

Старшее поколение 2021

**РЕАЛИЗАЦИЯ НА ТЕРРИТОРИИ
ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ
ФЕДЕРАЛЬНОГО ПРОЕКТА
«СТАРШЕЕ ПОКОЛЕНИЕ».**

**Кириллов О.В., начальник ГБУЗ
«ВОКГВВ», главный внештатный
специалист гериатр КЗ ВО, ЮФО,
заслуженный врач РФ, к.м.н**

НОРМАТИВНАЯ БАЗА.

- **Национальный проект «Демография».**
Федеральный проект «Разработка и реализация программы системы поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения» («Старшее поколение»).
- **Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29.01.2016 г. №38н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия».**
- **Приказ Министерства здравоохранения РФ от 13.03.2019 г. №124-н «Об утверждении порядка проведения профилактического осмотра и диспансеризации отдельных групп взрослого населения».**

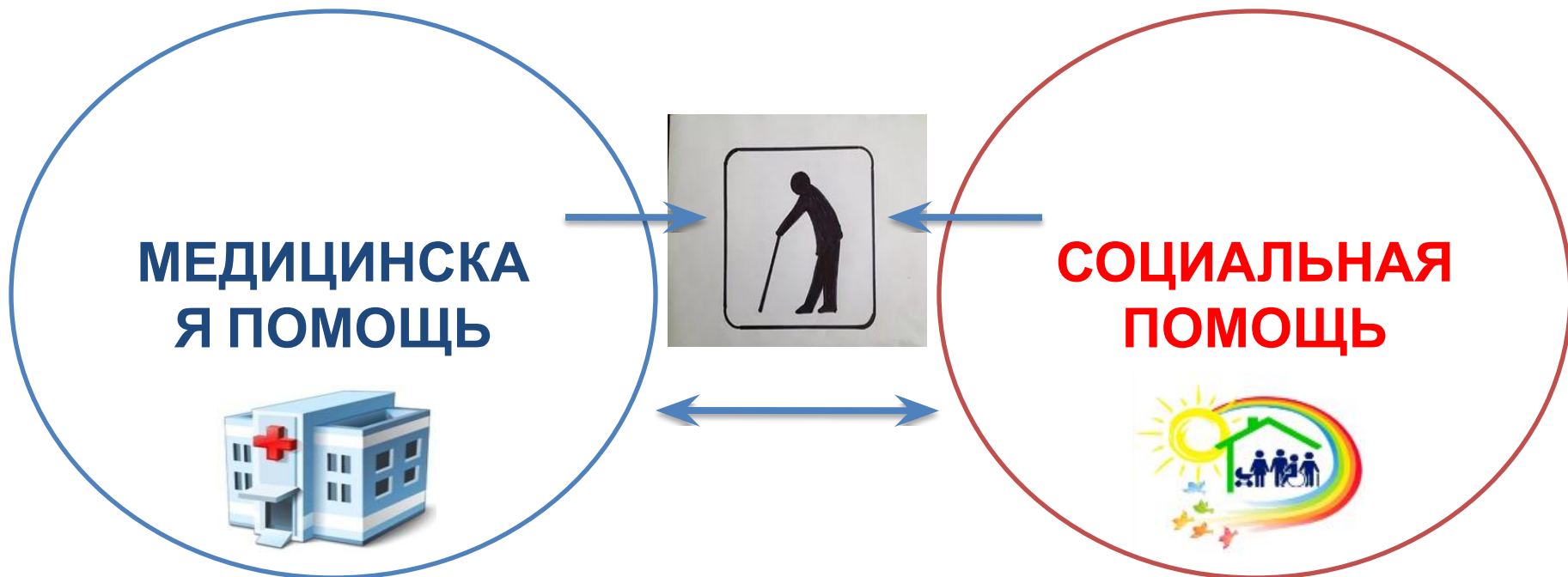
-
- **Методические рекомендации по профилактическому консультированию пациентов в возрасте 75 лет и старше с целью профилактики развития и прогрессирования старческой астении. Утверждены ГВС МЗ РФ С.А. Бойцовым, О.Н.Ткачевой, Москва, 2017 г.**
 - **Методические рекомендации «Комплекс мер, направленных на профилактику падений и переломов у лиц пожилого и старческого возраста». Утверждены МЗ РФ 2020 г.**
 - **Методические рекомендации «Организация проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения». Утверждены ГВС МЗ РФ О.М. Драпкиной, Л.Ю. Дроздовой, Москва, 2019 г.**
 - **Методические рекомендации «Клинические тесты в гериатрии» под редакцией ГВС МЗ РФ О.Н. Ткачевой, Москва, 2019 г.**
 - **Р.О. Ахметели, О.Н. Ткачева Е.В. Фролова и соавторы. Российские рекомендации «Уход за ослабленными**

- **Приказ комитета здравоохранения Волгоградской области от 04.12.2018 г. № 3736 «Об организации медицинской помощи по профилю «гериатрия» на территории Волгоградской области».**
- **Приказ комитета социальной защиты населения Волгоградской области, комитета здравоохранения Волгоградской области от 30.07.2019 г. № 1446, №2178 «Об утверждении Порядка межведомственного взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и центров социальной защиты населения в рамках создания и функционирования системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами на территории Волгоградской области, включая организацию их медико-социального сопровождения».**
- **Методические рекомендации «Комплексная гериатрическая оценка (КГО) при проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации граждан в возрасте 65 лет и старше».**
Утверждены ГВС КЗ ВО, МЗ РФ по ЮФО О.В.

Реализация федеральной программы «Старшее поколение» на территории Волгоградской области.

ВО входит в число 7 регионов РФ, входящих в пилотный проект МЗ РФ «Территория заботы».

ВО входит в число 12 пилотных регионов РФ по внедрению системы долговременного ухода за гражданами старшего поколения.



Организация гериатрической службы. Подготовка кадров.

	2016	2017	2018	2019	2022
Количество гериатров в поликлиниках	0	18	28	38	55
Количество гериатров на 20000 населения 60+ лет	0	0,6	0,94	1,27	1,84
Количество гериатров в стационаре	5	9	10	11	12
Общее количество гериатров	5	27	38	49	67
Подготовлено м\с по профилю гериатрии	29	57	68	83	125
Обучено терапевтов на ТУ по гериатрии	0	40	96	147	280

Амбулаторная медицинская помощь по профилю «Гериатрия».

	2016	2017	2018	2019	2022
Количество гериатрических кабинетов	0	18	27 + 1 в ГБУЗ «ВОКГВ В»	37 + 1 в ГБУЗ «ВОКГВ В»	54 + 1 в ГБУЗ «ВОКГВ В»
Количество гериатрических кабинетов на 20 000 населения в возрасте 60+ лет (N=1,0)	0	0,6	0,9	1,24	1,8

Медицинские мероприятия, проводимые при диспансеризации направлены на:

- профилактику и раннее выявление (скрининг) хронических неинфекционных заболеваний (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения РФ (хронические неинфекционные заболевания), факторов риска их развития, включающих повышенный уровень артериального давления, гиперхолестеринемию, повышенный уровень глюкозы в крови, курение табака, пагубное потребление алкоголя, нерациональное питание, низкую физическую активность, ожирение, а также риска потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;
- определение группы здоровья, необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий для граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и (или) факторами риска их развития, а также для здоровых граждан;
- проведение профилактического консультирования граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и факторами риска их развития;

Патологическое состояние, в значительной степени определяющее состояние здоровья граждан в возрасте 65 лет и старше:

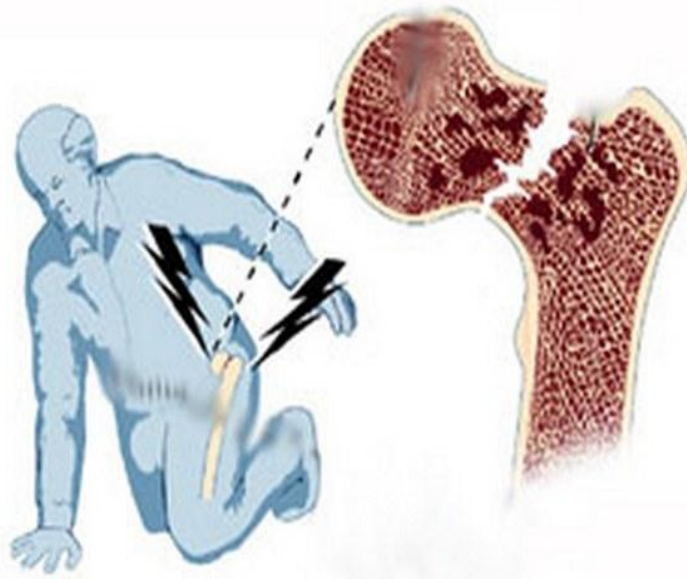
- старческая астения (кодируется по МКБ-10 кодом R54) - ассоциированный с возрастом синдром, основными клиническими проявлениями которого являются медлительность и/или непреднамеренная потеря веса, общая слабость. Включает более 85 различных гериатрических синдромов, основными из которых являются синдромы падений, мальнутриции (недостаточности питания), саркопении (уменьшение массы мышечной ткани и мышечной силы), недержания мочи, сенсорные дефициты, когнитивные нарушения, депрессия. Определяется в рамках профилактического медицинского осмотра с помощью анкетирования у граждан 65 лет и старше, включающего вопросник "~~Возраст не помеха~~".
-

СТАРЧЕСКАЯ АСТЕНИЯ: АКТУАЛЬНОСТЬ.

Кардиологическая патология:

- ИБС. ПИКС;
- С\п стентирования;
- СССУ. С\п имплантации ЭКС;
- Холестерин 3,1 ммоль\л;
- АД 120\80 мм рт.ст.;
- ЧСС 60 в 1 мин.;
- Лечение:
- Статины;
- Бета-блокаторы;
- Антиагреганты;
- Ингибитора АПФ.

Казалось бы, всё сделано правильно.



НО!

Недооцененными оказались гериатрические синдромы:

- Старческая астения;
- Остеопороз;
- Саркопения;
- Нарушения походки и равновесия;
- **Падения;**
- Когнитивные расстройства;
- Катаракта.

Результат плачевный.

Болезнь Альцгеймера – таинственный враг. В РФ это еще и некий фантом.

Ds: БА пациента убьет психологически. Этот Ds – унижение и оскорбление. И потом, БА=Д, а это психиатрия.

Для лечения у психиатра Вы недостаточно сошли с ума. БА – это неврология

Невроло
Г



Психиатр



Проблемы с организацией долговременного ухода за гражданами старческого возраста.

Наша задача – лечить, а организация ухода... Ну не наше это дело.

Мы готовы обеспечить уход. Но как выявить нуждающихся?



Врач
терапевт



Социальны
й работник

Методом диагностики СА и других гериатрических синдромов у граждан пожилого и старческого возраста является *комплексная гериатрическая оценка (КГО)*, которая включает:

- синдромно-нозологическую оценку (физикальный статус), оценку лабораторных показателей и данных инструментальных методов исследования;
- оценку функционального статуса, сенсорных нарушений, независимости и автономии (способности к самообслуживанию), психоэмоциональных нарушений и когнитивного статуса, характера питания и социально-экономического статуса.
- **КГО позволяет сформировать панорамную картину состояния здоровья граждан пожилого и старческого возраста, оценить их способность к**

Задачи 1 этапа КГО (доврачебный этап, реализуются на I этапе «Д» в кабинете\отделении медицинской профилактики):

1. Выявление у граждан в возрасте 65 лет и старше синдрома старческой астении.
 2. Оценка риска падений у граждан в возрасте 65 лет и старше.
 3. Выявление у граждан в возрасте 65 лет и старше ортостатических состояний, как возможной причины гериатрического синдрома падений.
 4. Выявление у граждан в возрасте 65 лет и старше остеопороза и саркопении.
 5. Выявление у граждан в возрасте 65 лет и старше когнитивных нарушений.
 6. Выявление у граждан в возрасте 65 лет и старше нарушений способности к самообслуживанию с последующим определением объема социально-бытовой помощи и ухода (типизацией).
-

1. Выявление у граждан в возрасте 65 лет и старше синдрома старческой астении.

19	Были ли у Вас случаи падений за последний год?	Да	Нет
20	Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения?	Да	Нет
21	Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения слуха?	Да	Нет
22	Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным в последнее время?	Да	Нет
23	Страдаете ли Вы недержанием мочи?	Да	Нет
24	Испытываете ли Вы затруднения при перемещении по дому, улице (ходьба на 100 метров, подъеме на 1 лестничный пролет)?	Да	Нет
25	Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?	Да	Нет
26	Считаете ли Вы, что заметно похудели за последнее время (не менее 5 кг за полгода?)	Да	Нет

2. Оценка риска падений у граждан пожилого и старческого возраста. Дополнительная анкета оценки риска падений.

1	Были ли у Вас случаи падений за последний год?	Ответ «Да» = 2 балла
2	Используете ли Вы трость или ходунки для безопасности передвижений?	Ответ «Да» = 2 балла
3	Чувствуете ли Вы неустойчивость, когда идете?	Ответ «Да» = 1 балл
4	Вы опираетесь на мебель при передвижении по дому?	Ответ «Да» = 1 балл
5	Бойтесь ли Вы упасть?	Ответ «Да» = 1

6	Вам необходимо упираться на руки, чтобы встать со стула?	Ответ «Да» = 1 балл
7	Вам трудно подняться на бордюр?	Ответ «Да» = 1 балл
8	У Вас часто возникает потребность срочно посетить туалет для мочеиспускания?	Ответ «Да» = 1 балл
9	Ваши ноги утратили чувствительность?	Ответ «Да» = 1 балл
10	Вы принимаете лекарства, которые вызывают головокружение или	Ответ «Да» = 1

Сумма баллов 4 и более указывает на высокий риск падений.

3. Выявление у граждан в возрасте 65 лет и старше ортостатических состояний, как возможной причины гериатрического синдрома падений.



Ортостатическая проба.

Диагностические критерии:

- снижение САД ≥ 20 мм рт. ст. (или на 30 мм рт.ст., если в горизонтальном положении САД было ≥ 160 мм рт.ст., или снижение САД < 90 мм рт. ст.)
 - снижение ДАД ≥ 10 мм рт. ст. Динамика АД в течение 3-х минут после перехода из горизонтального (лежа на спине) в вертикальное положение.
-

4. Выявление у граждан в возрасте 65 лет и старше остеопороза и саркопении.



Кистевая динамометрия – определение силы мышц кисти. Исследование проводится троекратно, определяется сила жатия как на правой, так и на левой руке.

- Снижение мышечной силы по результатам кистевой динамометрии ассоциируется с СА, саркопенией, риском падений.
- Среднее значение силы жатия у мужчин в возрасте 65 лет составляет 42 кг; 70 лет–40 кг; 75 лет–38 кг; 80 лет–35 кг.

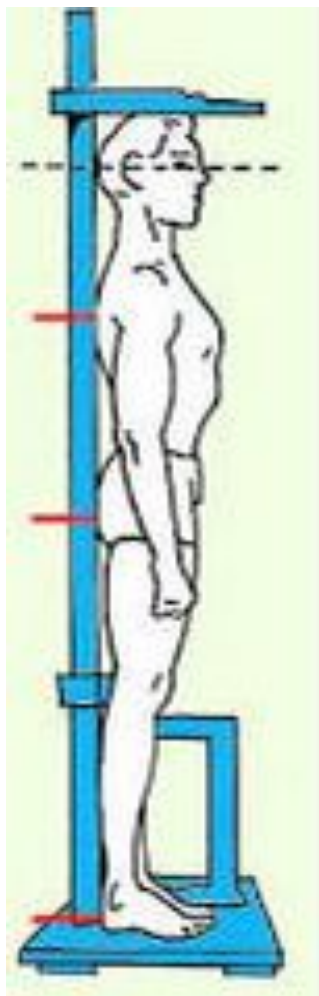
У женщин, соответственно, 25 кг; 24 кг; 21 кг; 18 кг.

- Сила жатия у мужчин 65 лет и старше в норме – не менее 30 кг; у женщин 65 лет и старше – не менее 18 кг.
-

Индекс массы тела (ИМТ).

Значения ИМТ:

- $N=18,5-24,9 \text{ кг/м}^2$;
ИМТ $<18,5 \text{ кг/м}^2$ – дефицит веса; ИМТ $16-18,5 \text{ кг/м}^2$ – недостаточная масса тела. ИМТ $<16 \text{ кг/м}^2$ – выраженный дефицит массы тела.
 $25-29,9 \text{ кг/м}^2$ – избыточный вес; $30-34,9 \text{ кг/м}^2$ – ожирение I ст.; $35-39,9 \text{ кг/м}^2$ – ожирение II ст.; $>40 \text{ кг/м}^2$ – ожирение III ст.
- У мужчин величина ИМТ увеличивается до 50 лет, затем достигает в своем значении плато. У женщин ИМТ растет до 70 лет.
- ИМТ $<20 \text{ кг/м}^2$ и/или вес менее 57 кг – **ФР остеопороза.**
- При ИМТ менее $18,5 \text{ кг/м}^2$ – **возможна саркопения.**
- **ИМТ имеет прогностическое значение.** В ранний период жизни избыточная масса тела повышает вероятность смерти и неблагоприятных исходов ССЗ. По мере старения человека снижение веса, низкая масса тела **увеличивают риск смерти.**
- **Наименьшая смертность отмечается у женщин при**

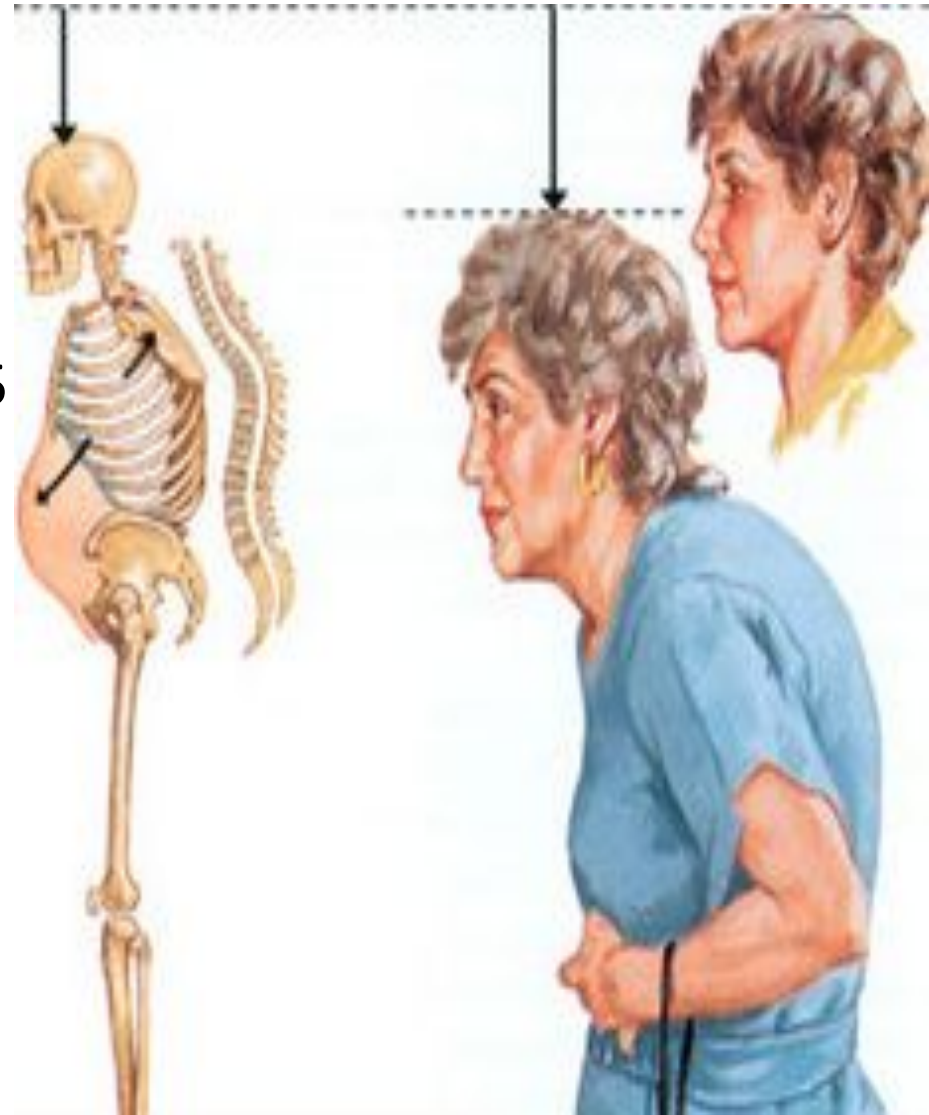


- ***Измерение роста (ростомер).***

Пятки сведены вместе, пациент стоит 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

Клинические признаки остеопороза:

- потеря роста на 2 см и более за 1-3 года или на 4 см и более по сравнению с возрастом в 25 лет
- выраженный грудной кифоз
- расстояние между затылком и стеной составляет более 5 см
- расстояние между нижними ребрами и крылом подвздошной кости составляет ширину 2 пальца и менее. В тяжелых случаях касание ребер подвздошных костей, что вызывает боль при движении



5. Выявление у граждан в возрасте 65 лет и старше когнитивных нарушений.

Оценка когнитивных функций с использованием теста Мини – Ког.

Шаг 1. Скажите пациенту: «Слушайте меня внимательно. Сейчас я назову 3 слова, а Вам нужно будет повторить их и запомнить».

Вариант 1: ключ, лимон, шар **Вариант 2:** яблоко, стол, монета

Шаг 2. Скажите пациенту: «Нарисовали круглые часы. Расставьте все цифры, которые должны быть на циферблате. Стрелки часов должны показывать время 13 часов 45 минут».

Шаг 3. Попросите пациента вспомнить 3 слова из Шага 1.

Воспроизведение слов (0-3 балла)	1 балл за каждое воспроизведенное пациентом слово.
Рисование часов (0 или 2 балла)	Правильно нарисованные часы = 2 балла. Правильно нарисованные часы содержат все необходимые цифры в правильной последовательности без дублирования; цифры 12, 3, 6, 9 расположены в соответствующих местах. Стрелки указывают на цифры 1 и 9 (13:45). Длина стрелок не оценивается. Неспособность правильно нарисовать часы или отказ = 0 баллов.
Общий балл (0-5 баллов)	Общий балл = балл за воспроизведение слов + Балл за рисование часов. <3 баллов – валидированный скрининговый критерий деменции.

**6. Выявление у граждан в возрасте 65 лет и старше нарушений способности к самообслуживанию .
Определение объема социально-бытовой помощи и ухода (тиризации)**

Шкала оценки потребности и объема социально-бытовой помощи и ухода (тиризации).

Часть 1. Функциональный

статус.

Проверка мобильности. Падения.

1	Самостоятелен при ходьбе с использованием подручных средств или без	0
2	Самостоятелен при использовании кресла коляски\нуждается в помощи при вставании с кровати\нуждается в помощи при подъеме на этаж	0,5
3	Нуждается в постоянной помощи при вставании с кресла или постели\нуждается в помощи при переходе с кресла-коляски на кровать, но самостоятелен при использовании кресла-каталки при передвижении	1,0
4	Нуждается в постоянной помощи при передвижении и вставании из положения сидя в положение стоя; падения > 1 раза в месяц	1,5
5	Нуждается в постоянной помощи при ходьбе; падения > 1 раза в	2,0

Одевание.		
7	Одевается без посторонней помощи	0
8	Нуждается в умеренной помощи при одевании	0,5
9	Нуждается в максимальной помощи при одевании	1,0
Личная гигиена.		
10	Моется без посторонней помощи	0
11	Требуется присутствие постороннего человека при купании	0,5
12	Нуждается в умеренной помощи при купании	1,0
13	Нуждается в максимальной помощи при купании, необходимо полностью умыть	1,5
Еда и питье.		
14	Самостоятельно подогревает и принимает пищу и не нуждается в помощи при приеме лекарств	0
15	Нуждается в помощи при подогреве\подаче пищи к столу, но ест самостоятельно и\или требуется контроль и помощь при подготовке порции лекарств	1,0
16	Не в состоянии есть и пить самостоятельно и\или необходим полный контроль над приемом лекарств	1,5

Пользование туалетом.		
17	Самостоятельно пользуется туалетом, осуществляет гигиену; контролирует дефекацию и мочеиспускание	0
18	Самостоятельно пользуется туалетом, но нуждается в сопровождении и присмотре	1,0
19	Пользуется туалетом, но нуждается в сопровождении, помощи при гигиене и \ или одевании	2,0
20	Полностью зависим от посторонней помощи в пользовании туалетом; не контролирует ни одно из отправления	7,0
ИТОГО		
Часть 2. Когнитивный статус.		
1	Разговаривает и ведет себя адекватно, контактен, не агрессивен, не находится в подавленном и угнетенном состоянии	Да - 0 Нет - 3,0
2	Ориентируется во времени (день, ночь, утро, вечер) и знакомом пространстве, сохранена способность к обобщению	Да - 0 Нет - 3,0
ИТОГО		
Итоговый балл 1 и 2 части шкалы		

По завершении анкетирования с использованием шкалы оценки потребности и объёма социально-бытовой помощи и ухода (типизации) и подсчета баллов каждому пациенту устанавливается уровень (группа) ухода.

	Описание группы
Уровень (группа) 0. 0 баллов	Объединяет людей, полностью сохранивших самостоятельность в действиях в повседневной жизни. У людей данной группы сохранена самостоятельность в действиях в повседневной жизни, способность к самообслуживанию и передвижению, поддержанию быта на необходимом уровне, выполнению трудовых функций. Когнитивные функции не нарушены.
Уровень (группа) 1. 0,5 - 1,5 баллов	Объединяет людей, нуждающихся в ограниченной помощи для соблюдения личной гигиены, приготовления еды и уборки. Люди данной категории частично утратили способность к самообслуживанию, им необходима незначительная помощь для удовлетворения определенных жизненных потребностей, оказание помощи при проведении уборки в трудных местах, помощь при развешивании чистого белья. Когнитивные функции у данной категории людей не нарушены. Здоровье этих людей в стабильном состоянии, контролируемое лекарственной терапией. Люди данной категории обычно не требуют частой госпитализации, но нуждаются в диспансерном наблюдении. Уровень соответствует преастении, могут быть единичные

<p>Уровень (группа) 2. 2 – 4 балла</p>	<p>Способность к самообслуживанию снижена. Люди из данной группы нуждаются в помощи при передвижении по дому, пользуются техническими средствами реабилитации.</p> <p>Необходима помощь при одевании и соблюдении личной гигиены – частичная помощь при купании.</p> <p>Возможно выполнение только частичной уборки в досягаемости руки человека, для поддержания бытовых условий необходима помощь. Часто необходимо содействие в приготовлении пищи.</p> <p>Когнитивные функции у данной категории людей не нарушены.</p>
<p>Уровень (группа) 3. 4,5 – 7 баллов</p>	<p>Объединяет людей, частично утративших способность к самообслуживанию вследствие нарушения здоровья со стойким и выраженным расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефицитами, приводящими к выраженному ограничению одной из категорий жизнедеятельности либо их сочетанию, но чаще всего сохранивших психическую самостоятельность.</p> <p>Люди из данной группы нуждаются в помощи ежедневно и неоднократно для выполнения действий повседневной жизни (помощь при передвижении, сопровождение вне дома, помощь при вставании, значительная помощь при купании и одевании).</p> <p>Необходима значительная помощь в уборке, стирке, приготовлении горячей пищи. Необходим контроль/содействие при приеме лекарств.</p>

<p>Уровень 4. 7,5 – 9 баллов</p>	<p>Люди данной группы не способны к самообслуживанию и выполнению инструментальных бытовых действий без посторонней помощи, чаще прикованы к кровати или креслу. При этом их психические и когнитивные функции не полностью нарушены. Они нуждаются в помощи в разных видах деятельности в повседневной жизни.</p> <p>В данную группу могут входить лица, чьи психические (когнитивные) функции сильно нарушены, при этом они сохранили способность перемещаться.</p> <p>И в том и в другом случае степень зависимости человека от посторонней помощи приводит к выраженному ограничению одной из категорий жизнедеятельности либо их сочетанию.</p> <p>Степень функциональности соответствует 1 – 2 группе инвалидности.</p> <p>Необходима значительная помощь в самообслуживании с использованием вспомогательных средств и \ или с помощью других лиц: одевание, купание, прием пищи, соблюдение питьевого режима, контроль приема лекарств, помощь в использовании средств личной гигиены, передвижение по дому, обработка и уход за компенсирующими медицинскими устройствами.</p> <p>Часто нарушена способность ориентации во времени и пространстве, требующая помощи других лиц.</p> <p>Необходимо поддержание способности к общению и способности контролировать свое поведение.</p> <hr/>
--	---

Уровень (группа) 5. 9,5 баллов и более	Люди из данной группы прикованы к кровати или к креслу, их психические (когнитивные) функции сильно нарушены, они нуждаются в постоянном присутствии помощников. Люди из данной группы могут быть психически сохранными, но нуждающимися в паллиативной помощи и постоянном уходе. Степень функциональности соответствует 1 группе инвалидности со стойким значительно выраженным расстройством функций
--	--

Сумма баллов 0,5 и более является основанием для вынесения в диагноз гериатрического синдрома **«нарушение способности к самообслуживанию»**. Типизация пациентов по степени утраты способности к самообслуживанию осуществляется в зависимости от суммы баллов.

Завершает I этап диспансеризации и, соответственно, 1 этап КГО осмотр врача терапевта участкового. Проводя данный, осмотр врач терапевт должен оценить результаты исследований I этапа диспансеризации, в перечень которых входят исследования 1 этапа КГО.

Основные проблемы пожилых

%	Саркопения	N	10 наиболее частых диагнозов
60.1%		130	Когнитивные нарушения
43.9%		95	Повторные падения/ нарушение походки и устойчивости
35.2%		76	Социальные проблемы (в т.ч. нарушение способности к самообслуживанию)
34.7%		75	Полифармация
33.8%		73	Депрессия
22.2%		48	Снижение слуха
20.8%		45	Ортостатизм
18.1%		39	Пониженное питание
17.1%		37	Подозрение на Sleep Apnea
13.4%		29	Недержание мочи

Итоги I этапа диспансеризации граждан в возрасте 65 лет и старше.

Результаты 1 этапа «Д»	Код МКБ 10	Мероприятия 2 этапа «Д»
1. Старческая астения.		Консультации врача гериатра, врача ревматолога, врача невролога, врача офтальмолога, врача отоларинголога, врача психиатра. Проведение 2 этапа КГО.
2. Высокий риск падений.	R54	
3. Ортостатическая гипотензия.	R54	
4. Снижение мышечной силы, (саркопения). Остеопороз.	I95.1 M62.84 M80.0, M81.0	
5. Умеренные КН.	F06	
6. Выявлено нарушение способности к самообслуживанию	R54	

Задачи 2 этапа КГО (реализуются на II этапе «Д» в кабинете врача гериатра).

- 1. Оценка физического здоровья.**
 - 2. Оценка функционального статуса.**
 - 3. Оценка когнитивного и психического статуса.**
 - 4. Оценка социально-экономического статуса.**
-
-

1. Оценка физического здоровья.

- **Оценка лекарственного анамнеза** с использованием STOP\START критериев.
 - **Оценка зрения** с использованием таблицы Розенбаума и соответствующего опросника.
 - **Оценка слуха** с использованием теста на шепотную речь.
 - **Оценка риска переломов** с использованием шкалы FRAX.
 - **Оценка состояния питания** с использованием антропометрических методов оценки.
-

2. Оценка функционального статуса.

- **Оценка походки и равновесия** с использованием краткой батареей тестов физического функционирования.
 - **Оценка базовой функциональной активности, потребности в социально-бытовой помощи и уходе** с использованием индекса Бартел.
 - **Оценка инструментальной активности** с использованием шкалы Лоутона.
 - **Оценка риска падений** с использованием шкалы самооценки риска падений.
-

3. Оценка когнитивного и психического статуса.

- **Оценка когнитивного статуса с использованием:**
 - теста рисования часов;
 - краткой шкалы психического статуса (MMSE);
 - Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (МОСА-test);
 - батареи лобных тестов.
 - **Оценка эмоционального статуса с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS).**
-

4. Оценка социально-экономического статуса.

Оценивается:

- Уровень образования, занимаемая должность и характер труда перед уходом на пенсию.
- Условия проживания.
- Уровень дохода.
- Безопасность быта.
- Потребность в социальной-бытовой помощи и уходе.
- Наличие ухаживающих лиц.

Завершается II этап КГО и, соответственно II этап «Д» граждан в возрасте 65 лет и старше разработкой **индивидуального плана лечебно-реабилитационных мероприятий (ИПЛРМ)**:

- Питание, диета;
- Медикаментозная терапия, рекомендации по коррекции зрения, слуха, зубопротезирование (по показаниям);
- Режим двигательной активности;
- Когнитивный тренинг;
- Организация доступной среды по мету проживания;
- Организация долговременного ухода (родственного, медико-социального), использование средств малой реабилитации.

Схема функционирования системы долговременного ухода на территории Волгоградской области.

ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

ВЫЯВЛЕНИЕ

**НУЖДАЮЩИХ
СЯ В
ДОЛГОВРЕМЕН
-НОМ УХОДЕ:**

Учреждения
здравоохранен
ия - «Д» (КГО).

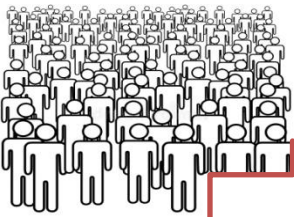
Оценка
потребности и
объема
социально-
бытовой
помощи и
ухода
(типизация).
ИПЛРМ.

1.
Информировани
е пациента и его
родственников о
целесообразност
и социально-
бытовой помощи
и ухода. 2.
Направление
информации о
пациенте,
нуждающихся в
долговременном
уходе в
Координационны
й центр СДУ.

ДОЛГОВРЕМЕННЫ Й УХОД

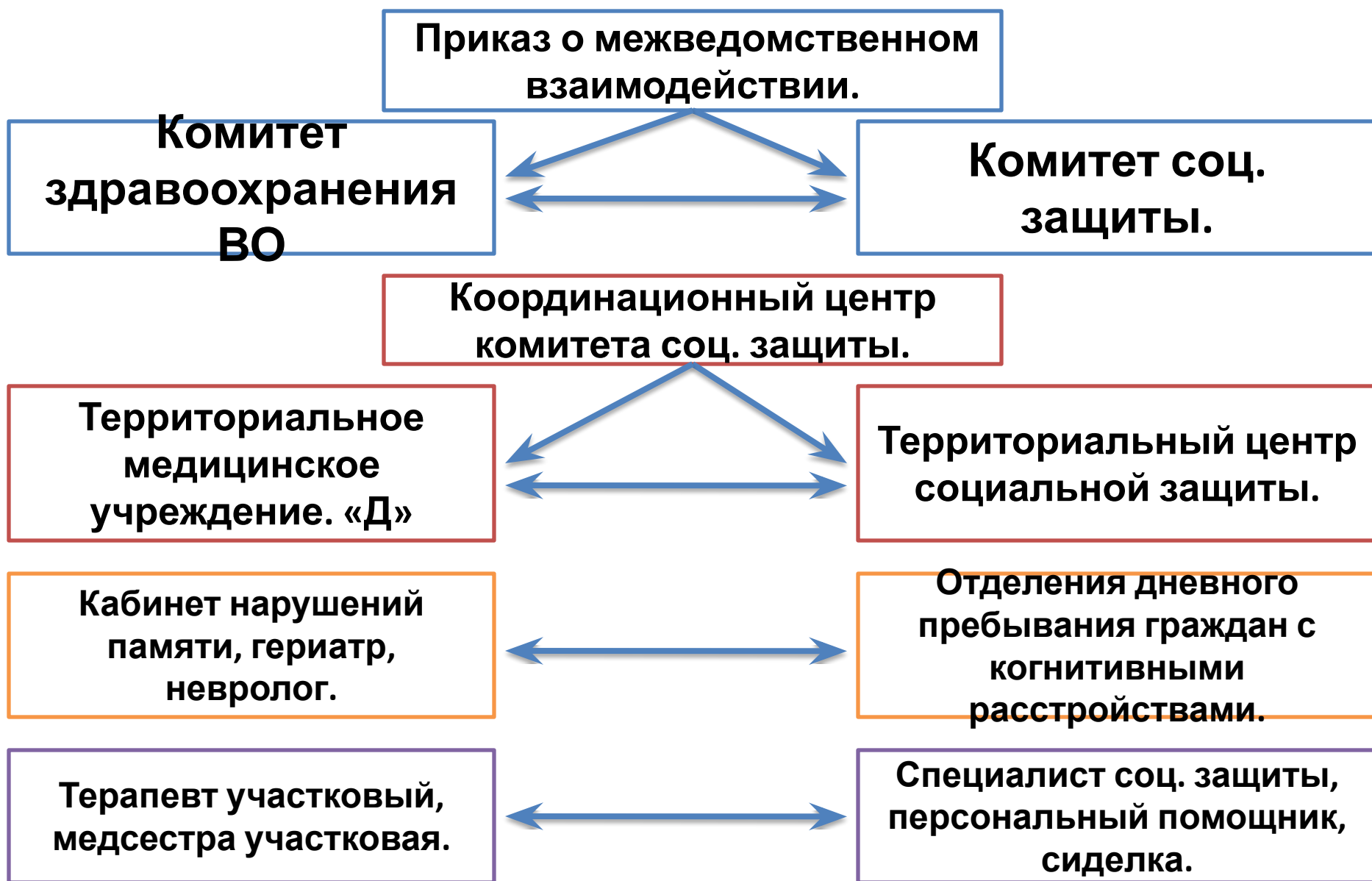
осуществляется
учреждениями соц.
защиты

СОВМЕСТНО
с учреждениями
здравоохранения
(терапевтическая,
гериатрическая,
реабилитацион-
ная, паллиативная
медицинская
помощь);
Медико-
социальный
патронаж.



Граждане
в
возрасте
65+ лет.

Организация долговременного ухода: координация и взаимодействие.



Выявление граждан пожилого и старческого возраста, нуждающихся в долговременном уходе.

Паспорт терапевтического участка

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Медицинская документация
Учетная форма № 030/у-тер

(наименование медицинского учреждения) _____ Утверждена Приказом
Минздравсоцразвития России
от 7 декабря 2005 г. № 765

(адрес) _____

ПАСПОРТ ВРАЧЕБНОГО УЧАСТКА (ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО)

I. Характеристика врачебного терапевтического участка:
численность прикрепленного населения _____ человек
местонахождение:
сельская местность _____
(название населенного пункта)
городская местность _____
(название населенного пункта)

II. Характеристика прикрепленного к врачебному (терапевтическому) участку населения

т. 1000

Состав прикрепленного к врачебному (терапевтическому) участку населения по возрасту, полу	И о т р ы	Всего (человек)	Из них						Место работы по видам экономической деятельности (ОКЕД)			
			имеют льготную категорию			инвалиды						
			федеральную	субъекта Российской Федерации	муниципальную	все-го	из них					
								1 груп- пы				

Группы наибольшего риска

- Инвалиды 1 – 2 группы. Пациентам данной группы КГО проводится по месту проживания. Требуется оценка адекватности проводимого ухода.
- Граждане в возрасте 75+ лет, ставшие маломобильными ввиду ССЗ, ЦВБ, БА, СД, ДОА, падений, остеопороза и переломов, саркопении. КГО проводится по месту проживания, оценивается потребность в уходе и его объем.



**БЛАГОДАРЮ ЗА
ВНИМАНИЕ**