БЕЛГОРОДСКАЯ ОБЛАСТЬ

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

Белгород

«02» июня 2019 год № 702

Об утверждении регионального регламента проведения апробации комплекса мер, направленного на профилактику и раннее выявление когнитивных нарушений, профилактику падений и переломов у лиц пожилого и старческого возраста в Белгородской области

В целях обеспечения доступности и качества медицинской помощи гражданам старше трудоспособного возраста, профилактики и раннего выявления когнитивных нарушений, профилактики падений и переломов у лиц пожилого и старческого возраста в Белгородской области дальнейшего совершенствования организации медицинской помощи по профилю «гериатрия», в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 января 2016 года № 38н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия», **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить:

1.1. Региональный регламент проведения апробации комплекса мер, направленного на профилактику и раннее выявление когнитивных нарушений, профилактику падений и переломов у лиц пожилого и старческого возраста в Белгородской области (приложение № 1).

1.2. Схему маршрутизации пациентов пожилого и старческого возраста с травматологической патологией (приложение № 2).

2. Руководителям ОГБУЗ «Городская поликлиника города Белгорода» (Поляковой О.А.), ОГБУЗ «Городская больница № 2 города Белгорода» (Бондареву А.В.), ОГБУЗ «Шебекинская центральная районная больница» (Нестеренко О.Л.), ОГБУЗ «Яковлевская центральная районная больница»

(Рынденко Г.Г.), ОГБУЗ «Губкинская центральная районная больница» (Кротовой И.В.), ОГКУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» (Болтенкову Н.П.), ОГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи» (Белоножко А.И.) обеспечить организацию исполнения Регионального регламента проведения апробации комплекса мер, направленного на профилактику и раннее выявление когнитивных нарушений, профилактику падений и переломов у лиц пожилого и старческого возраста в Белгородской области (приложение № 1), утвержденного настоящим приказом.

3. Белгородскому областному гериатрическому центру (Болтенкову Н.П.) проводить организационно-методическую работу и мониторинг апробации комплекса мер, направленного на профилактику и раннее выявление когнитивных нарушений, профилактику падений и переломов у лиц пожилого и старческого возраста в Белгородской области.

4. Контроль исполнения приказа возложить на первого заместителя начальника департамента здравоохранения и социальной защиты населения области Крылову Л.С.

Заместитель
Губернатора области **Н. Зубарева**

Приложение № 1
к приказу департамента
здравоохранения и социальной защиты
населения Белгородской области

от «02» июля 2019 года № 702

Региональный регламент
проведения апробации комплекса мер, направленного на профилактику и раннее выявление когнитивных нарушений, профилактику падений и переломов у лиц пожилого и старческого возраста в Белгородской области

I. Общие положения.

1. Настоящий регламент разработан в целях совершенствования организационных подходов и внедрения комплекса мер, направленного на профилактику и раннее выявление когнитивных нарушений, профилактику падений и переломов в Белгородской области у лиц пожилого и старческого возраста.

Цель профилактики и раннего выявления когнитивных нарушений – повышение осведомленности населения о проблемах когнитивного здоровья; своевременная диагностика деменции и когнитивных расстройств на недементных стадиях; ориентация на непрерывную помощь и услуги высокого качества больным с деменцией; оказание поддержки лицам, осуществляющим уход; профессиональная подготовка врачей-специалистов; оптимизация методов лечения, профилактики и социальной адаптации пациентов.

Цель профилактики падений и переломов у лиц пожилого и старческого возраста – обеспечить целостный системный подход с охватом всего спектра проблемы – от борьбы с факторами риска падений, повышения информированности и осведомленности населения, медицинских и социальных работников по проблеме падений до оказания высококвалифицированной медицинской помощи при тяжелых травмах вследствие падений.

Настоящий регламент регулирует вопросы, связанные с проведением апробации комплекса мер, направленного на профилактику и раннее выявление когнитивных нарушений, профилактику падений и переломов у лиц пожилого и старческого возраста в Белгородской области на базе ОГКУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», ОГБУЗ «Городская поликлиника города Белгорода», ОГБУЗ «Городская больница № 2 города Белгорода», ОГБУЗ «Шебекинская центральная районная больница», ОГБУЗ «Яковлевская ЦРБ», ОГБУЗ «Губкинская центральная районная больница» (Кротовой И.В.), ОГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи» с

последующим тиражированием опыта внедрения комплекса мер на все медицинские организации области.

При реализации комплекса мер предусмотрена интеграция гериатрической службы и внедрение методов профилактики, диагностики и оказания помощи больным с когнитивными расстройствами и переломами в систему первичного звена здравоохранения, а также введение в штат консультативно-диагностических отделений поликлиник врачей-специалистов (врачей общей семейной практики, неврологов, психиатров, ревматологов, хирургов и травматологов), обладающих подготовкой в области гериатрии.

II. Актуальность, термины и определения.

Когнитивные расстройства – ухудшения по сравнению с исходными индивидуальными или средними возрастными и образовательными уровнями одной или нескольких когнитивных функций (внимания, памяти, праксиса, гнозиса, речи и исполнительных функций).

Выделяют деменцию и недементные когнитивные расстройства.

По статистике от 3% до 20 % лиц старше 65 лет имеют тяжелые когнитивные расстройства в виде деменции. С увеличением возраста на каждые 5 лет распространенность деменции удваивается, составляя в возрасте 90 лет и старше более 40 %. Распространенность умеренных когнитивных расстройств в мире среди лиц старше 65 лет, по данным различных исследований, составляет от 3 до 44 %. Распространенность недементных когнитивных нарушений у людей старше 80 лет достигает по различным литературным данным от 40-80% в зависимости от возраста.

Когнитивные нарушения представляют собой одно из наиболее распространенных нарушений среди лиц пожилого и старческого возраста. Они оказывают негативное влияние на качество жизни, как самого пациента, так и его ближайшего окружения. Тяжелые когнитивные нарушения являются одной из ведущих причин формирования зависимости пожилых людей во всем мире, а также оказывают физическое, психологическое, социальное и экономическое воздействие на семьи пациентов и общество в целом. Все это обуславливает важность ранней диагностики и правильного анализа характера и выраженности когнитивных расстройств каждого конкретного пациента.

В пожилом и старческом возрасте появляются проблемы с ходьбой, поддержанием равновесия, другие возраст-ассоциированные заболевания и нарушения со здоровьем, вследствие чего растет риск падений и их последствий.

Падение – происшествие, при котором человек внезапно оказывается на земле или на другой низкой поверхности, за исключением случаев, являющихся следствием нанесенного удара, потери сознания, внезапного паралича или эпилептического припадка.

Падения в пожилом возрасте – многофакторный синдром, который складывается из сложного взаимодействия внутренних (физические, сенсорные и когнитивные изменения, связанные со старением, другие медицинские

проблемы) и внешних причин, включающих, в том числе, окружающую среду, не адаптированную для стареющего населения.

По оценкам Всемирной организации здравоохранения треть всех людей старше 65 лет падают ежегодно, более половины из них – повторно. Распространенность синдрома падений увеличивается с возрастом от 30% у пациентов 65 лет, до 50% – среди 80 лет и старше у проживающих дома, до 60% среди проживающих в домах престарелых. Примерно 10-15% падений приводят к серьёзным повреждениям, такими как травмы головы или перелом бедра, 20-30% получают повреждения, приводящие к снижению мобильности и функционального статуса. Последствия падений являются пятой по распространённости причиной смерти пожилых людей. Даже после неосложненных падений значительно уменьшается подвижность пожилых и резко повышается смертность.

Падения опасны развитием депрессии, снижением социальной активности, что в свою очередь способствует снижению качества жизни, ускорению утраты физического и когнитивного функционирования, повышает потребность в посторонней помощи и уходе.

Падения имеют колоссальные экономические последствия для семьи и общества. Издержки, связанные с падениями и их последствиями, являются одной из ведущих статей расходов на здравоохранение во всем мире и продолжают расти.

III. Мероприятия.

	Мероприятие	Исполнитель	Срок
Комплекс мер, направленных на профилактику и раннее выявление когнитивных нарушений у лиц пожилого и старческого возраста			
1.Информационно-просветительская деятельность			
1.1	Размещение информационных стендов, посвященных необходимости своевременных действий, направленных на профилактику и лечение когнитивных нарушений, соблюдения прав человека и возможности длительного обеспечения самостоятельности людей с когнитивных расстройствами, в том числе с демонстрацией на электронных мониторах, в медицинских организациях	Руководители медицинских организаций	15.07.2019 г.
1.2	Проведение образовательных программ (школ) для самих пациентов и членов их семей/ухаживающих лиц по проблемам когнитивного здоровья	Руководители медицинских организаций	На постоянной основе
2. Организация медицинской службы помощи пациентам с когнитивными нарушениями			
2.1	Развертывание специализированных кабинетов памяти (нейрогериатрических кабинетов)	Руководители медицинских организаций	01.08.2019 г.

	в учреждениях первичной сети		
2.2	Выявление и коррекция факторов риска, скрининг когнитивных расстройств, наблюдение за пациентами	ВОП, врачи-неврологи, врачи-гериатры	На постоянной основе
2.3	Диагностика когнитивных расстройств, лечение, реабилитация пациентов, взаимодействие с социальными службами	ВОП, врачи-неврологи, врачи-гериатры, социальные работники	На постоянной основе
2.4	Медико-социальная помощь больным и лицам, осуществляющим уход	ВОП, врачи-неврологи, врачи-гериатры, социальные работники	
Комплекс мер, направленных на профилактику падений и переломов у лиц пожилого и старческого возраста			
1. Информационно-просветительские и образовательные мероприятия			
1.1	Размещение информационных стендов, посвященных мерам профилактики падений, в том числе с демонстрацией на электронных мониторах, в медицинских организациях.	Руководители медицинских организаций	На постоянной основе
1.2	Представление пациентам пожилого и старческого возраста, их родственникам и ухаживающим лицам печатные материалы по профилактике падений, физической активности и организации безопасного быта.	Руководители медицинских организаций	На постоянной основе
1.3	На базе гериатрических кабинетов/отделений/центров проведение школ для пациентов и членов их семей/ухаживающих лиц по профилактике падений.	ВОП, врачи-неврологи, врачи-гериатры	На постоянной основе
2. Создание службы реагирования на падения пожилых людей			
2.1	Выявление факторов риска падений у пациентов пожилого и старческого возраста семейными врачами, врачами-гериатрами, врачами специалистами первичного звена здравоохранения	ВОП, врачи-гериатры, врачи-специалисты первичного звена	На постоянной основе
2.2	Транспортировка пациентов пожилого и старческого возраста с подозрением на перелом службами скорой и неотложной помощи в приемные отделения стационаров согласно утвержденной схеме маршрутизации	Главный врач ОГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи» Белоножко А.И.	На постоянной основе
2.3	Госпитализация в профильные отделения всех пациентов с переломом проксимального отдела бедренной кости	Главный врач ОГБУЗ «городская больница №2 г.Белгорода»	На постоянной основе

		Бондарев А.В.	
2.4	Своевременное хирургическое лечение перелома проксимального отдела бедренной кости у пациентов пожилого и старческого возраста, не менее 95-98% из которых должны быть прооперированы в течение 48 ч.	Главный врач ОГБУЗ «городская больница №2 г.Белгорода» Бондарев А.В.	На постоянной основе
2.5	Разработка и внедрение протоколов диагностических, пред-, интра- и послеоперационных процедур для пациентов старших возрастных групп с переломами проксимального отдела бедренной кости в соответствие с клиническими рекомендациями «Переломы проксимального отдела бедренной кости» 2019 года	Главный врач ОГБУЗ «городская больница №2 г.Белгорода» Бондарев А.В.	На постоянной основе
2.6	Профилактика делирия и других осложнений, ранняя мобилизация, начало реабилитационных мероприятий и организация социальной поддержки в послеоперационном периоде	Врачи-травмотологи, врачи-неврологи медицинских организаций	На постоянной основе
3.Создание службы профилактики повторных переломов			
3.1	Обеспечение маршрутизации пациента от травматолога к семейному врачу для патронажа на дому и принятия активных мер по профилактике повторных падений - передача сигнальной карты службой скорой помощи, выписного эпикриза по электронной почте в поликлинику по месту жительства после выписки из стационара или оказания неотложной помощи в приемном отделении стационара	ВОП медицинских организаций	На постоянной основе
3.2	Идентификация пациентов, перенесших перелом и выявление нуждающихся в мерах профилактики повторных переломов на основании результатов оценки 10-летней вероятности последующих переломов с помощью FRAX семейным врачом	ВОП , врач-гериатры медицинских организаций	На постоянной основе
3.3	Консультирование врачом-гериатром всех пациентов при наличии в анамнезе падений и переломов с обязательным проведением комплексной гериатрической оценки и выдачей заключения по профилактике падений	ВОП , врачи-гериатры медицинских организаций	На постоянной основе
3.4	Коррекция и лечение нарушений ходьбы, поддержания равновесия и других возраст-ассоциированных заболеваний и проблем семейным	ВОП , врачи-гериатры медицинских организаций	На постоянной основе

	врачом с привлечением профильных врачей-специалистов.		
4. Организация профилактики падений в медицинских учреждениях			
4.1	Организация и проведение образовательных мероприятий по профилактике падений для всего персонала медицинской организации, оказывающих помощь взрослому населению	Руководители медицинских организаций	На постоянной основе
4.2	Внедрение в медицинских организациях, оказывающих помощь взрослому населению, регламентов профилактики и регистрации падений	Руководители медицинских организаций	На постоянной основе
5. Медицинские мероприятия по профилактике падений и переломов			
5.1	Оценка риска падений и 10-летней индивидуальной вероятности переломов по алгоритму FRAX обязательны для амбулаторных и госпитализированных пациентов пожилого и старческого возраста	Врачи-гериатры	На постоянной основе
5.2	На амбулаторном звене оценка риска падений и переломов семейным врачом сочетается со скринингом синдрома старческой астении с последующей консультацией врача-гериатра	ВОП	На постоянной основе
5.3	Семейный врач проводит анализ факторов риска падений, включая лекарственные назначения, разрабатывает и осуществляет план мероприятий, направленных на коррекцию потенциально модифицируемых факторов риска падения	ВОП	На постоянной основе
5.4	Консультирование врачом-гериатром всех пациентов при наличии в анамнезе падений и переломов с обязательным проведением комплексной гериатрической оценки и выдачей заключения по профилактике падений	Врачи-гериатры	На постоянной основе
5.5	Коррекция и лечение нарушений ходьбы, поддержания равновесия и других возраст-ассоциированных заболеваний и проблем семейным врачом с привлечением профильных врачей-специалистов.	ВОП, врачи-гериатры	На постоянной основе

IV. Порядок проведения комплекса мер, направленных на профилактику и раннее выявление когнитивных нарушений у лиц пожилого и старческого возраста

Информационно-просветительская деятельность проводится с целью профилактики позднего обращения за медицинской и социальной помощью, повышения осведомленности о когнитивных нарушениях и деменции, улучшении понимания данной проблемы в обществе.

Виды мероприятий в рамках информационно-просветительской кампании включают размещение информационных стендов, посвященных необходимости своевременных действий, направленных на профилактику и лечение когнитивных нарушений, соблюдения прав человека и возможности длительного обеспечения самостоятельности людей с когнитивных расстройствами, в том числе с демонстрацией на электронных мониторах, в медицинских организациях, подготовку и распространение информационных буклетов и методических пособий, проведение образовательных программ (школ) для самих пациентов и членов их семей/ухаживающих лиц по проблемам когнитивного здоровья.

Организация медицинской службы помощи пациентам с когнитивными нарушениями

Ввиду растущего числа лиц с когнитивными расстройствами следует важность организации специализированной помощи больным с клинически значимыми когнитивными расстройствами и развития гериатрической службы с развертыванием кабинетов памяти (специализированных нейрогериатрических кабинетов) в учреждениях первичной медицинской сети, задачи которых – оказание диагностической и лечебной помощи высшего уровня пациентам с когнитивными расстройствами, разработка и внедрение мер профилактики и лечения когнитивных расстройств в старшем возрасте, реализация межведомственного взаимодействия при оказании медико-социальной помощи пациентам с деменцией и подготовка квалифицированных кадров (врачей, медицинских сестер и социальных работников).

Для диагностики деменции организовывается эффективное взаимодействие между службами первичной и специализированной медицинской помощи, в том числе между врачами-терапевтами, гериатрами, неврологами, психиатрами, диагностическими службами.

Основные этапы организации помощи больным с когнитивными нарушениями:

I – Доврачебный.

II – Первичная медико-санитарная помощь.

III – Специализированная помощь (кабинеты памяти в поликлиниках для оказания психогериатрической помощи).

IV - Высококвалифицированная и высокотехнологичная помощь (Федеральные и региональные неврологические и психоневрологические отделения).

V - Службы долговременной медицинской помощи (в том числе и паллиативной) и ухода (психоневрологические интернаты, пансионаты для пожилых, отделения сестринского ухода).

Таблица 1. Организация медицинской помощи больным с когнитивными расстройствами

Этапы организации помощи	Задачи	Кто осуществляет
Доврачебный	Выявление возможных когнитивных расстройств	Члены семьи (близкие люди), соцработники, работники домов-интернатов, пансионатов по уходу
Первичный медико-санитарный	Выявление и коррекция факторов риска, скрининг когнитивных расстройств, наблюдение за пациентами	Участковые терапевты, врачи общей практики, семейные врачи, специалисты кабинетов медицинской профилактики
Специализированный врачебный (кабинеты памяти в первичной медицинской сети, гериатрические, неврологические и психиатрические отделения стационаров)	Диагностика когнитивных расстройств, лечение, реабилитация пациентов, взаимодействие с социальными службами	Специалисты, обладающие знаниями и навыками в области гериатрической психиатрии или неврологии; специалисты по социальной работе и психологи, имеющие навыки работы с пожилыми больными с когнитивными расстройствами
Федеральный и региональные нейрогериатрические и психогериатрические центры	Высококвалифицированная и высокотехнологичная помощь, реализация межведомственного взаимодействия	врачи-гериатры, неврологи, психиатры, нейропсихологи, эрготерапевты, медицинские сестры

Долговременная медицинская помощь и уход в условиях стационара (психоневрологические интернаты, пансионаты для пожилых, отделения сестринского ухода) и на дому, совместно с органами социальной защиты по месту жительства	Медико-социальная помощь больным и лицам, осуществляющим уход	Врачи любых специальностей, специалисты по уходу и социальной работе, медицинские психологи

Доврачебный этап помощи

Доврачебный этап помощи пациентам с когнитивными расстройствами осуществляют:

- социальные работники (на дому или в центрах социального обслуживания);
- члены семьи;
- работники домов-интернатов, пансионатов по уходу.

Целевая группа - лица пожилого и старческого возраста (старше 60 лет), при наличии их согласия.

Доврачебный этап включает в себя проведение скрининговых опросников (Аризонский опросник, шкала оценки каждодневной активности, мини-ког и др.), выполнение которого занимает минимальное время и не требует специфических навыков. При хорошем выполнении теста и отсутствии специфических жалоб целесообразно повторение обследования не чаще 1 раза в год. При плохом выполнении теста пациент направляется в кабинет памяти поликлиники.

Этап первичной медико-санитарной помощи оказывается семейными врачами, специалистами кабинетов и отделений медицинской профилактики.

Основными задачами первичной медико-санитарной помощи являются:

1. Выявление, устранение или коррекция факторов риска развития когнитивных нарушений (курения, гиподинамии, артериальной гипертензии, сахарного диабета, ожирения, дислипидемии, дефицита витамина В12 и фолиевой кислоты, гипер- или гипотиреоза, черепно-мозговой травмы и т.д.).
2. Скрининг деменции (с использованием теста Мини-Ког, краткой шкалы оценки психического статуса или других скрининговых тестов) у пациентов старше 60 лет.
3. Мониторинг когнитивного статуса в случае незначительных расстройств (отсутствие ошибок при рисовании часов, правильное вспоминание 2-х из 3-х слов в тесте Мини-Ког).
4. Выявление пациентов, нуждающихся в специализированной помощи, и их направление в кабинет памяти, а при выявлении у них

суицидальных мыслей, выраженных депрессивных и тревожно-депрессивных расстройств, галлюцинаторных и бредовых психозов, выраженных поведенческих расстройств – в психиатрический кабинет.

5. Проведение профилактических мероприятий по предупреждению и снижению распространённости когнитивных нарушений, сохранению качества жизни пациентов пожилого и старческого возраста.

Специалисты кабинетов и отделений медицинской профилактики в рамках диспансеризации проводят скрининг пациентов старше 75 лет на наличие когнитивных нарушений с использованием теста Мини-Ког (вне зависимости от наличия специфических жалоб).

При наличии настойчивых жалоб когнитивного характера у пациентов с исходно высоким уровнем образования по возможности и при наличии у врача первичного звена соответствующих навыков рекомендовано проведение Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (МШОКФ). При невозможности проведения МШОКФ и при наличии симптомов, указывающих на неврологическое, психическое заболевание или наличие множественных гериатрических синдромов, пациентов следует направлять в кабинеты специализированной помощи (кабинет нарушений памяти и гериатрический кабинет).

В кабинетах памяти и подразделениях гериатрической службы проводится скрининг когнитивных нарушений у пожилых людей в возрасте 60 лет и старше с согласия пациентов.

Наличие деменции у пациента требует оказания специализированных видов медицинской (психиатрической, неврологической, гериатрической) и социальной помощи.

На поздних стадиях деменции в связи с зависимостью больных от посторонней помощи в наиболее высокой степени оказывается целый спектр медицинских и социальных услуг и организовывается долговременный уход с участием медицинских и социальных служб в любых условиях, в которых могут находиться пациенты: у себя дома, в домах престарелых, в больницах и хосписах.

Этап специализированной помощи

Кабинеты памяти входят в состав городской поликлинической консультативно-диагностической службы, а также могут функционировать на базе кабинетов гериатров. Кабинеты нарушений памяти работают в плановом (амбулаторном) порядке.

В кабинете нарушений памяти ведется работа с пациентами:

- **н**аправленными врачами первичной медико-санитарной помощи (участковыми терапевтами, врачами общей практики, семейными врачами, специалистами кабинетов и отделений медицинской профилактики);
- обратившимися самостоятельно или по совету родственников/социальных работников.

К основным задачам кабинета нарушений памяти относятся:

- осуществление лечебно-консультативной помощи пациентам с когнитивными расстройствами;

- профилактическая (организационно-методическая) работа по предупреждению когнитивными расстройствами у лиц пожилого и старческого возраста;

- осуществление координации работы врачей первичного звена, врачей-специалистов, органов социальной защиты;

- маршрутизация пациента с учетом особенностей его состояния и потребностей.

Оснащение кабинета нарушений памяти должен включать:

1. Набор бланков нейропсихологических шкал
2. Набор неврологических инструментов (неврологический молоток, камертон, иглы для проверки чувствительности и т.д.)

Осуществлять прием пациентов в кабинете памяти при наличии в штате амбулаторного учреждения нескольких врачей-специалистов могут врач-невролог и/или врач-психиатр и/или врач-гериатр обладающий знаниями и навыками клинического и инструментального обследования больных с когнитивными расстройствами. Приём пациентов должен проводиться из расчёта 60 мин на пациента с участием квалифицированной медицинской сестры с навыками проведения тестирования.

Функциональные обязанности врача кабинета нарушений памяти:

- определение наличия когнитивных нарушений и степени их выраженности;

- проведение дифференциально-диагностического поиска (составление плана обследования пациента, привлечение, при необходимости, смежных специалистов, применение лабораторных и инструментальных методов исследования);

- проведение терапии когнитивных нарушений с комплексным применением лекарственных и немедикаментозных методов;

- разработку долгосрочного индивидуального плана проведения лечебных и реабилитационных мероприятий, плана социальной и психологической адаптации и контроль за их выполнением;

- динамическое наблюдение (через каждые 3-6 месяцев);

- направление пациентов, при необходимости, на госпитализацию в неврологический или гериатрический стационар для дополнительного обследования и лечения;

- организационно-методическая, профилактическая работа, включая проведение школ для пациентов и для лиц, осуществляющих за ними уход.

При наличии показаний к ведению пациента могут привлекаться врачи других специальностей.

Показания для консультации невролога:

- неврологическая симптоматика;

- острое развитие когнитивных нарушений, связь с травмой головы, особенности анамнеза, требующие исключения обратимой деменции, в том числе развитие КР в молодом и среднем возрасте (до 60 лет).

Функциональные обязанности врача-невролога:

1. Прием и ведение пациентов с нарушениями памяти и других когнитивных функций, пациентов с наличием признаков структурного или дисметаболического поражения головного мозга.
2. Составление плана дообследования, включая определение необходимости привлечения смежных специалистов, применения дополнительных лабораторных и инструментальных методов исследования.
3. Составление плана лечения, включая определение потребности в медикаментозной терапии и нелекарственных методах лечения.

Показания для консультации психиатра:

- делирий/спутанность сознания;
- выраженные аффективные и поведенческие расстройства (включая суицидальные мысли), галлюцинаторные и бредовые расстройства, расстройства влечений и другие поведенческие расстройства;
- острое психотическое состояние;
- подозрение на эндогенный характер имеющихся расстройств (в том числе по анамнезу).

Функциональные обязанности психиатра включают:

1. Консультацию пациентов с:

- тревожно-аффективными (особенное при наличии суицидальных тенденций) и маниакальными расстройствами, с галлюцинаторными, бредовыми и поведенческими нарушениями;
- подозрением на эндогенный характер имеющихся расстройств (в том числе по анамнезу);
- делирием/спутанностью сознания.

2. Коррекцию схемы и плана лечения и реабилитации или направление в психоневрологический интернат.

Показания для консультации гериатра:

- наличие соматических расстройств;
- гериатрические синдромы (старческая астения; синдром мальнутриции; синдром дегидратации; полиморбидность; полипрагмазия; повторные падения или их высокий риск и др.)

Функциональные обязанности гериатра:

1. Консультация больных с различными гериатрическими синдромами (старческой астенией, дегидратацией, мальнутрицией, полиморбидностью, недержанием тазовых функций, лиц с высоким риском падений и др.).
2. Составление плана дообследования при выявлении соматических заболеваний или декомпенсации хронических состояний.
3. Оптимизация медикаментозной терапии с учетом сопутствующих соматических заболеваний для снижения риска полипрагмазии.

4. Оптимизация немедикаментозных мер, направленных на профилактику осложнений, связанных с падениями, мультисенсорной недостаточностью и т.д.

5. Выявление когнитивных нарушений и факторов риска.

Функциональные обязанности медицинской сестры:

- доврачебный осмотр (сбор анамнеза, анкетирование и заполнение опросников и шкал);
- проведение комплексной гериатрической оценки (КГО);
- администрирование (координация) деятельности социальных и медицинских служб с учетом индивидуальных потребностей каждого пациента;
- поддержание связи с пациентами, контроль за выполнением врачебных назначений;
- ведение компьютеризированных баз данных пациентов.

Функциональные обязанности специалиста по социальной работе:

1. определение объёма социальной помощи, дальнейшей необходимой маршрутизации пациента (патронаж на дому, дом престарелых, помощь социального работника на дому) на основании проведенной комплексной гериатрической оценки и нейропсихологического тестирования;
2. осуществление помощи в получении необходимого объёма социального обеспечения;
3. контакт с социальными службами по месту жительства с информированием органов социальной защиты населения о необходимости и объеме социальной помощи пациенту.

Консультация в кабинете памяти при наличии значимых когнитивных нарушений должна осуществляться в сопровождении родственников или опекунов. В случае, если пациент одинок, специалист по социальной работе должен связываться с территориальными центрами социального обслуживания для решения вопроса о последующем социальном патронаже и помещении пациента в дом престарелых.

Долговременная медико-социальная помощь и уход включают в себя:

- постдиагностические услуги (поддержка в сохранении самостоятельности);
- обслуживание на уровне местного сообщества, включая помощь лицам, осуществляющим неофициальный уход;
- непрерывную медицинскую помощь, особенно на последних стадиях болезни в психоневрологических интернатах, домах престарелых, пансионатах и домах сестринского ухода.

По мере прогрессирования состояния, все большее значение при ведении пациента приобретают немедикаментозные меры, включая организацию ухода, как непрофессионального, осуществляемого силами родственников, так и профессионального медицинского за счет сиделок, соцработников или в рамках учреждений по уходу.

Еще одним важным звеном, с учетом выраженности необходимости ухода за дементным пациентом, является организация поддержки ухаживающих лиц, включая как психологическую, так и своевременную медицинскую помощь.

V. Порядок проведения комплекса мер, направленных на профилактику падений и переломов у лиц пожилого и старческого возраста

Информационно-просветительские и образовательные мероприятия

Необходимо просвещение населения по проблеме падений у людей старших возрастных групп и формирование отношение к падениям не как к «обычному» происшествию, связанному со старением, а как к фактору, представляющему угрозу жизни пожилого человека, снижающего его качество жизни и приводящему к утрате автономности. С помощью информационно-просветительских и образовательных мероприятий необходимо сформировать представление о падениях у пожилых как о событии, которое можно и нужно предотвращать.

В медицинских учреждениях должны быть размещены информационные стенды, посвященные мерам профилактики падений. При наличии возможностей эти материалы должны демонстрироваться на электронных мониторах.

Пациентам пожилого и старческого возраста, их родственникам и ухаживающим лицам должны предоставляться печатные материалы по профилактике падений, физической активности и организации безопасного быта.

На базе гериатрических кабинетов/отделений проводятся школы для пациентов и членов их семей/ухаживающих лиц по профилактике падений.

Создание службы реагирования на падения пожилых людей

Цель создания службы реагирования на падения пожилых людей – своевременная идентификация падений, ранняя диагностика и лечение травм, связанных с падением, на основе междисциплинарного взаимодействия между службами скорой и неотложной помощи, травматологической, гериатрической и реабилитационными службами.

Мероприятия службы реагирования на падения пожилых людей:

1. Выявление факторов риска падений у пациентов пожилого и старческого возраста семейными врачами, врачами-гериатрами, врачами специалистами первичного звена здравоохранения.

2. Транспортировка пациентов пожилого и старческого возраста с подозрением на перелом службами скорой и неотложной помощи в приемные отделения стационаров согласно утвержденной схеме маршрутизации.

3. Госпитализация в профильные отделения всех пациентов с переломом проксимального отдела бедренной кости.

4. Своевременное хирургическое лечение перелома проксимального отдела бедренной кости у пациентов пожилого и старческого возраста, не менее 95-98% из которых должны быть прооперированы в течение 48 ч.

5. Разработка и внедрение протоколов диагностических, пред-, интра- и послеоперационных процедур для пациентов старших возрастных групп с переломами проксимального отдела бедренной кости в соответствие с клиническими рекомендациями «Переломы проксимального отдела бедренной кости» 2019 года.

6. Профилактика делирия и других осложнений, ранняя мобилизация, начало реабилитационных мероприятий и организация социальной поддержки в послеоперационном периоде.

Создание Службы реагирования на падения пожилых людей обеспечивает своевременную максимально раннюю диагностику перелома проксимального отдела бедренной кости и внедрение оптимальной маршрутизации пациентов пожилого и старческого возраста с травмами вследствие падений для неотложного хирургического лечения и профилактики осложнений.

Факторы риска падений

Выделяют факторы риска падений и факторы защиты, которые позволяют снизить этот риск. Такой подход определяет популяционную стратегию снижения риска падений и их последствий, которая должна быть направлена на борьбу с факторами риска и усиление факторов защиты.

Всемирная организация здравоохранения выделяет 4 группы факторов риска падений: биологические, поведенческие, связанные с окружающей средой и социально-экономические.

Биологические факторы риска включают индивидуальные проблемы состояния организма человека. Эти факторы могут быть немодифицируемыми (возраст, женский пол, деменция) и потенциально модифицируемыми. К последним относятся изменения, связанные со старением (снижение зрения, слуха, снижение мышечной силы, недержание мочи, нарушения походки вследствие изменений костно-мышечного аппарата, центральной и периферической нервной системы и др.), снижение физического функционирования, додементные когнитивные расстройства, множественные хронические заболевания, прием большого количества лекарственных препаратов (полипрагмазия). Биологические факторы взаимодействуют с другими факторами риска падений.

К поведенческим факторам риска относятся факторы, связанные с образом жизни человека: избыточное потребление алкоголя, курение, недостаточная физическая активность. Эти факторы риска потенциально модифицируемы при применении стратегий, направленных на изменение поведения человека и его образа жизни.

Факторы риска падений, связанные с окружающей средой, создают условия для возникновения падений, особенно у людей, имеющих биологические и поведенческие факторы риска падений. Эта группа факторов включает небезопасные быт и внешнее пространство: узкие ступеньки,

скользкую поверхность пола, отсутствие поручней, недостаточное освещение в квартире или доме, особенности планировки здания, выбоины на тротуаре и т.д.

Социально-экономические факторы риска падений связаны с социальными условиями жизни и экономическим статусом человека, его социальными взаимодействиями (одинокое проживание повышает риск падений и их неблагоприятных исходов), недостаточным объемом социальной поддержки, ограниченной доступностью средств адаптации пожилого человека к окружающей среде.

Основные факторы защиты от падений включают обеспечение доступной и безопасной среды. Изменения поведения являются ключевым компонентом здорового старения и профилактики падений. Отказ от курения, умеренность в употреблении алкоголя, поддержание нормальной массы тела в периодах среднего и пожилого возраста, физические упражнения позволяют предотвратить падения

Создание службы профилактики повторных переломов

Цель создания службы профилактики повторных переломов - обеспечение взаимодействия между травматологической, терапевтической, гериатрическими службами, вовлечение специалистов первичного звена в профилактику повторных переломов у пациентов пожилого и старческого возраста.

Создание службы профилактики повторных переломов включает:

1.Оценку риска падений семейным врачом:

- Все пожилые люди должны быть опрошены о наличии перенесенного падения в течение последнего года
- Пожилые люди, обратившиеся за медицинской помощью в связи с падением, сообщившие о наличии двух падений и более в течение последнего года либо о возникших трудностях при ходьбе или удержании баланса, должны пройти оценку наличия факторов риска падений.
- Пожилые люди, сообщившие о наличии одного падения в течение последнего года, должны пройти оценку нарушений походки или баланса. При трудностях во время ходьбы или удержания баланса показано проведение оценки факторов риска падений
- Всем пожилым людям, сообщившим об однократном падении, следует предлагать выполнение теста «Встань и иди» (Get Up and Go Test). При обнаружении любых форм нарушения равновесия следует проводить более углубленную оценку риска.
- Всех пожилых людей с повторными падениями следует направлять на оценку риска падений к врачу-гериатру. По результатам оценки могут возникнуть показания для дальнейшего направления к специалисту другого профиля.

Для объективизации риска падений рекомендуется использование следующих клинических инструментов: шкалу самооценки риска падений, алгоритм Американского и Британского гериатрических обществ (2010), Шкалу Морсе (разработана для оценки риска падений в ЛПУ)

2. Обеспечение маршрутизации пациента от травматолога к семейному врачу для патронажа на дому и принятия активных мер по профилактике повторных падений - передача сигнальной карты службой скорой помощи, выписного эпикриза по электронной почте в поликлинику по месту жительства после выписки из стационара или оказания неотложной помощи в приемном отделении стационара.

3. Идентификация пациентов, перенесших перелом и выявление нуждающихся в мерах профилактики повторных переломов на основании результатов оценки 10-летней вероятности последующих переломов с помощью FRAX семейным врачом

4. Консультирование врачом-гериатром всех пациентов при наличии в анамнезе падений и переломов с обязательным проведением комплексной гериатрической оценки и выдачей заключения по профилактике падений.

5. Идентификация пациентов, перенесших перелом и выявление нуждающихся в мерах профилактики повторных переломов на основании результатов оценки 10-летней вероятности последующих переломов с помощью FRAX семейным врачом

6. Коррекция и лечение нарушений ходьбы, поддержания равновесия и других возраст-ассоциированных заболеваний и проблем семейным врачом с привлечением профильных врачей-специалистов.

Организация профилактики падений в медицинских учреждениях

В медицинских учреждениях, оказывающих помощь взрослому населению, должны быть внедрены регламенты профилактики и регистрации падений, организованы образовательные мероприятия по профилактике падений для всего персонала медицинской организации.

Регламент профилактики падений утверждается руководителем медицинской организации и включает следующие стандартные операционные процедуры:

- оценка риска падений у пациентов старших возрастных групп при поступлении в медицинское учреждение,
- маркировки истории болезни и визуализации пациента с высоким риском падений,
- меры по профилактике падений для персонала различных подразделений медицинского учреждения, включая транспортировку и сопровождение пациента с высоким риском падений,
- действия персонала при падении пациента и маршрутизация пациента при травмах, связанных с падением,
- регистрация падений в медицинском учреждении и анализ случаев падений,
- регламент тренингов персонала лечебного учреждения по профилактике падений,
- регламент работы немедицинских/вспомогательных служб по обеспечению безопасной среды,

- информационные материалы по профилактике падений, которые предоставляются пациенту при планировании госпитализации и при выписке из лечебного учреждения.

Медицинские мероприятия по профилактике падений и переломов

Медицинские мероприятия по профилактике падений и переломов осуществляются на основании клинических рекомендаций «Профилактика падений и переломов» 2019г. Проведение оценки риска падений и 10-летней индивидуальной вероятности переломов по алгоритму FRAX (для российской популяции, обязательны для амбулаторных и госпитализированных пациентов пожилого и старческого возраста.

В амбулаторном звене здравоохранения оценка риска падений и переломов сочетается со скринингом синдрома старческой астении. При выявлении высокого риска падения врач-терапевт участковый/врач общей практики проводит анализ факторов риска падений, включая лекарственные назначения, разрабатывает и осуществляет план мероприятий, направленных на коррекцию потенциально модифицируемых факторов риска падения. При выявлении высокого риска падений пациент может быть направлен на консультацию в гериатрический кабинет.

В условиях гериатрического кабинета пациентам с высоким риском падений проводится многофакторная оценка риска падений и разрабатывается индивидуальная программа профилактики падений и переломов.

При госпитализации пациента 60 лет и старше риск падений при поступлении оценивается по шкале Морсе независимо от повода и профиля госпитализации. Мероприятия по профилактике падений проводятся в соответствии с регламентом профилактики падений в медицинском учреждении.

VI. Перечень нормативно-правовых актов:

На международном уровне стратегия борьбы с когнитивными расстройствами, падениями и переломами, их профилактики нашла отражение в следующих документах:

- Политическая декларация Организации Объединенных Наций, принятая на совещании высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними (Принята резолюцией 66/2 Генеральной Ассамблеи от 19 сентября 2011 года);
- Программа ВОЗ по заполнению пробелов в области охраны психического здоровья (MHGAP);
- Комплексный план действий ВОЗ в области психического здоровья на 2013-2020 годы (World Health Organization. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020. Geneva: World Health Organization, 2013).
- В РФ помощь пациентам регламентируется рядом документов, среди которых важнейшими являются:

- Федеральный Закон № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

- Федеральный закон РФ № 3185-1 "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании";

- Стратегия действия в интересах граждан старшего поколения (утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 5 февраля 2016 г. № 164-р);

- Приказ Минздрава России от 29 января 2016 г. № 38н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия»;

- Стандарт первичной медико-санитарной помощи при органических, включая симптоматические, психических расстройствах, деменции в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета) (Приказ Минздрава России от 20.12.2012 г. № 1220н);

- Стандарт первичной медико-санитарной помощи при органических, включая симптоматические, психических расстройствах, деменции при других болезнях, классифицированных в других рубриках (Приказ Минздрава России от 28.12.2012 г. № 1621н);

- Стандарт первичной медико-санитарной помощи при болезни Альцгеймера в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета) (Приказ Минздрава России от 20.12.2012 г. № 1222н);

- Стандарт первичной медико-санитарной помощи при органических, включая симптоматические, психических расстройствах, деменции в связи с эпилепсией в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета) (Приказ Минздрава России от 24.12.2012 г. № 1515н);

- Стандарт специализированной медицинской помощи при болезни Альцгеймера (Приказ Минздрава России от 20.12.2012 г. № 1228н);

- Стандарт специализированной медицинской помощи при органических, включая симптоматические, психических расстройствах, деменции в связи с эпилепсией (Приказ Минздрава России от 24.12.2012 г. № 1519н);

- Стандарт первичной медико-санитарной помощи при плохом срастании и несрастании перелома шейки бедренной кости (Приказ МЗ РФ от 20.12.2012 № 1117н);

- Стандарт скорой медицинской помощи при травме конечностей и (или) таза (Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1384н);

- Федеральные клинические рекомендации «Переломы проксимального отдела бедренной кости», утвержденные в 2019 году.

- Оценки риска падений и 10-летней индивидуальной вероятности переломов по алгоритму FRAX Инструмент оценки риска переломов (для российской популяции) http://www.osteoporoz.ru/content/view/891/113/.

Приложение № 2
к приказу департамента
здравоохранения и социальной защиты
населения Белгородской области

от «02» июля 2019 года № 702

Схема маршрутизации пациентов пожилого и старческого возраста с переломом проксимального отдела бедренной кости

Место жительства пациентов/район Белгородской области	**Медицинская организация, оказывающая специализированную медицинскую помощь по профилю «травматология» в неотложной форме**	**Медицинская организация, оказывающая специализированную медицинскую помощь по профилю «травматология» 2 уровня и 3 уровня**	**Медицинская организация, оказывающая специализированную медико-санитарную помощь на амбулаторном этапе (семейный врач, врач-гериатр и др. врачи-специалисты)**
прикрепленный контингент ОГКУЗ «Госпиталь для ветеранов войн»	ОГБУЗ «Городская больница № 2 г. Белгорода»	ОГБУЗ «Городская больница № 2 г. Белгорода»	ОГКУЗ «Госпиталь для ветеранов войн»
г. Белгород	ОГБУЗ «Городская больница № 2 г. Белгорода»	ОГБУЗ «Городская больница № 2 г. Белгорода»	ОГБУЗ «Городская поликлиника г. Белгорода»
Губкинский городской округ	ОГБУЗ «Губкинская центральная районная больница»	ОГБУЗ «Городская больница № 2 г. Белгорода»	ОГБУЗ «Губкинская центральная районная больница»
Шебекинский	ОГБУЗ «Шебекинская центральная районная больница»	ОГБУЗ «Городская больница № 2 г. Белгорода»	ОГБУЗ «Шебекинская центральная районная больница»
Яковлевский	ОГБУЗ «Яковлевская центральная районная больница»	ОГБУЗ «Городская больница № 2 г. Белгорода»	ОГБУЗ «Яковлевская центральная районная больница»