



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

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:

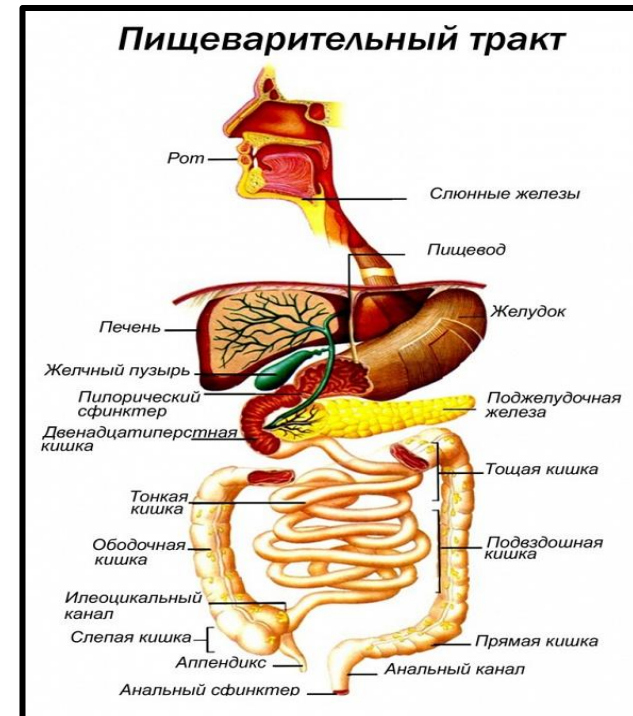
**до 20% у лиц в возрасте старше 60 лет;
до 40%, причем у половины пациентов в тяжелой
степени.**

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 отдельных 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 похудения 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%.

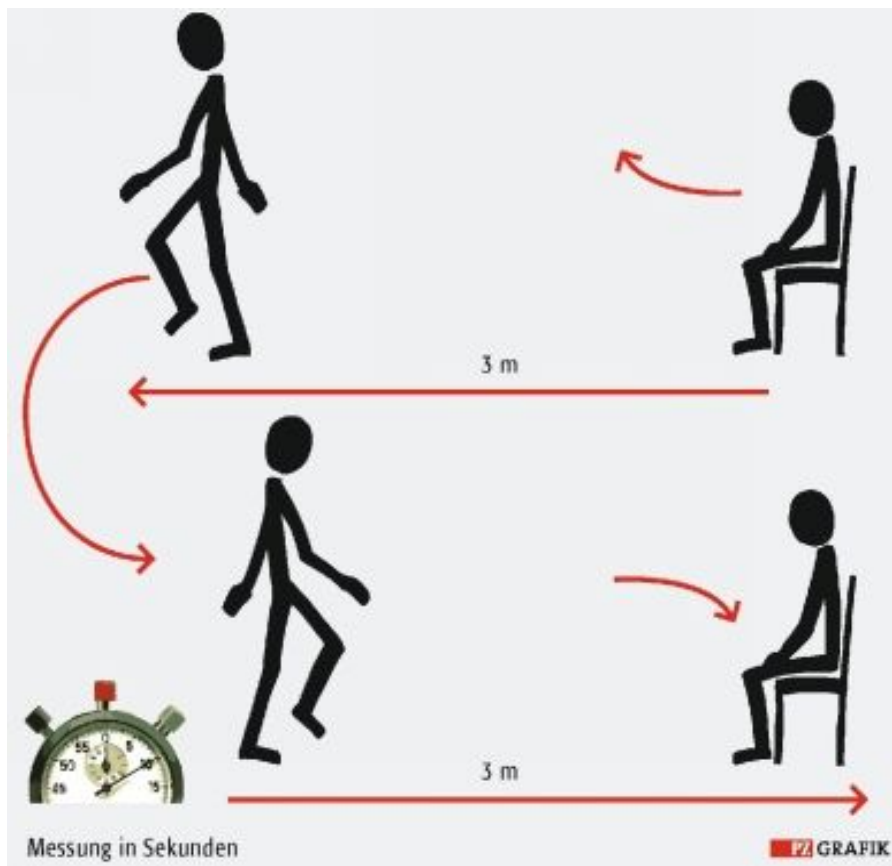


Саркопения распространенность

- 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.**

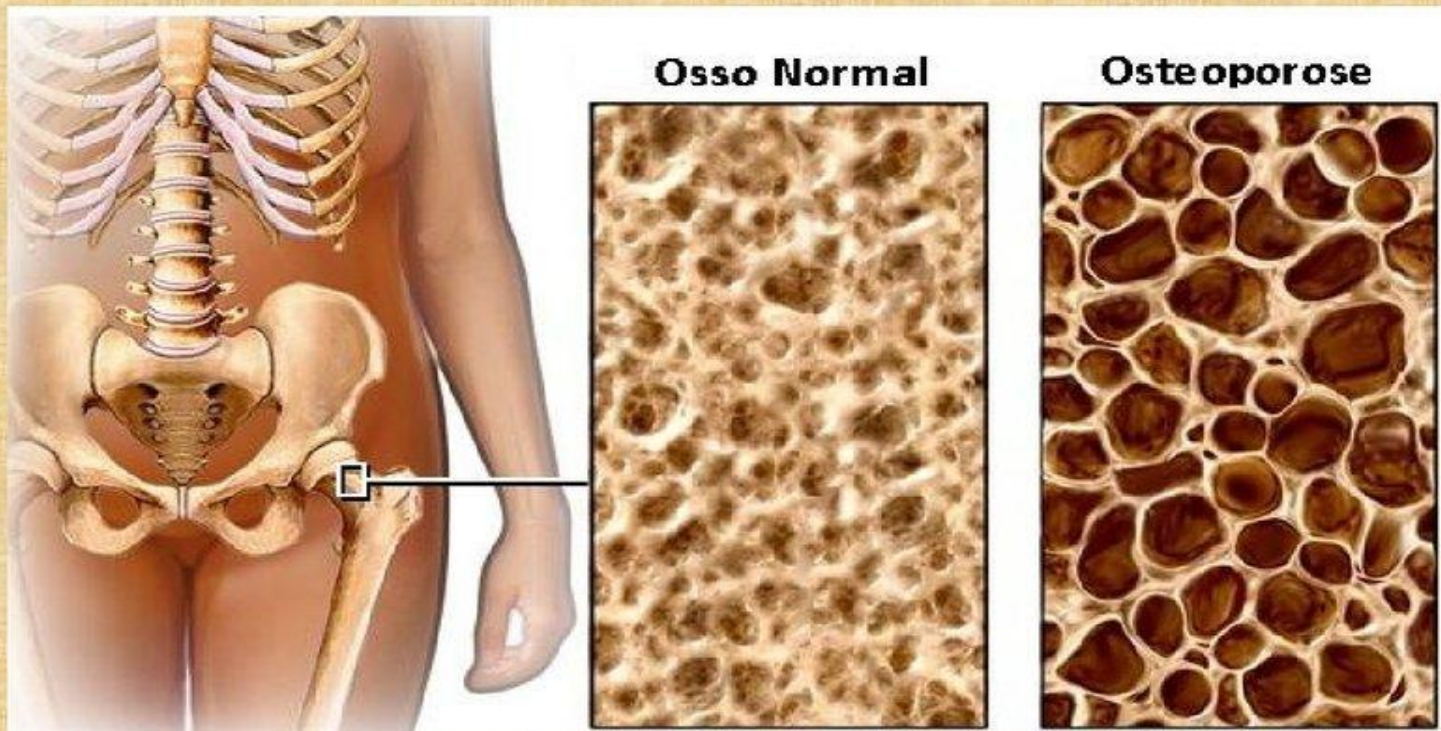
Профилактика

- 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.

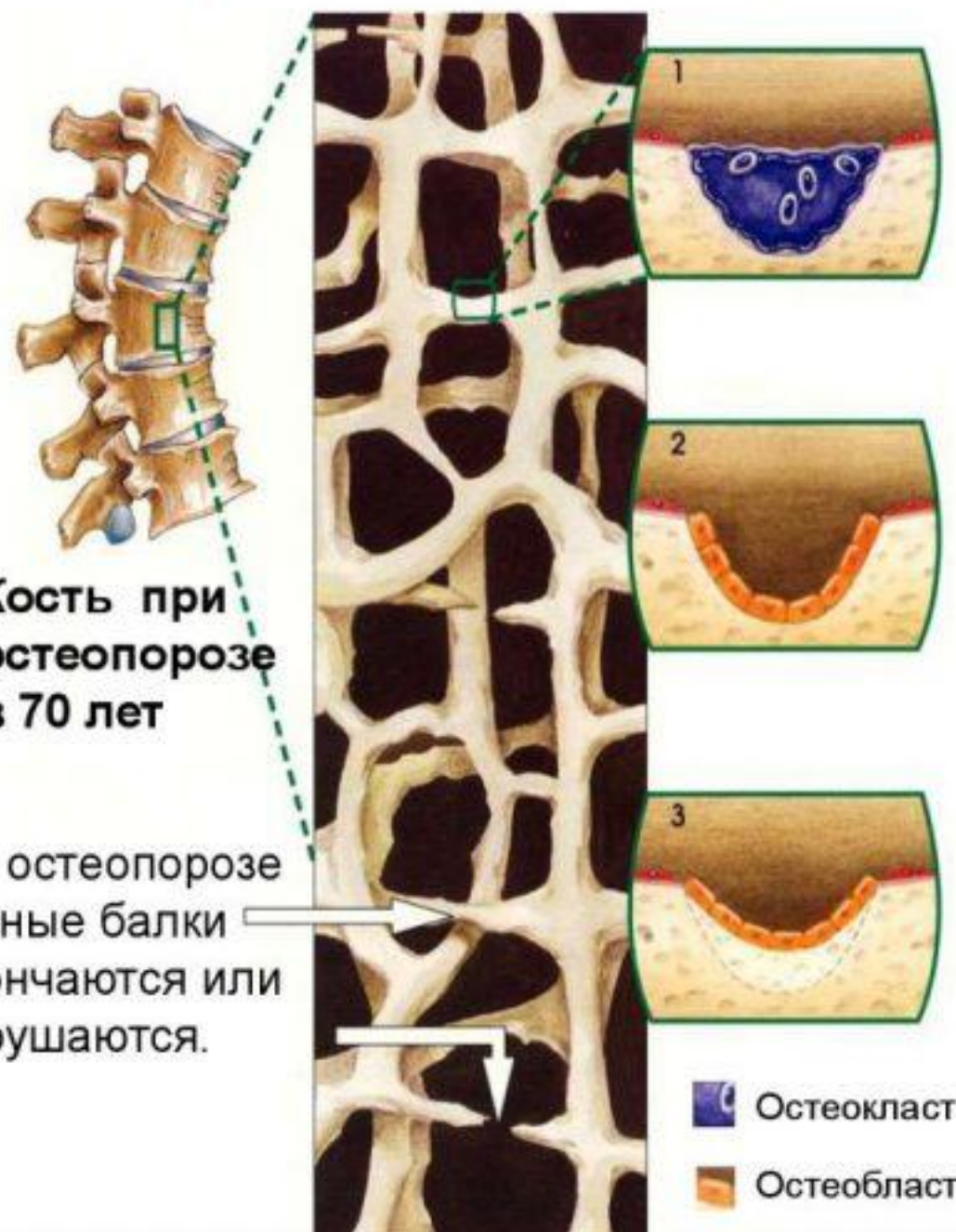


Остеопороз

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



Обследования

- **Денситометрия**

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

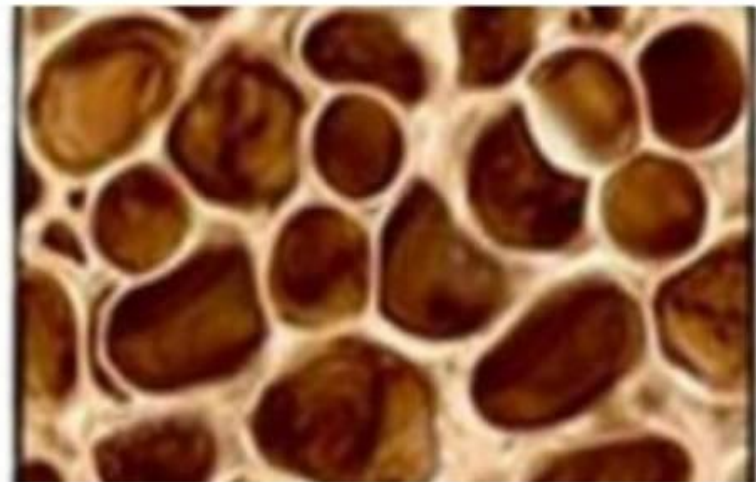
Проявления остеопороза

- **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 тренировки 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 (В). - Монотерапия препаратами кальция и витамина D не проводится (А)

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

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 отправлений (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)

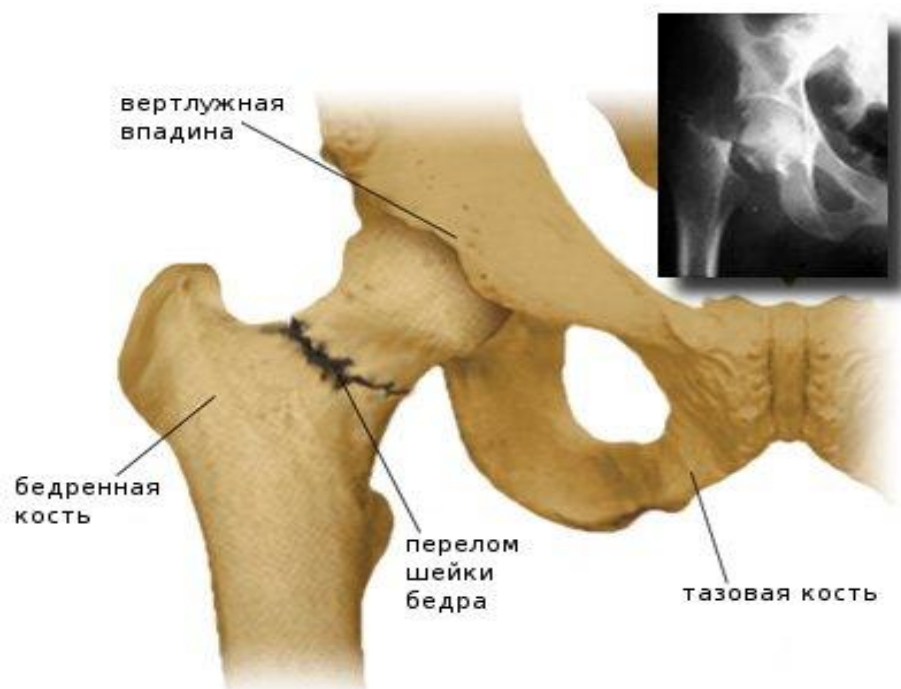
Показатель	Баллы
Падение в анамнезе:	
• Нет	0
• Да	25
Сопутствующие заболевания (больше одного диагноза):	
• Нет	0
• Да	25
Имеет ли пациент вспомогательное средство для перемещения:	
• Постельный режим / помощь санитарки	0
• Костыли / ходунки / трость	15
• Придерживается при перемещении за мебель	30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

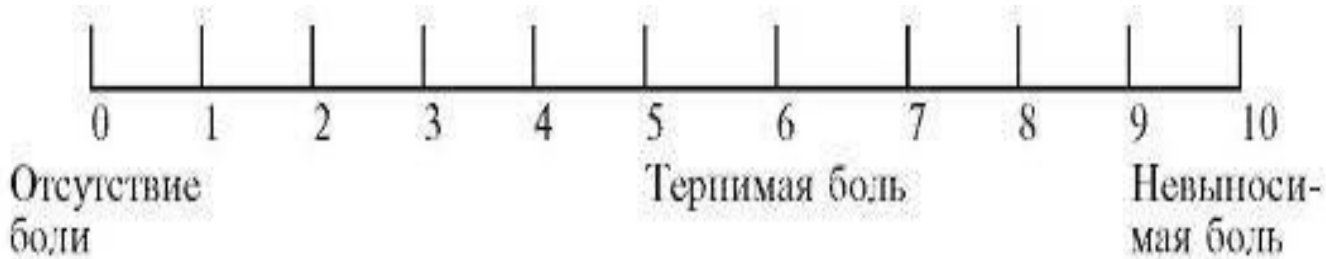
Распространенность хронической боли варьирует в разных странах: от **10%** до **55%** населения.

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"> Громкое затрудненное дыхание Длинный период гипервентиляции Дыхание Чейн- Стокса Повторяющиеся крики Громкие вздохи или стоны Плач Морщится 	<ul style="list-style-type: none"> Иногда затрудненное дыхание Краткий период гипервентиляции Одиночный вздох или стон Тихий голос, негативное или неодобрительное содержание речи Печальное Испуганное Хмурое Напряжен Ерзает Малоподвижен 	<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"> Скован Сжатые кулаки Согнутые колени Отталкивает проверяющего Дерется Невозможно успокоить, отвлечь или ободрить 	<ul style="list-style-type: none"> Отвлекается или успокаивается на голос или прикосновение 	<ul style="list-style-type: none"> Не требует утешения 	

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 "одеревенению" 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

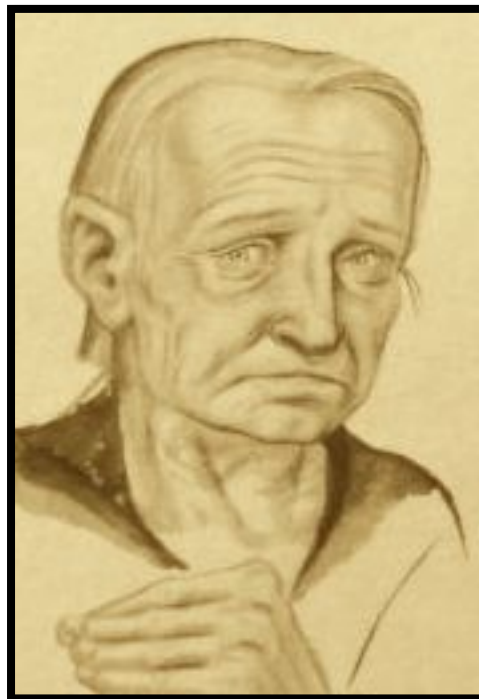
- **стойкое нарушение высшей нервной деятельности, сопровождающееся утратой приобретенных знаний и навыков и снижением способности к обучению**

МНОГО НАЗВАНИЙ

ДЕМЕНЦИЯ

Я

СЛАБОУМИЕ

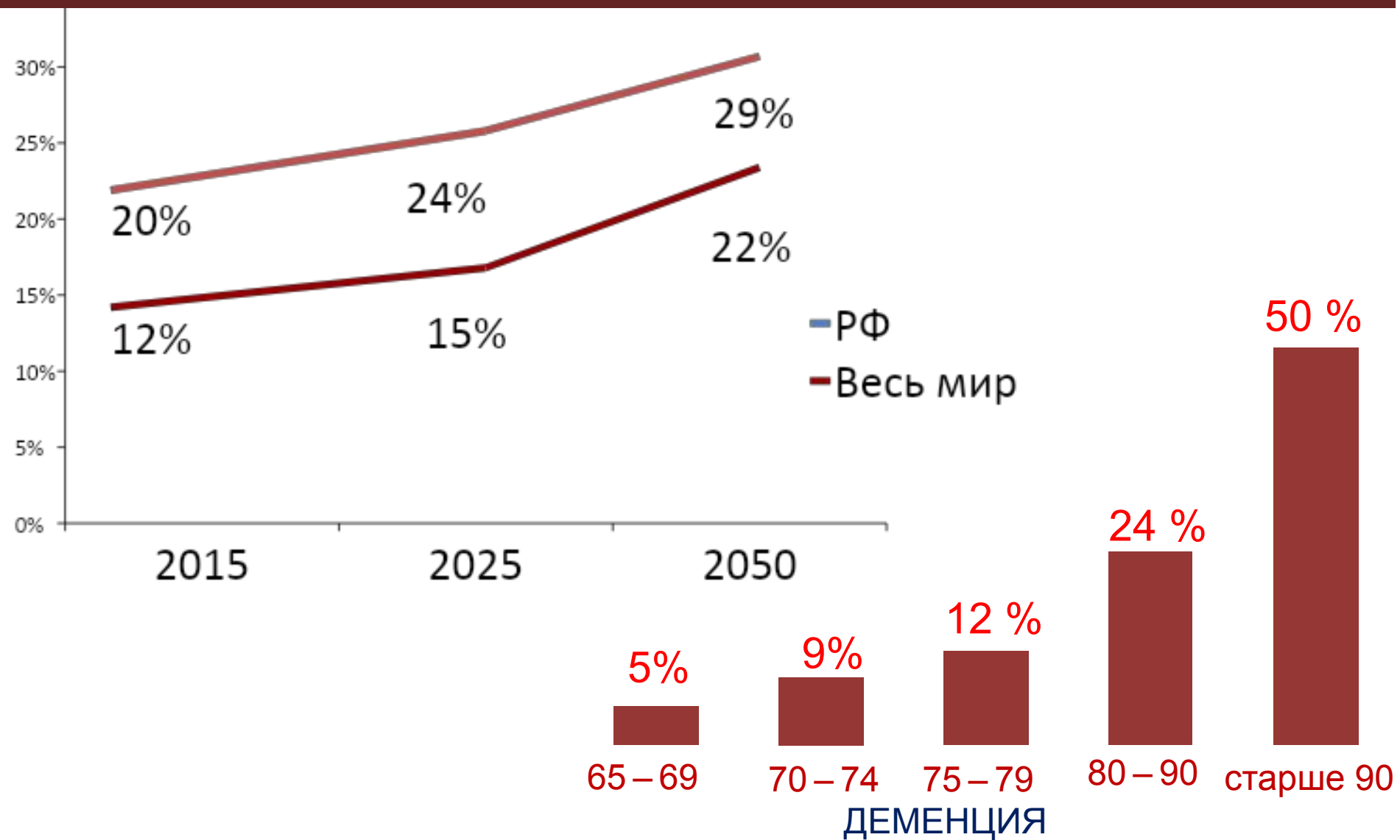


КОГНИТИВНЫЕ
НАРУШЕНИЯ

МАРАЗ
М

ОДНА БЕДА

ДОЛЯ ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА по прогнозам ООН

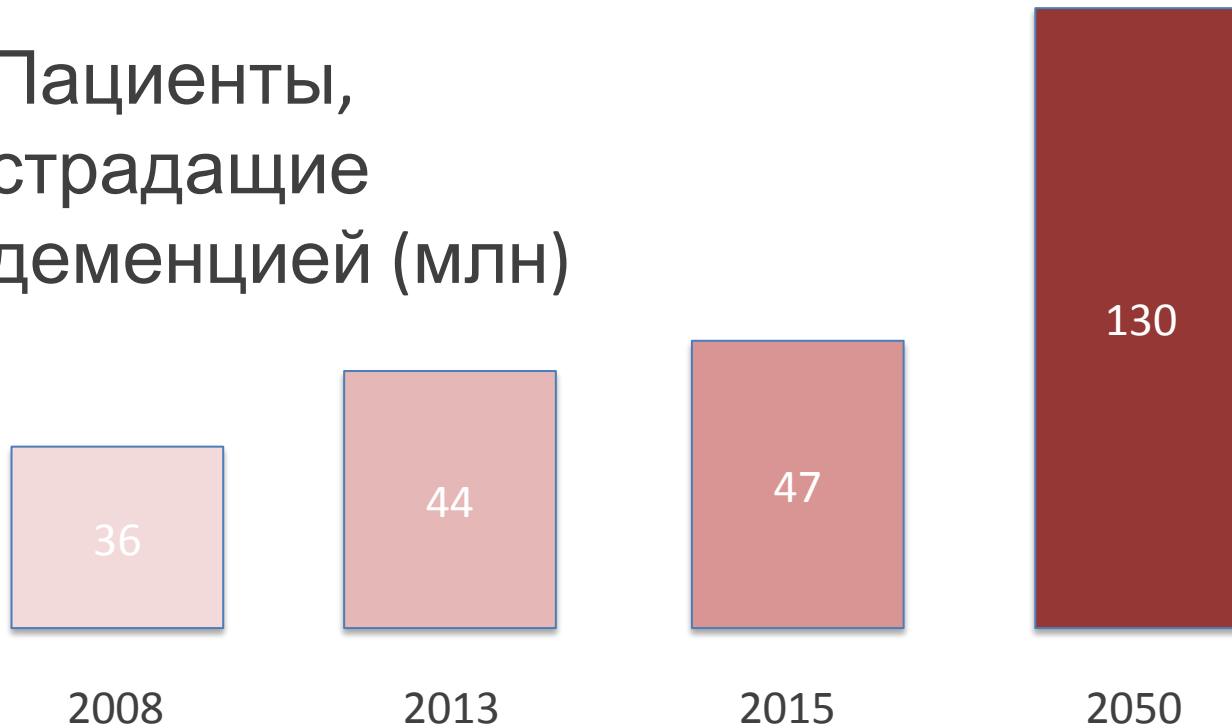


КОЛИЧЕСТВО ЛЮДЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ДЕМЕНЦИЕЙ



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

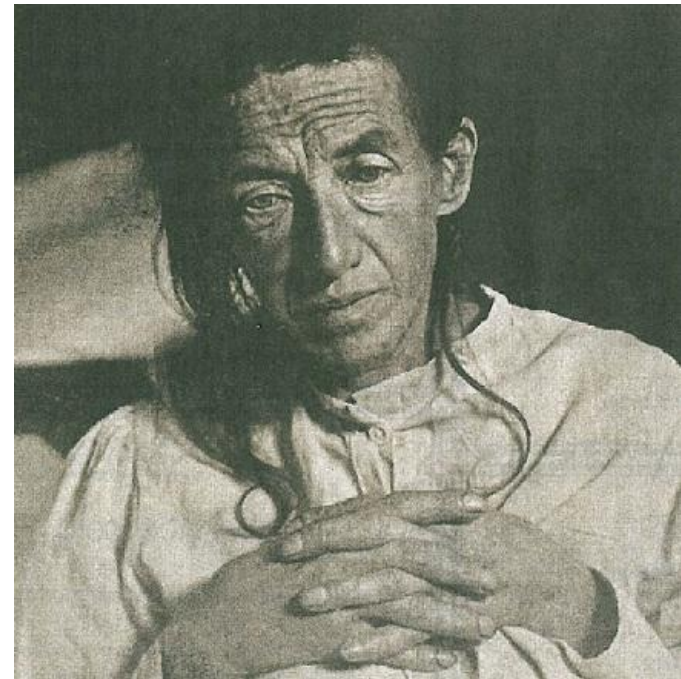
Деменция, основные симптомы

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)

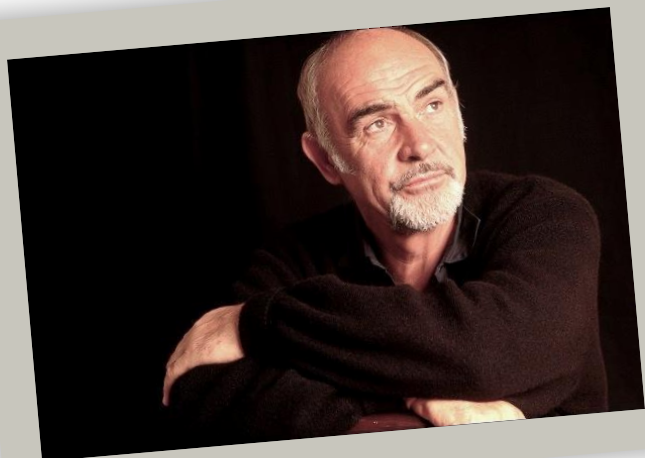


Рональд Рейган

(1911–2004)



Шон Коннери



Анни Жирардо



Лили Бетанкур
(мадам
Лореаль)



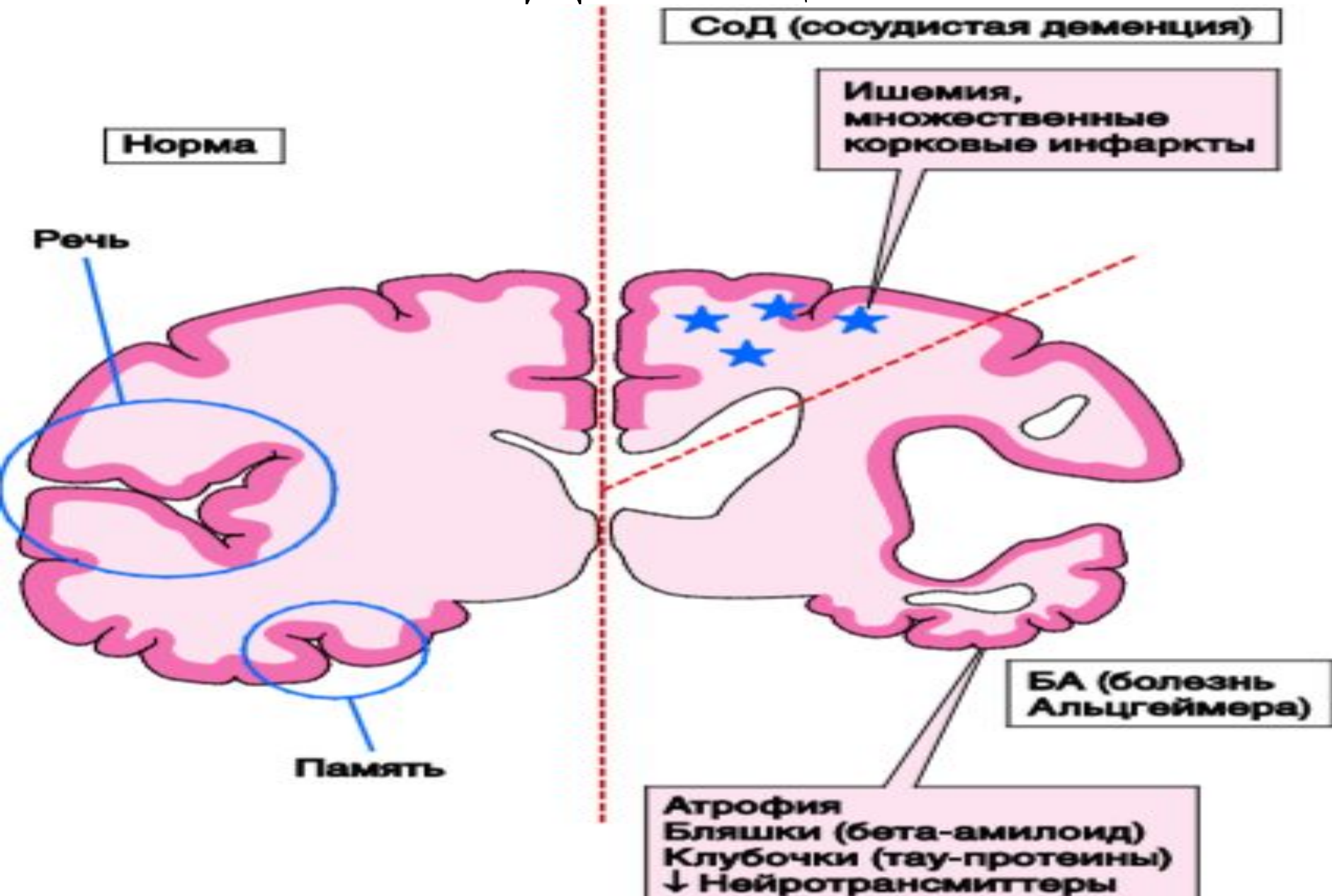
Питер Фальк



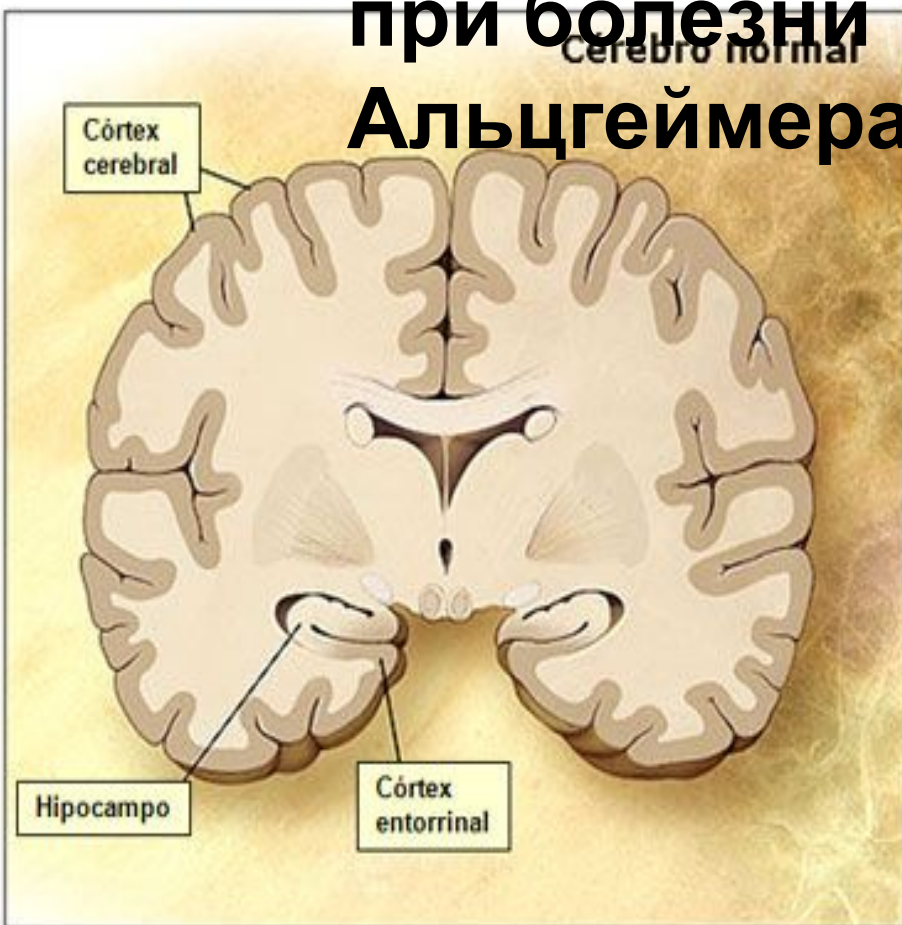
ПРИЧИНЫ ДЕМЕНЦИИ



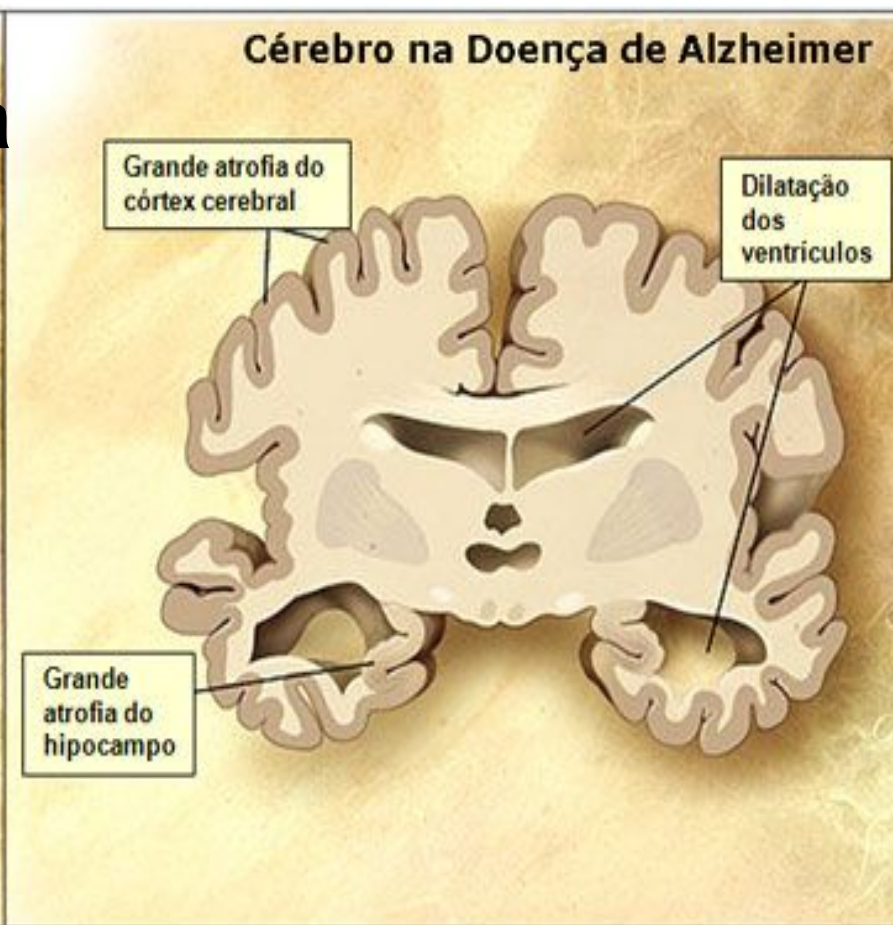
Деменция



Атрофия головного мозга при болезни Альцгеймера



Нормальное
старение



Болезнь
Альцгеймера

ПОТЕНЦИАЛЬНО МОДИФИЦИРУЕМЫЕ 35%

УРОВЕНЬ
ОБРАЗОВАНИЯ

**РАННИЙ
ВОЗРАСТ**

**СРЕДНИЙ
ВОЗРАСТ**

ПОТЕРЯ СЛУХА
ГИПЕРТОНΙΑ
ОЖИРЕНИЕ

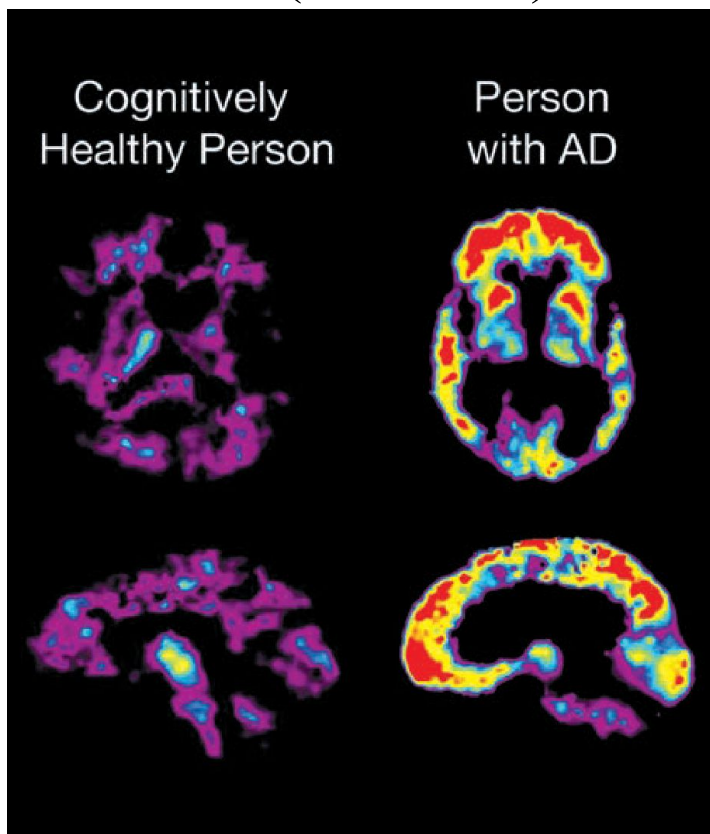
**ПОЖИЛОЙ
ВОЗРАСТ**

КУРЕНИЕ
ДЕПРЕССИЯ
ГИПОДИНАМИЯ
СОЦИАЛЬНАЯ
ИЗОЛЯЦИЯ
САХ. ДИАБЕТ

НЕ МОДИФИЦИРУЕМЫЕ 65%

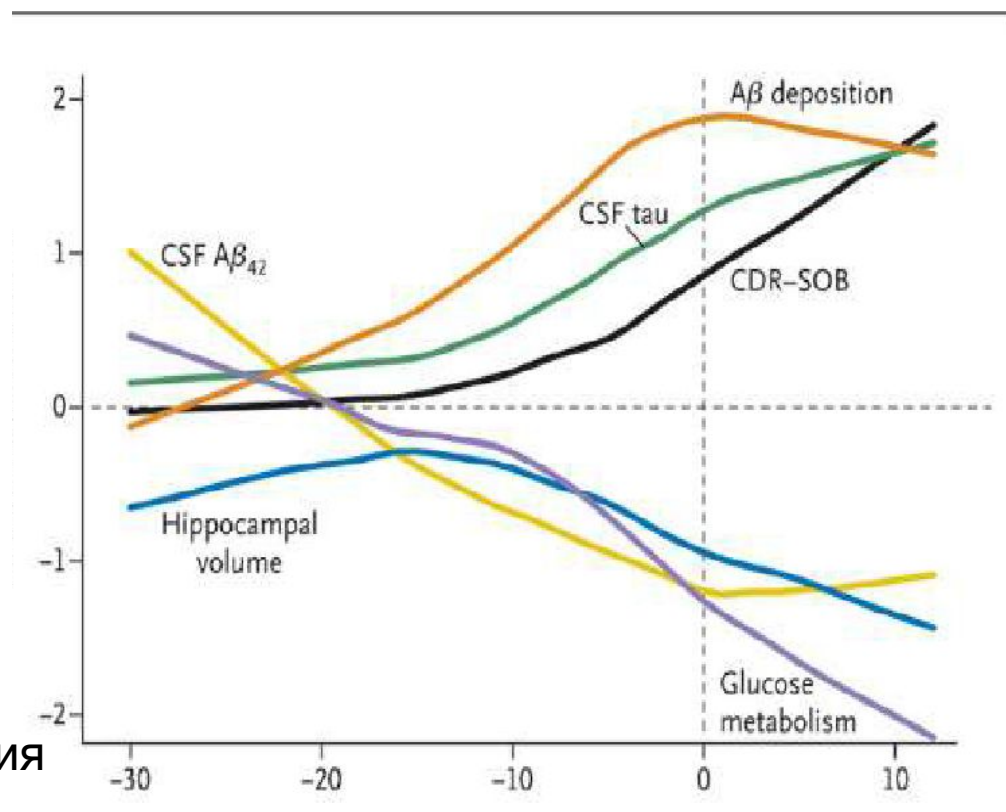
ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Исследование метаболизма
питсбургской субстанции
(PET-PIB)



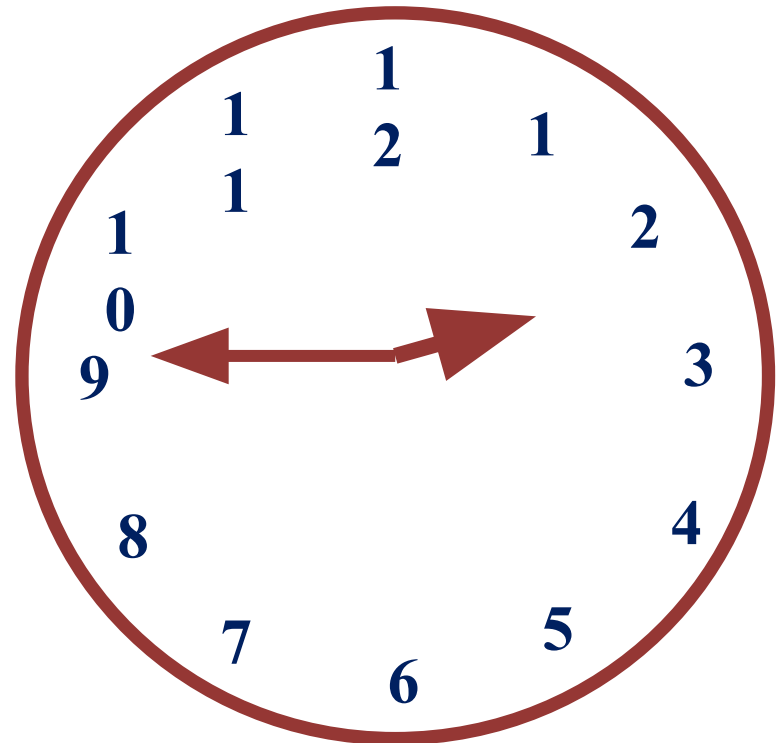
Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) при болезни Альцгеймера

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

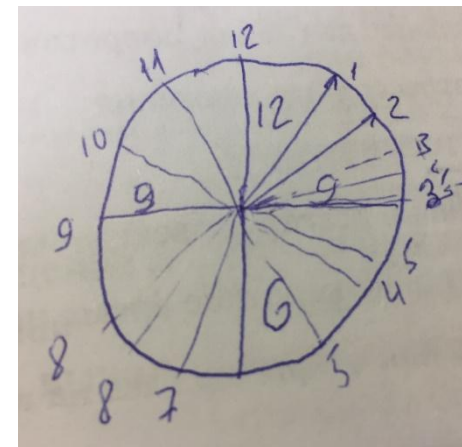
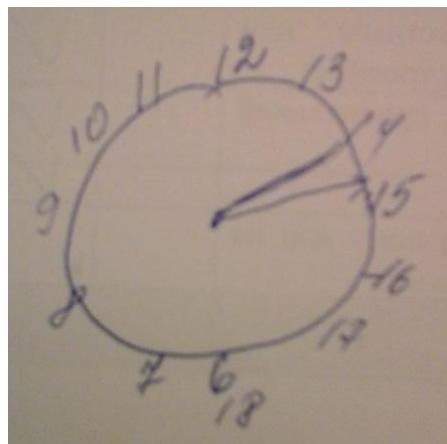
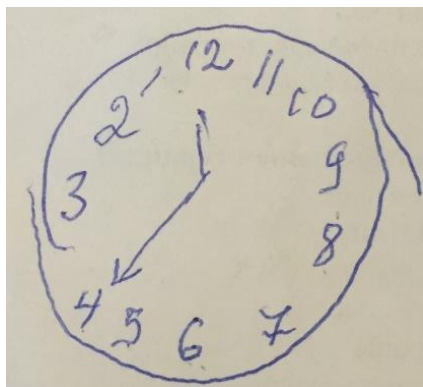
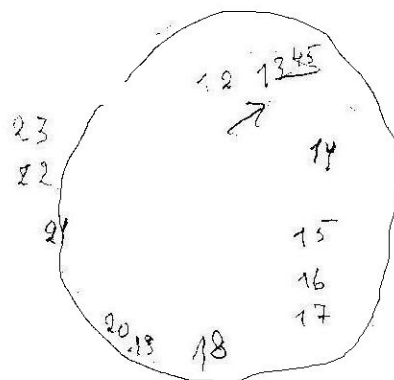
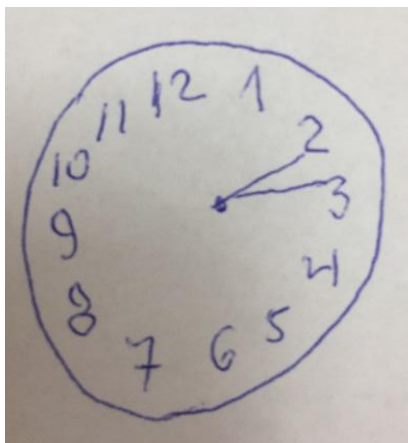


ТЕСТ РИСОВАНИЯ ЧАСОВ

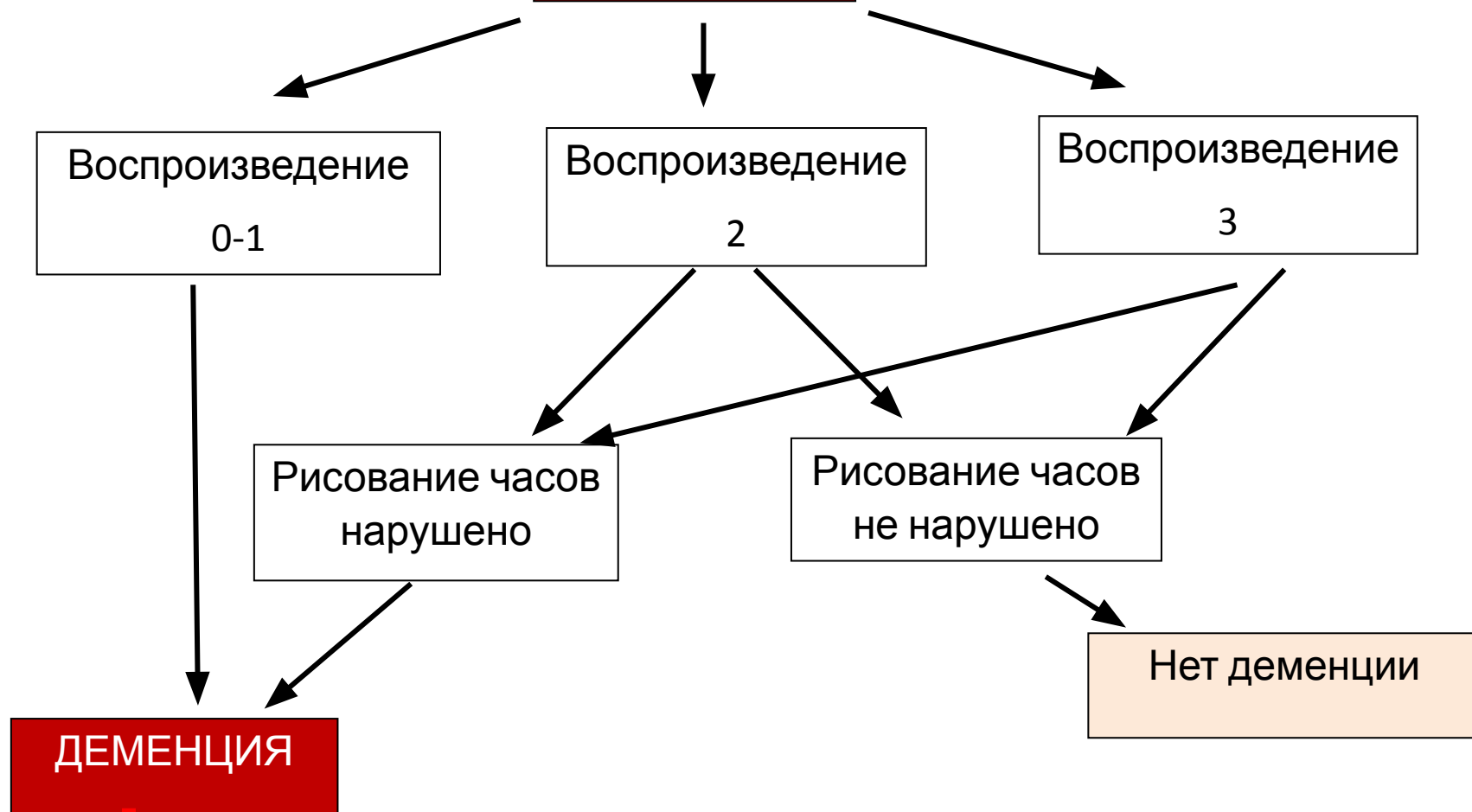
14 : 45

БА

ДЭ



MINI-Cog



ДЕМЕНЦИЯ

Рисование часов
нарушено

Рисование часов
не нарушено

Нет деменции

**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]; C --> E;
```

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.

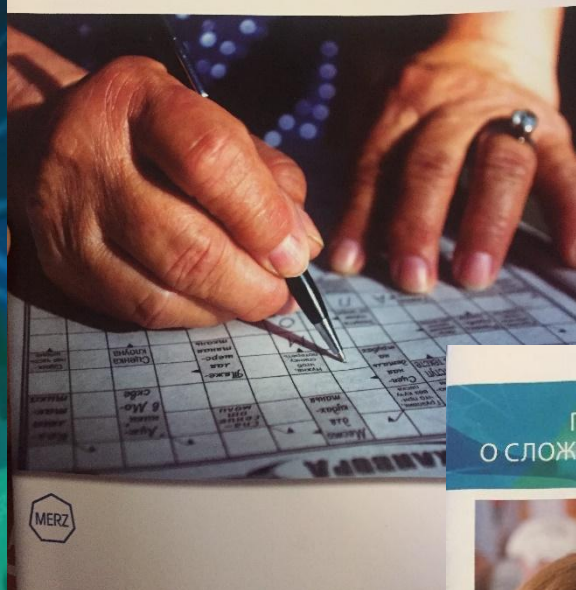


Бесполезно спорить с пациентом, переключайте его внимание на положительные моменты.

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

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



