



# Основные гериатрические синдромы

# Определения

**Геронтология** - (от др.греч. γέρων «старик» + «знание, слово, учение») — наука, изучающая биологические, социальные и психологические аспекты старения человека, его причины и способы борьбы с ним (омоложения).

**Гериатрия** - раздел геронтологии, занимающийся изучением, профилактикой и лечением не только возраст-ассоциированных заболеваний, но и специфических гериатрических синдромов.

# Всемирная Организация Здравоохранения

**Пожилой возраст – 60 – 74 г.**

**Старческий возраст – 75 – 89 лет,**

**Долгожители - > 90 лет**

**Основная цель СДУ**  
**поддержание качества**  
**ЖИЗНИ**



# Актуальность проблемы

**Около 80% лиц старшего поколения страдают множественной хронической патологией.**

**Известно более 85 гериатрических синдромов**

- **Гериатрические синдромы не только снижают качество жизни пожилых людей, но и повышают риск формирования зависимости от помощи окружающих, госпитализаций и смерти.**
- **Большинство гериатрических синдромов остаются нераспознанными врачами первичного звена, а значит, и не осуществляются мероприятия по коррекции их прогрессирования.**



# Основные гериатрические синдромы

<i>Соматические</i>	<i>Психические</i>	<i>Социальные</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>- синдром мальнутриции</li><li>- пролежни</li><li>- недержание мочи (инкотиненция)</li><li>- недержание кала</li><li>- падения и нарушения ходьбы</li><li>- головокружение и атаксия (нарушение произвольных мышечных движений)</li><li>- нарушения слуха и зрения</li><li>- саркопения (мышечная слабость)</li><li>- болевой синдром</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- деменция</li><li>- депрессия</li><li>- делирий</li><li>- нарушения поведения и адаптации</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- утрата самообслуживания</li><li>- зависимость от помощи других</li><li>- социальная изоляция</li><li>- подверженность насилию</li><li>- нарушение семейных связей</li></ul>

# 1. Соматические

- Синдром мальнутриции (нарушение питания);
- Саркопения (потеря мышечной массы и уменьшение мышечной силы);
- Остеопороз
- Недержание мочи и кала;
- Падения и нарушения ходьбы;
- Нарушения слуха и зрения;
- Болевой синдром.

# **Синдром недостаточности питания - мальнутриции**



## **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИНДРОМА:**

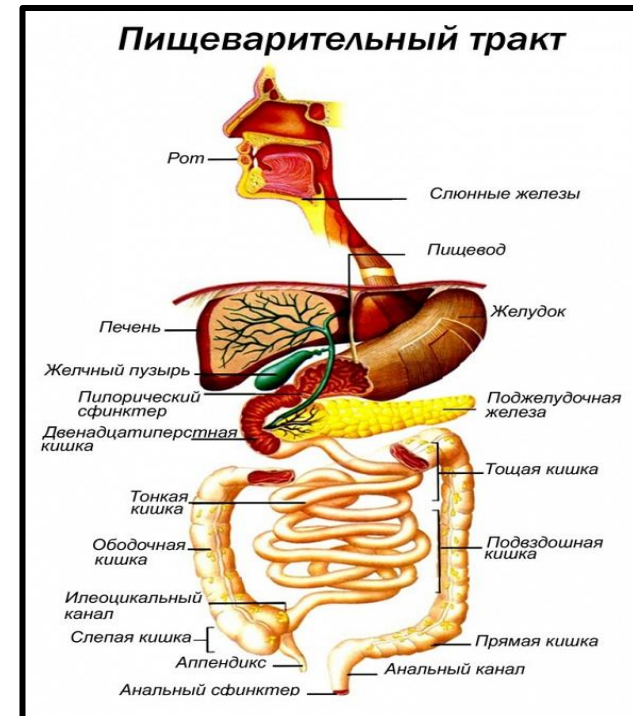
**до 20% у лиц в возрасте старше 60 лет;  
до 40%, причем у половины пациентов в тяжелой  
степени.**

# Физиологические изменения пищеварительного тракта

- Удлинение, искривление, смещение пищевода;
- Атрофия слизистой пищевода;
- Нарушение прохождения твердой, непережеванной пищи, без болевого синдрома.

Истончение в результате атрофических процессов слизистой оболочки желудка и, соответственно,

- Снижение секреторной и моторной функции;
- Снижение уровня кислотности и объема желудочного сока, концентрации ферментов и уменьшение их активности;
- Уменьшение кишечной моторики, развитие гипомоторной дискинезии толстой кишки, появление склонности к запорам;
- Увеличение продукции холестерина
- Атрофия активных элементов поджелудочной железы со снижением ее функциональной способности, уменьшением количества и снижением активности ферментов, продуцируемых ею.
- Ослабление мышц живота с опущением внутренних органов;
- Снижение образования инсулина;
- Падает активность и других желез внутренней секреции – щитовидной, половых, что в свою очередь влияет на обмен веществ и функцию различных





# Причины

- Дефицит поступления полноценных продуктов;
- Ограниченное поступление белков при удовлетворительном калораже;
- Ограниченное поступление определенных веществ (витамины);
- Онкологическая патология;
- Полипрагмазия;
- Тиреотоксикоз.



# Признаки мальнутриции

- **Ограниченные объемы принимаемой пищи и ее калорийность**
- **Низкие величины индекса массы тела**
- **В крови: снижение уровня общего холестерина; гипоальбуминемия,**
- **Уменьшение размера талии/ бедер;**

**С целью выявления степени нарушения питания (синдрома мальнутриции)**

**используется опросник**

**Mini nutritional assessment (MNA)**

# **Опасность мальнутриции**

- Ускоряет наступление старческого одряхления,**
- Увеличивается зависимость пожилого человека от постоянной посторонней помощи,**
- Способствует присоединению других гериатрических синдромов**

# Выявление: опрос, осмотр

- наличие похудания за последние месяцы
- ИМТ
- анализ питания
- выявление доступности пищи
- качество аппетита
- наличие в анамнезе сопутствующих заболеваний
- **скрининговые шкалы (опросник Mini nutritional assessment (MNA))**

**Индекс массы тела =**

**вес (кг) : рост (кв. м)**

**Норма: ж – до 23 кг/кв.м**

**м – до 25 кг/кв.м.**

**избыток веса**

25 – 29 кг/кв.м

От 30 кг/кв.м - 1 степень ожирения

От 35 кг/кв.м – 2 степень ожирения

От 40 кг/кв.м – 3 степень ожирения

**недостаток веса менее 20 кг/кв.м**

# Классификация мальнотриции

- ✓ **Легкая степень: ИМТ > 18 – 20 кг/кв.м**  
отсутствие соматических и функциональных нарушений
- ✓ **Средней степени тяжести: ИМТ 16 – 18 кг/кв.м**
- ✓ **Тяжелой степени тяжести: ИМТ менее 16 кг/кв.м** - атрофия подкожной жировой клетчатки; истощение; медленное заживление ран; отеки; выраженная слабость.

# Лечение мальнутриции

- Увеличить общую калорийность рациона;
- Достаточный прием жидкости (не менее 30 мл на 1 кг веса в день)
- Фармакологическая стимуляция аппетита

## СБАЛАНСИРОВАННОЕ ПИТАНИЕ

- это питание, при котором удовлетворяются физиологические потребности организма и обеспечиваются адекватные процессы для развития и роста организма

- ✓ Энергетическая ценность пищи = энергозатраты организма
- ✓ Баланс белков, жиров и углеводов = 1:1:4
- ✓ Соблюдение режима питания в течение дня
- ✓ Создание наиболее приемлемых условий для
- ✓ усвоения пищи (белковая пища лучше
- ✓ усваивается в первой половине дня)
- ✓ Пища должна быть правильной, то есть
- ✓ соответствовать санитарно-гигиеническим
- ✓ требованиям



# Саркопения

- атрофическое дегенеративное изменение скелетной мускулатуры, ассоциированное с возрастом и приводящее к постепенной потере мышечной массы и ее силы

Возрастные особенности мышечной ткани

**Известно, что пик мышечной массы в норме приходится на возраст 25 лет, к 50 годам мышечная масса уменьшается на 10%, к 80 годам – на 30%.**



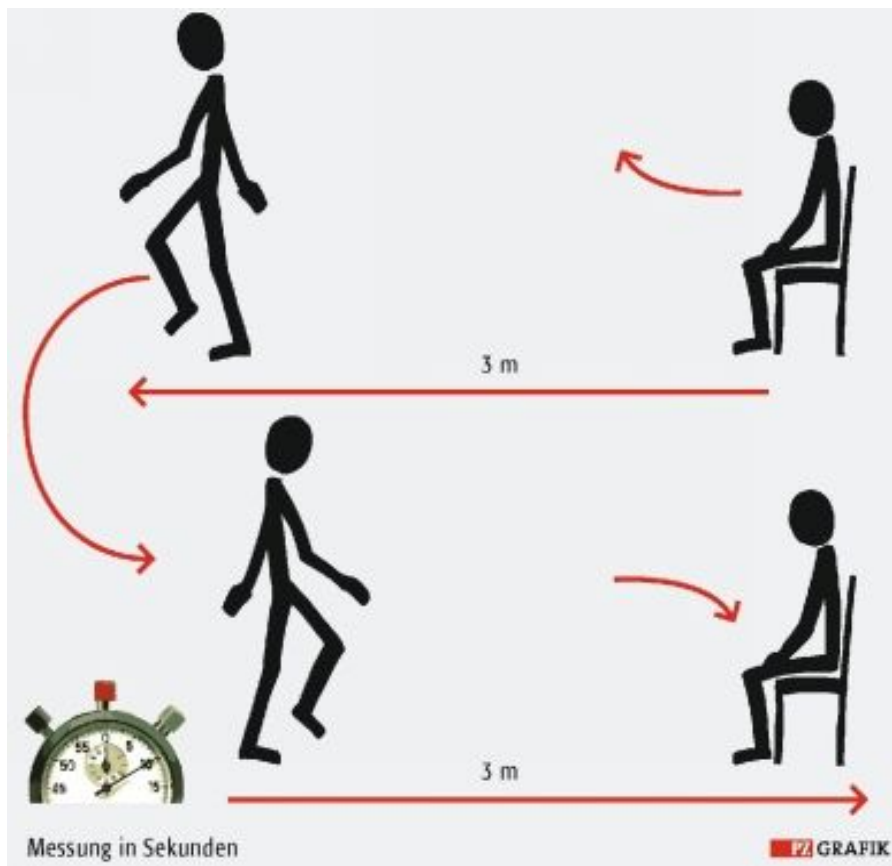


# Саркопения распространённость

- среди лиц пожилого возраста - 22,1%,
- старческого возраста - 35,2%.

- До недавнего времени данная патология не привлекала должного внимания геронтологов и других специалистов. Роль состояния скелетной мускулатуры, ее массы и силы в сохранении здоровья и увеличении продолжительности жизни оставалась недооцененной, однако в последние 15 лет отношение специалистов к саркопии меняется. По данным американского Центра контроля заболеваемости (Center for Disease Control and Prevention, CDC), саркопения признана **одним из пяти основных факторов риска заболеваемости и смертности у лиц старше**

# Скрининг - Тест «встань и иди»



Норма: < 14  
сек

**NB!** При ходьбе пациент использует обычные для себя средства помощи

Способность к передвижению

определение **параметров устойчивости:**

тест на вставание со стула – определяется в секундах: встать, пройти три метра, развернуться, сесть.

определение **параметров ходьбы** – начало движения, характер походки

# Скрининг –



**Кистевой  
динамометр**

# Клиническая картина при саркопении

- На сегодняшний день термин «саркопения» используется для описания возрастных изменений в скелетной мускулатуре — возрастная саркопения, что отражает **не только снижение тощей массы, но и сопутствующее снижение мышечной силы и ее мышечной функции**

Клиническую значимость саркопении определяют во многом ее последствия

## **Клинические:**

1. Снижение аппетита;
2. Снижение потребления белка;
3. Снижение поступления веществ, необходимых для обеспечения мышц;
4. Нарушение терморегуляции;
5. Низкий основной обмен;
6. Остеопороз.

## **Клинико-социальные:**

1. Медленная ходьба;
2. Падения;
3. Нарушение равновесия.

## **Социальные:**

1. Снижение жизненной активности;
2. увеличение зависимости от посторонней помощи;
3. увеличением общего уровня нетрудоспособности.

- **Саркопения – возрастзависимое, мультифакториальное патологическое состояние, которое способно приводить к переломам, немощности и преждевременной смерти больных пожилого возраста, что обуславливает её высокую медико-социальную значимость.**

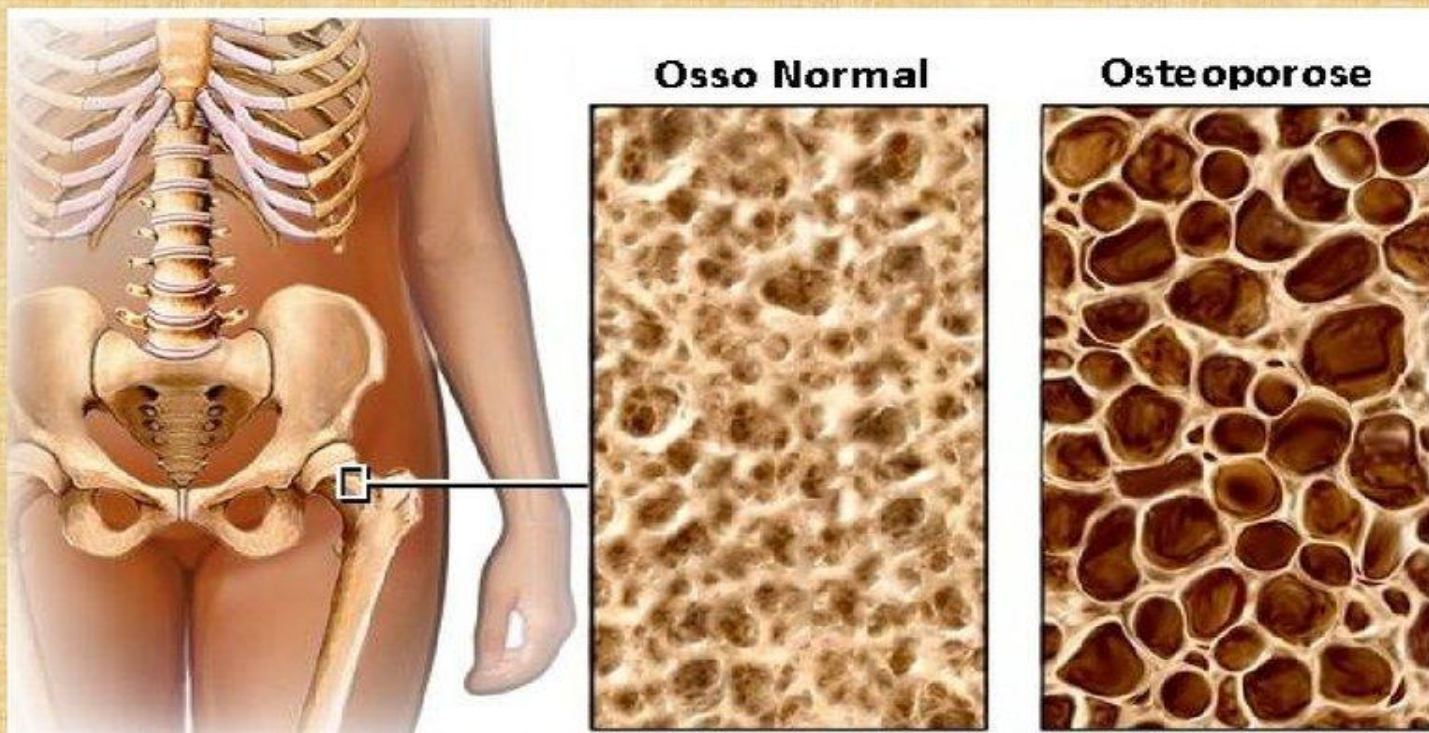
# Профилактика

- адекватная физическая нагрузка с силовыми упражнениями;
- правильное питание (включая увеличение потребления белка при отсутствии противопоказаний со стороны почек);



# Остеопороз

Остеопороз - наиболее распространенное метаболическое заболевание скелета, которое характеризуется низкой костной массой и нарушением микроархитектоники костной ткани, что приводит к увеличению хрупкости костей и повышению риска переломов.



# Остеопороз

## Основная причина - дефицит кальция в организме

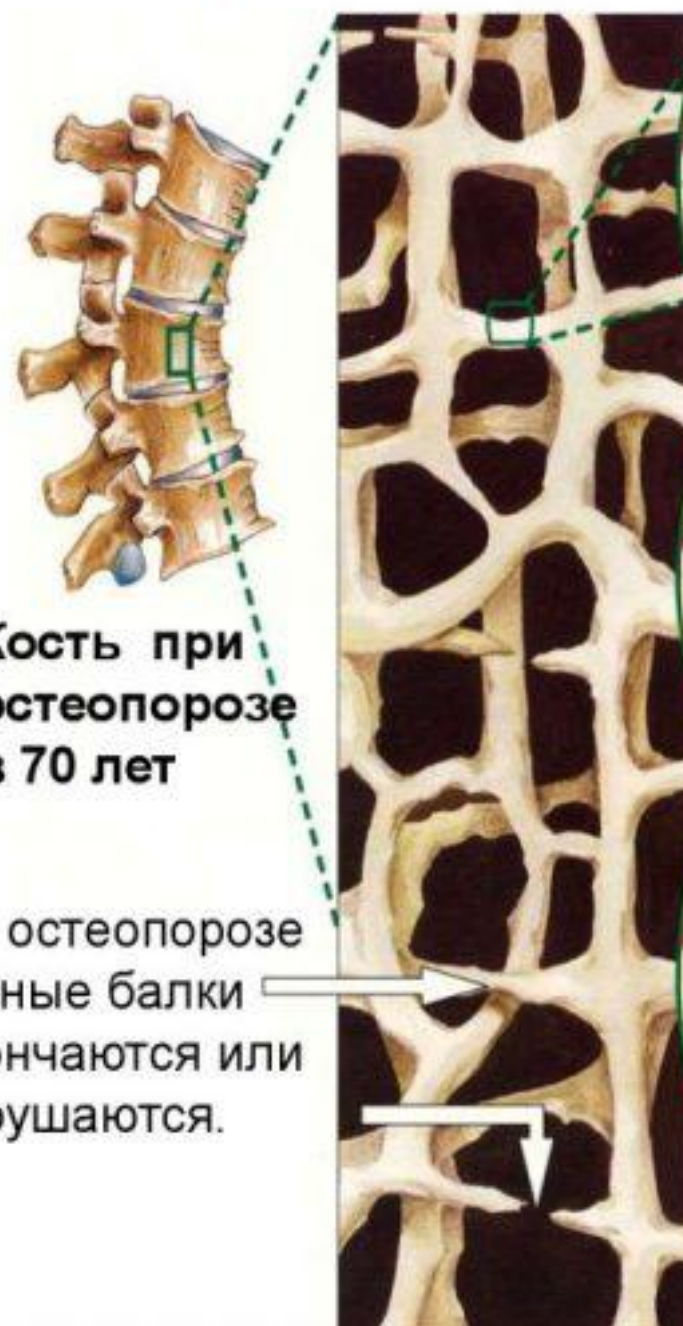
- поражает каждую третью женщину и каждого 12 мужчину после 50 лет.
- В России среди лиц в возрасте 50 лет и старше ОП выявляется у 34% женщин и 27% мужчин.
- Наиболее часто остеопороз развивается у женщин в постменопаузальном периоде.
- На сегодняшний день на земном шаре выявлено 1,66 миллионов переломов шейки бедра в следствие остеопороза. По прогнозам специалистов эта цифра к 2050 году увеличится до 26 миллионов.

# Изменения в костях при остеопорозе



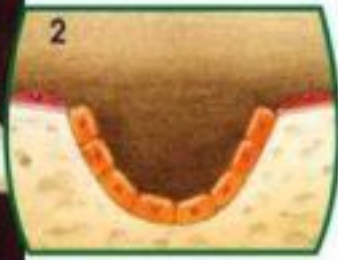
Нормальная  
костная  
структура  
в 30 лет



Нормальные  
костные  
балки  
и  
клетки  
очень  
маленькие.



Кость при  
остеопорозе  
в 70 лет

При остеопорозе  
костные балки  
истончаются или  
разрушаются.



 Остеокласт  
 Остеобласт



# Обследования

- **Денситометрия**

**Анализ крови: витамин Д, кальций, кальций ионизированный, паратгормон.**

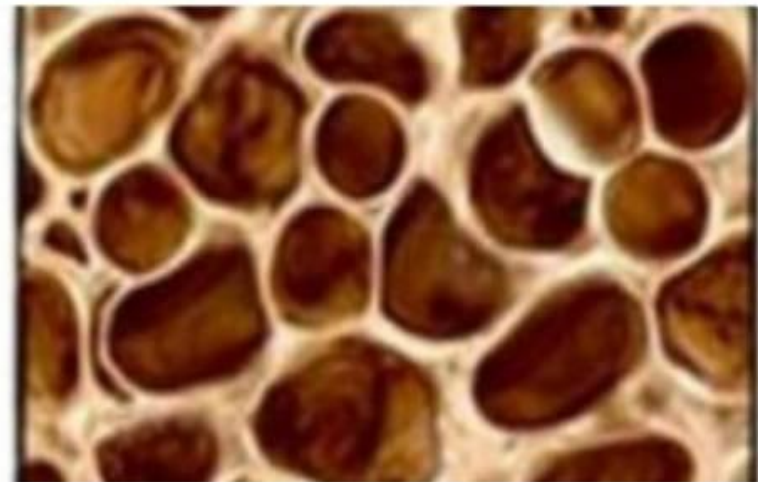
## Проявления остеопороза

- **уменьшение роста,**
- **переломы: позвоночника, переломы шейки бедра,**
- **переломы лучевой кости в результате минимальной травмы, или при падении с высоты своего роста.**

# Проявления остеопороза



Кость здорового человека



Кость человека, больного остеопорозом

# Денситометрия

## Виды денситометрии

Ультразвуковая  
Рентгеновская  
МРТ денситометрия



***T-критерий*** — это количество стандартных отклонений выше и ниже среднего показателя пика костной массы молодых женщин в возрасте 30-35 лет. Снижение этого критерия происходит со снижением костной массы при увеличении возраста.

***Z-критерий*** — это количество стандартных отклонений выше или ниже среднего показателя от средневозрастной нормы.

**Норма: T-критерий не более -1 стандартного отклонения (SD) от пиковой костной массы**

**Остеопения (начальные проявления):**

**1 степень: T-критерий от -1 до -1,5 SD**

**2 степень: T-критерий от -1,5 до -2 SD**

**3 степень: T-критерий от -2 до -2,5 SD**

**Остеопороз: T-критерий более -2,5 SD**

# Немедикаментозное лечение остеопороза

- является обязательной частью лечения ОП (D)
- ходьба и физические упражнения (упражнения с нагрузкой весом тела, силовые упражнения и тренировка равновесия) (B) ( прыжки и бег противопоказаны (D))
- коррекция питания (продукты, богатые кальцием) (D) □ отказ от курения и злоупотребления алкоголем (D)
- образовательные программы («Школа здоровья для пациентов с остеопорозом») (B)
- Ношение жестких и полужестких корсетов для снижения выраженности болевого синдрома после перелома позвонка (A). Длительное ношение корсета может привести к слабости мышц спины и, как следствие, к плохим отдаленным результатам (D)
- Постоянное ношение протекторов бедра пациентами, имеющими высокий риск развития перелома проксимального отдела бедра и имеющими факторы риска падений (B)
- У пациентов с ОП переломом позвонка и хронической болью в спине возможно применение кифопластики и вертебропластики для уменьшения болевого синдрома, коррекции осанки и уменьшения риска последующих переломов (C)
- Мануальная терапия при остеопорозе позвоночника противопоказана в связи с высоким риском переломов позвонков (D)
- при высоком риске падений – мероприятия, направленные на снижение риска падений (D):
- лечение сопутствующих заболеваний
- коррекция зрения
- коррекция принимаемых медикаментов
- оценка и изменение домашней обстановки (сделать её более безопасной)
- обучение правильному стереотипу движений
- пользование тростью
- устойчивая обувь на низком каблуке
- физические упражнения на координацию и тренировку равновесия.

# Медикаментозное лечение остеопороза

## **Бисфосфонаты — лидеры, первая линия терапии.**

- Группа достаточно многочисленна и постоянно пополняется новыми препаратами. Кроме **высокой терапевтической эффективности** её характеризует **удобство применения** для пациента: от **1 таблетки в нед до 1 укола в год**
- **Фороза** 1 р/нед , то **Бонвива** 1 раз в месяц.
- **Золедроновой кислоты (Резокластин, Акласта)**. **1 раз в год укол** и лечение от остеопороза обеспечено, гораздо более коротким списком побочных действий.
- клинические испытания, **Акласта (Novartis) показало доказанную эффективность** (стоимость 19 тыс руб) . Рос.аналог Резокластин.
- . Общие отзывы о лечении остеопороза препаратами группы бифосфонатов вторят статистическим исследованиям, в ходе которых отмечено 60% снижение частоты повторных переломов (при непрерывном лечении на протяжении не менее 3-х лет) и прирост костной массы, превышающий таковой при употреблении других препаратов.

# Медикаментозное лечение остеопороза

- **Гормональная терапия** — применение аналога гормона, выделяемого паращитовидными железами. Этот препарат называется **Форстео (Терипаратид)** (15тыс руб). Применяется он при минеральном разрежении костной ткани, связанном **со снижением уровня половых гормонов, как у мужчин, так и у женщин** и при остеопорозе, развивающемся при приеме **глюкокортикостероидов**.
- Фортео назначается в виде однократных подкожных инъекций, **с помощью шприц-ручки**.
- Курс лечения в среднем составляет **18 месяцев**. По определенным причинам Форстео не входит в международный протокол лечения остеопороза, где на первом месте стоят бифосфонаты и Деносумаб.

# Принципы медикаментозного лечения остеопороза

Лечение одновременно двумя препаратами патогенетического действия не проводится (B). - Монотерапия препаратами кальция и витамина D не проводится (A)

- Лечение любым препаратом патогенетического действия должно сопровождаться назначением адекватных **доз кальция (1000-1500 мг в сутки с учетом продуктов питания) (A) и витамина D (800-2000 МЕ в сутки) (A)**.
- Для достижения эффективности лечения важна приверженность пациента рекомендованному лечению, как по продолжительности, так и по правильности приема препарата (C).

**Главная цель лечения ОП – снизить риск низкоэнергетических переломов (при минимальной травме или спонтанных), поэтому в терапии ОП могут использоваться только препараты, клиническая эффективность которых в отношении снижения риска переломов доказана в длительных многоцентровых клинических испытаниях. Дженерические (воспроизведенные) препараты должны продемонстрировать биоэквивалентность оригинальному препарату.**

# Профилактика остеопороза

- **Питание адекватное потребление кальция , в среднем в сутки 1000 мг. и достаточное поступление витамина D (А)**
- **людям с риском ОП или доказанным дефицитом витамина D должны назначаться добавки витамина D 800 МЕ в сутки.**
- **При недостаточном потреблении кальция с пищей необходимы также добавки кальция. Продолжительность приема кальция и витамина D зависит от того, сохраняется ли риск либо дефицит (D)**
- **активный образ жизни, физические упражнения и отказ от вредных привычек (D)**
- **женщинам моложе 60 лет в постменопаузе с целью профилактики ОП дополнительно к вышеперечисленному может назначаться заместительная гормональная терапия женскими половыми гормонами (ЗГТ) независимо от наличия климактерических симптомов при условии низкого риска сердечнососудистых осложнений. Вопрос о назначении и длительности ЗГТ решается гинекологом индивидуально для каждой пациентки с учётом противопоказаний и возможного риска осложнений (D)**



# Продукты, богатые кальцием

- **Молочные** 600 мг,  
плавленный сыр 300 мг, молоко, йогурт 100-120 мг)
- **Рыба** ( в т.ч. рыба вяленая с костями)
- **Сухофрукты, орехи,**
- **семена** (кунжут 1150 мг,
- миндаль 250 мг,  
курага 170 мг,  
подсолнечника 100 мг)
- **Овощи зеленые**  
(сельдерей 240 мг)



# Недержание мочи (инконтиненция)

- это неконтролируемое мочеиспускание

- приводит к клиническим и социальным проблемам;
- не является признаком старения,
- требует лечения и реабилитации.



# Возрастные особенности мочевыводящей системы

- **Снижение и потеря эластичности, уплотнение и увеличение емкости лоханок, мочеточников, мочевого пузыря;**
- **За счет замещения мышечной ткани соединительной снижается сократительная активность мышц мочевыводящей системы, что приводит к нарушению нормального выведения мочи;**
- **Ослабление сфинктеров мочевого пузыря, что обуславливает развитие недержания мочи в старческом возрасте.**

# Причины инконтиненции (недержания)

- ослабление сфинктеров мочеиспускательного канала, нарушение их сокращения при позыве к мочеиспусканию;
- делирий
- переполнение мочевого пузыря;
- инфекция
- ожирение
- асцит
- опухоли мочевого пузыря
- Заболевания ЦНС (инсульты, спино-мозговые травмы, деменция);
- У женщин:
  - ослабление мышц тазового дна, которые поддерживают внутренние органы малого таза и участвуют в процессе мочеиспускания (после родов, ношения тяжестей).
- У мужчин:
  - аденома предстательной железы.

# Классификация

- **стрессовое недержание** при чихании, смехе, кашле, физических нагрузках (недостаточность сфинктера), характерно для женщин;
- **ургентное недержание** – императивные позывы на мочеиспускание в течение дня (резкий неудержимый позыв к мочеиспусканию, пациент часто не успевает добраться до туалета )
- **смешанная форма;**
- **рефлекторное недержание** – дисфункция ЦНС;
- **функциональное недержание** (делирий, нарушения адаптации при госпитализации);
- **фармакологическое недержание**

# Лечение инконтиненции:

- **упражнения Кегеля** - укрепление мышц тазового дна.
- физическая активность
- ограничение кофе, алкоголя
- Организация окружающей среды, уход (помощь при посещении туалета)
- **После возникновения инконтиненции - восстановление нормального мочеиспускания.**
- Установление истинных причин недержания:
- анализ общего физического состояния подопечного и наличия сопутствующих заболеваний (гимеплигия, деменция и т.д.); консультация с урологом, в случае необходимости лечения инконтиненции хирургическим путем (установление уретрального слинга (петли(сетки) в области мочеиспускательного канала, при стрессовом недержании)
- работа с биографией - выяснение сведений о привычках и пожеланиях человека, касающихся физиологических отправлениях (время опорожнения мочевого пузыря и т.п.);
- анализ протекания процесса мочеиспускания: наличие позывов к мочеиспусканию;
- нуждаемость человека в помощи со стороны ухаживающего при мочеиспускании;
- нуждаемость подопечного в помощи при смене адсорбирующего белья;
- готовность подопечного принять помощь:

# Лечение инконтиненции:

После выяснения причин недержания и возможности вернуть (частично восстановить) нормальное мочеиспускание, необходимо восстановить **импульс позыва** к мочеиспусканию.

Для этого проводится **тренировка мочевого пузыря:**

необходимо обсудить с подопечным точное времени посещения туалета (туалетного стула) или подачи судна (индивидуально с интервалом в 1 - 2 часа);

для усиления позыва, при мочеиспускании, можно включить воду в кране, но не следует стоять все время рядом, необходимо соблюдать интимность, оставить человека одного;

если подопечный ощущает позывы к мочеиспусканию, у него должна быть возможность позвать персонал для посещения туалета;

занятия должны проходить от 3 до 5 недель: если успех не достигнут, то занятия по восстановлению нормального мочеиспускания прекращают.

# Особенности работы с пожилым человеком при недержании мочи

1. При возникновении позыва на мочеиспускание необходимо помочь человеку быстро добраться до туалета либо подать ему судно или утку;
2. Чаще предлагать посетить туалет и предоставить для этого достаточное количество времени и обеспечить уединенность;
3. Выяснить обычный режим мочеиспускания и предлагать свою помощь в нужное время (не реже, чем каждые 2 часа)
4. При непроизвольном мочеиспускании:
  - нельзя выражать свое неодобрение,
  - брезгливость или иные эмоции;
  - человека необходимо успокоить и ободрить;
  - мокрое белье необходимо сразу заменить на сухое;
  - Уход за кожными покровами.





# Обстипационный синдром (нарушение стула)



- **тяжелый запор с образованием плотных затвердевших каловых масс. Как правило, при обстипации самостоятельная дефекация невозможна)**

# Причины обстипации:

1. **Особенности образа жизни и питания** – сниженное содержание пищевых волокон в рационе, недостаточное употребление жидкости;
2. **Лекарственные препараты**– верапамил, нейролептики, антидепрессанты, диуретики;
3. **Опухоли, трещина заднего прохода, гипотироз, диабетическая нейропатия;**
4. **физиологические и поведенческие причины:** депрессия, деменция;
5. **средовые факторы:** недоступность туалета (в больнице);
6. **нейрогенные факторы:** рассеянный склероз, деменция, болезнь Паркинсона;
7. **ослабление мышц брюшной стенки:** операции на малом тазу, старческая астения;
8. **нарушение моторики ЖКТ.**

# Лечение обстипации

- **достаточное количество жидкости;**
- **двигательная активность;**
- **употребление продуктов, нормализующих пассаж: отруби, зелень;**
- **поведенческая терапия;**
- **фармакологические средства.**

# Синдром падения



# Причины падений

## Внутренние факторы:

- Возрастное снижение равновесия, нарушения двигательных функций.
- Когнитивные расстройства (деменция)
- Нарушения зрения
- Ортопедические заболевания нижних конечностей
- Прием психотропных препаратов
- Прием более 4 препаратов одновременно (полипрогмазия)
- Головокружение
- Мышечная слабость
- Множественные хронические заболевания
- Психологическое состояние – боязнь упасть.
- Нарушения питания

## Внешние факторы:

- Дефекты окружающей среды (плохое освещение, скользкие и неровные полы, рваный линолеум, провода и другие предметы на пути и пр.);
- Характер обуви и одежды (открытый задник, скользкая подошва)
- неподходящие вспомогательные средства и приспособления для ходьбы

# Шкала риска падений Морзе (Morse Fall Scale)

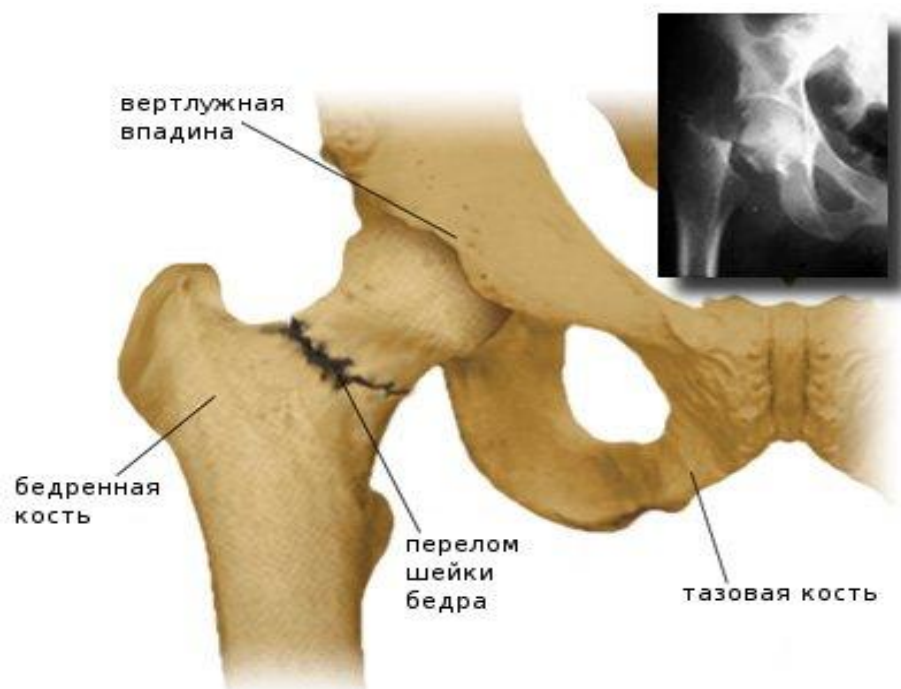
Показатель	Баллы
<b>Падение в анамнезе:</b>	
• Нет	0
• Да	25
<b>Сопутствующие заболевания (больше одного диагноза):</b>	
• Нет	0
• Да	25
<b>Имеет ли пациент вспомогательное средство для перемещения:</b>	
• Постельный режим / помощь санитарки	0
• Костыли / ходунки / трость	15
• Придерживается при перемещении за мебель	30
<b>Проведение внутривенной терапии (наличие в/в катетера):</b>	
• Нет	0
• Да	25
<b>Оценка пациентов собственных возможностей и ограничений (ментальный/психический статус):</b>	
• Адекватная оценка своих возможностей	0
• Переоценивает свои возможности или забывает о своих ограничениях	15
<b>Функция ходьбы:</b>	
• Норма / постельный режим / обездвижен	0
• Слабая	10
• Нарушена	20

# Оценка риска падения

Оценка риска	Баллы	Действия
Нет риска	0	Тщательный основной медицинский уход
Низкий уровень	5-20	
Средний уровень	25-45	Внедрение стандартизированных вмешательств для профилактики падений
Высокий уровень	≥46	Внедрение специфических вмешательств, направленных на профилактику падений

# Осложнения

- боязнь повторных падений (100%);
- травмы мягких тканей – 10 – 15% случаев;
- переломы костей (чаще шейка бедра, кости запястья) – 3 – 5% случаев;
- травма головы
- (повреждение мягких
- тканей, реже – субдуральные гематомы)





# Профилактика падений

- анализ принимаемых медикаментов и отмена тех препаратов, которые могут приводить к падениям;
- образовательные программы
- применение технических средств реабилитации.



# Профилактика падений дома

- в случае необходимости оборудование туалетов, ванных комнат, коридоров специальными поручнями, которые дадут возможность либо предотвратить падение, либо ухватиться за них в случае начавшегося падения;
- использование специальных ходунков при передвижении по дому либо улице в случае высокого риска возникновения падений;
- в ряде случаев – эндопротезирование тазобедренных суставов (если причина привычных падений – патология опорно-двигательного аппарата);
- профилактика и лечение остеопороза;
- пересмотр медикаментозного лечения и исключение лекарственных препаратов, которые усиливают риск падений;
- исключение разного рода физической активности, которая может привести к повышению риска падений.

# Создание безопасн ой среды дома





Оборудование  
для снижения  
риска  
падений  
и  
Предотвращен  
ия  
переломов



Бедренные  
протекторы для  
предотвращения  
перелома шейки  
бедра



# Нарушение слуха:



# Распространенность

- **в пожилом возрасте занимает 4 место по распространенности после артроза, АГ, хронической сердечной недостаточности;**
- **в возрасте старше 60 лет – страдает 30%;**
- **в возрасте старше 75 лет – более 35%.**

# Классификация

- сенсоневральные нарушения:
- пресбиакузия за счет дегенеративных изменений ЦНС и слухового аппарата,
- инфекционное поражение слухового нерва,
- невриномы,
- болезнь Меньера,
- травмы,
- прием медикаментов – аминогликозиды, фуросемид);
- проводниковые нарушения слуха – нарушение проведения звука ко внутреннему уху: отосклероз, ревматоидный артрит;
- нарушения слуха на уровне ЦНС: деменция, нейродегенеративные процессы.



# Средства реабилитации

- **слуховые аппараты разного типа;**
- **специальные телефоны;**
- **применение наушников во время просмотра ТВ;**
- **по показаниям – установка имплантанта.**

# **Особенности коммуникации с людьми с нарушением слуха**

- 1. Находится рядом, чтобы он видел, с кем общается;**
- 2. Использовать как вербальные, так и невербальные уровни передачи информации;**
- 3. Говорить медленно, короткими, предложениями, в низкой тональности;**
- 4. Не глотайте слова: шевелите губами, произносите каждое слово тщательно и точно.**
- 5. Смотреть в лицо, но не постоянно в глаза;**

## **Важно!**

- **Очень много пожилых людей находится в прекрасном физическом и умственном состояниях.**
- **Пользуйтесь данными советами только в том случае, если чувствуете, что у пожилого человека возникли трудности с общением, иначе вы можете его/ее обидеть.**

# Нарушение зрения



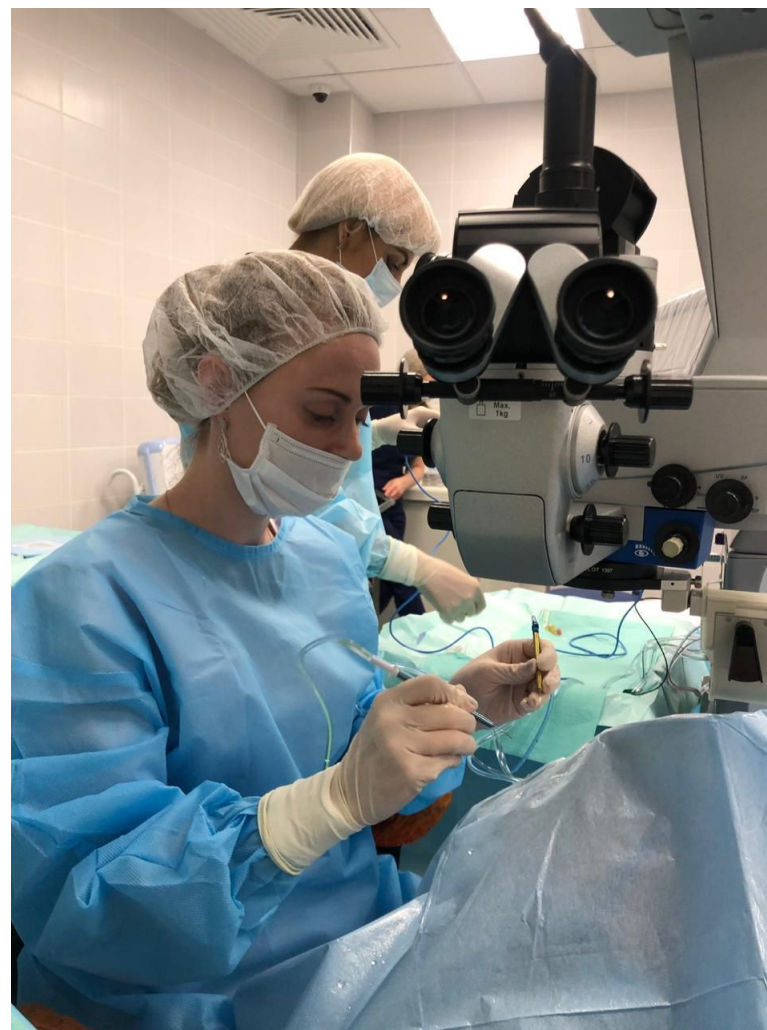
# Причины

- **острые нарушения: ОНМК, приступ глаукомы, кровоизлияние в сетчатку глаза;**
- **хронические нарушения: нарушения рефракции, катаракта, макулярная дегенерация, диабетическая ретинопатия, открытоугольная глаукома.**

# Операция при катаракте

- Проведена операция: OD  
Факоэмульсификация катаракты + ИОЛ  
Ocuflex  
+интравитреальная инъекция  
Афлиберцепт

(Хирург: Семакина А.  
С.)



# Особенности работы с пожилыми со сниженным зрением

1. Находится рядом, чтобы он видел, с кем общается;
2. Увеличить освещенность при чтении, обучении, демонстрации...;
3. Снизить воздействию яркого солнечного света: очки, шторы...;
4. Увеличить размеры учебных средств, букв в тексте;
5. Использовать яркие контрастные цвета для маркировки границ помещений, ступенек, положений ручек приборов и устройств



# **Важно!**

- **Прикосновения, возможность держать за руку и физическое тепло зачастую говорят больше, чем слова.**
- **Учитывайте культурный фон и традиции.**
- **Слова любви и уважения значат очень много.**
- **Обращайтесь за помощью специалиста, после согласия пожилого человека.**



# Боль – гериатрический синдром



Согласно данным эпидемиологических исследований, болевой синдром среди лиц пожилого и старческого возраста бывает **до 75 - 80%**.

## **Особенности болей у пожилых:**

- атипичность проявлений
- Сочетание с депрессией и тревогой,
- ограничение социальных контактов,
- усугубление когнитивных расстройств,
- нарушение сна

# Хронические боли



«**Боль** — неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с существующим или возможным повреждением ткани или описываемое в терминах такого **повреждения»** **Хроническая боль** — это боль, которая длится долго.  
Два наиболее часто используемых маркера — **3 месяца и 6 месяцев** с момента начала заболевания.

# Распространенность хронической боли

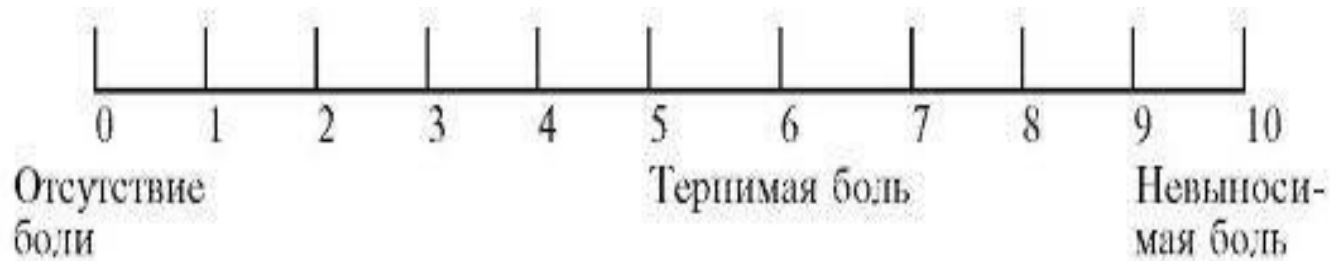
Распространенность хронической боли варьирует в разных странах: от **10%** до **55%** населения.

В России распространенность хронической боли оценивается приблизительно в **30%**.

По данным Минздрава, около **50 миллионов** россиян живут с хронической болью, что указывает на то, что примерно **1/3** взрослого населения страдает хроническим болевым синдромом.

# Методы оценки боли

## Цифровая рейтинговая шкала оценки боли



цифровая рейтинговая шкала оценки боли (для самооценки взрослых пациентов и детей старше 5 лет) состоит из десяти делений, где

**0 - означает «боли нет»**

**10 - «боль невыносимая»**

Специалист, оценивающий боль, должен объяснить пациенту что:

0 - боли совсем нет,

**от 1 до 3 баллов - боль незначительная,**

**от 4 до 6 баллов - боль умеренная,**

**от 7 до 9 баллов - боль выраженная,**

**10 баллов - боль невыносимая**

Пациент должен сам оценить боль, выбрав числовое значение, которое соответствует интенсивности боли.

# Методы оценки боли

## Оценка боли по шкале гримас Вонг-Бейкера



Шкала гримас Вонг-Бейкера предназначена для оценки состояния взрослых пациентов и детей старше 3 лет.

Шкала гримас состоит из 6 лиц, начиная от смеющегося (нет боли) до плачущего (боль невыносимая).

Специалист, оценивающий боль должен объяснить пациенту в доступной форме, какое из представленных лиц описывает его боль.

# Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale

Оценка	2	1	0	Поведение
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Громкое затрудненное дыхание</li> <li>Длинный период гипервентиляции</li> <li>Дыхание Чейн- Стокса</li> <li>Повторяющиеся крики</li> <li>Громкие вздохи или стоны</li> <li>Плач</li> <li>Морщится</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Иногда затрудненное дыхание</li> <li>Краткий период гипервентиляции</li> <li>Одиночный вздох или стон</li> <li>Тихий голос, негативное или неодобрительное содержание речи</li> <li>Печальное</li> <li>Испуганное</li> <li>Хмурое</li> <li>Напряжен</li> <li>Ерзает</li> <li>Малоподвижен</li> </ul>	<p>Нормальное</p> <p>Нет</p> <p>Улыбка или ничего не выражающее</p> <p>Расслаблен</p>	<p>Дыхание</p> <p>"Негативная" вокализация</p> <p>Выражение лица</p> <p>Язык тела</p> <p>Возможность утешить</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Скован</li> <li>Сжатые кулаки</li> <li>Согнутые колени</li> <li>Отталкивает проверяющего</li> <li>Дерется</li> <li>Невозможно успокоить, отвлечь или ободрить</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Отвлекается или успокаивается на голос или прикосновение</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Не требует утешения</li> </ul>	

# Последствия хронической боли

**Тяжелая хроническая боль уменьшает продолжительность жизни пациента на 6-10 лет**, особенно от заболеваний сердца и респираторных заболеваний.



Хроническая боль связана с более **высокими показателями депрессии и тревоги**.

Хроническая боль может способствовать **снижению физической активности** из-за боязни обострения боли, что часто приводит к малоподвижному образу жизни и **увеличению веса**.

Объективное тестирование показало, что люди с хронической болью, как правило, испытывают **нарушения внимания, памяти, «гибкости» ума, речевых способностей, быстроты реакции** в когнитивных вопросах быстроты выполнения

# Заболевания, сопровождающиеся хроническими болями

Невропатическая боль	Смешанная боль	Систематизированная боль
Периферические невропатии (диабет, ВИЧ)	Мигрень и ежедневная хроническая головная боль	Боль в пояснице
Постоперационная невралгия	Фибролгия, аритмия	Ревматический артрит
Тройничковая невралгия	Фантомные боли в конечностях	Остеоартрит
Болевой синдром после инсульта	Комплексный региональный болевой синдром	Хронический воспалительный процесс
Повреждение спинного мозга	Рассеянный склероз	Соматоформное болевое расстройство
Невропатическая боль в пояснице	Боль в пояснице	Послеоперационные боли
	Синдром миофасциальной боли	Спортивные травмы
	Скелетно-мышечные боли	



# Немедикаментозные способы лечения боли

- **массаж**, особенно хорошо - с оливковым маслом, рук и ног, всего нежное поглаживание над эпицентром боли;



- **холод или сухое тепло к болезненной области** (строго по назначению, наряду

с массажем, способствует угасанию болевой импульсации в с ("теория ворот ");



мозге

ниями

- **максимальная физическая активность**, обеспеченная условиями для ухода за собой и удобно оборудованным домашним местом интересных занятий и работы. Она препятствует "одревенению" мышц, вызывающему боль и подключает головной мозг к занятиям, отвлекая его от анализа боли;



Некоторые виды китайской гимнастики Ушу нивелируют боль, скованность, качество жизни пациентов, при хронических состояниях, таких как остеоартрит, боли в пояснице и остеопороз.

- **общение с домашними животными**, которые дают примиряющуюся и одаивают



эзмятежности и

безусловной любовью;

- **творчество** во всех его проявлениях, что означает совершение всех дел так, как это



- **свойственно именно вам, проявление своей неповторимой индивидуальности**

# Принципы лечения хронических болей

- Если при хронической боли врач назначает обезболивающие препараты, то они должны применяться **по рекомендуемой врачом схеме.**
- Хроническая боль требует **регулярного**, "по часам" употребления анальгетиков. Прием препаратов должен "опережать" усиление боли.
- **Доза** обезболивающего лекарства и интервалы между приемами подбираются таким образом, чтобы поддерживать **устойчивую концентрацию в крови** и избегать усиления болей в эти промежутки. При этом допустимая суточная доза лекарственных препаратов, конечно, не превышает.
- Первоочередной задачей является **ночное обезболивание.**
- **Выводы об эффективности схемы обезболивания** делаются **не раньше, чем через 1-2 суток от начала ее применения.**
- Адекватная схема обезболивания достигается применением анальгетика той или иной группы или комбинацией препаратов разных групп.
- **Интенсивность боли определяет сам больной**, а не кто-либо из окружающих, потому что каждый человек имеет свой порог болевой чувствительности..
- Не стоит опасаться, что человек, испытывающий сильные боли, попадет в зависимость от применяемых в течение них.
- В зависимости от степени выраженности болевого синдрома врач назначает в качестве основного препарат одной из трех ступеней **лестницы обезболивания,**

## **2. Психические гериатрические синдромы**

- Депрессия**
- Делирий**
- Деменция**

# Деменция

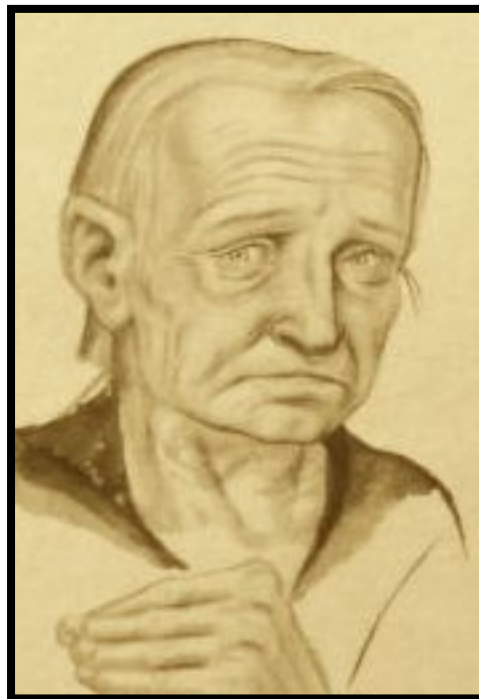
- **стойкое нарушение высшей нервной деятельности, сопровождающееся утратой приобретенных знаний и навыков и снижением способности к обучению**

# МНОГО НАЗВАНИЙ

ДЕМЕНЦИЯ

Я

СЛАБОУМИЕ

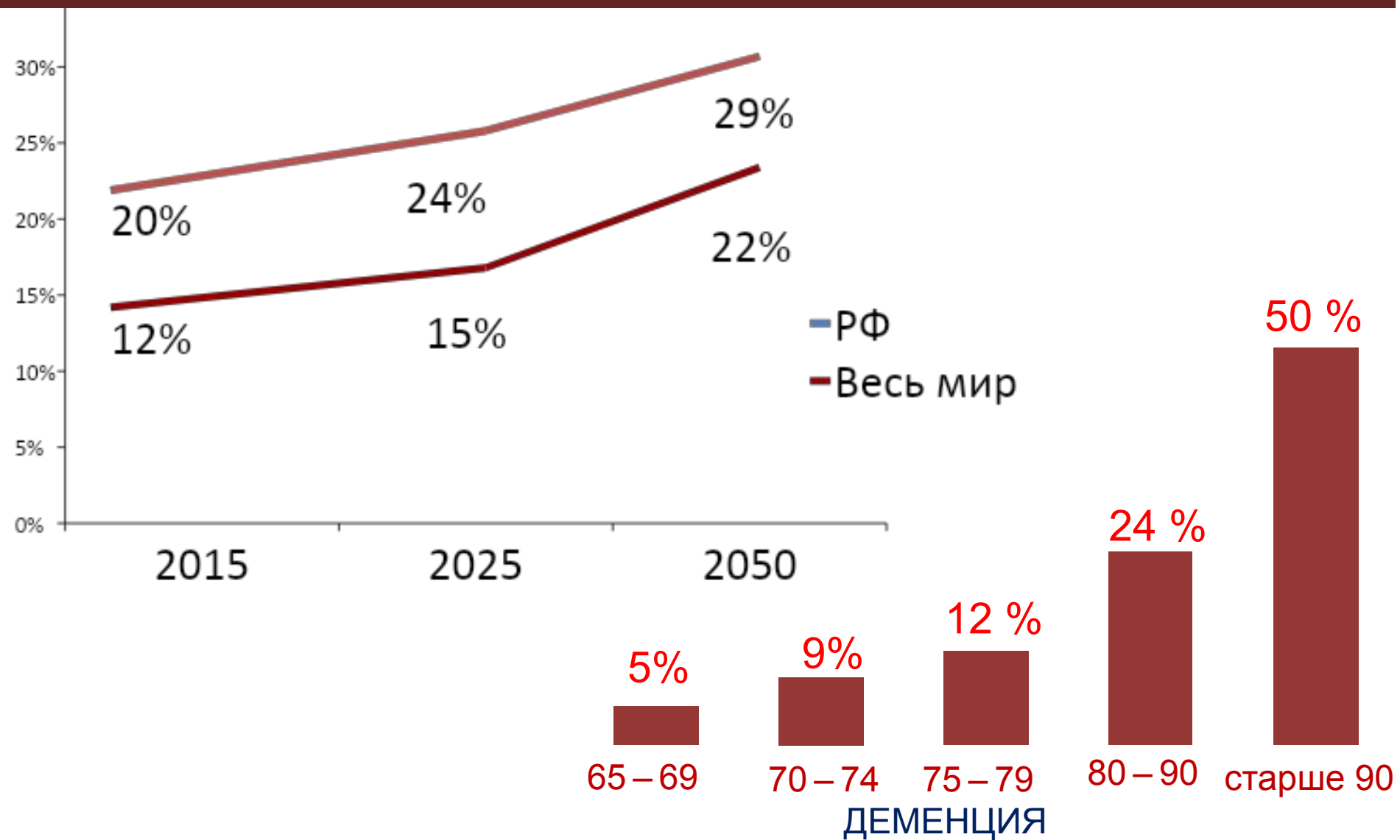


КОГНИТИВНЫЕ  
НАРУШЕНИЯ

МАРАЗ  
М

# ОДНА БЕДА

# ДОЛЯ ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА по прогнозам ООН

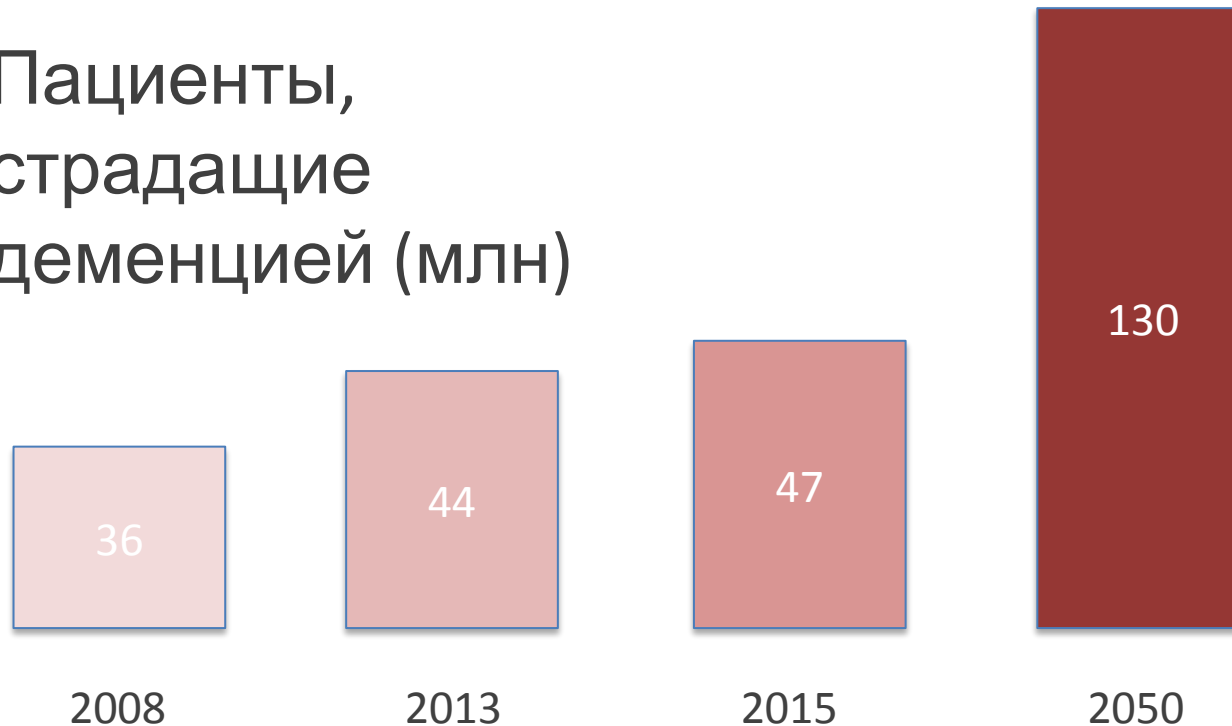


# КОЛИЧЕСТВО ЛЮДЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ДЕМЕНЦИЕЙ



Каждые три секунды кто-то  
заболевает ДЕМЕНЦИЕЙ

Пациенты,  
страдающие  
деменцией (млн)



Проблемы с абстрактным мышлением

Плохая рассудительность («нетрезвый ум»)

Проблемы с речью

Личностные изменения

Потери памяти

Дезориентация

Отсутствие инициативности

Забывания места нахождения вещей

Затруднение с выполнением повседневных задач

## ***Деменция, основные симптомы***

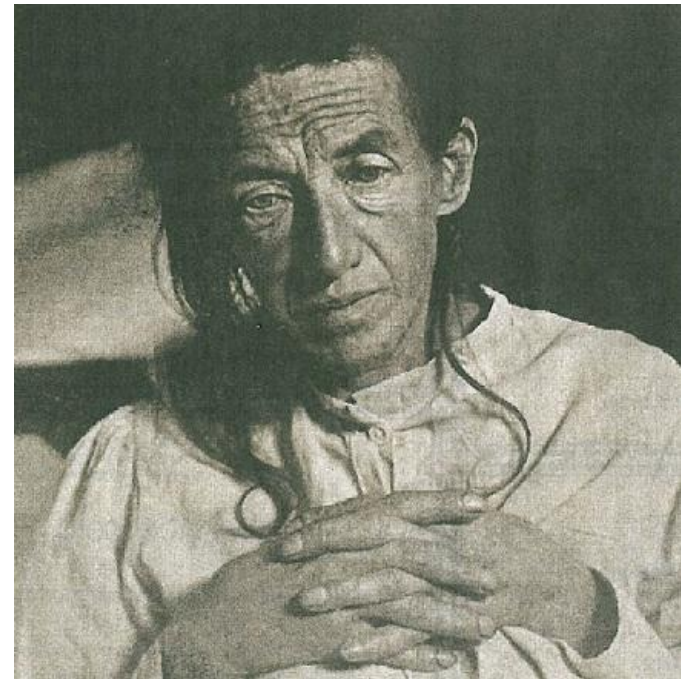


# БОЛЕЗНЬ АЛЬЦГЕЙМЕРА



Alois Alzheimer  
1864 - 1915

Болезнь Альцгеймера — наиболее распространённая форма деменции, неизлечимое дегенеративное заболевание, впервые описанное в 1906 году немецким психиатром Алоисом Альцгеймером.



Августы Детер 50  
лет

Уинстон Черчилль

(1874–1965)



Маргарет Тэтчер

(1925–2013)

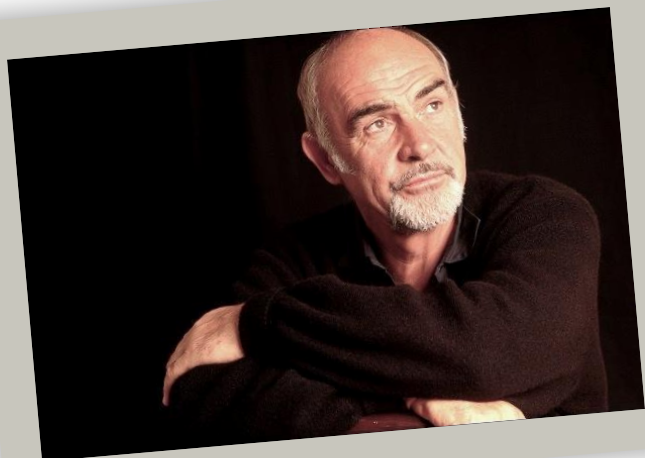


Рональд Рейган

(1911–2004)



Шон Коннери



Анни Жирардо



Лили Бетанкур  
(мадам  
Лореаль)



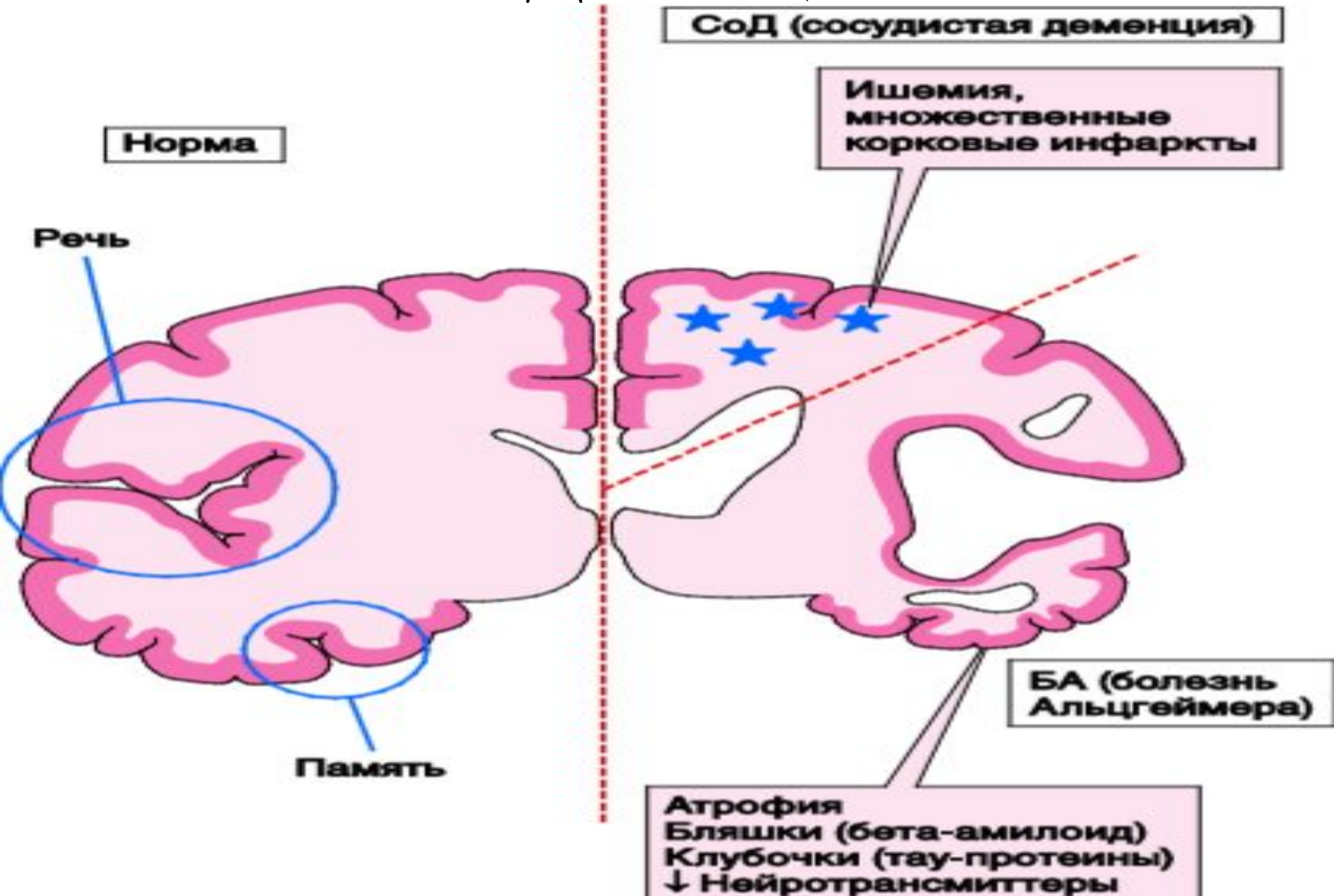
Питер Фальк



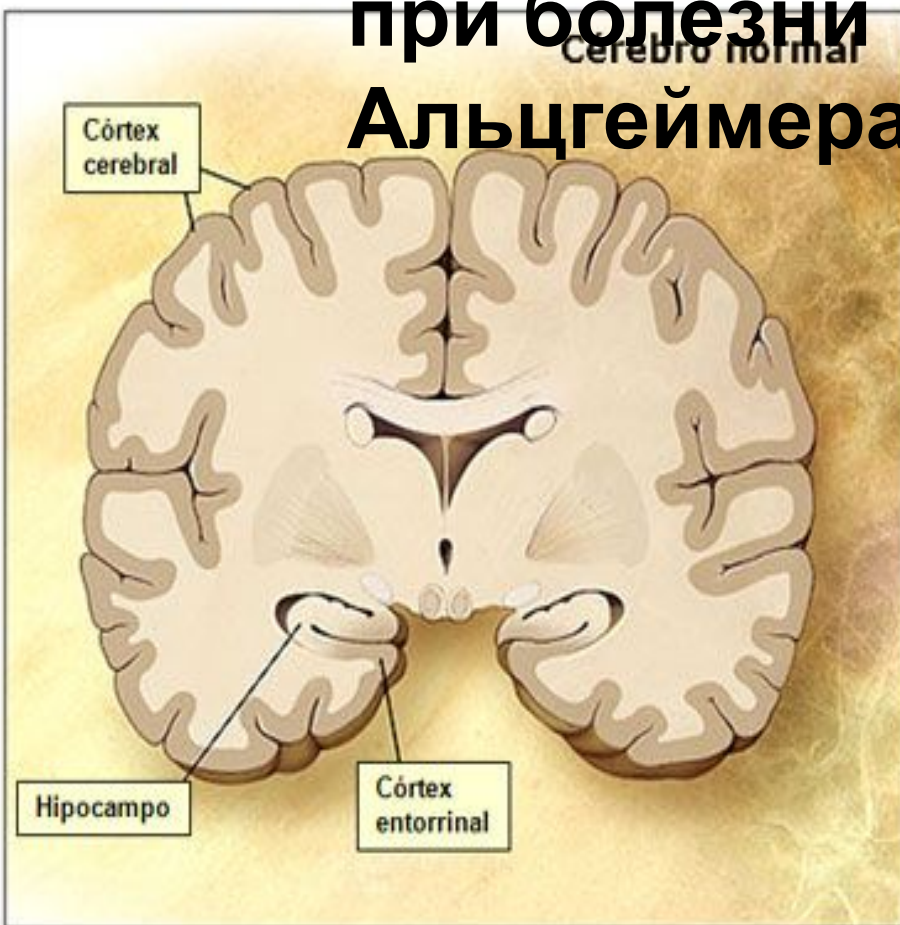
# ПРИЧИНЫ ДЕМЕНЦИИ



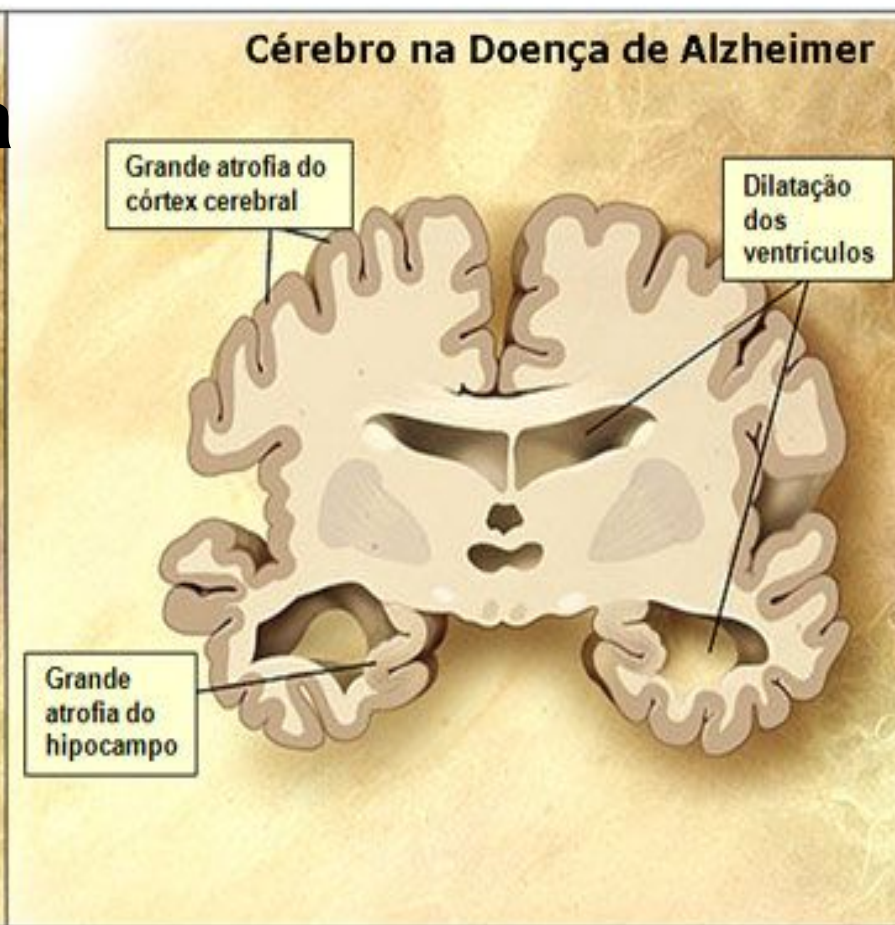
# Деменция



# Атрофия головного мозга при болезни Альцгеймера



Нормальное  
старение



Болезнь  
Альцгеймера

**ПОТЕНЦИАЛЬНО МОДИФИЦИРУЕМЫЕ 35%**

УРОВЕНЬ  
ОБРАЗОВАНИЯ

**РАННИЙ  
ВОЗРАСТ**

**СРЕДНИЙ  
ВОЗРАСТ**

ПОТЕРЯ СЛУХА  
ГИПЕРТОНΙΑ  
ОЖИРЕНИЕ

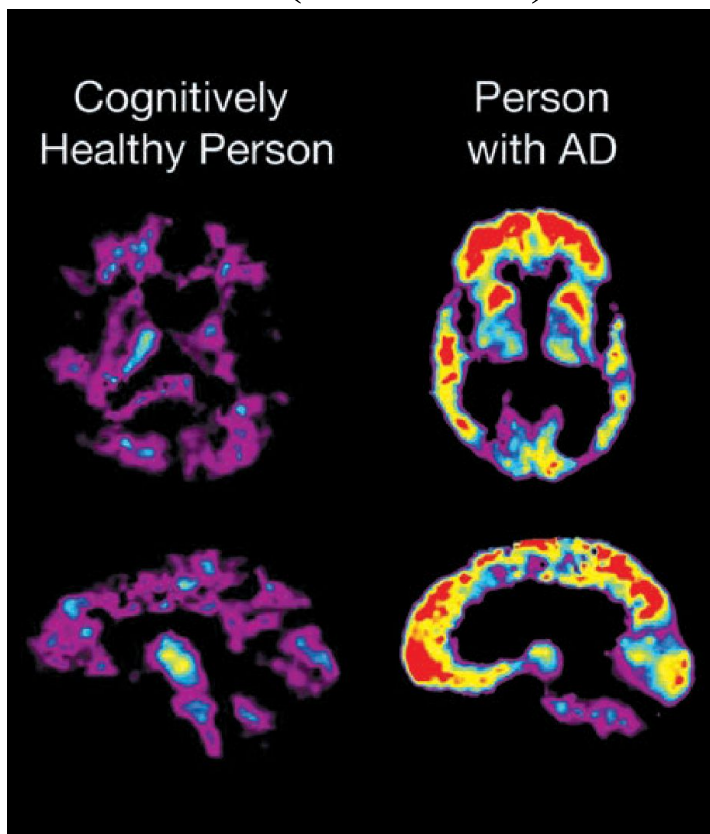
**ПОЖИЛОЙ  
ВОЗРАСТ**

КУРЕНИЕ  
ДЕПРЕССИЯ  
ГИПОДИНАМИЯ  
СОЦИАЛЬНАЯ  
ИЗОЛЯЦИЯ  
САХ. ДИАБЕТ

**НЕ МОДИФИЦИРУЕМЫЕ 65%**

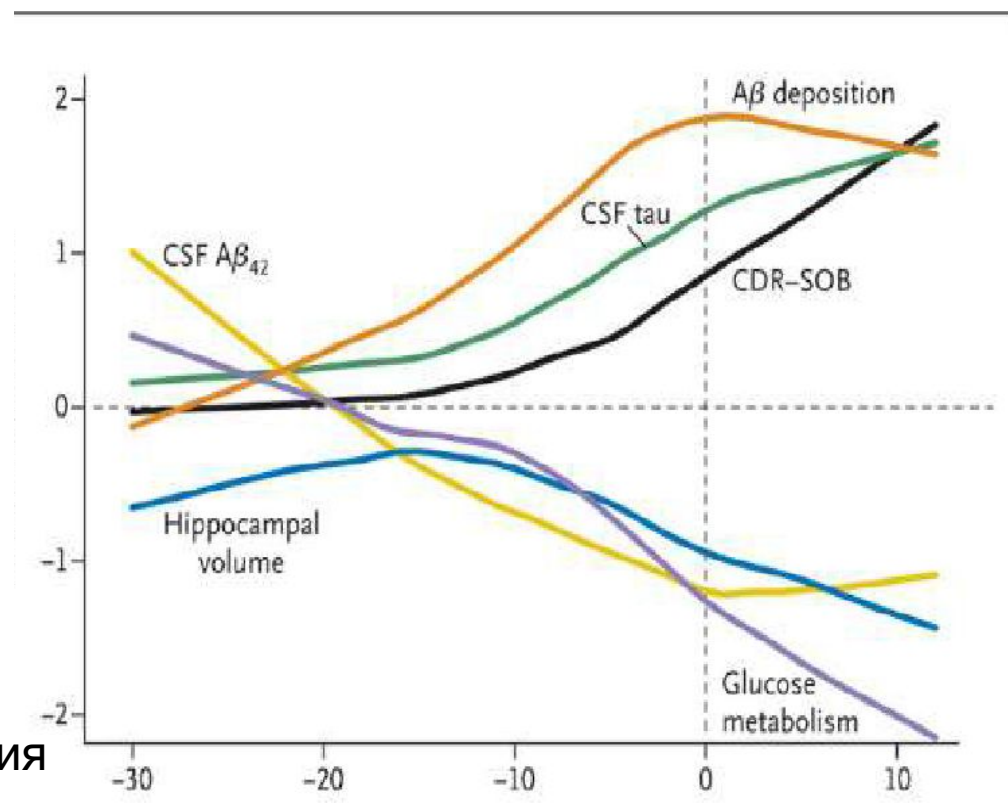
# ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Исследование метаболизма  
питсбургской субстанции  
(PET-PIB)



Позитронно-эмиссионная томография  
(ПЭТ) при болезни Альцгеймера

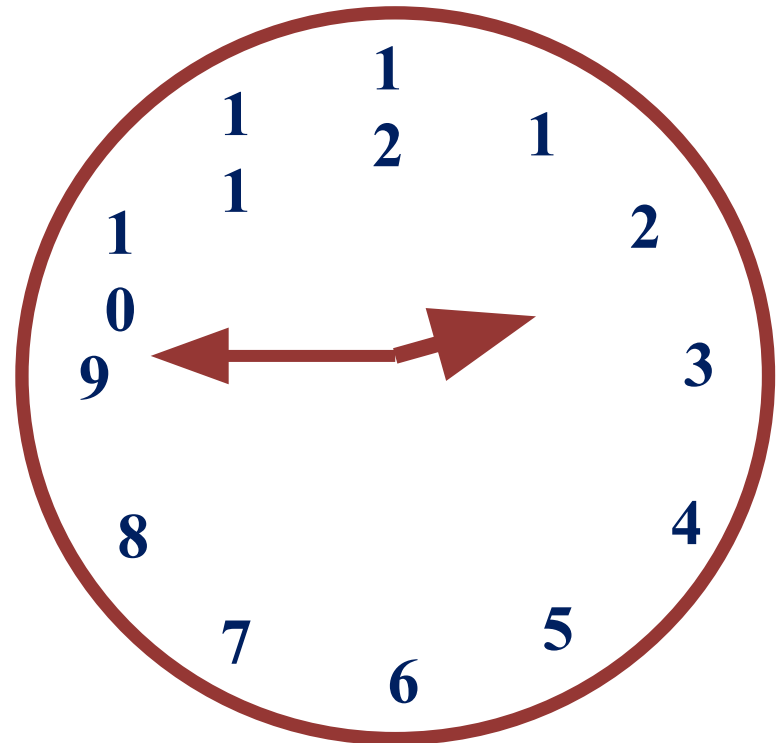
Биомаркеры в  
цереброспинальной  
жидкости





# МИНИ-КОГ

1. Просят повторить и запомнить 3 слова (КЛЮЧ, ЛИМОН, ШАР)
2. Нарисовать часы и указать время 11:10 или 14:45
3. Вспомнить слова

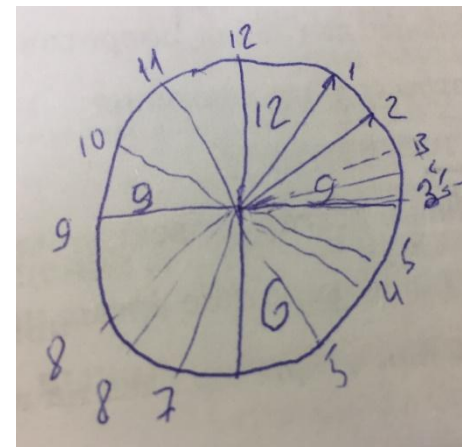
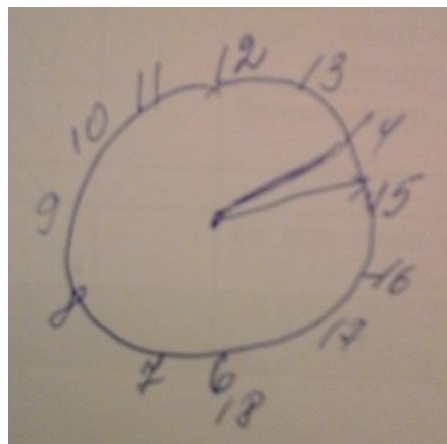
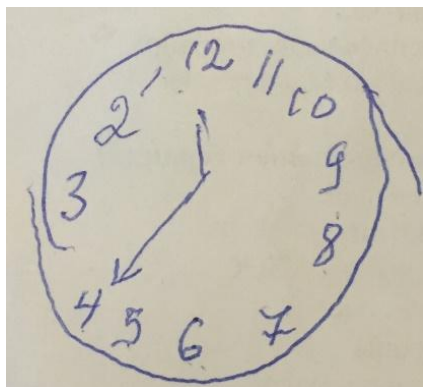
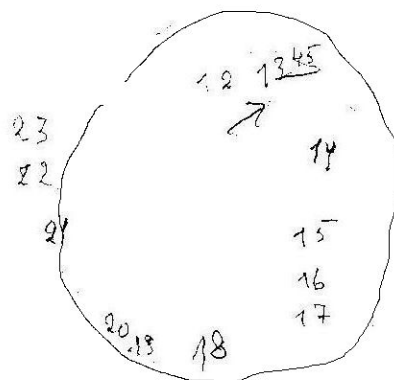
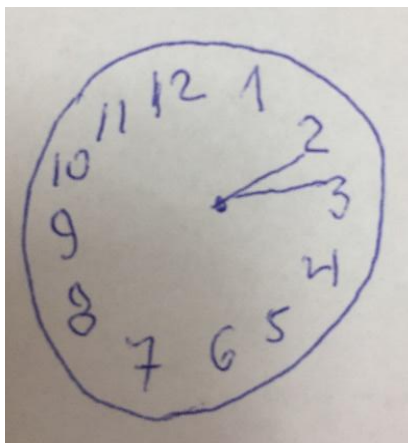


# ТЕСТ РИСОВАНИЯ ЧАСОВ

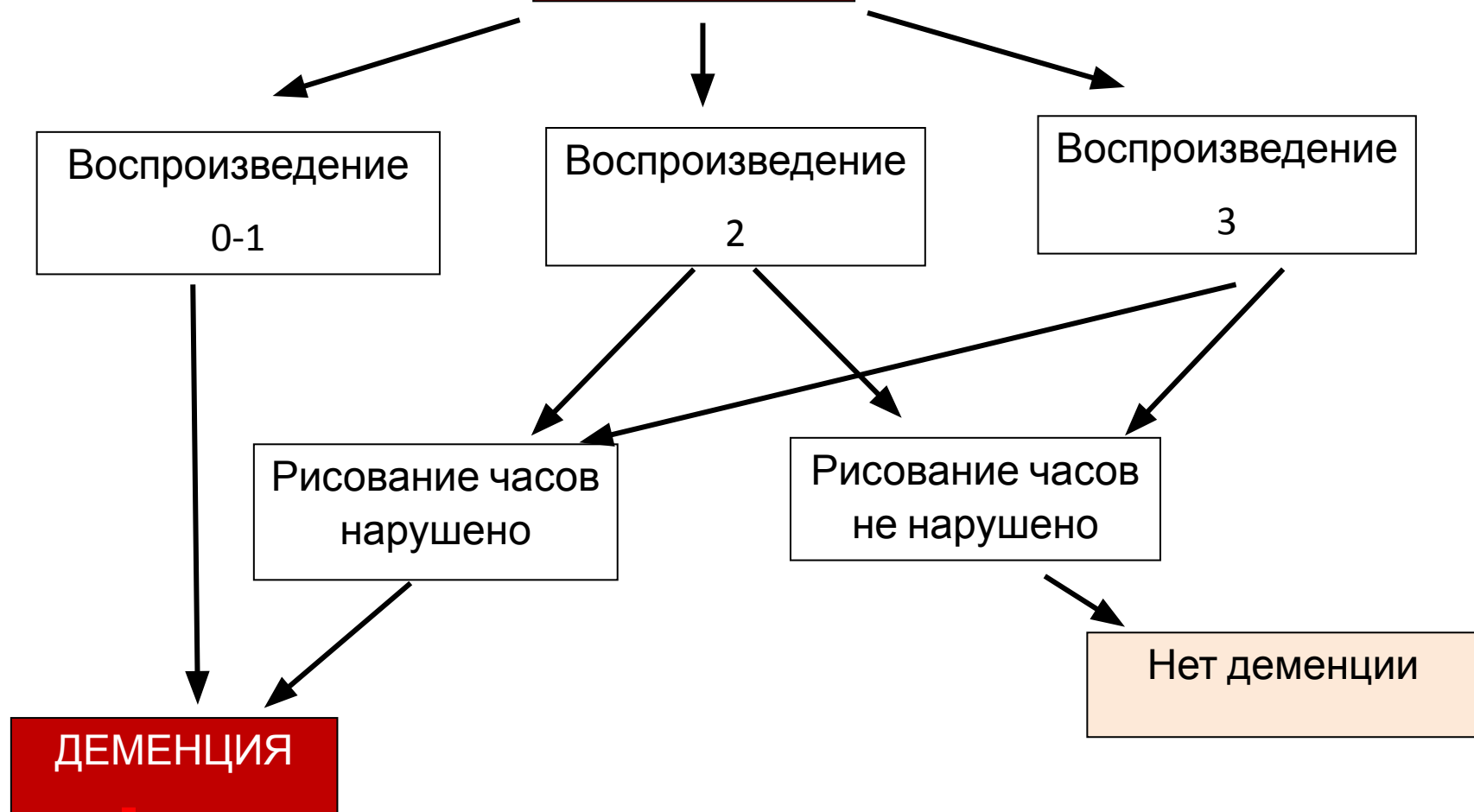
14 : 45

БА

ДЭ



# MINI-Cog



**ДЕМЕНЦИЯ**

**ТРЕБУЕТСЯ БОЛЕЕ  
ДЕТАЛЬНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ**

**Чувствительность - 76-99%**  
**Специфичность - 89-93%**

# Лечение деменции

## □ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ

### 1. КОГНИТИВНЫЙ ТРЕНИНГ



### 2. ФИЗИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ



# ЛЕЧЕНИЕ ДЕМЕНЦИИ

```
graph TD; A[ЛЕЧЕНИЕ ДЕМЕНЦИИ] --> B[БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ]; A --> C[СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ]; B --> D[АНТАГОНИСТ ГЛУТАМАТНЫХ NMDA-РЕЦЕПТОРОВ]; B --> E[ИНГИБИТОРЫ АЦЕТИЛХОЛИНЭСТЕРАЗЫ]; D --> D1["- Акатинол мемантин"]; E --> E1["- ривастигмин (экселон)"]; E --> E2["- галантамин (реминил)"]; E --> E3["- донепезил (алзепил)"];
```

## БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ

АНТАГОНИСТ  
ГЛУТАМАТНЫХ NMDA-  
РЕЦЕПТОРОВ

- Акатинол мемантин

## СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

ИНГИБИТОРЫ  
АЦЕТИЛХОЛИНЭСТЕРАЗЫ

- ривастигмин (экселон)  
- галантамин (реминил)  
- донепезил (алзепил)

## Как себя вести и правильно ухаживать за пациентом с деменцией?

Будьте внимательны к пациенту. Первый признак деменции нарушение кратковременной памяти (пациент не может вспомнить, что ел на завтрак, какую книгу читал утром), отсутствие интереса к любимым занятиям, сниженное настроение.



Установите для пациента строго определенный распорядок дня.



Старайтесь сохранить интерес пациента к любимому делу.

Исключите стрессовые ситуации.



Больше общайтесь с пациентом. При общении предложения должны быть короткими, простыми, речь четкой и медленной.



Пытайтесь реагировать спокойно на агрессивное поведение пациента.

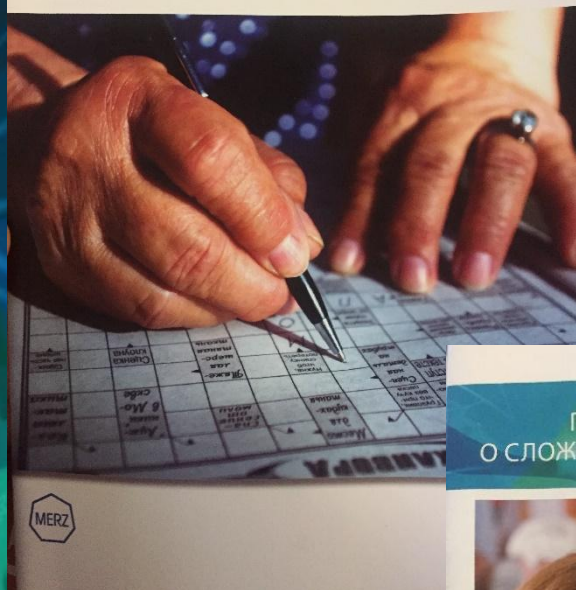


Бесполезно спорить с пациентом, переключайте его внимание на положительные моменты.

Сборник упражнений для тренировки памяти.

Думай

и тренируй свой мозг!



ПРОСТЫМИ СЛОВАМИ  
О СЛОЖНЫХ ПРОБЛЕМАХ ДЕМЕНЦИИ



Деменция – прогрессирующее заболевание, которое за несколько лет приводит пациента в состояние полной беспомощности, неспособности следить за собой. Противостоять развитию деменции очень сложно.

В этой брошюре вы найдете подробную инструкцию о том, какие действия необходимо предпринять уже в первые месяцы после постановки диагноза «деменция», чтобы добиться оптимальных результатов в лечении болезни.



# MEMINI

МЕМИНИ помощь семьям,  
столкнувшимся с деменцией

[www.memini.ru](http://www.memini.ru)

проект компании  «Мерц Фарма»,  
посвященный проблемам деменции

# Старческая астения (**frailty**)

-ассоциированный с возрастом синдром, основные клинические проявления которого — **медлительность и/или непреднамеренная потеря веса, общая слабость.**

-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 **более 85 различных** гериатрических синдромов— синдромы падений, мальнутриции, саркопении, недержание мочи, а также сенсорные



# Старческая астения (frailty)

старше 65 лет - 10% - 27%

старше 85 лет - 45%

Старческая астения – обратимое состояние



# Старческая астения (**frailty**)

- **Старческая астения (англ. frailty)** – представляет собой характеристику состояния здоровья пациента пожилого и старческого возраста, которая **отражает потребность в уходе.**
- **данный клинический синдром включает в себя сочетание пяти позиций:**
  1. потеря веса (саркопения),
  2. доказанное динамометрически снижение силы кисти,
  3. выраженная слабость и повышенная утомляемость,
  4. снижение скорости передвижения,
  5. значительное снижение физической активности.**старческая астения имеет место при наличии трех и более симптомов**

в случае присутствия одного или двух из них имеет место старческая **преастения**

# Скрининг выделения хрупких



	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 <u>ЗРения</u> или <u>Слуха</u> ?		
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>			

.....

# Старческая астения – лечение у гериатра

1. Выявление хрупких пациентов (скрининг)
2. Оценка состояние здоровья хрупких пациентов (комплексная гериатрическая оценка - КГО)
3. Анализ гериатрических проблем
4. Выделение приоритетного заболевания/синдрома
5. Создание индивидуального комплексного плана ведения пациента: диета, физические упражнения, компенсация дефицита функционирования (очки, слуховой аппарат, зубные протезы, костыли, коляски и т/д/), лекарственная терапия

# Цель долговременного ухода

Обеспечить: помощь при функциональных нарушениях,  
уход при дефицитах самообслуживания,  
профилактику осложнений



