5-10 минут. Может состоять из легких потягиваний, гимнастических упражнений или физических упражнений низкой интенсивности (например, ходьба). Это важная переходная фаза, позволяющая скелетно-мышечной, сердечно-сосудистой и дыхательной системам подготовиться к физической нагрузке.
Активная фаза	Это фаза сердечно-сосудистая или аэробная. Длится 10–60 минут.
Период остывания	5-10 минут. Упражнения такие же, как и при разминке. Этот период важен для предотвращения снижения давления при резком прерывании физической нагрузки.

СОВЕТЫ

- Занимайтесь физическими упражнениями с друзьями, членами семьи или единомышленниками.
- Пейте достаточное количество воды после и во время занятий умеренной физической активностью во избежание обезвоживания.
- Обязательно разогревайте мышцы перед нагрузкой: пройдите, выполните несколько несложных упражнений до и после основной нагрузки.
- Старайтесь отводить время прогулкам, упражнениям, любым видам спорта на воздухе.
- Занимайтесь в удобной спортивной обуви и одежде.
- Не забывайте о важности правильного питания.

Для людей в возрасте 65 лет и старше физическая активность включает активность в период досуга, передвижений (например, ходьба пешком или езда на велосипеде), профессиональной деятельности, домашних дела, игры, состязания, спортивные или плановые занятия в рамках повседневной жизни, семьи и сообщества.

ВАРИАНТЫ ИНТЕНСИВНОСТИ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ

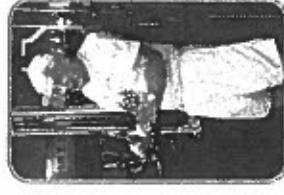
Умеренная физическая активность (150 минут в неделю)

- Ходьба (домой, на работу, на перерыв на обед)
- Работа в саду (должна быть регулярной)
- Медленная езда на велосипеде
- Народные, классические или популярные танцы
- Занятия йогой
- Настольный парный теннис
- Подъем по лестнице пешком
- Плавание (не соревновательного характера)
- Уборка: мытье окон, полов и т.д.
- Упражнения на баланс, растяжку или силовые упражнения с небольшим весом



Интенсивная физическая активность (75 минут в неделю)

- Бег трусцой
- Баскетбол
- Футбол
- Быстрая езда на велосипеде
- Ходьба на лыжах по ровной местности
- Соревнование по плаванию
- Одиночный теннис и бадминтон
- Силовые упражнения с большим весом
- Конный спорт



Для занятий интенсивной физической активностью необходимо дополнительное медицинское обследование.

В каких случаях необходимо остановить занятие (но не отказываться от ежедневных нагрузок)

Если у Вас появились:

- головокружение
- ощущение «прилива крови» к лицу
- дискомфорт или боль в области сердца, груди
- сильное утомление
- боли в икроножных мышцах
- одышка
- нарушение координации
- понижение конечностей
- превышение допустимых пределов частоты сердечных сокращений
- падение АД или чрезмерное повышение АД
- резкие боли в суставах / пояснице

При повторении симптомов обратитесь к врачу для корректировки нагрузки!

Когда противопоказаны занятия физической культурой

(на время прекратить занятия):

- в острый период заболевания (обострение хронических заболеваний, обострение артритов, острые респираторные, кишечные инфекции и др.)
- если в покое частота сердечных сокращений более 100 или менее 50 ударов в минуту
- при тяжелых нарушениях ритма и проводимости сердца
- если АД выше 220/120 или ниже 90/50 мм рт.ст.
- при грубых нарушениях памяти, умственной работоспособности

После купирования острых состояний можно постепенно возвращаться к привычной физической активности.

ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЦА

Для пациентов, страдающих заболеваниями сердца, перенесшими инфаркт миокарда должна быть назначена программа реабилитации, включающая курс контролируемой врачом лечебной физкультуры физической активности. Должно быть проведено обследование в кабинете функциональной диагностики для определения «пороговой» частоты сердечных сокращений и частоты безопасного тренировочного пульса. Максимальная возрастная частота сердечных сокращений определяется по формуле 220 уд/мин – возраст. Пациенту рекомендуются нагрузки с тренировочным пульсом 50-75% от максимальной частоты сердечных сокращений.

ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СУСТАВОВ

Суставы также должны получать адекватную нагрузку, но начинать занятия необходимо с минимальных нагрузок. В большинстве случаев физическая активность не является причиной возникновения артритов или угрозой для повреждения суставов. Занятия противопоказаны лишь в период обострений артритов.

Ниже представлены некоторые упражнения для поддержания равновесия и силы.

ХОДЬБА «С ПЯТКИ НА НОСОК»

- Пятку одной ноги ставим перед носком другой. Носок и пятка должны соприкасаться или почти соприкасаться.
- Вытяните руки в стороны, подтяните живот, спина прямая.
- Выберете точку перед собой и смотрите на нее, двигаясь по направлению к этой точке.
- Таким же образом меняйте ноги, делая шаги вперед.
- Сделайте 20 шагов.



БАЛАНСИРОВАНИЕ ПРИ ХОДЬБЕ

- Вытяните руки в стороны, подтяните живот, спина прямая.
- Выберете точку перед собой и смотрите на нее, двигаясь по направлению к этой точке.
- Двигайтесь по прямой линии, поднимая одну ногу, согнутую в колене и переставляя ее вперед.
- Сделайте 20 шагов, меняя ноги.



РАБОТА С ЭСПАНДЕРОМ ИЛИ МЯЧОМ

- Возьмите в руку теннисный мяч или эспандер.
- Медленно сжимайте мяч в руке на 3-5 секунд.
- Медленно разожмите руку.
- Повторяйте по 10-15 раз каждой рукой.



РЕКОМЕНДАЦИИ ПО СНИЖЕНИЮ РИСКА ПАДЕНИЙ

- Регулярно занимайтесь физическими упражнениями. Физическая нагрузка делает Ваше тело сильнее и улучшает координацию.
- Проконсультируйтесь с Вашим врачом и попросите просмотреть все лекарства, которые Вы принимаете, включая безрецептурные препараты. Некоторые из них могут вызывать сонливость или понижать концентрацию внимания.
- Проверьте зрение у офтальмолога как минимум один раз в год. Плохое зрение повышает риск падения.
- Старайтесь всегда подниматься и вставать из положений лежа и сидя очень медленно.
- Если Вам тяжело шнуровать обувь, целесообразно пришить вместо шнурков широкие резинки или сделать застежку на липучке.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

- Прикрепите список с телефонами экстренных служб возле каждого телефона в доме.
- Телефонный аппарат установите поближе к полу на случай, если Вы упадете и не сможете поднять.
- Подумайте над возможностью использовать мобильное устройство для подачи сигнала тревоги в случае, если Вы упадете и не сможете подняться.
- Запишите и храните в доступном месте имена и телефоны Вашего лечащего врача, близких родственников и друзей, в нужный момент они подскажут важную медицинскую информацию.
- Ваши близкие должны знать, где хранятся паспорт, свидетельство о рождении, медицинский страховой полис, другие Ваши личные документы, квитанции за электричество и т.д.



ГЕРИАТРИЧЕСКАЯ СЛУЖБА
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА
ДЛЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ



ОСНОВНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОБУСТРОЙСТВУ ДОМА ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



РОССИЙСКИЙ
геронтологический
научно-клинический
центр

РИСК ПАДЕНИЯ

Каждый год тысячи пожилых людей падают дома. Многие из них получают серьезные травмы, включая переломы (наиболее часто — шейки бедра, дистальных отделов рук и ног, костей таза, позвонков). Падения часто происходят из-за внешних причин, которым не придают значения в бытовых условиях, но их можно легко устранить.

СОВЕТЫ



- Проверьте состояние пола в каждой комнате. Поверхность пола должна быть ровной, гладкой, но не скользкой.
- Установите дома хорошее освещение. Используйте лампочки высокой мощности. Флуоресцентные лампочки ярче и экономичнее.
- Вам должно быть удобно передвигаться по дому. Освободите проходы. При необходимости попросите кого-либо переставить мебель.
- Уберите все посторонние предметы с пола на пути следования (обувь, миски для корма животных, сумки, коробки и т. д.). Никогда не храните их на полу.
- Храните наиболее часто используемые предметы на нижних полках (приблизительно на уровне пояса).
- Уберите коврики, которые легко скользят по полу, или используйте двухсторонний скотч или нескользящую подложку, чтобы прикрепить ковер к полу и предотвратить скольжение.
- Проверьте высоту кровати. Вам должно быть удобно вставать и садиться на кровать. Верхний край матраса должен быть на уровне не ниже уровня коленей.



- Все необходимые предметы, такие как очки, книги, газеты, лекарства, вода для питья, часы должны лежать рядом с изголовьем.
- Установите светильник таким образом, чтобы его легко было включить, находясь в кровати.
- Сверните провода/кабели (например, телефон или удлинитель) или прикрепите к стене таким образом, чтобы не было возможности о них споткнуться, в случае необходимости вызовите электрика и проведите дополнительные розетки.
- Пригласите специалиста и установите ручки внутри ванной и возле унитаза.

- Используйте противоскользящий коврик или самоклеющиеся противоскользящие ленты на полу ванной комнаты или душевой кабины.
- Попросите кого-либо отметить, например, белой краской пороги, края всех ступенек на лестнице внутри и снаружи вашего дома с тем, чтобы их хорошо было видно.



ИЗБЕГАЙТЕ



Самостоятельно доставать предметы с верхних полок и антресолей



Становиться на стремянки и стулья



Использовать в качестве домашней обуви шлепанцы без задников, они повышают риск падения и часто соскальзывают с ног

ЖИДКОСТЬ

Рекомендации по принимаемой ежедневно жидкости у взрослых людей не меняются с возрастом и составляют 1500-2500 мл или 30 мл на 1 кг массы тела в сутки*. Около 40% ежедневной потребности организма в воде удовлетворяется с пищей, остальное следует принимать в виде различных напитков (вода, сок, компот, отвар шиповника, чай). С возрастом наш организм теряет способность ощущать жажду, что ведет к снижению употребления жидкости и развитию обезвоживания. Полезнее пить часто и понемногу, так как употребление большого количества жидкости за один прием влечет за собой большую нагрузку на сердце.

Старайтесь следить за тем, сколько жидкости Вы выпиваете каждый день. Ограничивайте употребление соли до 5 г и сахара до 30 г в сутки.

* При наличии у Вас хронической сердечной недостаточности объем жидкости не рекомендуется увеличивать более 2000 мл в сутки, а минимум приема жидкости также составляет 1500 мл в сутки.

ПОВОД ДЛЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ У ВРАЧА

- Если у Вас стали возникать трудности при глотании, частые поперхивания при приеме пищи, обратитесь к врачу, чтобы не пропустить серьезного заболевания.
- Если имеются кариозные зубы, патология десен, проблемы с зубными протезами, обязательно проконсультируйтесь у стоматолога.
- Если Вас стали беспокоить запоры, несмотря на правильное питание и умеренную физическую активность, обратитесь к врачу – возможно Вам необходимо пройти эндоскопическое обследование толстого кишечника.



ГЕРИАТРИЧЕСКАЯ СЛУЖБА
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА
ДЛЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ



ПИТАНИЕ ДЛЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ И ЧЛЕНОВ ИХ СЕМЕЙ

УМЕРЕННОСТЬ В ПИТАНИИ И РАЗНООБРАЗИЕ ЕЖЕДНЕВНОГО РАЦИОНА – ЗАЛОГ ВАШЕГО ЗДОРОВЬЯ И ДОЛГОЛЕТИЯ

Правильное питание необходимо для сохранения здоровья в любом возрасте, но особенно важно для пожилых людей

ФАКТОРЫ, КОТОРЫЕ СПОСОБНЫ УХУДШИТЬ ПИТАНИЕ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

- Одиночество (особенно для тех, кто ранее жил в семье и не готовил самостоятельно пищу).
- Не умение готовить самостоятельно пищу, покупать продукты, как правило, распространено среди мужчин.
- Ухудшение памяти (пожилые человек забывает вовремя принять пищу).
- Физические недостатки, при которых человек не может выходить в магазин, готовить или принимать пищу.
- Лекарственные препараты, которые принимает пожилой человек и которые могут иметь побочные проявления в виде тошноты, снижения аппетита или нарушения всасывания некоторых витаминов или минеральных веществ.
- Экономические причины (недостаточно денег или еда не является приоритетом).
- Зависимость от опекунов или других членов семьи/общества, непосредственно осуществляющих закупку продуктов и приготовление пищи, не удовлетворяющей вкусу пожилого пациента.

ВАЖНО



Приготовление пищи с учетом вкуса и желания пожилого человека



Создание благоприятной доброжелательной атмосферы во время еды

ПРИМИТЕ К СВЕДЕНИЮ

- При стабильном нормальном весе и хорошем самочувствии Вы можете продолжить питаться в привычном для Вас режиме, сохраняя прежний объем и состав пищи.
- Для большинства пожилых людей рекомендуется уменьшение калорийности пищи (на 5-7% каждые 10 лет в период с 30 до 70 лет), так как по мере старения человека отмечается снижение интенсивности обменных процессов, замедление расщепления пищевых веществ и их усвоение.
- При сопутствующем длительно протекающем заболевании может развиваться дефицит питания. В этих случаях необходимо увеличение количества пищи, изменение ее качественного состава. В отсутствие достаточного питания возникает опасность прогрессирования заболевания и развития осложнений.
- При некоторых заболеваниях (сахарном диабете, атеросклерозе, подагре, хронических запорах, заболеваниях почек и др.) диета является неотъемлемой частью лечебного процесса. Об особенностях питания при этих заболеваниях необходимо проконсультироваться с лечащим врачом.

ТРИ ОСНОВНЫХ ПРИНЦИПА ПРАВИЛЬНОГО ПИТАНИЯ

- 1 Соответствие количества энергии, или калорийности, потребляемой человеком пищи количеству расходуемой при движении энергии в течение дня.
- 2 Сохранение баланса питательных веществ (белков – 15%, жиров – 30%, углеводов – 55% суточной калорийности), витаминов и минеральных веществ.
- 3 Соблюдение режима питания – прием пищи не реже 4-5 раз в день, в одно и то же время, не переедая перед сном.

Сбалансированное по количеству и качеству питание лежит в основе предупреждения преждевременного старения. Рекомендуемые ежедневные нормы потребления пищи в возрасте старше 60 лет для женщин – 2000 (1800-2100) ккал, для мужчин – 2300 (2200-2400) ккал в зависимости от уровня физической активности. Для людей, ведущих активный образ жизни, калорийность пищи может быть увеличена.

Распределение энергетической ценности суточного рациона, %

Прием пищи	4-разовое питание	5-разовое питание (варианты)
завтрак	25-30	20-25 25
2-й завтрак	—	10-15 —
обед	35-40	30 35
полдник	—	— 10
ужин	20-25	20-25 20-25
2-й ужин	5-10	5-10 5-10

СВЕДЕНИЯ ПО ОСНОВНОМУ СОСТАВУ ПИЩИ И НЕКОТОРЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРИГОТОВЛЕНИЮ БЛЮД

БЕЛКИ

- Норма потребления белков в пожилом возрасте составляет 1-1,25 г на 1 кг массы тела в сутки.
- Оптимальная пропорция между животными и растительными белками составляет 1:1.
- Из белков животного происхождения предпочтение следует отдавать белкам рыбы и молочных продуктов, а при выборе мяса отдавать предпочтение нежирным сортам (говядина, телятина, крольчатина, индейка, конина, курятина).
- Мясо и субпродукты богаты пуриновыми основаниями – источником образования в организме мочевой кислоты, способствующей возникновению мочекаменной болезни и подагры. Пуриновые основания при варке мяса, птицы или рыбы переходят в бульон, поэтому не желательна употребление в пищу бульоны чаще, чем 1-2 раза в неделю. Рекомендовано варить супы на вторичном бульоне (мясо варится после закипания 2-3 минуты, затем бульон сливается, заливается новая вода и на ней уже варится суп). Мясо, рыбу и птицу рекомендовано есть в отварном виде.*

- До 30% суточной потребности в белках желательно обеспечивать за счет молочных и кисломолочных продуктов. Предпочтение следует отдавать продуктам с пониженной жирностью. Кисломолочные продукты особенно полезны, так как содержат полезные микроорганизмы, которые попадая в толстую кишку препятствуют размножению болезнетворных и гнилостных микробов и развитию колита.
- Растительные белки содержатся в зерновых, бобовых, сое. Из зерновых культур наиболее полезны гречневая и овсяная крупа. Употребление риса в связи с его закрепляющим действием может быть ограничено.

ЖИРЫ



- Поступление жира с пищей в пожилом возрасте должно составлять 30% и менее от общей калорийности дневного рациона.
- Растительное (льняное, оливковое, подсолнечное) масло можно употреблять до 25-30 грамм в день (1 столовая ложка оливкового масла и 1 столовая ложка подсолнечного масла).

- Употребление животных жиров (сливочное масло, сливки, жирные сорта мяса, икра) следует ограничить – они трудно перевариваются и усваиваются.
- Избегайте употребление мясокопченной продукции и мясколбасных изделий.
- Готовить пищу лучше без добавления жира – варить, тушить, запекать или готовить на пару.

УГЛЕВОДЫ



- С возрастом ухудшается толерантность к углеводам, поэтому в рационе пожилых людей должны преобладать так называемые «сложные» углеводы и пищевые волокна – разнообразные овощи, ягоды, фрукты, каши из гречневой и овсяной крупы, хлеб грубого помола. Бобовые культуры могут усилить брожение в кишечнике и вызвать вздутие живота.
- Употребление так называемых «простых» углеводов следует ограничить (сахар, сладости – конфеты, торты, пирожные), так как их избыток приводит к перенапряжению деятельности поджелудочной железы и развитию сахарного диабета.

ВИТАМИНЫ И МИНЕРАЛЬНЫЕ ВЕЩЕСТВА

Большинство витаминов не синтезируются в организме – они поступают только с продуктами питания. Организм человека не способен «запасать» витамины впрок на длительный срок и поэтому должен получать их регулярно, в полном наборе и количестве, обеспечивающих суточную физиологическую потребность. Наиболее часто в пожилом возрасте развивается дефицит витаминов С, D, E и группы В, фолиевой кислоты; из минералов – дефицит кальция, магния, цинка.

- Наиболее богаты витамином С – цитрусовые, шпинат, сладкий перец, черная смородина, лук, квашеная капуста.
 - Витамин E можно получить из растительных масел, льняного семени, злаков, молока, сои.
 - Источниками витаминов группы В являются кисломолочные продукты, соя, дрожжи, зеленые листовые овощи, зеленый лук, проросшая пшеница, шпинат, орехи, а фолиевой кислоты – листья зеленых растений.
 - Витамин D₃ синтезируется в организме под действием ультрафиолетовых лучей, поэтому частые прогулки на свежем воздухе в светлое время суток помогут предотвратить развитие его дефицита.
 - Для предупреждения развития остеопороза и переломов костей важно употреблять кальций в достаточном количестве – он содержится в молочных продуктах, рыбе, зеленых овощах, орехах, маке.
 - Основными источниками магния являются злаковые и бобовые продукты, цинка – рыба, яйца, сыр, отруби, дрожжи.
- Ежедневно рекомендовано употреблять 2-3 порции фруктов и 3-4 порции овощей. Одна порция фруктов – это 1 крупный фрукт (яблоко, груша, апельсин) или 3-4 мелких (слива, мандарин, клубника); одна порция овощей – это 112 стакана измельченных приготовленных овощей или 1 стакан измельченных свежих овощей.*

«Утверждаю»

главный гериатр

Минздрава России

 О.Н. Ткачева

« » 2016г.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ СО СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИЕЙ ДЛЯ ВРАЧЕЙ
ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Разработчики: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации **Обособленное структурное подразделение «Российский геронтологический научно-клинический центр»**

Профессор, д.м.н. Н.К. Рунихина, В.С. Остапенко, к.м.н. Н.В. Шарашкина,
к.м.н. Э.А. Мхитарян, Д.А. Каштанова

Синдром старческой астении, или «хрупкость» (frailty)

СТАРЧЕСКАЯ АСТЕНИЯ - ассоциированный с возрастом синдром (ССА, шифр по МКБ-10 R54)

- Основные клинические проявления:
 - общая слабость
 - медлительность и/или
 - непреднамеренная потеря веса
- Сопровождается снижением физической и функциональной активности многих систем, адаптационного и восстановительного резерва,
- Способствует развитию зависимости от посторонней помощи в повседневной жизни, утрате способности к самообслуживанию
- Ухудшает прогноз состояния здоровья

Включает в себя более 85 различных гериатрических синдромов, основными из которых являются синдромы падений, недостаточности питания (мальнутриции), саркопении (уменьшение массы и силы мышечной ткани), недержания мочи, а также сенсорные дефициты, когнитивные нарушения, депрессия

ЦЕЛЬ ЛЕЧЕНИЯ – предупреждение развития преждевременного старения , развития гериатрических синдромов и их осложнений, сохранение и восстановление способности пациентов к самообслуживанию, функциональной активности и независимости от посторонней помощи в повседневной жизни, улучшение качества жизни, снижение смертности

Алгоритм диагностики ССА

Пациенты ≥ 60 лет - скрининг по шкале «Возраст не помеха»

Вопросы		Ответ
1	Похудели ли Вы на 5 кг и более за последние 6 месяцев? (Вес)	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?	Да/нет
4	Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель? (Настроение)	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 м/ подъем на 1 лестничный пролет)	Да/нет

«ХРУПКИЕ» ПАЦИЕНТЫ	«ПРЕХРУПКИЕ» ПАЦИЕНТЫ	«КРЕПКИЕ» ПАЦИЕНТЫ
≥ 3 -х положительных ответов	1-2 положительных ответа	0 положительных ответов
обязательная консультация врача-гериатра, проведение КГО (стр.3) составление индивидуального плана ведения пациента	целесообразна консультация врача-гериатра	-

Наблюдение участкового терапевта, выполнение индивидуального плана ведения пациента с ССА

Полная диагностика ССА основывается на комплексной гериатрической оценке (КГО)

•КГО - междисциплинарный диагностический процесс, результатом которого является разработка комплекса мер, направленных на долгосрочную поддержку пожилого человека, создание координированного плана лечения и долгосрочного наблюдения

Заключение врача-гериатра включает:

Результаты оценки состояния здоровья и социального статуса

Анамнез: условия жизни, качество питания, сна, наличие хронической боли, потребности в помощи, отношение к старости, жизненные приоритеты
Физический статус: выявление гериатрических синдромов (например, синдрома падений, недержания мочи, мальнутриции, снижение физической активности и прочих),
Функциональный статус: оценка базовой и инструментальной функциональной активности, тесты для оценки мобильности, определение мышечной силы
Нейропсихическое исследование: выявление изменений психического статуса (когнитивный дефицит, деменция, депрессия), психологических особенностей личности
Социальный статус: выявление социальной роли и характера социальных взаимоотношений; условия проживания, потребность социальной помощи и уходе

Индивидуальный план ведения

Рекомендации по диете, физической активности, медикаментозной и немедикаментозной терапии, обустройству быта, необходимости адаптивных технологий, социальной поддержке и уходу. Могут быть даны рекомендации для семьи или опекуна, сиделки, осуществляющих уход за ослабленным пожилым пациентом

Рекомендации по ведению пациентов с ССА

Гериатрический синдром	Возможные причины	Рекомендованные мероприятия
Снижение веса	<p>Саркопения (снижение массы и силы мышечной ткани)</p> <p>Синдром мальнутриции</p> <p>Отсутствие зубов и зубных протезов</p> <p>Заболевания ротовой полости, желудочно-кишечного тракта</p> <p>Снижение функциональной активности</p> <p>Сенсорные дефициты¹</p> <p>Полипрагмазия</p> <p>Депрессия</p> <p>Когнитивные нарушения</p> <p>Социальная дезадаптация, одиночество, низкий уровень дохода</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Регулярная физическая активность² • Рекомендации по рациональному питанию³ • Зубопротезирование • Ревизия лекарственных препаратов⁴ • Социальная поддержка (участие семьи, социальной службы) • При необходимости - привлечение социальной службы с целью организации доставки пищевых продуктов

¹ К сенсорным дефицитам относятся снижение зрения, слуха, обоняния, осязания, вкусовых ощущений

² Рекомендации ВОЗ по физической активности для людей 65 лет и старше включают занятия аэробной физической нагрузкой средней интенсивности не менее 150 минут в неделю; упражнения на равновесие 3 или более дней в неделю; силовые упражнения - 2 или более дней в неделю; пожилые люди, которые долго были малоподвижными, должны начинать заниматься медленно, начиная с нескольких минут в день, и наращивать нагрузки постепенно

³ В среднем суточная энергетическая потребность для пожилого человека составляет около 1600 ккал. При развитии белково-энергетической недостаточности суточная калорийность пищи повышается до 3000 ккал. В среднем, пожилому человеку нужно съесть 5-7 порций углеводов, 4-5 порций овощей, 2-3 порции фруктов, 2-3 порции молочных продуктов, 2 порции мясных продуктов и 1-2 порции жиров в день. Кратность приема пищи - не менее 4-5 раз в день. Употребление белка около 1 г/кг/сутки, но не более 100 г/сутки. Употребление 6-8 стаканов жидкости в день. Воду не рекомендуется ограничивать даже пациентам с сердечной недостаточностью и отеками. При приготовлении пищи рекомендуется использовать специи. При наличии дисфагии пища должна быть однородной, пюреобразной консистенции, а жидкость - более густой (кисели, протокваша)

⁴ Попросить пациента принести все лекарства, которые он принимает. Оценка медикаментозной терапии с учетом совместимости лекарственных препаратов, возможных противопоказаний и побочных эффектов (критерии Beers - см. приложение 1)

Рекомендации по ведению пациентов с ССА /продолжение 1/

Гериатрический синдром	Возможные причины	Рекомендованные мероприятия
<p>Падения</p> <p>Мышечная слабость</p> <p>Нарушение походки и равновесия</p> <p>Периферическая нейропатия</p> <p>Лекарственные средства, влияющие на ЦНС,</p> <p>Антигипертензивные препараты, особенно при подборе терапии (см. стр. 10)</p> <p>Снижение зрения</p> <p>Болевой синдром</p> <p>Когнитивные нарушения</p> <p>Депрессия</p> <p>Факторы окружающей среды¹</p> <p>Опасное поведение, характерное для пожилых людей (например, переход улицы или железнодорожного полотна в неполюженном месте)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ограничение приема психоактивных препаратов и нейролептиков (в том числе седативных, снотворных, транквилизаторов и антидепрессантов) • Организация безопасного быта² • Регулярная физическая активность (см. стр.4) • Коррекция нарушений зрения • Рекомендовать пациентам не носить очки с мультифокальными линзами во время ходьбы, особенно по лестницам • Использование вспомогательных средств при ходьбе (трости³, ходунки) • Использование бедренных протекторов • Прием витамина Д в дозе не менее 800 МЕ/сут. длительно • Устранение дефицита витамина В12 • Рекомендовать пациентам использовать в зимнее время противоскользящие накладки на обувь 	

¹ К факторам окружающей среды, повышающим риск падений относятся скользкий пол, плохое освещение, отсутствие перил на лестницах, узкие ступеньки, провода на полу и т.д

² Рекомендовать пациентам убрать посторонние предметы с пола, убрать коврики или приклеить их к полу клеейкой основой, положить нескользящий коврик на пол в ванной комнате и в душе, оборудовать ванну и пространство рядом с туалетом поручнями, повесить ночник в спальне так, чтобы путь от кровати до ванной был хорошо освещен, не использовать стул в качестве стремянки

³ Для правильного подбора трости пациент должен встать прямо, свободно опустить руки и слегка согнуть их в локте (примерно на 15-20 градусов) - при этом рукоятка трости должна находиться на уровне линии изгиба запястья

Рекомендации по ведению пациентов с ССА /продолжение 2/

Гериатрический синдром	Возможные причины	Рекомендованные мероприятия
<p>Когнитивные нарушения</p> <p>Первичные деменции (болезнь Альцгеймера и др.) Деменция при мультисистемных дегенерациях ЦНС (деменция с тельцами Леви, болезнь Паркинсона с деменцией и др.) Вторичные деменции (сосудистая деменция, нормотензивная гидроцефалия, посттравматическая/метаболическая/т оксическая энцефалопатии и др.) Смешанная деменции (болезнь Альцгеймера + сосудистая деменция)</p>	<p>Первичные деменции (болезнь Альцгеймера и др.) Деменция при мультисистемных дегенерациях ЦНС (деменция с тельцами Леви, болезнь Паркинсона с деменцией и др.) Вторичные деменции (сосудистая деменция, нормотензивная гидроцефалия, посттравматическая/метаболическая/т оксическая энцефалопатии и др.) Смешанная деменции (болезнь Альцгеймера + сосудистая деменция)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Консультация специалиста по нарушениям памяти : консультация гериатра при наличии когнитивных расстройств с декомпенсацией соматической патологии консультация невролога при наличии когнитивных расстройств, не достигающих стадии деменции, при наличии деменции с невыраженными аффективно-поведенческими расстройствами, при наличии когнитивных расстройств с началом ранее 65 лет, а так же с неврологической симптоматикой, при внезапном начале и/или быстропрогрессирующем течении консультация психиатра при наличии аффективно-поведенческих расстройств (неадекватное поведение, галлюцинации, агрессия, возбуждение, апатия, тяжелая депрессия) • Регулярная физическая активность (См. стр.4) • Выявление и коррекция сердечно-сосудистых заболеваний (см. стр. 10) и сахарного диабета • Выявление и коррекция дефицита витамина В12 • Когнитивный тренинг¹ • Профилактика падений (см. стр. 5)

¹Когнитивный тренинг – выполнение упражнений, направленных на тренировку когнитивных функций. например заучивание стихов, решение логических задач, разгадывание кроссвордов, изучение иностранных языков и т.д.

Рекомендации по ведению пациентов с ССА /продолжение 3/

Гериатрический синдром	Возможные причины	Рекомендованные мероприятия
<p>Недержание мочи</p> <p>Возрастные изменения мочевых путей Эффект лекарственных препаратов Пропалс тазовых органов Заболевания предстательной железы Сопутствующие заболевания (неврологические, метаболические) Хирургическое лечение и лучевая терапия органов мочеполовой системы Нарушением когнитивного и/или физического функционирования, действие психологических факторов</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Упражнения для тренировки мышц тазового дна¹ при ургентном и /или стрессовом недержании мочи • Тренировка мочевого пузыря² при ургентном недержании мочи • Диетические рекомендации (уменьшение потребления кофеин-содержащих напитков) • Лечение запоров³ • Ревизия лекарственных препаратов • Консультация гериатра/уролога/гинеколога • Обеспечение абсорбирующим бельем 	

¹ Упражнения Кегеля - 3 сета по 8-12 сокращений мышц тазового дна в течение 8-10 сек каждый 3 раза в день ежедневно в течение по крайней мере 15-20 недель

² Тренировка мочевого пузыря направлена на восстановление произвольного контроля над функцией мочевого пузыря. С помощью дневника мочеиспусканий определяется минимальный временной промежуток между мочеиспусканиями. Рекомендуется регулярное мочеиспускание с равными промежутками времени, начиная от минимального. После 2-х дней без эпизодов недержания мочи - увеличение интервала между мочеиспусканиями (отвлечение путем расслабления, глубокого дыхания или быстрого сокращения мышц тазового дна). Интервал постепенно увеличивается, пока не достигнет 3-4 часов. Длительность обучения - до 6 недель.

³ Увеличение объема потребляемой жидкости до 1,5-2 литров в сутки. Увеличение в рационе питания продуктов, богатых растительной клетчаткой (до 100 грамм салата из сырых овощей в день). Употребление продуктов с лакто- и бифидофлорой. Регулярная физическая активность.

Поведенческая терапия («приучить себя к утреннему стулу»). Исключить продукты, задерживающие опорожнение кишечника (крепкий черный чай, черника, манная и рисовые каши).

Рекомендации по ведению пациентов с ССА /продолжение 4/

Гериатрический синдром	Возможные причины	Рекомендованные мероприятия
Снижение настроения и депрессия	<p>Полиморбидность Деменция Злоупотребление седативными и снотворными средствами Одиночество, социальная изоляция</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Направление пациента в территориальные центры социального обслуживания с целью организации досуга, преодоления социальной изоляции • В случае наличия большого депрессивного расстройства и/или суицидальных мыслей - консультация психиатра
Снижение функциональной активности/трудности при ходьбе, перемещении	<p>Мышечная слабость Заболевания суставов Периферическая нейропатия Поражение головного мозга (ЦВБ, деменция, гидроцефалия, объемные образования)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Регулярная физическая активность (см. стр.4) • Использование вспомогательных устройств при ходьбе (трости, ходунки, кресла-каталки) • Прием витамина Д в дозе не менее 800 МЕ/сут. длительно • Устранение дефицита витамина В12 • Протезирование суставов • При необходимости-организация медицинского и социального патронажа

Рекомендации по ведению пациентов с ССА /продолжение 5/

Гериатрический синдром	Возможные причины	Рекомендованные мероприятия
Полипрагмазия ¹	Полиморбидность Отсутствие учета назначений других врачей Отсутствие четких рекомендаций со стороны врача о необходимой длительности приема лекарственных препаратов Прием пациентом препаратов без назначений врача	<ul style="list-style-type: none">• Регулярная ревизия лекарственных препаратов, попросить пациента принести ВСЕ лекарства, которые он принимает• Назначение лекарственных препаратов строго по показаниям• Оценка медикаментозной терапии с учетом совместимости лекарственных препаратов, возможных противопоказаний и побочных эффектов (критерии Beers – см. приложение 1)

¹ Полипрагмазия – назначение лекарственных средств без соответствующих показаний

Особенности лечения сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов 60 лет и старше

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ

Категория пациентов	Начало антигипертензивной терапии (АГТ) и целевые значения АД	Примечание
60-79 лет «крепкие»*	Начало АГТ при систолическом АД ≥ 140 мм рт.ст. Целевое АД < 140/90 мм рт.ст. (при СД 140/85 мм рт.ст.)	
≥ 80 лет «крепкие»	Начало АГТ при систолическом АД ≥ 160 мм рт.ст. Либо продолжать ранее хорошо переносимую АГТ Целевое систолическое АД < 150 мм рт.ст. При достижении уровня систолического АД < 130 мм рт.ст. дозы препаратов должны быть уменьшены вплоть до отмены Начинать АГТ с низкой доз и монотерапии Комбинированную АГТ начинать только при неэффективной полнодозовой монотерапии	Обязательно проведение ортостатической пробы ¹ до и на фоне АГТ. При выявлении ортостатической гипотонии ² следует оценивать способствующие ей факторы (сопутствующее лечение, недоедание, обезвоживание)
≥ 80 лет «хрупкие»	Индивидуальный подход на основе результатов КГО с определением целевых значений АД и тактики АГТ Систолическое АД ≥ 180 мм рт.ст. – во всех случаях показание к началу АГТ Начало АГТ с низких доз и монотерапии	Начало АГТ или смена лекарственных препаратов и их доз увеличивает риск падений (см. стр.5) Не рекомендовано снижение веса и ограничение соли

* При развитии ССА у пациентов в возрасте 60 - 79 лет могут быть применены рекомендации для «хрупкие» пациентов ≥ 80 лет

¹Ортостатическая проба - измерение АД и ЧСС после не менее 7 в положении лежа и через 1, 2 и 3 минуты после перехода в вертикальное положение.

²Ортостатическая гипотония – снижение АД более, чем на 20/10 мм рт.ст. при переходе из положения лежа в вертикальное

Особенности лечения сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов 60 лет и старше /продолжение/

Показания к назначению статинов:

- вторичная профилактика ССЗ, у «хрупких» пациентов начало терапии с низких доз с последующей титрацией
- первичная профилактика ССЗ

для «хрупких» пациентов < 80 лет решение о назначении статинов определяется индивидуально

для «хрупких» пациентов ≥ 80 лет - не показано

Показания к назначению ацетилсалициловой кислоты (75-150 мг/сутки):

только при вторичной профилактике ССЗ, при контролируемой АГ

Назначение ацетилсалициловой кислоты для первичной профилактики - не показано

Контроль гликемии:

- <HbA1c 7,5% при отсутствии тяжелых осложнений СД и/или риска тяжелой гипогликемии
- <HbA1c–8,0% при тяжелых осложнениях СД и/или риске тяжелой гипогликемии

Ведение пациентов пожилого возраста с высоким риском тромбэмболических осложнений

С возрастом повышается риск как тромбоза, так и кровотечения, но «чистая» выгода от назначения антикоагулянтов с возрастом увеличивается

Фибрилляция предсердий (неклапанная)

Возраст 60-64 года: антикоагулянты назначают при наличии хотя бы одного фактора риска по шкале CHA₂DS₂-VASc (хроническая сердечная недостаточность, артериальная гипертензия, сахарный диабет, инсульт или транзиторная ишемическая атака в анамнезе, сердечно-сосудистое заболевание (перенесенный инфаркт миокарда, атеросклеротические бляшки в аорте, периферический атеросклероз), женский пол)

Возраст 65 лет и старше: обязательно назначение антикоагулянтов (варфарин или НОАК*) У пациентов, ранее не принимавших антикоагулянты, и у пациентов с плохим контролем МНО при лечении варфарином предпочтительно назначение НОАК

При назначении варфарина целевые значения МНО составляют 2,0-3,0 независимо от возраста

При назначении НОАК обязательно контролировать функцию почек

При нарушении функции почек (КК < 30 мл/мин) препаратом выбора является варфарин

Апиксабан и ривароксабан не рекомендуются при КК < 15 мл/мин, дабигатран – при КК < 30 мл/мин

Дозы всех НОАК зависят от функции почек и требуют уменьшения при снижении КК

Дозы дабигатрана и апиксабана также зависят от возраста

Тромбоз глубоких вен и тромбэмболия легочной артерии

Основные принципы лечения и профилактики венозных тромбозов такие же, как у пациентов молодого возраста

Коррекции дозы НОАК в зависимости от возраста не требуется

Для достижения целевых значений МНО могут потребоваться более низкие дозы варфарина

* НОАК – новые пероральные антикоагулянты

** КК – клиренс креатинина

Динамическое наблюдение

Категория пациентов	Цель	Мероприятия
«Хрупкие»	<p>Обеспечение максимально высокого качества жизни</p> <p>Снижение заболеваемости и смертности</p> <p>Сохранение функциональности</p> <p>В случае развития зависимости – проведение реабилитационных, адаптивных программ, социальной и медико-социальной поддержки и ухода</p>	<p>Выполнение рекомендаций врача-гериатра</p>
«Прехрупкие»	<p>Предупреждение преждевременного старения</p>	<p>Скрининг по шкале «Возраст не помеха» 1 раз в 6 месяцев</p> <p>Рекомендации по физической активности и рациональному питанию</p> <p>Лечение имеющихся гериатрических синдромов</p> <p>Лечение хронических заболеваний</p>
«Крепкие»	<p>Предупреждение преждевременного старения</p>	<p>Скрининг по шкале «Возраст не помеха» ежегодно</p> <p>Рекомендации по регулярной физической активности и рациональному питанию</p> <p>Лечение хронических заболеваний</p> <p>Формирование психологии активного долголетия</p>

КАРТА ПАЦИЕНТА КОМПЛЕКСНАЯ ГЕРИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА

Время начала КГО: _____

--	--

Паспортные данные и социальный статус

ФИО пациента		Пол: М Ж
Дата рождения (д.м.г.)	(/ /)	Инвалидность Нет I II III
Семейный статус	женат (замужем) не женат (не замужняя) вдовец (вдова) в разводе	Образование среднее средне-специальное высшее
С кем проживает	с женой / мужем с детьми один другое:	Профессия
		Работает Да Нет
Адрес		Этаж проживания Наличие лифта Пользуется лифтом
Телефон		Есть Нет Да Нет
ФИО, должность лица, заполнившего карту		Уровень дохода Низкий Средний Высокий
Дата заполнения:		Контактное лицо, телефон

Хронические заболевания

Артериальная гипертензия		Бронхиальная астма
ИБС		ХОБЛ
Инфаркт миокарда		Онкологические заболевания
ХСН		Анемия
ОНМК		Язвенная болезнь
Сахарный диабет		Нарушение слуха (социально значимое)
Остеоартроз		Нарушение зрения
Ревматоидный артрит		Изменение тембра голоса
Нарушение мочеиспускания		Мочекаменная болезнь
Нарушение дефекации		Трофические язвы Пролежни
Проблемы пережевыванием пищи	с	Другие

Лекарственная терапия (с указанием дозы, кратности приема, пропусков в приеме, например: принимает препарат каждый день; пропускает прием реже 1 раза в неделю, 1-2 раза в неделю, 3 и более раз в неделю)

Факторы риска хронических неинфекционных заболеваний

Курение:	Не курит Курил в прошлом на протяжении _____ лет Курит: <1/2 пачки/сутки } 1/2-1 пачка/сутки } на протяжении _____ лет >1 пачки/сутки	
Алкоголь в день (ед.): ¹	Нет	Да: <1 1-3 ≥3
Физическая активность	кратность	ежедневно, 2-3 раза в неделю, 1 раз в неделю, < 1 раза в неделю, <1 раза в месяц
	Продолжительность	< 30 мин, 30-60 мин, 1-4 часа, >4 часов
	варианты	пешие прогулки, плавание, танцы, другие варианты(_____)
С чем связано ограничение физ. активности?	проблемы с памятью, артрит, одышка, боль в груди, травмы, переломы, последствия ОНМК, хроническая боль, потеря зрения, неустойчивость походки, другое:	
Возраст наступления менопаузы (лет)		

¹1ед. алкоголя =45 мл водки или 150 мл вина или 330 мл пива;

Использование вспомогательных средств	очки, слуховой аппарат, съемные зубные протезы, трость, костыли, ортопедическая обувь, ортопедический корсет, абсорбирующее белье
---------------------------------------	---

Хроническая боль	Да, постоянно испытывает Да, периодически испытывает Нет, не испытывает
Прием обезболивающих	Не принимает Принимает: < 1 раза в неделю

	1 раз в неделю 2-3 раза в неделю ежедневно
Частота вызова врача на дом (за год)	
Частота вызова СМП (за год)	
Частота госпитализаций (за год)	

Падения в течение последнего года	Количество	Обстоятельства, причина			Исход (перелом, ЧМТ)
Переломы	Возраст	Обстоятельства, причина			Локализация
Денситометрия	Дата проведения (/ /)	Бедро	T-критерий	Total	
				Neck	
			МПК (ВСМ), г/см ²	Total	
		Поясничный отдел позвоночника	T-критерий	Total (L1-L4)	
				Худший результат	
			МПК (ВСМ), г/см ²	Total	

Данные объективного обследования

Рост (см)		Вес (кг)	
ИМТ (кг/м ²)		Окружность талии (см)	
АД, ЧСС исходно (сидя)			
АД, ЧСС после 7 минут в горизонтальном положении			

АД, ЧСС после перехода в вертикальное положение	в течение 1-й минуты		в течение 3-й минуты
Динамометрия (кг)		1 попытка	2 попытка
Приложение 9	правая рука		
	левая рука		
Скорость ходьбы (м/с)			
Тест «встань и иди» (сек)			
Приложение 9			
Способность поддержания равновесия (сек) Приложение 9			

Результаты лабораторных исследований

Гемоглобин (г\л)		Холестерин (ммоль\л)	
Креатинин (мкмоль\л)		ЛПНП (ммоль\л)	
Глюкоза (г\л)		Са (ммоль\л)	
Общий белок (г\л)		ТТГ (мкМЕ\мл)	
Альбумин (г\л)		Вит В12 (пг\мл)	

Оценка результатов

Краткая шкала оценки психического статуса – MMSE (баллы) Приложение 1	28 - 30 - нет нарушений когнитивных функций; ≤ 27 – вероятные когнитивные нарушения		
Тест рисования часов (баллы) Приложение 2	≤ 9 - вероятные когнитивные нарушения		
Гериатрическая шкала депрессии (баллы) Приложение 3	0-4– нет депрессии ≥ 5 – вероятная депрессия		
Активность в повседневной жизни (индекс Бартел) (баллы) Приложение 4	0-20- полная зависимость 21-60- выраженная зависимость 61-90- умеренная зависимость 91-99-легкая зависимость в повседневной жизни 100-нет зависимости		
Повседневная инструментальная активность -IADL(баллы) Приложение 5	< 27 – снижение инструментальной активности		
Краткая шкала оценки питания -MNA(баллы) Приложение 6	>23,5 – нет проблем с питанием 17-23,5 – опасность недоедания <17 – недостаточность питания		
Динамометрия (кг)	муж 43,3-59,9 жен 27,5-37,9	правая рука	
		левая рука	
Скорость ходьбы, (м/с) Приложение 9	60-69 лет- 1,27 70-79лет - 1,18		
Тест «встань и иди» (сек)	≤ 10 – норма ≥ 14 - риск падений		
Способность поддержания равновесия (сек)	хороший результат > 10, удовлетворительный ≥ 5		
Способность выполнения основных функций (баллы) Приложение 7	0-10		
Визуально аналоговая шкала (%) Приложение 8	0-100		
Риск переломов (%) (FRAX)	10-летний абсолютный риск основных остеопоротических переломов		
	10-летний абсолютный риск перелома проксимального отдела бедра		

Заключение гериатра:

Дополнительные обследования:

Консультации узких специалистов:

Профилактические и лечебные мероприятия:

- лечебная физкультура
- диета
- направление на школы для пациентов и членов их семей

Лекарственная терапия

Направление в территориальный центр социального обслуживания:


Повторная консультация гериатра через _____ недели

Время окончания КГО: _____

Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE)

Приложение 1

Параметр	ответы в баллах
1.Ориентировка во времени: попросите пациента указать	5
Число	1
Месяц	1
Год	1
день недели	1
время года	1
2.Ориентировка в месте: попросите пациента сообщить, где он находится?	5
Страна	1
Область	1
Город	1
Клиника	1
Этаж	1
3.Немедленное воспроизведение: назовите три не связанных друг с другом предмета и попросите больного повторить	3
Карандаш	1
Дом	1
Копейка	1
4.Концентрация внимания и счет: попросите больного 5 раз последовательно вычесть 7 из 100 (или произнести слово «земля» наоборот)	5
100-7=93	1
93-7=86	1
86-7=79	1
79-7=72	1
72-7=65	1
5.Отсроченное воспроизведение: попросите больного вспомнить 3 предмета, названные при проверке немедленного воспроизведения	3
Карандаш	1
Дом	1
Копейка	1
6.Речь и выполнение действий:	
Показываем ручку и часы, спрашиваем: «Как это называется?»	2
Часы	1
ручка	1
Просим повторить предложение: «Никаких если, и или 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 больного скопировать рисунок	1
	
Общий балл	

Гериатрическая шкала депрессии

Приложение 2

1	В целом, удовлетворены ли Вы своей жизнью?		НЕТ
2	Вы забросили 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

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 зависю от окружающих (необходимо кормление с посторонней помощью)
Личная гигиена (умывание, чистка зубов, бритье)	5 - не нуждаюсь в помощи; 0 - нуждаюсь в помощи
Одевание	10 - не нуждаюсь в посторонней помощи; 5 - частично нуждаюсь в помощи, например, при одевании обуви, застегивании пуговиц и т.д.; 0 - полностью нуждаюсь в посторонней помощи
Прием ванны	5 - принимаю ванну без посторонней помощи; 0 - нуждаюсь в посторонней помощи
Контроль тазовых функций (мочеиспускание, дефекации)	20 - не нуждаюсь в помощи; 10 - частично нуждаюсь в помощи (при использовании клизмы, свечей, катетера); 0 - постоянно нуждаюсь в помощи в связи с грубым нарушением тазовых функций
Посещение туалета	10 - не нуждаюсь в помощи; 5 - частично нуждаюсь в помощи (удержание равновесия, использование туалетной бумаги, снятие и одевание брюк и т.д.); 0 - нуждаюсь в использовании судна, утки
Вставание с постели	15 - не нуждаюсь в помощи; 10 - нуждаюсь в наблюдении или минимальной поддержке; 5 - могу сесть в постели, но для того, чтобы встать, нужна существенная поддержка; 0 - не способен встать с постели даже с посторонней помощью
Передвижение (кровать, стул)	15 - могу без посторонней помощи передвигаться на расстояния до 50 м; 10 - могу передвигаться с посторонней помощью в пределах 50 м; 5 - могу передвигаться с помощью инвалидной коляски; 0 - не способен к передвижению
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:	

Шкала повседневной инструментальной активности (IADL)
Приложение 5

1. Можете ли вы пользоваться телефоном	Без посторонней помощи С частичной помощью Полностью не способен	3 2 1
2. Можете ли вы добраться до мест, расположенных вне привычных дистанций ходьбы	Без посторонней помощи С частичной помощью Полностью не способен добираться, если не организована специальная доставка	3 2 1
3. Можете ли вы ходить в магазин за едой	Без посторонней помощи С частичной помощью Полностью не способен делать любые покупки	3 2 1
4. Можете ли вы готовить себе пищу	Без посторонней помощи С частичной помощью Полностью не способен готовить любую еду	3 2 1
5. Можете ли вы выполнять работу по дому	Без посторонней помощи С частичной помощью Полностью не способен выполнять какую-либо работу по дому	3 2 1
6. Можете ли вы выполнять мелкую « мужскую»/ «женскую» работу по дому	Без посторонней помощи С частичной помощью Полностью не способен выполнять любую мелкую « мужскую» /«женскую» работу по дому	3 2 1
7. Можете ли вы стирать для себя	Без посторонней помощи С частичной помощью Полностью не способен стирать	3 2 1
8. Можете или могли бы вы самостоятельно принимать лекарства	Без посторонней помощи (в правильных дозах и в назначенное время) С частичной помощью (если кто-то приготовит лекарство к приему и/или напомнит о необходимости принять его) Полностью не способен принять лекарство	3 2 1
9. Можете ли вы распоряжаться своими деньгами	Без посторонней помощи С частичной помощью Полностью не способен распоряжаться своими деньгами	3 2 1
Общий балл:		

Краткая шкала оценки питания (MNA)
Приложение 6

A.	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?	0=серьезное снижение количества съедаемой пищи 1= умеренное снижение кол-ва съедаемой пищи; 2= нет снижения количества съедаемой пищи
----	--	---

Б.	Потеря массы тела за последние 3 месяца	1= не знаю; 2=потеря m 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.	Острое заболевание (психологический стресс) за последние 3 месяца	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	0= меньше 19; 1=19-21; 2=21-23; 3=23 и выше
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 (1 порция = 1 стакан молока, 60 гр творога, 30 гр сыра, 3\4 стакана йогурта) в день (да /нет); две или более порции бобовых и яиц в неделю (1 порция = 200 гр бобовых, 1 яйцо) (да /нет); мясо, рыба или птица каждый день (да /нет)	0= если 0-1 ответ да; 0,5= если 2 ответа да; 1=если 3 ответа да
М.	Съедает две или более порций фруктов или овощей в день (1 порция = 200 гр овощей, 1 любой фрукт среднего размера)	0=нет; 1=да;
Н.	Сколько жидкости выпивает в день	0= меньше 3 стаканов; 0,5= 3-5 стаканов; 1= больше 5 стаканов;
О.	Способ питания	0=неспособен есть без помощи; 1=самостоятельно с небольшими трудностями 2=самостоятельно
П.	Самооценка состояния питания	0=оценивает себя как плохо питающегося;1=оценивает свое состояние питания

		неопределенно; 2=оценивает себя как не имеющего проблем с питанием
Р.	Состояние здоровья в сравнении с другими людьми своего возраста	0=не такое хорошее 0,5=не знает; 1=такое же хорошее; 2=лучше
С.	Окружность по середине плеча, см	0=менее 21; 0,5=21-22; 1=22 и больше
Т.	Окружность голени, см	0=меньше 31; 1=31 и больше
Общий балл:		

Способность выполнения основных функций

Приложение 7

	Может 2 балла	Не может 0 баллов	С затруднением 1 балл
Завести руки за голову, за спину на уровне талии (оценивается способность расчесываться, мыть спину, способность одеваться, выполнять гигиенические процедуры)			
Сидя дотронуться рукой до большого пальца на противоположной ноге (способность одевания нижней части тела, подстригания ног)			
Сжать пальцы врача обеими руками (способность открывать двери, банки)			
Удерживать лист бумаги между большим и указательным пальцами (способность выбора и удержания предметов)			
Подняться со стула без помощи рук (возможность свободного передвижения)			

Визуально-аналоговая шкала самооценки состояния здоровья (ВАШ)

Приложение 8



На отрезке линии от 0% (самое плохое здоровье) до 100% (идеальное здоровье) пациент отмечает состояние своего здоровья, так как он сам это воспринимает.

Пояснение: 1. Ориентировка во времени. Просят пациентку полностью назвать сегодняшнее число, месяц, год и день недели. Максимальный балл (5) дается, если пациентка самостоятельно и правильно называет число, месяц и год. Если приходится задавать дополнительные вопросы, ставится 4 балла. Дополнительные вопросы могут быть следующие: если пациентка называет только число, спрашивают "Какого месяца?", "Какого года?", "Какой день недели?". Каждая ошибка или отсутствие ответа снижает оценку на один балл.

2. Ориентировка в месте. Задается вопрос: "Где мы находимся?". Если пациентка отвечает не полностью, задаются дополнительные вопросы. Пациентка должна назвать страну, область, город, учреждение в котором происходит обследование, этаж. Каждая ошибка или отсутствие ответа снижает оценку на один балл.

3. Восприятие. Дается инструкция: "Повторите и постарайтесь запомнить три слова: карандаш, дом, копейка". Слова должны произноситься максимально разборчиво со скоростью одно слово в секунду. Правильное повторение слова больным оценивается в один балл для каждого из слов. Следует предъявлять слова столько раз, сколько это необходимо, чтобы испытуемый правильно их повторил. Однако оценивается в баллах лишь первое повторение.

4. Концентрация внимания. Просят последовательно вычитать из 100 по 7. Достаточно пяти вычитаний (до результата "65"). Каждая ошибка снижает оценку на один балл. Другой вариант: просят произнести слово "земля" наоборот. Каждая ошибка снижает оценку на один балл. Например, если произносится "ямлез" вместо "ялмез" ставится 4 балла; если "ямлзе" - 3 балла и т.д.

5. Память. Просят пациентку вспомнить слова, которые заучивались в п.3. Каждое правильно названное слово оценивается в один балл.

6. Речь. Показывают ручку и спрашивают: "Что это такое?", аналогично - часы. Каждый правильный ответ оценивается в один балл.

Просят пациентку повторить вышеуказанную сложную в грамматическом отношении фразу. Правильное повторение оценивается в один балл.

Устно дается команда, которая предусматривает последовательное совершение трех действий. Каждое действие оценивается в один балл.

Даются три письменные команды; больного просят прочитать их и выполнить. Команды должны быть написаны достаточно крупными печатными буквами на чистом листе бумаги. Правильное выполнение второй команды предусматривает, что больной должен самостоятельно написать осмысленное и грамматически законченное предложение. При выполнении третьей команда больному дается образец (два пересекающихся пятиугольника с равными углами), который он должен перерисовать на нелинованной бумаге. Если при перерисовке возникают пространственные искажения или не соединение линий, выполнение команды считается неправильным. За правильное выполнение каждой из команд дается один балл.

Результат теста получается путем суммации баллов по каждому из пунктов. Максимально в этом тесте можно набрать 30 баллов, что соответствует наиболее высоким когнитивным способностям. Чем меньше результат теста, тем более выражен когнитивный дефицит. По данным разных исследователей, результаты теста могут иметь следующее значение:

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.

Тест рисования часов

Приложение 2

Тест проводится следующим образом: больному надо дать чистый лист нелинованной бумаги и карандаш, попросить нарисовать круглые часы с цифрами на циферблате и чтобы стрелки показывали, например, «без пятнадцати два». Пациент самостоятельно должен нарисовать круг, поставить в правильные места все 12 чисел и нарисовать стрелки, указывающие на правильные позиции. В норме, это задание никогда не вызывает затруднений. Если возникают ошибки, они оцениваются количественно по 10-балльной шкале.

10 баллов – норма, нарисован круг, цифры в правильных местах, стрелки показывают заданное время

9 баллов – незначительные неточности в расположении стрелок

8 баллов – более заметные ошибки в расположении стрелок

7 баллов – стрелки показывают совершенно неправильное время

6 баллов – стрелки не выполняют свою функцию (например, нужное время обведено кружком)

5 баллов - неправильное расположение чисел на циферблате, они следуют в обратном порядке или расстояние между числами неодинаковое

4 балла - утрачена целостность часов, часть чисел отсутствует или расположена вне круга

3 балла - числа и циферблат не связаны друг с другом

2 балла - пациент пытается выполнить тест, но безуспешно

1 балл - пациент не делает попыток выполнить тест

Приложение 9

Динамометрия: Динамометр берут в руку циферблатом внутрь. Руку вытягивают в сторону на уровне плеча и максимально сжимают динамометр. Проводят по 2 измерения на каждой руке, фиксируют лучший результат

Тест «Встань и иди»: Пациента просят встать со стула без помощи рук, пройти три метра, вернуться назад и сесть на стул. При ходьбе пациент использует обычные для себя средства помощи.

Способность поддерживать равновесие: В положении стоя пациент опирается на одну ногу при разведенных в сторону руках и отведенной противоположной ноге.

Скорость ходьбы: Отметьте на полу расстояние 10 метров; затем отметьте 2 метра от начала и 2 метра от конца этого расстояния. Попросите пациента пройти все 10 метров в комфортном для него темпе. Начинайте отсчет времени, когда пациент пересечет первую 2-х метровую отметку и заканчивайте отсчет времени, когда пациент пересечет вторую 2-х метровую отметку. Таким образом, вы измерите время, в течение которого пациент проходит 6 метров (2 метра в начале и 2 метра в конце пути не учитываются, в связи с ускорением и замедлением пациента). Для расчета скорости ходьбы разделите 6 на время (в секундах), в течение которого пациент прошел 6 метров.

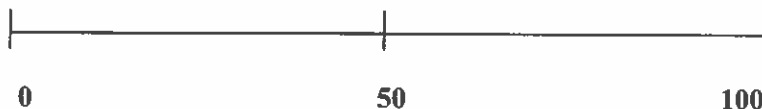
ПОВТОРНЫЙ ПРИЕМ ГЕРИАТРА

Дата: _____
 Самочувствие пациента: ухудшилось _____
 улучшилось _____
 без изменений _____
 Вес _____ (кг)

АД, ЧСС исходно (сидя) _____
 АД, ЧСС через 7 минут в горизонтальном положении _____
 АД, ЧСС в течение 1-й _____ и 3-й _____ минут после перехода в вертикальное положение
 Общий осмотр: _____

Динамометрия		1-я попытка	2-я попытка
	Правая рука		
	Левая рука		

Способность удерживать равновесие (сек) _____
 Скорость походки (м/сек) _____
 Тест встань и иди (сек) _____
 Визуально-аналоговая шкала самооценки состояния здоровья (%): _____



Денсито- метрия	Дата проведения (/ /)	Бедро	Т-критерий	Total	
			МПК (ВСМ), г/см ²	Neck	
	Пояснич- ный отдел позвоноч- ника	Т-критерий	Total (L1-L4)		
		МПК (ВСМ), г/см ²	Худший результат		
			Total		

Результаты дополнительных методов исследований и консультаций:

Соблюдение рекомендаций гериатра:

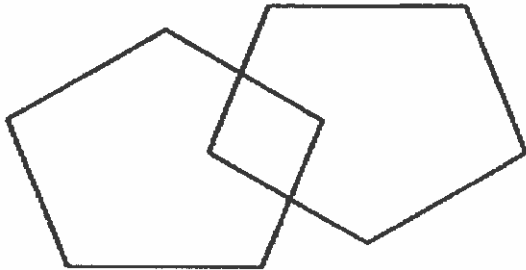
Проводимая лекарственная терапия:

Рекомендации:

1. ЗАКРОЙТЕ ГЛАЗА

2. НАПИШИТЕ ПРЕДЛОЖЕНИЕ

3. СКОПИРУЙТЕ РИСУНОК



Скрининг « Возраст не помеха »

Дата _____

Ф.И.О.пациента _____

Полных лет

	Вопросы	Да (1)	Нет(0)
1	Похудели ли Вы на 5 и более кг за последние 6 месяцев? (Вес)		
2	Испытываете ли Вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения ЗРения или Слуха?		
3	Были ли у Вас в течение последнего года Травмы, связанные с падением?		
4	Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель? (Настроение)		
5	Есть ли у Вас проблемы с Памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?		
6	Страдаете ли Вы недержанием Мочи?		
7	Испытываете ли Вы трудности в перемещении по дому или на улице? (Ходьба до 100 м/ подъем на 1 лестничный пролет)		
ИТОГО <i>Пациент признается «хрупким» при 3 и более баллах</i>			

.....

Скрининг « Возраст не помеха »

Дата _____

Ф.И.О.пациента _____

Полных лет

	Вопросы	Да (1)	Нет(0)
1	Похудели ли Вы на 5 и более кг за последние 6 месяцев? (Вес)		
2	Испытываете ли Вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения ЗРения или Слуха?		
3	Были ли у Вас в течение последнего года Травмы, связанные с падением?		
4	Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель? (Настроение)		
5	Есть ли у Вас проблемы с Памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?		
6	Страдаете ли Вы недержанием Мочи?		
7	Испытываете ли Вы трудности в перемещении по дому или на улице? (Ходьба до 100 м/ подъем на 1 лестничный пролет)		
ИТОГО <i>Пациент признается «хрупким» при 3 и более баллах</i>			