



Современный этап развития гериатрической службы

Рунихина Н.К., д.м.н., профессор
кафедры болезней старения ФДПО
РНИМУ им.Н.И.Пирогова
Заместитель директора РГНКЦ

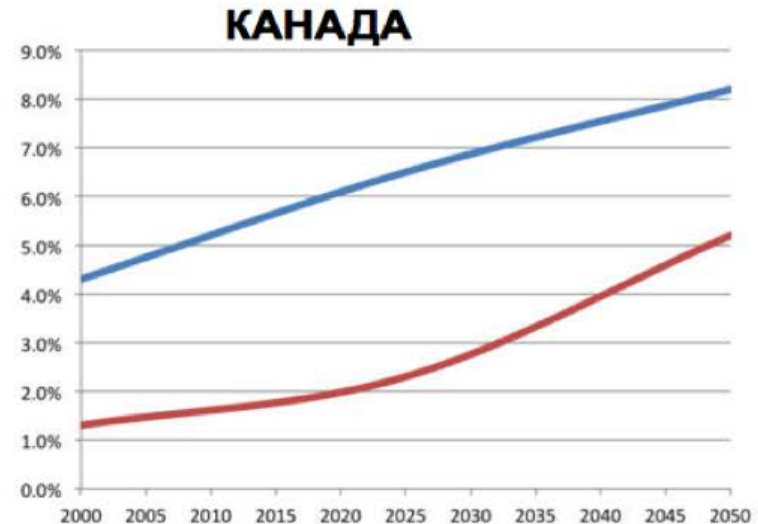
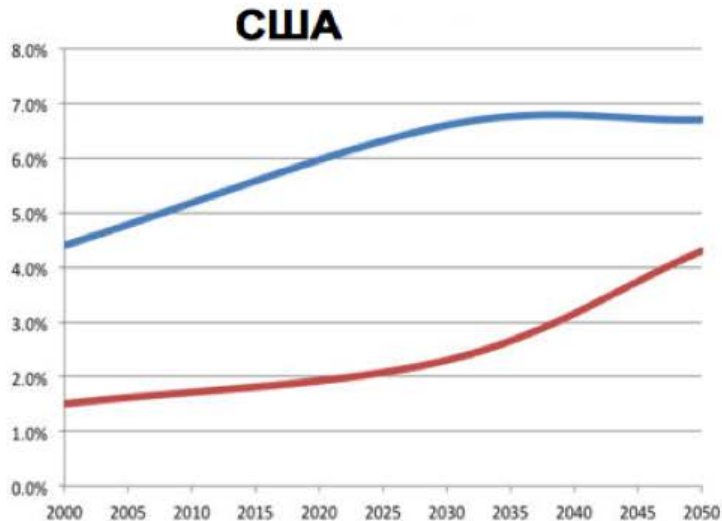
Постарение населения является глобальным демографическим феноменом

- Численность населения Российской Федерации на 1 января 2018 года – **146,9 млн человек**,
- из них пенсионеров – **46,5 млн человек или 31,7%**,
- Только с 2000 по 2017 год продолжительность жизни при рождении в России
- у **мужчин** выросла на 8,5 лет (с **59 лет до 67,5**),
- а для **женщин** на 5,4 года (с **72,26 до 77,64**).

- Продолжительность жизни по прогнозам Росстата в **2024 году** составит у **мужчин 72,3 года**, а для **женщин 82,1 года**.

Демографические сдвиги (прогноз до 2050 года)

Динамика популяции (%) в возрасте 75-84 лет (синяя) и 85 лет и старше (красная)

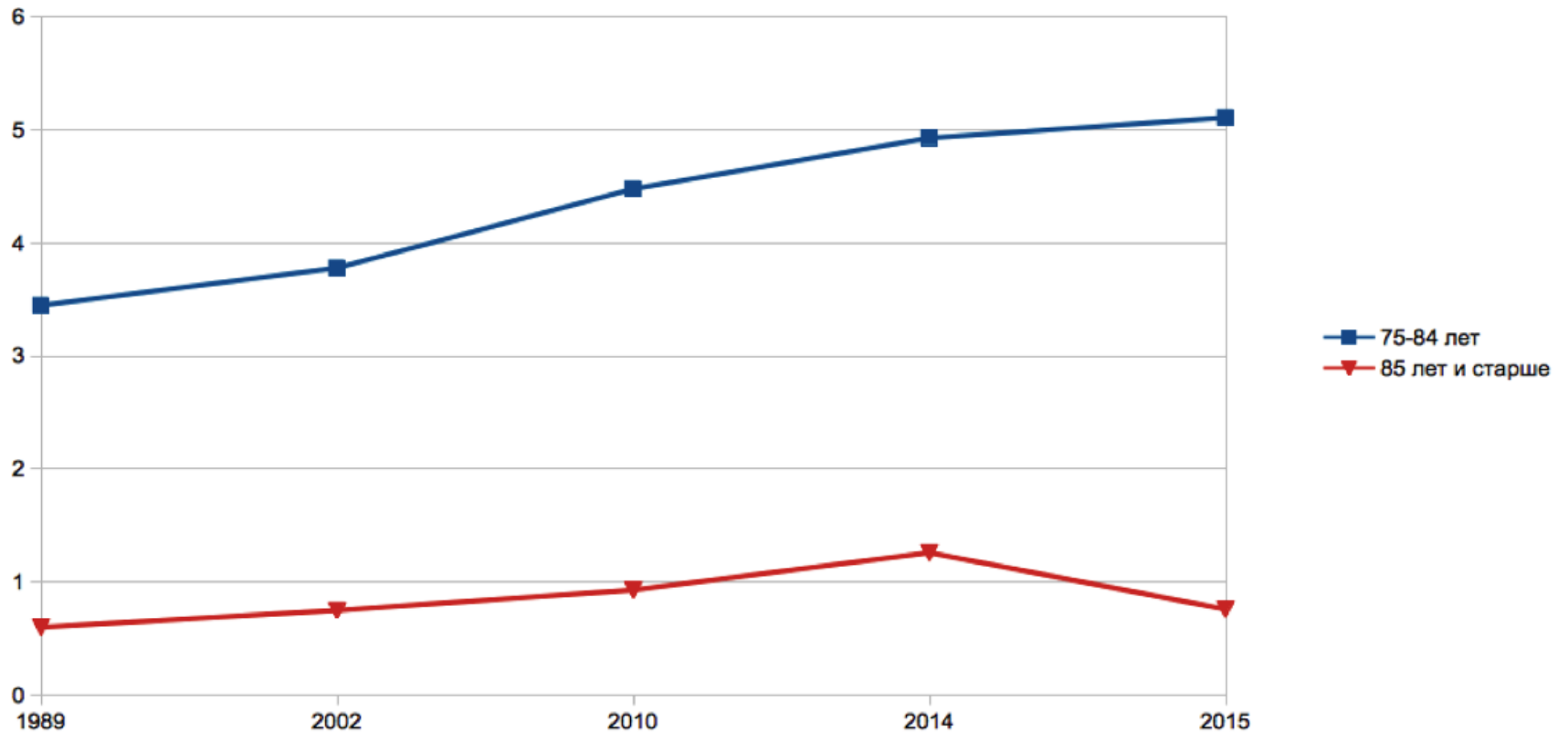


5-6 % населения в возрасте 75-84 лет
2 % населения - 85 лет и старше

Демографические изменения

Динамика популяции (%) в возрасте 75-84 лет (синяя) и 85 лет и старше (красная)

Россия





Старение населения

- ❑ Ежедневно 1 млн человек переходят 60-летний возраст
- ❑ Люди >65 лет – 13% населения ➡ 37% расходов здравоохранения
- ❑ 80% из них - 7 посещений участкового врача за год;
- ❑ 33% всех госпитализаций
- ❑ 45-50% расходов стационаров
- 80% смертей происходят в учреждениях здравоохранения
- Последние 5-7 лет жизни – период, когда люди нуждаются в уходе

Потребность в длительном уходе возрастает

- число пожилых людей, не способных более заботиться о себе, к 2050 году **возрастет в 4 раза** (ВОЗ, 2014 год)



- **В связи с увеличением продолжительности жизни и продолжающимся старением населения**
- **Необходимо развитие новой стратегии оказания медицинской помощи людям пожилого и старческого возраста –**
 - **развитие гериатрической службы**



Обеспечение доступности медицинской помощи пожилым – главный постулат *Стратегии действий в интересах граждан пожилого возраста*



- Для обеспечения равного и универсального доступа к медико-социальному обслуживанию необходимо **создание последовательной и преемственной системы, сочетающей медицинские и социальные услуги**, для людей всех возрастов - от первичной профилактики до паллиативной помощи
- Медицинская помощь пожилым людям должна быть доступна вне зависимости от специализации и технологичности с учетом показаний специалистов и должна оказываться **во всех лечебных учреждениях**, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь
- **Пожилой возраст не должен быть поводом для отказа** от любого вида медицинской помощи, в том числе от госпитализации

Порядок оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия»


МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(Минздрав России)

ПРИКАЗ

29 января 2016 г.

Москва

Об утверждении
Порядка оказания медицинской помощи
по профилю «гериатрия»

В соответствии со статьей 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446; 2013, № 27, ст. 3459, 3477; № 30, ст. 4038; № 39, ст. 4883; № 48, ст. 6165; № 52, ст. 6951; 2014, № 23, ст. 2930; № 30, ст. 4106, 4244, 4247, 4257; № 43, ст. 5798; № 49, ст. 6927; 2015, № 1, ст. 72, 85; № 10, ст. 1403, 1425; № 14, ст. 2018; № 27, ст. 3951; № 29, ст. 4339, 4356, 4359, 4397; № 40, ст. 5468; № 51, ст. 7245; 2016, № 1, ст. 9, 28) приказываю:

Утвердить прилагаемый Порядок оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия».

Министр  В.И. Скворцова


МИНИСТЕРСТВО ЮСТИЦИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ЗАРЕГИСТРИРОВАНО
Регистрационный № *41405*
от *14 марта 2016 г.*
№ *38н*

Организация гериатрической службы как **единой** системы **долговременной** медико-социальной помощи за счет **преимственности** ведения пациента между различными уровнями системы здравоохранения, а также между службами здравоохранения и социальной защиты

Роль первичного звена здравоохранения в оказании медицинской помощи пожилым

- **Образование** врача первичного звена и среднего медицинского персонала в области гериатрии
- **Взаимодействие участковой службы с гериатрической службой** (именно участковый терапевт определяет показания к консультации гериатра, а затем выполняет его рекомендации)
- **Усиление территориальных врачебных участков** с преобладанием пожилого населения (более 40%) за счет введения ставки фельдшера с дополнительной подготовкой по гериатрии, создание гериатрических отделений (кабинетов)
-



3-уровневая модель организации гериатрической службы в Российской Федерации

**III уровень
гериатрической службы**

**Федеральный научный центр геронтологии и
гериатрии**

**II уровень
гериатрической
службы
организация
медицинской помощи
пожилым в
стационарных условиях**

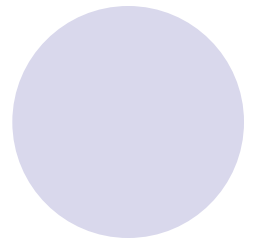
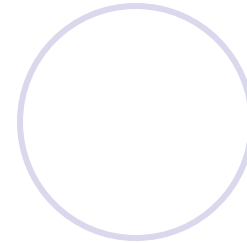
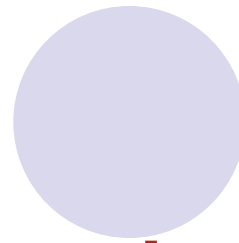
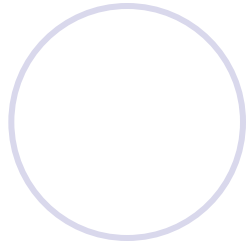
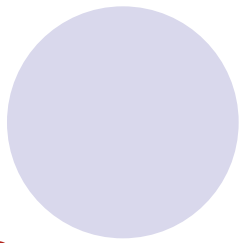
**Гериатрические отделения/койки многопрофильных
медицинских организаций**

**I уровень
гериатрической
службы
организация
медицинской помощи
пожилым в
амбулаторных условиях**

**Гериатрические отделения/кабинеты
поликлиник для взрослых**

Система долговременной преемственной медицинской помощи людям пожилого и старческого возраста требует междисциплинарного взаимодействия



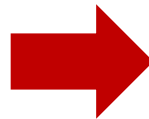


- **Развитие гериатрии с фокусом на долговременную медицинскую помощь** – интенсивный путь реагирования на старение населения

- **Увеличение мощности медицинских и социальных стационаров** – экстенсивный путь реагирования на старение населения

Гериатрия – смена парадигмы ведения пациентов пожилого возраста

- **Традиционный взгляд**
- **Основной предмет вмешательств** - хронические заболевания
- **Основная цель вмешательств** – лечение каждого из множества заболеваний
- **Основные методы диагностики** - очень схожи с диагностикой болезней у пациентов среднего возраста
- **Основные принципы лечения** очень схож с лечением болезней у пациентов среднего возраста



- **Взгляд с позиции гериатра**
- **Основной предмет вмешательств** старческая астения, гериатрические синдромы, социальные проблемы, хронические заболевания
- **Основная цель вмешательств** – предупредить или замедлить функциональные нарушения, беспомощность, инвалидность, улучшить качество жизни
- **Основной метод диагностики** - комплексная гериатрическая оценка
- **Основной принцип лечения** таргетное (цель-ориентированное) лечение с акцентом на длительное наблюдение и уход

Гериатрия: основное содержание

- Старческая астеня – ассоциированный с возрастом синдром, основными клиническими проявлениями которого являются общая слабость, медлительность, непреднамеренная потеря веса, сопровождающиеся снижением физической активности и функцией многих систем и адаптационного и восстановительного резерва, приводящей к развитию зависимости в повседневной жизни, утрате способности к самообслуживанию и ухудшению прогноза состояния здоровья



Диагностика старческой астении

Разработка стандартного определения ССА и

инструмента скрининга, который можно легко
применить в клинической практике

Опросник «Возраст не помеха»

*вес, зрение и слух, травмы/падения,
настроение, память, мочи недержание, ходьба*

Принципы управления старческой астенией










- Золотой стандарт в ведении СА - комплексная гериатрическая оценка
- КГО - многомерная оценка, план лечения,
- Многопрофильная группа - врачи, медсестры, физиотерапевты, специалисты по трудотерапии и социальные работники
- Доказательства выгоды КГО при госпитализации
- Выгода КГО для пациентов дома – снижение частоты госпитализаций, институализации

Принципы управления старческой астенией

продолжение

- ❑ Диагностика медицинских проблем, оптимизация лечения и разработка плана по уходу
- ❑ Обзор лекарственной терапии, учет личных приоритетов и тяжести СА
- ❑ Организация индивидуального всеобъемлющего ухода и поддержки
- ❑ Разработка плана оптимизации и технического обслуживания, включая план самопомощи, план эскалации и срочного плана помощи, больничного ухода и альтернативные планы

Организация поддержки и долговременного ухода

№	Категория	Внешн	Описание	Функциональн я категория
1	Сохранное здоровье		Пациенты активны, энергичны, высокий уровень мотивации, нет ограничений физической активности	Функционально независимые
2	Хорошее здоровье		Имеются заболевания в неактивной фазе. Уровень активности несколько ниже, чем у пациентов из категории 1. Нередко выполняют физические упражнения, высокая сезонная активность (например, летом)	Функционально независимые
3	Успешное лечение хронических заболеваний		Имеются хронические заболевания, которые хорошо контролируются лечением. Нерегулярная активность помимо рутинной ходьбы	Функционально независимые
4	Уязвимое состояние здоровья (старческая преестения)		Несмотря на независимость от посторонней помощи, активность ограничена. Типичны жалобы на медлительность, усталость в течение дня	Функционально независимые
5	Легкая старческая астения		Значительно более медлительны, нуждаются в помощи для выполнения сложной активности (финансовые вопросы, транспорт, тяжелая работа по дому, прием препаратов). Обычно прогрессирует нарушение способности совершать покупки или самостоятельные прогулки, готовить пищу и выполнять домашнюю работу	Функционально зависимые
6	Умеренная старческая астения		Нуждаются в помощи во всех видах внешней активности и ведении домашнего хозяйства. Проблемы с подъемом по лестнице, нуждаются в помощи при выполнении гигиенических мероприятий, минимальная потребность в помощи с одеванием	Функционально зависимые
7	Тяжелая старческая астения		Полностью зависят от персонала по уходу независимо от причины (физически или когнитивно). Относительно стабильны. Низкий риск смерти в течение 6 месяцев	Функционально зависимые
8	Очень тяжелая старческая астения		Полностью зависимы, приближаются к концу жизни. Обычно не могут восстановиться даже после легкой болезни	Завершающий этап жизни
9	Терминальное заболевание		Приближаются к концу жизни. Ожидаемая продолжительность жизни менее 6 месяцев	Завершающий этап жизни

- ✓ Предупреждение зависимости и инвалидности
- ✓ Предупреждение повторных госпитализаций
- ✓ Мониторинг состояния
- ✓ Организация при необходимости паллиативной помощи

Уровни ухода для различных категорий пожилых людей

1

Возраст-ассоциированные состояния
Коморбидность

Независимые

Категории 1,2,3

2

Преастензия

Категория 4

3

ССА, легкая степень
Деменция (+ 1 уровень)

Легкая зависимость

Категория 5

4

ССА, умеренная
Деменция (+ 1 уровень)

Умеренная зависимость

Категория 6

5

ССА, тяжелая

Тяжелая зависимость

Категория 7

6

ССА, очень тяжелая
Терминальное заболевание

Категория 8,9

6а

Временное интенсивное лечение и уход

Категория 4,5,6

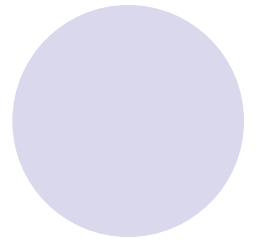
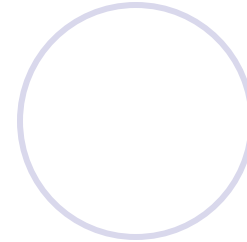
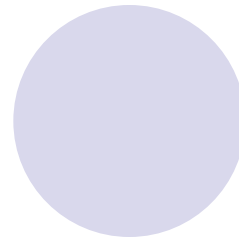
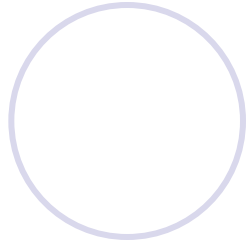
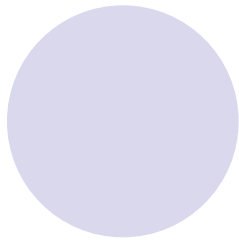


Основная цель в гериатрии

- ✓ Сохранение функциональности
- ✓ Улучшение/обеспечение возможно лучшего качества жизни

Общая стратегия

- Предупреждение развития ССА
- Контроль над хр. заболеваниями
- Адаптивные технологии/вспомогательные устройства
- Поддержание мотивации




- **Цель комплексного ухода (ориентированный на человека скоординированный уход) - поддерживать или отменять потенциальное снижение физического и когнитивного потенциала**

Основные виды нарушений функций организма

- нарушение психических функций (восприятия, внимания, памяти, мышления, интеллекта, эмоций, воли, сознания, поведения, психомоторных функций);
- нарушение языковой, речевой и письменной функций, вербальной и невербальной речи, голосообразования и др.;
- нарушение сенсорных функций (зрения, слуха, обоняния, осязания, а также тактильной, болевой, температурной и других видов чувствительности);

Основные виды нарушений функций организма



- нарушение статодинамических функций (двигательных функций головы, туловища, конечностей, статики и координации движений);
- нарушение функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, кроветворения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции, иммунитета.

Оценка функционального статуса гериатрических пациентов




- непрерывная оценка
- многопрофильное сотрудничество
- отражение в документах

Задачи сестринского ухода

- сестринский уход должен включать отслеживание изменений функциональности и предотвращать её снижение,
- поддерживать функциональность у пожилых пациентов во время госпитализации по поводу острого заболевания

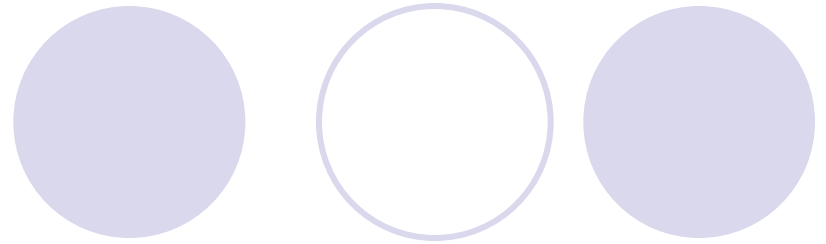


Факторы риска снижения функциональности



- травмы, повреждения,
- острые болезни,
- побочные эффекты препаратов,
- боль,
- депрессия,
- недостаточное питание,
- ограниченная подвижность,
- длительный постельный режим (включая использование физических ограничителей), длительное использование катетера Фолея,
- изменения в окружающей обстановке и повседневной активности

Параметры оценки функциональности



а) выполнение **базовых повседневных задач** (приём ванны, одевание, уход за поверхностью тела, еда, способность регулировать мочеиспускание и дефекацию, перемещение);

б) выполнение **более сложных задач**, таких как приготовление блюд, покупки в магазине, контроль приёма лекарственных средств, работа по дому, использование транспорта, учет денежных средств;

в) **мобильность** (передвижение и повороты туловища).

Стратегии компенсации снижения функции

- Необходимо помочь пожилым людям и членам их семей определить реальную функциональность на основе состояния здоровья и консультаций различных специалистов.
- Обучать и поддерживать лиц, осуществляющих уход вне больницы, поддерживать их контакт с медицинскими специалистами разного профиля.
- Может потребоваться краткосрочная квалифицированная помощь (терапия физическими упражнениями) или долгосрочный уход (для обеспечения безопасности).

Ожидаемые результаты

- включение функциональной оценки в повседневные задачи;
- снижение заболеваемости и смертности, связанной со снижением функциональности;
- уменьшение потребности в использовании физических ограничителей, катетеров Фолея, длительных постельных режимов;
- снижение числа случаев делирия;
- большая доля пациентов, выписывающихся с достаточной для выполнения повседневных задач функциональностью, а также тех, чья функциональность улучшилась;

Ожидаемые результаты

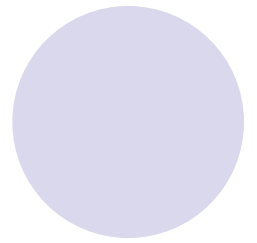
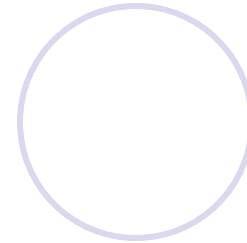
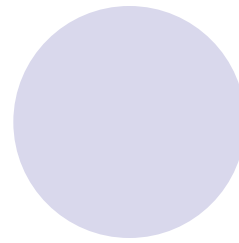
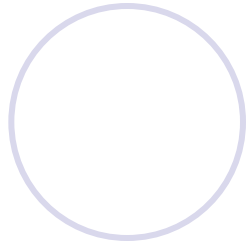
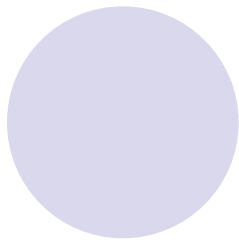
- меньше случаев повторной госпитализации;
- увеличение раннего использования методов, связанных с питанием и реабилитацией пациентов;
- создание гериатрической среды как комплекса физических приспособлений, а также терапевтических и образовательных подходов;
- сотрудничество между профессионалами в разных областях, непрерывная оценка функциональности и планирование (включая период после госпитализации).

Обучение сестринского персонала и других членов междисциплинарной команды специалистов (включая социальных работников и физиотерапевтов) в следующих областях:

- физиология, проявление и предупреждение ухудшения состояния больного, связанного с помещением в лечебное учреждение;
- оценка физических возможностей;
- техники реабилитации и использование различных приспособлений;
- сотрудничество между специалистами разного профиля;
- участие в принятии решений;
- приверженность философии повышения функциональности при коммуникации

Долговременная медицинская помощь, включая уход, для ослабленных пожилых людей

- Развитие гериатрической службы
- Урегулирование вопросов межведомственного взаимодействия
- Подготовка кадров
- Финансирование (включая помощь на дому)
- Современная методология (научные исследования)
- Адаптивные технологии и средства малой реабилитации
- Безопасная окружающая среда
- Гарантия прав пожилого человека (предупреждение пренебрежительного отношения к ослабленным пожилым людям)



● Спасибо за внимание!

