

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр онкологии
имени Н.Н. Петрова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России)
Отдел учебно-методической работы

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Западный государственный
медицинский университет имени И.И. Мечникова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)
Кафедра онкологии

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России)
Кафедра онкологии

**Ткаченко Е. В., Алексеева Ю. В., Бриш Н. А., Служев М. И.,
Кондратьев С. В., Шарашенидзе С. М., Прощаев К. И.,
Ильницкий А. Н., Горелик С. Г., Криворотько П. В.,
Семиглазов В. Ф., Карачун А. М., Раджабова З. А.,
Бондарев Н. Э., Ульрих Е. А., Урманчеева А. Ф., Берлев И. В.,
Рязанкина А. А., Филатова Л. В., Волченков С. А., Ковязин А. К.,
Зюзгин И. С., Ключе В. А., Каспаров Б. С., Мимонов Е. А.,
Страх Л. В., Новик А. В., Балдуева И. А., Проценко С. А.,
Семиглазов В. В., Рогачев М. В., Семиглазова Т. Ю.,
Анисимов В. Н., Беляев А. М.**

Комплексная гериатрическая оценка пациентов онкологического профиля

Учебное пособие

Санкт-Петербург
2021

УДК:616-006-053.9-07(07)

ББК:55.6я7

Ткаченко Е. В., Алексеева Ю. В., Бриш Н. А., Служев М. И., Кондратьев С. В., Шарашенидзе С. М., Прощаев К. И., Ильницкий А. Н., Горелик С. Г., Криворотько П. В., Семиглазов В. Ф., Карачун А. М., Раджабова З. А., Бондарев Н. Э., Ульрих Е. А., Урманчеева А. Ф., Берлев И. В., Рязанкина А. А., Филатова Л. В., Волченков С. А., Ковязин А. К., Зюзгин И. С., Клюге В. А., Каспаров Б. С., Мимонов Е. А., Страх Л. В., Новик А. В., Балдуева И. А., Проценко С. А., Семиглазов В. В., Рогачев М. В., Семиглазова Т. Ю., Анисимов В. Н., Беляев А. М. Комплексная гериатрическая оценка пациентов онкологического профиля: учебное пособие для обучающихся в системе высшего и дополнительного профессионального образования. – Санкт-Петербург: НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова, 2021. – 116 с.

ISBN 978-5-6045023-3-4

Рецензент: доктор медицинских наук, профессор кафедры терапии, гериатрии и антивозрастной медицины Академии постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России Почитаева Ирина Петровна.

В учебном пособии представлены наиболее важные аспекты обследования пациентов с солидными и лимфопролиферативными новообразованиями в пожилом и старческом возрасте. Авторами рассматриваются отличительные особенности больных старшей возрастной группы от пациентов молодого и среднего возраста. Изложены основные методы комплексного гериатрического обследования и их интерпретация.

Учебное пособие предназначено для врачей-онкологов, для врачей, работающих с онкологическими больными, а также для обучающихся в системе высшего образования (аспирантура, ординатура, специалитет) и дополнительного профессионального образования (повышение квалификации и профессиональная переподготовка).

Утверждено
в качестве учебного пособия
Ученым советом ФГБУ «НМИЦ онкологии
им. Н.Н. Петрова» Минздрава России
протокол № 2 от 16 февраля 2021 г.

ISBN 978-5-6045023-3-4

© Ткаченко Е. В. Коллектив авторов, 2021

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений.....	6
Термины и определения.....	9
Введение.....	11
Глава 1. Гериатрические синдромы у лиц пожилого и старческого возраста, больных злокачественными новообразованиями.....	12
1.1. Понятие пожилой пациент.....	12
1.2. Биология старения и изменения функции органов.....	12
1.3. Рак и старение.....	14
1.4. Иммунологическое старение.....	15
1.5. Изменения когнитивной функции у больных пожилого и старческого возраста.....	16
1.6. Синдром падений.....	20
1.7. Полипрагмазия.....	20
1.8. Саркопения.....	21
1.9. Остеопороз.....	22
Глава 2. Эпидемиология рака.....	24
2.1. Демография населения.....	24
2.2. Демография рака.....	25
2.3. Проблемы, связанные с обществом.....	26
Глава 3. Оценка пациентов пожилого и старческого возраста, больных раком: комплексная гериатрическая оценка и инструменты скрининга для пожилых людей.....	27
3.1. Краткие опросники для скрининга.....	28
3.2. Краткий гериатрический скрининг.....	30
3.3. Комплексная гериатрическая оценка.....	31
3.4. Инструменты скрининга.....	34
3.5. Практические советы специалистам, проводящим лечение онкологических пациентов пожилого и старческого возраста.....	35
3.6. Заключение.....	36
Глава 4. Психологические проблемы у больных онкологическими заболеваниями пожилого и старческого возраста..	37
4.1. Депрессия.....	37

4.1.1. Депрессия у гериатрических больных с онкологическими заболеваниями.....	38
4.1.2. Лечение депрессии у онкологических пациентов.....	38
4.2. Тревожность.....	42
4.2.1. Тревога у пожилых онкологических пациентов.....	42
4.2.2. Лечение тревожности у больных онкологическими заболеваниями пожилого и старческого возраста.....	43
4.3. Заключение.....	45
Глава 5. Социальные и этические аспекты при общении с больными онкологическими заболеваниями пожилого и старческого возраста.....	46
Глава 6. Роль междисциплинарной команды при лечении больных онкологическими заболеваниями пожилого и старческого возраста.....	50
6.1. Гериатрическая оценка функциональности.....	51
6.2. Полипрагмазия.....	52
6.3. Уход за онкологическими больными.....	53
6.4. Заключение.....	55
Глава 7. Старческая астения у пожилых пациентов.....	56
7.1. Гериатрический осмотр для выявления синдрома старческой астении.....	57
7.2. Синдром старческой астении как предиктор неблагоприятных исходов.....	58
7.3. Заключение.....	60
Приложение 1. Шкалы, опросники и тесты оценивания состояния здоровья пациентов пожилого и старческого возраста.....	61
Клиническая шкала старческой астении.....	61
Скрининговый опросник «Возраст не помеха».....	64
Шкала оценки общего соматического статуса Мини-ког (Mini-Cog).....	65
Шкала оценки спутанности сознания (Confusion Assessment Method, CAM).....	66
Ричмондская шкала агитации (The Richmond Agitation-Sedation Scale, RASS).....	67
Краткая шкала оценки питания (Mini Nutritional Assessment,	

MNA).....	68
Базовая функциональная активность – индекс Бартел (Barthel Activities of daily living Index).....	70
Инструментальная функциональная активность – шкала Лоутона (Lawton Instrumental activities of daily living Scale).....	72
Тест «Встань и иди» (Timed Up and Go test).....	74
Краткая шкала оценки психического статуса (Mini Mental State Examination, MMSE).....	76
Гериатрическая шкала депрессии (Geriatric Depression Scale, GDS-15).....	78
Шкала оценки здоровья пациента (Patient Health Questionnaire, PHQ-9).....	79
Визуально-аналоговая шкала самооценки состояния здоровья (ВАШ).....	81
Визуально-аналоговая шкала оценки интенсивности боли..	82
Тест рисования часов.....	83
Шкала Морсе для оценки риска падений.....	85
Краткие опросники для оценки физического статуса (The Short Physical Performance Battery, SPPB).....	86
Опросник для выявления нейропатической боли (Douleur Neuropathique, DN4).....	89
Оценка нутриционного риска по шкале NRS-20021 (Nutrition Risk Screening).....	90
Монреальская шкала оценки когнитивных функций (Montreal Cognitive Assessment, MoCA)	92
Опрос уязвимых пожилых людей-13 (Vulnerable Elders Survey-13, VES-13).....	99
Контрольные вопросы.....	101
Тестовые задания.....	103
Список литературы.....	111

Список сокращений

БФА	– базовая функциональная активность
ВАШ	– визуально-аналоговая шкала самооценки состояния здоровья
ВОЗ	– Всемирная организация здравоохранения
ГО	– гериатрическая оценка
ГС	– гериатрические синдромы
ДИ	– доверительный интервал
ДНК	– дезоксирибонуклеиновая кислота
ЖКТ	– желудочно-кишечный тракт
ЗНО	– злокачественные новообразования
ИАГ	– индекс астении Гронингена
ИМАО	– ингибиторы моноаминоксидазы
ИМТ	– индекс массы тела
ИОЗС	– ингибиторы обратного захвата серотонина
ИФА	– инструментальная функциональная активность
ИУ	– индекс степени уязвимости
КГО	– комплексная гериатрическая оценка
КПТ	– когнитивная поведенческая терапия
МКБ-10	– международная классификация болезней 10-го пересмотра
МЛТ	– межличностная терапия
МПК	– минеральная плотность костной ткани
ООН	– Организация Объединенных Наций
СА	– старческая астения
ТДТ	– точность диагностических тестов
ТЦА	– трициклические антидепрессанты
укГО	– укороченная комплексная гериатрическая оценка
ХТ	– химиотерапия
ЦНС	– центральная нервная система
ADL	– Activity Daily Live (повседневная деятельность)
APACHE	– Acute Physiology And Chronic Health

Evaluation (Система классификации острых функциональных и хронических изменений в состоянии здоровья)

BIA – Bioimpedance Analysis (биоэлектрический импедансный анализ)

CAM – Confusion Assessment Method (шкала оценки спутанности сознания)

CARG – Cancer and Aging Research Group (группа по исследованию рака и старения)

CIRS-G – Cumulative Illness Rating Scale-Geriatric (кумулятивный индекс коморбидности у пожилых)

CRASH – Chemotherapy Risk Assessment Scale for High Age Patients (шкала оценки риска химиотерапии для пациентов пожилого возраста)

DN4 – Douleur Neuropathique (опросник для оценки нейропатической боли)

DXA – Dual-energy X-ray Absorptiometry (двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия)

ECOG – Eastern Cooperative Oncology Group (Восточная кооперативная онкологическая группа)

ESPEN – European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (Европейское общество клинического питания и метаболизма)

fTRST – Flemish Version of the Triage Risk Screening Tool (фламандская версия опросника скрининга рисков)

G8 – Geriatric 8 (гериатрический опросник)

GDS-15 – Geriatric Depression Scale (шкала оценки депрессии у больных геронтологического профиля)

IADL – Instrumental Activity Daily Live (повседневная профессиональная деятельность)

MMSE – Mini Mental State Examination (мини-опросник умственного состояния)

MNA – Mini Nutritional Assessment (нутритивный мини-опросник)

MoCA – Montreal Cognitive Assessment (Монреальская шкала оценки когнитивного статуса)

NCI – National Cancer Institute (Национальный ин-

ститут рака США)

NRS-20021 – Nutrition Risk Screening (скрининговая оценка нутритивного риска)

PACE/PREOP Preoperative Assessment of Cancer in the Elderly (предоперационная оценка онкологических больных пожилого возраста)

PHQ-9 – Patient Health Questionnaire (шкала оценки здоровья пациента)

POGOe – Portal of Geriatrics Online (портал гериатрического онлайн-образования)

RASS – The Richmond Agitation-Sedation Scale (Ричмондская шкала ажитации)

SAOP – Senior Adult Oncology Program Tools (инструменты программы по лечению онкологических заболеваний среди пожилых людей)

SIOG – International Society for Geriatric Oncology (Международное общество гериатрической онкологии)

SPPB – The Short Physical Performance Battery (краткие опросники для оценки физического статуса)

TILDA – The Irish Longitudinal Study on Ageing (ирландское лонгитудинальное исследование по проблемам старения)

TRST – The Triage Risk Screening Tool (инструмент проверки сортировки рисков)

VES-13 – Vulnerable Elders Survey-13 (опрос уязвимых пожилых людей-13)

Термины и определения

Геронтология – наука, которая всесторонне изучает процессы старения, от биологических закономерностей до методов оказания социально-медицинской помощи человеку.

Гериатрия – самостоятельная медицинская специальность, для которой характерен междисциплинарный подход к диагностике, лечению и реабилитации заболеваний у людей пожилого и старческого возраста.

Гериатрический синдром – многофакторное возраст-ассоциированное клиническое состояние, ухудшающее качество жизни, повышающее риск неблагоприятных исходов (смерти, зависимости от посторонней помощи, повторных госпитализаций, потребности в долгосрочном уходе) и функциональных нарушений.

Комплексная гериатрическая оценка – многомерный междисциплинарный диагностический процесс, включающий оценку физического и психоэмоционального статуса, функциональных возможностей и выявление социальных проблем пожилого человека с целью разработки плана лечения и наблюдения, направленного на восстановление или поддержание уровня функциональной активности пациента.

Пожилой возраст – 60-74 года по классификации возрастных групп Всемирной организации здравоохранения 2012 г.

Старческий возраст – 75-89 лет по классификации возрастных групп Всемирной организации здравоохранения 2012 г.

Долгожители – лица в возрасте 90 лет и старше по классификации возрастных групп Всемирной организации здравоохранения 2012 г.

Инструментальная функциональная активность – способность человека самостоятельно выполнять действия по самообслуживанию более сложные, чем относящиеся к категории базовой функциональной активности (пользование телефоном, покупки, приготовление пищи, работа по дому, пользование транспортом, стирка, уборка, прием лекарственных препаратов, контроль финансов).

Полипрагматия – одномоментное назначение пациенту 5 и более наименований лекарственных препаратов или свыше 10 наиме-

нований при курсовом лечении.

Преастения – состояние, предшествующее развитию синдрома старческой астении, характеризующееся наличием отдельных ее признаков, количественно недостаточных для постановки диагноза старческой астении.

Саркопения – гериатрический синдром, характеризующийся возраст-ассоциированной прогрессирующей генерализованной потерей массы и силы скелетных мышц.

Старческая астения – гериатрический синдром, характеризующийся возраст-ассоциированным снижением физиологического резерва и функций многих систем организма, приводящий к повышенной уязвимости организма пожилого человека, к воздействию эндо- и экзогенных факторов и высокому риску развития неблагоприятных исходов для здоровья, потери автономности и смерти.

Введение

Человечество стремительно стареет. В настоящее время примерно 50% всех опухолей человека развивается у лиц старше 65 лет, ожидается, что в дальнейшем этот показатель составит 60% и более.

Лечение онкологических больных пожилого и старческого возраста является актуальной проблемой нашего времени.

Существует три основных фактора, влияющих на организм больного пожилого человека – само злокачественное новообразование, сопутствующая патология и гериатрический статус. Поэтому в рутинной клинической практике необходим систематический и научно обоснованный комплексный подход, включающий оценку гериатрического статуса онкологических больных пожилого и старческого возраста.

В настоящее время существует множество различных стратегий выбора тактики лечения этой категории больных, однако зачастую эта группа пациентов не получает достаточного объема лечения в связи с дискриминацией по возрасту. Кроме того, пациенты пожилого и старческого возраста редко включаются в клинические исследования новых противоопухолевых препаратов. Пациенты старшей возрастной группы, которые включаются в исследования, являются тщательно отобранными, поэтому результаты исследований не могут быть полностью экстраполированы на общую популяцию пожилых больных. Следовательно, доказательная база по лечению больных пожилого и старческого возраста значительно меньше, чем для больных молодого возраста.

Одной из главных задач при ведении пациентов пожилого возраста, является оценка преимуществ и рисков лечения, учитывая более низкую продолжительность жизни и сниженную устойчивость организма. Тем не менее, сам по себе пожилой возраст не должен быть основанием для отказа от проведения противоопухолевого лечения, которое может повысить качество жизни или увеличению выживаемости среди больных старшей возрастной группы.

Глава 1.

Гериатрические синдромы у лиц пожилого и старческого возраста, больных злокачественными новообразованиями

Рассмотрим возможные гериатрические синдромы у лиц пожилого и старческого возраста, больных злокачественными новообразованиями.

1.1. Понятие пожилой пациент

Не существует общепринятого порога возраста, определяющего понятие «пожилой». Это отражает тот факт, что сам хронологический возраст менее важен, чем биологические события, способствующие процессу старения внутри человека.

Однако хронологический возраст – это простой и практичный способ определения целевой группы населения.

ВОЗ классифицирует население по возрастам как:

- пожилой возраст – 60-74 года;
- старческий возраст – 75-89 лет;
- долгожители – лица в возрасте 90 лет и старше.

Однако в Европе термином «пожилые» принято определять людей в возрасте 65 лет и старше.

Для удобства прочтения и понимания в дальнейшем в настоящем пособии для обозначения лиц пожилого и старческого возраста, больных злокачественными новообразованиями, будет использоваться термин «пожилые пациенты».

1.2. Биология старения и изменения функции органов

Почти все изменения, связанные с возрастом, приводят к снижению функции органов. Тем не менее, пожилое население отличается заметной вариабельностью в скорости функционального ухудшения, как между индивидуумами, так и внутри каждого отдельного человека.

Были описаны три различных пути старения:

- старение с развитием патологий и инвалидностью,
- нормальное старение с некоторыми ограничениями,
- старение с минимальными ограничениями.

Неоднородность процесса старения имеет практические последствия для оценки пожилых, больных раком: пациенты нуждаются в индивидуальных оценках для определения их биологического возраста.

Считается, что биологический возраст отражает ожидаемую продолжительность жизни человека и функциональные резервы, а также влияет на решения о назначении лечения и дает возможность прогнозировать его переносимость.

Не существует простого способа оценки биологического возраста, а один из лучших клинических инструментов, доступных на сегодняшний день – это комплексная гериатрическая оценка (см. главу 3).

Традиционно в рамках геронтологии и гериатрии естественные возрастные изменения в строении или функции органов отличались от возрастных патологий. Это различие, возможно, менее значимо с практической точки зрения. Кроме того, считается, что нормальные возрастные изменения связаны с распространенностью возрастных заболеваний, а болезни органов вместе с процессом старения оказывают синергетическое влияние друг на друга.

Другой важной характеристикой функции органа и возраста является тесная связь между спросом и предложением: сердечный выброс и дыхательная функция в покое остаются в основном неизменными с увеличением возраста, но заметные возрастные эффекты появляются, когда системы должны работать в условиях стресса, например, во время операции или лекарственного лечения (химиотерапии).

В онкологии снижение функций органов у пожилых пациентов может осложнить лечение. Например, нарушение функции почек, печени и костного мозга повышают токсическое действие лекарств. Сопутствующие заболевания и полипрагмазия могут быть связаны с повышенным риском побочных эффектов и лекарственных взаимодействий.

Из-за широких физиологических вариаций, наблюдаемых у пожилых людей, трудно дать обоснованные обобщения.

1.3. Рак и старение

Старение является одним из самых мощных факторов риска развития рака. Наблюдается заметное увеличение количества эпителиальных карцином в возрасте от 40 до 80 лет. Интересно, что уровень заболеваемости раком возрастает после 80 лет.

Связь между раком и старением является сложной, и большинство фундаментальных вопросов остаются без ответа. В некоторых случаях, таких как клеточное старение или укорочение теломер (защитные механизмы от рака), может увеличиваться скорость старения. Тем не менее, похоже, что рак и старение имеют общую этиологию, такую как нестабильность генома и снижение частоты аутофагии.

До сих пор неизвестно, является ли повреждение ДНК основным стимулом одновременно и для рака, и для старения. Другая объяснительная модель рассматривает рак и старение как заболевания стволовых клеток, где рак представляет собой эффект стимулирующих рост мутаций в данной стволовой клетке, тогда как старение представляет собой естественное истощение и истощение пула стволовых клеток и клеток-предшественников.

Распространенное заблуждение среди населения в целом и некоторых врачей в частности заключается в том, что у пожилых пациентов все виды рака развиваются медленно. Это верно только для некоторых видов, таких как определенные подтипы рака молочной железы и рак легких, но противоположное верно для других видов рака, таких как острые лейкозы, опухоли головного мозга и рак яичников, которые могут быть более агрессивными у пожилых пациентов.

Поскольку пожилые пациенты часто имеют пониженные резервы нескольких систем органов, то стресс, такой как хирургическое вмешательство, химиотерапия или острая инфекция, может привести к развитию общих симптомов, а не к органоспецифичным.

Таким образом, пожилые пациенты часто имеют оккультные или нетипичные проявления заболевания: у них может отсутствовать температура во время инфекции и боль в случае инфаркта миокарда. Вместо этого у пожилого пациента могут быть общие симптомы и признаки, такие как делирий, падение, недержание мочи (с внезап-

ным началом или быстрым ухудшением состояния) или пониженное потребление жидкости, приводящее к обезвоживанию.

Важно, чтобы эти симптомы не интерпретировались как «нормальное старение»; старение не происходит в одночасье. Врач должен систематически искать основную причину резкого изменения функционального или когнитивного состояния пожилого пациента.

Симптомы рака могут быть более сложны для интерпретации у пожилых пациентов из-за сопутствующей патологии, и иногда это приводит к задержке постановки диагноза.

Боль в костях, вызванная опухолью, может быть расценена как обострение остеоартрита; опухоль головного мозга может быть интерпретирована как деменция, а изменения в функции кишечника рассматривается как запор. Диагностировать рак еще сложнее у пациента с деменцией, который не может четко охарактеризовать боль или другие симптомы.

Когда диагностируется рак, назначение лечения пожилым пациентам может быть сложным решением из-за нескольких факторов, таких как снижение ожидаемой продолжительности жизни, риски сопутствующих заболеваний, снижение переносимости лечения и потенциальные взаимодействия с лекарственными средствами при наличии полипрагмазии.

Лечение может повлиять на функциональное состояние пациента, соответственно требуется решать вопросы транспортировки и ухода. Кроме того, неоднородность этой популяции усложняет разработку основанных на фактических данных руководящих принципов «один подход для всех».

1.4. Иммунологическое старение

Иммунологическое старение означает функциональное состояние, развитие которого определяется как биологическим возрастом, так и другими факторами. Одно из составляющих иммунологического старения – синдром хронического воспаления, рассматриваемый как системный провоспалительный статус и широко изучается у онкологических больных.

Отличительным признаком иммунологического старения рас-

смачивается существенное снижение CD4+ Т-лимфоцитов в крови пожилых людей по сравнению с молодыми.

Одна из причин этого явления – истощающийся с возрастом пул наивных Т-лимфоцитов, созревающих в тимусе.

Вторая вероятная причина – конверсия наивных Т-лимфоцитов в Т-клетки памяти под воздействием различных антигенов в течении жизни.

Перераспределение субпопуляций Т-лимфоцитов приводит к увеличению восприимчивости к инфекциям и накоплению клеток иммунологической памяти ограниченного фенотипа. Снижение активности эффекторных Т-лимфоцитов обусловлено биохимическими изменениями в липидном составе мембран этих клеток – возрастным увеличением холестерина, который способствует снижению реактивности Т-лимфоцитов при встрече с чужеродными или измененными «своими» опухолевыми антигенами.

Использование современных иммуноонкологических препаратов, активирующих ключевые точки противоопухолевого иммунного ответа, становится перспективным направлением в лечении стареющих онкологических пациентов. Нарращивание клонов аутологичных неоантиген-реактивных Т-лимфоцитов *in vitro* также открывает перспективы для разработки персонализированной иммунотерапии у пожилых онкологических больных с диссеминированным опухолевым процессом.

1.5. Изменения когнитивной функции у больных пожилого и старческого возраста

Возраст является фактором риска развития когнитивной дисфункции. Распространенность деменции в некоторых исследованиях составляет около 1% в возрасте от 65 до 69 лет по сравнению с 41% в возрасте 90 лет и старше.

Наличие деменции или когнитивной дисфункции может серьезно повлиять на лечение рака. Важно помнить, что в некоторых случаях формальное когнитивное тестирование является единственным способом выявления когнитивной дисфункции, особенно на ранних стадиях заболевания, когда у пациента сохранена языковая функция

или если основной компонент разговора выполняет лицо, осуществляющее уход.

Консультирование перед лечением часто включает в себя сложное принятие решений, в том числе соотношение вреда и пользы различных вариантов лечения, и для консультирующего врача первостепенное значение имеет способность пациента принимать решения.

Для хирургических процедур риск послеоперационного острого спутанного сознания (известного как делирий) заметно увеличивается при наличии предоперационной когнитивной дисфункции.

Когда пациент проходит курс химиотерапии, когнитивная дисфункция вызывает беспокойство в отношении понимания пациентом важных признаков токсичности, таких как лихорадка или кровотечение, и может потребоваться организация более интенсивного наблюдения.

Поскольку как хирургическое вмешательство под общим наркозом, так и химиотерапия могут изменить когнитивную функцию, важно учитывать, подвергает ли лечение риску перехода качества жизни пациента из самостоятельной в зависимую от посторонней помощи.

Делирий – это острое (от нескольких часов до суток) снижение внимания и сознания, которое, как сообщается, встречается у 20-80% больных раком.

Делирий – это недостаточно диагностируемое состояние, связанное со снижением функций, повышенной заболеваемостью и смертностью, а также повышенными расходами на медицинское обслуживание.

Две основные особенности отделяют делирий от деменции:

- во-первых, в делирии когнитивная недостаточность развивается быстро, тогда как в деменции она развивается постепенно,
- во-вторых, делирий, но не слабоумие, связан с ослабленной или колеблющейся настороженностью / вниманием,
- кроме того, делирий связан с измененной психомоторной активностью.

Когда психомоторная активность повышена (гиперактивный делирий), пациент взволнован, иногда с галлюцинациями, с выражен-

ной двигательной гиперактивностью, с которыми может быть трудно справиться.

В случае снижения психомоторной активности (гипоактивный делирий) пациент обычно тихо лежит в своей постели, но попытка связаться с ним / ней приведет к сложностям.

Большинство пациентов с делирием колеблются между гиперактивным и гипоактивным периодами в течение дня. Общей характеристикой делирия является его колеблющееся течение, что затрудняет диагностику состояния.

Причина делирия многофакторная. Если пациент уязвим из-за когнитивных нарушений или нескольких сопутствующих заболеваний, делирий может быть спровоцирован небольшим событием, таким как введение снотворного.

И наоборот, если у пациента мало факторов риска развития делирия, ускоряющие факторы, приводящие к делирию, должны быть более существенными, такими как операция или серьезные инфекции. Примерами факторов риска возникновения делирия являются хроническая когнитивная дисфункция, пожилой возраст, тяжелая сопутствующая патология, недоедание, абстиненция к бензодиазепину и сенсорные нарушения.

Обычными провоцирующими факторами являются инфекции, дегидратация, инфаркт миокарда, тромбоэмболия легочной артерии, задержка мочи, электролитные нарушения и введение антихолинэргических препаратов. Введение опиоидных анальгетиков также может ускорить делирий, но боль и недостаточная анальгезия, по видимому, являются более распространенным фактором, вызывающим развитие делирия.

Важно учитывать нетипичное проявление заболеваний у пожилых пациентов во время поиска первопричины делирия. Пересмотр назначений пациенту является обязательным.

Наиболее важной терапевтической мерой является диагностирование и лечение причины (причин), если это возможно.

Нефармакологические вмешательства включают использование ориентирующих средств, таких как часы, регулярное общение, поощрение нормальных циклов бодрствования и сна и привлечение к уходу членов семьи.

Фармакологическое лечение может быть необходимо, если пациент представляет опасность для себя или окружающих, и галоперидол (перорально) обычно является препаратом выбора в дозе от 0,5 до 1,0 мг два раза в день с дополнительными дозами каждые четыре часа, когда это необходимо. Важным побочным эффектом галоперидола являются экстрапирамидные симптомы, и использование этого препарата должно быть сведено к минимуму. Галоперидол противопоказан пациентам с деменцией с тельцами Леви или болезнью Паркинсона. У этих пациентов альтернативой могут быть седативные препараты короткого действия, такие как оксазепам.

В соответствии с действующими критериями МКБ-10 для постановки диагноза деменции соблюдаются все следующие условия: должно быть ухудшение памяти и, по крайней мере, одной другой когнитивной функции (например, речь, визуально-пространственной функции или логического мышления). Это нарушение должно быть такой степени, что будет ежедневно снижать качество жизни человека.

Также должно выявляться нарушение психических функций, таких как эмоциональный контроль, мотивация или социальное поведение. Симптомы должны длиться не менее шести месяцев при нормальном сознании.

Наиболее распространенной причиной деменции является болезнь Альцгеймера, за которой следует сосудистая деменция. Недавние исследования показали, что комбинация болезни Альцгеймера и заболеваний сосудистой системы встречается чаще, чем считалось ранее.

Другими причинами деменции являются деменция с тельцами Леви с выраженными двигательными симптомами в дополнение к когнитивной недостаточности и выраженной непереносимости антипсихотических препаратов, а также лобно-височная деменция с доминирующей потерей эмоционального и поведенческого контроля.

В большинстве случаев деменция в течение нескольких лет прогрессирует от легкого нарушения, которое не влияет на способность человека дать информированное согласие на лечение рака, до тяжелых стадий, делающих человека совершенно беспомощным, в котором следует отдавать приоритет паллиативной помощи.

1.6. Синдром падений

Треть людей старше 65 лет падает хотя бы раз в год, и около половины из них испытывают повторяющиеся падения. Примерно 1 из 10 падений приводит к серьезным травмам, таким как перелом бедра или травма головы.

Как видно из других гериатрических синдромов, риск падений является многофакторным, и некоторые из наиболее распространенных факторов риска включают мышечную слабость, историю падений, дефицит походки и дефицит баланса.

Лекарства, которые могут увеличить риск падения, включают бензодиазепины, опиоидные анальгетики, лекарства для сна и антидепрессанты.

Было показано, что случаи падений в последние шесть месяцев предсказывают токсичность химиотерапии и развитие послеоперационных осложнений.

Противоопухолевая терапия часто приводит к повышенному риску падения, например, хирургическое лечение, включающее длительный постельный режим, который приводит к потере мышечной массы и ортостатической гипотензии, неврологические побочные эффекты химиотерапии и обезболивающее лечение опиоидными анальгетиками.

Существуют два важных клинических момента: пациенты часто забывают о том, что они упали, и что они редко сообщают информацию о падении, даже если они ее помнят. Поэтому важно проводить опрос пациента и лицо, осуществляющее уход, о падениях, а также оценить баланс и скорость ходьбы.

1.7. Полипрагмазия

Полипрагмазия чаще всего определяется как регулярное использование пяти или более лекарств, но также может быть определена как использование лекарств без назначения врача.

Полипрагмазия сама по себе неплохая вещь. Было задокументировано, что пожилые пациенты подвергаются недостаточному лечению во многих случаях, например, мерцательная аритмия и гипер-

тензия.

С другой стороны, применение большого количества лекарственных средств увеличивает риск взаимодействий и побочных реакций лекарств.

Диагноз рак часто требует критического пересмотра списка лекарств пациента. Например, рак может привести к изменениям в ожидаемой продолжительности жизни, что приведет к тому, что некоторые профилактические препараты станут ненужными, а использование химиотерапевтических или других противоопухолевых препаратов увеличивает риск взаимодействия лекарств.

1.8. Саркопения

Саркопения описывается как прогрессирующее и генерализованное заболевание скелетных мышц, включающее ускоренную потерю мышечной массы и функции. Это связано с повышенным риском неблагоприятных исходов, включая снижение функций организма, падения, переломы, потерю независимости и смертность. Таким образом, диагностика и лечение саркопении должны рассматриваться как обычная клиническая практика для пожилых пациентов.

Для диагностики саркопении рекомендованы следующие методы:

- оценка мышечной массы [двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (DXA) или биоэлектрический импедансный анализ (BIA)];
- оценка мышечной силы (динамометрия захвата руки);
- оценка физической работоспособности (тест скорости походки).

Саркопения может быть эффективно предотвращена и вылечена путем назначения соответствующих физических упражнений и питания (особенно обеспечением адекватного диетического потребления белка).

В настоящее время нет одобренных рекомендаций по фармакологии саркопении, хотя некоторые из них находятся в клинических испытаниях.

1.9. Остеопороз

Остеопороз – это системное заболевание, поражающее все кости скелета, которое сопровождается снижением плотности и прочности костей, что приводит к высокому риску переломов даже при минимальной травме. Остеопороз является наиболее распространенным заболеванием костей у людей пожилого и старческого возраста.

Остеопороз выявляется примерно у 30% больных раком молочной железы, 18% больных раком предстательной железы, в 9% случаев при аллогенной трансплантации костного мозга. Явления остеопении и остеопороза диагностируются у 73% мужчин старше 70 лет на фоне антиандрогенной терапии, в 50,6% при раке яичка, до 58% при аллогенной трансплантации костного мозга.

Пациенты, получившие радикальный курс лечения, входят в группу повышенного риска развития остеопороза и последующих переломов, связанных с перенесенным онкологическим заболеванием и его лечением.

Снижение минеральной плотности костной ткани (МПК) и остеопороз являются хорошо известными осложнениями некоторых видов лечения рака, таких как эндокринная терапия, химиотерапия и лучевая терапия.

Гормональные изменения при старении способствуют развитию ряда заболеваний.

Гормональная терапия, применяемая для лечения больных раком молочной железы, предстательной железы, тела матки и снижение с возрастом уровня продукции андрогена и эстрогенов способствуют развитию ряда заболеваний, связанных со старением, таких как остеопороз, саркопения и деменция и ухудшают качество жизни пациентов.

Поскольку у мужчин вероятность развития остеопороза меньше, чем у женщин, остеопороз у мужчин остается недостаточно изученным. Тем не менее, мужчины в возрасте старше 60 лет имеют явно сниженную минеральную плотность костей и повышенный риск переломов.

Лучевая терапия может привести к остеопорозу по прямому и непрямому механизму. Облучение брюшной полости при адьювант-

ном лечении пациентов с оперированным раком желудка может привести к снижению МПК и остеопорозу. Это косвенный эффект, который возникает в результате мальабсорбции кальция и витамина D и других микроэлементов, связанных с метаболизмом костной ткани, из-за радиационно-индуцированной поздней токсичности в оставшихся тканях желудка, тонкой кишки и поджелудочной железы.

Помимо косвенного воздействия облучения брюшной полости на костную ткань, существует также прямая токсичность для костей. Позвоночные кости подвергаются облучению во время адьювантной радиотерапии брюшной полости.

Радиационно-индуцированное снижение МПК, остеопороз и переломы чаще наблюдаются у пациентов, которым выполняли облучение малого таза. Известно, что частота возникновения переломов после лучевой терапии на область малого таза колеблется от 8,2 до 45,2% при раке шейки матки, от 9% до 11,2% при раке прямой кишки и 6,8% при раке предстательной железы.

Распространенность остеопороза также очень высока у пациентов, которым была выполнена полная или субтотальная резекция желудка по поводу рака желудка, либо язвенной болезни. Гастрэктомия оказывает влияние на нормальную физиологию желудочно-кишечного тракта, ухудшается усвоение витамина D и кальция, что приводит к вторичному гиперпаратиреозу, что, в свою очередь, ведет к остеомалации и остеопорозу.

Профилактику остеопороза следует осуществлять посредством адекватного скрининга, коррекции образа жизни, специальной гимнастики и назначения соответствующей терапии.

На сегодняшний день наиболее информативным методом, применяемым для диагностики данного заболевания, является рентгеновская денситометрия, которую необходимо проводить каждые 1-2 года. Показано назначение бисфосфонатов и/или деносумаба в комбинации с кальцием и витамином D для предотвращения остеопороза и снижения частоты переломов. Поддержание нормального состояния костной ткани стало неотъемлемой частью комплексного онкологического лечения. Пациенты пожилого возраста должны быть осведомлены о влиянии противоопухолевой терапии на состояние костной ткани и следовать врачебным рекомендациям.

Глава 2. Эпидемиология рака

Мировая демография кардинально изменится в течение следующих 20 лет и повлияет на потребность в медицинской помощи. Увеличится доля людей, которые будут жить дольше, и ожидается рост заболеваемости раком.

Эти изменения, возможно, будут совпадать с ростом коэффициентов зависимости и снижением показателей рождаемости как в развитых, так и в развивающихся странах. Это повлияет на лечение рака у пациентов, которые будут более изолированными, слабыми и старшей возрастной категории.

2.1. Демография населения

Население мира в 2014 году составило около 6,7 млрд. человек, и ожидается, что к 2050 году оно увеличится до 9,2 млрд. Это увеличение будет в основном наблюдаться в менее развитых странах, где численность населения увеличится с 5,4 млрд. в 2007 году до 7,9 млрд. к 2050 году, в то время как ожидается, что численность населения в развитых странах останется неизменной на уровне около 1,2 миллиарда человек.

В то же время ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 60 лет увеличится с 20 до 22 лет в период между 2010-2015 и 2045-2050 годами и снова будет выше в более развитых странах.

Также предполагается увеличение ожидаемой продолжительности жизни в возрасте 80 лет с 9 до 11 лет в развитых странах.

Доля населения мира в возрасте 60 лет и старше увеличится с 12% в 2013 году до 21% к 2050 году (рис. 1).

Это означает, что глобальная доля пожилых людей (> 60 лет) увеличится с 11,7% в 2013 году до 21,1% к 2050 году. В Европе доля пожилых людей (\geq 65 лет) достигнет 28% к 2050 году. Доля пожилых людей, нуждающихся в поддержке со стороны взрослых трудоспособного возраста, увеличится с 12,3% в 1995 году до 17,2% в 2025 году. Доля молодых людей в возрасте до 20 лет одновременно сократится с 40% до 32% от общей численности населения в 2025.

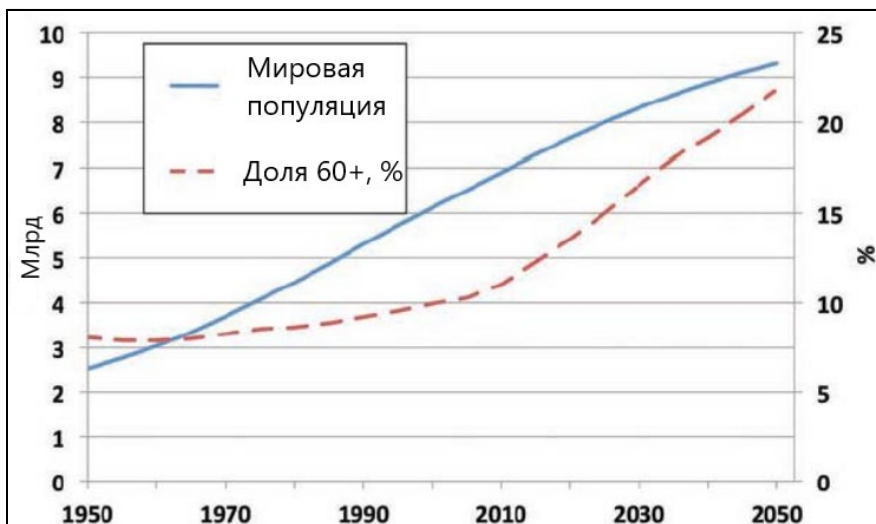


Рис. 1. Население мира и процентная доля населения старше 60 лет (Отдел народонаселения ООН, 2011 г.).

Число людей в возрасте старше 65 лет вырастет с 390 миллионов до 800 миллионов к 2025 году, достигнув 10% от общей численности населения к 2025 году. Это означает, что во многих развивающихся странах ожидается увеличение до 300% пожилого населения, особенно в Латинской Америке и Азии.

2.2. Демография рака

Рак – это прежде всего заболевание пожилого возраста. По данным Национального института рака США (NCI), 60% вновь диагностированных злокачественных новообразований обнаруживаются у людей старше 65 лет. На ту же возрастную группу приходится 70% случаев смерти от рака. В целом, пожилые люди в 10 раз чаще заболевают раком и в 15 раз чаще умирают от рака, чем люди в возрасте до 65 лет. Если все другие факторы останутся такими же, демографические изменения (рост населения и увеличение доли пожилых людей в мире) приведут к глобальному росту заболеваемости раком.

Согласно прогнозам, из-за увеличения заболеваемости раком с 13,3 миллиона в 2010 году до 21,5 миллиона в 2030 году смертность

от рака вырастет с 14 миллионов в 2012 году до 22 миллионов в течение следующих двух десятилетий. Поскольку лечение рака стало более эффективным, число выживших больных раком и распространенность рака среди населения также увеличатся.

2.3. Проблемы, связанные с обществом

Поскольку число больных раком будет увеличиваться, число медицинских работников, которые будут ухаживать за этими больными раком, будет расти. Численность людских ресурсов, работающих в секторе здравоохранения в 2005 году, оценивалась в Европе в 23,8 миллиона человек (Matthews Z. et al., 2006). Увеличение на 23% необходимо для поддержания текущего соотношения между работником здравоохранения и пользователем здравоохранения в период с 2005 по 2050 годы. В будущем расходы на лечение рака возрастут, и это будет тяжелым бременем для бюджетов здравоохранения различных стран. Остается вопрос, возможно ли в будущем обеспечить оптимальное лечение рака в рамках разумной модели затраты-выгоды.

Из-за демографических изменений и того факта, что рак является заболеванием пожилых пациентов, более пожилым больным раком потребуется уход и лечение.

Для пожилого пациента, имеющего злокачественное новообразование, особое значение имеют два вопроса.

Независимость

Пожилые люди заинтересованы в том, чтобы прожить долгие годы, но они еще больше заинтересованы в том, чтобы жить независимо и иметь возможность что-то делать. Это означает, что в обществе необходимы условия, позволяющие пожилым людям оставаться независимыми как можно дольше.

Разделение ухода

У пожилых людей разделение помощи может стать проблемой для лечения и ухода. Об этих пациентах позаботятся несколько различных специалистов в области здравоохранения, и интеграция междисциплинарного подхода между онкологами, гериатрами и врачами первичной медицинской помощи имеет первостепенное значение.

Глава 3.

Оценка пациентов пожилого и старческого возраста, больных раком: комплексная гериатрическая оценка и инструменты скрининга для пожилых людей

В настоящее время примерно 50% всех опухолей человека развивается у лиц старше 65 лет. Лечение онкологических больных пожилого и старческого возраста является актуальной проблемой нашего времени. У многих из этих пациентов есть сопутствующие заболевания или гериатрические проблемы (табл. 1).

Таблица 1

Распространенность проблем у пожилых, больных раком:
амбулаторно-онкологическое учреждение
(по Aapro M., Schrijvers D., 2016)

Проблемы	Частота
ECOG \geq 2	~20%
ADL-зависимость	~20%
IADL-зависимость	50-60%
Сопутствующие заболевания	> 90%
Тяжелые сопутствующие заболевания	30-40%
Депрессия	20-40%
Когнитивные нарушения	25-35%
Риск недоедания / истощения	30-50%

Сокращения:

ECOG – Eastern Cooperative Oncology Group (Восточная кооперативная онкологическая группа);

ADL – (activity daily live) повседневная деятельность;

IADL – (instrumental activity daily live) повседневная профессиональная деятельность

В условиях онкологии не все эти проблемы требуют комплексного подхода, выходящего за рамки обычного взрослого населения.

По нашему опыту, приблизительно половина пациентов в возрасте 70 лет и старше функционально являются «пожилыми людьми» и могут лечиться стандартным онкологическим подходом. Однако другой половине потребуется более комплексный уход, включая всестороннюю гериатрическую оценку (ГО).

Задача для онколога состоит в том, чтобы установить различие между этими двумя популяциями. Исследования в области гериатрической онкологии выявили эффективные инструменты краткого скрининга, которые могут быть использованы в условиях ограниченного времени.

Некоторые из них действительно были протестированы в отделениях неотложной помощи, а затем адаптированы для использования в условиях онкологических отделений.

Общее обследование пожилого больного раком представлено на рисунке 2.



Рис. 2. Общий подход к планированию лечения рака у пожилых пациентов (по Aapro M., Schrijvers D., 2016).

Следует отметить важность раннего гериатрического скрининга.

Если необходимо, данный скрининг можно провести в течение 2-4 недель в процессе дообследования по поводу злокачественного новообразования.

Ниже приводятся ресурсы для реализации этого двухэтапного подхода к онкогериатрической оценке пожилых больных раком.

3.1. Краткие опросники для скрининга

Это опросники быстрой сортировки пациентов, содержащие вопросы, ответы на которые занимают всего несколько минут. Их можно широко использовать для скрининга, какие пожилые пациенты нуждаются в дальнейшей обработке.

Международное общество гериатрической онкологии (SIOG)

опубликовало обширный систематический обзор доступных опросников (Decoster L. et al., 2014). В настоящей главе дается краткое резюме выводов, касающихся клинического использования этих опросников.

В обзоре было выявлено 44 исследования, в которых сообщалось об использовании 17 различных опросников для скрининга пожилых больных раком. Наиболее изученные опросники у этих пациентов – это G8, фламандская версия опросника скрининга рисков Triage (Flemish version of the Triage Risk Screening Tool, fTRST) и опрос уязвимых пожилых людей-13 (Vulnerable Elders Survey-13, VES-13).

Достоверность большинства скрининговых тестов была проверена на основе многомерной оценки с помощью гериатрических опросников или оценки гериатра.

Во всех исследованиях наивысшая чувствительность наблюдалась для следующих опросников: G8, fTRST, онкогериатрического скрининга, исследования остеопорозных переломов, ECOG, скрининга онкологической программы для пожилых людей (SAOP) 2 и герхематолима.

Ни один из этих опросников не является специфичным, и поэтому, если он положительный, его необходимо дополнить более полной ГО. Однако результаты скрининга помогают сосредоточить гериатрические ресурсы на тех пациентах, которые в них больше всего нуждаются.

Просмотрите несколько протестированных опросников и выберите тот, который наилучшим образом соответствует вашим клиническим условиям (см. приложение 1):

- скрининговый опросник «Возраст не помеха»,
- краткая шкала оценки питания (Mini Nutritional Assessment, MNA),
- оценка нутриционного риска по шкале (Nutrition Risk Screening, NRS-20021),
- Визуально-аналоговая шкала самооценки состояния здоровья (ВАШ),
- визуально-аналоговая шкала оценки интенсивности боли,
- опросник для выявления нейропатической боли (Douleur Neuropathique, DN4),

- краткие опросники для оценки физического статуса (The Short Physical Performance Battery, SPPB),
- шкала оценки здоровья пациента (Patient Health Questionnaire, PHQ-9),
- гериатрическая шкала депрессии (Geriatric Depression Scale, GDS-15),
- монреальская шкала оценки когнитивных функций (Montreal Cognitive Assessment, MoCA),
- опрос уязвимых пожилых людей-13 (Vulnerable Elders Survey-13, VES-13)
- Ричмондская шкала ажитации (The Richmond Agitation-Sedation Scale, RASS),
- тест рисования часов,
- краткая шкала оценки психического статуса (Mini Mental State Examination, MMSE),
- шкала Морсе для оценки риска падений,
- тест «Встань и иди» (Timed Up and Go test),
- инструментальная функциональная активность – шкала Лоутона (Lawton Instrumental activities of daily living Scale),
- базовая функциональная активность – индекс Бартел (Barthel Activities of daily living Index),
- шкала оценки спутанности сознания (Confusion Assessment Method, CAM),
- шкала оценки общего соматического статуса Мини-ког (Mini-Cog),
- клиническая шкала старческой астении.

3.2. Краткий гериатрический скрининг

Balduchi L. (2014) и Extermann M. (2007) инициировали применение многофакторной гериатрической шкалы оценки для решения вопроса о назначении химиотерапии онкологическому больному пожилого возраста. Шкала скрининга включает следующие параметры:

- стадия и прогноз онкологического заболевания;
- функциональное состояние и способность пациента к самообслуживанию;

- когнитивные функции;
- эмоциональное состояние;
- социальное состояние;
- препараты сопутствующей терапии, их количество, показания к назначению, возможное взаимодействие с цитостатиками;
- питание больного;
- наличие гериатрических синдромов;
- возраст-ассоциированные заболевания.

По результатам скрининга пациенты стратифицируются на 3 группы:

1. Больные, ведущие активный образ жизни, самостоятельно обслуживающие себя, имеющие адекватный интеллектуальный уровень, без тяжелых сопутствующих заболеваний, гериатрических синдромов и полипрагмазии. Пациентам данной категории возможно назначение стандартных режимов ХТ.

2. Больные, частично нуждающиеся в посторонней помощи и страдающие двумя и более сопутствующими заболеваниями. Всем пациентам данной группы была назначена полихимиотерапия с исходной редукцией доз препаратов на 25% и последующей их коррекцией в зависимости от переносимости.

3. Больные, нуждающиеся в постоянной посторонней помощи, отягощенные тремя и более сопутствующими заболеваниями и имеющие признаки старческой астении. В таком случае пациентам показана симптоматическая терапия.

3.3. Комплексная гериатрическая оценка

Если пациент дает положительный результат на скрининг с помощью кратких опросников, описанных выше, необходима последующая оценка. Формат дальнейшей оценки в значительной степени зависит от имеющихся возможностей: в некоторых учреждениях имеется команда специалистов по гериатрической онкологии; другие имеют гериатрическую консультационную службу; иные центры объединили амбулаторные консультации гериатра и онколога; в других случаях единственной возможностью для медицинской бригады

может быть использование гериатрических инструментов в онкологической практике.

Важными составляющими ГО являются функциональный статус, сопутствующая патология, когнитивные способности, состояние психического здоровья, питание, социальный статус и поддержка, утомляемость, оценка полипрагмазии и наличие гериатрических синдромов. Для оценки этих факторов доступны различные инструменты.

Имеются убедительные данные об эффективности гериатрической помощи. SIOG опубликовало обновление своих рекомендаций 2005 года. Помимо способности комплексной ГО выявлять скрытые проблемы, в настоящее время существуют убедительные доказательства того, что эти факторы влияют на прогноз независимо от классических онкологических предикторных факторов.

Элементы КГО могут предсказать вероятность выживаемости или осложнения лечения. В настоящее время есть несколько исследований, демонстрирующих, что проведение комплексной ГО может изменить тактику ведения пациентов, больных раком (табл. 2).

Средний показатель модификаций лечения составил 21,5% (диапазон: 0-49%). Он не учитывает вспомогательные вмешательства, направленные на гериатрические проблемы, не связанные с опухолями. Изменения могут быть либо в сторону усиления, либо уменьшения лечения.

Таблица 2

Модификации лечения с помощью комплексной ГО.

Исследования, сообщающие об изменениях по сравнению со стандартным планом лечения онкологических заболеваний (по Aapro M., Schrijvers D., 2016)

Исследование	Число пациентов	Вмешательство	Изменение лечения	Комментарии
Aliamus	49	ГО	44,9%	
Aparicio	21	Мини ГО	0% 72% адаптация неонкологического лечения	

Caillet	375	Направление к гериатру, обширная комплексная ГО, многопрофильная консультация	20,8% интенсификация лечения рака (n = 8, 10,2%), отсроченное лечение рака для обеспечения гериатрической терапии (n = 7, 9,0%) и снижение интенсивности лечения рака (n = 63, 80,8%)	
Chaibi	161	Полная гериатрическая консультация	79 баллов (49%) Отсроченная терапия у 5 пациентов, менее интенсивная терапия у 29 пациентов и более интенсивная терапия у 45. 76% пациентов перенесли гериатрическое терапевтическое вмешательство	
Decoster	902	Гериатрическая оценка подготовленной медсестрой	42,2% онкологов изменили лечение в зависимости от возраста (44,2% в подгруппе, где они консультировались с ГО) По данным ГО, 6,1% сделали дополнительное изменение.	Решение о том, было ли лечение изменено в связи с возрастом или ГО, было оценено ретроспективно онкологами.
Girre	105	Консультация гериатрической онкологии	38,7%	
Horgan	30	Комплексная ГО онкологом и гериатром в общей клинике	20%	
Kenis	1967	Скрининг с помощью G8, если +, ГО подготовленной медсестрой или медицинским работником.	25,3% повлияли на решение о лечении, 51,2% – выявление неизвестных гериатрических проблем.	61,3% врачей знают о G8 / комплексной ГО на момент принятия решения о лечении
Сумма / среднее	3620		21,5%	

3.4. Инструменты скрининга

Общий подход к выбору лечения представлен на рисунке 3.



Рис. 3. Комплексная гериатрическая оценка (по Aapro M., Schrijvers D., 2016).

Разработаны инструменты, которые могут помочь в принятии решений. Некоторые из них доступны онлайн (табл. 3) и охватывают ГО, оценку риска химиотерапии или оценку продолжительности жизни.

Стандартный онкологический инструмент, такой как Adjuvant Online, может быть полезным, но его следует использовать с осторожностью, так как его оценки данных могут быть искажены у пожилых людей. Кроме того, доступны опубликованные прогнозы, например, для риска послеоперационных осложнений: PACE/PREOP (Preoperative Assessment of Cancer in the Elderly).

Ссылки на источники, представленные в таблице 3, являются одними из тех, которые были признаны автором очень полезными, но ни в коем случае не представляется в виде исчерпывающего списка, поскольку такие списки быстро меняются.

Полезные ссылки на онлайн-ресурсы

Название	Описание	Ссылка
Шкала CARG	Прогнозирование риска токсичности химиотерапии	http://www.mycarg.org/Chemo_Toxicity_Calculator
Шкала CRASH	Прогнозирование риска токсичности химиотерапии (страница также содержит калькулятор низкого риска нейтропении, калькулятор CIRS-G и вопросники SAOP2 на нескольких языках)	http://moffitt.org/cancer-types-treatment/cancers-we-treat/senior-adult-oncology-program-tools
ePROGNOSIS	Общая продолжительность жизни	http://eprognosis.ucsf.edu/
POGOe	Сборник бесплатных гериатрических ресурсов	http://www.pogoe.org/
SIOG	Рекомендации по гериатрической оценке и лечению рака у пожилых пациентов	http://www.siog.org/

Сокращения:

CARG – Cancer and Aging Research Group (группа по исследованию рака и старения);

CRASH – Chemotherapy Risk Assessment Scale for High Age Patients (шкала оценки риска химиотерапии для пациентов пожилого возраста);

POGOe – Portal of Geriatrics Online (портал гериатрического онлайн-образования);

SIOG – Société internationale d'oncologie gériatrique (Международное общество гериатрической онкологии).

Субъективные оценки как пациента, так и врача становятся все более неточными по мере увеличения сложности случая. Поэтому одной из основных целей этих инструментов является предоставление точных оценок преимуществ и рисков рака и вариантов его лечения для обсуждения с пациентом и другими заинтересованными лицами.

3.5. Практические советы специалистам, проводящим лечение онкологических пациентов пожилого и старческого возраста

Установите отношения с коллегами и заранее продумайте направления при положительном результате скрининга.

По возможности используйте предварительно отформатирован-

ный порядок, чтобы упростить преемственность.

Объединяйте направления и инструменты, которые помогут в принятии онкогериатрических решений в вашем конкретном клиническом случае.

Включите запись гериатрической оценки в вашу электронную медицинскую карту.

Если вы разрабатываете фокус-группу или программу в своем учреждении, обратитесь за помощью к опытным специалистам по онкогериатрии, которые помогут вам избежать многих подводных камней, поскольку формат таких программ все еще сильно зависит от контекста.

3.6. Заключение

Гериатрические проблемы часто встречаются у пожилых онкологических больных. Они влияют на прогноз и результаты лечения и поэтому должны тщательно оцениваться и рассматриваться параллельно с планированием лечения онкологических заболеваний.

Следует приложить усилия для создания или развития многопрофильных онкогериатрических групп в онкологических центрах и онкологических практиках.

Глава 4.

Психологические проблемы у больных онкологическими заболеваниями пожилого и старческого возраста

Депрессия и беспокойство – два наиболее распространенных психологических расстройства у пожилых онкологических пациентов. Учитывая серьезность поставленного диагноза, вполне понятно наличие у пациента симптомов общего дистресса, беспокойства и тревоги.

Тем не менее, чувства варьируют от незначительной ситуативной тревоги и преходящей депрессии до более серьезных расстройств, которые требуют вмешательства и лечения.

На протяжении некоторого времени у пациентов могут быть короткие периоды отрицания или отчаяния со смесью подавленного настроения и тревоги, бессонницы и раздражительности. Эти симптомы могут длиться от нескольких дней до нескольких недель, после чего возобновляются обычные механизмы адаптации. Этот ответ сильно варьирует. Однако важно помнить, что постоянные симптомы тяжелой депрессии или тревоги не являются частью процесса нормальной адаптации для пожилых онкологических пациентов.

4.1. Депрессия

Несмотря на высокие показатели распространенности депрессии, у пожилых пациентов гораздо реже диагностируется тяжелая депрессия или дистимия, чем в любой другой возрастной группе. Кроме того, когда у человека присутствует депрессия, она часто недооценивается.

Депрессивные симптомы проявляются по-разному. Например, симптомы рака и побочные эффекты лечения, такие как боль, усталость, бессонница, изменения в аппетите, беспокойство или приспособление к диагнозу часто совпадают со многими симптомами депрессии. При депрессии у взрослых часто возникают соматические жалобы (такие как боли в теле и недомогание) помимо аффективных жалоб (т. е. грусти, вины и самокритики).

Распространенность депрессии у больных раком колеблется от

6% до 25%.

Для скрининга психологических расстройств можно использовать краткую визуальную аналоговую шкалу (см. приложение 1). Этот инструмент может быть основанием для более тщательного обследования на тревожность и депрессию.

4.1.1. Депрессия у гериатрических больных с онкологическими заболеваниями

Рассмотрим депрессию у гериатрических больных с онкологическими заболеваниями. Важное значение имеет изучение двух симптомов депрессии (то есть настроение и потеря интереса).

Важно получить информацию о других потенциальных симптомах депрессии у пожилых пациентов. Они будут включать «общее недомогание» или потерю интереса из-за боли или усталости, или «общей боли», или боли в животе, в отличие от боли в месте расположения опухоли, или конкретный побочный эффект лечения.

Безнадежность также является важным аспектом для исследования, хотя многие онкологические больные выражают некоторую надежду на значимое будущее, независимо от прогноза или лечения их рака.

Таким образом, отсутствие надежды может быть признаком депрессии.

Нарушения сна являются проблемой, как для онкологических пациентов, так и для пожилых людей в целом. Однако важно узнавать, просыпается ли пациент посреди ночи (средняя бессонница) и трудно ли ему снова заснуть, потому что он волнуется или чувствует беспокойство, или пациент просыпается рано утром.

Пожилым пациентом с депрессией может также сообщить об изменении настроения в течение дня.

4.1.2. Лечение депрессии у онкологических пациентов

В гериатрической практике имеются данные об эффективности лечения старческой депрессии, также существуют минимальные данные, демонстрирующие эффективность психологического и ме-

дикаментозного лечения депрессии у больных раком.

Уровень и продолжительность дистресса, неспособность выполнять повседневные действия и ответ на психотерапию являются признаками, используемыми для определения необходимости медикаментозного лечения.

Лекарственные средства, которые обычно применяют для лечения депрессии у онкологических пациентов, те же, что используются при лечении депрессии в целом. Чаще всего для лечения онкологических пациентов пожилого возраста назначаются ингибиторы обратного захвата серотонина и ингибиторы обратного захвата серотонин-норадреналина.

Ингибиторы обратного захвата серотонина (ИОЗС) не имеют такого же риска возникновения сердечных аритмий, гипотензии и неприятных антихолинергических эффектов, таких как задержка мочи, нарушение памяти, седация и снижение осведомленности, как старые антидепрессанты, такие как трициклические антидепрессанты. Наиболее распространенные побочные эффекты данной группы препаратов – это желудочный дистресс, тошнота, короткие периоды головной боли, и бессонница (а иногда и гиперсомния). Некоторые пациенты могут испытывать беспокойство, тремор, акатизию, в то время как другие могут чувствовать себя вялыми.

Также эти препараты могут вызвать сексуальную дисфункцию у мужчин и женщин, что часто приводит к прекращению приема препарата даже у пожилых людей. При назначении необходимо учитывать взаимодействие с другими лекарственными средствами, такими, как кумадин, дигоксин и цисплатин.

Все ИОЗС обладают способностью ингибировать изофермент печени P450 2D6. Это важно учитывать для лекарственных взаимодействий, особенно у пожилых людей, которые могут принимать различное лечение и находиться под наблюдением нескольких врачей разных специальностей.

Было выяснено, что многие антидепрессанты снижают эффективный уровень тамоксифена, используемый при лечении рака молочной железы. Похоже, что венлафаксин и миртазапин имеют меньшее взаимодействие с тамоксифеном, хотя необходимы дальнейшие исследования.

Следует избегать применения ИОЗС совместно с прокарбазинном, который обладает свойствами, схожими с действием ингибиторов моноаминоксидазы (ИМАО).

ИОЗС являются мощными ингибиторами обратного захвата серотонина и норэпинефрина. Эти антидепрессанты также не должны использоваться у пациентов, получающих ИМАО. Миртазапин – седативный антидепрессант, полезный в лечении депрессии, ассоциированной с тревогой и бессонницей. У него меньше побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта и сексуальных функций, но он может провоцировать набор массы тела.

Назначения бупропиона следует избегать у пациентов с судорогами в анамнезе и у тех, кто имеет нутритивную недостаточность.

Трициклические антидепрессанты (ТЦА) могут использоваться, когда у пациентов есть тяжелая, устойчивая к лечению депрессия или имеется сопутствующий синдром нейропатической боли. Однако для пожилых людей переносить эти препараты в терапевтических дозах довольно сложно.

Антихолинергическое действие ТЦА могут вызывать спутанность сознания, а также выраженную тахикардию, а также может привести к развитию аритмии. Постуральная гипотензия и головокружение также могут возникать при приеме данных препаратов. Они представляют особое значение для ослабленного и истощенного пациента, который подвержен риску падений и переломов, связанных с остеопорозом. Задержка мочи и запор также представляют особую проблему для пожилых пациентов.

Психостимуляторы могут быть использованы при наличии сопутствующей усталости или недомогании. Есть данные, говорящие в пользу использования этих препаратов для лечения депрессии у онкологических пациентов, так как они обладают быстрым действием и облегчают симптомы усталости, седации и плохой концентрации. Они могут быть полезны в начале лечения депрессии.

Выбор антидепрессанта у пожилых людей, больных раком, может быть основан на положительном эффекте при приеме препаратов данной группы в прошлом.

Другие факторы, которые следует учитывать, включают общее состояние здоровья пациента и его когнитивные способности, соци-

альные и финансовые ресурсы, которые часто ограничены у данной группы пациентов, любые другие существующие психиатрические состояния (то есть злоупотребление психоактивными веществами, психоз или тревожные расстройства).

Кроме того, полезно отметить, если есть необходимость в контроле физических симптомов (т. е. невропатическая боль, усталость и бессонница), то также необходимо управлять и психиатрическими симптомами.

Важно рассматривать профили побочных эффектов различных антидепрессантов, которые могут быть полезны, а также те, которых следует избегать. Например, если пациент испытывает усталость или седативный эффект, наиболее подходящим препаратом может быть возбуждающий антидепрессант или психостимулятор.

Пациенты, которые не могут принимать таблетки, могут принимать антидепрессанты в растворе или миртазапин, который производится в виде растворимых таблеток. Пациенты со стоматитом после химио- или лучевой терапии, или те, у кого наблюдается замедленная работа ЖКТ или задержка мочи, должны получать антидепрессанты с наименьшим антихолинергическим эффектом, такие как сертралин.

Психотерапия, включая поддерживающую терапию, психообразовательные вмешательства, когнитивная поведенческая терапия (КПТ), межличностная терапия (МЛТ) и терапия для решения проблем также применяются в лечении депрессии у онкологических пациентов.

Поддерживающие методы, такие как активное слушание с поддерживающими комментариями могут быть легко применены онкологами и медсестрами, работающими с пациентом.

Когнитивная терапия может быть использована, чтобы помочь пациенту выработать адаптивные реакции на обстоятельства.

Установлено, что КПТ помогает в лечении онкологических пациентов при наличии депрессии, в частности для объединения поведенческой активации с когнитивными методами.

Групповая терапия для онкологических пациентов, лиц, осуществляющих уход, и семей пациентов может быть полезна, позволяя людям получать поддержку от тех, кто участвует в процессе лечения.

4.2. Тревожность

Тревожные расстройства у пожилых онкологических пациентов являются общими. Как и в случае с депрессией необходимо уделять больше внимания пониманию и распознаванию тревожных расстройств у пожилых онкологических пациентов.

4.2.1. Тревога у пожилых онкологических пациентов

Распространенность тревожности варьирует от 1% до 23% в исследованиях с онкологическими пациентами. Установлено, что у пациентов с поздними стадиями заболевания уровень тревожности составляет около 30%.

Пожилые люди часто имеют несколько сопутствующих заболеваний и связанную с этим проблему полипрагмазии, которые могут стереть клиническое проявление тревоги.

Тревожность у пожилых пациентов обычно определяется вопросами о продолжающемся беспокойстве, опасении и др. Несколько факторов, которые усложняют диагностику тревоги у пожилых пациентов, включают боль, дистресс, сепсис, эндокринные нарушения, гипогликемия, гипокальциемия, секреция гормонов опухоли.

Изменения метаболических процессов могут вызвать симптомы тревоги. Внезапное появление симптома тревоги, сочетающееся с болью в груди, дыхательной недостаточностью, беспокойством может указывать на развитие легочной эмболии. Пациенты с гипоксией часто испытывают беспокойство и страх, что они задыхаются или умирают. Использование стероидов, противорвотных средств и отказ от наркотиков, бензодиазепинов и алкоголя также может вызвать беспокойство. Акатизия, распространенный побочный эффект применяемых нейролептических препаратов, часто может проявляться в виде беспокойства и тревоги. Эти симптомы могут контролироваться назначением бензодиазепинов или бета-блокаторов.

Синдром отмены алкоголя, опиоидов и бензодиазепинов часто игнорируются в качестве причины беспокойства и возбуждения даже у пожилых пациентов. Пациентам могут быть назначены бензодиазепины более короткого действия (например, лоразепам, алпразолам

и оксазепам) для контроля как тревоги, так и тошноты. При недостаточной дозировке или снижении дозы препарата пациенты часто испытывают тревогу или синдром отмены.

Паническое расстройство часто представляет собой внезапный непредсказуемый эпизод сильного дискомфорта и страх с мыслями о грядущей гибели. Пациенты, у которых уже скомпрометирована дыхательная функция, могут иметь циклические обострения тревожности и проблемы с дыханием. Симптомы ранее существовавшего панического расстройства могут усиливаться во время паллиативного лечения, когда пациенты сталкиваются с нарастающими физическими симптомами и инвалидностью.

4.2.2. Лечение тревожности у больных онкологическими заболеваниями пожилого и старческого возраста

Психотерапевтические и фармакологические подходы успешно применяются для лечения тревожных расстройств у пожилых людей. Индивидуальные и групповые когнитивно-поведенческие вмешательства, поддерживающая терапия и некоторые другие методики были успешно использованы у пожилых пациентов с целью уменьшения беспокойства.

Для пациентов с легкой и умеренной тревогой использование только психологических методов может быть достаточным, чтобы помочь им справиться с тревогой. Особенно полезна в таких случаях просветительская работа, которая помогает преодолеть трудности понимания медицинской информации о прогнозах заболевания и имеющихся симптомах. Объяснение предсказуемых эмоциональных фаз, через которые проходят пациенты, сталкиваясь с новой и пугающей информацией, может также облегчить их беспокойство. Предоставление информации семье пациентов позволяет им более эффективно справляться с ситуацией, что, в свою очередь, повышает уровень поддержки пациентов.

Когнитивно-поведенческие вмешательства включают рефрейминг негативных иррациональных мыслительных процессов, прогрессивное расслабление, отвлечение, управляемую образность, медитацию, биологические обратные связи и гипноз.

Другие психотерапевтические методы, такие как поддерживающая и ориентированная на понимание терапия могут быть полезны для уменьшения беспокойства и позволяют лучше справляться с заболеванием. От четверти до одной трети пациентов с поздними стадиями заболевания получают седативные лекарственные средства во время их госпитализации. При принятии решения о том, является ли фармакологический подход полезным, выраженность симптомов тревоги и степень, в которой они влияют на общее самочувствие, являются наиболее надежным руководством.

Учитывая возможность нарушения функции печени и почек, а также повышенную чувствительность к фармакологическим препаратам, препараты должны использоваться с осторожностью у пожилых пациентов. Начинать следует с более низких доз и увеличивать их достаточно аккуратно, что приведет к более успешным результатам.

Препараты первой линии в борьбе с тревожностью – бензодиазепины. Однако у пожилых пациентов эти лекарственные средства могут привести к изменениям психического статуса, таких как спутанность сознания или нарушение концентрации, или памяти. Эти изменения чаще наблюдаются у людей с поздними стадиями онкологического заболевания и с нарушениями функции печени или головного мозга. В зависимости от дозы могут развиваться побочные эффекты, такие как сонливость, спутанность сознания, снижение моторики и координации, поэтому у пожилых пациентов дозировка препаратов должна тщательно контролироваться.

Применение бензодиазепа представляет собой важный ятрогенный фактор риска падений у пожилых людей. Необходимо также иметь в виду синергетический эффект бензодиазепинов с другими лекарственными препаратами, которые могут подавлять функции центральной нервной системы (ЦНС), такие как наркотические средства и некоторые антидепрессанты.

Пожилые пациенты с деменцией или травмами головного мозга в анамнезе, которым назначают бензодиазепины, могут испытывать парадоксальные поведенческие нарушения, такие как агрессивность, раздражительность и возбуждение.

При бессоннице могут быть применимы бензодиазепин (темазепам), а также небензодиазепиновые снотворные средства (зол-

пидем, залеплон, эсзопиклон или рамелтеон). Кроме того, седативные антидепрессанты, такие, как тразодон или миртазапин, могут также помочь пациентам с персистирующим беспокойством и бессонницей.

Седативные нетипичные нейролептики, такие, как оланзапин или кветиапин, могут быть эффективными для пациента, который испытывает беспокойство или проблемы со сном, а также имеет нарушения дыхания.

Нейролептики также могут быть полезны для пациентов, чье беспокойство является индуцированным (например, на фоне приема стероидов) или у тревожных пациентов с серьезными нарушениями дыхательной функции.

Буспирон полезен для пациентов с генерализованным тревожным расстройством и для тех, кто может быть подвержен развитию зависимости.

В условиях онкологического заболевания применение ИОЗС эффективно в лечении общей тревоги и панических расстройств.

4.3. Заключение

Тревога и депрессия широко распространены среди пожилых пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями. Данная глава резюмировала ряд вопросов, которые необходимо учитывать при диагностике и лечении тревоги и депрессии у данной группы пациентов.

Диагностика депрессии и тревоги у пожилых пациентов затруднена, поэтому клиницисты должны быть знакомы с необычным проявлением симптомов этих состояний.

Психотерапевтические и фармакологические вмешательства оптимальны при лечении тревоги и депрессии у пожилых онкологических пациентов.

Онкологи должны знать о показаниях к назначению психотропных препаратов, о возможных побочных эффектах и лекарственных взаимодействиях, а также как при необходимости получить консультацию специалиста.

Глава 5.

Социальные и этические аспекты при общении с больными онкологическими заболеваниями пожилого и старческого возраста

В западных странах около трех четвертей граждан достигнут пожилого возраста, то есть, по крайней мере, 70 лет (<http://www.who.int/healthinfo/systems/sage/en/>).

Они вырастят детей, многие станут бабушками и дедушками, подавляющее большинство уйдет на пенсию, и почти все будут планировать наслаждаться оставшейся жизнью в таком хорошем состоянии, в каком это возможно.

Однако, когда в жизни пожилых людей случается онкологическое заболевание, это становится для них по-настоящему катастрофическим событием, точно так же, как и для молодых. Перспектива смерти вполне логично приближается все ближе и ближе.

Многие виды рака можно перевести в вид хронического заболевания, и для их лечения могут потребоваться серьезные дополнительные ресурсы. Но они могут быть ограничены личными или общественными реалиями, потому что стоимость лечения также должна приниматься во внимание.

Очень скоро люди в возрасте 65-80 и 80+ будут составлять около 20% всего населения в странах с низким уровнем дохода, и до 30% в странах с высоким уровнем дохода, что требует быстрой переработки соответствующих социальных систем и систем здравоохранения с целью сохранения солидарности поколений.

Поэтому актуальными становятся такие вопросы:

- Какое место общество намерено оставить своим самым пожилым гражданам?
- Как должны вести себя пожилые люди, чтобы сохранить свой текущий статус?
- Какие роли пожилые люди хотят играть в своем будущем?
- Есть ли подходящее время для смерти?

Клинические онкологи сталкиваются со сложностью лечения пожилых людей. Если не руководствоваться «Клятвой Гиппократата»,

которая в настоящее время иногда не соответствует современной реальности, необходимо, по крайней мере, пользоваться концепцией достоинства, которая присуща каждому человеку на земле независимо от его личного состояния.

За прожитые годы пожилые люди приобрели определенный жизненный опыт. В большинстве обществ они признаны носителями мудрости. Кроме того, многие выполняют общественные обязанности, несмотря на выход на пенсию.

Именно поэтому вопрос ожидаемой продолжительности жизни медленно поднимается и становится для них очевидным, поскольку большая часть жизненного пути пройдена.

Пожилые люди на самом деле хотят избежать преждевременного конца жизни, несмотря на достижение почтенного возраста. Образ жизни и пищевые аспекты повседневной жизни, таким образом, соответствуют эпидемиологическим прогнозам, показывающим, что годовая вероятность смерти составляет <10% для возраста до 70 лет.

Подобные тенденции наблюдаются во всем мире, что предполагает улучшение условий жизни населения в целом.

Распространенность хронических заболеваний в пожилом возрасте будет продолжать расти. У больных раком сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания будут иметься в половине наблюдаемых случаев, как и некоторые метаболические нарушения, такие как сахарный диабет.

Когнитивный дефицит присутствует более чем у четверти пожилых людей старше 80 лет. Среди этой группы накапливаются также общие факторы риска смертности, такие как снижение функциональной активности, падения и недержание мочи. Междисциплинарный подход является привлекательным и эффективным способом решения проблем, обычно возникающих в лечении пожилых людей.

Пожилые люди получали образование несколько десятилетий назад, когда строение ДНК еще не было описано, а существование беспроводной связи даже не представлялось возможным. Сегодня они получают новую информацию, хотя не всегда могут ее понять. Иногда это может приводить к недоразумениям, особенно, когда они получают информацию по своему заболеванию. Интересно, что анализ опросов показал, что качество жизни для пожилых пациентов

важнее, чем продолжительность жизни.

Дополнительные условия по правильному информированию о хороших и плохих новостях могут помочь эффективно работать с пожилыми пациентами.

Например, при демократии пожилые люди голосуют, и их влияние на важные решения ни в коем случае не должно быть минимизировано. Около половины пожилых людей живут самостоятельно, но доля их уменьшается с увеличением возраста. При этом следует учитывать феминизацию пожилых людей, потому что продолжительность жизни женщин выше, чем у мужчин. Во многих случаях только половина или даже меньше могут рассчитывать на постороннюю помощь и/или помощь своих детей.

Поэтому потребности пожилых людей становятся все более специфичными для общества, заключаясь в преобразовании их повседневной среды.

Пожилые люди более подвержены риску развития рака. Среди данной группы населения заболеваемость в десять раз выше по сравнению с населением в возрасте менее 65 лет. Постановка точного диагноза, что потребует определенного алгоритма диагностических мероприятий, а в дальнейшем приведет к правильному выбору лечения – единственный способ сохранить или улучшить качество оставшейся жизни.

Профессиональная гериатрическая оценка вместе с точной диагностикой онкологического заболевания обязательны для достижения наилучшего результата лечения.

Пожилым людям назначают большое количество различных лекарств в связи с их сопутствующими заболеваниями. Поэтому возникает высокий риск взаимодействий и побочных эффектов, которые могут возникнуть во время лечения онкологического заболевания.

Автономия означает способность решать, что хорошо или плохо для самого себя; пожилые люди должны полностью осознавать проблему, прежде чем давать согласие на дальнейшие диагностики и/или терапевтические меры.

Справедливость – это способность группы распределять богатство на равной основе и прежде всего для наиболее нуждающихся; пожилые люди должны извлечь выгоду из ресурсов, имеющихся в

обществе, для поддержания и/или улучшения состояния здоровья.

Бенефициар – это способность делать то, что хорошо для другого; медицинские работники должны использовать свои навыки для поддержания и/или улучшения здоровья пожилых пациентов.

Добросовестность – это способность не вредить другим; медицинские работники должны предпринять все меры предосторожности, чтобы убедиться, что состояние здоровья пожилых людей не подвергается риску при диагностических или терапевтических мероприятиях.

Как и в случае с детьми в педиатрии, пожилых людей в большинстве случаев сопровождают родственники и близкие. Пожилым может потребоваться больше времени для понимания ситуации. Расстояние до медицинских центров может затруднить доступ к медицинской помощи, что требует организации транспорта.

У пожилых людей постепенно снижается толерантность к стрессу и функциональные резервы. Масса поперечнополосатых мышц уменьшается, а масса жира, наоборот, увеличивается; функция почек снижается до 1 мл/мин/год с 40 лет, как и функции печени. Ограничением является частота когнитивных расстройств и деменции, которые заметно увеличиваются с возрастом.

Мысли и убеждения являются спутниками повседневной жизни, позволяющими развить личную духовность. Чтобы справиться с раком, пожилые люди склонны использовать молитвы, музыку, упражнения или медитацию.

Историки судят об уровне прогресса, достигнутого цивилизацией через то, как общество заботится о самых слабых, самых бедных и самых старых.

Глава 6.

Роль междисциплинарной команды при лечении больных онкологическими заболеваниями пожилого и старческого возраста

Сложная ситуация подразумевает командный подход, а в случае пожилого человека сфера деятельности междисциплинарной команды охватывает области, не касающиеся только онкологического заболевания, и иногда даже распространяется за пределы медицинских вопросов.

Поскольку наличие сопутствующей патологии является характерным для пожилого возраста, в команду должны входить специалисты, имеющие опыт работы в лечении других заболеваний, кроме онкологических. Вмешательство других специалистов, таких как фармацевты, социальные работники и диетологи также необходимо и должно быть доступным, безопасным и эффективным. Наконец, что не менее важно, роль медсестры имеет решающее значение в ведении пожилых онкологических больных.

Достижение идеального баланса медицинских и личных потребностей в каждой отдельной ситуации – заслуга медсестры. Кроме того, медсестра должна уметь озвучивать невысказанные потребности пациента и выявлять ранние признаки дискомфорта и дезактивации и обращать на них внимание соответствующего специалиста.

Старение включает постепенное снижение функционального резерва множества органов и увеличение распространенности сопутствующих заболеваний. Это приводит к уменьшению ожидаемой продолжительности жизни и стрессоустойчивости, что увеличивает риск инвалидности и функциональной зависимости. В то же время когнитивные и социально-экономические ограничения могут уменьшить способность пожилого человека компенсировать свои функциональные потери.

Депрессия, недоедание и полипрагмазия могут еще больше усилить уязвимость пожилых людей.

Цели лечения рака у людей старшего возраста включают продление активной жизни, общей выживаемости, поддержание качества жизни и управление нежелательными симптомами.

6.1. Гериатрическая оценка функциональности

Основные вопросы гериатрической онкологии включают продолжительность жизни пациента и толерантность к лечению, которая может быть определена путем оценки физиологического возраста.

Поскольку старение является сложным процессом, маловероятно, что его можно измерить одиночным тестом. Так называемый «воспалительный индекс», уровни тиола и метилированной ДНК связаны с общей смертностью и риском инвалидизации в когортных исследованиях, подтверждающих, что хроническое и прогрессирующее воспаление способствует старению наряду с накоплением окислительных повреждений и эпигенетических изменений. Но пока еще не доказано, что эти маркёры являются предикторами эффективности и/или рисков специфического лечения у отдельных пациентов.

До настоящего времени наиболее достоверная оценка ожидаемой продолжительности жизни была получена путем оценки наличия сопутствующей патологии и функций организма.

Yourman L. et al. (2012) подвели итоги несколько исследований для оценки риска смертности пациентов разного возраста. Их метаанализ приводит конкретные оценки по возрасту, функциям и коморбидности у пожилых людей при различных условиях. Данные результаты представляют собой наиболее полный справочник для оценки продолжительности жизни у пожилых людей.

Комплексная гериатрическая оценка (КГО) также дает оценку риска связанной с химиотерапией гематологической и негематологической токсичности. По результатам проспективных когортных исследований зависимость инструментальной активности повседневной жизни (IADL) и изменений психического и пищевого статуса были независимыми переменными в прогнозировании терапевтической токсичности.

Новым и перспективным подходом к оценке ожидаемой продолжительности жизни и функционального резерва является «Анализ основных компонентов» (Jia L. et al., 2017). Этот подход может лучше всего отражать сложность старения путем сочетания КГО и других медицинских, функциональных и социальных параметров.

Другие преимущества КГО включают распознавание состояний,

которые могут мешать лечению онкологических заболеваний, таких как когнитивные расстройства, депрессия (особенно субклиническая депрессия), недостаточность питания, полипрагмазия, отсутствие адекватного попечителя.

Некоторые из этих условий могут быть обратимыми, а другие могут быть компенсированы надлежащими мероприятиями. Например, пациенту с нарушениями памяти до начала химиотерапии может потребоваться назначение лица, осуществляющего уход; пациенту, который не может использовать транспорт самостоятельно, может понадобиться предоставление водителя.

Использование КГО предполагает работу многопрофильной команды. Считается, что первоначальную оценку пациента, включая функциональную, лучше всего проводить медицинской сестре, социальный работник необходим для оценки условий жизни и предоставления ухаживающего персонала, фармаколог осуществляет оценку полипрагмазии, а диетолог необходим для оценки статуса питания и риска нутритивной недостаточности.

В идеале команда должна также иметь доступ к консультациям других специалистов, включая кардиологов, неврологов, эндокринологов и нефрологов, физиотерапевтов. Также необходима возможность обращения к священнослужителю соответствующей веры.

Роль команды в КГО не ограничивается оценкой функционального возраста. Она должна также включать в себя контроль над нежелательными явлениями, которые могут поставить под угрозу лечение онкологического заболевания и может привести к функциональной зависимости.

6.2. Полипрагмазия

Распространенность полипрагмазии увеличивается с возрастом, потому что, во-первых, растет распространенность сопутствующей патологии и, во-вторых, пожилыми людьми широко используется лекарства и продукты альтернативной медицины.

Онкологические пациенты в возрасте 70 лет и старше принимают в среднем 11 не связанных с основным заболеванием лекарств.

Риск лекарственного взаимодействия увеличивается в геометри-

ческой прогрессии для пациентов, принимающих более пяти лекарств в сутки. Для пациентов, принимающих восемь препаратов каждый день, риск лекарственного взаимодействия вероятен практически в 100% случаев. Полипрагмазия является основной причиной ятрогенной заболеваемости и смертности. Взаимодействие между неонкологическими препаратами связано с повышением риска осложнений при проведении химиотерапии на 80%.

Несколько исследований среди пожилых пациентов с онкологическим заболеванием и без него показали, что полипрагмазия лучше контролируется, когда фармаколог является частью мультидисциплинарной команды.

Чтобы верно оценивать, как риски, так и преимущества полипрагмазии, полезно иметь гериатра в составе команды. Это практикуется в некоторых странах, таких как Франция, где постоянное сотрудничество гериатров и онкологов обеспечивает самое безопасное и наиболее эффективное лечение пожилых онкологических пациентов.

6.3. Уход за онкологическими больными

Домашний уход имеет важное значение для ведения всех онкологических пациентов пожилого возраста, а не только для тех, кто страдает расстройствами памяти и т.д. Самое основное требование – попечитель должен быть легко доступен в случае чрезвычайной ситуации и быть в состоянии обеспечить своевременную транспортировку больного в специализированный центр.

В идеале ухаживающий должен быть в состоянии оказывать эмоциональную поддержку пациенту для повышения его приверженности лечебной программе; обеспечить пациенту получение адекватного питания и физическую активность; а также выявить признаки дистресса или дезактивации. Даже у здоровых пожилых пациентов могут развиваться осложнения на фоне лечения онкологического заболевания, которые являются предвестниками инвалидизации и смерти. Опекун может сыграть решающую роль в предотвращении этих осложнений, поощряя пациента заниматься спортом и вести здоровый образ жизни во время лечения.

Поскольку человек, осуществляющий уход, играет немаловажную роль в ведении пожилого онкологического пациента, врачи должны быть в состоянии поддержать его. Оценка ухаживающего включает в себя идентификацию этого человека, который обычно указан самим пациентом, и отметка его потенциальных недостатков.

Общие проблемы включают в себя следующее:

- Опекун – это пожилой супруг, у которого также имеются проблемы со здоровьем. Этот человек может быть не в состоянии осуществлять тяжелую работу по уходу и нуждается в помощи более молодых людей.

- Опекунуном является взрослый ребенок пациента, чаще всего дочь, которая имеет работу и собственную семью. Основная сложность для этого человека заключается в том, как распределить свой напряженный график. В этом случае важно знать, может ли опекун совместить заботу о пациенте со своими рабочими и домашними обязанностями.

- Контроль за опекуном является обязанностью всей мультидисциплинарной команды и включает в себя следующее:

- предоставление адекватной информации, касающейся состояния здоровья пациента и риски для здоровья, а также рекомендации по поддержанию здоровья;

- инструктирование о том, как решать общие проблемы, связанные с лечением онкологического заболевания, такие как тошнота, рвота, лихорадка, бред, а также депрессия и гнев;

- инструктирование по управлению семейными конфликтами;

- помощь в решении трудовых и экономических вопросов.

Идентификация лица, осуществляющего уход, обычно является единой задачей для медсестры и социального работника. Медсестра может лучше узнать человека, на которого пациент больше всего может рассчитывать во время лечения. Параллельно социальный работник обладает компетенцией признавать обязательства опекуна и договариваться об адекватных решениях с целью удовлетворения потребностей пациента.

Обучение опекуна является совместной задачей всей команды специалистов. Врач и медсестра несут ответственность за инструкти-

рование ухаживающего о том, как справляться с общими проблемами, которые могут происходить во время лечения.

Перед социальным работником стоит главная задача: поддержка опекуна в отношении его/ее собственного здоровья и решения социальных проблем, таких как увольнение с работы и помощь по уходу за ребенком.

Диетолог иллюстрирует наиболее эффективные методы поддержания состояния питательного статуса пациента.

Фармаколог может помочь в обеспечении соблюдения режима лечения и минимизации потенциала побочного действия лекарств.

Если опекун опирается на веру в уходе за онкологическим пациентом, то вмешательство служителя духовенства может быть желательным.

Все пациенты должны обсуждаться на еженедельной многопрофильной конференции, на которой присутствует мультидисциплинарная команда, которая принимает окончательное решение, дает рекомендации пациенту, ухаживающему и врачу. Во время этой неформальной дискуссии могут проводиться консультации, которые изначально были упущены из виду, а всем членам команды сообщается об их роли в ведении отдельного пациента.

Конечно, функционирование команды основывается на ее сплоченности и взаимном доверии ее членов. Построение команды и ее поддержание подразумевают дружбу, уверенность и открытое общение, продвигаемое руководителем группы. Это не обязательно должен быть врач, скорее, член команды, который является самым опытным в построении командной работы.

6.4. Заключение

Лечение пожилых людей с онкологическим заболеванием или без него подразумевает работу междисциплинарной команды, так как один человек не может обладать всем доступным количеством информации. Оказание медицинской помощи междисциплинарной командой является одним из наиболее важных вопросов для будущих исследований в этой области.

Глава 7.

Старческая астения у пожилых пациентов

Старческая астения является физиологическим синдромом, который клинически характеризуется снижением резервов организма и устойчивости к стрессу, что является результатом кумулятивного снижения по нескольким физиологическим системам во время старения. В России термин старческая астения был введен К. И. Прошаевым и А. Н. Ильницким (2013).

По классификации МКБ-10 синдром старческой астении классифицируется как R54.

Синдром старческой астении может сделать рутинную помощь менее эффективной, более опасной и дорогостоящей, если не выявлены факторы риска и не назначена профилактика. Тем не менее, нет единого мнения о наилучшем способе выявления предрасположенности к развитию старческой астении, хотя имеющиеся данные свидетельствуют о том, что определение индекса степени уязвимости (ИУ) может быть наиболее подходящим методом для выявления и количественной оценки факторов риска развития астении.

О. Theou et al. (2015) проанализировали данные 4961 участника из ирландского исследования Longitudinal по проблемам старения (TILDA).

Они обнаружили, что большинство характеристик старческой астении схожи, независимо от того, сообщаются ли они самостоятельно или, когда для создания ИУ используются основанные на тестах критерии. Когда в индекс включаются только самостоятельно сообщаемые элементы, уровень астении ниже.

Обзор данных, проведенных с января 1990 года по октябрь 2013 года (Clegg A. et al., 2015), позволил оценить «точность диагностических тестов» (ТДТ) простых инструментов для выявления синдрома старческой астении пожилых людей, проживающих в доме престарелых.

Они изучили семь индексированных тестов, включая скорость ходьбы, тест на время встань и иди, анкету PRISMA 7, самооценку здоровья, клиническую оценку врача общей практики, полипрагмацию и индекс астении Гронингена.

Они обнаружили, что точность диагностического теста была наибольшей для следующих элементов:

- скорость походки $< 0,8$ м / с (чувствительность 0,99, специфичность 0,64);
- PRISMA 7 (чувствительность 0,83, специфичность 0,83);
- тест на время встань и иди > 10 секунд (чувствительность 0,93, специфичность 0,62).

Несмотря на то, что эти три часто используемых инструмента имеют высокую чувствительность для выявления старческой астении, их нельзя использовать в качестве отдельных тестов из-за множества ложноположительных результатов.

Существуют свидетельства того, что падение, инвалидность, переломы и смерть у пожилых женщин могут быть опознаны с использованием двух показателей старческой астении.

К. Ensrud (2008) сравнил один ИУ, который включал: потерю веса, невозможность подняться со стула пять раз без использования рук и уменьшение силы, со вторым индексом, который включал компоненты непреднамеренной потери веса, плохую силу захвата, уменьшение силы, медленную скорость ходьбы и низкий уровень физической активности. Две модели не отличались в отношении падений, инвалидности, переломов позвоночника, перелома бедра или смерти.

Следовательно, могут быть полезны дальнейшие исследования простого ИУ, состоящего только из трех компонентов. Хотя это должно быть подтверждено для онкологического профиля.

7.1. Гериатрический осмотр для выявления синдрома старческой астении

До недавнего времени как гериатры, так и онкологи разрабатывали методики оценки, преимущественно предназначенные для отдельных групп пациентов.

Комплексное гериатрическое обследование становится все более приемлемым, и использование данной методики оценки позволяет выявить семь маркёров старческой астении (питание, подвижность,

сила, энергия, физическая активность, настроение и сознание).

Снижение питания, мобильности и физической активности наиболее распространены в группе пожилых людей, получающих химиотерапию.

Кроме того, до 42% пожилых онкологических больных имеют риски потенциальной уязвимости, которые не были бы обнаружены с помощью традиционно используемой шкалы инструментальной активности повседневной деятельности (IADL) и шкалы активности повседневной жизни (ADL).

Хотя мобильность и физическая активность являются хорошо известными прогностическими факторами заболеваемости и смертности, в исследованиях, касающихся астении, добавление оценки питания важно, особенно у онкологических больных.

Однако в литературе по онкологии мало информации о роли сенсорной депривации из-за нарушения зрения и слуха, острого делирия, недержания кала и мочи, а также нарушения походки и падений при проведении противоопухолевой терапии.

7.2. Синдром старческой астении как предиктор неблагоприятных исходов

Синдром старческой астении также является независимым фактором риска неблагоприятных исходов после операции (например, длительные госпитализации, повышенная подверженность дезактивации и более быстрое снижение функциональных возможностей) и связан с повышенным использованием услуг здравоохранения и соответствующими затратами.

Согласно определению L. Fried et al. (2001) по результатам гериатрической оценки пациентов пожилого и старческого возраста можно разделить на 3 группы:

1) пациенты, не имеющие признаков старческой астении, у которых по результатам обследования не выявлено ни одного критерия (потеря веса, истощение, слабость, медлительность и низкая физическая активность);

2) пациенты с признаками старческой преастении., у которых выявлено 1-2 критерия;

3) пациенты, с синдромом старческой астении, имеют 3 и более критериев.

R. Ofori-Asenso и K. L. Chin (2018) провели систематический обзор и метаанализ, чтобы оценить частоту возникновения астении и преастении среди пожилых людей. Старческая астения могла быть определена любым методом, но исследования должны были дать точные критерии определения.

Результаты исследования показали следующее:

1) распространенность астении и преастении составили приблизительно 43 и 151 новых случаев на 1000 человек в год соответственно (95% ДИ, 37,3-50,4);

2) астения и преастения чаще встречались у женщин, чем у мужчин (астения: 44,8 [95% ДИ, 36,7-61,3] против 24,3 [95% ДИ, 19,6-30,1] случаев на 1000 человек в год; преастения: 173,2 [ДИ 95%, 87,9-341,2] против 129,0 [ДИ 95%, 73,8-225,0] случаев на 1000 человек в год);

3) распространенность астении и преастении варьировалась в зависимости от используемого метода определения астении и уровня финансовой обеспеченности граждан в стране.

Результаты этого исследования показывают, что пожилые люди склонны к развитию астении. Повышение внимания к факторам риска развития астении в этой подгруппе населения имеет жизненно важное значение в разработке мероприятий по предотвращению астении и минимизации ее последствий.

Ясно, что в обязательном порядке пожилым пациентам необходимо проводить скрининг астении, которая коррелирует с результатами КГО. Систематический обзор, проведенный M. Namaker et al. (2012), выявил ряд методов скрининга для прогнозирования тех пациентов, которым необходимо определить астению с помощью КГО.

Они показали различную чувствительность и специфичность (табл. 4). G8 и TRST 1+ имели самую высокую чувствительность к астении, но плохую специфичность и отрицательную прогностическую ценность. Доступные методы скрининга не обладают достаточной дискриминационной способностью для отбора пациентов для дальнейшей оценки, и поэтому онкологическим больным пожилого возраста следует проводить КГО.

Чувствительность и специфичность комплексной гериатрической оценки (по Aapro M., Schrijvers D., 2016)

Гериатрические опросники	Чувствительность	Специфичность
VES-13	68%	78%
Geriatric 8 (G8)	87%	61%
Инструмент проверки сортировки рисков (TRST 1+)	92%	47%
Индекс астении Гронингена (ИАГ)	57%	86%
Критерии Эмеда	31%	91%
Barber	59%	79%
Укороченная КГО (уКГО)	51%	91%

7.3. Заключение





Не остается сомнений в том, что наличие синдрома старческой астении у пожилых онкологических больных чревато высокими рисками развития осложнений. Онкологи и гериатры используют разные определения старческой астении, могут измерять функциональное состояние различными способами, а также могут сталкиваться с разными пациентами.



У некоторых пациентов старческая астения может быть обратной, и онколог должен работать над выявлением таких факторов, как дефицит питательных веществ, плохая подвижность, недержание мочи и когнитивные нарушения: как до, так и во время терапии.




Пациентам до назначения лечения, требуется комплексная оценка с использованием проверенных инструментов, и слова «старческая астения» не должны быть причиной исключения людей из потенциально жизненно важной терапии. Рак может сделать больного астеничным, а лечение может, наоборот, уменьшить астению. В настоящее время доступны рекомендации по современной практике, и онкологам и хирургам следует проверять обновления.

Шкалы, опросники и тесты оценивания состояния здоровья пациентов пожилого и старческого возраста

**Клиническая шкала старческой астении
(по Ткачева О. Н. и соавт., 2020)**

Категория	Внешний вид	Описание	Функциональная категория	Гериатрические синдромы	Деменция
1 Отличное состояние здоровья		Пациенты активны, энергичны, высокий уровень мотивации, нет ограничений физической активности	Независимы от посторонней помощи	Нет	Нет
2 Хорошее состояние здоровья		Имеются заболевания в неактивной фазе. Уровень физической активности несколько ниже, чем у пациентов из категории 1. Нередко выполняют физические упражнения, высокая сезонная активность (например, летом)	Независимы от посторонней помощи	Нет	Нет
3 Удовлетворительное состояние здоровья		Имеются хронические заболевания, которые хорошо контролируются лечением. Нерегулярная активность помимо рутинной ходьбы	Независимы от посторонней помощи	Нет или единичные ГС в легкой форме. Например, недержание мочи или снижение зрения / слуха. Мобильность сохранена	Нет
4 Преастения		Несмотря на независимость от посторонней помощи, физическая активность ограничена.	В основном независимы от посторонней помощи. Может потребоваться помощь при необходи-	Небольшое снижение мобильности + появление или усиление выраженности	

			Типичны жалобы на медлительность, повышенную утомляемость	мости добраться до мест, расположенных вне привычной дистанции. БФА сохранена (индекс Бартел 100/100 баллов). ИФА сохранена или незначительно снижена (индекс Лоутона 7-8/8 баллов)	ГС, но ГС по-прежнему единичные	
5	Легкая старческая астения		Значительно более медлительны, нуждаются в помощи при выполнении мероприятий из категории инструментальной функциональной активности (финансовые вопросы, транспорт, работа по дому, прием препаратов). Возникают проблемы с самостоятельным совершением покупок и прогулками, приготовлением пищи и выполнением работы по дому	Зависимы от посторонней помощи. БФА сохранена (индекс Бартел 100/100 баллов). ИФА умеренно снижена (индекс Лоутона 3-6/8 баллов)	Множественные гериатрические синдромы	Нет Может быть деменция легкой или умеренной степени
6	Умеренная старческая астения		Нуждаются в помощи почти во всех видах инструментальной функциональной активности и ведении домашнего хозяйства. Проблемы с подъемом по лестнице, нуждаются в помощи при выполнении гигиени-	Зависимы от посторонней помощи. БФА умеренно снижена (индекс Бартел > 60 баллов), ИФА значительно снижена (индекс Лоутона 1-2/8 баллов)	Множественные гериатрические синдромы	Нет Может быть деменция от легкой до тяжелой степени

			ческих мероприятий. Минимальная потребность в помощи с одеванием.			
7	Тяжелая старческая астения		Полностью зависят от посторонней помощи – физически или когнитивно. В целом состояние относительно стабильное. Высокий риск смерти в течение ближайших 6-ти месяцев.	Зависимы от посторонней помощи. БФА значительно снижена (индекс Бартел ≤ 60 баллов), ИФА полностью снижена (индекс Лоутона 0-1/8 баллов)	Множественные гериатрические синдромы	Нет Может быть деменция от легкой до тяжелой степени
8	Очень тяжелая старческая астения		Полностью зависимы от посторонней помощи, приближаются к концу жизни. Обычно не могут восстановиться даже после легкой болезни.	Полностью зависимы от посторонней помощи (индекс Бартел < 20 баллов, индекс Лоутона – 1/8 баллов).	Множественные гериатрические синдромы	Нет Может быть деменция от легкой до крайне тяжелой степени.
9	Терминальное состояние		Приближаются к концу жизни. Ожидаемая продолжительность жизни менее 6 месяцев.	Уровень зависимости от посторонней помощи может быть различным.	Могут быть множественные гериатрические синдромы	Нет Может быть деменция от легкой до крайне тяжелой степени

Скрининговый опросник «Возраст не помеха»

№	Вопросы	Ответ
1	Похудели ли Вы на 5 кг и более за последние 6 месяцев?*	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, или падения без травм?	да/нет
4	Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель?	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 метров или подъем на 1 лестничный пролет)	да/нет

* Имеется в виду непреднамеренное снижение веса. Если пациент похудел намеренно – за счет соблюдения специальной диеты или регулярной физической активности, балл не засчитывается.

Интерпретация результатов:

При ответах на вопросы анкеты за каждый ответ «Да» начисляется 1 балл. В случае, если пациент набрал:

- 5 и более баллов – старческая астения высоко вероятна и показана консультация гериатра с проведением комплексной гериатрической оценки и составлением индивидуального плана ведения пациента;
- 3-4 балла – умеренная вероятность старческой астении, целесообразно выполнение краткой батареи тестов физического функционирования и теста Мини-Ког в условиях гериатрического кабинета;
- 0-2 балла – наличие у пациента синдрома старческой астении маловероятно.

Шкала оценки общего соматического статуса Мини-ког (Mini-Cog)

Шаг	Действия	Баллы
1	Скажите пациенту: «Слушайте меня внимательно. Сейчас я назову 3 слова, а Вам нужно будет повторить их за мной и запомнить». Позже я у Вас их спрошу». Четко произнесите 3 слова: ключ, лимон, флаг. Если пациент не повторил всех 3-х слов, повторите слова еще раз. Если пациент не может повторить всех 3-х слов после 3-х попыток, перейдите к Шагу 2.	Не начисляются
2	Скажите пациенту: «Далее я хочу, чтобы вы нарисовали круглые часы. Расставьте все цифры, которые должны быть на циферблате». После завершения попросите пациента настроить часы так, чтобы они показывали время 11 часов 10 минут.	Правильно нарисованные часы – 2 балла (правильно нарисованные часы содержат все необходимые цифры в правильной последовательности без дублирования. Цифры 12, 3, 6, 9 расположены в соответствующих местах. Стрелки указывают на цифры 11 и 2 (11:10). Длина стрелок не учитывается. Неспособность правильно нарисовать часы или отказ = 0 баллов
3	Попросите пациента вспомнить 3 слова из Шага 1.	За каждое воспроизведенное слово в Шаге 3 пациент получает по 1 баллу. Если не вспомнил ни одного слова – 0 баллов.

Интерпретация результатов:

Если пациент набрал < 3 баллов – вероятность деменции высокая.

При необходимости увеличения чувствительности теста отрезная точка может быть повышена до < 4 баллов.

Шкала оценки спутанности сознания (Confusion Assessment Method, CAM)

1 этап	<p>Острота и волнообразность изменений психического статуса:</p> <p>Имеются ли изменения психического статуса относительно исходного уровня?</p> <p>ИЛИ Отмечались ли волнообразные изменения психического статуса в течение последних 24 часов?</p>	<p>Если на оба вопроса ответ «нет» → ДЕЛИРИЯ НЕТ</p> <p>Если на один из вопросов ответ «Да» → 2 этап</p>
2 этап	<p>Нарушение внимания</p> <p>«Сжимайте мою руку каждый раз, когда я скажу букву А».</p> <p>Прочитайте следующую последовательность букв «Л А М П А А Л А Д Д И Н А».</p> <p>ОШИБКИ:</p> <p>Не сжимает на букву А и сжимает на другие буквы.</p>	<p>Если 0-2 ошибки → ДЕЛИРИЯ НЕТ</p> <p>Если ≥ 2 ошибки → 3 этап</p>
3 этап	<p>Изменения уровня сознания:</p> <p>Уровень сознания на текущий момент (The Richmond AgitationSedation Scale, RASS – см. ниже)</p>	<p>Если RASS отличен от 0 → ДЕЛИРИЙ ЕСТЬ</p> <p>Если RASS = 0 → 4 этап</p>
4 этап	<p>Дезорганизованное мышление:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Камень будет держаться на воде? 2. Рыба живет в море? 3. Один килограмм весит больше двух? 4. Молотком можно забить гвоздь? <p>Команда: «Покажите столько же пальцев» (покажите 2 пальца).</p> <p>«Теперь сделайте тоже другой рукой» (не демонстрируйте) ИЛИ «Добавьте еще один палец» (если пациент не может двигать обеими руками).</p>	<p>Если ≥ 2 ошибка → ДЕЛИРИЙ ЕСТЬ</p> <p>Если 0-1 ошибка → ДЕЛИРИЯ НЕТ</p>
	<p>Заключение: делирий есть/делирия нет</p>	

**Ричмондская шкала агитации
(The Richmond Agitation-Sedation Scale, RASS)**

+4 – Воинственный: воинственен, агрессивен, опасен для окружающих (срочно сообщить врачу об этих явлениях).

+3 – Очень возбужден: агрессивен, пытается вырвать трубки, капельницу или катетер (сообщить врачу).

+2 – Возбужден: частые бесцельные движения, сопротивление процедурам.

+1 – Непокоен: тревожен, неагрессивные движения.

0 – Спокоен и внимателен.

-1 – Сонлив: невнимателен, сонлив, но реагирует всегда на голос.

-2 – Легкая седация: просыпается на короткое время на голос.

-3 – Средняя седация: движение или открытие глаз на голос, но нет зрительного контакта.

Краткая шкала оценки питания (Mini Nutritional Assessment, MNA)

	Критерии оценки	Баллы
А.	Снизилось ли за последние 3 месяца количество пищи, которое вы съедаете, из-за потери аппетита, проблем с пищеварением, из-за сложностей при пережевывании и глотании?	0 = серьезное снижение количества съедаемой пищи; 1 = умеренное снижение количества съедаемой пищи; 2 = нет снижения количества съедаемой пищи
Б.	Потеря массы тела за последние 3 месяца	1 = не знаю; 2 = потеря массы тела от 1 до 3 кг; 3 = нет потери массы тела
В.	Подвижность	0 = прикован к кровати / стулу; 1 = способен встать с кровати / стула, но не выходит из дома; 2 = выходит из дома
Г.	Острое заболевание (психологический стресс) за последние 3 месяца	0 = да; 2 = нет
Д.	Психоневрологические проблемы	0 = серьезное нарушение памяти или депрессия; 1 = умеренное нарушение памяти; 2 = нет нейропсихологических проблем
Е.	Индекс массы тела	0 = меньше 19; 1 = 19-21; 2 = 21-23; 3 = 23 и выше
Ж.	Живет независимо (не в доме престарелых или больнице)	0 = нет; 1 = да
З.	Принимает более трех лекарств в день	0 = да; 1 = нет
И.	Пролежни и язвы кожи	0 = да; 1 = нет
К.	Сколько раз в день пациент полноценно питается	0 = 1 раз; 1 = 2 раза; 2 = 3 раза
Л.	Маркеры потребления белковой пищи	0 = если 0-1 ответ да; 0,5 = если 2 ответа да; 1 = если 3 ответа да
	одна порция молочных продуктов (1 порция = 1 стакан молока, 60 г	

	творога, 30 г сыра, 3/4 стакана йогурта) в день (да / нет)	
	две или более порции бобовых и яиц в неделю (1 порция = 200 г бобовых, 1 яйцо) (да / нет)	
	мясо, рыба или птица каждый день (да / нет)	
М.	Съедает две или более порций фруктов или овощей в день (1 порция = 200 г овощей, 1 любой фрукт среднего размера)	0 = нет; 1 = да;
Н.	Сколько жидкости выпивает в день	0 = меньше 3 стаканов; 0,5 = 3-5 стаканов; 1 = больше 5 стаканов
О.	Способ питания	0 = неспособен есть без помощи; 1 = ест самостоятельно с небольшими трудностями; 2 = ест самостоятельно
П.	Самооценка состояния питания	0 = оценивает себя как плохо питающегося; 1 = оценивает свое состояние питания неопределенно; 2 = оценивает себя как не имеющего проблем с питанием
Р.	Состояние здоровья в сравнении с другими людьми своего возраста	0 = не такое хорошее 0,5 = не знает; 1 = такое же хорошее; 2 = лучше
С.	Окружность по середине плеча, см	0 = менее 21; 0,5 = 21-22; 1 = 22 и больше
Т.	Окружность голени, см	0 = меньше 31; 1 = 31 и больше
Общий балл:		

Интерпретация результатов:

- > 23,5 балла – нормальный статус питания.
- 17-23,5 балла – риск недостаточности питания (мальнутриции).
- < 17 баллов – недостаточность питания (мальнутриция).

Базовая функциональная активность – индекс Бартел (Barthel Activities of daily living Index)

Шкалой удобно пользоваться как для определения изначального уровня активности пациента, так и для проведения мониторинга.

При заполнении анкеты индекса Бартел необходимо придерживаться следующих правил:

- индекс отражает реальные действия пациента, а не предполагаемые;
- необходимость присмотра означает, что пациент не относится к категории тех, кто не нуждается в помощи (пациент не независим);
- уровень функционирования определяется наиболее оптимальным для конкретной ситуации путем расспроса пациента, его родственников, однако важны непосредственные наблюдения и здравый смысл, прямое тестирование не требуется;
- обычно оценивается функционирование пациента в период предшествующих 24-48 часов;
- средние категории означают, что пациент осуществляет более 50% необходимых для выполнения той или иной функции усилий.

Категория «независим» допускает использование вспомогательных средств.

Прием пищи	10 – не нуждаюсь в помощи, способен самостоятельно пользоваться всеми необходимыми столовыми приборами; 5 – частично нуждаюсь в помощи, например, при разрезании пищи; 0 – полностью зависим от окружающих (необходимо кормление с посторонней помощью)
Личная гигиена (умывание, чистка зубов, бритье)	5 – не нуждаюсь в помощи; 0 – нуждаюсь в помощи
Одевание	10 – не нуждаюсь в посторонней помощи; 5 – частично нуждаюсь в помощи, например, при одевании обуви, застегивании пуговиц и т.д.; 0 – полностью нуждаюсь в посторонней помощи
Прием ванны	5 – принимаю ванну без посторонней помощи; 0 – нуждаюсь в посторонней помощи

Контроль тазовых функций (мочеиспускание, дефекации)	20 – не нуждаюсь в помощи; 10 – частично нуждаюсь в помощи (при использовании клизмы, свечей, катетера); 0 – постоянно нуждаюсь в помощи в связи с грубым нарушением тазовых функций
Посещение туалета	10 – не нуждаюсь в помощи; 5 – частично нуждаюсь в помощи (удержание равновесия, использование туалетной бумаги, снятие и одевание брюк и т.д.); 0 – нуждаюсь в использовании судна, утки
Вставание с постели	15 – не нуждаюсь в помощи; 10 – нуждаюсь в наблюдении или минимальной поддержке; 5 – могу сесть в постели, но для того, чтобы встать, нужна существенная поддержка; 0 – не способен встать с постели даже с посторонней помощью
Передвижение (кровать, стул)	15 – могу без посторонней помощи передвигаться на расстояния до 50 м; 10 – могу передвигаться с посторонней помощью в пределах 50 м; 5 – могу передвигаться с помощью инвалидной коляски; 0 – не способен к передвижению
Подъем по лестнице	10 – не нуждаюсь в помощи; 5 – нуждаюсь в наблюдении или поддержке; 0 – не способен подниматься по лестнице даже с поддержкой
Общий балл:	

Интерпретация результатов:

- 0-20 баллов – полная зависимость,
- 25-60 баллов – выраженная зависимость,
- 65-90 баллов – умеренная зависимость,
- 95 – легкая зависимость,
- 100 – полная независимость.

Инструментальная функциональная активность
– шкала Лоутона
(Lawton Instrumental activities of daily living Scale)

Телефонные звонки	1	Пользуется телефоном по собственной инициативе, набирает номера
	1	Набирает несколько известных номеров
	1	Отвечает на телефонные звонки, но сам номера не набирает
	0	Не пользуется телефоном вообще
Покупки	1	Совершает самостоятельно все необходимые покупки
	0	Совершает самостоятельно небольшие покупки
	0	Требуется сопровождение при любом посещении магазина
	0	Полностью не в состоянии делать покупки
Приготовление пищи	1	Планирует, готовит и подает необходимую пищу самостоятельно
	0	Готовит необходимую пищу, если ингредиенты были предоставлены
	0	Подогревает и подает пищу или готовит пищу, но не соблюдает необходимую диету
	0	Нуждается, чтобы кто-то приготовил и подал пищу
Ведение домашнего быта	1	Поддерживает дом в одиночку за исключением редкой помощи при необходимости выполнения тяжелой работы
	1	Выполняет простые повседневные дела, такие как мытье посуды или заправка кровати
	1	Выполняет простые повседневные дела, но не в состоянии поддерживать необходимый уровень чистоты в доме
	1	Нужна помощь при выполнении всех домашних дел
	0	Не участвует ни в каких хозяйственных делах
Стирка	1	Самостоятельно стирает все необходимые вещи
	1	Стирает мелкие вещи, такие как носки, чулки
	0	Вся стирка должна осуществляться кем-то
Пользование транспортом	1	Самостоятельно пользуется общественным транспортом или водит машину
	1	Организует собственную поездку на такси, но не пользуется общественным транспортом
	1	Пользуется общественным транспортом если кто-то при этом помогает или сопровождает
	0	Перемещается на такси или машине в сопровождении

		другого лица
	0	Не перемещается
Прием лекарств	1	Самостоятельно принимает необходимые лекарства в правильных дозировках и в правильное время
	0	Принимает лекарство, если оно было кем-то приготовлено для приема в необходимой дозе
	0	Не способен самостоятельно принимать лекарства
Финансовые операции	1	Самостоятельно контролирует финансовые вопросы (бюджет, проверка чеков, оплата за жилье, посещение банка), контролирует доходы
	1	Занимается ежедневными покупками, но нуждается в помощи с банковскими операциями и при осуществлении крупных покупок
	0	Не способен самостоятельно распоряжаться деньгами
Общий балл:		

Интерпретация результатов:

Для каждой категории активности выбирается уровень, соответствующий мероприятиям, выполняемым пациентом, и начисляется балл: 0 или 1.

Общий результат может варьировать от 0 баллов (зависимый от посторонней помощи, нуждается в значительной помощи при выполнении мероприятий инструментальной функциональной активности) до 8 баллов (независимый от посторонней помощи).

Тест «Встань и иди» (Timed Up and Go test)

Необходимое оборудование для проведения теста: стул с подлокотниками, рулетка, цветная лента или маркёр, секундомер.

Пациент должен быть проинструктирован до выполнения теста на время. Первую пробную попытку он может выполнить без отсчета времени. Пациент должен сидеть на стуле так, чтобы его спина опиралась о спинку стула, а бедра полностью касались сиденья. Стул должен быть устойчивым. Пациенту разрешается использовать подлокотники во время сиденья и при вставании.

От стула необходимо отмерить расстояние 3 метра и отметить его маркёром или цветной лентой так, чтобы отметка была видна пациенту.

Инструкция для пациента: когда я скажу: «Начали», Вы должны будете встать, пройти отмеченное расстояние, развернуться, вернуться к стулу и сесть на него. Идти нужно в своем обычном темпе. Начинайте отсчет времени после того, как произнесете слово «Начали» и остановите отсчет, когда пациент снова сядет правильно на стул, опершись спиной о его спинку. Пациент во время выполнения теста должен быть обут в свою привычную обувь и может использовать средства для передвижения, которые он обычно использует (например, трость или ходунки). Если это необходимо, во время выполнения теста пациент может остановиться, чтобы передохнуть.

В норме здоровые пожилые люди обычно выполняют тест «Встань и иди» за 10 и менее секунд.

У пациента с тяжелым синдромом СА время выполнения теста может составить 2 минуты и более.

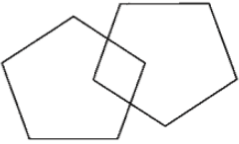
Результат теста «Встань и иди» коррелируют со скоростью ходьбы, способностью поддерживать равновесие, уровнем функциональной активности, возможностью выходить из дома, а также позволяет оценивать изменения с течением времени.

Результат теста «Встань и иди» более 14 секунд у проживающих дома пациентов пожилого и старческого возраста с синдромом СА свидетельствует о наличии риска падений.

Возрастная группа, лет	Время, секунды (95% доверительный интервал)
60-69	8,1 (7,1-9,0)
70-79	9,2 (8,2-10,2)
80-99	11,3 (10-12,7)

Краткая шкала оценки психического статуса (Mini Mental State Examination, MMSE)

Параметры	Ответы в баллах
1. Ориентировка во времени: попросите пациента указать	5
число	1
месяц	1
год	1
день недели	1
время года	1
2. Ориентировка в месте: попросите пациента сообщить, где он находится?	5
страна	1
область	1
город	1
клиника	1
этаж	1
3. Немедленное воспроизведение: назовите три не связанных друг с другом предмета и попросите больного повторить	3
карандаш	1
дом	1
копейка	1
4. Концентрация внимания и счет: попросите больного 5 раз последовательно вычитать 7 из 100 (или произнести слово «земля» наоборот)	5
$100 - 7 = 93$	1
$93 - 7 = 86$	1
$86 - 7 = 79$	1
$79 - 7 = 72$	1
$72 - 7 = 65$	1
5. Отсроченное воспроизведение: попросите больного вспомнить 3 предмета, названные при проверке немедленного воспроизведения	3
карандаш	1
дом	1
копейка	1
6. Речь и выполнение действий: показываем ручку и часы, спрашиваем: «Как это называется?»	2
часы	1
ручка	1

7. Просим повторить предложение: «Никаких если, и или но»	1
8. Попросите больного выполнить последовательность из 3-х действий: «Возьмите правой рукой лист бумаги, сложите его вдвое и положите на пол»	3
9. Напишите на листе бумаги «Закройте глаза», покажите пациенту и попросите его выполнить то, что он прочитал	1
10. Попросите больного написать предложение (в предложении должно быть подлежащее и сказуемое, оно должно иметь смысл)	1
11. Попросите больного скопировать рисунок 	1
Общий балл	

Интерпретация результатов:

- 28-30 баллов – нет нарушений когнитивных функций;
- 24-27 баллов – предметные когнитивные нарушения;
- 20-23 балла – деменция легкой степени выраженности;
- 11-19 баллов – деменция умеренной степени выраженности;
- 0-10 баллов – тяжелая деменция.

Гериатрическая шкала депрессии (Geriatric Depression Scale, GDS-15)

1	В целом, удовлетворены ли Вы своей жизнью?		НЕТ
2	Вы забросили большую часть своих занятий и интересов?	ДА	
3	Вы чувствуете, что Ваша жизнь пуста?	ДА	
4	Вам часто становится скучно?	ДА	
5	У вас хорошее настроение большую часть времени?		НЕТ
6	Вы опасаетесь, что с Вами случится что-то плохое?	ДА	
7	Вы чувствуете себя счастливым большую часть времени?		НЕТ
8	Вы чувствуете себя беспомощным?	ДА	
9	Вы предпочитаете остаться дома, нежели выйти на улицу и заняться чем-нибудь новым?	ДА	
10	Считаете ли Вы, что Ваша память хуже, чем у других?	ДА	
11	Считаете ли Вы, что жить – это прекрасно?		НЕТ
12	Чувствуете ли Вы себя сейчас бесполезным?	ДА	
13	Чувствуете ли Вы себя полным энергией и жизненной силой?		НЕТ
14	Ощущаете ли вы безнадежность той ситуации, в которой находитесь в настоящее время?	ДА	
15	Считаете ли Вы, что окружающие Вас люди живут более полноценной жизнью в сравнении с Вами?	ДА	
	Общий балл:		

1 балл зачисляется за ответ «нет» на вопросы 1, 5, 7, 11, 13 и за ответ «да» на вопросы 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15

Интерпретация результатов:

0-4 – нет депрессии,

≥ 5 – вероятная депрессия.

Шкала оценки здоровья пациента (Patient Health Questionnaire, PHQ-9)

В течение последних двух недель, как часто вас беспокоили следующие проблемы?

Наименование вопросов	Не беспокоили	Несколько дней	Более половины всех дней	Почти ежедневно
1. Вас мало интересовали дела или ничто не доставляло удовольствие	0	1	2	3
2. Вы испытывали чувство подавленности, депрессии или безнадежности	0	1	2	3
3. У вас были проблемы с засыпанием или со сном, или вы слишком много спали	0	1	2	3
4. Вы чувствовали усталость или испытывали недостаток энергии	0	1	2	3
5. Плохой аппетит или переедание	0	1	2	3
6. Вы испытывали чувство неудовлетворенности собой. Или думали о том, что вы неудачник, или что подводите себя или свою семью	0	1	2	3
7. Трудности с концентрацией внимания, например, когда читаете газету или смотрите телевизор	0	1	2	3
8. Вы делаете все или говорите так медленно, что другие люди начинают это замечать. Или наоборот – вам не сидится на месте или вы так неутомимы, что делаете гораздо больше, чем обыч-	0	1	2	3

но				
9. Вам приходят мысли, что лучше всего было бы умереть или вы пытались поранить себя каким-то образом	0	1	2	3

Интерпретация результатов:

0-4 – нет депрессии,

5-9 – низкий риск наличия депрессии,

10-14 – умеренный риск наличия депрессии,

15-19 – высокий риск наличия депрессии,

20-27 – крайне высокий риск наличия депрессии.

Визуально-аналоговая шкала самооценки состояния здоровья (ВАШ)



На отрезке линии от 0% (самое плохое здоровье) до 100% (идеальное здоровье) пациент отмечает состояние своего здоровья, так, как он сам это воспринимает.

Визуально-аналоговая шкала оценки интенсивности боли



Тест рисования часов

Тест проводится следующим образом: больному надо дать чистый лист нелинованной бумаги и карандаш, попросить нарисовать круглые часы с цифрами на циферблате, и чтобы стрелки показывали, например, «без пятнадцати два». Пациент самостоятельно должен нарисовать круг, поставить в правильные места все 12 чисел и нарисовать стрелки, указывающие на правильные позиции.

В норме это задание никогда не вызывает затруднений.

Максимально пациент может получить за тест 10 баллов, которые начисляются следующим образом:

5 баллов за рисование циферблата:

- замкнутый круг правильной формы (1 балл);
- указаны все цифры от 1 до 12 (1 балл);
- цифры нарисованы внутри круга (1 балл);
- цифры нарисованы с равными интервалами (1 балл);
- правильное расположение 4 основных цифр (12, 3, 6, 9);

5 баллов за расположение стрелок:

- по 1 баллу за правильное местоположение начала (центр круга) и конца стрелок (всего 4 балла);
- разная длина часовой и минутной стрелок (1 балл).

Интерпретация результатов:

10 баллов – норма, нарисован круг, цифры в правильных местах, стрелки показывают заданное время;

9 баллов – незначительные неточности в расположении стрелок;

8 баллов – более заметные ошибки в расположении стрелок;

7 баллов – стрелки показывают совершенно неправильное время;

6 баллов – стрелки не выполняют свою функцию (например, нужное время обведено кружком);

5 баллов – неправильное расположение чисел на циферблате, они следуют в обратном порядке или расстояние между числами неодинаковое;

- 4 балла – утрачена целостность часов, часть чисел отсутствует или расположена вне круга;
- 3 балла – числа и циферблат не связаны друг с другом;
- 2 балла – пациент пытается выполнить тест, но безуспешно;
- 1 балл – пациент не делает попыток выполнить тест.

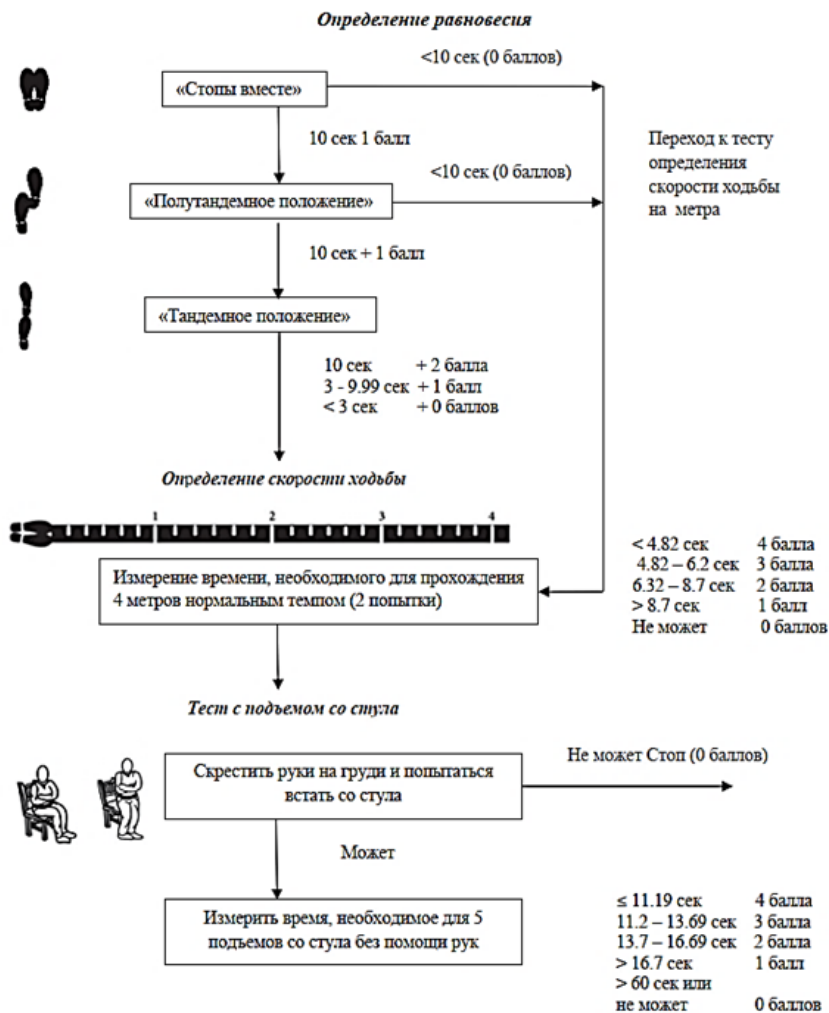
Шкала Морсе для оценки риска падений

ВОПРОС	БАЛЛ
1. Падал ли в последние 3 мес.?	Нет – 0 Да – 25
2. Есть ли сопутствующее заболевание? См. медицинскую карту	Нет – 0 Да – 15
3. Самостоятельность при ходьбе: Ходит сам (даже если при помощи кого-то), или строгий постельный режим, неподвижно Костыли/ ходунки/ трость Опирается о мебель или стены для поддержки	0 15 30
4. Принимает внутривенное вливание/принимает гепарин, фраксипарин	Нет – 0 Да – 20
5. Походка Нормальная (ходит свободно) Слегка несвободная (ходит с остановками, шаги короткие, иногда с задержкой) Нарушения (не может встать, ходит опираясь, смотрит вниз)	0 10 20
6. Психическое состояние знает свою способность двигаться не знает или забывает, что нужна помощь при движении	0 15

Интерпретация результатов:

Риск падений	Баллы
Нет риска падений	0-24
Низкий	25-50
Высокий	≥ 51

Краткие опросники для оценки физического статуса (The Short Physical Performance Battery, SPPB)



Инструкция к выполнению
кратких опросников для оценки физического статуса

1. Определение равновесия пациента:

А. Положение «Стопы вместе».

Необходимо попросить пациента постоять в течение 10 секунд, поставив стопы вместе.

Б. Полутандемное положение.

Попросить пациента на протяжении 10 секунд простоять, выставив одну ногу вперед так, чтобы носок одной стопы был на уровне середины другой стопы и внутренние поверхности двух стоп соприкасались.

В. Тандемное положение ног.

Пациенту необходимо встать так, чтобы пятка одной ноги находилась непосредственно перед носком другой ноги и касалась его, и простоять в таком положении 10 секунд.

2. Определение скорости ходьбы на 4 метра:

Для проведения теста требуется около 6 метров. Непосредственное измерение скорости ходьбы проводится на расстоянии 4 метра. Метр до и после этого расстояния необходим, чтобы пациент мог набрать и снизить скорость.

Пациенту дается инструкция пройти 4 метра без остановки с обычной скоростью. Пациент должен стоять без поддержки на стартовой линии таким образом, чтобы носки обеих стоп касались линии или незначительно заступали за нее и находились на удобном для участника расстоянии друг от друга.

Первая попытка пробная. Во время второй и третьей попытки измеряется время в секундах, за которое пациент проходит 4 метра. Учитывается лучший результат. Результат теста менее 0,8 м/с говорит о снижении мышечной функции.

3. Подъемы со стула:

Подготовка: Однократный подъем со стула. После демонстрации

теста необходимо попросить исследуемого скрестить руки на плечах, установить стопы плотно прижатыми к полу и встать со стула без использования рук.

Если пациент не может выполнить однократный подъем со стула без использования рук, тест с 5-кратным подъемом со стула не выполняется.

После успешного однократного подъема со стула пациента просят встать и сесть на стул без помощи рук пять раз подряд без остановок как можно быстрее, но, чтобы было безопасно для него.

Общий балл: ____/8

Для каждой категории активности выбирается уровень, соответствующий мероприятиям, выполняемым пациентом, и начисляется балл – 0 или 1.

Общий результат может варьировать от 0 баллов (зависимый от посторонней помощи, нуждается в значительной помощи при выполнении мероприятий инструментальной функциональной активности) до 8 баллов (независимый от посторонней помощи).

Интерпретация результатов:

10-12 баллов – нет старческой астении;

8-9 баллов – преастения;

7 и менее баллов – старческая астения.

Опросник для выявления нейропатической боли (Douleur Neuropathique, DN4)

Необходимо попросить пациента отметить галочкой один ответ для каждого пункта в приведенных ниже 4 вопросах.

Вопрос 1: Соответствует ли боль, которую испытывает пациент, одному или нескольким из следующих определений?

- ощущение жжения,
- болезненное ощущение холода,
- ощущение как от ударов током.

Вопрос 2: Сопровождается ли боль одним или несколькими из следующих симптомов в области ее локализации?

- пощипыванием, ощущением ползания мурашек,
- покалыванием,
- онемением,
- зудом.

Вопрос 3: Локализована ли боль в той же области, где осмотр выявляет один или оба следующих симптома:

- пониженная чувствительность к прикосновению,
- пониженная чувствительность к покалыванию.

Вопрос 4: Можно ли вызвать или усилить боль в области ее локализации:

- проведя в этой области кисточкой.

Сумма баллов (количество ответов «Да»): _____

Интерпретация результатов:

Если сумма баллов составляет 4 и более баллов, это указывает на то, что боль у пациента является нейропатической или имеется нейропатический компонент боли (при смешанных ноцицептивно-нейропатических болевых синдромах).

Оценка нутриционного риска по шкале NRS-20021 (Nutrition Risk Screening)

Европейским обществом клинического питания и метаболизма (ESPEN) рекомендовано использовать шкалу NRS-20021 для скрининговой оценки нутриционного риска, состоящую из двух этапов:

Блок 1. Первичный скрининг

1	Индекс массы тела менее 20,5 кг/м ²	Да	Нет
2	Наблюдалась ли у пациента потеря веса на протяжении предыдущих 3 месяцев?	Да	Нет
3	Было ли снижено питание на предыдущей неделе?	Да	Нет
4	Страдает ли пациент серьезным заболеванием (например, проходит интенсивную терапию или противоопухолевое лечение)?	Да	Нет

Заключение:

Ответ «Нет» на все вопросы – повторный скрининг проводится через неделю.

При наличии ответа «Да» на любой вопрос продолжается скрининг по следующему блоку:

Блок 2. Финальный скрининг

Нарушение статуса питания		Тяжесть заболевания	
Нет нарушений – 0 баллов	Нормальный питательный статус	Нет нарушений – 0 баллов	Нормальная потребность в нутриентах
1 балл – легкое	Потеря массы более 5% за последние 3 мес. или потребление пищи в объеме 50% от обычной нормы в предшествующую неделю	1 балл – легкая	Онкологическое заболевание, перелом шейки бедра, цирроз печени, ХОБЛ, хронический гемодиализ, диабет
2 балла – умеренное	Потеря массы более 5% за последние	2 балла – средняя	Инсульт, тяжелая пневмония, радикальная аб-

	2 мес. или ИМТ 18,5-20,5 + ухудшение общего состояния или потребление пищи в объеме 25-60% от обычной нормы в предшествующую неделю		доминантная хирургия, гемобластоз
3 балла – тяжелое. Потеря массы тела более 5% за 1 мес. или ИМТ 18,5 + ухудшение общего состояния или потребление пищи 0-25% от обычной нормы за предшествующую неделю		3 балла – выраженная. Черепно-мозговая травма, трансплантация костного мозга, интенсивная терапия (оценка по шкале АРАСНЕ-II > 10)	
Общая сумма баллов:			
Возраст пациента 70 и более лет – прибавить 1 балл к общей сумме.			

Монреальская шкала оценки когнитивных функций (Montreal Cognitive Assessment, MoCA)

Заполнение Монреальской шкалы оценки когнитивных функций занимает около 10 минут.

Максимальное количество баллов – 30; норма – 26 и более баллов.

К сумме баллов добавляют один балл, если обследуемый имеет среднее или ниже среднего образование.

Инструкция к выполнению теста Монреальская шкала оценки когнитивных функций

1. Черчение ломаной линии.

Обследуемого просят: «Нарисуйте линию от цифры к букве в порядке увеличения. Начните здесь (указать на 1) и проведите линию от 1 к А, а затем к 2 и так далее. Закончите здесь (указать на Д).

Результат.

Ставится один балл, если обследуемый правильно соединяет знаки в следующем порядке: 1-А-2-Б-3-В-4-Г-5-Д так, чтобы линии не пересекались. Любая ошибка, не исправленная немедленно самостоятельно, оценивается как 0.

2. Оптико-пространственная деятельность (куб).

Дают следующие инструкции, указывая на куб: «Аккуратно перерисуйте эту фигуру на пустом пространстве под ней».

Результат.

За правильно перерисованную фигуру ставят один балл:

- фигура должна быть трехмерной;
- должны быть нарисованы все линии;
- не должно быть лишних линий;
- линии должны быть относительно параллельны и незначительно отличаться по длине (принимается рисунок прямоугольной призмы).

Задание не засчитывается, если не выполнено какое-либо из вышеуказанных условий.

3. Оптико-пространственная деятельность (часы).

Указывая на правую треть графы, дают следующие инструкции: «Нарисуйте часы. Расставьте все цифры и нарисуйте стрелки так, чтобы часы показывали десять минут двенадцатого».

Результат.

За выполнение каждого из условий дают 1 балл:

- контур (1 балл): циферблат должен быть круглым, возможно с погрешностями формы (например, слегка незамкнутым);
- цифры (1 балл): должны быть все цифры циферблата и не должно быть лишних; цифры должны располагаться в правильном порядке и приблизительно в соответствии с квадрантами циферблата; допускаются римские цифры; цифры могут располагаться снаружи циферблата;
- стрелки (1 балл): должно быть две стрелки, показывающие правильное время; часовая стрелка должна быть отчетливо короче минутной; стрелки должны сходиться внутри контура циферблата и пересекаться близко к его центру.

Балл за пункт не засчитывается, если не выполнено какое-либо из вышеуказанных условий.

4. Называние.

Слева направо указывают на рисунок и просят: «Назовите это животное».

Результат.

За каждый ответ дают балл: (1) лев, (2) носорог, (3) верблюд.

5. Память.

Называют 5 слов со скоростью одно слово в секунду и дают следующие инструкции: «Это тест для проверки памяти. Я прочитаю набор слов, которые нужно запомнить сейчас и вспомнить через некоторое время. Слушайте внимательно. После того как я закончу, назовите слова, которые вы запомнили. Порядок не имеет значения». Ставят отметку в графе под каждым словом, которое обследуемый называет при первой попытке. После того как обследуемый заканчивает перечислять слова (говорит, что не может вспомнить больше), список слов читают второй раз и дают следующие указания: «Я про-

читаю те же слова второй раз. Постарайтесь запомнить и назвать как можно больше слов, включая те, которые вы назвали в первый раз». Ставят знак в графе, соответствующей каждому слову, которое обследуемый называет при второй попытке. В конце второй попытки обследуемому говорят: «Я попрошу вас назвать эти же слова в конце обследования».

Результат.

За первую и вторую попытку не дают баллов.

6. Внимание.

6.1. Называние чисел в прямом порядке.

Дают следующие указания: «Я назову несколько чисел, а потом вы должны повторить их за мной». Называют пять чисел со скоростью одно число в секунду.

6.2. Называние чисел в обратном порядке.

Дают следующие указания: «Сейчас я назову еще несколько чисел, а потом вам нужно будет их назвать в обратном порядке». Называют три числа со скоростью одно число в секунду.

Результат.

Дают один балл за каждую правильно повторенную последовательность.

(N.B.: правильный ответ для чисел в обратном порядке – 2-4-7).

6.3. Реакция.

Читают последовательность букв со скоростью одна буква в секунду и дают следующие указания: «Я прочитаю ряд букв. Каждый раз, когда я буду называть букву А, нужно будет один раз хлопнуть рукой по столу. Когда я буду называть другие буквы, хлопать по столу не нужно».

Результат.

Дают 1 балл, если задание выполнено без ошибок или с одной ошибкой (ошибка – хлопок не на ту букву или отсутствие хлопка на букву А).

6.4. Последовательное вычитание из числа 100 по 7.

Дают следующие указания: «Сейчас отнимите от ста семь, а затем продолжайте вычитать из полученного числа по 7, пока я вас не остановлю». При необходимости повторите указания.

Результат.

Задание оценивают тремя баллами. При отсутствии правильного вычитания дают 0 баллов, за одно правильное вычитание – 1 балл, 2 балла дают при 2-3 правильных вычитаниях, 3 – при 4-5 правильных вычитаниях. Подсчитайте все правильные вычитания по 7, начиная с 100. Каждое вычитание оценивают независимо, то есть, если обследуемый делает ошибку, но продолжает правильно вычитать из результата 7, дают балл за каждое правильное действие. Например, обследуемый может отвечать: «92-85-78-71-64», но даже учитывая, что 92 – неправильный результат, все последующие действия выполнены правильно. Такой результат будет оценен в 3 балла.

7. Повторение предложений.

Дают следующие указания: «Я прочитаю предложение. Повторите его за мной слово в слово (пауза). Я не знаю ничего, кроме того, что Ваня сегодня дежурит». После ответа говорят: «А теперь я прочитаю другое предложение. Повторите его за мной слово в слово (пауза). Кошка всегда пряталась под диван, когда собака была в комнате».

Результат.

Дают 1 балл за каждое правильно повторенное предложение. Повторять нужно точно. Внимательно следите за ошибками, например, похожими словами (того – всего), и заменами или добавлениями («что она сегодня дежурит», «спряталась» вместо «пряталась», изменение числа и т.п.).

8. Скорость.

Дают следующие указания: «Назовите как можно больше слов, которые начинаются с определенной буквы, которую я вам сейчас назову. Можете называть любые слова, за исключением имен собственных (например, Марина, Москва), чисел или однокоренных слов (например, дом, домик, домовый). Через минуту я вас остановлю. Вы готовы? (Пауза) Теперь называйте как можно больше слов на букву К. (60 сек) Стоп».

Результат.

Один балл дают, если обследуемый называет 11 или более слов

за минуту. Запишите результат обследуемого.

9. Абстрактное мышление.

Просят объяснить, чем похожи предметы в каждой паре. Начинают с примера: «Скажите, чем похожи апельсин и банан». Если обследуемый дает определенный ответ, ему задают следующий вопрос: «А еще чем они похожи?». Если обследуемый не дает ответа «фрукты», говорят: «Да, а еще все это фрукты». Ничего больше не объясняют. После пробы говорят: «А сейчас скажите, чем похожи поезд и велосипед?». После ответа дайте следующее задание: «А чем похожи часы и линейка?».

Не давайте дополнительных указаний и подсказок.

Результат.

Оцениваются только 2 задания после пробного. Дают 1 балл за каждый правильный ответ. Принимаются следующие ответы: Поезд – велосипед = средства передвижения, транспорт, на них можно ездить; Линейка – часы = измерительные приборы, используются для измерения. Не принимаются ответы: поезд – велосипед = у них есть колеса; линейка – часы = на них есть цифры.

10. Отсроченное воспроизведение.

Дают следующие указания: «Я называл вам слова и просил вас их запомнить. Назовите из этих слов те, которые вы помните». Поставьте галочку в графах, соответствующих словам, которые были названы самостоятельно без подсказки.

Результат.

За каждое названное без подсказки слово дают 1 балл. Не обязательно: после самостоятельного вспоминания подсказывают смысловую категорию для всех слов, которые не были названы. Отмечают галочкой соответствующую графу, если обследуемый вспоминает слово при помощи категории или выбирает из нескольких предложенных. Такие подсказки дают для всех слов, которые не были названы.

Если обследуемый не вспоминает слово после категориальной подсказки, ему дают выбрать из нескольких слов, например, «Как вы думаете, какое это было слово: НОС, ЛИЦО или РУКА?»

Слово	Категория	Выбор
ЛИЦО	Часть тела	Нос, лицо, рука
ВЕЛЬВЕТ	Вид материи	Бархат, хлопок, вельвет
ЦЕРКОВЬ	Строение	Церковь, школа, больница
МАРГАРИТКА	Цветок	Роза, маргаритка, тюльпан
КРАСНЫЙ	Цвет	Красный, синий, зеленый

Оценка:

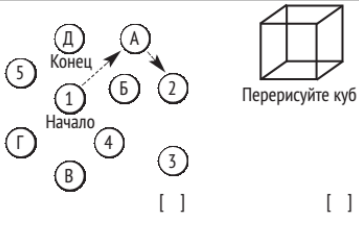
Слова, названные с подсказкой, не оцениваются баллами. Подсказки используют только для клинической оценки. Они позволяют получить дополнительную информацию о виде расстройства памяти. При нарушениях вспоминания можно улучшить результат подсказкой. При нарушениях запоминания (кодирования) результат не улучшается с подсказкой.

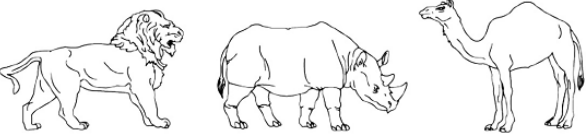
11. Ориентировка.

Дают следующие указания: «Назовите сегодняшнюю дату». Если обследуемый не дает полный ответ, ему помогают: «Скажите год/месяц/число/день недели». Затем просят: «Назовите название места, где мы находимся, и этого города».

Результат.

За каждый правильный ответ дают балл. Обследуемый должен назвать точные дату и место (название клиники, больницы, поликлиники). Не засчитывается ответ с ошибкой в дате или дне недели на один день.

<p>Оптико-пространственная деятельность / исполнительные функции</p>	<p>Нарисуйте часы, которые показывают десять минут двенадцатого (3 пункта)</p>	<p>Балл</p>
	<p>[] [] [] Контур Цифры Стрелки</p>	<p>5</p>

<p>Название</p>  <p>[] [] []</p>	3
<p>Память Лицо Вельвет Церковь Маргаритка Красный Пациент повторяет прочитанные 1 раз слова. Даются 2 попытки. Повторить вопрос через 5 минут. 2 раза</p>	нет бал- лов
<p>Внимание Прочитайте ряд цифр (1 цифра/с). Повторить в прямом порядке [] 2 1 8 5 4. Повторить в обратном порядке [] 7 4 2.</p>	2
<p>Прочитайте ряд букв. Пациент должен хлопнуть рукой по столу на каждой букве А. Более 2 ошибки – 0 б. [] Ф Б А В М Н А А Ж Л Л Б А Ф А К Д Е А А А Ж А М О Ф А А Б</p>	1
<p>Серия вычитаний из 100 по 7 [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65</p>	3
<p>Речь Повторить: Я не знаю ничего, кроме того, что Ваня сегодня дежурит. [] Кошка всегда пряталась под диван, когда собака была в комнате. []</p>	2
<p>Скорость За одну минуту назовите как можно больше слов на букву «К». [] (N≥11)</p>	
<p>Абстрактное мышление Сходство между предметами, например, банан и апельсин – фрукты. [] поезд и велосипед [] часы и линейка</p>	
<p>Отсроченное воспроизведение Без подсказки Лицо Вельвет Церковь Маргаритка Красный [] [] [] [] [] Необязательно Подсказка катего- для заполнения рии Выбор из предло- женного</p>	Бал- лы без под- сказ- ки 5
<p>Ориентировка [] Число [] Месяц [] Год [] День недели [] Место [] Город</p>	6

Опрос уязвимых пожилых людей-13 (Vulnerable Elders Survey-13, VES-13)

1. Возраст ____

Оценка:

1 БАЛЛ ДЛЯ ВОЗРАСТА 75-84

3 БАЛЛА ЗА ВОЗРАСТ ≥ 85 ЛЕТ

2. По сравнению с другими людьми вашего возраста, вы бы оценили, ваше здоровье как:

плохое* (*1 балл*)

такое же* (*1 балл*)

Оценка:

БАЛЛ ЗА ПЛОХОЕ ИЛИ ТАКОЕ ЖЕ

хорошее,

очень хорошее, или

отличное

3. Вы испытываете трудности при следующих физических нагрузках:

Варианты заданий	НЕТ трудностей	Не-много	Некоторые трудности	Много трудностей	Не в состоянии делать
а) наклонившись, присев или опустившись на колени?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/> *
б) при подъеме, или когда носите предметы > 4,5 кг?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/> *
в) поднимая или отводя руки выше уровня плеч?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/> *
г) когда пишете, держите или берете мелкие объекты?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/> *
е) проходя 500 м?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/> *
ф) выполняя тяжелую домашнюю работу как мытье	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/> *

полов или окон?					
-----------------	--	--	--	--	--

Оценка:

*1 балл за каждый ответ**

Максимум 2 очка.

4. Из-за вашего здоровья или физического состояния у вас есть какие-либо трудности:

<p>а. Покупка личных вещей (например, туалетных принадлежностей или лекарств)?</p> <p><input type="checkbox"/> ДА → Вам нужна помощь с покупками?</p> <p><input type="checkbox"/> НЕТ</p> <p><input type="checkbox"/> НЕ ДЕЛАЮ → из-за вашего здоровья?</p>	<p><input type="checkbox"/> ДА*</p> <p><input type="checkbox"/> ДА*</p>	<p><input type="checkbox"/> НЕТ</p> <p><input type="checkbox"/> НЕТ</p>
<p>б. Распоряжение денежными средствами (например, отслеживание расходов или оплата счетов)?</p> <p><input type="checkbox"/> ДА → Вам нужна помощь с распоряжением денежными средствами?</p> <p><input type="checkbox"/> НЕТ</p> <p><input type="checkbox"/> НЕ ДЕЛАЮ → из-за вашего здоровья?</p>	<p><input type="checkbox"/> ДА*</p> <p><input type="checkbox"/> ДА*</p>	<p><input type="checkbox"/> НЕТ</p> <p><input type="checkbox"/> НЕТ</p>
<p>с. Передвижение по комнате? ВОЗМОЖНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТРОСТИ ИЛИ ХОДУНКОВ.</p> <p><input type="checkbox"/> ДА → Вам нужна помощь с передвижением?</p> <p><input type="checkbox"/> НЕТ</p> <p><input type="checkbox"/> НЕ ДЕЛАЮ → из-за вашего здоровья?</p>	<p><input type="checkbox"/> ДА*</p> <p><input type="checkbox"/> ДА*</p>	<p><input type="checkbox"/> НЕТ</p> <p><input type="checkbox"/> НЕТ</p>
<p>д. Выполнение легкой домашней работы (например, мытье посуды, выпрямление или легкая уборка)?</p> <p><input type="checkbox"/> ДА → Вам нужна помощь с выполнением легкой домашней работы?</p> <p><input type="checkbox"/> НЕТ</p> <p><input type="checkbox"/> НЕ ДЕЛАЮ → из-за вашего здоровья?</p>	<p><input type="checkbox"/> ДА*</p> <p><input type="checkbox"/> ДА*</p>	<p><input type="checkbox"/> НЕТ</p> <p><input type="checkbox"/> НЕТ</p>
<p>е. Прием ванны или душа?</p> <p><input type="checkbox"/> ДА → Вам нужна помощь с приемом ванны или душа?</p> <p><input type="checkbox"/> НЕТ</p> <p><input type="checkbox"/> НЕ ДЕЛАЮ → из-за вашего здоровья?</p>	<p><input type="checkbox"/> ДА*</p> <p><input type="checkbox"/> ДА*</p>	<p><input type="checkbox"/> НЕТ</p> <p><input type="checkbox"/> НЕТ</p>

*Оценка:

4 балла за один или несколько ответов

Интерпретация результатов:

Больше 3 баллов – у пациента есть риск развития тяжелых осложнений. Пациенту необходимо выполнить полное гериатрическое обследование.

Контрольные вопросы

- 1 Геронтология и гериатрия. Определения.
- 2 Понятие о гериатрическом синдроме.
- 3 Понятие пожилого возраста согласно ВОЗ.
- 4 Понятие старческого возраста согласно ВОЗ.
- 5 Долгожители. Определение согласно ВОЗ.
- 6 Эпидемиология рака.
- 7 Демография населения.
- 8 Демография рака.
- 9 Проблемы лечения онкологических больных, связанные с обществом.
- 10 Особенности онкологических заболеваний у больных пожилого и старческого возраста.
- 11 Актуальность проблемы лечения больных ЗНО пожилого и старческого возраста.
- 12 Биология опухоли у больных пожилого и старческого возраста.
- 13 Основные пути старения.
- 14 Связь рака и старения.
- 15 Иммунологическое старение. Определение.
- 16 Перспективы для разработки персонализированной иммунотерапии у пожилых онкологических больных с диссеминированным опухолевым процессом.
- 17 Комплексная гериатрическая оценка. Определение.
- 18 Что позволяет оценить комплексная гериатрическая оценка.
- 19 Краткий гериатрический скрининг.
- 20 Инструменты скрининга.
- 21 Общие советы при планировании лечения онкологических пациентов пожилого и старческого возраста.
- 22 Общий подход к планированию лечения рака у пожилых пациентов согласно результату гериатрического скрининга.
- 23 Оценка риска падений согласно шкале Морсе.

- 24 Основные гериатрические синдромы.
- 25 Инструментальная функциональная активность.
- 26 Наиболее распространенные психологические расстройства у пожилых онкологических пациентов.
- 27 Распространенность гериатрических проблем у пожилых онкологических больных.
- 28 Депрессия. Общая характеристика.
- 29 Депрессия у онкологических больных.
- 30 Диагностика депрессии у онкологических больных пожилого возраста.
- 31 Лечение депрессии и тревожности у онкологических пациентов.
- 32 Какие факторы необходимо учитывать при лечении депрессии у онкологических больных.
- 33 Тревога у пожилых онкологических больных.
- 34 Лечение тревожности у больных ЗНО пожилого и старческого возраста.
- 35 Деменция. Определение. Причины.
- 36 Делирий. Определение. Диагностика.
- 37 Делирий. Факторы риска развития.
- 38 Делирий. Лечение. Побочные действия.
- 39 Синдром падений. Возможные причины.
- 40 Преастиения. Определение. Общая характеристика.
- 41 Синдром старческой астении. Определение. Прогностическая роль.
- 42 Особенности комплексной гериатрической оценки перед проведением хирургического лечения.
- 43 Саркопения. Определение. Общая характеристика.
- 44 Диагностика и лечение саркопии.
- 45 Остеопороз. Определение. Общая характеристика.
- 46 Остеопороз. Диагностика и лечение.
- 47 Полипрагмазия. Определение. Общая характеристика.
- 48 Лечение полипрагмазии.

49 Изменения когнитивной функции у больных пожилого и старческого возраста.

50 Социальные и этические аспекты при общении с больными онкологическими заболеваниями пожилого возраста.

51 Актуальные вопросы для онкологических больных пожилого возраста.

52 Дайте общую характеристику следующим понятиям: автономия, справедливость.

53 Дайте общую характеристику следующим понятиям: бенефициар, добросовестность.

54 Какие нарушения позволяет оценить скрининговый опросник «возраст не помеха». Интерпретация результатов.

55 Шкала базовой функциональной активности – индекс Бартел. Правила заполнения.

56 Что позволяет оценить шкала Лоутона.

57 Опишите метод проведения теста «Встань и иди».

58 Какие параметры психического статуса позволяет оценить краткая шкала оценки психического статуса.

59 Какие существуют методы оценки интенсивности боли.

60 Опишите метод выполнения теста рисования часов.

Тестовые задания

Инструкция: выберите один или несколько правильных ответов

1. Пожилой возраст по классификации возрастных групп Всемирной организации здравоохранения 2012 г.

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	60-80 лет	
б	85-99 лет	
в	75-89 лет	
г	60-74 лет	+
д	70-75 лет	

2. Старческий возраст по классификации возрастных групп Всемирной организации здравоохранения 2012 г.

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	60-74 лет	
б	75-89 лет	+
в	85-99 лет	
г	75-85 лет	
д	65-75 лет	

3. Долгожители по классификации возрастных групп Всемирной организации здравоохранения 2012 г.

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	лица в возрасте 60 лет и старше	
б	лица в возрасте 70 лет и старше	
в	лица в возрасте 80 лет и старше	
г	лица в возрасте 90 лет и старше	+

4. Наиболее распространенной причиной деменции является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	депрессия	
б	сосудистая деменция	
в	болезнь Альцгеймера	+

5. Гериатрический синдром, характеризующийся возраст-ассоциированной прогрессирующей генерализованной потерей массы и силы скелетных мышц

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	анорексия	
б	старческая астения	
в	саркопения	+
г	мальнутриция	

6. Острое (от нескольких часов до суток) снижение внимания и сознания

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	делирий	+
б	деменция	
в	депрессия	
г	тревожность	

7. Фармакологическое лечение делирия при возникновении опасного поведения пациента для себя самого или окружающих включает назначение

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	аминазина	
б	флуоксетина	
в	оланзапина	
г	галоперидола	+

8. Для постановки диагноза деменции соблюдаются все следующие условия

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	должно быть ухудшение памяти и, по крайней мере, одной когнитивной функции (например, речи, визуально-пространственной функции или логического мышления)	+
б	должно быть ухудшение по крайней мере одной когнитивной функции (например, речи, визуально-пространственной функции или логического мышления)	
в	должно быть ухудшение памяти	

9. Полипрагмазия означает

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	регулярное использование пяти или более лекарств	+
б	регулярное использование трех или более лекарств	
в	регулярное использование десяти или более лекарств	

10. Для диагностики саркопении рекомендованы следующие методы

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	оценка мышечной массы [двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (DXA) или биоэлектрический импедансный анализ (BIA)]	+
б	оценка мышечной силы (динамометрия захвата руки)	+
в	оценка физической работоспособности (тест скорости походки)	+

11. По классификации МКБ-10 синдром старческой астении классифицируется как

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	R20	
б	R50	
в	C54	
г	R54	+

12. Высокий риск падений по шкале Морсе определяется при наборе

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	0-24 баллов	
б	≥ 51 баллов	+
в	25-50 баллов	

13. Согласно краткому гериатрическому скринингу пациентам какой группы показано назначение только симптоматической терапии

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	2 группа	
б	4 группа	
в	3 группа	+

14. Низкий риск падений по шкале Морсе определяется при наборе

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	25-50 баллов	+
б	20-40 баллов	
в	≥ 51 баллов	
г	10-20 баллов	

15. Профилактику остеопороза следует осуществлять посредством назначения

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	остеомодифицирующих агентов	
б	препаратов кальция	
в	витамина D	
г	остеомодифицирующих агентов в комбинации с кальцием и витамином D	+

16. Согласно краткому гериатрическому скринингу пациентам какой группы возможно назначение стандартных режимов химиотерапии

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	1 группа	+
б	0 группа	
в	2 группа	

17. Согласно краткому гериатрическому скринингу пациентам какой группы возможно назначение полихимиотерапии с исходной редукцией доз препаратов на 25% и последующей их коррекцией в зависимости от переносимости

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	3 группа	
б	1 группа	
в	2 группа	+

18. Согласно гериатрической шкале депрессии (Geriatric Depression Scale, GDS-15) вероятная депрессия интерпретируется при результате

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	≥ 5 баллов	+
б	≥ 10 баллов	
в	≥ 15 баллов	
г	≥ 3 баллов	

19. Согласно определению L. Fried et al. (2001) по результатам гериатрической оценки пациенты с синдромом старческой астении

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	имеют 1-2 критерия	
б	имеют 3 и более критериев	+
в	критерии не выявлены	

20. Согласно определению L. Fried et al. (2001) по результатам гериатрической оценки пациенты с синдромом старческой преастении

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	имеют 3 и более критериев	
б	критерии не выявлены	
в	имеют 1-2 критерия	+

21. Согласно шкале оценки здоровья пациента (Patient Health Questionnaire, PHQ-9) у пациента крайне высокий риск наличия депрессии при результате

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	5-9 баллов	
б	10-14 баллов	
в	20-27 баллов	+
г	15-19 баллов	

22. Согласно краткой шкале оценки психического статуса MMSE у пациента нет нарушений когнитивных функций при результате

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	28-30 баллов	+
б	0-10 баллов	
в	11-19 баллов	
г	20-23 баллов	
д	24-27 баллов	

23. Согласно скрининговому опроснику «Возраст не помеха» у пациента высоко вероятно старческая астения при результате

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	> 5 баллов	+
б	3-4 балла	
в	0-2 балла	

24. Согласно краткой шкале оценки психического статуса MMSE у пациента деменция легкой степени выраженности при результате

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	28-30 баллов	
б	0-10 баллов	
в	11-19 баллов	
г	20-23 баллов	+
д	24-27 баллов	

25. Согласно краткой шкале оценки психического статуса MMSE у пациента деменция умеренной степени выраженности при результате

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	28-30 баллов	
б	0-10 баллов	
в	11-19 баллов	+
г	20-23 баллов	
д	24-27 баллов	

26. Согласно краткой шкале оценки психического статуса MMSE у пациента тяжелая деменция при результате

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	28-30 баллов	
б	0-10 баллов	+
в	11-19 баллов	
г	20-23 баллов	
д	24-27 баллов	

27. Согласно краткой шкале оценки питания MNA у пациента нормальный статус питания при результате

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	< 17 баллов	
б	17-23,5 баллов	
в	> 23,5 баллов	+

28. Согласно краткой шкале оценки питания MNA у пациента риск недостаточности питания при результате

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	< 17 баллов	
б	17-23,5 баллов	+
в	> 23,5 баллов	

29. Согласно краткой шкале оценки питания MNA у пациента мальнутриция при результате

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	< 17 баллов	+
б	17-23,5 баллов	
в	> 23,5 баллов	

30. Согласно скрининговому опроснику «Возраст не помеха» наличие у пациента старческой астении маловероятно при результате

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	> 5 баллов	
б	3-4 балла	
в	0-2 балла	+

Список литературы

1. Алексеева Ю. В., Семиглазова Т. Ю., Каспаров Б. С., Ткаченко Е. В., Прощаев К. И., Бриш Н. А., Филатова Л. В., Семиглазов В. В., Воронина Е. А., Касымов Р. Х., Беляев А. М. Роль комплексной оценки гериатрического статуса в лечении онкологических больных пожилого и старческого возраста // Успехи геронтологии. – 2020. – Т. 33, № 1 – С. 65-73.
2. Ильницкий А. Н., Прощаев К. И., Старческая астения (frailty) как концепция современной геронтологии // Электронный научный журнал «Геронтология». – 2013. – № 1; URL: <http://www.gerontology.su/magazines?text=91>
3. Онкогеронтология: руководство для врачей / под ред. В. Н. Анисимова, А. М. Беляева. – Санкт-Петербург: Вопросы онкологии, 2017. – 512 с.
4. Рак у пожилых / под ред. В. Н. Анисимова, В. М. Моисеенко, К. П. Хансона. – Санкт-Петербург: Н-Л, 2004. – 336 с.
5. Ткачева О. Н., Котовская Ю. В., Рунихина Н. К. и др. Клинические рекомендации «Старческая астения» // Российский журнал гериатрической медицины. – Москва, 2020. – С. 11-46.
6. Aapro M., Schrijvers D. ESMO Handbook of Cancer in the Senior Patient. ESMO Handbook Series. – 2016. – 168 p.
7. Alekseeva Yu. V., Semiglazova T. Yu., Tkachenko E. V., Kasparov B. S., Proshaev K. I., Brish N. A., Filatova L. V., Semiglazov V. V., Belyaev A. M. The role of continuity of systematic treatment and rehabilitation in patients with metastatic colorectal cancer in elderly and senile age // J. Clin. Oncol. – 2020. – Vol. 38. – (supple; abstr16041).
8. Aliamus V., Adam C., Druet-Cabanac M. et al. Geriatric assessment contribution to treatment decision-making in thoracic oncology // Rev. Mal. Respir. – 2011. – Vol. 28. – P. 1124-1130.
9. Anisimov V. N. Aging and cancer biology // Geriatric Oncology. – Springer Nature Switzerland AG, 2020. – P. 91-109.
10. Aparicio T., Girard L., Bouarioua N. et al. A mini geriatric assessment helps treatment decision in elderly patients with digestive cancer // A pilot study. Critical Reviews in Oncology Hematology. – 2011. – Vol. 77. – P. 64-70.
11. Arking R. The Biology of Aging: Observations and Principles. – 3rd ed. – New York: Oxford University Press, 2006. – 604 p.
12. Audisio R. A., Pope D., Ramesh H. S. et al. Shall we operate?

Preoperative assessment in elderly cancer patients (PACE) can help. A SIOG surgical task force prospective study // *Crit. Rev. Oncol. Hematol.* – 2008. – Vol. 65. – P. 156-163.

13. Balducci L., Aapro M. Complicated and complex: Helping the older cancer patient to exit the labyrinth // *J. Geriatr. Oncol.* – 2014. – Vol. 5. – P. 116-118.

14. Balducci L., Goetz-Parten D., Steinman M. A. Polypharmacy in the management of the older cancer patient // *Ann. Oncol.* – 2013. – Vol. 24, № 7. – P. 36-40.

15. Balducci L., Fossa S. D. Rehabilitation of the older cancer patient // *Acta Oncol.* – 2013. – Vol. 52. – P. 233-238.

16. Bouchardy C., Rapiti E., Blagojevic S. et al. Older female cancer patients: importance, causes, and consequences of undertreatment // *J. Clin. Oncol.* – 2007. – Vol. 25. – P. 1858-1869.

17. Caillet P., Canoui-Poitrine F., Vouriot J. et al. Comprehensive geriatric assessment in the decision-making process in elderly patients with cancer: ELCAPA study // *J. Clin. Oncol.* – 2011. – Vol. 29. – P. 3636-3642.

18. Chaibi P., Magne N., Breton S. et al. Influence of geriatric consultation with comprehensive geriatric assessment on final therapeutic decision in elderly cancer patients // *Crit. Rev. Oncol. Hematol.* – 2011. – Vol. 79. – P. 302-307.

19. Charlson M., Szatrowski T. P., Peterson J., Gold J. Validation of a combined comorbidity index // *J. Clin. Epidemiol.* – 1994. – Vol. 47. – P. 1245-1251.

20. Chochinov H. M. Dignity and the essence of medicine: the A, B, C and D of dignity conserving care // *BMJ.* – 2007. – Vol. 335. – P. 184-187.

21. Christensen K., Doblhammer G., Rau R., Vaupel J. W. Ageing populations: the challenges ahead // *Lancet.* – 2009. – Vol. 374. – P. 1196-1208.

22. Clegg A., Rogers L., Young J. Diagnostic test accuracy of simple instruments for identifying frailty in community-dwelling older people: a systematic review // *Age and ageing.* – 2015. – Vol. 44. – P. 148-152.

23. Daher M. Ethical issues in the geriatric patient with advanced cancer «living to the end» // *Ann. Oncol.* – 2013. Vol. 23, № 17. – P. 55-58.

24. De Vries N. M., Staal J. B., van Ravensberg C. D. et al. Outcome instruments to measure frailty: a systematic review // *Ageing Res. Rev.* – 2011. – Vol. 10. – P. 104-114.

25. Decoster L., Kenis C., Van Puyvelde K. et al. The influence of clinical assessment (including age) and geriatric assessment on treatment

decisions in older patients with cancer // *J. Geriatr. Oncol.* – 2013. – Vol. 4. – P. 235-241.

26. Decoster L., Van Puyvelde K., Mohile S. et al. Screening tools for multidimensional health problems warranting a geriatric assessment in older cancer patients: an update on SIOG recommendations // *Ann. Oncol.* – 2014. – Vol. 26. – P. 288-300.

27. Dominguez L. J. *Medicine and the Arts. L'incendio di Borgo. Commentary // Acad. Med.* – 2009. – Vol. 84. – P. 1260-1261.

28. Donovan K. A., Grassi L., McGinty H. L., Jacobsen P. B. Validation of the distress thermometer worldwide: state of the science // *Psychooncology.* – 2014. – Vol. 23. – P. 241-250.

29. Extermann M., Boler I., Reich R. R. et al. Predicting the risk of chemotherapy toxicity in older patients: the Chemotherapy Risk Assessment Scale for High-Age Patients (CRASH) score // *Cancer.* – 2012. – Vol. 118. – P. 3377-3386.

30. Extermann M., Hurria A. Comprehensive geriatric assessment for older patients with cancer // *J. Clin. Oncol.* – 2007. – Vol. 25. – P. 1824-1831.

31. Fallowfield L., Jenkins V. Current concepts of communication skills training in oncology // *Recent. Results. Cancer. Res.* – 2006. – Vol. 168. – P. 105-112.

32. Finkel T., Serrano M., Blasco M. A. The common biology of cancer and ageing // *Nature.* – 2007. – Vol. 448. – P. 767-774.

33. Fletcher B. S., Miaskowski C., Given B., Schumacher K. The cancer family caregiving experience: an updated and expanded conceptual model // *Eur. J. Oncol. Nurs.* – 2012. – Vol. 16. – P. 387-398.

34. Girre V., Falcou M. C., Gisselbrecht M. et al. Does a geriatric oncology consultation modify the cancer treatment plan for elderly patients? // *J. Gerontol.* – 2008. – Vol. 63. – P. 724-730.

35. Gomez Portilla A., Martinez de Lecea C., Cendoya J. et al. Prevalence and treatment of oncologic disease in the elderly – an impending challenge // *Rev. Esp. Enferm Dig.* – 2008. – Vol. 100, № 11. – P. 706-715.

36. Hamaker M. E., Jonker J. M., de Rooij S. E. et al. Frailty screening methods for predicting outcome of a comprehensive geriatric assessment in elderly patients with cancer: a systematic review // *Lancet Oncol.* – 2012. – Vol. 13. – P. 437-444.

37. Handforth C., Clegg A., Young C. et al. The prevalence and outcomes of frailty in older cancer patients: a systematic review // *Annals of Oncology: official journal of the European Society for Medical Oncology.*

– 2015. – Vol 26. – P. 1091-1101.

38. Hayat M. J., Howlander N., Reichman M. E. et al. Cancer statistics, trends, and multiple primary cancer analyses from the Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Program // *Oncologist*. – 2007. – Vol. 12. – P. 20-37.

39. Horgan A. M., Leighl N. B., Coate L. et al. Impact and feasibility of a comprehensive geriatric assessment in the oncology setting: a pilot study // *Am. J. Clin. Oncol.* – 2012. – Vol. 35. – P. 322-328.

40. Horiot J. C. Radiation therapy and the geriatric oncology patient // *J. Clin. Oncol.* – 2007. – Vol. 25. – P. 1930-1935.

41. <http://www.who.int/healthinfo/systems/sage/en/>

42. Hughes B., Kuhn R., Peterson C. et al. Projections of global health outcomes from 2005 to 2060 using the International Futures integrated forecasting model. [http://www.who.int/bulletin/volumes/89/7/10-083766/en/\(20.10.2014\)](http://www.who.int/bulletin/volumes/89/7/10-083766/en/(20.10.2014)).

43. Huisman M. G., van Leeuwen B. L., Ugolini G. et al. «Timed Up & Go»: a screening tool for predicting 30-day morbidity in oncogeriatric surgical patients? A multicenter cohort study // *PLoS One*. – 2014. – Vol. 9, № 1. – P. e86863.

44. Hurria A., Wildes T., Blair S. L. et al. Senior Adult Oncology version 2.2014: clinical practice guidelines in oncology // *J. Natl. Compr. Canc. Netw.* – 2014. – Vol. 12. – P. 82-126.

45. Inouye S. K., Westendorp R. G., Saczynski J. S. Delirium in elderly people // *Lancet*. – 2014. – Vol. 383. – P. 911-922.

46. Kearney N., Miller M. Elderly patients with cancer: an ethical dilemma // *Crit. Rev. Oncol. Hematol.* – 2000. – Vol. 33. – P. 149-154.

47. Kenis C., Bron D., Libert Y. et al. Relevance of a systematic geriatric screening and assessment in older patients with cancer: results of a prospective multicentric study // *Annals of Oncology*. – 2013. – Vol. 24. – P. 1306-1312.

48. Kenis C., Decoster L., Van Puyvelde K. et al. Performance of two geriatric screening tools in older patients with cancer // *J. Clin. Oncol.* – 2014. – Vol. 32. – P. 19-26.

49. Kristjansson S. R., Rønning B., Hurria A. et al. A comparison of two pre-operative frailty measures in older surgical cancer patients // *Journal of Geriatric Oncology*. – 2012. – Vol. 3. – P. 1-7.

50. Lee S. J., Lindquist K., Segal M. R., Covinsky K. E Development and validation of a prognostic index for 4-year mortality in older adults // *JAMA*. – 2006. – Vol. 295. – P. 801-808.

51. Lichtman S. M., Wildiers H., Launay-Vacher V. et al. International Society of Geriatric Oncology (SIOG) recommendations for the adjustment of dosing in elderly cancer patients with renal insufficiency // *Eur. J. Cancer.* – 2007. – Vol. 43. – P. 14-34.

52. Makary M. A., Segev D. L., Pronovost P. J. et al. Frailty as a predictor of surgical outcomes in older patients // *J. Am. Coll. Surg.* – 2010. – Vol. 210. – P. 901-908.

53. Matthews Z., Channon A. Will there be enough people to care? Notes on workforce implications of demographic change 2005-2050. – Geneva: World Health Organization, 2006.

54. McCorkle R., Strumpf N. E., Nuamah I. F. et al. A specialized home care intervention improves survival among older post-surgical cancer patients // *J. Am. Geriatr. Soc.* – 2000. – Vol. 48. – P. 1707-1713.

55. National Comprehensive Cancer Network. NCCN clinical practice guidelines in oncology: senior adult oncology v.1.2015. Available at: <http://www.nccn.org/>.

56. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology Hodgkin Lymphoma version 2. 2020 – April 2020: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/hodgkins.pdf.

57. Page K. The four principles: can they be measured and do they predict ethical decision making? // *BMC Medical Ethics.* – 2012. – Vol. 13. – P. 10-16.

58. Parmelle P. A., Thuras P. D., Katz I. R., Lawton M. P. Validation of the cumulative illness rating in the geriatric residential population // *J. Am. Ger. Soc.* – 1995, Vol. 43. – P. 130-137.

59. Roth A., Modi R. Psychiatric issues in older cancer patients // *Crit. Rev. Oncol. Hematol.* – 2003. – Vol. 48. – P. 185-197.

60. Singh-Carlson S., Wong F., Nguyen S. The role of the oncology nurse as the patient advocate // *Can. Oncol. Nurs. J.* – 2012. – Vol. 22. – P.148-149.

61. Theou O., Rockwood K. Should frailty status always be considered when treating the elderly patient? // *Aging Health.* – 2012. – Vol. 8. – P. 261-271.

62. Tinetti M. E., Kumar C. The patient who falls. It's always a «trade-off» // *JAMA.* – 2010. – Vol. 3. – P. 258-266.

63. Tomblin M., Birch S., MacKenzie A. et al. A synthesis of recent analyses of human resources for health requirements and labour market dynamics in high-income OECD countries // *Hum. Resour. Health* – 2016. – Vol. 59. – P. 1-16.

64. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). World Population Ageing 2013. ST/ESA/SER.A/348. <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf> (20.10.2014)

65. Walter L. C., Covinsky K. E. Cancer screening in elderly patients: a framework for individualized decision making // JAMA. – 2001. – Vol. 285. – P. 2750-2756.

66. Yancik R. Population aging and cancer: a cross-national concern // Cancer J. – 2005. – Vol. 6. – P. 437-441.

67. Yourman L. C., Lee S. J., Schomberg M. A. et al. Prognostic indices for older adults: a systematic review // JAMA. – 2012. – Vol. 307. – P. 182-192.

ISBN 978-5-6045023-3-4



Отпечатано в ООО «АРТЕК»,
СПб, Университетская наб., д. 19
E-mail: artek-1@mail.ru, т. 323-32-01
Подписано в печать 12.06.21
Формат 60х90/16. Печ. л. 7,25.
Тираж 50 экз.