

Методические рекомендации МЗ РБ

28 декабря 2000г. № 192-0012

Общие положения

Демографическая ситуация в последние годы характеризуется ростом абсолютной численности и доли лиц пожилого и старческого возрастов.

В настоящее время в республике проживает более 2 млн. человек достигших пенсионного возраста, что составляет 21.4 процента от всего населения. При этом характерно значительное увеличение лиц старческого возраста. Сегодня каждый четвертый пожилой человек перешагнул 75 летний рубеж, около 27 тысяч из них достигли возраста 90 лет и старше.

Пожилые люди, как правило, имеют по несколько тяжелых хронических заболеваний, протекающих на фоне возрастного снижения компенсаторных механизмов. В связи с этим уровень заболеваемости у них в 2 - 3 раза, а у лиц старческого возраста в 6 - 8 раз выше, чем у людей молодого и среднего возрастов.

Повышенная заболеваемость этой категории населения автоматически влечет за собой и увеличение их потребностей в амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи. Медицинское обслуживание населения пожилого и старческого возрастов обеспечивается всеми лечебно-профилактическими учреждениями республики.

На догоспитальном этапе нуждаемость в амбулаторной медицинской помощи у людей старше 60 лет в 2 - 4 раза выше, чем у людей трудоспособного возраста, хотя реальная обращаемость за ней по ряду причин только в 1.5 раза превышает аналогичный показатель для населения работоспособного возраста.

Потребность в стационарном лечении лиц старших возрастов также в 1.5 - 3 раза выше, чем у людей молодого и среднего возрастов. В то же время, уровень их фактической госпитализации колеблется в пределах 40 - 60 процентов от числа всех госпитализированных (в сельских участковых больницах - до 80 %)/

Из ряда причин более низкой обращаемости за медицинской помощью, чем реальная потребность, главными являются нежелание пожилых людей утруждать себя посещениями ЛПУ и низкая эффективность этих обращений. Отсюда вытекает основной принцип организации медицинского наблюдения за людьми пожилого и старческого возрастов - добровольность.

Медицинский учет и наблюдение за людьми пожилого и старческого возрастов возлагается на территориальные амбулаторно-поликлинические учреждения.

Организационно-методическое руководство этой работой осуществляется Государственным учреждением «Республиканский клинический госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны им. П.М.Машерова», областными госпиталями для инвалидов ВОВ и оргметодотделами областных больниц в областях, где нет госпиталей.

Целью медицинского наблюдения является выявление у пожилых и

старых людей заболеваний в ранних стадиях, а также выявление лиц с высоким риском жизнеопасных осложнений, способствующих возникновению и развитию болезней с последующим динамическим наблюдением за ними и проведением, с их согласия и при их активном участии, реабилитационных мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья, профилактику заболеваемости и инвалидности, продление их физических и духовных возможностей.

**Порядок организации выявления больных
пожилого и старческого возрастов
с высоким риском жизнеопасных осложнений**

Выявление, динамическое наблюдение и реабилитация больных в возрасте старше 60 лет проводится в соответствии с настоящими методическими рекомендациями.

Управления здравоохранения облисполкомов, Комитет по здравоохранению Минского горисполкома обеспечивают участие всех амбулаторно-поликлинических учреждений и фельдшерско-акушерских пунктов, а также, при необходимости, других лечебно-профилактических учреждений в работе по выявлению, динамическому наблюдению и реабилитации больных пожилого и старческого возрастов.

Руководитель ТМО, амбулаторно-поликлинического учреждения:

- ✓ ежегодно проводит инструктивно-методические совещания по вопросам осуществления медицинских осмотров людей старших возрастов;
- ✓ организует повышение квалификации врачей и средних медработников по вопросам гериатрии;
- ✓ обеспечивает изучение медперсоналом настоящих методических рекомендаций;
- ✓ контролирует ход проведения медосмотров пожилых людей;
- ✓ обеспечивает полугодовую и годовую отчетность о проделанной работе и ее анализ, отвечает за достоверность отчетных данных;
- ✓ проводит медсоветы по вопросам гериатрии, принимает меры по устранению имеющихся недостатков.

Участковый врач-терапевт:

- ✓ обеспечивает совместно с участковой медсестрой ежегодный региональный учет пожилого населения на обслуживаемой территории по возрастным границам и полу с последующей сверкой списков в городских и районных отделах социальной защиты;
- ✓ проводит медосмотры указанного контингента с целью выявления заболеваний в ранних стадиях и с большим риском жизнеопасных осложнений;
- ✓ выявляет нуждающихся в амбулаторном и стационарном лечении и принимает меры по его проведению;
- ✓ организовывает, при необходимости, лабораторные и другие методы обследования, санацию полости рта и зубопротезирова-

ние;

- ✓ осуществляет динамическое наблюдение и проведение лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий по индивидуальным программам больных пожилого и старческого возрастов с их согласия;

- ✓ ведет пропаганду здорового образа жизни.

Гериатр амбулаторно-поликлинического учреждения:

- ✓ координирует работу участковых врачей по выявлению, динамическому наблюдению и реабилитации больных пожилого и старческого возрастов;

- ✓ обеспечивает взаимодействие с территориальными органами учреждениями социальной защиты населения, медико-реабилитационными экспертными комиссиями;

- ✓ участвует в разработке комплексных планов работы учреждения по медицинскому обслуживанию пожилых людей;

- ✓ ведет консультативные гериатрические приемы;

- ✓ постоянно проводит реабилитационную работу в группах лиц пожилого и старческого возрастов;

- ✓ обеспечивает преемственность между лечебно-профилактическими учреждениями по оказанию гериатрической помощи;

- ✓ проводит пропаганду здорового образа жизни;

- ✓ составляет и анализирует полугодовые и годовые отчеты по гериатрии;

- ✓ оказывает содействие лицам пожилого возраста в их социально-психической адаптации, освоении средств реабилитации, реабилитационной техники других приспособлений, способствующих улучшению ухода за пациентами;

- ✓ проводит занятия по повышению квалификации врачей и среднего медперсонала по гериатрии;

- ✓ обеспечивает постоянный контроль за проведением лечащими врачами ежегодных медицинских осмотров людей старших возрастов, динамическим наблюдением за состоянием их здоровья, возможно более ранним началом медицинской реабилитации;

- ✓ организывает и контролирует проведение комплексных реабилитационных мероприятий по индивидуальным программам в группах лиц пожилого возраста.

Заведующий фельдшерско-акушерским пунктом силами средних медработников ФАПа:

- ✓ организует ежегодный персональный учет пожилых людей, проживающих на обслуживаемой территории;

- ✓ проводит медосмотры указанного контингента;

- ✓ при необходимости организует их осмотры врачом-терапевтом сельского врачебного участка;

- ✓ составляет полугодовые и годовые статистические отчеты о проделанной работе;

✓ проводит с пожилыми людьми разъяснительную работу о здоровом образе жизни, реабилитации, необходимости раннего выявления больных.

Настоящие медицинские рекомендации не распространяются на пожилых Людей старших возрастов, продолжающих заниматься своей профессиональной деятельностью. Их медобслуживание проводится по общим правилам.

Медицинские осмотры неработающих пожилых граждан проводятся участковым терапевтом (заведующим ФАПом) при их самостоятельном обращении в амбулаторно-поликлиническое учреждение или при посещении их на дому. При обращении пожилого человека за медицинской помощью к узкому специалисту, последний в обязательном порядке, направляет его к участковому терапевту, если в текущем календарном году терапевтом он не осматривался.

Не проводятся медосмотры лиц старших возрастов, получивших в текущем году стационарное лечение.

Лица пожилого и старческого возрастов, находившиеся на диспансерном учете в трудоспособном возрасте, продолжают оставаться на учете с их согласия и при условии активного выполнения ими всех предписаний врача (явка по вызову, выполнение всех назначенных лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий и др.).

Все долгожители (90 лет и старше) подлежат динамическому наблюдению. Их ежегодные осмотры терапевтом и дальнейший контроль, лабораторные исследования и другие мероприятия проводятся на дому. При необходимости привлекаются другие специалисты.

Динамическое наблюдение за больными пожилого и старческого возрастов.

Динамическое наблюдение за людьми пожилого и старческого возрастов проводится в соответствии с общепринятыми и утвержденными Министерством здравоохранения Республики Беларусь методическими рекомендациями по каждой нозологической форме.

Заместитель главного врача амбулаторно-поликлинического учреждения совместно с заведующими отделениями определяют количество пожилых больных для взятия на учет каждым специалистом исходя из наличия риска жизнеопасных осложнений и нормативных показателей функции врачебной должности.

Под динамическое наблюдение берутся лица, выразившие готовность к активному многократному обследованию и проведению профилактических и реабилитационных мероприятий.

Качество и эффективность динамического наблюдения оценивают в конце года по следующим показателям:

- ✓ количество обострений;
- ✓ функциональное состояние;

- ✓ объем социально-бытовой активности.

Реабилитация больных пожилого и старческого возрастов

Медицинская реабилитация взятых под динамическое наблюдение больных пожилых людей с высоким риском жизнеопасных осложнений проводится комплексно по индивидуальным показаниям в небольших группах. Ее целью является полное или частичное восстановление, коррекция или замена утраченных функций организма, адаптация к окружающей среде, способность к самообслуживанию.

Индивидуальные программы реабилитации составляются ВКК совместно с гериатром и вносятся в амбулаторные карточки пациентов. При необходимости копия выдается на руки больному.

Программа должна содержать оптимальный объем медицинских психологических и социально-бытовых реабилитационных мероприятий, рассчитанных на расширение резервов функциональных систем, заменяющих или компенсирующих утраченные функции больного и конкретные результаты, которые он должен достичь, выполняя эти мероприятия. Определяются сроки и этапы реабилитации: амбулаторный, стационарный и санаторный.

Реабилитационные мероприятия должны начинаться в возможно ранние сроки от начала заболевания с высоким риском жизнеопасных осложнений и иметь непрерывный характер. С первых дней необходимо психологически формировать адекватное отношение больного к частичной или полной утрате функциональных возможностей его организма и мотивацию на возможное (полное или частичное) восстановление здоровья собственными настойчивыми усилиями.

В индивидуальной программе реабилитации должны быть предусмотрены все активные и пассивные тренировочные упражнения и процедуры, необходимые данному больному и выполняемые им в ЛПУ под контролем медицинского работника или на дому самостоятельно (трудотерапия, дозированная ходьба, электростимуляция, физиотерапия, ЛФК, массаж, мануальная терапия, закаливание, рациональное питание и др.). При необходимости назначается поддерживающая медикаментозная терапия, даются рекомендации по протезированию полости рта, приобретению слуховых аппаратов и других средств реабилитации (ходилки, трости, поручни и приспособления для туалета, ванной комнаты, кухни, опоры кровати, прикроватные столики и др.). Предусматривается обучение пользованию этими средствами.

Все реабилитационные мероприятия проводятся под постоянным медицинским контролем состояния здоровья больного. Лекарственные средства назначаются по строгим показаниям с учетом основных принципов терапии старших возрастов (приложение № 1) и особенностей гериатрической фармако-терапии (приложение № 2).

В январе каждого года подводится итог индивидуальной реабилитации

в предшествующем календарном году, и составляются реабилитационные мероприятия на текущий год. Если достигнутые результаты не соответствуют ожидаемым, указываются причины такого положения и принимаются меры по их устранению.

Приложение:

1. Основные принципы лекарственной терапии больных пожилого и старческого возрастов.
2. Особенности гериатрической фармакотерапии.

Основные принципы лекарственной терапии больных пожилого и старческого возрастов

1. При назначении лекарственных средств следует помнить о высокой вероятности проявления побочных эффектов.
2. Снижение компенсаторных возможностей приводит к значительным изменениям в организме при интоксикации.
3. Следует изучить лекарственный анамнез.
4. Лекарственные средства назначают по строгим показаниям.
5. Медикаментозное лечение следует назначать по поводу основного заболевания.
6. Индивидуальный подход к лечению.
7. Лечение начинают с малых доз и медленно повышают дозу (часто до $1/3$, $1/2$ общепринятой).
8. Сложный патогенез заболеваний в старости является основанием к назначению комплексных лекарственных препаратов с однотипным терапевтическим эффектом компонентов.
9. При одновременном назначении нескольких лекарственных средств всегда необходимо исключать их неблагоприятное взаимодействие.
10. Хроническое течение заболеваний требует назначения лекарственных препаратов длительное время. Поэтому следует использовать поддерживающие дозы и делать перерывы в лечении.
11. Соблюдение пищевого, водного и солевого режима.
12. Следует учитывать психическое состояние, социальные условия, наличие постороннего ухода.
13. Медицинский персонал и родственники должны знать клинические признаки передозировки препаратов.
14. Физическая активность повышает толерантность к лекарственным препаратам.

ОСОБЕННОСТИ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ

1. Множественность заболеваний (полиморбидность).
2. Снижение адаптационных возможностей организма.
3. Возрастные особенности фармакокинетики:
 - 3.1. Снижение скорости абсорбции лекарственных препаратов за счет:
 - ✓ атрофических процессов в стенке желудка;
 - ✓ снижения кислотообразования и ферментной активности желудка; снижения моторики желудка и кишечника;
 - ✓ снижения мезентериального кровотока и ухудшения микроциркуляции; изменения соотношения различных групп микроорганизмов в кишечнике.
 - 3.2. Возрастные особенности распределения лекарств:
 - ✓ снижение скорости кровотока;
 - ✓ нарушение микроциркуляции выражено в разной степени в различных органах и тканях;
 - ✓ уменьшение количества альбуминов крови приводит к увеличению активной части лекарственных препаратов;
 - ✓ при наличии в крови двух и более препаратов одновременно, препарат, обладающий большей активностью связывается с белками, вытесняет менее активный, что увеличивает опасность побочного действия последнего;
 - ✓ с юности до старости на 25 - 30 % уменьшается масса активно функционирующей клеточной протоплазмы, что требует снижения дозы препаратов на 1 % в год, начиная с 50 летнего возраста.
 - 3.3. Метаболизм:
 - ✓ происходит уменьшение количества клеточных элементов и печеночного кровотока;
 - ✓ наличие патологических процессов в печени приводит к изменению ее функции;
 - ✓ уменьшается синтетически-обезвреживающая функция печени в 2-4 раза;
 - ✓ снижается активность микросомальных ферментов гепатоцитов и уменьшается их количество;
 - ✓ при одновременном приеме двух и более лекарственных средств возникает индуцирующее или ингибирующее действие одних препаратов на метаболизм других препаратов в печени.
 - 3.4. Выведение:
 - ✓ снижается гемодинамика почек;
 - ✓ уменьшается количество нефронов;
 - ✓ часто имеются патологические процессы в почках;
 - ✓ возникают конкурентные взаимоотношения одновременно введенных препаратов за транспортные механизмы на уровне почечных каналь-

- цев;
- ✓ понижение кислотности мочи влияет на выведение препаратов почками;
- ✓ уменьшается синтетически - обезвреживающая функция печени;
- ✓ гипокINETические дискинезии желчных путей нарушают фармакокинетику препарата.

4. Возрастные особенности фармакодинамики определяются следующими факторами:

4.1. Гетерогенным характером изменений в различных органах и тканях;

4.2. Уменьшением количества рецепторов и снижением активности аденилатциклазной системы (снижение активности и стимуляторов);

4.3. Снижение объема внутриклеточной жидкости способствует повышению концентрации растворенного в ней препарата;

4.4. Уменьшение количества и рецепторов приводит к снижению толерантности к и блокаторам;

4.5. Возрастной полигиповитаминоз, нарушение электролитного обмена и кислотно-щелочного состояния (КЩС) изменяют ответную реакцию организма;

4.6. Происходит взаимодействие лекарственных препаратов во время фармакодинамической фазы, т.е. в момент действия на рецепторы.

5. Фармакотерапия гериатрического пациента всегда проводится в условиях повышенного риска.