МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. ПИРОГОВА МИНЗДРАВА РОССИИ
(ПИРОГОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ)
ОСП РОССИЙСКИЙ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИЙ НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
ФГБУ НМИЦ ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ МИНЗДРАВА РОССИИ
РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ГЕРОНТОЛОГОВ И ГЕРИАТРОВ
РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ПО ПРОФИЛАКТИКЕ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

УТВЕРЖДАЮ	УТВЕРЖДАЮ	УТВЕРЖДАЮ
Главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России	Главный внештатный специалист по медицинской профилактике Минздрава России	Главный внештатный специалист гериатр Минздрава России
_____ О.М. Драпкина	_____ Л.Ю. Дроздова	_____ О.Н. Ткачева
«18» 06 2025 г.	«18» 06 2025 г.	«18» 06 2025 г.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМУ КОНСУЛЬТИРОВАНИЮ ПАЦИЕНТОВ 65 ЛЕТ И СТАРШЕ

Москва 2025

Авторы:

Ткачева О.Н., Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Котовская Ю.В., Рунихина Н.К., Дудинская Е.Н., Малая И.П., Мхитарян Э.А., Наумов А.В., Остапенко В.С., Соломянник И.А., Шарашкина Н.В.

Для медицинских работников кабинетов и отделений медицинской профилактики, центров здоровья

Методические рекомендации подготовлены для проведения профилактического консультирования граждан пожилого и старческого возраста с учетом выявленных факторов риска хронических неинфекционных заболеваний и старческой астении, а также с учетом возрастных особенностей для предупреждения развития и прогрессирования гериатрических синдромов (старческой астении, саркопении, недостаточности питания, когнитивных нарушений, сенсорных дефицитов, недержания мочи, падений и других). Представлена информация по профилактическому консультированию с учетом ответов на вопросы шкалы «Возраст не помеха» для скрининга синдрома старческой астении. Методические рекомендации разработаны с учетом клинических рекомендаций «Старческая астения».

СОДЕРЖАНИЕ

1	ВВЕДЕНИЕ…….……..……..		
2	ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЙ …….…..…...		
	2.1	Гериатрический синдром	
	2.3	Старческая астения……..…..……	
	2.2	Алгоритм диагностики и ведения старческой астении ……...……..…	
3	ЗАДАЧИ КАБИНЕТОВ И ОТДЕЛЕНИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ, ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ …….....………..		
4	ОСОБЕННОСТИ АНКЕТИРОВАНИЯ ПОЖИЛЫХ ГРАЖДАН ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ…….		
5	ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА		
	5.1	Физическая активность……..…….	
	5.2	Питание …….	
	5.3	Организация безопасного быта……..	
	5.4	Когнитивный тренинг……	
	5.5	Профилактика падений	
	5.6	Профилактика переломов	
	5.7	Советы пациенту по правилам приема лекарственных препаратов……	
6	РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМУ КОНСУЛЬТИРОВАНИЮ С УЧЕТОМ ОТВЕТОВ НА ВОПРОСЫ ШКАЛЫ «ВОЗРАСТ НЕ ПОМЕХА»		
7	ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА……		
	7.1 Общие принципы		
	7.2 Курение		
	7.3 Масса тела		
	7.4 Артериальная гипертония		
	7.5 Дислипидемия		
	7.6 Гипергликемия/ сахарный диабет		
8	ПРИЛОЖЕНИЯ ……		
	Приложение 1. Анкета для граждан в возрасте 65 лет и старше на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска, старческой астении и правила вынесения диагностического заключения по результатам скрининга старческой астении		
	Приложение 2. Дополнительная анкета для граждан в возрасте 65 лет и старше на выявление риска падений и остеопоротических переломов		
	Приложение 3. Материалы для пациентов		
	Приложение 4. Наглядные материалы для медицинских организаций		

1. ВВЕДЕНИЕ

В последние годы произошла смена представлений об успешном старении. Если ранее успешное старение ассоциировалось исключительно с отсутствием болезни, хорошим физическим и когнитивным статусом, самостоятельностью и социальной поддержкой, то современное понимание успешного старения значительно шире и включает психологическое, физическое и социальное здоровье, функционирование, удовлетворенность жизнью, чувство цели, финансовую стабильность, познание нового, достижения, внешний вид, деятельность, чувство юмора, духовность.

Успешное старение – основная психологическая потребность человека. Даже в очень преклонном возрасте люди сохраняют потребность в активной жизни и развитии. Физическая активность, любая деятельность, социальная интеграция способствуют успешному старению. Депрессия является наиболее значимым фактором, оказывающим отрицательное влияние на успешное старение.

Медицинский персонал должен знать закономерности изменений организма человека, связанные со старением, уметь рано распознавать гериатрические проблемы и обладать навыками профилактического консультирования по их предупреждению и замедлению прогрессирования.

2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЙ

2.1 Гериатрический синдром

Гериатрический синдром – многофакторное возраст-ассоциированное клиническое состояние, ухудшающее качество жизни, повышающее риск неблагоприятных исходов (смерти, зависимости от посторонней помощи, повторных госпитализаций, потребности в долгосрочном уходе) и функциональных нарушений. В отличие от традиционного клинического синдрома, гериатрический синдром не является проявлением патологии одного органа или системы организма, а отражает комплекс изменений в нескольких системах. Возникновение одного гериатрического синдрома повышает риск развития других гериатрических синдромов.

К гериатрическим синдромам относятся: старческая астения, деменция, делирий, депрессия, синдром поведенческих и психический нарушений у пациентов с деменцией, остеопороз, саркопения, функциональные нарушения, снижение мобильности, нарушение равновесия, головокружение, ортостатический синдром (ортостатическая гипотония, ортостатическая тахикардия с симптомами или без), сенсорные дефициты (снижение зрения, снижение слуха), недержание мочи / кала, констипационный синдром, недостаточность питания (мальнутриция), дегидратация, хронический болевой синдром и другие.

2.2. Старческая астения

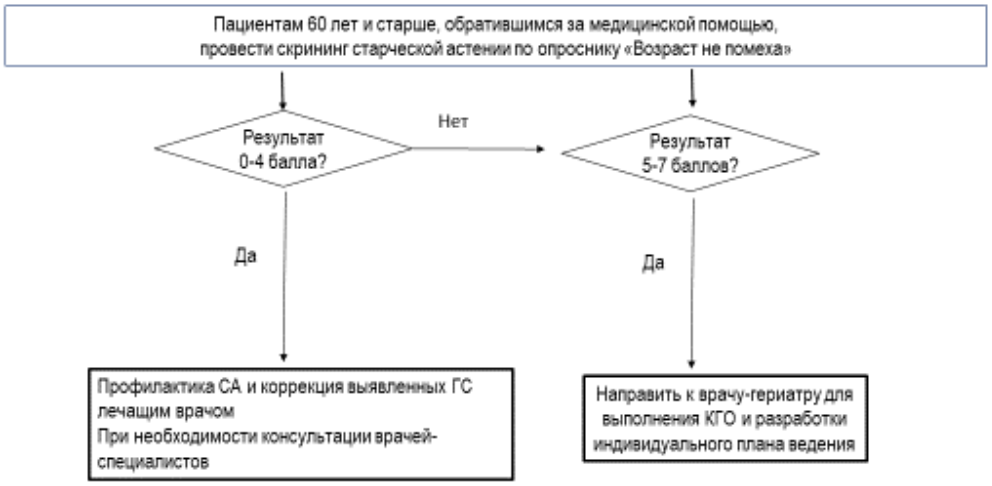
Старческая астения («хрупкость», «дряхлость», шифр по МКБ-10 R54) – гериатрический синдром, характеризующийся возраст-ассоциированным снижением физиологического резерва и функций многих систем организма, приводящий к повышенной уязвимости организма пожилого человека к воздействию эндо- и экзогенных факторов-и высокому риску развития неблагоприятных исходов для здоровья, потери автономности и смерти. Синдром старческой астении тесно связан с другими гериатрическими синдромами и с полиморбидностью, может быть потенциально обратим и влияет на тактику ведения пациента.

Развитие старческой астении может быть предотвращено, отсрочено или замедлено.

Распространенность синдрома старческой астении увеличивается с возрастом. Однако скорость старения гетерогенна, у пациентов с ускоренным старением (с сахарным диабетом, ХОБЛ, ХБП, ревматоидным артритом) старческая астения может развиваться раньше. Медицинские работники, сталкивающиеся с пожилыми людьми, должны быть осведомлены об основных признаках этого синдрома и распознавать его ранние проявления и у более молодых лиц, создавая тем самым возможность для профилактики его прогрессирования.

Скрининг на предмет наличия синдрома старческой астении с использованием короткого скринингового опросника должен осуществляться везде, где пожилой человек сталкивается с медицинским работником, и прежде всего при проведении диспансеризации.

2.3 Алгоритм диагностики и ведения старческой астении



3. ЗАДАЧИ КАБИНЕТОВ И ОТДЕЛЕНИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ, ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ

• Выявление у лиц в возрасте 65 лет и старше ранних признаков старческой астении, факторов риска ее развития и прогрессирования;

• Выделение группы риска с высокой вероятностью наличия старческой астении для направления к врачу-гериатру;

• Осуществление профилактического консультирования лиц пожилого и старческого возраста в соответствии с выявленными факторами риска хронических неинфекционных заболеваний и старческой астении, а также с учетом возрастных особенностей;

• Осуществление профилактического консультирования лиц с признаками старческой астении для предупреждения ее развития и прогрессирования с целью сохранения качества жизни, когнитивных функций и функциональной независимости;

• Популяризация мер успешного старения и активного долголетия.

4. ОСОБЕННОСТИ АНКЕТИРОВАНИЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ В КАБИНЕТАХ И ОТДЕЛЕНИЯХ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИ

В рамках диспансеризации анкетирование пациентов 65 лет и старше необходимо проводить по анкете, в которой учтены особенности данной возрастной категории (Приложение 1), а также с использованием анкеты для определения 10-летнего риска остеопоротических переломов по алгоритму FRAX (Приложение 2).

- Анализ результатов анкетирования следует проводить с учетом шкалы «Возраст не помеха», вопросы которой включены в анкету диспансеризации для граждан 65 лет и старше.

5. ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

В рамках второго этапа диспансеризации гражданам в возрасте 65 лет и старше проводится индивидуальное или групповое углубленное профилактическое консультирование (школы для пациентов) в отделении (кабинете) медицинской профилактики, центре здоровья в целях коррекции выявленных факторов риска и (или) профилактики старческой астении.

При профилактическом консультировании должны быть учтены возрастные особенности коррекции артериальной гипертонии, избыточной массы тела и ожирения, гипергликемии у лиц пожилого и старческого возраста, а также высокая вероятность полипрагмазии в связи с наличием нескольких заболеваний.

- Пациента следует ориентировать не только на устранение симптомов заболеваний (при их наличии), но и в целом на здоровое старение и долголетие, активный образ жизни без негативных для здоровья факторов;
- Всем консультируемым должны быть даны учитывающие возрастной фактор рекомендации по регулярной физической активности, питанию, когнитивному тренингу, организации безопасного быта, правилам приема лекарств;
- Профилактическое консультирование должно учитывать положительные ответы на вопросы скрининговой шкалы «Возраст не помеха», которые включены в Анкету для граждан 65 лет и старше на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска, старческой астении (Приложение 1);
- При выявлении сенсорных дефицитов (снижение слуха, зрения), хронической боли, признаков депрессии следует рекомендовать консультирование профильных врачей-специалистов;
- При вероятности старческой астении по данным скрининга (Приложение 1) пациента следует направить к врачу-гериатру.

5.1 Физическая активность

Рекомендации	**Описание**
Длительность и условия выполнения физических упражнений	• Объем физических нагрузок и упражнений должен соответствовать возможностям и состоянию здоровья пожилых людей. • Исключить упражнения на задержку дыхания, натуживание, с вращением головы и длительным наклоном головы вниз, подскоками и т.п. • Начало с разминки (медленная ходьба и легкие потягивания). • Упражнения следует выполнять сериями продолжительностью не менее 10 минут. • Продолжительность занятия должна постепенно (в течение 2-3 недель) увеличиваться до 30 минут в день. • Наличие хронических заболеваний вне стадии обострения не является противопоказанием для выполнения физических упражнений. • Целесообразна консультация специалиста по лечебной физкультуре, возможно, врача-реабилитолога для разработки индивидуальной программы физической активности
Аэробная физическая активность	• Средней интенсивности не менее 150 минут в неделю. • Или высокой интенсивности не менее 75 минут в неделю. • В зависимости от состояния здоровья рекомендации могут включать ходьбу по ровной местности, скандинавскую ходьбу, плавание, тренировки на велотренажере, беговой дорожке и др., ежедневную утреннюю гимнастику
Силовые физические упражнения	• 2-3 раза в неделю, цель – не менее 10 минут на подход.

	• Примеры: полуприседания (5-15 повторов), подъем на носки с попыткой как можно дольше удерживаться в данном положении (цель – 10-20 подъемов, можно выполнять с опорой), подъем веса от 500 до 1000 г не менее 10 раз в комфортной для пациента позе и режиме выполнения
Упражнения для тренировки равновесия	• 3 и более дней в неделю. • Продолжительность до 30 минут. • Примеры: ходьба назад, ходьба боком, ходьба на носках. В начальный период выполнения этих упражнений можно использовать стабильную опору

5.2 Питание

Рекомендации	**Описание**
Режим питания	Три основных приема пищи (завтрак, обед и ужин), которые могут быть дополнены двумя дополнительными (с учетом заболеваний или режима дня)
Общий водный режим	Не менее 1,5 л (с учетом блюд и продуктов рациона), при этом на питьевой режим в чистом виде должно приходиться не менее 800 мл
Энергетическая ценность рациона питания	1600 ккал/сут для женщин и 1800 ккал/сут для мужчин
Способы кулинарной обработки	Предпочтительны щадящие режимы (отваривание, запекание, припускание, тушение, приготовление на пару, аэрогриль и др.)
Белок	• Потребность в белке у пожилого человека выше, чем у людей молодого и среднего возраста в виду повышения риска развития саркопении (снижения мышечной массы) и составляет 1-1,2 г/кг/сут. с пропорцией 1:1 между животными и растительными белками. • Ежедневное употребление животного белка. • Оптимальные источники животного белка: молочные продукты, рыба, птица (курица, индейка), говядина, телятина, крольчатина. • Источники растительного белка: крупы, бобовые, семена, орехи
Жиры	• 25-30% от суточной калорийности, треть – насыщенные жиры, две трети – равные доли моно- и полиненасыщенных жирных кислот. • Растительные жиры: оливковое, подсолнечное и льняное масла в количестве 25-30 мл в день (2 столовые ложки). • Ограничить употребление продуктов с высоким содержанием насыщенных жиров (пальмовое и кокосовое масла) и промышленных транс-жирных кислот: переработанные пищевые продукты, еда быстрого приготовления, жареная во фритюре пища, замороженные пицца и пироги, печенье, маргарин и бутербродные смеси
Углеводы	• Предпочтительны «сложные» углеводы: крупы из цельных злаков (овсяные хлопья «Геркулес», цельная греча, нешлифованный рис, непереработанная кукуруза, просо, овес, пшеница, полба, булгур), бобовые, грибы, хлеб грубого помола с добавлением отрубей

	• Овощи, фрукты, ягоды и орехи. Рекомендуется ежедневно не менее 5 порций овощей и фруктов (500 г/сут). • Ограничить потребление крахмалсодержащих продуктов (рафинированного белого риса, макаронных изделий, манной крупы) и корнеплодов (картофель, батат и др.)
Молочные продукты	• Не менее трех порций в день. • Предпочтительны молочные продукты без дополнительных вкусовых добавок, так как они содержат добавленный сахар и/или насыщенные жиры. • В виду возможной вторичной лактозной недостаточности у пожилых людей предпочтительны творог, сыр, йогурт, кефир
Сахар	• Потребление сахара в чистом виде следует ограничивать: не более 25 г/сутки, примерно 6 чайных ложек без верха. • Оптимальными источниками свободных сахаров являются фрукты, ягоды и овощи
Соль	• Потребление поваренной соли должно составлять до 5,0 г в сутки, включая все количество соли, содержащееся в блюдах и продуктах. • Если пожилой человек ранее не придерживался указанного уровня потребления соли, не следует вводить его резкие ограничения. • Целесообразно рекомендовать отказаться от продуктов с высоким содержанием соли: копчености, колбасные изделия, консервированные продукты и соусы, исключить досаливание уже готового блюда

5.3 Организация безопасного быта

Рекомендации должны быть даны всем пожилым людям, особенно пациентам с падениями в анамнезе:

- Убрать посторонние предметы с пола, включая провода, о которые можно споткнуться;
- Убрать скользкие коврики или закрепить их на полу;
- Предупредить возможность споткнуться о край ковра, порожки;
- Использовать нескользящий коврик для дна ванной, душевой кабины;
- Пол в ванной комнате должен быть нескользким;
- Оборудовать ванну и пространство рядом с унитазом поручнями;
- Обеспечить достаточное освещение: повесить ночник в спальне так, чтобы путь от кровати до ванной/туалета был хорошо освещен;
- При необходимости использовать устойчивую стремянку, а не стул/табурет/стол.

5.4 Когнитивный тренинг

Примеры упражнений для когнитивного тренинга:

- заучивание стихов, песен;
- игра на музыкальных инструментах;

- рисование;
- решение логических задач;
- разгадывание кроссвордов.

Может быть рекомендовано обращение в центры социального обслуживания для организации досуга и повышения социальной активности.

5.5 Профилактика падений

Всем пациентам пожилого возраста с целью профилактики падений следует дать рекомендации по:

- физической активности;
- физическим упражнения для тренировки баланса;
- организации безопасного быта;
- питанию;
- когнитивному тренингу.

Дополнительные рекомендации с учетом выявленных индивидуальных факторов риска дает лечащий врач или врач-гериатр.

5.6 Профилактика переломов

- Всем пациентам с целью профилактики переломов необходимо провести профилактическое консультирования по профилактике падений, рациональному питанию.
- Пациента с высоким риском переломов по алгоритму FRAX (результат в «красной» зоне) необходимо информировать о возможностях профилактики перелома при использовании современной антиостеопоротической терапии. Антиостеопоротическую терапию назначает врач-терапевт или специалист по остеопорозу (врач-ревматолог, врач-гериатр, врач-эндокринолог).
- Пациента с результатом оценки риска переломов по алгоритму FRAX в «желтой» зоне необходимо информировать о необходимости выполнения остеоденситометрии вне рамок диспансеризации для решения вопроса о необходимости антиостеопоротической терапии.

5.7 Советы пациенту по правилам приема лекарственных препаратов

При профилактическом консультировании следует обсудить с пациентом общие правила приема лекарственных препаратов. Важно дать следующие рекомендации (целесообразно предоставить пациенту в распечатанном виде, Приложение 3):

- Принимайте лекарства только по назначению врача, а не по совету соседей или средств массовой информации (даже, если это передача о здоровье). Только лечащий врач обладает полной информацией о Вашем здоровье, которая поможет подобрать эффективное и безопасное лечение.
- Не рассчитывайте на «пилюлю от всех болезней». Некоторые проблемы со здоровьем проходят без лечения или решаются с помощью других методов лечения без применения лекарств. Обсудите со своим лечащим врачом, как Вам лучше бороться с проблемами со здоровьем и рассмотрите все варианты лечения.
- Информируйте врача обо всех препаратах, которые Вы принимаете, включая безрецептурные препараты, пищевые добавки и растительные лекарственные препараты.
- Информируйте врача обо всех случаях аллергии или нежелательных реакций на лекарственные препараты, которые отмечались у Вас в прошлом.
- Сообщайте врачу обо всех проблемах, которые возникли после начала приема нового для Вас лекарства.
- Если Вы находились на стационарном лечении, предшествующее лечение могло быть изменено. Надо знать, какие препараты следует принимать после выписки. Эту информацию Вы получите у своего лечащего врача.
- Не прекращайте прием назначенных Вам лекарств без предварительного обсуждения с лечащим врачом. Перед началом приема безрецептурного препарата, добавки или растительного лекарственного средства проконсультируйтесь со своим лечащим врачом или фармацевтом, чтобы быть уверенным в безопасности препарата или средства.
- Уточните у врача, при необходимости – запишите:

  – Название лекарственных препаратов;

  – По какому поводу Вы принимаете каждый из назначенных препаратов;

  – Как следует принимать лекарство (доза, время, кратность и длительность приема, влияние приема пищи);

  – Каковы наиболее частые и наиболее серьезные побочные эффекты препарата;

  – Что следует делать, если возникнут проблемы, связанные с приемом препарата;

  –Что следует делать, если пропущен очередной прием препарата.

6. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМУ КОНСУЛЬТИРОВАНИЮ С УЧЕТОМ ОТВЕТОВ НА ВОПРОСЫ ШКАЛЫ «ВОЗРАСТ НЕ ПОМЕХА»

Вопрос шкалы «Возраст не помеха»	**Возможные причины**	**Рекомендации**
Похудели ли Вы на 5 кг и более за последние 6 месяцев? (Вопрос 26 Анкеты диспансеризации для граждан 65 лет и старше)	Саркопения; Синдром мальнутриции; Отсутствие зубов и зубных протезов; Заболевания ротовой полости, желудочно-кишечного тракта; Депрессия; Снижение функциональной активности; Сенсорные дефициты; Полипрагмазия; Когнитивные нарушения; Социальная дезадаптация, одиночество, низкий уровень дохода; Соматические заболевания	• Обратить внимание на рекомендации по физической активности и питанию; • Направление на зубопротезирование и лечение заболеваний полости рта при наличии соответствующих проблем; • Рекомендовать обследование у лечащего врача с целью выявления причин; • Направление в центры социального обслуживания, в том числе, привлечение социальной службы для организации доставки пищевых продуктов
Испытываете ли Вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения или слуха? (Вопросы 20 и 21 Анкеты диспансеризации для граждан 65 лет и старше)	Возрастные изменения органов зрения и слуха	• Направление к врачу-офтальмологу • Направление к врачу-оториноларингологу
Были ли у Вас в течение последнего года травмы, связанные с падением? (Вопрос 19 Анкеты диспансеризации для граждан 65 лет и старше)	Мышечная слабость; Нарушение походки и равновесия; Лекарственные средства, влияющие на ЦНС; Ортостатическая гипотония; Снижение зрения, слуха; Болевой синдром; Периферическая нейропатия; Полипрагмазия; Когнитивные нарушения; Депрессия; Факторы окружающей среды (скользкий пол, плохое освещение, отсутствие перил на лестницах, узкие ступеньки и т.д.); Опасное поведение, характерное для пожилых людей (например, переход улицы или	• Рекомендации по организации безопасного быта; • Обратить внимание на правильный подбор обуви для дома (нескользкая подошва, обязательны задники) и улицы (соответствие размера, использование в зимнее время противоскользящих накладок); • Рекомендации по физической активности, включая упражнения для тренировки баланса; • Акцентировать внимание пациента о необходимости информирования лечащего врача о падениях и консультирования врачом-гериатром/врачом-неврологом с целью детального анализа причин падений и разработки индивидуального плана профилактики падений и переломов

	железнодорожного полотна в неположенном месте)	
Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать? (Вопрос 25 Анкеты диспансеризации для граждан 65 лет и старше)	Когнитивные нарушения	• Когнитивный тренинг (выполнение упражнений, направленных на тренировку когнитивных функции. например заучивание стихов, решение логических задач, разгадывание кроссвордов, изучение иностранных языков и т.д.); • Регулярная физическая активность • Рекомендовать специализированное консультирование врачом-гериатром/неврологом/специалистом по нарушениям памяти
Страдаете ли Вы недержанием мочи? (Вопрос 23 Анкеты диспансеризации для граждан 65 лет и старше)	Возрастные изменения мочевых путей; Лекарственные препараты; Пролапс тазовых органов; Заболевания предстательной железы; Сопутствующие заболевания; Нарушением когнитивного и/или физического функционирования, действие психологических факторов	• Рекомендовать обращение к лечащему врачу/врачу-гериатру/врачу-урологу/врачу-гинекологу для уточнения нарушения типа нарушения мочеиспускания; • Информирование о современных возможностях коррекции врачами-специалистами путем назначения лекарственной терапии или хирургического лечения
Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель? (Вопрос 22 Анкеты для граждан 65 лет и старше)	Депрессия, тревога; Полиморбидность; Когнитивные нарушения; Злоупотребление седативными и снотворными средствами; Одиночество, социальная изоляция	• Рекомендовать обращение к лечащему врачу/врачу-гериатру/врачу-неврологу для уточнения наличия депрессии, тревоги, когнитивных нарушений; • В случае высказывания суицидальных мыслей – рекомендовать обращение к врачу-психиатру; • Рекомендовать обращение в территориальные центры социального обслуживания с целью организации досуга, преодоления социальной изоляции
Испытываете ли Вы трудности в перемещении по дому или на улице? (ходьба до 100 м/ подъем на 1 лестничный пролет) (Вопрос 24 Анкеты диспансеризаации для граждан 65 лет и старше)	Мышечная слабость; Заболевания суставов; Периферическая нейропатия; Заболевания ЦНС	• Регулярная физическая активность; • Использование вспомогательных устройств при ходьбе (трости, ходунки, кресла-каталки); • Консультирование врача-ортопеда-травматолога, врача-невролога, врача-гериатра

7. ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

7.1 Общие принципы

В случае, если пациентам пожилого возраста требуется медикаментозное лечение, это лечение назначается и контролируется лечащим врачом (во взаимодействии с врачом-гериатром при наличии старческой астении).

Задача врача кабинета/отделения медицинской профилактики, центра здоровья – способствовать соблюдению пациентом врачебных назначений, при консультировании по факторам риска важно также оценивать приверженность пациента к приему назначенных медикаментозных средств.

7.2 Курение

Пожилые пациенты менее внимательны к доводам о вреде курения, склонны недооценивать опасность курения, нередко негативно и пессимистически воспринимают собственное старение и склонны к продолжению курения. При профилактическом консультировании пожилых необходимо акцентировать внимание на том, что эти пациенты, продолжающие курить, тяжелее переносят болезни, характерные для пожилого возраста, такие как сахарный диабет, остеопороз, болезни органов дыхания, в том числе пневмонии, которые для многих пожилых людей имеют фатальные последствия. Потребление табака может снижать эффективность лекарственных препаратов, прием которых необходим многим пациентам пожилого возраста. Воздействие вторичного табачного дыма (пассивное курение) также пагубно для здоровья пожилого человека.

7.3 Масса тела

Низкая масса тела особого внимания у пожилых требует, поскольку значения индекса массы тела (ИМТ) <20 кг/м^2 у пациентов младше 70 лет/ <22 кг /м^2 у пациентов 70 лет и старше (для лиц азиатской расы соответственно <18.5 кг/м^2 и <20 кг/м^2) являются фенотипическими признаками синдрома недостаточности питания (мальнутриции).

При ИМТ <18,5 кг/м^2, при снижении веса на 5 кг (для лиц с исходной массой тела 70 кг и выше) или на 5% от исходного веса (для лиц с массой тела ниже 70 кг) за последние 3 месяца требуется вмешательство лечащего врача по выяснению причин снижения массы тела и определения такими лечения.

Избыточная масса тела и ожирение

Снижение массы тела показано всем пациентам, имеющим ожирение, а также пациентам с избыточной массой тела и наличием одного и более факторов риска ССЗ или с наличием сопутствующих заболеваний, течение которых ассоциировано с ожирением.

Следует акцентировать внимание пациента на недопустимости самостоятельного выбора «особых» диет.

У пациентов до 75 лет без гериатрических синдромов при ИМТ 25-30 кг/м^2 и отсутствии сопутствующих ХНИЗ (АГ, СД и др.) рекомендуется немедикаментозная коррекция массы тела. При наличии сопутствующих ХНИЗ и/или ИМТ более 27 кг/м^2 немедикаментозные методы необходимо сочетать с назначением медикаментозной терапии, направленной на снижение массы тела.

При проведении профилактического консультирования необходимо акцентировать внимание пациента на следующих положения:

- немедикаментозная терапия (изменение образа жизни посредством коррекции питания и расширения объема физических нагрузок) является основой лечения ожирения;
- с целью снижения массы тела рекомендуется гипокалорийная диета (дефицит 500-700 ккал от физиологической потребности с учетом массы тела, возраста и пола), сбалансированная по пищевым ингредиентам; на этапе поддержания достигнутой массы тела – сбалансированная по пищевым ингредиентам эукалорийная диета;
- физическая активность рекомендуется как неотъемлемая часть лечения ожирения и поддержания достигнутой в процессе лечения массы тела. Всем лицам с избыточной массой тела и ожирением показаны регулярные аэробные физические упражнения продолжительностью не менее 150 минут в неделю;
- медикаментозная терапия ожирения может быть назначена только лечащим врачом.

У пациентов старческого возраста (75 лет и старше) или с гериатрическими синдромами, особенно при подозрении на наличие синдрома старческой астении, с избыточной массой телом и ожирением:

- не рекомендуется снижение массы тела при ИМТ 25-35,9 кг/м^2 в виду увеличения риска развития гериатрических синдромов и неблагоприятных исходов;
- у лиц старческого возраста любая потеря веса (намеренная или нет) может иметь потенциально опасные последствия в виде развития и/или прогрессирования саркопении, мальнутриции, потери костной массы и повышения смертности;
- важно соблюдение рекомендаций по питанию с акцентом на потребление белка (рекомендации раздел 5.2 – см. выше);
- обязательна регулярная физическая активность (рекомендации раздел 5.1 – см . выше);
- вмешательства по снижению массы тела должны проводиться и контролироваться лечащим врачом.

7.4 Артериальная гипертензия

Лечение АГ осуществляется в соответствии с клиническими рекомендациями «Артериальная гипертензия у взрослых» с учетом наличия СА[1]:

- рекомендуется начать антигипертензивную терапии у пациентов с АГ 18-79 лет при уровне АД ≥140 и/или ≥90 мм рт.ст.;
- рекомендуется начать антигипертензивную терапии у пациентов с АГ ≥80 лет при уровне САД ≥160 мм рт.ст.
- можно рассмотреть более низкие значения САД (140-159 мм рт.ст.) для инициации. У пациентов с синдромом старческой астении при определении показаний для начала антигипертензивной терапии на основании САД и ДАД целесообразен индивидуальный подход.

У пациентов ≥80 лет не рекомендуется отменять антигипертензивную лекарственную терапию, при условии, что эта терапия хорошо переносится, не сопровождается ортостатической гипотонией, развитием/усугублением гериатрических синдромов и снижением функционального статуса в связи с доказанными преимуществами в отношении сердечно-сосудистой смертности.

Целевые уровни АД:

- всем пациентам с АГ, получающим лечение, независимо от возраста и степени риска, рекомендуется в качестве первого целевого уровня снижать АД до значений <140/90 мм рт. ст., а при условии хорошей переносимости — до целевого уровня 130/80 мм рт. ст. или ниже, в связи с доказанными преимуществами в плане снижения риска сердечно-сосудистых осложнений;
- пациентам 65-79 лет без старческой астении, получающим антигипертензивную терапию, вне зависимости от уровня сердечно-сосудистого риска и наличия сердечно-сосудистых заболеваний рекомендуется снижать САД первично до целевых значений <140 мм рт. ст., а при условии хорошей переносимости до <130 мм рт.ст.;
- пациентам 65-79 лет с изолированной систолической артериальной гипертензией, рекомендуется снижать САД первично до целевых значений 140-150 мм рт. ст., а при условии хорошей переносимости до 130-139 мм рт.ст., но с осторожностью, если исходное ДАД <70 мм рт.ст.
- пациентам ≥80 лет с изолированной систолической артериальной гипертензией, рекомендуется снижать САД первично до целевых значений 140-150 мм рт. ст., а при условии хорошей переносимости до 130-139 мм рт.ст., но с осторожностью, если исходное ДАД <70 мм рт.ст.

[1] Клинические рекомендации «Артериальная гипертензия у взрослых», 2024 г. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/62_3 (дата обращения 29.04.2025).

Целевое АД у пожилых пациентов с умеренной/тяжелой старческой астенией определяется индивидуально врачом-гериатром на основании комплексной гериатрической оценки.

У большинства пациентов с синдромом старческой астении, а также у пациентов >80 лет рекомендована инициация антигипертензивной терапии с монотерапии. В целом у пациентов с синдромом старческой астении рекомендован индивидуальный подход.

Не рекомендуется снижать САД менее 120 мм рт.ст.

При проведении антигипертензивной терапии обязателен контроль ортостатического изменения АД. Ортостатической гипотонией считается снижение систолического АД на 20 мм рт.ст. и более и/или диастолического АД на 10 мм рт.ст. и более при переходе в вертикальное положение через 1-2 минуты. Особого внимания требует симптомная ортостатическая гипотония. У пациентов с высоким исходным уровнем АД в положении лежа или сидя и бессимптомным ортостатическим снижением АД как правило целесообразно усиление антигипертензивной терапии с целью достижения целевого АД (с учетом переносимости). Достижение целевого АД уменьшает выраженность ортостатической реакции АД.

7.5 Дислипидемия

С целью вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний всем пациентам показано назначение гиполипидемической терапии с достижением целевых уровней ХС-ЛНП.

У пациентов пожилого и старческого возраста возможно использование комбинированной терапии статином и эзетимиба.

Не рекомендуется начало гиполипидемической терапии с целью первичной профилактики сердечно-сосудистых событий пациентам старше 75 лет. Однако, если пациент уже принимает гиполипидемическую терапию и хорошо ее переносит, прием следует продолжить.

7.6 Гипергликемия/сахарный диабет

Рекомендуемый целевой уровень у функционально независимых пациентов HbA1c <7,5% при отсутствии атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний и/или риска тяжелой гипогликемии.

При наличии атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний и/или риске тяжелой гипогликемии целевой уровень HbA1c <8,0%.

При наличии старческой астении и деменции целевой уровень HbA1c <8,5%.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Анкета для граждан в возрасте 65 лет и старше на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска, старческой астении

Дата анкетирования (день, месяц, год):			
Ф.И.О. пациента:		Пол:	
Дата рождения (день, месяц, год):		Полных лет:	
Медицинская организация:			
Должность и Ф.И.О., проводящего анкетирование и подготовку заключения по его результатам:			
1	**Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется:**		
	1.1. гипертоническая болезнь, повышенное артериальное давление (артериальная гипертония)?	Да	Нет
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения давления?	Да	Нет
	1.2. сахарный диабет или повышенный уровень глюкозы (сахара) в крови?	Да	Нет
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня сахара?	Да	Нет
	1.3. злокачественное новообразование?	Да	Нет
	Если «Да», то какое_____?		
	1.4. повышенный уровень холестерина?	Да	Нет
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня холестерина?	Да	Нет
	1.5. перенесенный инфаркт миокарда?	Да	Нет
	1.6. перенесенный инсульт?	Да	Нет
	1.7. хронический бронхит или бронхиальная астма?	Да	Нет
2	**Возникает ли у Вас, когда поднимаетесь по лестнице, идете в гору или спешите, или при выходе из теплого помещения на холодный воздух, боль или ощущение давления, жжения, тяжести или явного дискомфорта за грудиной и (или) в левой половине грудной клетки, и (или) в левом плече, и (или) в левой руке ?**	Да	Нет
3	**Если ответ «Да» по вопросу 2, то указанные боли/ощущения/дискомфорт исчезают сразу или через 5-10 мин после прекращения ходьбы/адаптации к холоду и (или) после приема нитроглицерина**	Да	Нет
4	**Возникала ли у Вас резкая слабость в одной руке и/или ноге так, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройтись по комнате?**	Да	Нет
5	**Возникало ли у Вас внезапное без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?**	Да	Нет
6	**Возникала у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?**	Да	Нет
7	**Бывают ли у Вас отеки на ногах к концу дня?**	Да	Нет
8	**Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году?**	Да	Нет
9	**Бывают ли у Вас свистящие или жужжащие хрипы в грудной клетке при дыхании, не проходящие при откашливании?**	Да	Нет
10	**Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье?**	Да	Нет
11	**Беспокоят ли Вас боли в области верхней части живота** (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита**?**	Да	Нет
12	**Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?**	Да	Нет
13	**Курите ли Вы?** (курение одной и более сигарет в день)	Да	Нет

14	**Были ли у Вас переломы при падении с высоты своего роста, при ходьбе по ровной поверхности или перелом без видимой причины, в т.ч. перелом позвонка?**	Да	Нет
15	**Считаете ли Вы, что Ваш рост заметно снизился за последние годы?**	Да	Нет
16	**Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 2 и более порции фруктов или овощей?** (1 порция фруктов =200 г. 1 порция овощей не считая картофеля = 200 г.)	Да	Нет
17	**Употребляете ли Вы белковую пищу (мясо, рыбу, бобовые, молочные продукты) 3 раза или более в неделю?**	Да	Нет
18	**Тратите ли Вы ежедневно на ходьбу, утреннюю гимнастику и другие физические упражнения 30 минут и более?**	Да	Нет
19	**Были ли у Вас случаи падений за последний год?**	Да	Нет
20	**Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения?**	Да	Нет
21	**Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения слуха?**	Да	Нет
22	**Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным в последнее время?**	Да	Нет
23	**Страдаете ли Вы недержанием мочи?**	Да	Нет
24	**Испытываете ли Вы затруднения при перемещении по дому, улице (ходьба на 100 м), подъем на 1 лестничный пролет?**	Да	Нет
25	**Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?**	Да	Нет
26	**Считаете ли Вы, что заметно похудели за последнее время (не менее 5 кг за полгода)?**	Да	Нет
27	**Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со специальным соблюдением диеты или увеличением физической активности?**	Да	Нет
28	**Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со снижением аппетита?**	Да	Нет
29	**Сколько лекарственных препаратов Вы принимаете ежедневно или несколько раз в неделю?**	До 5	5 и более
30	Есть ли у Вас другие жалобы на свое здоровье, не вошедшие в настоящую анкету и которые Вы бы хотели сообщить врачу (фельдшеру)	Да	Нет

Правила вынесения заключения по результатам анкетирования граждан 65 лет и старше

Вопросы	**Ответ и заключение**	**Врачебная тактика, показания для направления на 2 этап диспансеризации**
Личный анамнез		
Вопрос 1.1 – 1.10	Ответ «ДА» - Имеется указание на наличие заболевания в личном анамнезе Ответ «ДА» на вторую часть вопроса 1.1 – вероятность наличия медикаментозной гипотензивной терапии	**Уточнить** документальное подтверждение заболевания (амб. карта/выписки и др.); **Зарегистрировать** диагноз заболевания в учетных формах. С учетом уровня АД у пациента, ответившего «ДА» на вторую часть вопроса 1.1, внести информацию об эффективности гипотензивной терапии в учетную форму Профилактический медицинский осмотр и диспансеризацию проводить с учетом выявленного в анамнезе заболевания
Вопрос 1.11	Ответ «Да»	Выполнить подпункт 4) пункта 17 Порядка, а именно: а) измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое; б) измерение насыщения крови кислородом (сатурация) при нагрузке (при исходной сатурации кислорода крови

		более 94% и в случае выявления у пациента жалоб на одышку, отёки, которые появились впервые или повысилась их интенсивность, с одновременной оценкой сатурации); в) проведение спирометрии; г) общий (клинический) анализ крови развернутый; д) биохимический анализ крови для граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19) (включая исследования уровня холестерина, уровня липопротеинов низкойплотности, С-реактивного белка, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование уровня креатинина в крови);
Вопрос 1.11, часть вторая	Ответ «Да» если степень тяжести COVID-19 была средней или выше средней	Направить пациента для определения концентрации Д-димера в крови;
Вероятность ССЗ (стенокардии и нарушений мозгового кровообращения, недостаточности кровообращения)		
Вопросы 2-3	Ответ «ДА» на вопрос 2 или на оба вопроса – вероятность стенокардии	**Провести детальный сбор** жалоб и анамнеза, целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину с учетом ЭКГ. Исключить острую форму ИБС, рассмотреть необходимость назначения медикаментозной терапии. Направить на консультацию к врачу-кардиологу вне рамок диспансеризации для уточнения диагноза, определения дальнейшей тактики лечения, включая специализированную медицинскую помощь и высокотехнологические вмешательства При профилактическом консультировании информировать пациента о необходимости обследования и уточнения наличия стенокардии. Объяснить о высоком риске развития угрожающих жизни состояний при стенокардии, характерных проявлениях этих состояний и необходимых неотложных мерах, включая своевременный вызов скорой медицинской помощи. **Обратить внимание** на сопутствующие факторы риска и важность их коррекции
Вопросы 4-6	Ответ «ДА» на любой из вопросов – имеется вероятность преходящей ишемической атаки (ТИА) или перенесенного ОНМК	**Направить** пациента на 2 этап диспансеризации на консультацию (осмотр) к врачу-неврологу для определения дальнейшего обследования (дуплексное сканирование БЦА в рамках диспансеризации) и лечения. При подтверждении диагноза, направить на углубленное профилактическое консультирование в рамках диспансеризации **Информировать** о высоком риске развития инсульта, о характерных проявлениях инсульта и необходимых неотложных мероприятиях, включая своевременный вызов скорой медицинской помощи
Вопрос 7	Ответ «ДА» – вероятно наличие сердечной недостаточности	**Провести детальный сбор** жалоб и анамнеза, целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину с учетом ЭКГ и флюорографии. По выявленным показаниям назначить дополнительное обследование и лечение в соответствии с клиническими

		рекомендациями по ведению больных с хронической сердечной недостаточности **вне рамок диспансеризации; Информировать** граждан о высоком риске развития острой сердечной недостаточности, о ее характерных проявлениях и необходимых неотложных мероприятиях, включая своевременный вызов бригады скорой медицинской помощи. При проведении УПК – учесть наличие факторов риска ХСН
Выявление вероятности хронического заболевания нижних дыхательных путей (хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ))		
Вопросы 8, 9	Ответ «ДА» хотя бы на один вопрос – имеется вероятность хронического заболевания нижних дыхательных путей	**Направить** на 2 этап диспансеризации для проведения спирометриии. При выявлении патологических отклонений провести обследование и лечение пациента в соответствии со стандартом ПСМП вне рамок диспансеризации. При проведении профилактического консультирования **обратить внимание** на меры профилактики ХОБЛ и важность коррекции имеющихся факторов риска
Вопрос 10	Ответ «ДА» – вероятность наличия заболевания легких (бронхоэктазы, онкопатология, туберкулез)	**Провести детальный сбор** жалоб и анамнеза, провести целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину с учетом результата флюорографии, определить дальнейшую тактику уточнения диагноза в рамках второго этапа диспансеризации (рентгенография легких и/или компьютерную томографию легких в случае подозрения на злокачественное новообразование легкого) и вне рамок диспансеризации. При профилактическом консультировании учесть выявленную симптоматику
Выявление вероятности заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), в том числе и онкологических		
Вопрос 11	Ответ «ДА» – вероятность заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта	**Провести детальный сбор** жалоб и анамнеза, провести целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину. Направить на 2 этап диспансеризации для проведения эзофагогастродуоденоскопии. По ее результатам определить дальнейшую тактику обследования вне рамок диспансеризации. При профилактическом консультировании учесть выявленную симптоматику
Вопрос 12	Ответ «ДА» на вопрос 16 в сочетании с ответом «ДА» на вопрос 17 и/или18 – вероятность заболевания нижних отделов ЖКТ	**Провести детальный сбор** жалоб и анамнеза, провести целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину. Направить на 2 этап диспансеризации на осмотр врачом-хирургом или колопроктологом. При профилактическом консультировании **обратить внимание** на профилактику колоректального рака и коррекцию факторов риска его развития
Факторы риска – курение		

Вопрос 13	Ответ «ДА» – курит в настоящее время	**Провести детальный сбор** жалоб и анамнеза, провести целенаправленный осмотр пациента с целью исключения рака легкого, оценить клиническую картину с учетом результата флюорографии, определить дальнейшую тактику уточнения диагноза в рамках второго этапа диспансеризации (рентгенография легких и/или компьютерную томографию легких в случае подозрения на злокачественное новообразование легкого) и вне рамок диспансеризации. **На первом этапе диспансеризации** в рамках краткого профилактического консультирования **информировать** о пагубных последствиях курения и необходимости отказа от курения **В рамках 2 этапа диспансеризации** при проведении углубленного профилактического консультирования сделать акцент на отказ от курения
Риск остеопороза		
Вопросы 14,15	Ответы «ДА» на любой вопрос – имеется риск остеопороза	При проведении УПК учесть наличие фактора риска. **Рекомендовать вне рамок диспансеризации** консультацию врача-ревматолога или врача-эндокринолога для определения показаний для дополнительного обследования вне рамок диспансеризации (денситометрию или рентгенографию позвоночника и др.)
Фактор риска – нерациональное питание		
Вопросы 16, 17	Ответ «НЕТ» на оба вопроса – нерациональное питание	При проведении УПК учесть наличие фактора риска
Фактор риска – недостаточная физическая активность		
Вопрос 18	Ответ «НЕТ» – низкая физическая активность	При проведении УПК учесть наличие фактора риска
Шкала «Возраст не помеха» Риск старческой астении		
Вопрос 19	Ответ «ДА» – имеется риск падений. Ответ учитывается в шкале "Возраст не помеха" при подсчете суммы баллов (ответ «Да» = 1 баллу)	**Направить в** рамках 2 этапа диспансеризации на осмотр (консультацию) врача-невролога. При проведении УПК учесть наличие фактора риска
Вопрос 20	Ответ «ДА» – вероятность снижения зрения. Ответ учитывается в шкале "Возраст не помеха" при подсчете суммы баллов (ответ «Да» = 1 баллу)	**Направить** на 2 этап диспансеризации на консультацию к врачу-офтальмологу. При проведении УПК учесть снижение зрения
Вопрос 21	Ответ «ДА» – риск снижения слуха. Ответ учитывается в шкале "Возраст не помеха" при подсчете суммы баллов (ответ «Да» = 1 баллу)	**Направить** на 2 этап диспансеризации на консультацию к врачу-оториноларингологу. При проведении УПК учесть снижение слуха
Вопрос 22	Ответ «ДА» – риск депрессии. Ответ учитывается в шкале "Возраст не помеха" при подсчете суммы баллов (ответ «Да» = 1 баллу)	**Направить** на 2 этап диспансеризации на консультацию к врачу-неврологу При проведении УПК учесть наличие риск депрессии

Вопрос 23	Ответ «ДА» – наличие проблемы с удержанием мочи. Ответ учитывается в шкале "Возраст не помеха" при подсчете суммы баллов (ответ «Да» = 1 баллу)	**Провести детальный сбор** жалоб и анамнеза, провести целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину. По результатам определить дальнейшую тактику обследования вне рамок диспансеризации: для мужчин осмотр (консультация) врача–хирурга (врача-уролога), для женщин – врача-уролога или врача-акушера-гинеколога. При проведении УПК учесть выявленную симптоматику
Вопрос 24	Ответ «ДА» – вероятность ограничения мобильности. Ответ учитывается в шкале "Возраст не помеха" при подсчете суммы баллов (ответ «Да» = 1 баллу)	**Провести детальный сбор** жалоб и анамнеза, целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину. По результатам определить дальнейшую тактику обследования вне рамок диспансеризации. При проведении УПК учесть выявленную симптоматику
Вопрос 25	Ответ «ДА» –вероятность наличия когнитивных нарушений. Ответ учитывается в шкале "Возраст не помеха" при подсчете суммы баллов (ответ «Да»= 1 баллу)	**Провести детальный сбор** жалоб и анамнеза, целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину. По результатам определить дальнейшую тактику обследования вне рамок диспансеризации. При проведении УПК учесть выявленную симптоматику
Вопрос 26	Ответ «ДА» на вопрос 26 в сочетании с ответом «НЕТ» на вопрос 27 учитывается в шкале "Возраст не помеха" при подсчете суммы баллов (ответ «Да» = 1 баллу)	**Провести** детальный сбор жалоб и анамнеза, целенаправленное физикальное обследование с учетом полученных данных с целью уточнения причин снижения веса; **Определить** показания для дополнительного обследования вне рамок диспансеризации
СУММА ответов «Да» (баллов) на вопросы 19-26)	Сумма баллов 3 и более (ответов «ДА» на вопросы 14-21) – имеется риск старческой астении	Провести на 2 этапе углубленное профилактическое консультирование с целью профилактики старческой астении и **определить показания для направления к врачу-гериатру**
Вопросы 26-28	Ответ "ДА" на вопрос 26 в сочетании с ответом «НЕТ» на вопрос 27 и ответом «ДА» на вопрос 28 – вероятность онкопатологии	**Провести** детальный сбор жалоб и анамнеза, целенаправленное физикальное обследование с учетом полученных данных с целью уточнения причин снижения веса; **Определить** показания для дополнительного обследования вне рамок диспансеризации
Полипрагмазия		
Вопрос 29	Если пациент **называет 5 и более** лекарственных средств – выявлена полипрагмазия	Контроль (ревизия) назначенного лечения и инструктаж по приему лекарственных средств
Вопрос 30	При ответе «ДА» – риск наличия заболевания или его обострения	**Провести детальный сбор** жалоб и анамнеза, провести целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину. По результатам определить дальнейшую тактику обследования в рамках 2 этапа диспансеризации и вне рамок диспансеризации

*Примечание: ТИА – транзиторная ишемическая атака; ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения; ИБС – ишемическая болезнь сердца; ЦВБ – цереброваскулярные болезни; ХОБЛ - хроническая обструктивная болезнь легких.

ПРАВИЛА ВЫНЕСЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ О ПОДОЗРЕНИИ НА НАЛИЧИЕ СИНДРОМА СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ

1. Проанализировать ответы на вопросы шкалы «Возраст не помеха» для скрининга синдрома старческой астении, внесенные в анкету для граждан в возрасте 65 лет и старше:

19. Были ли у Вас случаи падений за последний год?
20. Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения?
21. Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения слуха?
22. Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным в последнее время? т
23. Страдаете ли Вы недержанием мочи?
24. Испытываете ли Вы затруднения при перемещении по дому, улице (ходьба на 100 м), подъем на один лестничный пролет?
25. Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?
26. Считаете ли Вы, что заметно похудели за последнее время (не менее 5 кг за полгода)?

1.1. Каждый ответ «Да» на вопросы 19, 22, 23, 24, 25, 26 учитывается как 1 балл.

1.2. Интерпретация ответов на вопросы 20 и 21:

Ответ «Да» на вопрос 20 + Ответ «Нет» на вопрос 21 = 1 балл
Ответ «Нет» на вопрос 20 + Ответ «Да» на вопрос 21 = 1 балл
Ответ «Да» на вопрос 20 + Ответ «Да» на вопрос 21 = 1 балл
Ответ «Нет» на вопрос 20 + Ответ «Нет» на вопрос 21 = 0 баллов.

1.3. Диагностическое заключение о наличии вероятной старческой астении выносится при сумме баллов 5 и более за ответы на вопросы с 19 по 26.

2. Пациент с результатом 5 и более баллов должен быть маршрутизирован **к врачу-гериатру** для выполнения комплексной гериатрической оценки.

3. Каждый ответ «Да» на вопросы с 19 по 26 должен быть учтен при проведении профилактического консультирования и при маршрутизации пациента для обследования в рамках или вне рамок диспансеризации с целью уточнения наличия гериатрических синдромов и определения тактики ведения соответствующим врачом-специалистом.

Приложение 2

Дополнительная анкета для граждан в возрасте 65 лет и старше на выявление риска падений и остеопоротических переломов и правила вынесения заключения

Дополнительная анкета для граждан в возрасте 65 лет и старше на выявление риска падений и остеопоротических переломов

Дата анкетирования (день, месяц, год):			
Ф.И.О. пациента:		Пол:	
Дата рождения (день, месяц, год):		Полных лет:	
Рост (см):		Вес(кг):	
Медицинская организация:			
Должность и Ф.И.О. проводящего анкетирование и подготовку заключения по его результатам: _____			
1.	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется:		
1.1.	Эндокринные нарушения (сахарный диабет или повышенный уровень глюкозы, гиперпаратиреоз, тиреотоксикоз, гипогонадизм, эндогенный гиперкортицизм)	Да	Нет
1.2.	Ревматологические и аутоиммунные заболевания (системная красная волчанка, анкилозирующий спондилит)	Да	Нет
1.3.	Заболевания органов пищеварения (состояние после резекции желудка, мальабсорбция, хронические заболевания печени)	Да	Нет
1.4.	Заболевания почек (хроническая почечная недостаточность, синдром Фанкони, почечно-канальцевый ацидоз)	Да	Нет
1.5.	Заболевания крови (миеломная болезнь, талассемия, лимфомы, лейкозы)	Да	Нет
1.6.	Другие заболевания и состояния (алкоголизм, иммобилизация, овариэктомия, нервная анорекция, трансплантация органов)	Да	Нет
1.7.	Генетические нарушения (Синдром Марфана, несовершенный остеогенез, несовершенный десмогенез, гомоцистинурия)	Да	Нет
2.	Принимаете ли Вы следующие лекарственные препараты: тиреоидные гормоны, антиконвульсанты, иммунодепрессанты, антациды с алюминием?	Да	Нет
3.	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас ревматоидный артрит?	Да	Нет
4.	Принимаете ли Вы глюкокортикостероиды в виде таблеток более 3 месяцев?	Да	Нет
5.	Были ли у Вас переломы позвонков, шейки бедра, шейки плечевой кости или два и более перелома (в том числе, разных костей и в разное время)	Да	Нет
6.	Были ли переломы бедра у Ваших родителей?	Да	Нет

7.	Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день)	Да	Нет
8.	Принимаете ли Вы алкоголь ежедневно более 1 л пива/3 бокалов вина/90 мл крепких напитков (водки, коньяка)?	Да	Нет
9.	Были ли у Вас случаи падений за последний год?	Да	Нет
10.	Используете ли Вы (или Вам советовали использовать) трость или ходунки для безопасного передвижения?	Да	Нет
11.	Чувствуете ли Вы неустойчивость, когда идете?	Да	Нет
12.	Вы опираетесь на мебель при передвижении по дому?	Да	Нет
13.	Боитесь ли Вы упасть?	Да	Нет
14.	Вам необходимо опираться на руки, чтобы встать со стула?	Да	Нет
15.	Вам трудно подняться на бордюр?	Да	Нет
16.	У Вас часто возникает потребность срочно посетить туалет для мочеиспускания?	Да	Нет
17.	Ваши ноги утратили чувствительность?	Да	Нет
18.	Вы принимаете лекарства, которые вызывают головокружение или заставляют Вас чувствовать себя более усталым(ой), чем обычно?	Да	Нет

Правила
вынесения заключения по результатам дополнительного анкетирования граждан в возрасте 65 лет и старше

Вопросы	Ответ и заключение	Врачебная тактика, показания для направления на 2 этап диспансеризации ИЛИ дополнительное обследование вне рамок диспансеризации
Риск остеопоретических переломов (оценивается 10-летний риск переломов по алгоритму FRAX)		
Возраст	Модель FRAX работает с возрастом от 40 до 90 лет. Если вводятся меньшие или большие значения, программа рассчитает вероятность для 40 или 90 лет соответственно	Оценивается 10-летний риск переломов по алгоритму FRAX с целью стратификации по риску переломов и определения показаний для назначения антиостеопоротической терапии (для российской популяции (https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.aspx?lang=rs). Пациенту с низким риском перелома необходимо при профилактическом консультировании учесть риск падений и другие факторы риска остеопоротических переломов. Пациенту со средним риском перелома по FRAX должна быть выполнена рентгеновская денситометрия и перерасчет риска с учетом минеральной плотности кости.
Пол	Мужской или женский (отметьте соответствующий)	
Вес	Должен быть введен в кг	
Рост	Должен быть введен в см	
Вопросы 1 (1.1-1.7)	Ответ "ДА" на любой из вопросов – вероятность вторичного остеопороза	
Вопросы 2	Ответ "ДА" на любой из вопросов –	

<table>
<tr><td>– 8</td><td>имеется фактор риска остеопоротических переломов</td><td>Если у пациента с высоким риском переломов нет других показаний для наблюдения врачом-специалистом (например, старческой астении, являющейся показанием для диспансерного наблюдения врачом-гериатром), дальнейшее диспансерное наблюдение пациента проводит врач общей практики/врач терапевт участковый, который проводит и мониторирует эффективность и безопасность антиостеопоротической терапии.
Если риск остеопоротического перелома высокий или средний и есть показания для наблюдения врачом-специалистом, пациент направляется к врачу-гериатру или врачу-эндокринологу, или врачу-ревматологу для дальнейшего обследования, включая денситометрию, и назначения антиостеопоротической терапии</td></tr>
<tr><td colspan="3">Риск падений</td></tr>
<tr><td>Вопросы 9-10</td><td>Ответ "ДА" на любой из вопросов – имеется риск падений.
Ответ учитывается при подсчете суммы баллов для оценки риска падений (ответ "Да" = 2 балла)</td><td rowspan="2">Сумма баллов 4 и более ответов "Да" на вопросы 9-18 указывает на высокий риск падений.
Пациенту с низким риском падений проводится профилактическое консультирование по профилактике падений – по физической активности, питанию, организации безопасного быта.
При выявлении снижения зрения, слуха, недержания мочи по данным основного анкетирования пациент направляется к соответствующим специалистам для коррекции указанных факторов риска падений.
Пациент с низким риском падений наблюдается врачом общей практики/врачом терапевтом участковым, который оценивает риск падений при каждом визите пациента путем получения ответа на вопросы:
● Были ли у Вас в течение последнего года травмы, связанные с падением, или падения без травм?
● Чувствуете ли Вы неустойчивость, когда встаете или идете?
● Боитесь ли Вы упасть?
При появлении положительного ответа хотя бы на 1 из 3 вопросов, врач общей практики/врач терапевт участковый проводит диагностическое обследование согласно клиническим рекомендациям «Падения у пациентов пожилого и старческого возраста».
Пациент с высоким риском падений направляется на консультацию к врачу-гериатру или врачу-неврологу для проведения многофакторной оценки риска падений и разработки индивидуального плана</td></tr>
<tr><td>Вопросы 11-18</td><td>Ответ "ДА" на любой из вопросов – имеется риск падений.
Ответ учитывается при подсчете суммы баллов для оценки риска падений (ответ "Да" = 1 балл)</td></tr>
</table>

		профилактики падений согласно действующим клиническим рекомендациям «Падения у пациентов пожилого и старческого возраста». При сочетании высокого риска падений с синдромом старческой астении, диспансерное наблюдение пациента осуществляет врач-гериатр

Приложение 3

МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

ПАМЯТКА «КАК ПРАВИЛЬНО ПРИНИМАТЬ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ»

• Принимайте лекарства только по назначению врача, а не по совету соседей или средств массовой информации (даже, если это передача о здоровье). Только лечащий врач обладает полной информацией о Вашем здоровье, которая поможет подобрать эффективное и безопасное лечение.

• Не рассчитывайте на «пилюлю от всех болезней». Некоторые проблемы со здоровьем проходят без лечения или решаются с помощью других методов лечения без применения лекарств. Обсудите со своим лечащим врачом, как Вам лучше бороться с проблемами со здоровьем и рассмотрите все варианты лечения.

• Информируйте врача обо всех препаратах, которые Вы принимаете, включая безрецептурные препараты, пищевые добавки и растительные лекарственные препараты.

• Информируйте врача обо всех случаях аллергии или нежелательных реакций на лекарственные препараты, которые отмечались у Вас в прошлом.

• Сообщайте врачу обо всех проблемах, которые возникли после начала приема нового для Вас лекарства.

• Если Вы находились на стационарном лечении, предшествующее лечение могло быть изменено. Надо знать, какие препараты следует принимать после выписки. Эту информацию Вы получите у своего лечащего врача.

• Не прекращайте прием назначенных Вам лекарств без предварительного обсуждения с лечащим врачом. Перед началом приема безрецептурного препарата, добавки или растительного лекарственного средства проконсультируйтесь со своим лечащим врачом или фармацевтом, чтобы быть уверенным в безопасности препарата или средства.

• Уточните у врача, при необходимости – запишите:

- название лекарственных препаратов;

- по какому поводу Вы принимаете каждый из назначенных препаратов;

- как следует принимать лекарство (доза, время, кратность и длительность приема, влияние приема пищи);

- каковы наиболее частые и наиболее серьезные побочные эффекты препарата;

- что следует делать, если возникнут проблемы, связанные с приемом препарата;

-что следует делать, если пропущен очередной прием.

Материалы сайта ТАК ЗДОРОВО
https://www.takzdorovo.ru/

https://www.takzdorovo.ru/stati/kak-sokhranit-zdorove-v-pozhilom-vozraste-profilaktika-khronicheskikh-zabolevaniy/

https://www.takzdorovo.ru/stati/sokhrani-sheyku-bedra-smolodu-kak-predotvratit-vozrastnuyu-khrupkost-kostey/

https://www.takzdorovo.ru/zabolevaniya/osteoporoz/

АЗБУКА ЗДОРОВЬЯ

https://rgnkc.ru/upload/files/patsientam/Azbuka_zdorovya_blok_print.pdf

СБОРНИК БАЗОВЫХ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ ДЛЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

https://rgnkc.ru/upload/files/patsientam/HEPOP_ALL_PACKS.pdf

КОГНИТИВНЫЙ ТРЕНИНГ

https://rgnkc.ru/fp-starshee-pokolenie/programma-profilaktiki-kognitivnykh-narusheniy-u-lits-pozhilogo-i-starcheskogo-vozrasta/3.pdf

ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ: КАК ПРАВИЛЬНО

https://rgnkc.ru/o-tsentre/patsientam/docs/3.pdf

Приложение 4

НАГЛЯДНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ РАЗМЕЩЕНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Материалы сайта «Врачи врачам» vrachivracham.ru

Видеоматериалы

Плакаты

Буклеты

Рубрика «Здоровое долголетие»
Плакат «Полезный подарок пожилому человеку»
Плакат «Безопасный дом»
Плакат «Деменция»
Плакат «Здоровое долголетие»
Плакат «Что такое остеопороз?»
Плакат «Профилактика падений»
Плакат «Физическая активность» – 1
Плакат «Физическая активность» – 2

Рекомендуется размещать:

- в поликлиниках возле кабинетов врачей-терапевтов, врачей общей практики (семейных врачей), врачей-гериатров;
- в отделениях медицинской профилактики;
- в центрах здоровья;
- во врачебных амбулаториях/отделениях врачей общей практики;
- в фельдшерско-акушерских пунктах/фельдшерских пунктах.