ДНІПРОВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ, ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ ТА ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ

«ЗАТВЕРДЖЕНО»
на методичній нараді
кафедри сімейної медицини, пропедевтики
внутрішньої медицини та лабораторної діагностики
Завідувач кафедри
_____ професор Ірина ВИСОЧИНА
№ __ «____» _____ 2026 р.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

Навчальна дисципліна	«Загальна практика - сімейна медицина» Блок 6.3. «Внутрішня медицина»
Змістовий модуль	Змістовий модуль 2. «Особливості надання допомоги на засадах загальної практики-сімейної медицини»
Тема заняття	Тема 17. Демографічне старіння населення та роль сімейного лікаря у веденні пацієнтів старших вікових груп. Фізіологія старіння організму. Здорове старіння.
Курс	VI
Факультет	Медичний
Спеціальність	222 «Медицина»
Кількість годин	5
Автори	PhD В.В. Крамарчук

Методичні рекомендації складено відповідно до освітньо-професійної програми підготовки магістрів за спеціальністю 222 «Медицина».

Дніпро

І. Актуальність

Демографічне старіння є стійкою зміною вікової структури населення, що змінює характер потреб у первинній медичній допомозі. За даними ВООЗ, у 2030 році кожна шоста людина у світі матиме 60

років або більше, а до 2050 року чисельність цієї вікової групи сягне приблизно 2,1 млрд [1]. Зростає значення тривалого спостереження, профілактики функціонального погіршення, ведення множинних хронічних станів і підтримки автономії.

Похилий вік не є хворобою. Дві людини одного календарного віку можуть істотно різнитися за мобільністю, когнітивними можливостями, фізіологічним резервом і потребою в догляді. ВООЗ визначає здорове старіння через збереження функціональної спроможності, а не через відсутність діагнозів [2].

Для України проблематика пов’язана також із вимушеним переміщенням населення, соціальною ізоляцією, обмеженням доступу до послуг та наслідками війни. Поточні оцінки чисельності й вікової структури населення потребують обережної інтерпретації через обмеження повноти демографічних даних. Роль сімейного лікаря полягає у безперервному, персоналізованому та скоординованому веденні людини з орієнтацією на функції, її цілі та умови життя.

II. Навчальні цілі

Сформувати здатність пояснювати процеси демографічного та біологічного старіння, відрізняти вікові зміни від захворювань, оцінювати функціональний стан і геріатричні синдроми та складати персоналізований план допомоги на первинному рівні.

Студент повинен знати: показники демографічного старіння; концепцію здорового старіння ВООЗ; механізми і системні прояви старіння; ознаки старечої астенії; поняття функціональної спроможності; підходи до оцінки активності у повсякденному житті; геріатричні синдроми; ризики поліфармації; принципи профілактики падінь і функціонального погіршення; зміст нормативних документів щодо ПМД та соціальних послуг.

Студент повинен уміти: розрізняти нормальні вікові зміни і симптоми патології; оцінювати мобільність, падіння, когніцію, настрій, харчування та побутову самостійність; проводити перегляд препаратів; виявляти загрозливі стани; формулювати узгоджені з пацієнтом цілі; організовувати міжпрофесійну допомогу та повторний контакт.

III. Компетентності, які забезпечує тема

Загальні	Спеціальні (фахові)	Програмні результати навчання
ЗК 1. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу. ЗК 3. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях. ЗК 6. Здатність приймати обгрунтовані рішення. ЗК 8. Здатність до міжособистісної взаємодії. ЗК 11. Здатність до пошуку, опрацювання та аналізу інформації з різних джерел.	СК 1. Здатність збирати медичну інформацію про пацієнта і аналізувати клінічні дані. СК 4. Здатність до визначення необхідного режиму праці та відпочинку при лікуванні та профілактиці захворювань. СК 5. Здатність до визначення характеру харчування при лікуванні та профілактиці захворювань. СК 6. Здатність до визначення принципів та характеру лікування та профілактики захворювань. СК 17. Здатність до оцінювання впливу навколишнього середовища, соціально-економічних та біологічних детермінант на стан здоров'я індивідуума, сім'ї, популяції.	ПРН 4. Виділяти та ідентифікувати провідні клінічні симптоми та синдроми; за стандартними методиками встановлювати попередній клінічний діагноз захворювання. ПРН 5. Збирати скарги, анамнез життя та захворювання, оцінювати психомоторний та фізичний розвиток пацієнта, стан органів та систем організму, оцінювати результати досліджень, враховуючи вік пацієнта. ПРН 10. Визначати необхідний режим праці, відпочинку та харчування на підставі клінічного діагнозу, відповідно до існуючих алгоритмів та стандартних схем. ПРН 21. Відшуковувати необхідну інформацію у професійній літературі та базах даних, інших джерелах, аналізувати, оцінювати та застосовувати цю інформацію.

Конкретні коди компетентностей та ПРН необхідно співвіднести з актуальною освітньо-професійною програмою університету.

IV. Міждисциплінарна інтеграція

Дисципліна	Знати	Вміти
Внутрішня медицина	Мультиморбідність, серцево-судинні й метаболічні захворювання.	Ураховувати взаємодію захворювань та лікування.
Неврологія та психіатрія	Делірій, деменція, депресія, порушення ходи.	Виявляти гостру зміну психічного стану та показання до направлення.
Фармакологія	Вікові фармакокінетичні зміни, небажані реакції.	Проводити структурований перегляд лікування.
Реабілітація й соціальна медицина	Функціональні обмеження, середовищні бар'єри, догляд.	Добирати підтримку функцій та соціальний маршрут.

V. Зміст теми

1. Демографічне старіння: поняття, механізми та вимірювання

Демографічне старіння населення означає збільшення частки осіб старших вікових груп у загальній чисельності населення. Його основними чинниками є зниження народжуваності, збільшення тривалості життя та міграційні зрушення. Старіння «знизу» пов'язане зі зменшенням частки дітей, старіння «згори» зі збільшенням тривалості життя в старших віках.

Для опису вікової структури використовують частку осіб віком 60+ або 65+, медіанний вік населення, коефіцієнт демографічного навантаження літніми людьми (співвідношення чисельності старшої групи до чисельності умовно працездатної групи) та очікувану тривалість життя. Важливо завжди вказувати вікові межі та знаменник показника: 60+ і 65+ не є взаємозамінними. Демографічний коефіцієнт не показує індивідуальну працездатність чи залежність від допомоги.

Хронологічний вік є корисним для статистики, але погано передає клінічну неоднорідність. Різні країни й дослідження використовують різні вікові пороги; в нормативному праві України «громадяни похилого віку» визначені через пенсійний вік та період до його досягнення, а не універсальну межу 60 або 65 років [3].

Наслідки для ПМД: збільшення мультиморбідності, потреби в тривалому спостереженні, домашніх візитах за показаннями, реабілітації, підтримці доглядальників і координації з соціальними службами. Збільшення вікової групи не означає, що кожна людина потребуватиме залежного догляду.

2. Здорове старіння та функціональна спроможність

За визначенням ВООЗ, здорове старіння є процесом розвитку та підтримання функціональної спроможності, яка забезпечує добробут у старшому віці [2]. Функціональна спроможність залежить від внутрішньої спроможності людини, її середовища та їхньої взаємодії. Внутрішня спроможність охоплює сукупність фізичних і психічних можливостей. Її ключові домени для первинної оцінки: локомоція, когнітивні функції, життєва енергія й харчовий статус, зір, слух та психологічний стан [4].

Функціональна спроможність включає можливість задовольняти основні потреби, навчатися й ухвалювати рішення, пересуватися, будувати стосунки та робити внесок у життя суспільства. Пацієнт із кількома добре контрольованими хронічними хворобами може мати високу функціональну спроможність. Навпаки, людина без великої кількості формально встановлених діагнозів може мати значні побутові обмеження.

Середовище охоплює доступність житла, транспорту, безпечних маршрутів, ліків, засобів допомоги, суспільної підтримки та ставлення до літніх людей. Пандус, корекція слуху, належне освітлення або доступна соціальна послуга можуть покращити реальне функціонування навіть без зміни базового діагнозу.

Пріоритетом сімейного лікаря стає питання «Що пацієнт хоче і може робити у повсякденному житті?» поряд із питанням «Які захворювання слід лікувати?». Підхід передбачає спільне прийняття рішень, підтримку самостійності та попередження ейджизму.

3. Біологічні механізми старіння

Біологічне старіння є багатофакторним поступовим процесом, пов'язаним зі змінами клітинної регуляції, накопиченням молекулярних ушкоджень, порушенням підтримання білкового складу, мітохондріальної функції, клітинним старінням і зміною міжклітинної комунікації. Ці механізми зменшують адаптаційні резерви, але самі по собі не є діагнозами й не дозволяють передбачити стан конкретної людини лише за її роками життя.

Вікове зменшення фізіологічного резерву означає, що інфекція, зневоднення, операція або новий препарат можуть викликати непропорційно значне погіршення стану. Звідси випливає значення раннього розпізнавання змін функціонування, лікарських побічних реакцій та нетипових проявів гострих захворювань.

Хронологічний вік вимірюють роками життя; біологічний вік є дослідницьким узагальненням стану організму, а не стандартизованим інструментом ухвалення рішень у звичайній практиці сімейного лікаря. Немає підстав призначати комерційні тести «біологічного віку» для рутинного ведення всіх літніх пацієнтів.

4. Фізіологічні зміни органів і систем

Серцево-судинна система. З віком часто зростає жорсткість великих артерій, зменшується здатність швидко адаптувати частоту серцевих скорочень до навантаження, погіршується барорефлекторна відповідь. Це може сприяти ортостатичній непереносимості. Стійка задишка, синкопе, біль у грудях чи набряки не належать до «нормального старіння» і потребують клінічної оцінки.

Дихальна система. Зменшуються еластична віддача легень і рухливість грудної клітки, може знижуватися ефективність кашлю. Разом із тим гіпоксемія в спокої, тривалий кашель або нова задишка потребують пошуку причини, а не пояснення віком.

Нирки й водно-електролітний баланс. З віком у частини людей знижується клубочкова фільтрація, змінюється концентраційна здатність нирок, підвищується вразливість до дегідратації та порушень натрію. Рівень креатиніну може залишатися «нормальним» за зниженої м'язової маси; для корекції ліків необхідна оцінка функції нирок, а не лише одне значення креатиніну.

Опорно-рухова система. Частіше зменшуються м'язова маса, сила та потужність, кісткова щільність, гнучкість і швидкість реакцій. Клінічно важливе не лише зменшення маси м'язів, а й падіння сили та здатності підвестися зі стільця, пройти звичну відстань і втримати рівновагу. Виражена слабкість або швидке схуднення не є фізіологічною нормою.

Нервова система та органи чуття. Можуть сповільнюватися швидкість опрацювання інформації та реакція; поступово погіршуються гострота зору, слух, відчуття рівноваги. Натомість гостра сплутаність свідомості, істотна втрата пам'яті з порушенням незалежності, галюцинації чи новий осередковий неврологічний дефіцит потребують діагностики.

Ендокринно-метаболічні зміни. Змінюються склад тіла, чутливість до інсуліну, терморегуляція і відчуття спраги. Наявність цих змін не робить гіперглікемію, значне схуднення чи гіпотиреоз «нормою віку».

Шкіра та імунна система. Відбуваються стоншення шкіри, зменшення її еластичності, зміни загоєння і вікове ремоделювання імунної відповіді. Це підсилює значення догляду за шкірою, вакцинації за

чинними рекомендаціями та контролю інфекцій. Пролежні й повторні інфекції не слід вважати неминучими.

5. Відмежування фізіологічного старіння від патології

Основний принцип клінічного мислення: вік змінює передтестову ймовірність хвороб, резерв організму та переносимість лікування, проте не замінює діагностичного пояснення нового симптому. Необхідно порівнювати стан із власним попереднім рівнем функціонування пацієнта.

Раптове погіршення пам’яті й уваги протягом годин або днів більше відповідає підозрі на делірій, ніж на звичайне старіння. Поступове зниження когніції, яке обмежує незалежність, потребує оцінки на нейрокогнітивний розлад. Нові падіння, нетримання, втрата ваги, слабкість і соціальна відстороненість можуть бути наслідками хвороб, медикаментів, болю, депресії чи бар’єрів середовища.

Не можна пояснювати «віком» кровотечу, анемію, різке зменшення мобільності, прогресивну дисфагію, симптоматичну ортостатичну гіпотензію або стійкий біль. Диференційна діагностика та маршрут визначаються проявами й тяжкістю, а не календарним віком.

6. Стареча астенія, саркопенія та мультиморбідність

Стареча астенія (синдром крихкості) є станом підвищеної вразливості внаслідок зниження резервів кількох фізіологічних систем, при якому порівняно невеликий стресор здатний спричинити втрату функцій. Це не синонім інвалідності, коморбідності або похилого віку. Типові сигнали: уповільнена хода, виснаження, зниження активності, втрата сили та ненавмисне схуднення. Існують різні валідовані інструменти оцінки, тому результати різних шкал не слід трактувати як абсолютно взаємозамінні.

Саркопенія характеризується передусім зменшенням м’язової сили, із підтвердженням зниженої кількості або якості м’язів за прийнятим діагностичним алгоритмом; низька фізична працездатність указує на тяжчий стан. Практичний початок оцінки на ПМД: питання про падіння, труднощі піднімання зі стільця, слабкість, зниження ходьби, оцінка сили кисті (за наявності динамометра) або тесту п’яти вставань зі стільця. Лікувальні підходи включають індивідуально адаптовані силові вправи, корекцію недостатнього харчування та лікування причин.

Мультиморбідність є співіснуванням двох або більше тривалих станів. Поєднання настанов для кожної хвороби без оцінки загального тягаря лікування може призвести до надмірних обстежень і поліфармації. Доцільно розставляти пріоритети за прогнозом, симптомами, функцією, побажаннями пацієнта та очікуваним часом до користі втручання.

7. Комплексна оцінка пацієнта старшого віку на первинному рівні

Комплексна геріатрична оцінка є багатовимірним міжпрофесійним процесом, який охоплює медичні, функціональні, психічні та соціальні проблеми і формування узгодженого плану. Повне спеціалізоване обстеження не завжди може бути виконане під час однієї консультації ПМД; сімейний лікар забезпечує первинне виявлення проблем, поглиблену оцінку за показаннями та координацію.

Медичний блок: активні захворювання, біль, симптоми, недавні госпіталізації, усі призначені й безрецептурні препарати, прихильність, побічні реакції, функція нирок. Функціональний блок: базові дії повсякденного життя (їжа, одягання, гігієна, пересування, користування туалетом) та інструментальні дії (покупки, приготування їжі, фінанси, транспорт, ліки). Ментальний блок: зміни пам’яті й уваги, настрій, сон. Соціальний блок: хто живе з пацієнтом, доступ до їжі й ліків, житлові бар’єри, потреби доглядальника, безпека.

Оцінку можна проводити за логікою ICOPE ВООЗ: 1) базова перевірка доменів внутрішньої спроможності та супутніх потреб; 2) поглиблена оцінка за виявленими проблемами; 3) індивідуальний

план; 4) впровадження і моніторинг [4]. Це рамка організації допомоги, а не окремий нормативно обов’язковий український протокол.

Практичні вимірювання залежать від проблеми: швидкість ходи, вставання зі стільця, ортостатичний артеріальний тиск, зміни ваги, тести когніції за показаннями, короткі питання про настрій та оцінка активності у побуті. Результати потрібно співвідносити зі слухом, зором, освітою, мовою, болем та гострим захворюванням.

8. Геріатричні синдроми та їх клінічне значення

Падіння є подією, а не самостійною причиною. Після падіння потрібно з’ясувати обставини, можливу втрату свідомості, травму голови, прийом антикоагулянтів, біль, зміну ходи, препарати, порушення зору й ортостатичні симптоми. Пацієнт із повторними падіннями або порушенням ходи потребує багатофакторної оцінки. Доведено доцільність багатокомпонентних індивідуальних втручань, зокрема вправ на силу та рівновагу, перегляду ліків і корекції середовища [6].

Делірій є гострим, зазвичай флуктуючим порушенням уваги та усвідомлення, яке потребує невідкладного пошуку причини. Гіпоактивний делірій може проявлятися млявістю, тишею і зниженням контакту та залишатися непоміченим. Хронічний когнітивний дефіцит не виключає делірію, вони можуть співіснувати.

Деменція характеризується стійким набутим зниженням когнітивних функцій, яке порушує самостійність. Потрібно оцінити потенційно зворотні чинники погіршення, слух/зір, депресію, медикаменти та виявити потреби в підтримці. Підозра на депресію не повинна автоматично пояснюватися «реакцією на старість».

Нетримання сечі може бути пов’язане із захворюваннями, ліками, функціональними перешкодами або ураженням тазового дна. Воно не є неминучою ознакою віку. Пролежні вказують на ризик тривалої нерухомості та потребу у профілактиці тиску, оцінці харчування і догляду. Погіршення зору, слуху, ротового здоров’я, сну та харчування має прямий вплив на незалежність і якість життя.

9. Поліфармація та безпечне призначення ліків

Поліфармація часто визначається як одночасне застосування п’яти й більше лікарських засобів, але сама кількість не доводить нераціональність лікування. Клінічно значущою є невідповідна поліфармація: препарати без актуального показання, дублювання, небажані взаємодії, дозування, що не відповідає функції органів, або лікування, ризики якого перевищують очікувану користь.

На кожному суттєвому переході допомоги доцільно звіряти фактичний перелік препаратів, включаючи безрецептурні засоби, рослинні продукти і самостійно змінені дози. Слід з’ясувати показання, ціль, користь, побічні реакції, ортостатичні симптоми, ризик падінь, взаємодії, тривалість і можливість спрощення режиму.

Критерії STOPP/START та Beers можуть допомогти виявити потенційно нераціональні призначення або пропущене лікування, але не замінюють клінічного рішення, локальної доступності засобів та індивідуальних протипоказань. Відміну бензодіазепінів, деяких антидепресантів та інших ліків, які викликають синдром відміни, проводять поступово за відповідним планом. Депрескрайбінг означає контрольоване зменшення дози або припинення препарату, коли це відповідає цілям і безпеці пацієнта.

10. Здорове старіння: доведені напрями підтримки

Регулярна фізична активність є одним із найбільш дієвих способів підтримки мобільності, сили, серцево-судинного здоров’я і профілактики падінь. ВООЗ рекомендує для осіб від 65 років 150–300 хвилин помірної аеробної активності або 75–150 хвилин інтенсивної на тиждень; вправи для основних груп м’язів принаймні двічі на тиждень; багатокомпонентні вправи на рівновагу і силу щонайменше

тричі на тиждень [5]. За низької стартової активності слід починати з посильного рівня й поступово нарощувати обсяг.

Харчування має відповідати енергетичним потребам, містити достатньо білка й поживних речовин, ураховувати стан зубів, ковтання, фінансову доступність їжі та супутні захворювання. Ненавмисне схуднення потребує пошуку причин. Універсальне призначення харчових добавок без дефіциту або показань не є заміною оцінки харчування.

Профілактика й контроль судинних факторів ризику, відмова від куріння, раціональне вживання ліків, вакцинація за чинним календарем і показаннями, корекція слуху та зору, збереження соціальних зв'язків і доступності середовища допомагають підтримувати функції. Скринінгові втручання слід індивідуалізувати: враховувати загальний стан, імовірну користь, шкоду та очікувану тривалість життя, а не просто продовжувати або припиняти їх за одним віковим порогом.

Немає доведеної потреби рутинно призначати «геропротектори», гормональні схеми чи високодозові добавки для омолодження. Лікар повинен відмежовувати експериментальні підходи від втручань із встановленою клінічною користю.

11. Особистісно орієнтоване ведення та план спостереження

Мета плану лікування формулюється разом із пацієнтом: зменшення болю, збереження ходьби до магазину, самостійне приготування їжі, безпечне проживання вдома чи зменшення кількості таблеток. Важливо враховувати переваги, прийнятний тягар лікування, життєві обставини і можливості доглядальника.

План містить: пріоритетні проблеми; клінічні й функціональні цілі; призначені втручання; спосіб контролю ефекту та безпеки; навчання пацієнта; чіткі показання для позапланового звернення; дату або умови повторної оцінки. Коли самостійне виконання складне, потрібне узгодження підтримки, але не автоматичне позбавлення пацієнта права вирішувати.

Комунікацію полегшують повільніший темп, короткі пояснення, перевірка слуху і зору, великі читабельні записи та метод «поясніть своїми словами», щоб перевірити розуміння. Вікові стереотипи, звернення виключно до родичів і використання зменшувальних звертань замість поваги є неприйнятними.

12. Нормативні засади роботи сімейного лікаря в Україні

Наказ МОЗ України № 504 встановлює Порядок надання первинної медичної допомоги, зокрема медичне консультування, діагностику й ведення найпоширеніших станів у межах компетенції, профілактичні заходи, направлення за показаннями та організацію взаємодії з іншими рівнями допомоги [7]. Він не встановлює автоматичного однакового для всіх людей старшого віку обсягу «геріатричного скринінгу» і не замінює клінічних рекомендацій.

Закон України № 3721-XII визначає засади соціального захисту ветеранів праці та громадян похилого віку, включно із забороною дискримінації [3]. Закон України «Про соціальні послуги» № 2671-VIII регулює засади надання соціальних послуг [8]. Сімейний лікар виявляє потребу в підтримці, документує функціональні обмеження в межах компетенції, інформує про маршрути та взаємодіє з уповноваженими службами з дотриманням вимог конфіденційності і згоди.

Направлення до спеціаліста, реабілітаційної команди, служби соціального захисту чи екстреної допомоги визначається клінічною ситуацією та чинними маршрутами. Необхідно відрізняти медичне рішення від рішення про призначення соціальної послуги, яке ухвалюється відповідним уповноваженим суб'єктом.

13. Червоні прапорці та невідкладна маршрутизація

Нова гостра сплутаність свідомості, раптовий осередковий неврологічний дефіцит, гострий біль у грудях, тяжка задишка, гемодинамічна нестабільність, виражена дегідратація, гостра нездатність ходити, падіння з імовірною тяжкою травмою або значна кровотеча потребують невідкладного клінічного рішення відповідно до тяжкості. Відсутність типової гарячки чи вираженого болю не виключає тяжкого захворювання у вразливої людини.

Підгострі сигнали, які потребують планової, але своєчасної поглибленої оцінки: повторні падіння, ненавмисне схуднення, погіршення самостійності, нове нетримання, зниження настрою, когнітивні зміни, труднощі з ліками або ознаки недогляду. Сам вік не є підставою відмовити в діагностиці чи реабілітації.

14. Інтегрований алгоритм дій лікаря ПМД

1. З’ясувати головний запит, пріоритети та попередній рівень повсякденного функціонування пацієнта.

2. Виключити невідкладні стани й гострі зміни відносно базового стану.

3. Оцінити хронічні захворювання, фактичний перелік препаратів і побічні реакції.

4. Перевірити основні функціональні домени: рух, когніцію, настрій, харчування, зір, слух, побутову самостійність; запитати про падіння.

5. Оцінити соціальні бар’єри, житло, підтримку та навантаження доглядальника.

6. Уточнити проблеми цільовими інструментами та консультаціями за показаннями.

7. Узгодити персоналізовані цілі, лікування, рухову активність, безпеку та необхідну підтримку.

8. Задокументувати план, визначити повторну оцінку і забезпечити наступний контакт.

Переоцінка має спиратися на зміну функцій та досягнення узгоджених цілей, а не лише на біохімічні показники.

VI. Алгоритм самостійної підготовки до заняття

1. Опрацювати поняття демографічного старіння і способи вимірювання вікової структури.

2. Порівняти хронологічний вік, внутрішню спроможність та функціональну спроможність ВООЗ.

3. Повторити основні системні фізіологічні зміни старіння та симптоми, які не можна пояснювати віком.

4. Пояснити відмінності старечої астенії, саркопенії, мультиморбідності та залежності від сторонньої допомоги.

5. Опрацювати чотири кроки ICOPE та шість доменів внутрішньої спроможності.

6. Повторити підходи до оцінки падінь, делірію, когнітивних порушень, харчування і мобільності.

7. Скласти перелік питань для перегляду медикаментів пацієнта з поліфармацією.

8. Опрацювати рекомендації ВООЗ щодо фізичної активності старших дорослих.

9. Ознайомитися з наказом МОЗ № 504, законами № 3721-XII та № 2671-VIII.

10. Підготувати персоналізований короткий план спостереження за клінічним випадком.

VII. Основні теоретичні питання теми

1. Що таке демографічне старіння та його основні чинники?

2. Чим різняться показники 60+ і 65+?

3. Що вимірює коефіцієнт демографічного навантаження?

4. Чому демографічне старіння не дорівнює збільшенню залежності кожної літньої людини?

5. Як ВООЗ визначає здорове старіння?

6. У чому різниця між внутрішньою та функціональною спроможністю?

7. Які складові середовища визначають незалежність людини?

8. Як зменшення фізіологічного резерву впливає на перебіг гострого захворювання?

9. Які серцево-судинні зміни частішають із віком?

10. Чому нормальний креатинін не завжди означає збережену функцію нирок?

11. Як змінюється опорно-рухова система?

12. Які когнітивні зміни не є нормальною ознакою старіння?

13. Що означає синдром старечої астенії?

14. Як відрізняються саркопенія і стареча астенія?

15. Що таке мультиморбідність?

16. Які блоки містить комплексна геріатрична оцінка?

17. Які чотири кроки включає ICOPE?

18. Чим відрізняються базові та інструментальні дії повсякденного життя?

19. Які чинники оцінюють після падіння?

20. Як розпізнати підозру на делірій?

21. Чому депресія не є «нормою похилого віку»?

22. Які ознаки нутритивного ризику потребують уваги?

23. Що таке невідповідна поліфармація?

24. Як проводять структурований перегляд медикаментів?

25. Що таке депрескрайбінг і які його межі?

26. Які рекомендації ВООЗ щодо рухової активності осіб віком 65+?

27. Як персоналізують профілактичні та скринінгові втручання?

28. Які нормативні акти регламентують ПМД і соціальний захист старших людей?

29. Які ознаки потребують невідкладної маршрутизації?

30. Як оцінювати ефективність плану за функціональними цілями?

VIII. Перелік практичних навичок до заняття

1. Зібрати клінічно значущий анамнез із фокусом на змінах повсякденного функціонування.

2. Назвати не менше п’яти ознак, які не можна списувати на вік.

3. Провести коротке опитування щодо падінь, ходи і побутової самостійності.

4. Виміряти артеріальний тиск із перевіркою ортостатичних змін за показаннями.

5. Оцінити вставання зі стільця та безпеку ходи за наявності умов.

6. Виявити скарги на зниження слуху, зору, настрою та когніції.

7. Виявити ризик недостатнього харчування за динамікою маси тіла і скаргами.

8. Звірити список призначених і фактично вживаних препаратів.

9. Визначити ризики побічних реакцій, взаємодій і невідповідної поліфармації.

10. Скласти план індивідуальної фізичної активності з поступовим нарощуванням.

11. Узгодити з пацієнтом дві конкретні функціональні цілі та критерії їх оцінки.

12. Визначити необхідність додаткової оцінки, направлення, соціальної підтримки та повторного контакту.

IX. Рекомендована література та доказові / нормативні джерела

1. World Health Organization. Ageing and health. Fact sheet. 01.10.2025. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health

2. World Health Organization. Ageing. Healthy ageing and functional ability. https://www.who.int/health-topics/ageing/

3. Закон України від 16.12.1993 № 3721-XII «Про основні засади соціального захисту ветеранів праці та інших громадян похилого віку в Україні» (чинна редакція). https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3721-12

4. WHO. Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. 2nd edition. 2025. https://www.who.int/publications/i/item/9789240103726

5. WHO. Guidelines on physical activity and sedentary behaviour. 2020. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK566046/

6. Montero-Odasso M, et al. World guidelines for falls prevention and management for older adults. Age and Ageing. 2022;51:afac205. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9523684/

7. Наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» (чинна редакція). https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18

8. Закон України від 17.01.2019 № 2671-VIII «Про соціальні послуги» (чинна редакція). https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19

9. O'Mahony D, et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3. European Geriatric Medicine. 2023. https://doi.org/10.1007/s41999-023-00777-y

10. American Geriatrics Society. 2023 updated AGS Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. Journal of the American Geriatrics Society. 2023. https://doi.org/10.1111/jgs.18372

11. Cruz-Jentoft AJ, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. Age and Ageing. 2019;48:16–31. https://doi.org/10.1093/ageing/afy169

12. Fried LP, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. Journal of Gerontology A. 2001;56:M146–M156. https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.M146