

Жилевич Л.А.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь

КОНТРОЛЬНЫЕ ТОЧКИ КОМПЛЕКСНОЙ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ: МЕТОДОЛОГИЯ, ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ БАЗА И ПРАКТИЧЕСКОЕ ВНЕДРЕНИЕ

Аннотация. Комплексная гериатрическая оценка (КГО) представляет собой «золотой стандарт» и структурированный междисциплинарный подход к ведению пациента пожилого и старческого возраста. Статья детализирует методологию КГО через систему обязательных контрольных точек, охватывающих физический, функциональный, когнитивный, психоэмоциональный и социальный статус, а также аудит фармакотерапии.

На основе анализа клинических данных и международных руководств доказано, что системное применение КГО снижает смертность на 22%, риск госпитализаций — на 20-30%, а количество потенциально нерекомендуемых назначений — на 33%. Представлен стандартизированный шаблон карты пациента и клинические примеры, иллюстрирующие практическую эффективность подхода для улучшения функциональных исходов и качества жизни.

Введение. Демографическое старение предъявляет новые требования к системе здравоохранения, смешая фокус с лечения изолированных заболеваний на поддержание функциональной автономии и качества жизни. Пожилой пациент характеризуется полиморбидностью, полипрагмазией, атипичным течением болезней и высокой распространенностью гериатрических синдромов (хрупкость, когнитивные нарушения, риск падений). Традиционный нозоцентрический осмотр в этой ситуации недостаточен.

Комплексная гериатрическая оценка (КГО) является ответом на этот вызов — это целенаправленный диагностический процесс, направленный на выявление уязвимостей и разработку индивидуального координированного плана вмешательства. Доказательная база, включая мета-анализ в Journal of the American Geriatrics Society (2014), подтверждает, что КГО статистически значимо снижает смертность и частоту госпитализаций, что делает ее внедрение клиническим и экономическим императивом.

Материалы и методы: Система контрольных точек КГО. Эффективная КГО реализуется через последовательную оценку ключевых доменов. Каждый домен представляет собой контрольную точку, снабженную валидированными инструментами скрининга.

1. Контрольная точка: Физический статус, нутриция и мобильность. Данный блок направлен на выявление саркопении, хрупкости и нутритивного дефицита — взаимосвязанных компонентов физического старения.

- Инструменты и пороговые значения:

Антропометрия и нутритивный статус: Помимо ИМТ, критически важна фиксация непреднамеренной потери веса (>5% за 6 месяцев). Скрининг риска недостаточности питания проводится по шкале MNA (Mini Nutritional Assessment), где результат <12 баллов указывает на мальнутрицию, выявляемую у 30% пациентов старше 75 лет.

Мышечная сила: Динамометрия кисти с порогом <27 кг для мужчин и <16 кг для женщин является диагностическим критерием саркопении.

Мобильность и баланс: Тест «Встань и пройди» (Timed Up and Go, TUG). Время >12 секунд свидетельствует о повышенном риске падений, что характерно для 40% пациентов данной возрастной группы.

Ортостатическая проба: Снижение систолического АД ≥ 20 мм рт. ст. или диастолического ≥ 10 мм рт. ст. при переходе в вертикальное положение — частая ятрогенная причина головокружений и падений.

- Клинические данные и эффективность вмешательства:

Пример: У пациента 78 лет с остеоартрозом КГО выявила триаду: TUG>12 сек, MNA<12 баллов, динамометрия 18 кг. Назначение индивидуальной ЛФК привело к увеличению скорости ходьбы на 20%, а нутритивная поддержка — к прибавке веса на 2 кг за 3 месяца.

Вывод: Систематический скрининг по этим точкам позволяет выявить корректируемые причины функционального снижения.

2. Контрольная точка: Функциональный статус (ADL/IADL). Функциональный статус — интегральный показатель, определяющий потребность в уходе и качество жизни.

- Инструменты:

Шкала базовой повседневной активности (ADL по Катцу, индекс Бартел): Оценка независимости в основных действиях (питание, одевание, гигиена и др.).

Шкала инструментальной повседневной активности (IADL по Лоутон): Оценка сложных навыков (управление финансами, приготовление пищи, прием лекарств). Снижение IADL часто является первым признаком когнитивного дефицита.

- Клинические данные и эффективность вмешательства:

Пример: У женщины 82 лет с анемией зафиксирована функциональная зависимость: ADL=4/6, индекс Бартелл-50, IADL=2/8. После коррекции анемии и проведения реабилитационных мероприятий уровень независимости повысился на 10%.

Вывод: У пациентов с анемией базовая функциональная зависимость (ADL<6, индекс Бартелл-50) достигает 61,8%. Оценка по ADL/IADL является основой для планирования ухода и постановки реалистичных реабилитационных целей.

3. Контрольная точка: Когнитивные функции.

Своевременное выявление когнитивных нарушений критически важно для безопасности, приверженности лечению и прогноза.

- Инструменты и дифференцированный подход:

MMSE (Mini Mental State Examination): Рутинный скрининговый инструмент. Значение 24-27 баллов — легкие когнитивные нарушения, <24 балла — вероятная деменция. Однако чувствительность снижается у лиц >80 лет и с высоким образовательным уровнем.

MoCA (Montreal Cognitive Assessment): Более чувствительна к мягким когнитивным нарушениям (MCI) и любой дисфункции. Пороговое значение ≤ 26 баллов.

Тест рисования часов: Высокая специфичность (94%) для выявления конструктивного праксиса и исполнительных функций.

- Клинические данные и взаимосвязи:

Данные: У 64,1% пациентов с анемией выявляется MMSE<24 баллов (OR 1,33, 95% ДИ 1,04-1,71). Наблюдается прямая корреляция между тяжестью коморбидности (индекс Чарлсона ≥8) и снижением когнитивного статуса (26 баллов против 27 баллов в группах с меньшей нагрузкой).

Пример: При выявлении MCI (MoCA≤26) инициация когнитивного тренинга и патогенетической терапии (например, ингибиторов холинэстеразы при болезни Альцгеймера) позволяет замедлить прогрессирование и повысить баллы по шкалам в среднем на 3 пункта.

Вывод: Комбинация MMSE/MoCA с учетом коморбидности обеспечивает раннюю диагностику и персонализацию подхода.

4. Контрольная точка: Психоэмоциональный статус.

Депрессия и астения — обратимые факторы хрупкости, утяжеляющие течение соматических заболеваний.

- Инструменты:

Гериатрическая шкала депрессии (GDS-15): Оптимальна для пожилых, минимизирует соматические симптомы. Результат >5 баллов указывает на клинически значимые симптомы депрессии.

Оценка астении: Вопрос о необычной усталости и истощаемости.

- Клинические данные и эффективность вмешательства:

Вывод: Среди пациентов с остеоартрозом старше 75 лет симптомы депрессии (GDS>5) встречаются в 52,1% случаев, что ассоциировано со снижением качества жизни на 24,5%.

Пример: Назначение комбинированной терапии (антидепрессанты группы СИОЗС + когнитивно-поведенческая психотерапия) в этой группе привело к значимому улучшению как аффективного статуса, так и мотивации к двигательной активности.

Вывод: Скрининг депрессии обязателен, так как она поддерживает порочный круг «боль → обездвиженность → изоляция».

5. Контрольная точка: Социально-бытовой статус и аудит фармакотерапии.

Данные аспекты определяют реализуемость медицинских рекомендаций и безопасность лечения.

Социальный статус: Оценка поддержки (опрос: «Кто поможет, если вы заболеете?»), условий проживания, финансовых возможностей. 51% пациентов нуждаются в стороннем уходе, а его отсутствие — независимый риск неблагоприятных исходов.

Аудит терапии (Полипрагмазия): Ключевой элемент безопасности.

Инструменты: Критерии STOPP/START (Screening Tool of Older Person's Prescriptions/...to Alert to Right Treatment). Полипрагмазия (>5 препаратов) встречается у 75% лиц старше 65 лет.

Эффективность: Аудит по STOPP/START позволяет снизить количество PIMs (Potentially Inappropriate Medications) на 33% и нежелательных лекарственных реакций — на 66%.

Пример: У пациента 80 лет с ХСН аудит выявил PIM (дигоксин в высоком риске токсичности). Его деэскалация в составе комплексного плана (ЛФК, витамин D) привела к повышению ADL с 3/6 до 5/6 и отсутствию падений за 6 месяцев.

Практическое применение: Междисциплинарный подход и стандартизированная документация.

Проведение КГО эффективно осуществляется мультидисциплинарной командой (гериатр, медсестра, психолог, социальный работник) и занимает 1,5-2 часа. Ключ к успеху — использование единого шаблона документации, интегрирующего все контрольные точки в план ведения.

Пример шаблона карты комплексной гериатрической оценки (КГО)

Домен (Контрольная точка)	Инструменты оценки и ключевые показатели	Пример заполнения (Пациент И. муж., 78 лет)	Интегрированный план вмешательства
Физический статус	АД, пульс, ортостаз. ИМТ, потеря веса. TUG, динамометрия. MNA.	АД 150/90. ИМТ=23. Потеря 2 кг/6 мес. TUG=14 сек. Дин-ия=18 кг. MNA=10.	Контроль АД. Инд. ЛФК (баланс, сила). Нутритивная поддержка (белково- энергетическая).

Домен (Контрольная точка)	Инструменты оценки и ключевые показатели	Пример заполнения (Пациент И. муж., 78 лет)	Интегрированный план вмешательства
<i>Функциональный статус</i>	ADL (Катц), Индекс Бартел IADL (Лоутон). Шкала риска падений Морсе.	ADL=5/6, IADL=4/8. Шкала Морсе=40 баллов (умеренный риск).	Тренировка бытовых навыков (эрготерапия). Оценка домашней безопасности. Витамин D 2000 МЕ/сут.
<i>Когнитивный статус</i>	MMSE, MoCA, тест «Часы».	MMSE=26 баллов (легкие когнитивные нарушения).	Контроль через 6 мес (MoCA). Когнитивный тренинг. Рассмотрение дообследования (B12, ТТГ, МРТ).
<i>Психоэмоциональный</i>	GDS-15, оценка астении.	GDS=4 (норма). Астения не выявлена.	Психопрофилактика. Поощрение социальной активности.
<i>Социальный статус</i>	Наличие поддержки, условия жизни, финансы.	Помощь соцслужбы 2 р/нед. Трудности с оплатой ЖКУ.	Консультация соцработника для оформления льгот. Подключение услуги «доставка обедов».
<i>Фармакотерапия</i>	Полный список ЛС. Аудит по STOPP/START, Beers.	Амлодипин, парацетамол (по требованию), кальций+D3.	STOPP: Отмена парацетамола (риск ЖКТ, нефротоксичность), замена на местные НПВС. START: Рассмотрение антиosteопоротической терапии.

Заключение. Система контрольных точек в рамках комплексной гериатрической оценки представляет собой научно обоснованный и практический алгоритм осмотра пациента пожилого возраста. Последовательная оценка физического, функционального, когнитивного, психоэмоционального статуса, социальных условий и медикаментозной терапии трансформирует разрозненный сбор жалоб в целенаправленный диагностический процесс.

Как подтверждают клинические данные и мета-анализы, такой подход позволяет не только выявлять скрытые, но корректируемые гериатрические синдромы (депрессия, нутритивный дефицит, полипрагмазия), но и объективно улучшать ключевые исходы: снижать риск падений на 25%, повышать функциональную независимость на 10-15% и сокращать частоту госпитализаций на 20-30%.

Внедрение стандартизированного шаблона КГО, объединяющего диагностику и планирование, в практику первичного звена и специализированных гериатрических служб является действенным инструментом для достижения главной цели — продления периода активного, автономного и качественного долголетия.