

УДК 614.2-053.9

СТРУКТУРИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫЯВЛЕНИЮ ПОТРЕБНОСТЕЙ ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА В МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Я.-М. Дегриз¹, Е. В. Фролова², Е. Ю. Тур²¹Левенский католический университет, Бельгия²ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова Минздрава России», Санкт-Петербург, Россия

THE STRUCTURED APPROACH TO THE DETERMINING OF THE OLD AND ELDERLY PATIENTS' NEEDS IN MEDICAL CARE

J.-M. Degryse¹, E. V. Frolova², E. Y. Tour²¹Université Catholique de Louvain (UCL), Louvain-la-Neuve, Belgium²North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov, St. Petersburg, Russia

© Я.-М. Дегриз, Е. В. Фролова, Е. Ю. Тур, 2014 г.

В статье описана компьютерная программа структурированного подхода к оценке состояния пожилых людей, разработанная на основе комплексной гериатрической оценки. Основой программы является пошаговый подход, позволяющий врачу общей практики, несмотря на ограниченность времени на приеме, выявлять нераспознанные ранее проблемы здоровья лиц пожилого и старческого возраста. Приводятся научно-обоснованные рекомендации как для выявления таких неудовлетворенных потребностей, так и для составления плана дальнейшего наблюдения за больными, нуждающимися в лечении и реабилитации.

Ключевые слова: комплексная гериатрическая оценка, веб-приложение, неудовлетворенные потребности пожилых и старых пациентов, хрупкость.

The web-based program is described in the article. The program aimed on the assessment of health conditions of the elderly and old adults. It based on the method of comprehensive geriatric assessment. The structured approach allows using it even by preoccupied general practitioners, revealing the unmet needs of the old patients. The evidence based recommendations for the diagnosing and screening of unmet needs and for rehabilitations and treatment, plans are described.

Keywords: comprehensive geriatric assessment, unmet needs of the elderly and old patients, web based approach, frailty.

Введение. Старение населения во всем мире приводит к целому ряду неблагоприятных последствий. Одно из них — рост доли зависимых от посторонней помощи членов общества, другое — высокая распространенность хронических заболеваний, которые нередко сочетаются у одного человека. Поэтому большая часть любого бюджета здравоохранения расходуется на организацию наблюдения за такими людьми [1]. Чтобы лечение было качественным и в то же время недорогим, необходим структурированный и целенаправленный подход к выявлению потребностей пожилых людей в медицинской помощи.

В Бельгии, как и в России, большая часть медицинских услуг оказывается людям пожилого и старческого возраста на этапе первичной врачебной медико-санитарной помощи. Каждый человек 75 лет и старше в Бельгии имеет в среднем в год одиннадцать контактов с семейным врачом. Семейный врач, владеющий всеми необходимыми навыками обследования и умением строить отношения с пациентами, лучше других специалистов может оказать эф-

фективную помощь пожилым пациентам. Однако процесс консультирования пожилых пациентов требует гораздо больше времени как из-за многочисленности проблем со здоровьем у одного человека, так и вследствие трудностей в общении, обусловленных теми же проблемами (снижение слуха, ухудшение когнитивных функций и памяти, наличие депрессии).

Основные концепции структурированного подхода к выявлению потребностей пожилого человека в медицинской помощи. Метод комплексной гериатрической оценки (КГО), разработанный в середине XX века, описан в многочисленных публикациях [1, 2]. КГО — это мультидисциплинарный процесс, основой которого является активное выявление так называемых «неудовлетворенных потребностей» и следующее за этим составление плана лечебных и восстановительных мероприятий. Применение этой модели в повседневной практике семейного врача способствует лучшей идентификации потребностей пожилых людей, а также своевременному назначению реабилитационных меро-

приятий и профилактике потери независимости и ухудшения функционального статуса.

Применение метода комплексной оценки в практике семейного врача позволяет снизить смертность и замедлить ухудшение физического функционирования [1, 2]. Наибольшая эффективность комплексной оценки достигается у лиц пожилого и старческого возраста, страдающих хрупкостью или находящихся в стадии, предшествующей хрупкости. Хрупкость (frailty) — состояние повышенной уязвимости, которое объясняется не только возрастом, но и снижением резервов гомеостатических механизмов, пониженным сопротивлением стресс-факторам любой природы. Она приводит к повышению риска зависимости от посторонней помощи, частоты госпитализаций, побочных эффектов, осложнений медицинских вмешательств и смерти [3]. Следовательно, хрупкость может быть мерилом биологического возраста и помочь в понимании процессов старения.

Существует состояние, противоположное хрупкости — если следовать английским аналогиям, это «крепкость». Это состояние, которое в публикациях называется вариантом благоприятного или успешного старения [4, 5]. Предлагаемая нами программа структурированного подхода к определению потребностей пожилого человека предназначена в основном пациентам, состояние которых характерно для стадии, предшествующей хрупкости. Применение этой программы может предотвратить дальнейшее ухудшение состояния пациентов, т. е. переход к хрупкости. К сожалению, в русскоязычных публикациях еще не выработана единая терминология для характеристики стадий и вариантов старения. Состояние хрупкости называют и старческой астенией, и дряхлостью, но мы надеемся, что работа по унификации терминологии вскоре будет проведена.

Неудовлетворенные потребности. Неудовлетворенные потребности (Unmet Needs — англ.) — это проблемы, которые часто остаются незамеченными при рутинном посещении, потому что врач не обращает на них внимания или потому, что пациент о них умалчивает [6]. К наиболее частым неудовлетворенным потребностям гериатрических пациентов относятся:

- потеря и ухудшение слуха и зрения;
- недержание мочи;
- потеря или ухудшение способности к передвижению;
- снижение памяти и интеллекта;
- сниженное настроение и депрессия.

Все эти проблемы могут быть выявлены с помощью КГО. Однако, как уже упоминалось, полная комплексная оценка занимает много времени и требует усилий ряда специалистов. Поэтому при обычном посещении выполнить ее невозможно. Следует специально запланировать время для этого или направить пациента к специалистам, занимающимся комплексной оценкой. Это и предпочитают делать врачи первичной сети. Вот почему была разработана программа структурированного подхода к оценке проблем пожилых и старых пациентов.

Веб-приложение. Программа структурированного подхода — это веб-программа, в основе которой лежат методы и инструменты комплексной гериатрической оценки. В ней есть специальная структурированная таблица, включающая четырнадцать важных проблем пожилых людей. Мы выбрали те проблемы и неудовлетворенные потребности, которые можно корректировать, для которых разработаны программы лечения. Мы использовали только клинически эффективные способы лечения и реабилитации, основой для них послужили различные модели лечения и реабилитации пожилых людей, которые уже применялись. В программе структурированного подхода для всех предполагаемых проблем имеется план их коррекции или лечения [7].

Подход к сбору информации. Сбор информации о проблемах со здоровьем пожилого человека осуществляется в несколько этапов. Первый шаг — это просто вопрос, есть ли у пациента данная проблема. В зависимости от ответа применяется скрининговый опросник для уточнения и получения более подробной информации. Анкеты и опросники, используемые в этой программе, надежны, валидны, применяются в разных странах много лет. Прежде чем использовать эти опросники в России, мы проведем их валидизацию, если ранее это не проводилось. Дальнейший процесс осуществляется в зависимости от чувствительности опросника, примененного на первом этапе. Возможно, потребуются более подробная диагностика — тогда последуют второй и даже третий этапы [7].

Программа построена по трехступенчатой модели (см. табл.). На первом этапе (шаг 1) предлагается скрининговый тест для выявления заболевания. На втором этапе (шаг 2) каждую обнаруженную проблему изучают дальше, чтобы уточнить диагноз [7].

Вопросы первого этапа обладают высокой чувствительностью, а второго — специфичностью. Цель этих двух шагов — активное выявление проблем со здоровьем пожилых людей. На третьем этапе (шаг 3) предлагается план действий или курс лечения. Мероприятия второго этапа выполняют, только если на первом этапе имелись какие-то нарушения, а мероприятия третьего этапа — только когда установлен диагноз на втором этапе и определена необходимость лечения.

Наиболее частые проблемы пожилого человека, требующие внимания

Ухудшение слуха встречается у пожилых людей очень часто [8, 9]. Первый шаг в выявлении и диагностике снижения слуха — вопрос, адресованный пациенту: «Есть ли у вас проблемы со слухом?» (этап 1а). Поскольку отрицательный свидетельствует о снижении слуха в 50% случаев, [10] для дальнейшей проверки проводят тест на шепотную речь (шаг 1б) [8, 9]. На этапе 2а помимо отоскопии оценивают влияние сниженного слуха на качество жизни пожилого человека (Hearing Handicap Inventory for Elderly Screening version — Опросник для оценки качества жизни человека со сниженным слухом) [9]. На этапе 2б проводят аудиометрию, что дает окончательное представление о степени тяжести нару-

Перечень пунктов программы структурированного подхода и описание действий на каждом этапе

Пункт программы	Этап 1	Этап 2	Этап 3
Слух	1а: Вопрос о проблемах со слухом 1б: тест на шепотную речь	2а: отоскопия, расширенные тесты 2б: аудиометрия	Клинические рекомендации
Когнитивный статус	Мини-КОГ	2а: MMSE 2б: руководство по диагностике	Клинические рекомендации
Депрессия	Два вопроса	2а: GDS-15 2б: DSM-V	Клинические рекомендации
Вакцинация	Просмотр досье пациента	Опрос пациента	Клинические рекомендации
Сон	Два вопроса	Руководство по диагностике	Клинические рекомендации
Зависимость от посторонней помощи	1а: Шкала KATZ 1б: Шкала Lawton	Оценка проблем	Коррекция проблем
Профилактика падений	Четыре вопроса	2а: Тест «Встань и иди» 2б: Многосторонняя оценка	Подход CFR. Центра экспертизы предотвращения падений Фландрии
Питание	MNA скрининг	MNA диагностика	Устранение причин недостаточности питания
Остеопороз	OST и два вопроса (переломы/кортикоиды)	2а: денситометрия 2б: FRAX	Клинические рекомендации
Саркопения/движение	Сила рук и два вопроса	LAPAQ опросник	Обучение пациента
Медикаменты	Изменения в дозах препаратов после оценки функции почек, обзор принимаемых препаратов		
Недержание мочи	Один вопрос из трех о недержании (3IQ – 3 Incontinence Questions)	Два остальных вопроса из 3IQ и руководство по диагностике	Клинические рекомендации
Психосоциальный	1а: шкала социальной разобщенности: объективно 1б: воспринимаемая изоляция: субъективно	— 13 пунктов из опросника о чувстве согласованности — Пересмотр и обсуждение стратегий выживания, используемых пожилыми людьми	Решение психосоциальных проблем
Планирование потребностей в уходе при ухудшении состояния	Объяснение понятия	Обсуждение РПЛ/Заполнение завещания	Документация в досье

шений слуха. Если снижение или потеря слуха привели к серьезным социальным и эмоциональным последствиям, пациента направляют к отоларингологу для лечения (этап 3).

Старческое слабоумие развивается у одного из двадцати человек старше 65 лет [11–13]. Ранняя диагностика снижения когнитивных способностей имеет то преимущество, что пациент и его близкие могут предвидеть течение болезни и будут заранее информированы о ее тяжелых последствиях [14, 15]. В программе структурированного подхода первый этап — это скрининг с использованием теста Mini-COG (психологический тест) [11]. При этом оцениваются краткосрочная память и уровень визуально-конструктивных способностей с помощью теста рисования циферблата. В зависимости от результатов теста Mini-COG на этапе 2а выбирают следующее действие — изучают анамнез и проводят клиническое обследование [12, 13]. На этапе 2б для оценки степени нарушения когнитивных способностей проводят тест краткой оценки интеллектуально-психического статуса (Mini Mental State

Examination) [14]. На третьем этапе проводят собеседование с пациентом и родственниками, во время которого разъясняют диагноз, прогноз и подчеркивают необходимость в будущем активной поддержки с помощью сиделок или другого персонала, постоянно наблюдающего за больным [15].

Депрессия — часто встречающееся у пожилых людей заболевание. Наличие депрессии повышает вероятность развития других заболеваний и ухудшает их течение, значительно увеличивая риск неблагоприятного исхода [16]. Для скрининга на депрессию мы используем для пожилых людей сначала всего два вопроса: «часто ли за прошедшие две недели вас охватывало ощущение безнадежности, грусти?» и «часто ли вы отмечали за прошедшие две недели потерю интереса или удовольствия от тех занятий, которые раньше вам нравились?» [17, 18]. Если на один из этих вопросов получен положительный ответ, следует перейти ко второму этапу с использованием гериатрической шкалы депрессии для лиц пожилого и старческого возраста (GDS-15) [19], после чего, в зависимости от результата, диа-

гностируют депрессию на основе DSM-V (Руководство по диагностике и статистике психических расстройств) и методических указаний [18, 20].

Вакцинация. Необходимо выяснить, проводилась ли вакцинация в соответствии с Национальным календарем прививок, так как это мероприятие позволяет предупредить неблагоприятные последствия инфекционных заболеваний. Пожилым пациентам должны быть сделаны прививки против гриппа, пневмококка, дифтерии и столбняка [21–24].

Нарушения сна выявляют двумя простыми вопросами: «Часто ли у вас бывают проблемы со сном?» и «Принимаете ли вы снотворные препараты?», по аналогии с другими инструментами комплексной оценки за рубежом [5, 7]. Диагностику и лечение проводят согласно клиническим рекомендациям с учетом особенностей назначения препаратов пожилым людям [25–27].

Зависимость от посторонней помощи или состояние физического функционирования определяют на первом этапе с помощью шкалы Katz и Lawton [14, 28–30]. Шкала оценки Katz, или шкала ADL (Activity of Daily living), повседневной бытовой активности предназначена для выявления ежедневных потребностей в уходе (мытьё, одевание, перемещение, удержание мочи, пользование туалетом, питание) [14, 28]. Шкала оценки Lawton, напротив, измеряет IADL (инструментальную повседневную деятельность: пользование телефоном, способность самостоятельно приготовить пищу, перемещение на большое расстояние, посещение магазина и ведение домашнего хозяйства, мелкий ремонт, стирка, самостоятельный прием медикаментов, управление финансами) [14, 29, 30]. Зависимость от посторонней помощи является самой серьезной проблемой пожилых людей, именно ограничение независимости требует ухода, привлечения медицинских ресурсов, вовлечения родственников и нарушает качество жизни пожилого человека и его семьи.

Падения пожилых людей представляют еще одну важнейшую проблему гериатрии. Приблизительно один из трех людей старше 75 лет падает не реже одного раза в год. В Бельгии, в других странах Европы и в России уделяется большое внимание предупреждению падений, так как профилактика самого факта падения дает возможность предупредить тяжелые травмы, госпитализацию, снижение функциональной активности, осложнения длительного неподвижного состояния (тромбозы, пролежни, пневмонии). Центр экспертизы профилактики падений Фландрии разработал систему предотвращения падений [31]. Принципиальные положения этой системы мы заложили в описываемую программу структурированного подхода. На первом этапе риск падения оценивают с помощью специально разработанных вопросов, адресуемых пожилому пациенту [31]. Если риск есть, на втором этапе помимо теста «Встань и иди» проводится многосторонняя оценка равновесия, мышечной силы и мобильности. На третьем этапе предлагаются вмешательства, направленные на снижение этого риска.

Недостаточность питания — состояние, часто встречающееся у пожилых людей, живущих дома. Оно является независимым фактором риска заболеваемости и смертности. MNA (Mini Nutritional Assessment — краткая анкета по оценке питания) — это специальный инструмент, созданный для пожилых пациентов. Он состоит из двух частей: первая часть — скрининг (первый этап) и вторая — оценочная часть (второй этап). Третий этап предусматривает мероприятия, направленные на улучшение питания, ликвидацию причин развившейся белково-энергетической недостаточности (нарушение глотания, неудовлетворительное состояние зубов и десен, низкое качество зубных протезов, сухость во рту, плохой аппетит) [32–35].

Остеопороз — заболевание, часто встречающееся у пожилых женщин. Уменьшение костной массы приводит к риску переломов и вследствие этого — к повышению риска заболеваемости и смертности [36, 37]. Для простого и быстрого скрининга на первом этапе можно использовать опросник OST (Osteoporosis Self assessment Tool — инструмент самооценки остеопороза) в сочетании с несколькими вопросами о приеме кортикостероидов и случаях переломов за прошедший год. Измерение минеральной плотности кости на втором этапе — золотой стандарт для дальнейшей оценки, если скрининг дал положительный результат. Если Т-критерий находится в пределах от –1 до –2,5, рекомендуется на втором этапе использовать опросник FRAX, чувствительный инструмент для оценки риска переломов [38, 39]. При высоком риске переломов или Т-критерии от –2,5 и ниже рекомендуется медикаментозное лечение (третий этап) остеопороза [40].

Саркопения — это сочетание снижения мышечной массы и мышечной силы, физической работоспособности. Саркопения является одним из основных критериев диагностики хрупкости, это ведущий патогенетический фактор неблагоприятного старения. Для выявления саркопии необходимо оценить долю мышечной массы пациента. В связи с тем, что оценка доли мышечной массы с помощью МРТ или других способов дорога, мы используем другие критерии. На первом этапе программы мы задаем два вопроса — по самооценке функциональных ограничений и о силе мышц верхней конечности; ее может оценить сам пациент, отвечая на вопрос, пользуется ли он кухонным или столовым ножом [41, 42]. На втором этапе оценивают физическую активность пожилого человека с помощью «LaPaQ» (LASA Physical Activity Questionnaire — опросник по физической активности LASA) [43]. Этот опросник применялся во многих клинических и эпидемиологических исследованиях состояния здоровья пожилых людей, и обладает достаточно высокой чувствительностью. Эффективными мерами предотвращения развития и уменьшения саркопии являются физические упражнения, тренировка баланса, активный образ жизни. Поэтому третий этап программы предусматривает обучение пожилого пациента всем этим мероприятиям [44].

Контроль приема лекарственных препаратов требуется пожилым пациентам чаще, чем молодым. Нередко в возрасте старше 75 лет требуется изменение стандартных доз. Не менее серьезная проблема — полипрагмазия, обусловленная желанием врача назначить лечение сразу от всех заболеваний, диагностированных у пожилого человека [45–49]. Это требуется не всегда. Поэтому в структурированном подходе включен пункт «Медикаменты». Однако в нем не три этапа, а всего один. Проверяют состояние функции почек (креатинин сыворотки крови и рассчитанная скорость клубочковой фильтрации) и соответствие доз назначенных медикаментов этой почечной функции [50, 51]. Далее проверяют показания к назначению препаратов, принимаемых пациентом [52].

Недержание мочи — частая проблема пожилых людей, обусловленная целым рядом причин. Зачастую пожилые пациенты стесняются говорить об этом, хотя кажущаяся незначительной, эта проблема отрицательно влияет на качество жизни и может вести к неблагоприятным последствиям, инфекционным осложнениям. Задав несколько простых вопросов (первый этап), можно выявить недержание мочи: «Случалось ли у вас за прошедшие три месяца недержание мочи?» [53]. На втором этапе проводят дифференциальный диагноз между императивным и стрессовым недержанием мочи [53–55].

Специальный раздел программы посвящен *психосоциальным проблемам* пожилых людей. Установлено, что ограничение социальных контактов повышает риск заболеваемости и смертности [56, 57]. В этом разделе программы на этапе 1 субъективно и объективно оцениваются наличие и степень социальной изоляции по двум шкалам. Первая шкала: «Social Disconnectedness Scale» — шкала социальной разобщенности (этап 1а) показательна в отношении *объективной* изоляции пациента и измеряет величину круга общения [56]. Вторая шкала: «Perceived Isolation Scale» — шкала воспринимаемой изоляции (шаг 1б) показывает, насколько изолированным *чувствует* себя сам пожилой человек. На втором этапе идентифицируются важнейшие психосоциальные проблемы и их причины [57–60].

Планирование дальнейшего наблюдения — это разъяснение пациенту возможных последствий его заболеваний, например, невозможности себя обслуживать или потери независимости, или снижения умственных способностей. На этом этапе врач вместе с пациентом подбирает и оценивает варианты оказания медицинской помощи в такой стадии. Это фактически элемент паллиативной помощи. На первом этапе пациенту объясняют этот термин, а на втором продолжают беседу об этом, и врач должен постараться понять цели пациента. Затем может быть заполнено завещание или назначен представитель пациента, если он этого хочет [61, 62].

Обзор программы (окна и их описание). Интерфейс программы сконструирован в виде интерактивного перечня проблем. Он составлен так, что врач на каждой консультации может обсудить одну или

несколько проблем. Врач также может решить — провести ли развернутую консультацию целиком и обработать все за одно посещение (если это запланированная комплексная гериатрическая оценка). Наряду с выполнением каждого пункта программы не менее важен обычный медицинский осмотр (измерение АД, исследование сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной систем). Кроме того, в программе есть дополнительная таблица («common sense» — здравый смысл) чтобы зафиксировать важнейшие пункты обычного медицинского осмотра.

Каждая категория сопровождается пиктограммой для описания статуса. Если обнаруживают проблему, ставят восклицательный знак. На основании этого врач может принять решение провести более подробную диагностику, и в случае необходимости лечить пациента. Если этап успешно пройден и никаких действий не требуется, это помечают в таблице галочкой. Категории, которые еще не раскрыты и не описаны до конца, отмечают значком прогрессии.

Ключевые моменты. Модель КГО — это многомерный подход к пожилому и старому пациенту. Он основан на двух важных концепциях: «неудовлетворенные потребности» и «хрупкость». Применение таких моделей в практике семейного врача сопровождается снижением смертности и замедлением функциональной деградации.

Программа структурного подхода к оценке проблем пожилого человека — это веб-программа комплексной гериатрической оценки со структурным перечнем проблем, описывающим диагностику и оценку 14 важных проблем пожилого человека. Программа построена по трехэтапному принципу. Она позволяет применить структурированный подход к лечению и комплексную оценку состояния здоровья пожилых людей.

Карточка. В окне, где представлена структура программы, сверху находится активная карточка. В любой момент можно создать новую карточку. Это совпадает с новым циклом программы. Идея состоит в том, чтобы каждый год создавать новую карточку, и таким образом заново рассматривать все проблемы пациента. Созданные карточки всегда остаются в распоряжении врача, чтобы можно было проследить вероятные изменения. При открытии карточки также отображается обычный медицинский контроль. В это окно можно также попасть, нажав на кнопку «здравый смысл» («common sense»). Эта функция разработана, чтобы структурировать клинические данные. Этим мы хотим привлечь внимание на важность и необходимость такого контроля. Внимание врача обращается также на менее привычные пункты клинического осмотра. Так, например, осмотр стоп, кожи может помочь обнаружить важные диагностические признаки.

Окно резюме. Справа сверху в окне программы находится кнопка «резюме», нажав на которую можно перейти в окно резюме. Здесь собраны все сведения, внесенные по настоящее время. Окно резюме обеспечивает наглядный список проблем пациента.

Здесь используется цветовой код, чтобы показать, нуждается ли какая-то категория/проблема в каких-либо действиях. Еще не начатая категория не имеет цветового кода. Из этого окна происходит общение с электронной медицинской историей болезни (ЭМИБ). В программе встроена также функция экспорта, чтобы отправить эту таблицу как отчет в ЭМИБ.

Применение программы. Прежде чем начать широко использовать программу, ее необходимо еще оценить и доработать. Так, хотелось бы понять, можно ли этим методом проследить за неизвестными проблемами пациента. Возможно, полученные результаты вызовут субъективные негативные чувства у пациентов и врачей. Это, главным образом, связано с трудностью лечения и коррекции проблем пожилого пациента. Используя в лечении общепринятые рекомендации, мы стараемся уменьшить фатальное отношение к старению. Хорошие доверительные отношения позволяют сформулировать положительное заключение о возможностях пожилого пациента. Если нет готового решения проблемы, и семейный врач сталкивается с заболеванием, для которого нет лечения, то обсуждение проблемы должно привести к субъективному улучшению состояния. В тестовой фазе мы хотим, кроме того, проверить, вписывается ли данная программа во временные рамки обычной консультации, и какова наиболее полезная форма ее реализации. При этом мы

хотим сравнить применение программы в разных организациях, во время различных визитов и консультаций.

Заключение. При оказании медицинской помощи пожилым и старым больным возникает необходимость в структурированном подходе к лечению. При этом важно не потеряться в возрастающем потоке информации и научных открытий и сохранить приоритет контакта с пациентом. Для осуществления этого нужно подходить к лечению организовано и эффективно с точки зрения времени, при этом не теряя из виду определенных важных проблем.

Программа структурированной оценки и целостного подхода к здоровью пожилого человека отвечает функциям, возложенным на врача общей практики в большинстве медицинских руководств. Так, это функция организации наблюдения и управления помощью.

Этот инструмент использует преимущества информационной технологии: веб-программа, гарантирующая постоянное обновление и, кроме того, доступная с точки зрения практики.

Желающие тестировать программу в ее настоящем виде могут зайти на сайт www.geristeps.ru. После регистрации на основании вашего Riziv-номера Вы получите пароль, который будет отправлен по электронной почте, после чего Вы сможете сами провести КГО.

Литература

1. Mann E., Koller M., Mann C., Steurer J. Comprehensive geriatric assessment (CGA) in general practice: results from a pilot study in Vorarlberg, Austria. // BMC Geriatrics. — 2004. — <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/4/4>.
2. Stuck A., Iliffe S. Comprehensive geriatric assessment for older adults should be standard practice, according to a wealth of evidence // BMJ. — 2011. — Vol. 343. — P. 6799.
3. Фролова Е. В., Корыстина Е. М. Комплексная оценка состояния здоровья пожилого человека и возможности ее осуществления в общей врачебной практике // Российский семейный врач. — 2010. — Т. 14, № 1. — С. 12–23.
4. Ильницкий А. Н., Прощаев К. И. Старческая астения (frailty) как концепция современной геронтологии // Геронтология. — 2013. — № 1. — <http://www.gerontology.su/ru/1>. — Последнее посещение сайта 01.02.2014 г.
5. Rowe J. D., Kahn R. L. Successful ageing // The Gerontologist. — 1997. — Т. 37, № 4. — С. 433–440.
6. Iliffe S., Lenihan P., Orrell M. et al. The development of a short instrument to identify common unmet needs in older people in general practice // Br. J. Gen. Pract. — 2004. — № 54. — P. 914–918.
7. Sandholzer H., Hellenbrand W., Renteln-Kruse W., Van Weel C., Walker P. STEP — standardized assessment of elderly people in primary care // Dtsch. Med. Wochenschr. — 2004. — № 129. — P. 183–226.
8. Yueh B., Shapiro N., MacLean C. H., Shekelle P. G. Screening and management of adult hearing loss in primary care: scientific review // JAMA. — 2003. — № 289. — P. 1976–1985.
9. Akshay B., Paaladinesh T., Allan S. D. Does this patient have hearing impairment? // JAMA. — 2006. — № 295. — P. 416–428.
10. Nondahl D. M., Cruickshanks K. J., Wiley T. L., Tweed T. S., Klein R., Klein B. E. Accuracy of self-reported hearing loss // International Journal of Audiology. — 1998. — № 37. — P. 295–301.
11. Borson S. The mini-cog: a cognitive 'vitals signs' measure for dementia screening in multi-lingual elderly // Int. J. Geriatr. Psychiatry. — 2000. — № 15. — P. 1021.
12. Wind A. W., Gussekloo J., Vernooij-Dassen M. J. et al. NHG-standaard Dementie // Huisarts. Wet. — 2003. — № 46. — P. 754–767.

13. *Van der Burg M., Bouwen A., Stessens J. et al.* Scoring clock tests for dementia screening: a comparison of two scoring methods // *Int. J. Geriatr. Psychiatry.* — 2004. — № 19. — P. 685–689.
14. *De Lepeleire J., Vernooij-Dassen M.* State of the art: de diagnose van dementia // *Huisarts Nu.* — 2003. — № 32. — P. 70–82.
15. *Valcour V. G., Masaki K. H., Curb J. D., Blanchette P. L.* The detection of dementia in the primary care setting // *Arch. Intern. Med.* — 2000. — № 160. — P. 2964–2968.
16. *Licht-Strunk E., van der Windt D. A., van Marwijk H. W. et al.* The prognosis of depression in older patients in general practice and the community. A systematic review // *Fam. Pract.* — 2007. — № 24. — P. 168–180.
17. *Arroll B., Khin N., Kerse N.* Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study // *BMJ.* — 2003. — Vol. 327. — P. 1144–1146.
18. *Heyrman J., Declercq T., Rogiers R., Pas L. et al.* Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Depressie bij volwassenen: aanpak door de huisarts // *Huisarts Nu.* — 2008. — N 37. — P. 284–317.
19. *Sheikh J. I., Yesavage J. A.* Geriatric Depression Scale: recent evidence and development of a shorter version // *Clinical gerontol.* — 1986. — N 5. — P. 165–173.
20. *Van Marwijk H. W. J., Grundmeijer H. G. L. M., Bijl D. et al.* NHG-standaard Depressieve stoornis M44 // *Huisarts Wet.* — 2003. — N46. — P. 614–33.
21. *Govaerts F., Van de Vyver N., Pilaet A.* Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Preventie van influenza // *Huisarts Nu.* — 2006. — № 35. — P. 4–18.
22. *Govaerts F., Van de Vyver N., Pilaet A.* Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Preventie van ernstige pneumokokkeninfecties bij volwassenen // *Huisarts Nu.* — 2005. — № 34. — P. 588–596.
23. *Dillen J.* Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Preventie van tetanus en difterie bij volwassenen, vaccinatie en profylactische aanpak // *Huisarts Nu.* — 2001. — № 30. — P. 146–157.
24. *Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.* Adviezen Hoge Gezondheidsraad rond vaccinatie. www.zorg-en-gezondheid.be/Ziektes/Vaccinaties/Info-vaccinatoren/Adviezen-Hoge-Gezondheidsraad-rondvaccinatie/ (laatst geraadpleegd op 07/11/2011).
25. *Declercq T., Rogiers R., Habraken H., Michiels J., De Meyere M., Mariman A.* Aanpak van slapeloosheid in de eerste lijn. // *Huisarts Nu.* — 2005. — № 34. — P. 346–371.
26. *Knuistingh Neven A., Lucassen P. L. B. J., Bonsema K., Teunissen H., Verduijn M. M., Bouma M.* NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen // *Huisarts Wet.* — 2005. — № 48. — P. 402–415.
27. *Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie.* Verantwoord gebruik van benzodiazepines // *Folia Pharmacotherapeutica.* — 2002. — № 29. — 82–90.
28. *Katz S., Ford A. B., Moskowitz R. W., Jackson B. A., Jaffe M. W.* Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function // *JAMA.* — 1963. — № 185. — P. 914–919.
29. *Lawton M. P., Brody E. M.* Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living // *Gerontologist.* — 1969. — № 9. — P. 179–186.
30. *Graf C.* The Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale // *American Journal of Nursing.* — 2008. — № 108. — P. 52–62.
31. *Expertisecentrum Valpreventie Vlaanderen.* www.valpreventie.be (laatst geraadpleegd op 07/11/2011).
32. *Pirlich M., Lochs H.* Nutrition in the elderly // *Best Practice and Research Clinical Gastroenterology.* — 2001. — № 15. — P. 869–884.
33. *DiMaria-Ghalili R. A., Guenter P.* The Mini Nutritional Assessment // *AJN.* — 2008. — № 108. — P. 50–59.
34. *Bauer J., Kaiser M., Sieber C.* Evaluation of nutritional status in older persons: nutritional screening and assessment // *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care.* — 2010. — № 13. — P. 8–13.
35. *Guigoz Y.* The Mini Nutritional Assessment review of the literature – what does it tell us? // *J. Nutr. Health Aging.* — 2009. — № 10. — P. 466–485.
36. *NIH Consensus Development Panel on Osteoporosis Prevention, Diagnosis, and Therapy.* Osteoporosis prevention, diagnosis, and therapy // *JAMA.* — 2001. — № 285. — P. 785–795.
37. *Nelson H. D., Helfand M., Woolf S. H., Allan J. D.* Screening for postmenopausal osteoporosis: A review of the evidence for the US Preventive Services Task Force // *Ann. Intern. Med.* — 2002. — № 137 — P. 529–541.
38. *Elders P. J., Leusink G. L., Graafmans W. C. et al.* NHG-standaard Osteoporose // *Huisarts Wet.* — 2005. — № 48. — P. 559–570.
39. *Cummings S. R., Bates D., Black D. M.* Clinical use of bone densitometry: scientific review // *JAMA.* — 2002. — № 288. — P. 1889–1897.

40. World Health Organization Collaborating Centre for Metabolic Bone Diseases (WHO). FRAX: WHO fracture risk assessment tool. www.shef.ac.uk/FRAX/ (laatst geraadpleegd op 07/11/2011).
41. Bales C., Ritchie C. Sarcopenia, weight loss and nutritional frailty in the elderly // *Annu. Rev. Nutr.* — 2002. — № 22 — P. 309–323.
42. Cruz-Jentoft A., Baeyens J. P., Bauer J. M. et al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis // *Age and ageing*. — 2010. — № 39 — P. 1–12.
43. Stel V. S., Smit J. H., Pluijm S. M., Visser M., Deeg D. J., Lips P. Comparison of the LASA Physical Activity Questionnaire with a 7-day diary and pedometer // *J. Clin. Epidemiol.* — 2004. — № 57 — P. 252–258.
44. Buchner D. M., Cress M. E., de Lateur B. J. et al. The effect of strength and endurance training on gait, balance, fall risk, and health services use in community-living older adults // *J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci.* — 1997. — № 52 — M218–M224.
45. Milton J. C., Hill-Smith I., Jackson S. H. Prescribing for older people // *BMJ*. — 2008. — № 336. — P. 606–609.
46. Barry P. J., Gallagher P., Ryan C., O'Mahony D. START (screening tool to alert doctors to the right treatment): an evidence-based screening tool to detect prescribing omissions in elderly patients // *Age Ageing*. — 2007. — № 36. — P. 632–638.
47. O'Mahony D., Gallagher P. F. Inappropriate prescribing in the older population: need for new criteria // *Age Ageing*. — 2008. — № 37. — P. 138–141.
48. Gallagher P. F., Barry P. J., Ryan C., Hartigan I., O'Mahony D. Inappropriate prescribing in an acutely ill population of elderly patients as determined by Beers' Criteria // *Age Ageing*. — 2008. — № 37. — P. 96–101.
49. Gallagher P., O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions): application to acutely ill elderly patients and comparison with Beers' criteria // *Age Ageing*. — 2008. — № 37 — P. 673–679.
50. De Grauw W. J. C. et al. Landelijke transmurale afspraak Chronische nierschade // *Huisarts Wet.* — 2009. — № 52 — P. 586–592.
51. NBVN en WVVH. Richtlijnen voor de behandeling van patiënten met chronische nierziekten. Nederlandstalige Belgische Vereniging voor Nefrologie. <http://intranet.nbvn.be/file?file=132> (laatst geraadpleegd op 06/08/2011).
52. Werkgroep RVT Formularium — RVT formularium. Leidraad bij het rationeel voorschrijven van geneesmiddelen bij ouderen // Verhofstadt, Destelbergen. — 2009. — P. 7–8.
53. Brown J., Bradley C., Subac L., Richter H. The sensitivity and specificity of a simple test to distinguish between urge and stress urinary incontinence // *Ann intern Med.* — 2006. — № 16. — P. 715–723.
54. Huisarts Anonymous. Drie vragen om urge- van stressincontinentie te onderscheiden // *Minerva*. — 2007. — № 6. — P. 41–43.
55. Lagro-Janssen A. L., Breedveldt Boer H. P., Van Dongen J. J. et al. NHGstandaard Incontinentie voor urine // *Huisarts Wet.* — 2006. — № 49. — P. 501–510.
56. Cornwell E, Waite L. Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults // *J. Health. Soc. Behav.* — 2009. — № 50. — P. 31–48.
57. Seeman TE. Health promoting effects of friends and family on health outcomes in older adults // *Am. J. Health Promot.* — 2000. — № 14. — P. 362–370.
58. Eriksson M., Lindström B. Validity of Antonevsky's sense of coherence scale: systematic review // *J. Epidemiol. Community Health*. — 2005. — № 59. — P. 460–466.
59. Robichaud L., Lamarre C. Developing an instrument for identifying coping strategies used by the elderly to remain autonomous // *Am. J. Phys. Med. Rehabil.* — 2002. — № 81. — P. 736–744.
60. National Institute for Health and Clinical Excellence. Occupational therapy interventions and physical activity interventions to promote the mental wellbeing of older people in primary care and residential care. NICE public health guidance 16. — 2008.
61. Keirse M. Het levenseinde teruggeven aan de mensen: Over vroegtijdige planning van de zorg. Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen. — 2009.
62. Viane K., De Lepeleire J. Vroegtijdige zorgplanning bij ouderen in de thuissituatie: een pilootproject // *Huisarts Nu*. — 2009. — № 38. — P. 186–192.

Авторы:

Дегриз Ян-Мари — профессор Левенского католического университета, Лёвен, Бельгия

Фролова Елена Владимировна — д. м. н., профессор кафедры семейной медицины ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова» Минздрава России

Тур Екатерина Юрьевна — клинический ординатор кафедры семейной медицины ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова» Минздрава России