

**КОМПЛЕКСНАЯ ГЕРИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА  
В УСЛОВИЯХ ДОМА-ИНТЕРНАТА**

Е.Е. Аммосова

ГБУ РС(Я) «Курбусахский дом-интернат для престарелых и инвалидов имени Н.М. Винокурова»,  
Ус-Кюель, Республика Саха (Якутия), Россия

© Е.Е. Аммосова, 2018

В статье описывается внедрение и использование в условиях дома-интерната комплексной гериатрической оценки. Анализируется возможность и эффективность ее применения. Приводится клинический пример, иллюстрирующий значимость этого метода.

**Ключевые слова:** комплексная гериатрическая оценка; пожилые; дом-интернат.

**COMPREHENSIVE GERIATRIC ASSESSMENT IN NURSING HOME**

E.E. Ammosova

Kurbusakhsy nursing home for elderly and disabled people named after N.M. Vinokurov,  
Us-Kuyel, Sakha (Yakutia) Republic, Russia

The using of comprehensive geriatric assessment (CGA) in nursing home of Yakutia is described. The efficiency and possible ways of using of CGA are analyzed. The clinical case confirms importance of CGA.

**Keywords:** comprehensive geriatric assessment; elderly; nursing home.

**Введение**

В последние годы гериатрия претерпела значительные изменения. Распоряжением Правительства РФ № 164-р от 05.02.2016 утверждена «Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 г.» [1] и издан Приказ Минздрава России «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю „Гериатрия“» № 38 от 29.01.2016 [2].

Появилось много новых подходов, методов, технологий, для реализации которых востребованы хорошо подготовленные, обученные социальные и медицинские работники. Большое внимание уделяется взаимодействию и координации работы социальных и медицинских служб. Будут формироваться «гериатрические команды» — гериатр, гериатрическая сестра и специалист по социальной работе, связанный с центром социального обслуживания и определяющий стратегию помощи для своевременногоказания ее пожилому человеку [2].

Современный социальный работник должен повышать квалификацию в области гериатрии, владеть практическими навыками скрининга гериатрических синдромов и грамотно оказывать помощь пожилым пациентам при падениях, пролежнях, недержании мочи и недостаточности питания. На деле же социальные работники не имеют представления о старческой астении, о комплексной гериатрической оценке (КГО)

состояния здоровья пожилого человека, о правилах общения с пожилым человеком. Настало время для интегрированного многоуровневого многоцелевого гериатрического образования медицинских работников и образования населения и смежных специалистов.

В Курбусахском доме-интернате для престарелых и инвалидов им. Н.М. Винокурова (Якутия) с 2012 г. начали внедряться элементы комплексной гериатрической оценки состояния здоровья пожилого человека. Поводом для изменения подходов к оказанию помощи стала публикация статьи в «Медицинской газете» д-ра мед. наук профессора Е.В. Фроловой «Комплексная гериатрическая оценка на амбулаторном этапе». В 2015–2017 гг. автор настоящей статьи прошла обучение в «Ежегодной весенней школе практической гериатрии», которая включала дистанционный 36-часовой курс по комплексной гериатрической оценке состояния здоровья пожилого человека и международный семинар по наиболее распространенным гериатрическим синдромам, который был организован в Санкт-Петербурге [3]. Материалы школы были использованы для проведения обучения в «Школе повышения медицинской грамотности» для среднего медицинского персонала по навыкам проведения КГО на базе Курбусахского дома-интерната для престарелых и инвалидов. Кроме этого на базе дома-интерната был успешно проведен республиканский семинар-

практикум для медицинских и социальных работников. В ходе семинара было организовано четыре мастер-класса по КГО, состоялись презентация методического пособия, первый раздел которого посвящен комплексной гериатрической оценке, демонстрация видеороликов по деменции и реабилитации после инсульта, была проведена имитационная игра «Почувствуй себя пожилым». Главный гериатр Республики Саха (Якутия) О.В. Татарина высоко оценила образовательные мероприятия и внедрение новых подходов к ведению пожилых пациентов. Новые подходы к гериатрической помощи оказались востребованы в Республиканском гериатрическом центре и в других домах-интернатах республики. Таким образом, участие в образовательном проекте «Ежегодная весенняя школа практической гериатрии» позволило не только распространить полученные знания, но и внедрить их в практическую деятельность учреждений социальной защиты республики.

**Целью** настоящего исследования было изучение результативности комплексной гериатрической оценки при использовании в условиях дома-интерната для престарелых и инвалидов.

### Материалы и методы

*Характеристика места проведения исследования.* Курбусахский дом-интернат (дом Арчы) рассчитан на 51 место и является первым учреждением такого рода, организованным в сельской местности Якутии. Здание построено в якутском стиле, обустроены две зеленые зоны отдыха: одна — с фонтаном, окруженная цветниками и беседками, вторая — «Сэргэ», с площадкой в виде круга для проведения обрядов и осуохая. Обе зоны соединены между собой, с домом «Арчы» и с жилым корпусом бетонированными дорожками для колясочников. Каждый метр территории дома-интерната приносит пользу: хотон, курятник, теплицы, огород с поливочной системой, амбары, погреб, наружный туалет, сарай, летняя кухня, утилизационная зона. На сенокосных угодьях дома-интерната построена коневодческая база-усадыба, а в 2012 г. рядом с территорией дома-интерната принял первых жильцов — медсестер двухквартирный жилой дом для молодых специалистов.

В дом-интернат поступают женщины старше 55 лет, мужчины после 60 лет и инвалиды 1–2-й групп старше 18 лет, не имеющие трудоспособных детей, частично или полностью утратившие способность к самообслуживанию и нуждающиеся по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе и наблюдении.

Медицинский блок дома-интерната осуществляет свою деятельность на основе медицинской лицензии от 2015 г. и представлен кабинетом

врача-терапевта, старшей медсестры, процедурной, приемно-карантинным отделением, тренажерным залом и физиотерапевтическим кабинетом. Медперсоналом за эти годы накоплен богатейший опыт по уходу за престарелыми и инвалидами. В учреждении ведется планомерная работа по внедрению инновационных методов медико-социальной реабилитации. Используются следующие реабилитационные методы:

- 1) оккупационная терапия для постинсультных больных;
- 2) методика 10-минутной активизации дементных пациентов «Интересные будни»;
- 3) зеркальная терапия;
- 4) игротерапия для лежачих проживающих «Раз, два, три, четыре, пять — мы идем играть!»;
- 5) фитотерапия «На пути к тайнам трав»;
- 6) адаптивная физическая культура: зарядка для маломобильных подопечных и северная ходьба;
- 7) сказкотерапия;
- 8) школа повышения медицинской грамотности для медперсонала;
- 9) школа здоровья для проживающих.

Занятия по оккупационной терапии проводятся в игровой форме (кубики, пирамидки, бусины, шары, мозаика, паззлы, лепка) как индивидуально, так и в группах по 2–3 человека. Медсестры занимаются со «своими» прикрепленными пациентами после утренних процедур в первой половине дня, когда больные бодры и готовы к восприятию информации. После занятий все данные о проведенной работе фиксируются в дневнике пациента. На утренней конференции медицинский персонал обязательно информирует о реакции пациентов на занятия по оккупационной терапии, рассказывает об успехах «своих» подопечных, делится наблюдениями, советами.

Одна из задач оккупационной терапии — обеспечение человека с ограниченными возможностями здоровья широким диапазоном адаптационного, бытового, реабилитационного оборудования для адаптации пациентов к окружающей среде. В Курбусахском доме-интернате подобрано много разного удобного, недорогого и эффективного оборудования для использования в ходе занятий оккупационной терапией. В первый год занятий пользовались подручными приспособлениями: в мастерской дома-интерната были изготовлены самодельные деревянные разноцветные кубики, пациенты перебирали горох, рис, фасоль. На занятиях использовали еловые и сосновые шишки, орешки, косточки фруктов. Затем появились паззлы, мозаики, «чудо-валики», кистевые эспандеры, бусины, шары. Сейчас нашим больным больше нравится заниматься на специальном оборудовании: мы используем стенды отработки практических навыков,

геометрические магниты, фигуры, различные логические наборы, узоры, лабиринты [4].

Уход за больными, страдающими деменцией, — одна из самых тяжелых обязанностей в повседневной жизни персонала дома-интерната, требующая огромного терпения и внимания, ведь медицинские работники помимо лечения и ухода должны позаботиться и о досуге больного человека. В нашем доме-интернате применяется, пожалуй, единственная не только в республике, но и в других регионах методика 10-минутной активизации дементных больных, разработанная в Германии. Предварительно сотрудники обучаются методике в школе повышения медицинской грамотности, формируются самодельные красочные коробочки с подробными инструкциями и различными предметами из домашнего обихода: пуговицами, шишками, расшитыми салфетками, подбираются песни, загадки, игры. Этот метод не сложен в применении младшим медицинским персоналом. Каждый помощник по уходу занимается с двумя подопечными по 10–20 минут 2 раза в неделю. Подготовку, проведение и окончание 10-минутной активизации можно легко организовать во время дежурства. Проведение занятий не требует много времени даже при недостатке персонала. Эта методика оказывает положительное воздействие и на сотрудников, так как дает им чувство удовлетворения, что они наконец-то нашли время и уделили внимание престарелым людям, подняли им настроение и успокоили [5].

Оценка результативности КГО была осуществлена у 41 пациента, из них 16 женщин (39 %) и 25 мужчин (61 %) в возрасте от 65 до 90 лет. Средний возраст обследованных составил 77,26 года. 70,73 % имеют инвалидность различной степени. В ходе КГО оценивали

индекс Бартел, динамометрию, способность удерживать баланс в тандемном шаге, психический статус, состояние питания по краткой шкале, депрессии по гериатрической шкале, проводили тест «Встань и иди», тест рисования циферблата, тест на шепотную речь, использовали опросник для оценки зрения у пожилых людей [6].

## Результаты

При проведении КГО проблемы со слухом были выявлены у 75,6 %, со зрением — у 85,4 % проживающих, 17,1 % (7) пациентов страдает от недержания мочи (табл. 1). На диспансерном учете по гипертонической болезни состоят 95,1 % (39), перенесенному инфаркту миокарда — 19,5 % (8), перенесенному инсульту — 17 % (7), глаукоме — 39 % (16), сахарному диабету — 9,75 % (4). 97,6 % подопечных получают медикаментозное лечение, в среднем по 2,4 препарата в день. Это антиагреганты (60,9 %), ингибиторы АПФ (70,73 %), диуретики (31 %), блокаторы медленных кальциевых каналов (24 %), бета-блокаторы (9,8 %). Пациенты старше 80 лет получают по 1–2 препарату в сутки.

Как видно из табл. 1, активны и полностью независимы в своей повседневной жизни оказались лишь 26,8 % (11) подопечных, полная зависимость по шкале Бартел была выявлена у 12,2 % (5). Только 40 % (16) смогли удержать равновесие в тандемном шаге. Тест «Встань и иди» проведен у 29 человек (70,73 %), при этом у 65,51 % (19) время его выполнения было более 14 с. Сила мышц в среднем у женщин составила 4,8 кг, у мужчин — 9,8 кг. Низкие показатели мышечной силы и нарушения равновесия указывают на высокий риск падений в будущем.

Таблица 1

Результаты, полученные при проведении комплексной гериатрической оценки, n = 41

Показатель, характеризующий проблему пациента	Результаты
Проблемы со слухом	75,6 %
Проблемы со зрением	85,4 %
Недержание мочи	17,1 %
Степень зависимости, выявленная с помощью ADL:	
— независимы	26,8 %
— полная зависимость	12,2 %
Удержание равновесия в тандемном шаге	40 %
«Встань и иди» >14 с	65,5 %
Сила пожатия:	
— мужчины	9,8 кг
— женщины	4,8 кг
Гипотрофия	26,8 %
Деменция	46,34 %
Депрессия	60 %

26,82 % (11) были опрошены с использованием расширенного этапа краткой шкалы оценки состояния питания (MNA), у них выявлен риск гипотрофии. Они были далее обследованы с использованием лабораторных методов.

Психический статус оценивали с помощью краткой шкалы психического статуса (Mini-Mental State Examination — MMSE) и теста рисования циферблата. У 29,2 % (12) выявлены умеренные когнитивные нарушения, а деменция разной степени выраженности — у 46,34 % (19) по MMSE. 36,11 % (13) набрали в тесте рисования циферблата менее 8 баллов (см. табл. 1). Тяжелая деменция отмечена у пациентов, имеющих органические поражение ЦНС. У больных старше 70 лет также наблюдались более тяжелые нарушения когнитивных функций. У 60 % (24) исследованных выявлена депрессия.

Иллюстрацией эффективности внедрения КГО может служить представленный ниже клинический случай.

Пациент В., 76 лет, инвалид 2-й группы, поступил в Курбусахский дом-интернат для престарелых и инвалидов в 2015 г. Он не имел семьи и испытывал бытовые затруднения. В приемном отделении была проведена первая КГО (табл. 2). Выявлены нарушения слуха, зрения, умеренные когнитивные нарушения, снижение показателей силы, по Бартел — легкая зависимость в повседневной жизни. Назначено лечение по поводу ишемической болезни сердца (инфаркт миокарда в 1998 и 2007 гг.), постоянной формы фибрилляции предсердий, ГБ 3-й ст., АГ 2-й ст. (риск ССО 4), ХСН 2А ст., ФК 2 NYHA. Пациенту после консультации в сурдологическом центре компенсировали потерю слуха слуховым аппаратом, в республиканском офтальмологическом диспансере имплантировали искусственную офтальмологическую линзу в правый глаз. Летом проживающий В. выбыл в отпуск к родственникам, где перенес инсульт. Лечился в сосудистом центре Якутска с диагнозом «геморрагический инсульт в правом полушарии головного мозга с образованием медиальной внутримозговой гематомы объемом 14 см<sup>3</sup> с прорывом крови в желудочковую систему. Левосторонняя гемиплегия. Левосторонняя гемигипестезия. Грубая дизартрия. Дисфагия».

Данные клинико-лабораторного обследования:

ЭКГ от 24.09.2016: фибрилляция предсердий с ЧЖС 85/мин, нормосистолический вариант. ЭОС резко отклонена влево. Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса. Признаки перенесенного инфаркта миокарда нижней стенки. Изменения верхнебоковой области миокарда.

Клинический и биохимический анализы крови без отклонений, коагулограмма в пределах нормы.

Согласно данным Эхо-КГ от 24.09.2016 у пациента выявлена выраженная недостаточность клапанов сердца, значительное увеличение предсердий, диффузная гипокинезия левого желудочка со снижением ФВ до 44 %.

Компьютерная томография головного мозга подтвердила геморрагическую природу инсульта.

Через 20 дней пациент был выписан из стационара и поступил по месту постоянного проживания в дом-интернат. Была проведена повторная КГО (см. табл. 2). У больного был установлен синдром острого функционального дефицита. Он предъявлял жалобы на головную боль. Состояние пациента было средней степени тяжести, положение — вынужденное постельное. Дыхание самостоятельное, ЧДД — 22 в минуту, аускультативно — жесткое дыхание, ослабленное в нижних отделах с обеих сторон. Сердечные тоны приглушены, АД — 130/80 мм рт. ст., ЧСС — 78 в минуту. Живот мягкий, обычной формы, при пальпации безболезненный. Мочевыпускание через катетер. Питание зондовое. Неврологический статус: грубая дизартрия. Глазные щели  $D < S$ . Опушен левый угол рта, язык отклоняется влево. Левосторонняя гемиплегия. Тонус мышц — гипотония в левых конечностях. Рекомендованы функциональная кровать, противопролежневый матрас, питательные смеси, правильное позиционирование и смена положения тела каждые 2–3 часа, ЛФК, массаж, физиотерапевтическое лечение, занятия оккупационной терапией и 10-минутной активизацией. Проживающему больше нравятся занятия на эргостенде: учиться умываться, открывать и закрывать краны, разговаривать по телефону. С нетерпением ждет прихода прикрепленного медицинского работника, который расскажет новости, принесет игротеку для лежащих больных с различными играми и упражнениями. Пациенту усилена группа инвалидности. Через месяц после выписки из стационара состояние пациента улучшилось: самостоятельно принимает пищу за столом, пользуется столовыми приборами, чистит зубы. Для передвижения использует кресло-коляску, садится с поддержкой, физиологические отправления не контролирует. Получает лечение: лозартан, ривароксабан, метопролола сукцинат, поливитамины. По данным третьей КГО по сравнению с повторным поступлением после инсульта на 3 кг увеличилась сила при динамометрии, на 5 баллов повысился индекс Бартел, с 0 до 7 баллов — MMSE, улучшились показатели по мини-шкале оценки состояния питания (табл. 2).

### Заключение

Использование КГО позволило установить высокую распространенность основных ге-

Таблица 2

Результаты комплексной гериатрической оценки пациента В. в динамике

Дата	Сила, кг	Равновесие, с	ИМТ	Окружность плеча, см	Окружность голени, см	ADL	GDS-15	MMSE	Тест часов	MNA		GFI
										1а	2а	
10.12.15	8	5	27,7	26	27	95	5	20	9	14	–	1 б
15.11.16	1	0	25,6	25	26	0	–	0	1	3	6,5	4 б
20.02.17	3	0	24,4	25	26	5	10	7	5	9	8,5	4 б

риатрических синдромов у подопечных Курбусахского дома-интерната для престарелых и инвалидов.

КГО позволяет сравнить результаты оказания помощи в динамике в зависимости от перенесенных заболеваний и на основании полученных данных разработать реабилитационные мероприятия даже в случае тяжелых когнитивных и функциональных нарушений.

Привлечение среднего медицинского пер-

сонала домов-интернатов к проведению КГО позволит широко внедрить данный метод для оценки состояния пациентов пожилого и старческого возраста. Первое исследование эффективности КГО состояния здоровья пожилого человека, проведенное в социальном учреждении, будет способствовать внедрению этого метода и в других организациях здравоохранения Республики Саха (Якутия).

## Литература

1. Распоряжение Правительства РФ № 164-р от 5.02.2016 «Об утверждении Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года». [Rasporyazhenie Pravitel'stva RF No 164-r ot 5.02.2016 "Ob utverzhdenii Strategii dejstvij v interesah grazhdan starshego pokoleniya v Rossijskoj Federacii do 2025 goda". (In Russ.)]
2. Приказ Минздрава России «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю „Гериатрия“» № 38 от 29.01.2016. [Prikaz Minzdrava Rossii "Ob utverzhdenii poryadka okazaniya medicinskoj pomoshchi po profilu „Geriatriya“ No 38 ot 29.01.2016. (In Russ.)]
3. Фролова Е.В., Кузнецова О.Ю. Инновационные методы обучения: учебное пособие. – СПб.: Эко-Вектор, 2018. – 47 с. [Frolova EV, Kuznecova OYu. Innovacionnye metody obucheniya: uchebnoe posobie. Saint Petersburg: LLC Eco-Vector; 2018. 47 p. (In Russ.)]
4. Третьякова С.Ю., Зайцева В.Е., Лукина Т.В., Букина Т.В. Оккупационная терапия в стационарных условиях: методические рекомендации. – Кемерово, 2003. – 25 с. [Tret'yakova SYu, Zajceva VE, Lukina TV, Bukina TV. Okkupacional'naya terapiya v stacionarnyh usloviyah: metodicheskie rekomendacii. Kemerovo; 2003. 25 p. (In Russ.)]
5. Арндт Дж. Интересные будни (метод 10-минутной стимуляции) // Помощь инвалидам и пожилым людям. – 2011. – № 6. – С. 22–23. [Arndt Dzh. Interesnye budni. Pomoshch' invalidam i pozhilym lyudyam. 2011;(6):22–23. (In Russ.)]
6. Гериатрия. Национальное руководство / Под ред. О.Н. Ткачевой, Е.В. Фроловой, Н.Н. Яхно. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 601 с. [Geriatriya. Nacional'noe rukovodstvo. Ed by O.N. Tkachevoj, E.V. Frolovoj, N.N. YAhno. Moscow: GEHOTAR-Media; 2018. 601 p. (In Russ.)]

**Для цитирования:** Аммосова Е.Е. Комплексная гериатрическая оценка в условиях дома-интерната. – 2018. – Т. 22. – № 2. – С. 25–29. doi 10.17816/RFD2018225-29.

**For citation:** Ammosova EE. Comprehensive geriatric assessment in nursing home. *Russian Family Doctor*. 2018;22(2):25-29. doi 10.17816/RFD2018225-29.

## Информация об авторе

Евгения Егоровна Аммосова — врач-терапевт ГБУ РС(Я) «Курбусахский дом-интернат для инвалидов и престарелых имени Н.М. Винокурова», Республика Саха (Якутия), Россия. E-mail: vrachkurbdipi@mail.ru.

## Information about the author

Evgenia E. Ammosova — Physician of Kurbusakhsky Nursing Home for Elderly and Disabled People named after N.M. Vinokurov, Sakha (Yakutia) Republic, Russia. E-mail: vrachkurbdipi@mail.ru.