

Информационные материалы

ПАТРОНАЖ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В связи с увеличением продолжительности жизни и постарением населения России, оказание медицинской и социальной помощи гражданам пожилого и старческого возраста становится одним из приоритетных направлений государственной политики. В этой связи крайне важно наладить командный подход к оказанию помощи пациентам этой группы при взаимодействии участкового врача — терапевта и ВОП с гериатром, средним медицинским персоналом, с работниками, имеющими высшее немедицинское образование (логопедами, медицинскими психологами, инструкторами-методистами по лечебной физкультуре), а так же со специалистами по социальной работе и представителями волонтерских движений.

Одной из задач врача-терапевта участкового и семейного врача является выявление пациентов пожилого и старческого возраста с астенией и направление таких пациентов на консультацию к врачу-гериатру. Основная цель таких мероприятий - сохранение и восстановление способности пациентов к самообслуживанию, функциональной активности и независимости от посторонней помощи в повседневной жизни. В этой ситуации крайне важно выстроить элемент участкового патронажа — осмотр пациента со старческой астенией на дому.

Алгоритм действий с целью организации патронажа лиц старше трудоспособного возраста, в том числе инвалидов, маломобильных пациентов, пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи с привлечением волонтеров-медиков, студентов старших курсов высших учебных заведений и образовательных организаций среднего профессионального образования:

1. Врач участковый-терапевт/врач общей практики (ВОП) определяет список пациентов старческого и пожилого возраста на вверенном ему участке и передает информацию врачу-гериатру. При наличии на участке пациентов старческого и пожилого возраста, нуждающихся в паллиативной помощи, участковый терапевт передает соответствующую информацию врачу кабинета паллиативной медицинской помощи. Кроме того, врач-терапевт ведет учет маломобильных пациентов и инвалидов.

2. Врач-гериатр выполняет комплексную гериатрическую оценку пациента старческого и пожилого возраста и при наличии старческой астении формирует долгосрочный индивидуальный план проведения лечебных, профилактических и реабилитационных мероприятий, а также плана социальной и психологической адаптации.

3. Врач участковый-терапевт/ВОП составляет и выполняет индивидуальный план лечения пациентов с учетом рекомендаций врача гериатра и наблюдает пациентов на дому не реже 1 посещения в 6 месяцев. Кроме того, не реже 1 раза в 3 месяца пациента посещает участковая медсестра/фельдшер. При необходимости врач участковый-терапевт /ВОП организует дополнительную консультацию врача-гериатра на дому.

4. Главный врач поликлиники при необходимости привлекает волонтеров-медиков к оказанию помощи пациентам пожилого и старческого возраста

В настоящее время в большинстве субъектов РФ (73 региона) имеются региональные отделения волонтеров-медиков.

Возможный функционал волонтеров:

1. Осуществлять сестринский осмотр с целью выявления и предупреждения настоящих и сопутствующих заболеваний:

- оценка состояния кожных покровов и слизистых;
- оценка состояния органов чувств: зрение, обоняние, слух;
- оценка костно-мышечного аппарата;
- оценка функционального состояния организма: измерение температуры тела, измерение артериального давления и частоты сердечных сокращений, определения числа дыхательных движений, глюкометрия.
- оценка наличия пролежней или повреждений кожных покровов, трофических язв и т.п.

2. Проводить простейшие физиотерапевтические процедуры (по назначению врача):

- постановка грелки, пузыря со льдом;
- постановка компресса (холодный, горячий, согревающий).

3. Помогать в осуществлении личной гигиены:

- смена постельного и нательного белья;
- размещение и перемещение в постели;
- уход за кожей (профилактика пролежней);

4. Осуществлять помощь в жизненно-важных потребностях:

- кормление тяжелобольного;
- обучение пациента и членов его семьи приемам измерения и контроля жизненно-важных функций;
- проведение социально-психологической поддержки.

5. Анкетирование пациентов на предмет раннего выявления злокачественных заболеваний, жестокого обращения, скрининг иных факторов риска ХНИЗ.

**Список региональных координаторов Всероссийского общественного движения «Волонтеры-медики»
от 04.06.2018 г.**

1. Амурская область	Вотяков Артём Юрьевич	8-914-614-83-53	volukov.a.yu@gmail.com	amr@volmedic.com	Амурская государственная медицинская академия
2. Архангельская область	Гудкова Екатерина Сергеевна	8-902-199-55-75	gudkovaekaterina@yandex.ru	arsk@volmedic.com	Северный государственный медицинский университет
3. Астраханская область	Иванников Максим Игоревич	8-999-600-38-22	ivm1aig@gmail.com	ast@volmedic.com	Астраханский государственный медицинский университет
4. Белгородская область	Фильчаков Александр Владимирович	8-999-518-50-73	a.aslashov96@gmail.com	bid@volmedic.com	Белгородский государственный национальный исследовательский университет
5. Брянская область	Шаркунова Лина Валерьевна	8-910-233-91-54	linasharkupova@mail.ru	brn@volmedic.com	Брянский медицинско-социальный колледж Департамент здравоохранения, Департамент внутренней политики
6. Владимирская область	Лопанова Ирина Михайловна	8-910-676-99-12	loranova.i@gmail.com	vdm@volmedic.com	Владимирский базовый медицинский колледж, Департамент здравоохранения
7. Волгоградская	Волкова Марина	8-988-493-68-32	Volkova_maru95@mail.ru	vld@volmedic.com	Волгоградский

область	Витальевна				государственный медицинский университет
8. Вологодская область	Рудакова Анастасия Алексеевна	8-911-445-72-30	anastasiya-rudakova-1997@mail.ru	vlg@volmedic.com	Вологодский базовый медицинский колледж
9. Воронежская область	Завалипина Габриела Константиновна	8-980-242-19-35	gabriela0721@gmail.com	vzrh@volmedic.com	Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко
10. Забайкальский край	Кушеева Арюна Дугаровна	8-999-410-92-43	kusheeva2014@mail.ru	zbk@volmedic.com	Читинская государственная медицинская академия
11. Ивановская область	Оралов Артем Михайлович	8-920-347-39-53	aoorolov@mail.ru	ivn@volmedic.com	Ивановская государственная медицинская академия, Департамент здравоохранения
12. Иркутская область	Бочкар Дарья Сергеевна	8-908-64-89-095	darudbochkar@yandex.ru	irk@volmedic.com	Иркутский государственный медицинский университет
13. Калининградская область	Ворнаков Александр Владимирович	8-911-861-45-68	Ru392009@yandex.ru	kgd@volmedic.com	Медицинский институт Балтийского федерального университета им. И. Канта
14. Калужская область	Гераськина Мария Михайловна	8-961-124-63-37	getaskinam@mail.ru	kgd@volmedic.com	Обнинский институт атомной энергетики – филиал Национального исследовательского

					ядерного университета «МИФИ»
15. Кемеровская область	И.о. Попова Наталья Евгеньевна	8-905-911-72-07	natusya591996@gmail.com	kpmr@volmedic.com	Кемеровская государственная медицинская академия
16. Кировская область	Федяшина Екатерина Сергеевна	8-912-726-92-12	katefeduashina@yandex.ru	kivv@volmedic.com	Кировская государственная медицинская академия
17. Костромская область	Потемкина Вера Николаевна	8-903-899-57-37, 8-915-913-99-87	Ver-ik_85@mail.ru	kst@volmedic.com	Костромской областной медицинский колледж
18. Краснодарский край	Прусова Алена Александровна	8-918-977-34-62	selin_follia@mail.ru	ktd@volmedic.com	Кубанский государственный медицинский университет
19. Красноярский край	Миронова Алена Андреевна	8-913-030-08-17	2800817@mail.ru	krsn@volmedic.com	Все медицинские и образовательные организации + МЗ
20. Курганская область	Самарцев Михаил (зам.) Дерябина Татьяна Александровна	8-923-307-18-92			Курганский базовый медицинский колледж
20. Курганская область	Дерябина Татьяна Александровна	8-963-003-94- 46	tanuza22.77@mail.ru	ktp@volmedic.com	Курский государственный медицинский университет
21. Курская область	Шеховцова Алина Сергеевна	8-906-573-17-13	<u>alisha_shekhovtsova@mail.ru</u>	ksk@volmedic.com	государственный медицинский университет
22. Ленинградская область	Краинова Елена Александровна	8-931-303-82-83	lenosch2009@yandex.ru	lrgd@volmedic.com	Департамент здравоохранения Ленинградской области

23. Липецкая область	Звягин Алексей Александрович	8-915-555-52-82	mt.zvugin@inbox.ru	lir@volmedic.com	Управление здравоохранения Липецкой области, колледж
24. Москва	Белимова Дарья Александровна	8-985-789-72-97 8-925-343-29-21	belimkina96@gmail.com	msk@volmedic.com	Московский штаб ВОД «Волонтеры-медики»
25. Мурманская область	Колтакова Олеся Николаевна	8-911-337-44-08	LesyaKoliti18@yandex.ru	mur@volmedic.com	Мурманский медицинский колледж
26. Нижегородская область	Аноточкина Наталья Сергеевна	8-905-013-34-73	anjnatasha@gmail.com	nnov@volmedic.com	Нижегородская государственная медицинская академия
27. Новгородская область	Семенова Мария Михайловна	8-960-205-75-05	Masha.semenova- tagira2015@yandex.ru	novg@volmedic.com	Институт медицинского образования Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого
28. Новосибирская область	Барашкин Владимир Сергеевич	8-923-100-04-03	vsbarash@gmail.com	nsk@volmedic.com	Новосибирский государственный медицинский университет
29. Омская область	Пензева Альфия Риваловна	8-908-109-19-76	arpenzeva@yandex.ru	omsk@volmedic.com	БПОУ Омской области «Медицинский колледж»
30. Оренбургская область	Васильева Евгения Александровна	8-922-814-15-20	unichsa@mail.ru	orb@volmedic.com	Оренбургская государственная медицинская академия
31. Орловская область	Овчинникова Александра Валерьевна	8-909-660-41-58	valeria123496@mail.ru	orl@volmedic.com	Медицинский институт Орловского государственного университета им.

					Тургенева
32. Пензенская область	Феокистов Ярослав Евгеньевич	8-937-434-65-81	feocislov@gmail.com	pnz@volmedic.com	Медицинский институт Пензенского государственного университета
33. Пермский край	Зацепурин Анастасия Владимировна	8-908-248-80-72	psmu.medik.volonter@mail.ru	prtm@volmedic.com	Пермский государственный медицинский университет им. ак. Е.А. Вагнера
34. Приморский край	И.о. Кульжинская Александра Олеговна	8-914-977-42-50	aleksakds18@mail.ru	prim@volmedic.com	Тихоокеанский государственный медицинский университет
35. Республика Башкортостан	Шингарева Фирюза Фаниловна	8-965-949-75-95	f.shingareva@gmail.com	bsh@volmedic.com	Башкирский государственный медицинский университет
36. Республика Бурятия	Цыденжапова Бэлгма Солбоновна Доржиева Елена Юрьевна(зам)	8-924-553-12-08 8-951-625-11-12	<u>tsydenzharova.belgma@yandex.ru</u> <u>elena.dorzhiewa@yandex.ru</u>	bur@volmedic.com	Медицинский институт Бурятского государственного университета
37. Республика Дагестан	Сайпутдинова Карина Магомедовна	8-963-794-00-36	saiputdinova93@mail.ru	dag@volmedic.com	Дагестанская государственная медицинская академия
38. Республика Ингушетия	Парижева Светлана Магомед-Гиреевна	8-962-638-38-07	medprof1ak@mail.ru	ing@volmedic.com	Минздрав Ингушетии
39. Республика Кабардино- Балкария	Шогенов Осман Султанбекович	8-903-495-65-19	OsmanShogenov@mail.ru	krb@volmedic.com	Кабардино-Балкарский государственный университет, медицинский институт,

					Медицинский колледж
40. Республика Калмыкия	Адыкова Сумита Коляевна	8-937-891-81-82; 8-961-541-10-16	sumita82@mail.ru	klmk@volmedic.com	Калмыцкий медицинский колледж им. Т. Хадлыновой
41. Республика Карачаево- Черкесия	Боташева Сафиназ Казбековна	8-963-283-70-46	safnaz77@mail.ru	kchh@volmedic.com	Медицинский институт Северо- Кавказской государственной гуманитарно- технологической академии
42. Республика Карелия	И.о. Лысова Анастасия Михайловна	8-911-419-60-59	lysovaanastasuya@rambler.ru	klr@volmedic.com	Медицинский институт Петрозаводского государственного университета
43. Республика Коми	Босенко Милана Ивановна	8-904-270-34-05	wondermilana@gmail.com	komti@volmedic.com	Сыктывкарский государственный университет, медицинский институт
44. Республика Крым	Молочко Евгения Валентиновна	8-978-735-63-57	jane557@mail.ru	krut@volmedic.com	Медицинская академия имени С.И. Георгиевского КФУ
45. Республика Марий Эл	Пузаткина Елена Александровна	8-906-334-40-75	elenpuz@mail.ru	mel@volmedic.com	Марийский государственный университет, медицинский институт
46. Республика Мордовия	Ямашкина Екатерина Ивановна	8-927-197-11-31	matuskiny@mail.ru	mrtd@volmedic.com	Медицинский институт Мордовского государственного университета
47. Республика Саха	Евграфова Сардаана	8-996-315-77-02	Evgrofova_sara@mail.ru	yuk@volmedic.com	Северо-Восточный

(Якутия)	Алексеевна				федеральный университет им. М.К. Аммосова
48. Республика Северная Осетия	Зихов Сергей Асланович	8-918-702-11-98	zikhov07@gmail.com	ost@volmedic.com	Северо-Осетинская медицинская академия
49. Республика Татарстан	Уткузов Адиль Анасович	8-917-299-39-89	aulkuzov@gmail.com	tat@volmedic.com	Казанский государственный медицинский университет
50. Республика Тыва	Агбаан Айбес Алексеевич	8-923-382-03-17	Agbaan.aibes2017@yandex.ru	tyva@volmedic.com	Республиканский медицинский колледж
51. Республика Удмуртия	Самокаева Анастасия Андреевна	8-919-911-55-47	nidiot@mail.ru	udm@volmedic.com	Ижевская государственная медицинская академия
52. Республика Хакасия	Луцник Мария Евгеньевна	8-923-390-40-13	lutsnikmaria@mail.ru	hac@volmedic.com	Хакасский государственный университет им. Н. Ф. Катанова, медико-психолого-социальный институт
53. Республика Чувашия	Брагина Ольга Николаевна	8-987-123-34-20	bragina_medicina@mail.ru	chuv@volmedic.com	Чувацкий государственный университет, медицинский институт
54. Ростовская область	Поликарпов Роман Валерьевич	8-905-450-00-18	rmed@mail.ru	rst@volmedic.com	Ростовский государственный медицинский университет
55. Рязанская область	Пашенцева Анастасия Дмитриевна	8-953-745-95-03	pashia.48tu@yandex.ru	gzn@volmedic.com	Рязанский государственный медицинский университет, МЗ
56. Самарская область	Кузовенкова Юлия	8-919-806-79-88		smg@volmedic.com	Самарский

	Александровна		Mirta-80@mail.ru volmedic.smg@yandex.ru		государственный медицинский университет
57. Санкт-Петербург	Моисеев Денис	8-965-025-85-00	m.redcross.srb@gmail.com	srb@volmedic.com	Комитет по молодежной политике и взаимодействию с общественными организациями; Национальный центр социальной помощи
58. Саратовская область	Аванесян Грайр Араатович	8-987-333-18-88	Graig707@mail.ru	snt@volmedic.com	Саратовский государственный медицинский университет
59. Свердловская область	Чигвинцев Павел Вячеславович	8-908- 908-29-22	esougal@bk.ru	ekb@volmedic.com	Свердловский областной медицинский колледж, УГМУ
60. Севастополь	Клушина Ксения Сергеевна	8- 978-702-19-88	piya7@mail.ru	svs@volmedic.com	Медицинский колледж
61. Смоленская область	Коротченко Антон Андреевич	8-915-656-44-89	kotochenanton@gmail.com	smk@volmedic.com	Смоленский государственный медицинский университет, МЗ
62. Ставропольский край	Хенкина Любовь Викторовна	8-988-110-75-96	angelblago@mail.ru	slvt@volmedic.com	Благотворительный фонд «Ангел», Ставропольский государственный медицинский университет Ессентукский филиал, Пятигорский медико- фармацевтический

					институт
63. Тамбовская область	Тарасов Алексей Игоревич	8-920-237-65-57	lanse2007@mail.ru disem96diana@gmail.com	lbv@volmedic.com	Тамбовский областной медицинский колледж, Медицинский институт Тамбовского государственного университета
64. Тверская область	Соколова Ксения Игоревна	8-904-017-26-41	kseia.sokolova2014@yandex.ru	lvtg@volmedic.com	Тверской государственный медицинский университет
65. Томская область	Филимонов Алексей Евгеньевич	8-952-891-21-67	filimovov.94.alex@mail.ru	tmk@volmedic.com	Сибирский государственный медицинский университет
66. Тульская область	Сергеева Ника Вячеславовна	8-950-905-94-29	nika2la@mail.ru	tula@volmedic.com	Тульский областной медицинский колледж
67. Тюменская область	Межаков Владимир Андреевич	8-961-782-21-44	dezimon@tambler.ru	tmn@volmedic.com	Тюменская ГМА
68. Ульяновская область	Дикарева Татьяна Александровна	8-937-275-60-90	simateanu@mail.ru Dania1998@tambler.ru	ulc@volmedic.com	Общественная организация «Здоровое поколение»
69. Хабаровский край	Гаврилов Егор Сергеевич	8-914-183-09-81	Egor1995gaw@mail.ru	khab@volmedic.com	Краевой центр социального воспитания и здоровья
70. Ханты-Мансийский автономный округ	Гаврилюк Максим Владимирович	8-912-412-20-01	Maxgaw260897@gmail.com	hntao@volmedic.com	Сургутский государственный университет, медицинский институт
71. Челябинская область	Гусева Анастасия Александровна	8-965-857-20-20	nanpu.guseva@mail.ru	chl@volmedic.com	Южно-Уральский государственный медицинский университет

72. Ямало-Ненецкий автономный округ	Нажмудинова Айшат Карамудиновна	8-922-065-65-15	Aishat888@mail.ru	yanao@volmedic.com	ГБУ ЯНАО "Окружной Молодежный Центр"
73. Ярославская область	Матвеева Мария Ивановна	8-915-998-75-28	m.matveeva.i@mail.ru	yag@volmedic.com	Ярославский государственный медицинский университет

Адреса для рассылки:

amr@volmedic.com , arsk@volmedic.com , ast@volmedic.com , bld@volmedic.com , brn@volmedic.com , vdm@volmedic.com , vld@volmedic.com , vlg@volmedic.com , vzh@volmedic.com , zbk@volmedic.com , ivn@volmedic.com , itk@volmedic.com , klgd@volmedic.com , klg@volmedic.com , kmr@volmedic.com , kvv@volmedic.com , kst@volmedic.com , krd@volmedic.com , krsn@volmedic.com , krl@volmedic.com , ksk@volmedic.com , lngd@volmedic.com , lip@volmedic.com , msk@volmedic.com , mur@volmedic.com , mnov@volmedic.com , novg@volmedic.com , nsk@volmedic.com , orbg@volmedic.com , ori@volmedic.com , ruz@volmedic.com , prm@volmedic.com , prim@volmedic.com , aksakds18@mail.ru , ing@volmedic.com , klmk@volmedic.com , omsk@volmedic.com,

bsh@volmedic.com , bur@volmedic.com , dag@volmedic.com , kbr@volmedic.com , krl@volmedic.com , komi@volmedic.com , kvmt@volmedic.com , mel@volmedic.com , mrd@volmedic.com , yak@volmedic.com , ost@volmedic.com , lai@volmedic.com , lyva@volmedic.com , udm@volmedic.com , hac@volmedic.com , chuv@volmedic.com , tst@volmedic.com , tzn@volmedic.com , smr@volmedic.com , stl@volmedic.com , ekb@volmedic.com , svb@volmedic.com , smk@volmedic.com , stvr@volmedic.com , tbv@volmedic.com , lvr@volmedic.com , tmk@volmedic.com , tul@volmedic.com , lmn@volmedic.com , ulk@volmedic.com , khab@volmedic.com , lmao@volmedic.com , yag@volmedic.com , ondar.007@mail.ru, kchr@volmedic.com, sprb@volmedic.com , yanao@volmedic.com

savchuk@volmedic.com , vaulina@volmedic.com , rakovskaya@volmedic.com , yakunchikova@volmedic.com , samoshesl@volmedic.com, safonova@volmedic.com , belimova@volmedic.com , dupreva@volmedic.com, shenk@volmedic.com, vasyukova@volmedic.com, medobespechenie@volmedic.com, pressa@volmedic.com, region@volmedic.com, akci@volmedic.com, forum@volmedic.com, larina@volmedic.com

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Российский национальный исследовательский медицинский
университет имени Н.И. Пирогова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Обособленное структурное подразделение
Российский геронтологический научно-клинический центр
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

**по предупреждению жестокого обращения с пожилыми людьми в учреждениях
здравоохранения**

Москва - 2017

Коллектив авторов:

О.Н. Ткачева, д.м.н., профессор, зав. кафедрой болезней старения ФДПО ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, директор ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России ОСП РГНКЦ, главный внештатный гериатр Минздрава России, **Н.К. Рунихина**, д.м.н., профессор кафедры болезней старения ФДПО ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, зам. директора по научной и лечебной работе ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России ОСП РГНКЦ, **З.И. Кекелидзе**, д.м.н., профессор, генеральный директор ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, главный внештатный специалист-психиатр Минздрава России, заслуженный врач РФ, **Ю.В. Котовская**, д.м.н., профессор, зав. кафедрой кардиологии и персонифицированной медицины ФПК МР МИ РУДН, руководитель лаборатории сердечно-сосудистого старения ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России ОСП РГНКЦ, **Е.В. Макушкин**, д.м.н., профессор, зам. ген. директора по научной работе ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, **Н.В. Шарашкина**, к.м.н., доцент кафедры болезней старения ФДПО ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, старший научный сотрудник лаборатории гериатрии ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России ОСП РГНКЦ, **В.С. Остапенко**, ассистент кафедры болезней старения ФДПО ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, **Э.А. Мхитарян**, к.м.н., зав. лабораторией нейрогериатрии и когнитивных нарушений ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России ОСП РГНКЦ, старший научный сотрудник НИО неврологии НИЦ ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, доцент кафедры болезней старения ФДПО ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, **Т.М. Маневич**, к.м.н., научный сотрудник лаборатории нейрогериатрии и когнитивных нарушений ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России ОСП РГНКЦ, зав. отделением гериатрической неврологии ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России ОСП РГНКЦ, **Лесина Е.И.**

Методические рекомендации утверждены на расширенном заседании кафедры болезней старения факультета дополнительного профессионального образования, научных лабораторий ОСП РГНКЦ ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России: лаборатории гериатрии, лаборатории сердечно-сосудистого старения, лаборатории биологии старения и биоинформатики, лаборатории возрастных метаболических эндокринных нарушений, лаборатории нейрогериатрии и когнитивных нарушений и кафедр ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России: кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета, кафедры урологии и андрологии, кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии педиатрического факультета.

Рецензенты:

В.Н. Шабалин - академик РАН, д.м.н., профессор, президент Российской ассоциации геронтологов и гериатров, и.о. зам. директора по научной работе ФГБУ НИИ Общей патологии и патофизиологии, заслуженный деятель науки России.

Н.Н. Яхно - академик РАН, д.м.н., профессор, заведующий НИО неврологии ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, профессор кафедры нервных болезней лечебного факультета.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Введение. Положение пожилых людей в современном обществе.....	4
2. Права пациентов и ответственность при оказании медицинской помощи.....	5
3. Особенности состояния здоровья в пожилом возрасте.....	7
4. Среда, не допускающая жестокого обращения.....	9
Жестокое обращение и его признаки.....	9
Особенности распознавания признаков жестокого обращения с пациентами, страдающими деменцией.....	13
Действия при нарушении прав пожилых пациентов.....	15
<i>Практическое руководство по профилактике случаев жестокого обращения с пожилыми людьми</i>	<i>18</i>
Список литературы.....	21
Приложение 1. Рекомендации по ведению пациентов со старческой астенией.....	22
Приложение 2. Протокол регистрации случаев жестокого или пренебрежительного отношения к пациентам пожилого возраста.....	25

1. ВВЕДЕНИЕ. ПОЛОЖЕНИЕ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

Во всем мире, благодаря улучшению условий жизни и прогрессивному развитию медицины, увеличивается доля пожилых людей и происходит глобальное старение населения. По оценке Организации Объединенных Наций (ООН), в 2050 г. более чем пятая часть населения будет приходиться на людей в возрасте от 60 лет и старше. В развитых странах доля пожилых людей будет самой высокой [15].

Демографическая ситуация в Российской Федерации (РФ) не является исключением. Согласно среднему варианту прогноза, численность населения РФ старше трудоспособного возраста увеличится с 2016 года по 2025 год с 24,6% до 27% и составит 39,9 млн. человек. На протяжении последних 10-ти лет отмечается закономерный рост продолжительности жизни населения - с 67,6 лет в 2007 г. до 71,9 года в 2016 г. Увеличение доли людей старшего возраста определяет изменения в ряде других демографических и экономических показателей, свидетельствует о необходимости внесения поправок в пенсионное законодательство, объемы социального обеспечения и медицинской помощи. Так, например, если в 2007 г. на 1000 человек трудоспособного возраста приходилось 330 человек старше трудоспособного возраста, то на начало 2016 г. - уже 427 человек. Сегодня в России среди лиц старше трудоспособного возраста более 8 млн. являются инвалидами, 6,4% от общего числа получателей социальных услуг нуждаются в получении на дому процедур по уходу, из них 62,2% полностью прикованы к постели.

В силу особенностей физического и психологического состояния, снижения функционального статуса, изменения социального и материального положения, пожилые люди становятся более зависимыми и уязвимыми. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), каждый десятый пожилой человек ежемесячно подвергается плохому обращению [6]. Предпосылки к проявлению невнимания к потребностям, неподобающего или жестокого обращения с ослабленными пожилыми людьми возникают повсеместно. Чаще всего подобные ситуации происходят там, где люди живут или находятся в течение длительного времени. Проживающие дома пожилые люди, нуждающиеся в уходе в последние годы жизни, повышают физическую, психологическую и материальную нагрузку на членов семьи. Находящиеся в медицинских или социальных учреждениях лица старшей возрастной группы зачастую имеют наиболее тяжелые проблемы со здоровьем и требуют повышенного внимания со стороны персонала, трудоемкого круглосуточного или специализированного ухода, психологической поддержки и участия.

Роль, которую играют пожилые люди в современном обществе и в жизни семьи, сложно переоценить. Не разрушающаяся связь поколений, возможность передать традиции и ценный жизненный опыт, мудрость пожилых людей и вместе с тем потребность в уважении к ним и соответствующей опеке — явления, характерные для российской культуры. Обеспечение здоровья и благосостояния в пожилом возрасте является приоритетным направлением развития нашего общества.

Жестокое обращение с пожилыми людьми снижает качество их жизни, пагубно сказываясь на физическом и психическом состоянии, усугубляет течение имеющихся заболеваний. С целью пресечения насилия необходима организация работы на долгосрочной основе, направленной на повышение профессионализма сотрудников медицинских и социальных учреждений, повышение информированности всех участников, осуществляющих уход за пожилыми людьми, самих пожилых людей и их родственников о необходимости выявлять жестокое обращение и противодействовать ему.

Организация Объединенных Наций объявила 15 июня Всемирным днем распространения

информации о злоупотреблениях в отношении пожилых людей. В настоящее время большое внимание уделяется разработке эффективных средств борьбы против финансовой и материальной эксплуатации пожилых людей, а также рассматривается роль самих пожилых в этой борьбе [14].

В ряде стран развита система институтов по защите пожилых людей. В США она представлена Управлением делами старения (Administration on Aging), которое входит в состав Департамента здравоохранения и социального обеспечения. Организация была основана с принятием Закона о пожилых американцах в 1965 г. Целью Управления является информирование других федеральных структур, организаций и общества о вкладе, который пожилые люди приносят в жизнь нации, и вместе с этим привлечение внимания к потребностям этой уязвимой категории населения. Организация также способствует осведомленности пожилых и лиц, заботящихся о них, об особых льготах и услугах.

Национальный центр противодействия жестокому обращению с пожилыми людьми США (National Center on Elder Abuse), финансируемый Управлением, предоставляет актуальную информацию об исследованиях, обучении, даёт методические рекомендации специалистам, а также информирует общество в целом. Помимо данных структур, проблемой жестокого обращения с пожилыми людьми занимается ряд других некоммерческих организаций, таких как Национальный комитет по предотвращению жестокого обращения с пожилыми людьми (NCPEA).

В Евросоюзе данной проблемой занимается основанная в 2001 г. AGE Platform Europe, которая включает около 165 организаций, защищающих интересы пожилых людей в самых разных сферах.

Методические рекомендации в первую очередь ориентированы на сотрудников организаций здравоохранения, содержат информацию о правовых аспектах оказания медицинской помощи, особенностях состояния здоровья пожилых людей, повышающих их уязвимость к жестокому обращению. Также описываются признаки жестокого обращения, его возможные причины и ситуации, в которых существует риск насилия по отношению к пожилым людям. Сотрудникам медицинских учреждений предлагается алгоритм по профилактике и разрешению ситуаций, связанных с жестоким обращением с пожилыми людьми.

2. ПРАВА ПАЦИЕНТОВ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Профессия врача испокон веков считается одной из самых гуманных и благородных. Внимание и уважение к каждому пациенту являются основой профессиональной этики. Пожилые люди чаще, чем другие возрастные категории населения, обращаются за медицинской помощью, проходят обследование и лечение в условиях поликлиник, стационаров, реабилитационных центров и санаториев. В некоторых случаях пожилые люди, имеющие ограниченные физические возможности, ошибочно воспринимаются неполноценными и в психическом плане. Распространенные в обществе стереотипы и стигматизация старости должны быть преодолены.

Пожилые люди имеют все те же права, что и остальные люди. В случае если они не достаточно компетентны для принятия определенных решений в отношении собственной судьбы, что может быть вызвано как медицинской неосведомленностью, так и расстройствами,

затрагивающими умственную деятельность, то они все равно вправе принимать решения в других сферах, в которых они способны это делать.

В Российской Федерации признаются и гарантируются права и свободы согласно общепризнанным принципам и нормам международного права. В соответствии с Конституцией каждый имеет право на жизнь, на свободу и на медицинскую помощь.

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (статья 19), пациент имеет право на:

- 1) выбор врача и выбор медицинской организации;
- 2) профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- 3) получение консультаций врачей-специалистов;
- 4) облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами;
- 5) получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
- 6) получение лечебного питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях;
- 7) защиту сведений, составляющих врачебную тайну;
- 8) отказ от медицинского вмешательства;
- 9) возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи;
- 10) допуск адвоката или законного представителя для защиты своих прав;
- 11) допуск священнослужителя и условия для проведения религиозных обрядов во время пребывания в стационаре.

Подчеркнем, что пациент имеет право не терпеть боль, если есть возможность её облегчить, а также право на возмещение вреда здоровью, который был причинен при получении медицинской помощи, право на допуск адвоката или иного представителя защиты, на выбор врача и лечебного учреждения. Право на личную неприкосновенность предполагает требование недопустимости какого-либо вмешательства извне в область индивидуальной жизнедеятельности, включающее в себя физическую (телесную), психическую и духовную неприкосновенность [1].

Стоит упомянуть право на неприкосновенность собственности. В соответствии с Конституцией каждый имеет право распоряжаться своим имуществом и может быть лишен его только по решению суда.

Родственники пациентов имеют право на посещение своих близких в отделении интенсивной терапии или в реанимации. В соответствии с письмом Министерства здравоохранения «О правилах посещения родственниками пациентов в отделениях реанимации и интенсивной терапии (реанимации)» от 30.05.2016г., при соблюдении правил и требований, предъявляемых к посетителям, родственники допускаются к пациенту и могут оказывать помощь в уходе за пациентом по личному желанию после проведения инструктажа.

В соответствии со статьёй 98 Федерального закона N 323-ФЗ, медицинские организации, медицинские и фармацевтические работники несут ответственность за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании медицинской помощи и обязаны возместить причиненный ущерб, что, впрочем, не освобождает от привлечения их к ответственности.

В сфере отношений между медицинскими работниками, пациентами и их родственниками, как и в любой социальной среде, может иметь место насилие. Так же, как и в

других профессиональных сферах, в медицинской среде могут совершаться преступления, касающиеся ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей. Некоторые связанные с насилием преступления попадают в область уголовного права (по Уголовному Кодексу РФ):

- 1) причинение смерти по неосторожности (ст. 109);
- 2) причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности (ст. 118);
- 3) умышленное причинение вреда здоровью - от легкого до тяжелого (ст. 111, 112, 115);
- 4) причинение вреда здоровью в состоянии аффекта (ст. 113) и при превышении пределов необходимой обороны (ст. 114);
- 5) неоказание помощи больному (ст. 124);
- 6) оставление без помощи лица, находящегося в опасном для жизни или здоровья состоянии и лишенного возможности принять меры к самосохранению (ст. 125, включает *старость* в число причин, ограничивающих способность принять данные меры);
- 7) незаконная госпитализация в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях (ст. 128);
- 8) нарушение неприкосновенности частной жизни – незаконный сбор или распространение сведений (ст. 137);
- 9) побои (ст. 116), истязания (ст. 117), преступления против половой неприкосновенности и половой свободы (гл. 18) и т.д.

Многие пожилые люди попадают в зону риска, так как являются физически или ментально ослабленными, а также зачастую страдают заболеваниями, усугубляющими их функциональное состояние. Зачастую пожилые пациенты медицинских учреждений недостаточно информированы о своих правах. Эти проблемы должны решаться созданием дружественной и открытой среды.

3. ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Успешное старение – одна из основных психологических потребностей человека. В последние годы произошла смена представлений об успешном старении. Современное понимание этого термина стало 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. 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 процессы старения.

Врачи всех специальностей, прежде всего общей практики и терапевты, должны понимать закономерные изменения, происходящие в организме стареющего человека, знать особенности ведения некоторых наиболее распространенных заболеваний и состояний, обладать навыками выявления синдрома старческой астении и других гериатрических синдромов. Ослабленные пожилые пациенты, т.е. пациенты с синдромом старческой астении, должны быть проконсультированы врачом-гериатром, пройти комплексную гериатрическую оценку, в ходе которой определяется не только общий уровень здоровья, но и функциональный, когнитивный, социальный статус человека.

Старческая астения («хрупкость», шифр по МКБ-10: R54) – ассоциированный с возрастом синдром, основными клиническими проявлениями которого являются медлительность и/или непреднамеренная потеря веса, общая слабость. Старческая астения сопровождается снижением

физической и функциональной активности многих систем, адаптационного и восстановительного резерва, способствует развитию зависимости от посторонней помощи в повседневной жизни, утрате способности к самообслуживанию, ухудшает прогноз состояния здоровья.

Старческая астения включает несколько десятков различных гериатрических синдромов, основными из которых являются падения, недостаточность питания, саркопении (уменьшение массы мышечной ткани и мышечной силы), недержание мочи, сенсорные дефициты, когнитивные нарушения, депрессия (Приложение 1).

Психические расстройства являются существенным фактором, оказывающим негативное влияние на здоровье пожилых людей. По оценке ВОЗ, несмотря на то, что большинство пожилых людей психически здоровы, многие из них попадают в зону риска развития психических расстройств, имеющих неврологическую природу или связанных с употреблением психоактивных веществ. Зачастую психическим проблемам не уделяется должного внимания медицинскими работниками, родственниками пациентов и самими пациентами, а связанная с психическими болезнями стигма в нашем обществе усугубляет ситуацию. Дополнительными стресс-факторами в пожилом возрасте могут быть: ограничение подвижности, хроническая боль, слабость и немощность, более высокий риск утраты близкого человека, снижение социально-экономического статуса, зависимость от посторонней помощи. Данные факторы могут приводить к изоляции, утрате независимости, одиночеству и психологическому дистрессу [2].

Психическое и физическое здоровье взаимосвязаны между собой. Наиболее значимый вклад в ухудшение общего состояния здоровья пожилого человека вносят депрессия и деменция.

Деменция представляет собой тяжелые нарушения когнитивных функций - памяти, мышления, внимания, ориентации в пространстве, которые приводят к зависимости от посторонней помощи при выполнении повседневных функций, а также зачастую к изменениям в поведении. Чаще всего деменцией страдают пожилые люди, хотя развитие деменции не является нормальным процессом, сопровождающим старение [4]. С появлением деменции у пожилого человека члены его семьи могут оказаться под сильным физическим, эмоциональным и экономическим давлением. Большая нагрузка падает на лиц, осуществляющих уход за людьми с деменцией [2].

Депрессия — достаточно распространенное психическое расстройство, для которого характерны уныние, потеря интереса или радости, чувство вины и низкая самооценка, нарушения сна или аппетита, вялость и плохая концентрация внимания [3]. Депрессия может приводить к значительным страданиям и ограничивать повседневную активность. До 7% пожилых людей страдают униполярной депрессией. Диагностика депрессии может вызывать определенные трудности, так как её симптомы часто перекликаются с проявлениями других проблем, возникающими в пожилом возрасте [2].

Алгоритм ведения пожилых пациентов с синдромом старческой астении и другими гериатрическими синдромами представлен в Приложении 1. Пожилые люди, имеющие старческую астению, страдающие депрессией и деменцией, должны привлекать особое внимание медицинских работников, так как они являются потенциально уязвимой группой для жестокого обращения. Своевременное выявление и коррекция данных состояний способствует продлению периода независимого функционирования.

4. СРЕДА, НЕ ДОПУСКАЮЩАЯ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ

Жестокое обращение и его признаки

Жестокое обращение с пожилыми людьми или насилие над ними часто определяется как любое действие или бездействие, которое причиняет вред пожилому человеку или подвергает риску его здоровье или благосостояние. Всемирная Организация Здравоохранения определяет жестокое обращение с пожилыми людьми как «совершение каких-либо разовых или повторяющихся актов или отсутствие надлежащих действий в рамках какой-либо семьи, где предполагается наличие доверительных отношений, что причиняет вред пожилому человеку или вызывает у него стресс» [6].

Выделяют следующие виды жестокого обращения:

- *физическое* насилие, связанное с причинением боли, нанесением травм, использованием физической силы, в том числе для ограничения свободы движения, для чего также могут быть использованы медикаментозные средства, неполноценное и неадекватное питание;
- *психологическое или эмоциональное* жестокое обращение, приводящее к психическим страданиям;
- *финансовое и материальное* насилие, подразумевающее незаконную или неуместную эксплуатацию или использование сбережений и имущества старых людей;
- *сексуальное насилие* — нарушение права человека на сексуальную неприкосновенность и свободу (подразумевается насильственный сексуальный контакт любого рода);
- *отсутствие ухода* — отказ или неспособность осуществлять уход за пожилым человеком, что может сочетаться с намеренным жестоким обращением с целью причинения физических и эмоциональных мучений [5]. На жестокое обращение может указывать несоответствующая сезону одежда и обувь, отсутствие необходимых технических средств реабилитации, очков, лекарственных препаратов.

Европейская экономическая комиссия ООН выделяет такой вид жестокого обращения с пожилыми людьми, как *дискриминация* - по возрастному, расовому признаку, по половой принадлежности или из-за ограниченных способностей [16].

Зависимость является предпосылкой для формирования жестокого обращения. Близкий человек или родственник может стать агрессором по отношению к ослабленному пожилому человеку. Когнитивные и физические нарушения у пожилых людей также могут являться факторами риска насилия со стороны совместно проживающих людей, а также сотрудников домов престарелых.

Жертвой насилия может стать любой из пожилых людей: как ослабленный, одинокий и социально уязвимый, так и живущий полной жизнью, самостоятельный и не требующий постоянного ухода.

Агрессорами по отношению к пожилым людям чаще всего выступают:

- 1) лица, осуществляющие уход – родственники (партнеры, дети и т.д.), медицинские сотрудники;
- 2) проживающие совместно с пожилым человеком люди, имеющие проблемы с психическим здоровьем - депрессию, алкогольную или наркотическую зависимость, а также уже совершавшие насилие;
- 3) лица, находящиеся в финансовой или эмоциональной зависимости от пожилого человека;
- 4) лица, имевшие ранее конфликтные взаимоотношения с пожилым человеком.

В качестве дополнительных факторов риска насилия выступают:

- социальная изоляция;
- социальное и финансовое неравенство;
- социальные и культурные нормы, включающие возрастные предубеждения, терпимость к насилию и неравенство полов.

Повышенный риск насилия по отношению к пожилым людям в медицинских и социальных учреждениях формируются при условиях существования низкого уровня подготовки и поддержки в коллективе, терпимости к насилию, недостаточного внимания к повседневным потребностям пожилых людей, а также при наличии неуважения к их независимости [7].

Канадская сеть организаций по предотвращению жестокого обращения с пожилыми людьми выделяет пять общих групп причин возникновения насилия в учреждениях:

1. **Несоответствие навыков персонала современным требованиям.** В связи с ростом продолжительности жизни и качества оказания медицинской помощи, в настоящее время в медицинские учреждения зачастую попадают значительно более «хрупкие», физически ослабленные пожилые люди, с большей вероятностью имеющие сниженные умственные способности, чем это было ранее.

2. **Дискриминация пожилых и нетрудоспособных людей,** примером чего может быть кража вещей пожилого человека, мотивированная тем, что «он в ней больше не нуждается».

3. **Системные проблемы** связаны, как правило, с недостаточной культурой и дефектами организации предоставления помощи, а также с терпимостью к насилию, отсутствием общего подхода к жестокому обращению и инструкций, невыполнением стандартов оказания медицинской помощи, со стрессом и профессиональным выгоранием персонала, нехваткой финансирования учреждения, текучестью кадров, негативной реакцией персонала на действия пожилых больных - например, при агрессии, исходящей от лиц с деменцией.

4. **Личностные особенности и черты характера персонала, волонтеров, администрации или других лиц из окружения пожилых людей** могут способствовать жестокому или пренебрежительному отношению, так как они могут оказаться сторонниками авторитарного подхода и наказаний или просто не любить находиться среди пожилых людей. Некоторые люди могут иметь проблемы личного характера, негативно влияющие на их работу, проблемы с психическим здоровьем или употреблением токсических веществ, но данный фактор может объяснять лишь незначительное количество случаев жестокого обращения и часто может быть устранен благодаря поддержке со стороны организации.

5. **Обособленность учреждения от общества** приводит к тому, что круг общения пожилых людей, находящихся в стационаре, ограничен контактами с персоналом и посетителями, которыми в основном являются родственники. В результате увеличивается риск того, что проблема будет скрыта или останется незамеченной [9].

При установлении факта жестокого обращения или подозрении на него необходимо своевременно обратиться в Службу социальной защиты и в правоохранительные органы. В Таблице 1 представлен перечень индикаторов жестокого обращения.

Таблица 1. Индикаторы жестокого обращения с пожилыми людьми по оценке ВОЗ [5]

Индикаторы, относящиеся к пожилому человеку:
<p><i>Физические индикаторы:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - жалобы на жестокое физическое обращение - необъяснимые падения и травмы - ожоги и синяки в необычных местах или необычного вида - порезы, следы на пальцах или другие доказательства физического ограничения - избыточный или недостаточный прием лекарств - истощение или обезвоженность организма без связи с заболеванием - свидетельства неадекватного ухода или плохой гигиены
<p><i>Поведенческие и эмоциональные индикаторы:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - изменение режима питания или проблемы со сном - страх, замешательство или покорный вид - пассивность, избегание людей или нарастающие симптомы депрессии - беспомощность, чувство безнадежности или беспокойство - противоречивые утверждения или другие противоречия в поведении, не связанные с психическим нездоровьем - нежелание говорить открыто - уклонение от физического или вербального контакта с попечителем, нежелание смотреть ему в глаза - изоляция пожилого человека
<p><i>Сексуальные индикаторы:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - жалобы на сексуальное насилие - необъяснимые изменения в поведении - агрессия, избегание людей или нанесение себе увечий - частые жалобы на боль в животе или необъяснимые вагинальные или анальные кровотечения - повторяющиеся генитальные инфекции или синяки в области груди или гениталий
<p><i>Финансовые индикаторы:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - частое снятие денег со счета, что нетипично для пожилого человека - снятие больших денежных сумм - изменение завещания или права собственности на имущество, в результате чего дом или имущество остаются новым друзьям или родственникам - потеря имущества - потеря драгоценностей или личных вещей - подозрительная активность с кредитной картой - отсутствие комфортной среды, которую пожилой человек мог бы себе позволить
Индикаторы, относящиеся к попечителю:

- попечитель выглядит усталым или испытывающим стресс
- попечитель кажется чрезмерно обеспокоенным или, наоборот, беззаботным
- попечитель обвиняет пожилого человека
- попечитель ведет себя агрессивно
- попечитель обращается с пожилым человеком как с ребенком
- попечитель имеет опыт злоупотребления алкоголем, наркотическими или другими психоактивными веществами
- попечитель не хочет, чтобы с пожилым человеком беседовали один на один
- у попечителя возникает оборонительная реакция, враждебность или уклончивость, когда ему задают вопросы
- попечитель ухаживает за пожилым уже долгое время

Врача также должна насторожить задержка между получением травмы или заболеванием и обращением за медицинской помощью, частое посещение отделений неотложной помощи из-за обострения хронического заболевания, несмотря на возможность домашнего лечения, а также обращение за помощью без главного попечителя [5].

К признакам жестокого обращения с пожилыми людьми следует отнести также агрессивное поведение пожилого человека, потеря интереса к занятиям, ранее приносившим удовольствие, а среди свидетельств неадекватного ухода - наличие пролежней [12].

Признаком финансового давления на пожилых людей может быть внезапное появление в окружении пожилого человека лиц, стремящихся добиться его расположения, мотенингов, интерес к финансовым делам со стороны родственника, ранее не интересовавшегося этим вопросом. Медицинский персонал, опекуны и другие люди, работающие с пожилыми людьми, должны уметь определить финансовое давление, например, задавая вопросы о кредитах или фактах побуждения пожилых людей к подписанию каких-либо документов. Даже при отсутствии финансового давления подобные вопросы могут привести к обсуждению возможной угрозы с пожилыми людьми. Желательно, чтобы пожилые люди могли самостоятельно контролировать состояние своих финансов, а если они не способны этого делать в силу проблем со здоровьем, особенно в случае деменции, то необходимо крайне тщательно выбрать надежного человека для управления финансовыми делами [16].

Медицинские работники должны иметь представление об особенностях жестокого обращения с пожилыми людьми, проживающими дома. Существуют разные виды насилия. Жестокое отношение в семье может сформироваться ещё до того, как человек состарился, и может возникать в связи с увольнением, сменой семейных ролей или изменениями в сексуальных отношениях, развитием функциональных дефицитов и инвалидности.

В основном агрессорами выступают мужчины, некоторые из которых имеют алкогольную или наркотическую зависимость, причём эти люди часто являются супругами или сексуальными партнерами. В зоне риска находятся пожилые женщины, супруги или партнеры которых проявляли агрессию и в более молодом возрасте, а также женщины, начавшие отношения с агрессором в позднем возрасте. Среди характерных черт домашнего насилия следует выделить нарастание со временем частоты нанесения телесных повреждений и их тяжести, развитие чувства замешательства у жертвы, а также периоды повышенной напряженности после случаев жестокого обращения, за которыми может следовать открытое раскаяние агрессора [11]. Пожилые женщины подвержены жестокому обращению в большей степени, чем мужчины [13].

При насилии со стороны близких родственников (дети, внуки и др.) пациенты нередко скрывают сам факт насилия, так как стыдятся этого и не хотят уголовного преследования для

своих родственников. Нередко дети - люди с алкогольной или наркотической зависимостью, психически неуравновешенные, подвергают пожилых беспомощных родителей насилию, но родители, защищая детей, умалчивают о фактах насилия в доме и придумывают другие, более приемлемые с их точки зрения объяснения. Пациенты также боятся, что после раскрытия правды ситуация станет еще хуже.

В медицинских и других учреждениях, в которых оказывается помощь пожилым людям, также существует риск жестокого обращения, причём так же, как и при насилии дома, оно может иметь системный характер.

Пожилые люди оказываются под психологическим давлением тогда, когда с ними обращаются, как с детьми (инфантилизация) и их желания игнорируются. Рутинная работа и отсутствие эмпатии могут создать риск жестокого обращения или пренебрежения. Примером может послужить использование памперсов вместо того, чтобы помогать пожилым людям пользоваться туалетом, из-за недостатка персонала либо отсутствия желания. К систематическому пренебрежительному отношению следует отнести также избыточный или недостаточный приём лекарственных средств, неадекватное применение физических или медикаментозных ограничительных мер, кражи личных вещей пожилых людей из-за плохих условий хранения [9].

Особенности распознавания признаков жестокого обращения с пациентами, страдающими деменцией

Диагностика жестокого обращения представляет особую трудность у пациентов, страдающих деменцией, из-за имеющихся у них нарушений восприятия, речи, мышления, памяти, внимания и интеллекта. Пожилой пациент с деменцией не всегда может запомнить факт жестокого обращения, рассказать о нём, точно сформулировать проблему, он может быть запуган или введен в заблуждение.

Следует учитывать, что у пожилых пациентов с когнитивными расстройствами нередко имеются проявления галлюцинаторно-бредового синдрома (наиболее часто – бред ограбления, ущерба, нередко – бред ревности и преследования), депрессия, тревога, и врач должен обладать знаниями и навыками по проведению дифференциального диагноза между реальным жестоким обращением с пожилым человеком и бредово-галлюцинаторным синдромом у пожилого пациента с деменцией.

Совокупность признаков при сборе анамнеза, беседа с пациентом с глазу на глаз, наблюдение за больным и ухаживающим лицом, могут позволить заподозрить жестокое обращение с пожилым пациентом.

Признаки физического насилия над больными с деменцией включают ранее приведённые признаки - физические, поведенческие и эмоциональные, сексуальные, финансовые и относящиеся к попечителю. Специфика может проявляться в тяжести повреждений или усиленной эмоциональной реакции пожилого человека, вплоть до плаксивости. Также следует особо внимательно относиться к фактам частых госпитализаций в связи с травмами и повреждениями, быстрого, вопреки предварительным прогнозам, ухудшения течения хронических заболеваний, обращения за помощью без ухаживающего лица.

Врач, заподозрив жестокое обращение, должен проводить беседу в отсутствии посторонних лиц и прямо спрашивать больного, не подвергался ли он насилию. Чаще всего пациенты жалуются на физическое нападение, избивание, недостаточное питание, отсутствие помощи в гигиенических процедурах, оставление без лекарств. Поведенческие и

эмоциональные нарушения у пациента с деменцией могут включать аутоагрессию и самоповреждение.

Для оценки степени хронической боли у пациента на ранних стадиях деменции, при относительной сохранности речи и способности к коммуникации может применяться визуально-аналоговая шкала боли (ВАШ), десятибалльная рейтинговая шкала боли или Faces Pain Scale (FPS) [17]. При тяжелой деменции о наличии болевого синдрома могут свидетельствовать [8]:

1) изменение мимики пациента (grimаса страдания, частое моргание, зажмуривание, наморщивание лба, сжимание зубов), слезотечение;

2) вербализации, вокализации (стонет, ноет, кричит, ругается);

3) движения тела: сжимает кулаки, поджимает ноги, изменение походки (хромает), держится за больное место, покачивается в кровати, напряженная, ригидная поза;

4) изменение межличностных взаимодействий (прекращение вербального и невербального общения, агрессивное поведение, нарушение контроля над тазовыми функциями, асоциальное поведение);

5) изменение паттернов бытовой активности и обычного поведения (отказ от еды, нарушение сна, не хочет вставать с постели, одеваться, гулять, нарушение навыков гигиены);

6) изменение психического статуса (плаксивость, возбуждение, апатия, озлобленность, появление нарушений сознания).

В случае недостаточного внимания к поведенческим симптомам, указывающим на хроническую боль у больного с деменцией, может иметь место лишнее, нецелесообразное лечение антипсихотическими препаратами [17].

Существует ряд признаков, которые могут указывать на наличие галлюцинаторно-бредового синдрома у пациента (Таблица 2). При подозрении на наличие галлюцинаций или бреда показана консультация психиатра.

Таблица 2. Возможные признаки галлюцинаторно-бредового синдрома

Галлюцинации	Галлюцинация – восприятие, возникающее без внешнего объекта. Подразделяются на зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, связанные с ощущениями на поверхности тела, в органах, а также ложные ощущения, связанные с чувством движения или ощущением тела в пространстве.
Сенестопатии	Сенестопатии - проявляются тягостными ощущениями на поверхности тела или во внутренних органах, при которых какие-либо изменения в тканях и органах не диагностируются, то есть ощущения лишены предметности; могут включать термические ощущения, ощущение перемещения, чувство натяжения и т.д.
Бред преследования	Пациент сообщает, что он подвергается преследованию со стороны какого-то человека или группы лиц. Причины подобного преследования, как правило, не связаны с реальностью, вычурны, нелогичны, не имеют реальных доказательств. Переубедить пациента не представляется возможным.
Бред ущерба и/или	Пациент сообщает, что ему вредят определенные лица – воруют

физического воздействия	вещи, подсыпают в пищу яд, заражают опасными заболеваниями.
Ипохондрический бред	У пациента есть паталогическая убежденность в наличии какого-либо (обычно тяжелого) заболевания, что проявляется в гипертрофированной озабоченности за своё здоровье. При ипохондрии пациенты склонны не доверять результатам анализов, опровергающим наличие патологического состояния. Попытки убедить пациента в отсутствии болезни встречают сопротивление, больные считают врача некомпетентным и недоброжелательным, не довольны лечением.

Действия при нарушении прав пожилых пациентов

Комплекс системных мероприятий по предупреждению жестокого обращения в медицинских учреждениях включает в себя:

- подготовку медицинского персонала по специальности «гериатрия»;
- медицинское, социально-психологическое сопровождение пожилых пациентов;
- обеспечение доступности медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной;
- отсутствие дискриминации пожилых людей по возрасту;
- применение современных протоколов по ведению пациентов с хронической болью, сенсорными и функциональными дефицитами, рисками падений, мальнутрицией, делирием;
- организацию надлежащего ухода, кормления, гигиены;
- создание безбарьерной среды (наличие пандусов, поручней, табличек с крупным шрифтом и шрифтом Брайля);
- наблюдение за пациентами с выраженными когнитивными нарушениями с соблюдением его прав и на основе уважения к личности.

Для пациентов, нуждающихся в особом регулярном уходе, важно привлекать членов семьи, опекунов, волонтеров, социальных работников.

Необходимо проводить активное медицинское наблюдение за пожилыми ослабленными пациентами на дому, контролировать выполнение, своевременность и качество медицинских процедур, адекватность ухода, питания. Целесообразно особое внимание обращать на психологическое и эмоциональное состояние пациента, а также поведение и состояние лиц, осуществляющих уход. При признаках ненадлежащего ухода или усталости опекунов или родственников, пациент нуждается в переводе в социальное или медицинское учреждение стационарного типа. В этой связи медицинским учреждениям важно иметь четкий алгоритм маршрутизации пациентов и отлаженный механизм взаимодействия с другими медицинскими и социальными учреждениями.

Рекомендации для сотрудников медицинских учреждений по предотвращению жестокого обращения с пожилыми людьми были сформулированы в центрах борьбы с заболеваниями и профилактики департамента здравоохранения США (Centers for Disease Control and Prevention) и содержат следующие положения:

1) необходимо установить контакт с пожилыми людьми и лицами, заботящимися о них, для того, чтобы понимать их трудности и иметь возможность оказать помощь;

2) сообщать о фактах жестокого обращения или о своих подозрениях уполномоченным органам;

3) уметь отличать признаки жестокого обращения с пожилыми людьми от нормального течения процесса старения;

4) отслеживать судьбу пожилых людей, имеющих очень небольшое количество близких людей, родственников;

5) лицам, заботящимся о пожилых людях, при необходимости, должна оказываться моральная и действенная поддержка;

6) в случаях, когда это разумно и возможно, нужно вовлекать в решение проблем со здоровьем и материальным положением пожилых людей не только членов семьи и официальных опекунов, но и других лиц;

7) оказывать помощь имеющим алкогольную или наркотическую зависимость пожилым людям или их опекунам [10].

При подозрении на нарушение прав пожилого пациента рекомендовано:

1) опрашивать пациента наедине, задавая прямые вопросы о возможном физическом насилии, ограничениях, отсутствии ухода;

2) предположительного виновника насилия также опрашивать отдельно;

3) уделить пристальное внимание отношениям между пациентом и предполагаемым виновником;

4) провести всестороннее гериатрическое обследование пациента, учитывая медицинские, функциональные и когнитивные факторы;

5) спросить пациента о его формальных и неформальных социальных связях [5].

Важно понимать, что агрессия по отношению к пожилым людям в медицинском учреждении может возникнуть при любой форме взаимодействия с пациентом, соответственно и информирование о проблеме жестокого обращения и путях её решения должно вестись на всех уровнях — врачи, средний и младший медицинский персонал, администрация, вспомогательный персонал, волонтеры, посетители, включая родственников, другие пациенты.

Формирование свободной от насилия к пожилым людям среды должно осуществляться по двум направлениям: предотвращение насилия и вмешательство в ситуацию.

Медицинские учреждения должны иметь четкий свод правил по борьбе с жестоким и пренебрежительным отношением, который позволит сотрудникам распознавать его и адекватно реагировать на инциденты. Факты жестокого обращения и подробности их урегулирования должны вноситься в специальный протокол (Приложение 2).

Свод правил включает в себя ряд шагов, необходимых для того, чтобы разобраться в ситуации и сообщить в соответствующие структуры, в числе которых могут быть органы правовой защиты, организации, осуществляющие аккредитацию и лицензирование, также о факте жестокого отношения могут быть уведомлены отдельные лица (родственники, адвокат пострадавшего).

При введении правил нужно учитывать, что пациенты и их родственники могут бояться говорить о жестоком обращении открыто, а сообщивший о правонарушении сотрудник может опасаться негативной реакции других членов коллектива и увольнения. Руководство должно поддерживать людей, сообщающих об инциденте, и обеспечить им защиту. Соблюдение этих условий способствует незамедлительному ответу на насилие.

Пожилые люди, оказавшиеся жертвами жестокого обращения, могут отказываться обсуждать проблему из-за страха, что она усугубится. Иногда, из-за потери зрения или проблем

с памятью, пожилой человек не может определить, от кого конкретно исходила агрессия. Люди, имеющие проблемы с коммуникацией, например, из-за инсульта или болезни Паркинсона, порой не могут сообщить о насилии.

Как отмечают члены семей пожилых пациентов и подопечные, даже если жертвы сообщают о жестоком обращении, их слова, скорее всего, будут поставлены под сомнение [9]. Стоит помнить, что инвалидность в связи с физическим заболеванием не означает психическую неполноценность пациента.

В случае если агрессия исходила от кого-либо из посетителей, необходимо ограничить или прекратить встречи, предварительно обсудив ситуацию с пациентом. Например, если агрессором был член семьи, и пациент желает продолжать с ним общение, то необходимо организовать встречи в местах, более заметных для персонала. Если правонарушителем выступает сотрудник, то по возможности нужно ограничить его контакт с пациентом, а также временно отстранить от должности. В случае серьёзного правонарушения сотрудник может быть уволен.

Если фактов, подтверждающих жестокое обращение, не достаточно, тогда необходимо сконцентрировать усилия на оказании помощи пациенту, по отношению к которому подозревается насилие, и быть непредвзятым к сотрудникам.

В ситуации жестокого обращения с пожилыми людьми должен в первую очередь вмешиваться персонал учреждения, ведущая роль отводится медицинским работникам.

В передовых медицинских учреждениях руководство и сотрудники прилагают усилия для создания обстановки, не допускающей жестокого обращения с пациентами, поддерживается качество медицинской помощи, уважаются права и учитываются потребности пациентов. Такая среда выступает связующим звеном для элементов внутренней политики и направлений деятельности организации.

Акцент работы, связанной с противодействием жестокому обращению, должен быть поставлен не столько на определении того, был ли инцидент фактом жестокого обращения, сколько на минимизации фактического ущерба, причиненного пожилому человеку, а также предупреждении подобных ситуаций в будущем.

Медицинским учреждениям рекомендуется распространить следующие правила профилактики и разрешения ситуаций жестокого обращения среди всего персонала и других лиц, осуществляющих уход за пациентами в учреждении, и отслеживать урегулирование инцидентов при помощи протокола.

Практическое руководство по профилактике случаев жестокого обращения с пожилыми людьми

Сотрудники уведомляются о риске жестокого обращения с пожилыми людьми и правилах борьбы с ним путем проведения общего собрания, в котором должны участвовать младший, средний медицинский персонал, врачи и администрация. Следующие правила (см. ниже), включая типичные признаки жестокого обращения, должны быть распространены в печатном виде среди сотрудников учреждения, работников вспомогательных служб, например, отвечающих за уборку или охрану учреждения, а также среди ухаживающих лиц - волонтеров, сиделок.

ПРАВИЛА ПРОФИЛАКТИКИ И РАЗРЕШЕНИЯ СИТУАЦИЙ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ

На фоне растущей доли пожилого населения меняются структура и потребности общества. Пожилые люди зачастую подвергаются дискриминации. Вместе с тем пожилые люди играют важную роль в жизни семьи и общества.

Если Вы оказались свидетелем жестокого обращения или лишь подозреваете нарушение прав пожилого пациента, важно осознавать, что Ваше молчание усугубит проблему, а сообщение о ситуации способно пойти на благо конкретному страдающему человеку и всему учреждению. На данном этапе Вы играете самую важную роль.

Если Вы стали очевидцем жестокого обращения

Незамедлительно окажите неотложную помощь пострадавшему, если требуется.

Немедленно обратитесь к любому представителю администрации. Необходимо сообщить ФИО пострадавшего, виновника, время совершения инцидента и подробно описать суть ситуации с указанием конкретного ущерба пожилому человеку.

Продолжите организацию всесторонней поддержки и помощи пострадавшему, согласовав свои действия с представителями администрации и коллегами, которые непосредственно имеют контакт с пациентом.

Цель вмешательства:

- предотвращение последствий жестокого обращения;
- предупреждение повторения проблемы, особенно если она оказалась систематической.

Если Вы подозреваете жестокое обращение, но не являетесь свидетелем

Сообщите обо всех ваших догадках или опасениях любому представителю администрации

Если Вы считаете, что руководство может проигнорировать Ваше обращение

Попробуйте установить контакт с максимальным числом представителей администрации.

Что необходимо делать администрации в случае жестокого обращения

А. Внимательно выслушайте человека, сообщившего о нарушении прав.

Если обратился сам пострадавший:

1) незамедлительно окажите требующуюся медицинскую и психологическую помощь;

2) примите все необходимые меры, чтобы после этого сообщения отношение персонала к пострадавшему человеку и качество оказания медицинской помощи не ухудшилось.

Если обратился сотрудник:

Окажите ему моральную поддержку.

Негативное отношение к этому человеку и его дискриминация в коллективе недопустимы. Если некоторые сотрудники отрицательно относятся к этому поступку, то необходимо изменить их позицию, чтобы не допускать терпимости к насилию.

Проведите совещание с коллегами и обсудите ваши шаги по преодолению негативных последствий ситуации в зависимости от её характера. В их числе может быть:

- беседа с потерпевшим наедине, осмотр терапевтом, при необходимости – другими специалистами, проведение дополнительных обследований (например, рентгенографии) для установления последствий жестокого обращения, отдельная беседа с предполагаемым виновником;

- оказание помощи для минимизации негативных последствий для здоровья и благополучия пострадавшего;

- смена врача для пациента, максимальное ограничение контакта с сотрудником или сотрудниками, либо другими лицами, которыми было совершено правонарушение;

- беседа с сотрудником-правонарушителем, временное отстранение от должности, в крайних случаях – увольнение;

- ограничение встреч с посетителем, если он был источником агрессии, либо проведение этих встреч на виду у персонала (если сам пациент выражает желание продолжить общение);

- сообщение родственникам пациента о правонарушении, в особенности, если оно было совершено нанятым ими человеком;

- принятие мер по отношению к виновнику, если он также является пациентом, что может включать ограничение его прав в той степени, в которой это необходимо для пресечения насилия;

- уведомление соответствующих органов, например, указанных выше, особенно в тех случаях, когда нарушение попадает в область уголовного права (преступления типа телесных повреждений, кражи, вымогательства, ряда профессиональных преступлений), а также, если ситуацию невозможно разрешить собственными силами.

Помните, что Вы несете ответственность за условия пребывания человека в учреждении и можете проконсультироваться со службами по поводу серьезности инцидента.

Минимизируйте последствия жестокого обращения и проследите, чтобы все подробности разрешения ситуации были внесены в протокол.

Типичные признаки жестокого обращения

Перечисленные ниже признаки могут свидетельствовать о жестоком обращении (отношении, причиняющем ущерб здоровью и благополучию пациента), но не всегда указывают на него. Важно не забывать о том, что нужно относиться справедливо и внимательно не только к предполагаемой жертве, но и подозреваемому в правонарушении человеку.

1. Жалобы на плохое обращение от самого пациента или его родственников, друзей.
2. Телесные повреждения, неадекватные условиям размещения в больнице и здоровью пациента, особенно те, происхождение которых пожилой человек не может объяснить.
3. Резкие негативные поведенческие и эмоциональные изменения пожилого человека.
4. Контакт пожилого человека с подозрительными посетителями, например, теми, кто предлагает подписание документов, расспрашивающими его посторонними людьми.
5. Сведения, указывающие на получение денежных средств персоналом от лиц, которым оказывается бесплатная медицинская помощь, за услуги, которые не включены в категорию платных услуг учреждения и фактически направлены на оказание помощи надлежащего качества.
6. Нетипичная негативная реакция сотрудника по отношению к конкретному пациенту.
7. Состояние пациента при поступлении в учреждение также может вызывать беспокойство. Особенно должны насторожить:
 - признаки телесных повреждений и явные психические проблемы пожилого человека;
 - свидетельства о ненадлежащем уходе: истощенность, резкое ухудшение здоровья за последнее время, недостаточная гигиена.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. А. В. Малько и др. Большой юридический словарь. – М: Проспект, 2009. – 704 с.
2. ВОЗ. Психическое здоровье и пожилые люди: информационный бюллетень (№381) [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/ru/>
3. ВОЗ. «Депрессия: давай поговорим» - призывает ВОЗ в то время как депрессия возглавляет список причин плохого состояния здоровья. [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/world-health-day/ru/>
4. ВОЗ. Деменция: информационный бюллетень (№362). [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/ru/>
5. ВОЗ. Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире /Под ред. Этьенна Г. Круга и др. Пер. с англ. — М: Издательство «Весь Мир», 2003. — 376 с. [Электронный ресурс] Режим доступа: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_ru.pdf
6. ВОЗ. Плохое обращение с пожилыми людьми: информационный бюллетень (№357). [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/ru/>
7. Краевое государственное бюджетное учреждение «Ванинский комплексный центр социального обслуживания населения». О профилактике жестокого обращения с пожилыми гражданами и о работе в учреждении «Школы безопасности». 2017. [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://mszn27.ru/node/27096>
8. AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. The Management of Persistent Pain in Older Persons. 2002. Doi: 10.1046/j.1532-5415.50.6s.1.x
9. Canadian Network for the Prevention of Elder Abuse. Abuse in institutions. [Электронный ресурс] Режим доступа: http://www.seniorsatrisk.org/wp-content/uploads/2012/05/abuse_in_institutions.pdf
10. Centers for Disease Control and Prevention. Understanding Elder Abuse. Fact Sheet. 2016. [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/em-factsheet-a.pdf>
11. National Committee for the Prevention of Elder Abuse. Domestic Violence. [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.preventelderabuse.org/elderabuse/domestic.html>
12. National Institute on Aging. Elder Abuse. [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://www.nia.nih.gov/health/publication/elder-abuse>
13. The United Nations. Secretary-General's Message for 2016. [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.un.org/en/events/elderabuse/2016/sgmessage.shtml>
14. The United Nations. World Elder Abuse Awareness Day, 15 June 2017. [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://www.un.org/development/desa/ageing/news/2017/05/world-elder-abuse/>
15. The United Nations. World Population Ageing: 1950-2050. [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/>
16. United Nations Economic Commission for Europe. Abuse of Older Persons //UNECE Policy Brief on Ageing No. 14. 2013. [Электронный ресурс] Режим доступа: https://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/Policy_briefs/ECE-WG-14.pdf
17. Wilco P Achterberg, Marjoleine JC Pieper et al. Pain management in patients with dementia//Clin Interv Aging. 2013; 8: 1471–1482. Doi: 10.2147/CIA.S36739

Рекомендации по ведению пациентов с гериатрическими синдромами

Возможные причины	Рекомендованные мероприятия
Снижение веса	
<ul style="list-style-type: none"> - депрессия; - саркопения; - синдром мальнутриции; - отсутствие зубов и зубных протезов; - заболевания ротовой полости, желудочно-кишечного тракта; - снижение функциональной активности; - сенсорные дефициты; - полипрагмазия; - когнитивные нарушения; - социальная дезадаптация, одиночество, низкий уровень дохода; - соматические заболевания 	<ul style="list-style-type: none"> - исключение онкологических и других соматических причин; - регулярная физическая активность; - рациональное питание; - направление на зубопротезирование; - социальная поддержка (участие семьи, социальной службы); - направление в центры социального обслуживания, в том числе привлечение социальной службы для организации доставки пищевых продуктов и лекарств
Падения	
<ul style="list-style-type: none"> - мышечная слабость; - нарушение походки и равновесия; - периферическая нейропатия; - лекарственные средства, влияющие на ЦНС; - антигипертензивные препараты, особенно при подборе терапии; - полипрагмазия 	<ul style="list-style-type: none"> - ограничение приема психоактивных препаратов и нейролептиков (в том числе седативных, снотворных, транквилизаторов и антидепрессантов); - организация безопасного быта; - регулярная физическая активность
<ul style="list-style-type: none"> - снижение зрения; - болевой синдром; - 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 железнодорожного полотна в неполюженном месте) 	<ul style="list-style-type: none"> - коррекция нарушений зрения - рекомендовать пациентам не носить очки с мультифокальными линзами во время ходьбы, особенно по лестницам; - использование вспомогательных средств при ходьбе (трости, ходунки) - правильный подбор трости по высоте (пациент должен встать прямо, свободно опустить руки и слегка согнуть их в локте (примерно на 10-15 градусов), рукоятка трости должна находиться на уровне линии изгиба запястья; - использование бедренных протекторов; - прием витамина D в дозе не менее 800 МЕ/сут. длительно;

	<ul style="list-style-type: none"> - коррекция дефицита витамина В12; - обратить внимание на правильный подбор обуви для дома (нескользящая подошва, обязательны задники) и для улицы (соответствие размера, использование в зимнее время противоскользящих накладок)
Когнитивные нарушения	
<ul style="list-style-type: none"> - первичные деменции (болезнь Альцгеймера и др.); - деменция при мультисистемных дегенерациях ЦНС (деменция с тельцами Леви, болезнь Паркинсона с деменцией и др.); - вторичные деменции (сосудистая деменция, нормотензивная гидроцефалия, посттравматическая/метаболическая/токсическая энцефалопатии и др.); - смешанная деменция (например, болезнь Альцгеймера + сосудистая деменция) 	<ul style="list-style-type: none"> - консультация гериатра при наличии когнитивных расстройств с декомпенсацией соматической патологии; - консультация невролога при наличии когнитивных расстройств, не достигающих стадии деменции, при наличии деменции с невыраженными аффективно-поведенческими расстройствами, при наличии когнитивных расстройств с началом ранее 65 лет, а также с неврологической симптоматикой, при внезапном начале и/или быстро прогрессирующем течении; - консультация психиатра при наличии аффективно-поведенческих расстройств (неадекватное поведение, галлюцинации, агрессия, возбуждение, апатия, тяжелая депрессия); - регулярная физическая активность; - выявление и коррекция сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета; - выявление и коррекция дефицита витамина В12; - когнитивный тренинг (выполнение упражнений, направленных на тренировку когнитивных функций, например, заучивание стихов, решение логических задач, разгадывание кроссвордов и т.д.); - профилактика падений
Недержание мочи	
<ul style="list-style-type: none"> - возрастные изменения мочевых путей; - эффект лекарственных препаратов; - пролапс тазовых органов; - заболевания предстательной железы; - сопутствующие заболевания (неврологические, метаболические); - хирургическое лечение и лучевая терапия органов мочеполовой системы; - нарушение когнитивного и/или 	<ul style="list-style-type: none"> - регулярная физическая активность, укрепление мышц тазового дна; - упражнения для тренировки мышц тазового дна при ургентном и/или стрессовом недержании мочи, упражнения Кегеля: 3 сета по 8-12 сокращений мышц тазового дна в течение 8-10 с 3 раза в день ежедневно в течение, по крайней мере, 15-20 недель; - тренировка мочевого пузыря при ургентном недержании мочи, направлена на восстановление произвольного контроля над функцией мочевого пузыря, с помощью дневника мочеиспусканий

<p>физического функционирования, действие психологических факторов</p>	<p>(определяется минимальный временной промежуток между мочеиспусканиями, рекомендуется регулярное мочеиспускание с равными промежутками времени, начиная от минимального; после 2-х дней без эпизодов недержания мочи – увеличение интервала между мочеиспусканиями (отвлечение путем расслабления, глубокого дыхания или быстрого сокращения мышц тазового дна); интервал постепенно увеличивается, пока не достигнет 3-4 часов, длительность обучения: до 6 недель;</p> <ul style="list-style-type: none"> - диетические рекомендации (уменьшение потребления кофеин-содержащих напитков); - лечение и профилактика запоров (увеличение объема потребляемой жидкости до 1,5-2 литров в сутки, увеличение в рационе питания продуктов, богатых растительной клетчаткой, употребление продуктов с лакто- и бифидофлорой, регулярная физическая активность, поведенческая терапия - «приучить себя к утреннему стулу», исключить продукты, задерживающие опорожнение кишечника - крепкий черный чай, черника, манная и рисовая каши); - ревизия лекарственных препаратов; - консультация гериатра/уролога/гинеколога
<p align="center">Снижение настроения и депрессия</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - полиморбидность; - деменция; - злоупотребление седативными и снотворными средствами; - одиночество, социальная изоляция 	<ul style="list-style-type: none"> - в случае наличия большого депрессивного расстройства и/или суицидальных мыслей – консультация психиатра; - направление пациента в территориальные центры социального обслуживания с целью организации досуга, преодоления социальной изоляции; - консультация гериатра
<p align="center">Снижение функциональной активности/ трудности при ходьбе, перемещении</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - мышечная слабость; - заболевания суставов; - периферическая нейропатия; - поражение головного мозга (последствия инсульта, деменция, гидроцефалия, объемные образования) 	<ul style="list-style-type: none"> - регулярная физическая активность; - использование вспомогательных устройств при ходьбе (трости, ходунки, кресла-каталки); - прием витамина D в дозе не менее 800 МЕ/сут длительно; - коррекция дефицита витамина B12; - при необходимости направление к ортопеду для протезирования суставов; - при необходимости организация медицинского и социального патронажа

Приложение 2

Протокол регистрации случаев жестокого или пренебрежительного отношения к пациентам пожилого возраста

№	Дата инцидента	ФИО пациента	ФИО и должность правонарушителя	Описание ситуации	Принятые меры	Подпись и ФИО лица, составившего запись

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ ИМ. В.П. СЕРБСКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Выявление и профилактика жестокого обращения
с пожилыми и престарелыми людьми
в специализированных учреждениях здравоохранения
и социальной защиты.
Помощь жертвам жестокого обращения.**

Методические рекомендации

Москва – 2017

УДК 616-053.9

ББК 56.14

Методические рекомендации подготовлены сотрудниками ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России: доктором медицинских наук, профессором Е.В. Макушкиным, доктором медицинских наук, профессором Ю.И. Полищуком, доктором медицинских наук Е.А. Панченко и Российского геронтологического научно-клинического Центра Минздрава России, доктором медицинских наук, профессором Н.К. Рунихиной.

Методические рекомендации утверждены на заседании Ученого совета ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России «6» июля 2017, протокол № 6.

Рецензенты:

Б.А. Казаковцев – доктор медицинских наук, профессор, руководитель Отдела эпидемиологических и организационных проблем психиатрии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России;

В.В. Макаров – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психотерапии, медицинской психологии и сексологии ФБГОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России;

Ю.Т. Джангильдин – доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФБГОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России.

Макушкин Е.В., Полишук Ю.И., Рунихина Н.К., Панченко Е.А. Выявление и профилактика жестокого обращения с пожилыми и престарелыми людьми в специализированных учреждениях здравоохранения и социальной защиты. Помощь жертвам жестокого обращения: Методические рекомендации. – М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2017. – 23 с.

В работе подробно описан процесс старения как взаимодействие биологических, клинических, социальных и личностно-психологических детерминант. Обозначены актуальные процессы эйджизма (и дискриминации) в обществе. Приведена тема насилия над пожилыми людьми, даны группы риска (в том числе суицидального). Предлагается система мер профилактики насилия в учреждениях медицинской и социальной помощи пожилым людям.

Для врачей-геронтологов, врачей-психиатров, врачей общей медицинской практики, медицинских психологов, руководителей территориальных общемедицинских и психиатрических служб, организаторов здравоохранения, медицинских психологов.

© Группа авторов, 2017.

© ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2017

Введение

Число пожилых и старых людей во всем мире стремительно увеличивается. Согласно научным прогнозам, к 2025 г. число лиц старше 60 лет на планете более чем удвоится и достигнет 1,2 млрд. Ежемесячно, по данным ВОЗ, примерно 1 млн. человек достигает возраста 60 лет. Рост средней продолжительности жизни во многих странах, включая Россию, отражается на увеличении числа лиц в возрасте 80 и более лет (преобладание женщин над мужчинами). В некоторых субъектах Российской Федерации доля пожилых и старых людей уже превышает 25% и доходит до 28% от общей численности населения. Это определяет рост проявлений насилия по отношению к пожилым. Так, согласно Европейскому докладу по предупреждению жестокого обращения с пожилыми людьми (2011), в Европейском регионе ежегодно до 29 млн. (19,4%) пожилых людей испытывают психологическое насилие; 6 млн. (3,8%) становятся жертвами финансовых злоупотреблений; 4 млн. (2,7%) становятся жертвами физического насилия; 2500 (30%) погибают от рук членов семьи; 1 млн. (0,7%) подвергаются сексуальному насилию. В России точной статистики нет, но, по мнению экспертов, ситуация аналогична.

Постоянный прирост людей этой категории, их медицинское и социальное обслуживание, необходимость расширения сети домов-интернатов, социальных домов для престарелых, психоневрологических интернатов требуют больших экономических затрат. Пребывание в частных домах для престарелых, сеть которых постепенно увеличивается, доступно далеко не всем нуждающимся. При этом качество подготовки медицинского персонала и социальных работников, как в государственных, так и в частных домах и интернатах для престарелых, а также в психоневрологических интернатах отстает от современных требований. Такая ситуация вызывает озабоченность государственных органов здравоохранения, социального обеспечения и финансовых органов в связи с необходимостью оказания престарелым людям, среди которых немало ветеранов Великой Отечественной войны и тружеников тыла, качественной медицинской, социальной и материальной помощи.

В значительной степени все это относится и к больным с поздней деменцией, количество которых прямо пропорционально числу стареющих людей. Деменция - тяжелое бремя для больного, семьи, общества, государства. В 2015 г. в мире насчитывалось около 47 млн. человек с деменцией (примерно 5% пожилого населения). К 2030 г. эта цифра возрастет до 75 млн. человек. Ежегодно деменция, как одна из причин инвалидности, развивается у 9,9 млн. человек. По данным ВОЗ, Россия входит в число 9 стран с наиболее высокими показателями по этому заболеванию. Отмечается высокая потребность в современных мерах профилактики и лечения больных с деменцией, при фактически низком уровне обеспеченности этими услугами.

В декабре 2016 г. Исполнительный комитет ВОЗ разработал Проект глобального плана действий по реагированию на эпидемию деменций на период 2017 – 2025 гг. Проблема деменций рассматривается как приоритетная для общественного здравоохранения во всем мире. Целью глобального плана ВОЗ по деменции является улучшение жизни людей с деменцией и лиц, осуществляющих за ними уход. Основными задачами провозглашаются защита и расширение возможностей свободы больных деменцией, повышение внимания к вопросам профилактики и лечения деменций, а также качеству ухода за такими пациентами. Одним из направлений реализации указанного плана является повышение осведомленности населения о деменции, формирование доброжелательного, уважительного отношения к таким больным. Подчеркивается необходимость устранения стигматизации и проявлений так называемого эйджизма (отрицательного или уничижающего, неприязненного отношения к людям преклонного возраста с их дискриминацией). Имеется также специальное указание на необходимость обеспечения справедливого отношения и уважения к достоинству и правам людей с деменцией, а также оказания поддержки лицам, обеспечивающим уход за ними.

Предусматривается создание механизмов мониторинга уровня уважения прав, пожеланий и предпочтений людей с деменцией. К ним относятся гарантии защиты от эксплуатации жестокого обращения в учреждениях и сообществах

для пожилых, где нередко нарушаются права таких людей. Предусматривается качественный уход и профессиональное ведение больных деменцией с предоставлением им разнообразных услуг при оказании первичной медицинской и паллиативной помощи, поддержании их повседневной активности. Подчеркивается необходимость вовлечения их в культурную, социальную и гражданскую жизнь. Акцентируется внимание на формирование благоприятной психологической и правовой среды, в которой должны находиться пожилые люди с деменцией. ВОЗ предусматривает разработку и реализацию глобальных программ обучения медицинского персонала, социальных работников и ухаживающих лиц надлежащему обращению с пациентами, страдающими деменцией.

Опыт работы с пожилыми людьми имеется в разных странах. Существующий в США Национальный Центр по проблеме жестокого обращения с пожилыми людьми и службы их защиты ежегодно регистрирует до 1 млн. случаев жестокого обращения с пожилыми. В Кыргызстане разработан проект «Право на жизнь без насилия в пожилом возрасте» и принят закон «О социально-правовой защите от насилия в семье». Аналогичные законы были приняты в Украине и Казахстане.

Необходимо отметить, что деятельность, направленная на улучшение качества жизни пожилых людей, осуществляется и в России. Так, в 2014 г. на заседании Президиума Госсовета Президент страны говорил о необходимости повышения качества жизни людей старшего поколения, создании условий для их активного долголетия. Он подчеркнул важность заботливого и милосердного отношения к лицам позднего возраста, повышения качества их медико-социального обслуживания в специализированных учреждениях здравоохранения и социальной защиты.

Принципы соблюдения и уважения прав и достоинства пожилого и старого человека закреплены в Российской Федерации законодательно. Так, согласно ст. 21 и 22 Конституции РФ:

- достоинство личности охраняется государством. Ничто не может быть основанием для его умаления;
- никто не должен подвергаться пыткам, насилию, другому жестокому или унижающему человеческое достоинство обращению или наказанию. Никто не может быть, без добровольного согласия, подвергнут медицинским, научным или иным опытам;
- каждый имеет право на свободу и личную неприкосновенность.

Указанные конституционные права пожилых и старых людей закреплены в Уголовном Кодексе РФ. В разделе «Преступления против личности»: ст. 112 — Умышленное причинение средней тяжести вреда здоровью; ст. 115 — Умышленное причинение легкого вреда здоровью; ст. 116 — Побой; ст. 117 — Истязание; ст. 124 — Неоказание помощи больному; ст. 130 — Оскорбление, унижение чести и достоинства другого лица, выраженные в неприличной форме; ст. 133 — Принуждение к действиям сексуального характера; ст. 159 — Мошенничество; ст. 163 — Вымогательство; ст. 165 — Причинение имущественного ущерба путём обмана или злоупотребления доверием. По этим статьям предусмотрено уголовное наказание в виде денежного штрафа, либо ограничения свободы.

В Гражданском кодексе РФ жизнь, здоровье, достоинство, личная неприкосновенность, честь и доброе имя, деловая репутация, неприкосновенность частной жизни, личные права и свободы квалифицируются как нематериальные блага (ст. 150).

Принцип уважения прав и достоинства личности при оказании медико-социальной помощи зафиксирован в ряде федеральных законов: «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 г.; «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 2 июля 1992 г.; «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» от 2 августа 1995 г. В законе «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации» от 10 декабря 1995 г., наряду с понятием «социально-медицинских услуг» введено понятие

«социально-медицинского обеспечения жизнедеятельности». В 1997 г. было принято постановление «Об утверждении Примерного положения о Центре социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов», а в 1999 г. принято постановление «Об утверждении Методических рекомендаций по организации деятельности государственного (муниципального) учреждения «Комплексный центр социального обслуживания населения». В обоих документах были даны подробные рекомендации по организации работы специализированных отделений социально-медицинского обслуживания на дому пожилых людей и инвалидов.

В 2015 г. в ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» была разработана *концепция* позднего возраста, благоприятного и неблагоприятного старения применительно к судебной психиатрии с выделением биологических, социально-психологических, правовых и виктимологических детерминант инволюционных процессов. В значительной степени она направлена на антидискриминацию пожилых и престарелых людей, защиту их прав и свобод.

Однако меры по выявлению и профилактике распространенного открытого и скрытого жестокого, негуманного обращения с пожилыми и старыми людьми в процессе их медицинского и социального обслуживания во всех этих документах изложены не в полной мере. В настоящее время назрела необходимость в их более детальной разработке и унификации. С учетом повышенной виктимности пожилых и старых людей, являющихся потенциальными жертвами жестокого обращения и насилия, именно эта проблема стала одной из важных и актуальных в области общественного здравоохранения.

Определение понятия жестокого обращения

Под **жестоким обращением** с пожилыми и престарелыми людьми понимаются не только разные формы открытого или скрытого физического и психического насилия над ними, но и любые проявления равнодушия, пренебрежения, игнорирования, безразличия или враждебности к ним.

Жестокое обращение или насилие - это вид поведения, направленного на причинение вреда или оскорбление, унижение пожилого человека. Это любое действие или бездействие, которое причиняет ущерб пожилому человеку или подвергает риску его здоровье и благополучие.

Оно может быть краткосрочным, эпизодическим или долгосрочным, систематическим. Насилие как крайняя форма жестокого обращения своими маркерами имеет различные виды телесных повреждений: синяки, ссадины, покраснение и припухлость кожных покровов, иногда переломы костей, вывихи. Маркерами психологического насилия и жестокости являются депрессивные расстройства, слезы, чувство и переживание обиды, оскорбления, выражение протеста, мстительности, отказ от еды. Психологическое насилие наблюдается чаще. По данным канадских специалистов, этот вид насилия встречается более чем в половине всех случаев насилия и жестокого обращения с пожилыми людьми, тогда как физическое насилие отмечается примерно в 15% случаев.

Классификация разных видов жестокого обращения включает в себя:

- 1) физическую жестокость и ее крайнюю форму - физическое насилие (побои, удары, толчки, ожоги, причинение боли, связывание);
- 2) психологическую или эмоциональную жестокость (оскорбительные, уничижительные слова, обзывания, устрашения, угрозы, грубость, отстранение от самостоятельных решений);
- 3) сексуальное насилие и сексуальные притязания;
- 4) ограничение свободы передвижения, физическую изоляцию;
- 5) эксплуатацию: экономическую, финансовую (незаконное использование финансов и имущества пожилого человека без его ведома), нанесение ему материального ущерба путём обмана и мошенничества;
- 6) пренебрежение (отсутствие внимания, заботы, игнорирование, халатность, намеренное непредставление предметов первой необходимости или ухода, отказ в пищевых продуктах, в свиданиях с родственниками);
- 7) ограничение законных прав и свобод;

8) передозировка или недостаточность назначенных психофармакологических средств.

В работе психиатрических учреждений (психоневрологических диспансеров, психиатрических больниц, психоневрологических интернатов) следует различать понятия *насилия и жестокости*, с одной стороны, физического принуждения с *принудительными мерами медицинского характера*, с другой. Например, нельзя квалифицировать как насилие ситуации, когда больных, находящихся в психотическом состоянии (с бредом и галлюцинациями, психомоторным возбуждением) необходимо накормить при стойком отказе от еды; при попытках суицида; при отказе от приема лекарственных средств. Или нужно принять меры при агрессивном поведении пациента по отношению к окружающим. Во всех этих случаях меры физического принуждения и воздействия со стороны врачей и медицинского персонала не следует квалифицировать как проявление насилия и жестокости, так как они направлены во благо больному человеку и окружающим его лиц на законных и регламентированных основаниях, которые нельзя превышать. Недопустимо применение нейролептиков и транквилизаторов в качестве *средств наказания* больных за их агрессивность и неадекватность, так как это ведет к разнообразным нежелательным побочным явлениям и лекарственным осложнениям.

Однако при квалификации фактов жестокого обращения необходимо помнить и возможности *мнимых* сообщений. Это может быть вызвано нарушенным психическим состоянием пожилого человека. В этих случаях речь идет о психических расстройствах в форме параноидов позднего возраста или хронических маломасштабных бредовых расстройствах с почти обыденным содержанием: идеями наносимого им материального или морального ущерба, идеями обкрадывания, воровства, порчи предметов личного пользования, иногда идеями отравления, преследования с целью завладения их жильем. Они приводят различные доказательства реальности таких действий, не поддаются разубеждению. Меры пассивной защиты от недоброжелателей сменяются

активными действиями по их разоблачению. Больные обращаются с заявлениями в правоохранительные органы, вызывают полицию с целью обнаружения признаков и следов преступных действий, требуя наказания виновных, вступая с ними в конфликты. Иногда возникают бредовые идеи физического воздействия: больные заявляют, что на них воздействуют электротоком, газом, рентгеновским облучением, вызывают неприятные или болезненные ощущения, ухудшая их физическое состояние. Такого рода психические расстройства возникают и у некоторых больных с деменцией, но при этом носят менее развернутый характер и требуют своевременной диагностики и адекватного психофармакологического лечения.

Особенности физического и психического состояния людей пожилого и старческого возраста, предрасполагающие к жестокому обращению

Работникам медицинских и социальных учреждений необходимо помнить о том, что пожилой возраст протекает под гнетом биологического увядания и специфических психосоциальных проблем. В пожилом и старческом возрасте человек более раним и уязвим к любым проявлениям жестокости и несправедливости. Он становится более обидчивым и эгоцентричным и нуждается в доверительном, внимательном и теплом отношении к нему. Наряду с этим он более доверчив, внушаем и забывчив, чем пользуются недобросовестные люди и мошенники в стремлении присвоить его финансовые средства под видом медицинских и социальных работников с ложными предложениями и обещаниями.

Физическое состояние большинства престарелых людей характеризуется наличием астенического симптомокомплекса (старческой астении) с явлениями общей слабости, повышенной утомляемости, истощаемости, раздражительности, болевыми ощущениями, замедлением физических и психических реакций, нарушениями сна. Этот симптомокомплекс определяется

не только процессами возрастной биологической инволюции, но и наличием сразу нескольких заболеваний (полиморбидность), из которых чаще всего отмечается гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, ишемическая болезнь мозга, сахарный диабет, заболевания опорно-двигательного аппарата, органов зрения, слуха и ряд других. В старости соматическое неблагополучие, ощущение физического недомогания и увядания, разнообразные болезненные проявления составляют «само содержание старческого существования». При физическом упадке и немощи происходит снижение психического тонуса. Чувство хронического физического недомогания, разнообразные боли способствуют повышению раздражительности и склонности к конфликтности в отношениях с окружающими, что, в свою очередь, приводит к формированию жестокого отношения некоторых членов семьи к старому человеку. Например, снижение слуха вызывает необходимость разговаривать с пожилым членом семьи громким голосом, что воспринимается им с обидой, так как ему кажется, что на него кричат, необоснованно повышают на него голос и тем самым проявляют неуважение и вербальную агрессивность. Если же голос не повышать, то пожилой человек со снижением слуха начинает часто переспрашивать и ему кажется, что с ним не хотят разговаривать и проявляют неуважение. Возникает замкнутый круг как один из механизмов жестокого обращения с плохо слышащим и больным старым человеком. Это следует учитывать медицинским и социальным работникам при общении с престарелыми людьми и уходе за ними.

Большой выдержки и терпения со стороны медицинских и социальных работников требует оказание помощи больным с деменцией при наличии у них поведенческих расстройств в форме негативизма, агрессии, бредового поведения, блужданий в дневное и ночное время, неадекватных поступков, расторможенности, назойливости. Эти расстройства создают повышенную психоэмоциональную нагрузку на персонал медицинских и социальных

учреждений и формируют предпосылки к жестокому обращению с такими пациентами в случае недостаточной подготовленности персонала.

Объективные и субъективные признаки (симптомы) жестокого обращения с пожилыми людьми

Учитывая, что проблема насилия в медицинских учреждениях может иметь скрытый характер, следует объективно подходить к сбору информации. Так, нередко пострадавшие от жестокого обращения и насилия пациенты, опасаясь последующей мести со стороны персонала, замалчивают факты насилия и жестокости или стремятся их преуменьшить, взять вину на себя. В таких случаях заведующий отделением или лечащий врач должен доверительно побеседовать с пациентом с глазу на глаз, внимательно его обследовать и выяснить причину и мотивы жестокого обращения, которое могло быть спровоцировано нарушениями поведения пациента.

К физическим признакам (симптомам) жестокого обращения с пожилыми и престарелыми пациентами относятся:

- 1) повреждения кожных покровов в виде синяков, ссадин, царапин, припухлости, гиперемии, следов от связывания и ожогов;
- 2) признаки переломов костей и повреждения суставов;
- 3) болевые ощущения при осмотре;
- 4) кровотечение или пятна крови на одежде и белье;
- 5) разорванная и грязная верхняя и нижняя одежда;
- 6) пролежни, признаки нарушения личной гигиены;
- 7) раскачивания телом.

К психическим признакам (симптомам) жестокого обращения относятся:

- 1) жалобы пострадавших на физическое насилие и жестокость;
- 2) переживания жестокого обращения со слезами, рыданием;
- 3) стоны и причитания пострадавших;
- 4) выражение возмущения жестоким обращением, протест против него;
- 5) брань в адрес допустивших жестокое обращение и требование их наказать;

6) взволнованность и угнетенность пострадавших;

7) молчание при расспросах.

К рискам жестокого обращения относятся:

- наличие деменции и психотических расстройств у пожилого человека;
- физическая беспомощность;
- пьянство ухаживающего лица;
- совместное проживание с ухаживающими лицами;
- конфликты в семье;
- финансовая зависимость ухаживающего лица от пожилого человека;
- затяжной стресс, обусловленный уходом за больным и эмоциональное выгорание ухаживающего лица;
- низкие стандарты медицинской и социальной помощи.

Суициды как следствие жестокого обращения

Говоря о жестоком обращении с пожилыми людьми, нельзя обойти вниманием тему самоубийства. Часто они пытаются уйти из жизни, так как становятся жертвами пассивной жестокости окружающих (равнодушия, грубости, отчуждения). В целом, этот возраст протекает с высоким риском суицидальной активности. Так, традиционно выделяют возрастные суицидальные пики в возрасте 65-75 лет. Суицидальные мысли возникают у каждого четвертого пожилого человека, а соотношение суицидальных попыток к завершенным суицидам по сравнению с молодыми смещается в пользу завершенного суицида. Известно также, что суицидальная активность у пожилых отличается не только высоким коэффициентом летальности, но и при незавершенных суицидах – более тяжелыми соматическими последствиями. Проводимые нами на протяжении последних десятилетий исследования в этой области позволяют говорить о наличии определенных особенностей суицидального поведения у пожилых людей.

Основным при развитии суицидального поведения у пожилых является специфическое влияние биологических, психологических и социальных

проблем, свойственных этому возрасту. Так, большое значение в снижении толерантности к стрессовым нагрузкам имеют возрастные изменения стареющей личности и возникновение полиморфной соматической патологии. Расстройства здоровья, сопровождаемые тягостными и труднопереносимыми болезненными переживаниями; наличие жалоб астенического характера (слабость, вялость, нарушения сна, головные боли и т.п.) выступают фоном при актуализации суицидальной активности. Крайне опасным для развития суицидальных настроений является и хронический болевой синдром, также сопровождающий многие соматические заболевания. Часто на решение о самоубийстве влияют ипохондрические переживания, свойственные пожилым людям: страх и тревога за свое здоровье без серьезных на то оснований.

В психологическом плане в старшей возрастной группе манифестирует специфическое психическое состояние, названное «ноогенным неврозом» - переживание потери основных жизненных смыслов, невозможность удовлетворять высшие потребности (прежде всего творческие и эмоциональные). На психическом состоянии негативно сказывается нарушение привычного режима и уклада жизни, нередко сочетающееся с острым ощущением противоречия между еще сохраняющейся трудоспособностью, возможностью принести пользу и невостребованностью. Именно ноогенные неврозы лежат в основе большинства суицидальных настроений.

При этом, провоцирующим суицидальную активность фактором чаще всего выступает *микросоциальное окружение* (семья или персонал учреждения, осуществляющего уход за пожилым человеком). Удельный вес собственно причин суицида семейно-бытового характера достигал у представителей старшей возрастной группы 70%. Причинами таких конфликтов были: совместное проживание в стесненных условиях; вступление в брак с «неподходящим» (по мнению родителей) человеком; расхождения во взглядах на воспитание детей и внуков; передел семейного имущества; борьба за власть и влияние в семье. Если пожилой человек находился в медицинском

учреждении, то речь шла о конфликте с персоналом, чаще всего связанном с несогласием пациента с особенностями режима.

Также в семье многие суициденты оценивали отношение к ним как формальное, прохладное или даже отчуждённое. Отношение родственников к пожилому человеку находилось на уровне затухания их активности, или перестройки структуры семьи и инкапсуляции пациента. Родственники теряли интерес к пожилому, контакт с ним ослабевал, он продолжал оставаться в семье сугубо формально. Такая ситуация провоцировала появление чувства одиночества и социальной изоляции, с которыми человек не мог справиться. Самоубийство становилось для него желательным выходом из труднопереносимой ситуации. Таким образом, *психологический микроклимат* играл решающую роль в развитии суицидального поведения.

Анализируя собственно специфику суицидального поведения пожилых пациентов, мы выделили 2 основных типа суицида: *истинный (витальный)* и *маскированный*. Так, основным смыслом витального суицида был абсолютный отказ от жизни, то есть интенцией суицида всегда была смерть. Главной особенностью являлось блокирование практически всех базовых потребностей на фоне отсутствия антисуицидальных факторов. Эти суициденты свой поступок объясняли процессами старения, нарастанием социальной изоляции и конфликтными отношениями с близкими. Они были одиноки; не имели возможности заниматься какой-либо продуктивной творческой деятельностью, а в силу интеллектуально-мнестического снижения были не в состоянии сформировать новые позитивные установки. Часто пожилые люди описывали свое состояние как длительное и стабильное переживание. Многие из них сообщали, что ранее никогда не рассматривали суицид как возможный исход, однако непереносимость душевной боли на фоне общей социальной изоляции сделала подобное решение возможным. Нередко ситуация осложнялась смертью супруга (супруги), утратой близких друзей. Отмечалось чувство снижения эмоциональной связи с другими людьми, ранее значимыми событиями или собственными переживаниями. Появлялись феномены

дереализации и деперсонализации. Как следствие, приходило объективное осознание собственной неустроенности, ведущее к развитию депрессивных состояний, появлению или усилению антивитальных переживаний. Таким образом, имелась фрустрирующая блокада основных ценностей и потребностей личности. Соответственно принятие решения о суициде было лишено каких-либо манипуляционных элементов, на определенной стадии суицидогенеза исчезали сомнения в правильности этого выбора, решение принималось взвешенно и нередко безэмоционально.

Важно, что поначалу многие пациенты критически оценивали свое состояние и пытались справиться с ним самостоятельно. Однако только 5% из них обращались к специалистам (психиатрам, психотерапевтам, психологам, участковым терапевтам). Остальные искали помощи у близких, но чаще всего не находили поддержки, так как родственники воспринимали их жалобы как «неуместные», «непонятные», «навязчивые». Часто, когда пациенты неоднократно угрожали попыткой самоубийства, их угрозы не воспринимали всерьез. Даже проживая с семьей, они были одиноки и изолированы от общения, поэтому их жалобы не принимались в расчет и, возможно, могли быть «услышаны» социальными работниками или врачами, чего, однако, не произошло.

Особенностью суицида в пожилом возрасте была основательность, продуманность, «серьезность» суицидальной попытки. Они тщательно выбирали способ, учитывая его доступность и максимальную летальность. Подготовка к суициду часто была скрытой. Психическое состояние в пресуицидальный период подавляющее большинство пациентов описывали как сильную душевную боль или горе. Суицид не приводил к смерти лишь благодаря вмешательству других людей.

Отдельную проблему представляли пациенты с *деменцией*. Эмоциональная лабильность, неустойчивость аффекта, взрывчатость, эксплозивность делали суицидальное поведение повторяющимся, спонтанным, порой совершенно неожиданным для окружающих. Часто наблюдалось

несоответствие повода для решения о совершении суицида самому поступку (не имеется в виду механизм «последней капли», что бывает у пациентов с депрессиями), который был «неожиданным» для самого суицидента. Так, один больной рассказывал, что еще с утра у него было замечательное благодушное настроение, но после ссоры с соседом по палате «очень сильно разозлился и решил отомстить», после чего попытался выброситься с балкона, хотя раньше мыслей о самоубийстве у него не было. Способ суицида обычно заранее не продумывался. Пациенты активно сообщали о своих суицидальных замыслах, но близкие оценивали их слова как шантаж и не верили в возможность совершения самоубийства. Чаще всего суицид предпринимался вследствие чувства обиды, вызванного конфликтной ситуацией с кем-то из ближайшего окружения. В других был реакцией протеста на необоснованные, на взгляд пациента, требования к нему. Важно, что суицидальная настроенность корректировалась только временно и провоцирующие факторы легко приводили к обострению суицидальных тенденций.

Отличительной чертой другого типа суицидального поведения (маскированный суицид), свойственного пожилым, было отсутствие осознаваемого суицидального намерения и его последующее отрицание. При этом наблюдалось снижение инстинкта самосохранения на фоне наличия фрустрированных потребностей и ослабления антисуицидальных факторов. Суицидальная попытка выглядела как несчастный случай. Характерно, что и сами пациенты были убеждены в случайности произошедшего. Например, пожилой человек мог «случайно» оставить включенным газ на ночь. Или пациент, находясь на садовом участке, «по ошибке» ночью, вместо заваренного настоя трав выпил жидкость для удобрения растений, другой - был сбит автомобилем при попытке перейти дорогу с чрезвычайно плотным автомобильным потоком. Сюда же относится и «легкомысленное» отношение к лечению имеющегося соматического заболевания – например, пациент, страдающий инсулинозависимым сахарным диабетом, регулярно «забывал» делать себе инъекции.

В целом, ближайший постсуицидальный период в пожилом возрасте протекает неблагоприятно, так как сохраняется высокий риск повтора суицидальных действий. Актуальность психотравмирующей ситуации, как правило, не снижается, а человек не видит дополнительных способов ее разрешения. Лишь менее половины пациентов относились к попытке суицида критически. Остальные продолжали рассматривать его как возможный выход из непереносимой ситуации.

Учитывая, что психофармакотерапия у пожилых, предпринявших суицидальные действия, не могла применяться достаточно активно в силу неблагоприятного их соматического состояния, наиболее действенными были психотерапия и профилактическая работа, проводимая с их ближайшим окружением.

К основным *задачам* терапии и профилактики суицидальных действий в пожилом возрасте мы отнесли:

- укрепление антисуицидального барьера личности;
- психокоррекционную работу с ближайшим микросоциальным окружением.

Практически укрепление антисуицидального барьера личности проводилось с позиций *духовной психиатрии*, то есть базировалось на работе с высшими человеческими потребностями и поиском новых актуальных личностных смыслов. Особый акцент при работе с пожилыми пациентами ставился на выявлении и развитии *религиозных потребностей*. Человек побуждался к идеалистическому, иной раз религиозному мироощущению, что помогало сформировать действенные антисуицидальные факторы.

Другая важнейшая задача профилактики суицидов у пожилых – это психокоррекционная работа с ближайшим окружением. Она была направлена на выработку у близких и медицинского персонала адекватного отношения к суициду и обучения их своевременному распознаванию начальных признаков рецидива суицидального поведения. Особый акцент ставился на корректности

и осторожности в общении с пожилым, настороженности в отношении совершения ими суицидальных действий.

Отдельная задача - это обучение членов семей и медицинского персонала навыкам распознавания признаков суицидального риска, а также мерам экстренной помощи. Было установлено, что в большинстве своем родственники и медицинский персонал *не могут своевременно идентифицировать суицидальное поведение*. Так, в 68% всех случаев предпринятый суицидальный эксцесс был для них абсолютно неожиданным, даже если пациент тем или иным способом сообщал о своих намерениях.

К основным признакам суицидального риска можно отнести:

- наличие суицидальных попыток в прошлом и их характеристики;
- продолжительность нынешних суицидальных мыслей и степень возможности их контроля;
- утраты, смерти или суициды близких пациента;
- намерения, указывающие на существование суицидального плана;
- выявление фактов завершения дел, подготовки завещания, логически необъяснимых фактов дарения имущества и т.п.;
- высокая степень изолированности от социального окружения;
- наличие суицидов у родственников пациента;
- наличие психического заболевания, психиатрических госпитализаций;
- наличие хронического физического заболевания, особенно с хроническим болевым синдромом;
- наличие зависимости от психоактивных веществ (особенно от алкоголя);
- лингвистические индикаторы суицидального поведения (прямые высказывания, а также оговорки или незавершенные мысли, отражающие суицидальные тенденции; выраженный эгоцентризм в восприятии реальности; ослабление или выпадение лексико-семантической группы, описывающей гедонистические переживания или представления; наличие паралингвистических характеристик аффективных нарушений: явная

замедленность темпа речи, заполнение речевых пауз глубокими вздохами, монотонность интонаций и т.д.).

Присутствие 3 и более из перечисленных факторов представляет умеренный или высокий риск суицида. В случае высокой степени риска реализации суицидальных намерений больной должен быть экстренно госпитализирован по «Скорой помощи» в стационарное отделение суицидологической службы или в психиатрический стационар.

В дальнейшем, продолжительность наблюдения суицидологической службы могла быть различной: от единичной консультации до долговременного ведения. К участию в мероприятиях по профилактике суицидального поведения у пожилых, при необходимости, привлекаются *социальные работники*. Организуются *юридические консультации*, как для самого пациента, так и для его родственников.

Работа по выявлению и предупреждению жестокого обращения с пациентами позднего возраста в учреждениях здравоохранения

Основным механизмом контроля за соблюдением прав пациентов и условий их содержания во многих психиатрических больницах, психоневрологических интернатах и диспансерах остается проверка администрацией жалоб, поступивших от больных и их родственников. С целью улучшения ситуации по выявлению и искоренению фактов жестокого обращения с пожилыми людьми, сотрудниками **Отделения профилактической геронтопсихиатрии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского»**, было проведено масштабное комплексное исследование. Проводился опрос лиц позднего возраста, которые посменно находились в отделении дневного пребывания одного из московских территориальных Центров социального обслуживания в 2014 – 2016 гг. Были опрошены 200 человек пожилого (60-74 лет) и старческого (75-90 лет) возраста. Преобладали женщины над мужчинами в соотношении 8:1.

Жалоб на проявления жестокого обращения со стороны работников Центров социального обслуживания по отношению к пожилым и престарелым

клиентам не было. На вопрос о невнимательном или пренебрежительном отношении со стороны врачей территориальной поликлиники при обращении к ним больных за помощью или с просьбой дополнительного обследования утвердительный ответ дали 14 человек (7%). При этом врачи поликлиники, по словам пациентов, в таких случаях обычно указывали прямо или косвенно на преклонный возраст пациентов как причину или условие плохого самочувствия и физического нездоровья, неизбежного проявления старости, старческого увядания, которое не поддаётся какому-либо лечению. Рекомендовалось принимать витамины и общеукрепляющие средства, вести здоровый образ жизни. Возможность использования современных средств и методов лечения конкретных заболеваний с престарелыми больными людьми в этих случаях не обсуждалась, что вызывало у них чувство разочарования, обиды и униженности.

При выявлении случаев жестокого обращения и насилия в домашних условиях в процессе доверительных бесед были установлены факты домашнего жестокого обращения с пожилыми и старыми людьми в различных формах. О жестоком обращении и психологическом насилии в виде оскорблений, нанесении обид или полного игнорирования со стороны супругов, детей, внуков, зятя или невестки в процессе бытовых ссор и конфликтов сообщили 10 человек (5%). 8 человек (4%) рассказали о случаях жестокого обращения с ними со стороны сына или мужа, злоупотребляющих спиртными напитками. В состоянии алкогольного опьянения они проявляли не только психологическое насилие путем грубых слов и сквернословия, угроз и унижения, но и путем физической агрессии (толчки, удары, побои). О случаях жестокого обращения со стороны соседей, проживающих в коммунальной квартире, в процессе бытовых конфликтов сообщили 6 человек (3%). Всего о случаях жестокого обращения в разных формах в домашних условиях проинформировали 36 человек из 200 обследованных (это составляет 18%). У части пострадавших в результате жестокого обращения в домашних условиях на момент обследования были выявлены различные психические расстройства: расстройства адаптации в форме кратковременных или пролонгированных депрессивных и тревожно-

депрессивных реакций (19 человек), дистимий – (6 человек). Среди пострадавших было 7 больных с начальной стадией деменции, которые, как известно, особенно уязвимы по отношению к жестокому обращению и насилию. Всем пострадавшим была оказана психолого-психотерапевтическая помощь в групповой и индивидуальной формах. Это осуществлялось в Консультативном геронтопсихотерапевтическом кабинете на базе отделения дневного пребывания Центра социального обслуживания.

По нашему мнению, подобные кабинеты целесообразно организовать при каждом Центре социального обслуживания в целях выявления и предупреждения жестокого обращения с пожилыми и старыми людьми в домашних условиях, диагностики у них разных форм психической патологии и оказания квалифицированной геронтопсихотерапевтической помощи.

Что нужно делать при обнаружении фактов жестокого обращения

При обнаружении фактов жестокого обращения пострадавшим от него должна быть оказана адекватная медицинская, психологическая и психотерапевтическая помощь. Данные факты должны быть *зафиксированы* в истории болезни или в амбулаторной карте медицинского учреждения и вместе с докладной запиской от лиц, допустивших правонарушение, должны быть переданы в администрацию и этический комитет этого учреждения. По факту насилия и жестокого обращения пациент или его родственники могут подать *жалобу* руководству учреждения или в вышестоящую инстанцию. Такая жалоба должна быть рассмотрена в короткий срок, после чего должны быть приняты административные меры по отношению к сотрудникам, допустившим насилие над пациентом или жестокое обращение с ним.

С пострадавшими от жестокого обращения не следует вести пространные разговоры на эту тему. Им не следует смотреть телепередачи со сценами жестокости, агрессии и насилия. Им должна постоянно оказываться физическая и психологическая поддержка, наряду с которой должна осуществляться

постепенная стимуляция их физической и психической активности в процессе лечения и психосоциальной реабилитации.

При работе с возбужденными и агрессивными больными необходимо избегать жесткой фиксации больных в постели и передозировки нейролептиков и транквилизаторов. При наличии болевого синдрома при физических травмах назначают анальгетики.

«Утверждаю»
главный гериатр

Минздрава России
 О.Н. Ткачева
« » _____ 2016г.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ СО СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИЕЙ ДЛЯ ВРАЧЕЙ
ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Разработчики: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации **Обособленное структурное подразделение «Российский геронтологический научно-клинический центр»**

профессор Н.К. Рунихина, В.С. Остапенко, Н.В. Шарашкина, Э.А. Мхитарян, Д.А. Каштанова

Синдром старческой астении, или «хрупкость» (frailty)

СТАРЧЕСКАЯ АСТЕНИЯ - ассоциированный с возрастом синдром (ССА, шифр по МКБ-10 R54)

- Основные клинические проявления:
 - общая слабость
 - медлительность и/или
 - непреднамеренная потеря веса
- Сопровождается снижением физической и функциональной активности многих систем, адаптационного и восстановительного резерва,
- Способствует развитию зависимости от посторонней помощи в повседневной жизни, утрате способности к самообслуживанию
- Ухудшает прогноз состояния здоровья

Включает в себя более 85 различных гериатрических синдромов, основными из которых являются синдромы падений, недостаточности питания (мальнутриции), саркопении (уменьшение массы и силы мышечной ткани), недержания мочи, а также сенсорные дефициты, когнитивные нарушения, депрессия

ЦЕЛЬ ЛЕЧЕНИЯ – предупреждение развития преждевременного старения, развития гериатрических синдромов и их осложнений, сохранение и восстановление способности пациентов к самообслуживанию, функциональной активности и независимости от посторонней помощи в повседневной жизни, улучшение качества жизни, снижение смертности

Алгоритм диагностики ССА

Пациенты ≥ 60 лет - скрининг по шкале «Возраст не помеха»

№	Вопросы	Ответ
1	Похудели ли Вы на 5 кг и более за последние 6 месяцев? (Вес)	Да/нет
2	Испытываете ли Вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения Зрения или Слуха?	Да/нет
3	Были ли у Вас в течение последнего года Травмы, связанные с падением?	Да/нет
4	Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель? (Настроение)	Да/нет
5	Есть ли у Вас проблемы с Памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?	Да/нет
6	Страдаете ли Вы недержанием Мочи?	Да/нет
7	Испытываете ли Вы трудности в перемещении по дому или на улице? (Ходьба до 100 м/ подъем на 1 лестничный пролет)	Да/нет

«ХРУПКИЕ» ПАЦИЕНТЫ	«ПРЕХРУПКИЕ» ПАЦИЕНТЫ	«КРЕПКИЕ» ПАЦИЕНТЫ
≥3-х положительных ответов	1-2 положительных ответа	0 положительных ответов
обязательная консультация врача-гериатра, проведение КГО (стр.3) составление индивидуального плана ведения пациента	целесообразна консультация врача-гериатра	-

Наблюдение участкового терапевта, выполнение индивидуального плана ведения пациента с ССА

Полная диагностика ССА основывается на комплексной гериатрической оценке (КГО)

- КГО - междисциплинарный диагностический процесс, результатом которого является разработка комплекса мер, направленных на долгосрочную поддержку пожилого человека, создание координированного плана лечения и одновременного наблюдения

Заключение врача-гериатра включает:

Результаты оценки состояния здоровья и социального статуса	<p>Анамнез: условия жизни, качество питания, сна, наличие хронической боли, потребности в помощи, отношение к старости, жизненные приоритеты</p> <p>Физический статус: выявление гериатрических синдромов (например, синдрома падений, недержания мочи, мальнотриции, снижение физической активности и прочих),</p> <p>Функциональный статус: оценка базовой и инструментальной функциональной активности, тесты для оценки мобильности, определение мышечной силы</p> <p>Нейропсихическое исследование: выявление изменений психического статуса (когнитивный дефицит, деменция, депрессия), психологических особенностей личности</p> <p>Социальный статус: выявление социальной роли и характера социальных взаимоотношений; условия проживания, потребность социальной помощи и уходе</p>
Индивидуальный план ведения	<p>Рекомендации по диете, физической активности, медикаментозной и немедикаментозной терапии, обустройству быта, необходимости адаптивных технологий, социальной поддержке и уходу. Могут быть даны рекомендации для семьи или опекуна, сиделки, осуществляющих уход за ослабленным пожилым пациентом</p>

Рекомендации по ведению пациентов с ССА

Гериатрический синдром	Возможные причины	Рекомендованные мероприятия
Снижение веса	<p>Саркопения (снижение массы и силы мышечной ткани)</p> <p>Синдром мальнутриции</p> <p>Отсутствие зубов и зубных протезов</p> <p>Заболевания ротовой полости, желудочно-кишечного тракта</p> <p>Снижение функциональной активности</p> <p>Сенсорные дефициты¹</p> <p>Полипрагмазия</p> <p>Депрессия</p> <p>Когнитивные нарушения</p> <p>Социальная дезадаптация, одиночество, низкий уровень дохода</p>	<ul style="list-style-type: none"> Регулярная физическая активность² Рекомендации по рациональному питанию³ Зубопротезирование Ревизия лекарственных препаратов⁴ Социальная поддержка (участие семьи, социальной службы) При необходимости - привлечение социальной службы с целью организации доставки пищевых продуктов

¹ К сенсорным дефицитам относятся снижение зрения, слуха, обоняния, осязания, вкусовых ощущений

² Рекомендации ВОЗ по физической активности для людей 65 лет и старше включают занятия аэробной физической нагрузкой средней интенсивности не менее 150 минут в неделю; упражнения на равновесие 3 или более дней в неделю; силовые упражнения 2 или более дней в неделю; пожилые люди, которые долго были малоподвижными, должны начинать заниматься медленно, начиная с нескольких минут в день, и наращивать нагрузки постепенно

³ В среднем суточная энергетическая потребность для пожилого человека составляет около 1600 ккал. При развитии белково-энергетической недостаточности суточная калорийность пищи повышается до 3000 ккал. В среднем, пожилому человеку нужно съедать 5-7 порций углеводов, 4-5 порций овощей, 2-3 порции фруктов, 2-3 порции молочных продуктов, 2 порции мясных продуктов и 1-2 порции жиров в день. Кратность приема пищи - не менее 4-5 раз в день. Употребление белка около 1 г/кг/сутки, но не более 100 г/сутки. Употребление 6-8 стаканов жидкости в день. Воду не рекомендуется ограничивать даже пациентам с сердечной недостаточностью и отеками. При приготовлении пищи рекомендуется использовать специи. При наличии дисфагии пища должна быть однородной, пюреобразной консистенции, а жидкость - более густой (кишели, простокваша)

⁴ Попросить пациента принести все лекарства, которые он принимает. Оценка медикаментозной терапии с учетом совместимости лекарственных препаратов, возможных противопоказаний и побочных эффектов (критерии Veegs - см. приложение1)

Рекомендации по ведению пациентов с ССА /продолжение 1/

Гериатрический синдром	Возможные причины	Рекомендованные мероприятия
Падения	Мышечная слабость Нарушение походки и равновесия Периферическая нейропатия Лекарственные средства, влияющие на ЦНС, Антигипертензивные препараты, особенно при подборе терапии (см. стр. 10) Снижение зрения Болевой синдром Когнитивные нарушения Депрессия Факторы окружающей среды ¹ Опасное поведение, характерное для пожилых людей (например, переход улицы или железнодорожного полотна в неположенном месте)	<ul style="list-style-type: none"> Ограничение приема психоактивных препаратов и нейролептиков (в том числе седативных, снотворных, транквилизаторов и антидепрессантов) Организация безопасного быта² Регулярная физическая активность (см. стр.4) Коррекция нарушений зрения Рекомендовать пациентам не носить очки с мультифокальными линзами во время ходьбы, особенно по лестницам Использование вспомогательных средств при ходьбе (трости³, ходунки) Использование бедренных протекторов Прием витамина Д в дозе не менее 800 МЕ/сут. длительно Устранение дефицита витамина В12 Рекомендовать пациентам использовать в зимнее время противоскользящие накладки на обувь

¹ К факторам окружающей среды, повышающим риск падений относятся скользкий пол, плохое освещение, отсутствие перил на лестницах, узкие ступеньки, провода на полу и т.д.

² Рекомендовать пациентам убрать посторонние предметы с пола, убрать коврики или приклеить их к полу клейкой основой, положить нескользящий коврик на пол в ванной комнате и в душе, оборудовать ванну и пространство рядом с туалетом поручнями, повесить ночник в спальне так, чтобы путь от кровати до ванной был хорошо освещен, не использовать стул в качестве стремянки

³ Для правильного подбора трости по высоте пациент должен встать прямо, свободно опустить руки и слегка согнуть их в локте (примерно на 15-20 градусов) - при этом рукоятка трости должна находиться на уровне линии изгиба запястья

Рекомендации по ведению пациентов с ССА /продолжение 2/

Гериатрический синдром	Возможные причины	Рекомендованные мероприятия
Когнитивные нарушения	<p>Первичные деменции (болезнь Альцгеймера и др.)</p> <p>Деменция при мультисистемных дегенерациях ЦНС (деменция с тельцами Леви, болезнь Паркинсона с деменцией и др.)</p> <p>Вторичные деменции (сосудистая деменция, нормотензивная гидроцефалия, посттравматическая/метаболическая/токсическая энцефалопатия и др.)</p> <p>Смешанная деменция (болезнь Альцгеймера + сосудистая деменция)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Консультация специалиста по нарушениям памяти : консультация гериатра при наличии когнитивных расстройств с декомпенсацией соматической патологии • консультация невролога при наличии когнитивных расстройств, не достигающих стадии деменции, при наличии деменции с невыраженными аффективно-поведенческими расстройствами, при наличии когнитивных расстройств с началом ранее 65 лет, а так же с неврологической симптоматикой, при внезапном начале и/или быстропрогрессирующем течении • консультация психиатра при наличии аффективно-поведенческих расстройств (неадекватное поведение, галлюцинации, агрессия, возбуждение, апатия, тяжелая депрессия) • Регулярная физическая активность (см. стр.4) • Выявление и коррекция сердечно-сосудистых заболеваний (см. стр. 10) и сахарного диабета • Выявление и коррекция дефицита витамина B12 • Когнитивный тренинг¹ • Профилактика падений (см. стр. 5)

¹Когнитивный тренинг – выполнение упражнений, направленных на тренировку когнитивных функций. например заучивание стихов, решение логических задач, разгадывание кроссвордов, изучение иностранных языков и т.д.

Рекомендации по ведению пациентов с ССА /продолжение 3/

Гериатрический синдром	Возможные причины	Рекомендованные мероприятия
Недержание мочи	<p>Возрастные изменения мочевых путей</p> <p>Эффект лекарственных препаратов</p> <p>Пролапс тазовых органов</p> <p>Заболевания предстательной железы</p> <p>Сопутствующие заболевания</p> <p>(неврологические, метаболические)</p> <p>Хирургическое лечение и лучевая терапия органов мочеполовой системы</p> <p>Нарушением когнитивного и/или физического функционирования,</p> <p>действие психологических факторов</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Упражнения для тренировки мышц тазового дна¹ при ургентном и /или стрессовом недержании мочи • Тренировка мочевого пузыря² при ургентном недержании мочи • Диетические рекомендации (уменьшение потребления кофеин-содержащих напитков) • Лечение запоров³ • Ревизия лекарственных препаратов • Консультация гериатра/уролога/гинеколога • Обеспечение абсорбирующим бельем

¹ Упражнения Кегеля - 3 сета по 8-12 сокращений мышц тазового дна в течение 8-10 сек каждый 3 раза в День ежедневно в течение по крайней мере 15-20 недель

² Тренировка мочевого пузыря направлена на восстановление произвольного контроля над функцией мочевого пузыря. С помощью дневника мочеиспусканий определяется минимальный временной промежуток между мочеиспусканиями. Рекомендуется регулярное мочеиспускание с равными промежутками времени, начиная от минимального. После 2-х дней без эпизодов недержания мочи - увеличение интервала между мочеиспусканиями (отвлечение путем расслабления, глубокого дыхания или быстрого сокращения мышц тазового дна). Интервал постепенно увеличивается, пока не достигнет 3-4 часов. Длительность обучения - до 6 недель.

³ Увеличение объема потребляемой жидкости до 1,5-2 литров в сутки. Увеличение в рационе питания продуктов, богатых растительной клетчаткой (до 100 грамм салата из сырых овощей в день). Употребление продуктов с лакто- и бифидофлорой. Регулярная физическая активность.

Поведенческая терапия («приучить себя к ургентному стулу»). Исключить продукты, задерживающие опорожнение кишечника (крепкий черный чай, черника, манная и рисовые каши).

Рекомендации по ведению пациентов с ССА /продолжение 4/

Гериатрический синдром	Возможные причины	Рекомендованные мероприятия
Снижение настроения и депрессия	Полиморбидность Деменция Злоупотребление седативными и снотворными средствами Одиночество, социальная изоляция	<ul style="list-style-type: none"> • Направление пациента в территориальные центры социального обслуживания с целью организации досуга, преодоления социальной изоляции • В случае наличия большого депрессивного расстройства и/или суицидальных мыслей - консультация психиатра
Снижение функциональной активности/трудности при ходьбе, перемещении	Мышечная слабость Заболевания суставов Периферическая нейропатия Поражение головного мозга (ЦВБ, деменция, гидроцефалия, объемные образования)	<ul style="list-style-type: none"> • Регулярная физическая активность (см. стр.4) • Использование вспомогательных устройств при ходьбе (трости, ходунки, кресла-каталки) • Прием витамина Д в дозе не менее 800 МЕ/сут. длительно • Устранение дефицита витамина В12 • Протезирование суставов • При необходимости-организация медицинского и социального патронажа

Рекомендации по ведению пациентов с ССА /продолжение 5/

Гериатрический синдром	Возможные причины	Рекомендованные мероприятия
Полипругмазия ¹	<p>Полиморбидность</p> <p>Отсутствие учета назначений других врачей</p> <p>Отсутствие четких рекомендаций со стороны врача о необходимой длительности приема лекарственных препаратов</p> <p>Прием пациентом препаратов без назначений врача</p>	<ul style="list-style-type: none"> Регулярная ревизия лекарственных препаратов, попросить пациента принести ВСЕ лекарства, которые он принимает Назначение лекарственных препаратов строго по показаниям Оценка медикаментозной терапии с учетом совместимости лекарственных препаратов, возможных противопоказаний и побочных эффектов (критерии Beers – см. приложение 1)

¹ Полипругмазия – назначение лекарственных средств без соответствующих показаний

Особенности лечения сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов 60 лет и старше

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ

Категория пациентов	Начало антигипертензивной терапии (АГТ) и целевые значения АД	Примечание
60-79 лет «крепкие»*	Начало АГТ при систолическом АД ≥ 140 мм рт.ст. Целевое АД < 140/90 мм рт.ст. (при СД 140/85 мм рт.ст.)	
≥ 80 лет «крепкие»	Начало АГТ при систолическом АД ≥ 160 мм рт.ст. Либо продолжить ранее хорошо переносимую АГТ Целевое систолическое АД < 150 мм рт.ст. При достижении уровня систолического АД < 130 мм рт.ст. дозы препаратов должны быть уменьшены вплоть до отмены Начинать АГТ с низкой доз и монотерапии Комбинированную АГТ начинать только при неэффективной полнодозовой монотерапии	Обязательно проведение ортостатической пробы ¹ до и на фоне АГТ. При выявлении ортостатической гипотонии ² следует оценивать способствующие ей факторы (сопутствующее лечение, недоедание, обезвоживание)
≥ 80 лет «хрупкие»	Индивидуальный подход на основе результатов КГО с определением целевых значений АД и тактики АГТ Систолическое АД ≥ 180 мм рт.ст. – во всех случаях показание к началу АГТ Начало АГТ с низких доз и монотерапии	Начало АГТ или смена лекарственных препаратов и их доз увеличивает риск падений (см. стр.5) Не рекомендовано снижение веса и ограничение соли

* При развитии ССА у пациентов в возрасте 60 - 79 лет могут быть применены рекомендации для «хрупкие» пациентов ≥ 80 лет

¹Ортостатическая проба - измерение АД и ЧСС после не менее 7 в положении лежа и через 1, 2 и 3 минуты после перехода в вертикальное положение.

²Ортостатическая гипотония – снижение АД более, чем на 20/10 мм рт.ст. при переходе из положения лежа в вертикальное

Особенности лечения сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов 60 лет и старше /продолжение/

Показания к назначению статинов:

- вторичная профилактика ССЗ, у «хрупких» пациентов начало терапии с низких доз с последующей титрацией
 - первичная профилактика ССЗ
- для «хрупких» пациентов < 80 лет решение о назначении статинов определяется индивидуально
- для «хрупких» пациентов ≥ 80 лет - не показано

Показания к назначению ацетилсалициловой кислоты (75-150 мг/сутки):

только при вторичной профилактике ССЗ, при контролируемой АГ

Назначение ацетилсалициловой кислоты для первичной профилактики - не показано

Контроль гликемии:

- <HbA1c 7,5% при отсутствии тяжелых осложнений СД и/или риска тяжелой гипогликемии
- <HbA1c—8,0% при тяжелых осложнениях СД и/или риске тяжелой гипогликемии

Ведение пациентов пожилого возраста с высоким риском тромбоэмболических осложнений

С возрастом повышается риск как тромбоза, так и кровотечения, но «чистая» выгода от назначения антикоагулянтов с возрастом увеличивается

Фибрилляция предсердий (неклапанная)

Возраст 60-64 года: антикоагулянты назначают при наличии хотя бы одного фактора риска по шкале CHA₂DS₂-VASc (хроническая сердечная недостаточность, артериальная гипертензия, сахарный диабет, инсульт или транзиторная ишемическая атака в анамнезе, сердечно-сосудистое заболевание (перенесенный инфаркт миокарда, атеросклеротические бляшки в аорте, периферический атеросклероз), женский пол)

Возраст 65 лет и старше: обязательно назначение антикоагулянтов (варфарин или НОАК*)

У пациентов, ранее не принимавших антикоагулянты, и у пациентов с плохим контролем МНО при лечении варфарином предпочтительно назначение НОАК

При назначении варфарина целевые значения МНО составляют 2,0-3,0 независимо от возраста

При назначении НОАК обязательно контролировать функцию почек

При нарушении функции почек (КК < 30 мл/мин) препаратом выбора является варфарин

Апиксабан и ривароксабан не рекомендованы при КК < 15 мл/мин, дабигатран — при КК < 30 мл/мин

Дозы всех НОАК зависят от функции почек и требуют уменьшения при снижении КК

Дозы дабигатрана и апиксабана также зависят от возраста

Тромбоз глубоких вен и тромбоэмболия легочной артерии

Основные принципы лечения и профилактики венозных тромбозов такие же, как у пациентов молодого возраста

Коррекции дозы НОАК в зависимости от возраста не требуется

Для достижения целевых значений МНО могут потребоваться более низкие дозы варфарина

* НОАК – новые пероральные антикоагулянты

** КК – клиренс креатинина

Динамическое наблюдение

Категория пациентов	Цель	Мероприятия
«Хрупкие»	Обеспечение максимально высокого качества жизни Снижение заболеваемости и смертности Сохранение функциональности В случае развития зависимости – проведение реабилитационных, адаптивных программ, социальной и медико-социальной поддержки и ухода	Выполнение рекомендаций врача-гериатра
«Прахрупкие»	Предупреждение преждевременного старения	Скрининг по шкале «Возраст не помеха» 1 раз в 6 месяцев Рекомендации по физической активности и рациональному питанию Лечение имеющихся гериатрических синдромов Лечение хронических заболеваний
«Крепкие»	Предупреждение преждевременного старения	Скрининг по шкале «Возраст не помеха» ежегодно Рекомендации по регулярной физической активности и рациональному питанию Лечение хронических заболеваний Формирование психологии активного долголетия