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 6.4. «Хірургія»
Змістовий модуль	Змістовий модуль 2. «Особливості надання допомоги на засадах загальної практики-сімейної медицини»
Тема заняття	Тема 18. Найбільш поширені стани у похилому та старечому віці. Мультиморбідність у практиці сімейного лікаря. Пріоритизація проблем. Поліфармація. Депрескрайбінг. Підтримка самоконтролю та самоменеджменту пацієнтів із хронічними захворюваннями.
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
2026

І. Актуальність

Зростання частки людей старших вікових груп супроводжується збільшенням числа пацієнтів, які одночасно мають декілька хронічних станів, функціональні обмеження та складні схеми лікування. Для

первинної медичної допомоги основними завданнями стають не механічне виконання декількох монозахворювальних протоколів, а оцінка загального стану, безпеки, тягаря лікування, пріоритетів пацієнта і координація допомоги [1, 3, 4].

Особливе клінічне значення мають падіння, порушення ходи, когнітивні розлади, депресія, нетримання сечі, хронічний біль, недостатність харчування та стареча астенія. Ці синдроми можуть визначати автономність і якість життя більшою мірою, ніж окремий лабораторний показник. Застосування критеріїв STOPP/START версії 3 та критеріїв Бірса 2023 року допомагає виявляти ризики лікарської терапії, але не замінює індивідуальної клінічної оцінки [5, 6].

II. Навчальні цілі

Сформувати здатність комплексно оцінювати літнього пацієнта з кількома хронічними захворюваннями, визначати клінічні та особисті пріоритети, оптимізувати лікування, виявляти потенційно невідповідні призначення, розробляти безпечний план депрескрайбінгу та підтримувати самоменеджмент.

Студент повинен знати:

- відмінності між мультиморбідністю, коморбідністю, поліфармацією, старечою астенією і функціональною залежністю;
- основні геріатричні синдроми, їх діагностичні підходи і ризики;
- принципи комплексного геріатричного оцінювання на рівні ПМД;
- критерії визначення пріоритетів і персоналізованих цілей лікування;
- підходи до звіряння лікарських призначень, виявлення взаємодій і потенційно невідповідних ліків;
- принципи та етапи контрольованого зниження доз і припинення препаратів;
- методи підтримки самоконтролю, прихильності та самоменеджменту хронічних захворювань.

Студент повинен уміти:

- визначати невідкладні стани і стани, що потребують планового комплексного оцінювання;
- оцінити базові й інструментальні повсякденні функції, ризик падінь, когнітивні й афективні симптоми;
- скласти повний список усіх ліків, включно з безрецептурними засобами і добавками;
- пов’язати кожний препарат із показанням, метою, очікуваною користю і потенційною шкодою;
- визначити індивідуальні пріоритети спільно з пацієнтом;
- запропонувати безпечний план перегляду терапії і моніторингу після змін;
- створити короткий письмовий план самоменеджменту і перевірити його розуміння.

III. Компетентності, які забезпечує тема

Формулювання компетентностей узгоджене за змістом зі структурою наданого зразка; остаточний перелік кодів підлягає звірці з чинною освітньо-професійною програмою.

Загальні	Спеціальні (фахові)	Програмні результати
ЗК 1. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу. ЗК 2. Здатність вчитися і оволодівати сучасними знаннями. ЗК 3. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях. ЗК 4. Знання та розуміння предметної галузі та розуміння професійної діяльності. ЗК 5. Здатність до адаптації та дії в новій ситуації.	СК 1. Здатність збирати медичну інформацію про пацієнта і аналізувати клінічні дані. СК 2. Здатність до визначення необхідного переліку лабораторних та інструментальних досліджень та оцінки їх результатів. СК 3. Здатність до встановлення попереднього та клінічного діагнозу захворювання. СК 4. Здатність до визначення необхідного режиму праці та	ПРН 1. Мати ґрунтовні знання із структури професійної діяльності. Вміти здійснювати професійну діяльність, що потребує оновлення та інтеграції знань. Нести відповідальність за професійний розвиток, здатність до подальшого професійного навчання з високим рівнем автономності. ПРН 3. Спеціалізовані концептуальні знання, що включають наукові здобутки у сфері охорони здоров'я і є основою для проведення досліджень,

ЗК 6. Здатність приймати обґрунтовані рішення. ЗК 8. Здатність до міжособистісної взаємодії. ЗК 11. Здатність до пошуку, опрацювання та аналізу інформації з різних джерел.	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 11. Здатність розв'язувати медичні проблеми у нових або незнайомих середовищах за наявності неповної або обмеженої інформації з урахуванням аспектів соціальної та етичної відповідальності. СК 16. Здатність до ведення медичної документації, в тому числі електронних форм. СК 17. Здатність до оцінювання впливу навколишнього середовища, соціально-економічних та біологічних детермінант на стан здоров'я індивідуума, сім'ї, популяції.	критичне осмислення проблем у сфері медицини та дотичних до неї міждисциплінарних проблем. ПРН 4. Виділяти та ідентифікувати провідні клінічні симптоми та синдроми (за списком 1 ОПП); за стандартними методиками, використовуючи попередні дані анамнезу хворого, дані огляду хворого, знання про людину, її органи та системи, встановлювати попередній клінічний діагноз захворювання (за списком 2 ОПП). ПРН 5. Збирати скарги, анамнез життя та захворювання, оцінювати психомоторний та фізичний розвиток пацієнта, стан органів та систем організму, на підставі результатів лабораторних та інструментальних досліджень оцінювати інформацію щодо діагнозу (за списком 4 ОПП), враховуючи вік пацієнта. ПРН 6. Встановлювати остаточний клінічний діагноз шляхом прийняття обґрунтованого рішення та аналізу отриманих суб’єктивних і об'єктивних даних клінічного, додаткового обстеження, проведення диференційної діагностики, дотримуючись відповідних етичних і юридичних норм, під контролем лікаря керівника в умовах закладу охорони здоров'я (за списком 2 ОПП). ПРН 7. Призначати та аналізувати додаткові (обов'язкові та за вибором) методи обстеження (лабораторні, функціональні та/або інструментальні) (за списком 4 ОПП), пацієнтів із захворюваннями органів і систем організму для проведення диференційної діагностики захворювань (за списком 2 ОПП). ПРН 10. Визначати необхідний режим праці, відпочинку та харчування на підставі заключного клінічного діагнозу, дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм, шляхом прийняття обґрунтованого рішення за існуючими алгоритмами та стандартними схемами. ПРН 21. Відшуковувати необхідну інформацію у професійній літературі та базах даних інших джерелах, аналізувати, оцінювати та застосовувати цю інформацію.

IV. Міждисциплінарна інтеграція

Дисципліна	Знати	Вміти
Внутрішня медицина	Перебіг АГ, ЦД, СН, ХНН, ХОЗЛ, остеопорозу.	Узгоджувати лікування кількох станів.

Геріатрія / неврологія	Стареча астенія, делірій, когнітивне зниження, падіння.	Розпізнавати синдроми та функціональні ризики.
Клінічна фармакологія	Взаємодії, зміни фармакокінетики, лікарські реакції.	Переглядати показання та безпеку ліків.
Психіатрія	Депресія, тривога, когнітивні та поведінкові прояви.	Проводити первинне оцінювання і маршрутизацію.
Комунікація та реабілітація	Спільні рішення, здоров'язбереження, навчання пацієнта.	Узгоджувати цілі, підтримувати повсякденну активність.

V. Зміст теми

1. Поширені клінічні проблеми у похилому та старечому віці

Умовний віковий поділ (похилий, старечий вік) допомагає в демографічному аналізі, але сам вік не визначає функціонального стану і не є підставою для відмови від доказового лікування. Пацієнти одного віку можуть суттєво відрізнятися за резервами організму, самостійністю, когніцією, соціальною підтримкою і прогнозом.

Серед поширених хронічних захворювань у літніх пацієнтів: артеріальна гіпертензія, атеросклеротичні серцево-судинні захворювання, серцева недостатність, цукровий діабет 2 типу, хронічна хвороба нирок, хронічні респіраторні захворювання, остеоартрит, остеопороз, захворювання органів зору та слуху. Нерідко супутніми є хронічний біль, порушення сну, депресивні симптоми, закрепи та нутритивні проблеми.

Геріатричні синдроми характеризуються багатофакторністю: падіння можуть бути пов'язані з ортостатичною гіпотензією, полінейропатією, порушенням зору, слабкістю м'язів і седативними препаратами. Тому лікування одного синдрому вимагає пошуку декількох оборотних причин.

Новопостала сплутаність свідомості, раптовий неврологічний дефіцит, тяжка задишка, гострий біль у грудях, непритомність із травмою, клінічно значуща кровотеча, виражена дегідратація або симптомна гіпоглікемія потребують невідкладної оцінки. Делірій характеризується гострим початком і коливанням уваги/свідомості, на відміну від переважно поступового перебігу більшості деменцій.

2. Мультиморбідність: визначення та клінічне значення

Мультиморбідність - наявність двох або більше тривалих станів здоров'я в однієї людини. До них можуть належати фізичні й психічні захворювання, хронічні больові або функціональні синдроми, сенсорні порушення. Коморбідність традиційно описує супутні стани відносно обраного основного захворювання; мультиморбідність не потребує визначення одного головного діагнозу [3].

Поєднання хвороб створює перехресні ризики. Наприклад, надто інтенсивне зниження артеріального тиску може збільшити ортостатичні симптоми; зневоднення і діуретики можуть сприяти гострому ураженню нирок; нестероїдні протизапальні засоби можуть погіршувати перебіг серцевої недостатності або ХНН.

Клінічні настанови, орієнтовані на одну нозологію, нерідко спираються на дослідження, у яких пацієнти з тяжкою мультиморбідністю представлені недостатньо. Отже, накопичення призначень за кожним окремим протоколом без оцінювання сумарної користі й шкоди може збільшувати тягар лікування [3].

Оцінюють не тільки перелік діагнозів, а й частоту загострень, госпіталізації, щоденне функціонування, відчутні для пацієнта симптоми, кількість контактів із системою охорони здоров'я і складність лікувального режиму.

3. Комплексне оцінювання літнього пацієнта на ПМД

Комплексне геріатричне оцінювання - міждисциплінарний процес оцінки медичних, функціональних, психологічних і соціальних потреб для формування узгодженого плану допомоги. У практиці сімейного

лікаря використовується його структурована, доступна для ПМД частина, а за складних потреб організується спеціалізована міждисциплінарна оцінка [3, 9].

Медичний компонент включає активні скарги, перебіг хронічних захворювань, перенесені госпіталізації, харчування, біль, сон, органи чуття, континенцію, медикаментозний анамнез, артеріальний тиск сидячи та, за показаннями, стоячи. Важливо перевірити, чи не є новий симптом побічною дією ліків.

Функціональний компонент: базові дії повсякденного життя (харчування, одягання, пересування, купання, користування туалетом) та інструментальні дії (приготування їжі, покупки, фінанси, прийом ліків, транспорт). Можна застосовувати індекс Бартел та шкалу Лоутона; бал слід інтерпретувати з огляду на методику й клінічний контекст.

Оцінка мобільності та ризику падінь охоплює історію падінь, страх падіння, ходу, рівновагу, ортопедичні й неврологічні чинники, взуття, домашні небезпеки та препарати, що сприяють седації чи ортостазу. Тест «Встань і йди» може доповнити клінічну оцінку, але не є самостійним діагнозом.

Психоемоційний і когнітивний компонент: зміни пам’яті, уваги, орієнтування, настрою, тривоги, сну. Короткі валідовані інструменти використовують за показаннями, враховуючи освіту, мову, слух і зір. Позитивний результат скринінгу депресії або когнітивних порушень вимагає подальшої оцінки, а не автоматичного встановлення діагнозу.

Соціальний компонент: хто допомагає пацієнту, чи доступні продукти, ліки, транспорт, засоби зв’язку, чи є ризик ізоляції, насильства або фінансових бар’єрів. Родину чи доглядальника залучають за бажанням і згодою пацієнта [2].

4. Стареча астенія та інші геріатричні синдроми

Стареча астенія (синдром крихкості) - клінічний стан зменшення фізіологічних резервів і підвищеної вразливості до стресорів. Це не тотожне віку, інвалідності або мультиморбідності, хоча стани часто співіснують.

Підозру викликають уповільнення ходи, зниження сили, ненавмисна втрата маси тіла, виснаження та низька фізична активність. У ПМД може використовуватися структурований клінічний підхід; під час гострої хвороби результати тестів мобільності можуть бути тимчасово погіршеними [3].

Падіння потребують багатофакторної оцінки і профілактики повторних травм. Відновлення сили і рівноваги, корекція порушень зору, оцінка ортостазу, перегляд ліків і адаптація житла можуть бути компонентами персоналізованого плану.

При нетриманні сечі слід оцінювати тип симптомів, інфекційні ознаки, закреп, доступність туалету, ліки й мобільність. При хронічному болю необхідно визначити його механізм, функціональні наслідки і використовувати комплексну, за можливості немедикаментозну допомогу.

Недоїдання та саркопенія можуть виникати через стоматологічні проблеми, дисфагію, депресію, самотність, обмеження фінансів і захворювання. Ненавмисне схуднення не слід автоматично вважати нормальним проявом старіння.

5. Пріоритизація проблем у пацієнта з мультиморбідністю

Пріоритизація - узгоджене визначення послідовності клінічних дій з урахуванням невідкладності, можливості запобігти шкоді, ймовірної користі, часу до її досягнення, тягаря лікування та цілей пацієнта. Показник, що виходить за референтні межі, не обов’язково є головною проблемою.

Перший рівень: стани, що безпосередньо загрожують життю або потребують термінового втручання. Другий: активні симптоми та лікувальні ризики, що спричиняють падіння, гіпоглікемію, значний біль,

функціональну втрату або повторні госпіталізації. Третій: контроль хронічних станів, профілактика ускладнень, реабілітація, вакцинація та скринінг згідно з показаннями.

Приклад: 82-річна людина з ЦД, АГ, остеоартритом і ХНН має повторні падіння та симптомну гіпоглікемію. Невідкладний пріоритет - оцінка травм і гіпоглікемії; найближча мета - перегляд гіпоглікемізувальної терапії, ортостазу та ризику падінь; довгострокова - підтримка мобільності й попередження судинних подій.

Для хворобомодифікувальної терапії важливо зіставляти очікуваний час до користі з прогнозом та побажаннями людини. Наявність похилого віку сама собою не є достатнім аргументом для скасування терапії. Рішення документують і переглядають при зміні стану [3].

6. Індивідуальний план ведення та координація допомоги

Узгоджений план містить: перелік проблем; одну-дві головні для пацієнта цілі; обґрунтовані терапевтичні рішення; перелік актуальних ліків; розподіл відповідальності між фахівцями; необхідні дослідження; терміни контрольних контактів; ознаки погіршення.

Цілі доцільно формулювати функціонально і вимірювано: «ходити до найближчого магазину без падінь», «уникати симптомної гіпоглікемії», «самостійно організовувати прийом ліків». Необхідно узгодити баланс контролю захворювань і щоденного навантаження.

Сімейний лікар координує інформацію від різних спеціалістів, перевіряє суперечливі рекомендації, мінімізує дублювання досліджень і домовляється про відповідальність за моніторинг. Після виписки зі стаціонару доцільно звірити фактично прийняті ліки з випискою.

7. Поліфармація: поняття, причини та ризики

Поліфармація - одночасне використання декількох лікарських засобів; в дослідженнях часто застосовують операційний поріг п’яти і більше препаратів, однак універсального діагностичного порогу немає. Вона може бути клінічно обґрунтованою або необґрунтованою. Висока кількість препаратів є сигналом для перегляду, а не автоматично помилкою.

Причини включають мультиморбідність, призначення декількох спеціалістів, самолікування, продовження препаратів після зникнення показань, каскад призначень (коли побічний ефект одного препарату розцінюється як нова хвороба і лікується іншим), дублювання фармакологічних груп.

Наслідки: небажані реакції, фармакокінетичні й фармакодинамічні взаємодії, падіння, делірій, гостре ураження нирок, низька прихильність, витрати і тягар лікування. Ниркова функція, маса тіла, зневоднення, харчування та когнітивний стан впливають на безпеку дозування.

У настанові NICE NG56 особливо рекомендовано комплексний підхід при прийомі 15 або більше регулярних препаратів; його також розглядають при 10–14 засобах або меншій кількості за наявності високого ризику [3]. Ці числа не є критеріями автоматичного припинення лікування.

8. Структурований перегляд лікарських засобів

Перший крок - звіряння фактичного прийому. Записують міжнародну непатентовану назву, дозу, кратність, спосіб, тривалість, показання, джерело призначення і реальне застосування. До списку включають інгалятори, краплі, пластирі, місцеві засоби, препарати «за потреби», безрецептурні ліки, рослинні засоби та добавки.

Далі для кожного засобу визначають: чи є чинне показання; чи досягається мета; чи є доказова користь саме для цього пацієнта; чи оптимальна доза при поточній функції нирок і печінки; чи виникають побічні реакції; чи є дублювання, взаємодії, протипоказання або кращі альтернативи.

Критерії STOPP/START версії 3: STOPP (Screening Tool of Older Persons' Prescriptions) - інструмент перевірки потенційно невідповідних призначень людям старшого віку; START (Screening Tool to Alert to Right Treatment) - інструмент виявлення потенційних пропусків корисної терапії. Вони допомагають побачити як надмірне, так і недостатнє лікування [5].

Критерії Бірса Американського геріатричного товариства 2023 року виділяють ліки, яких часто слід уникати, комбінації з клінічно значущими взаємодіями, ризики для певних захворювань і потребу корекції при нирковій недостатності. Зокрема, уваги потребують виражене антихолінергічне навантаження, бензодіазепіни, деякі снодійні засоби, частина нестероїдних протизапальних препаратів та небезпечні седативні комбінації [6].

Скринінгові критерії не є переліком абсолютних заборон. Наприклад, антикоагулянт може нести ризик кровотечі, але мати значну користь за належного показання. Клінічне рішення залежить від стану, цілей, доступних альтернатив і пацієнтової згоди.

9. Депрескрайбінг: визначення та алгоритм

Депрескрайбінг - запланований, контрольований процес зменшення дози або припинення лікарського засобу, коли потенційна шкода переважає користь або препарат більше не відповідає цілям лікування. Це активне клінічне втручання, що вимагає плану, спільного рішення і подальшого спостереження [3, 4].

Алгоритм: 1) визначити клінічні цілі й повний список препаратів; 2) знайти засоби без чинних показань, з несприятливим співвідношенням користі й ризику або значним тягарем; 3) обрати пріоритет для зміни; 4) з'ясувати, чи потрібне поступове зменшення дози; 5) погодити план з пацієнтом і дотичними лікарями; 6) визначити параметри й дату контролю; 7) переглянути рішення за ефектом, симптомами відміни або поверненням захворювання.

Для багатьох препаратів різке припинення небезпечне. Особливої обережності потребують бензодіазепіни та інші засоби з ризиком синдрому відміни, системні глюкокортикоїди при тривалому застосуванні, деякі антидепресанти, бета-блокатори, протисудомні засоби. Конкретний темп зменшення залежить від препарату, дози, тривалості, показання, переносимості та чинних профільних рекомендацій.

Потенційні кандидати для перегляду: інгібітор протонної помпи без збереженого показання до тривалої терапії; снодійний засіб після тривалого прийому з падіннями; дубльований препарат однієї фармакологічної групи; симптоматичний засіб без відчутної користі. Водночас при тяжкому езофагіті, високому ризику шлунково-кишкової кровотечі чи іншому належному показанні тривала кислотосупресія може залишатися необхідною.

План містить початкову дозу, послідовність кроків, очікувані симптоми, параметри безпеки, контакти для зв'язку і критерії повернення до попередньої терапії. Рекомендовано змінювати не надто багато препаратів одночасно, щоб можна було встановити причину ефекту. Відновлення обґрунтованої терапії при погіршенні не є невдачею депрескрайбінгу.

10. Клінічні ситуації з високим лікарським ризиком

Пацієнт із падіннями, сонливістю або деліріем: переглянути седативні, антихолінергічні, гіпотензивні препарати, перевірити ортостаз, гострі хвороби, зневоднення. Не пояснювати раптові зміни свідомості лише віком.

Пацієнт із ХНН: оцінити актуальну розрахункову швидкість клубочкової фільтрації, за потреби абсолютну функцію нирок для дозування конкретних ліків, калій, ризик дегідратації. Уникати безконтрольного застосування нефротоксичних засобів; дозування звіряти з інструкцією і спеціалізованими рекомендаціями.

Пацієнт із цукровим діабетом і повторною гіпоглікемією: уточнити її причини, харчування, когнітивний та функціональний статус і ризик падінь. Переглянути цілі глікемічного контролю та препарати з ризиком гіпоглікемії, зберігаючи захист від симптомної гіперглікемії.

Пацієнт із хронічним болем: оцінити вплив болю на рухливість, сон і повсякденну діяльність. Системні НПЗП при ХНН, серцевій недостатності, гастроінтестинальних ризиках потребують особливої обережності. Біль не повинен автоматично призводити до тривалої комбінованої седативної фармакотерапії.

Пацієнт після госпіталізації: усунути випадкові дублювання, уточнити тимчасові призначення, сформувати один актуальний список ліків і повідомити всіх дотичних фахівців про погоджені зміни.

11. Самоконтроль і самоменеджмент хронічних захворювань

Самоконтроль - систематичне спостереження пацієнта за визначеними параметрами (наприклад, артеріальним тиском, глюкозою за показаннями, масою тіла при серцевій недостатності, симптомами). Самоменеджмент - ширше поняття: здатність людини виконувати узгоджений план, розпізнавати погіршення, адаптувати повсякденну поведінку і вчасно звертатися по допомогу.

Ефективна підтримка містить спільне формування цілей, короткі письмові інструкції, навчання конкретній техніці вимірювання, обговорення бар'єрів, регулярний зворотний зв'язок і погоджений план дій при відхиленнях. Не кожному пацієнту потрібно самостійно контролювати всі можливі біомаркери.

План самоконтролю повинен відповідати захворюванню: для АГ - техніка домашнього вимірювання і реєстрація АТ; для серцевої недостатності - контроль симптомів застою та, за показаннями, маси тіла; для ЦД - план моніторингу глюкози з урахуванням режиму терапії та ризику гіпоглікемії; для ХОЗЛ/астми - розпізнавання загострення і перевірка техніки інгаляції.

Критично розрізняти плановий контроль і ситуації, що потребують термінової допомоги. Пацієнт має знати, які симптоми не можна вирішувати лише зміною дози вдома. Самостійна зміна доз високоризикових ліків допускається лише за чітким індивідуальним планом, погодженим лікарем.

Метод «поясніть своїми словами» (teach-back) - перевірка зрозумілості пояснення: після короткої інструкції людину просять розповісти, що саме вона зробить удома. Це перевірка ясності комунікації, а не пам'яті чи слухняності пацієнта [7].

Для людей з когнітивними, зоровими чи моторними обмеженнями використовують великі шрифти, органайзери за умови безпечного використання, зрозумілі графіки, допомогу доглядальника за згодою пацієнта. Необхідно оцінити цифрову грамотність до рекомендацій щодо застосунків і дистанційного контролю.

12. Спільне прийняття рішень, прихильність і етичні аспекти

Спільне прийняття рішень означає поєднання найкращих доступних доказів із життєвими цілями, пріоритетами та інформованим вибором людини. Пацієнт може надавати більшої ваги самостійності, ясності мислення або можливості пересуватися, ніж досягненню певного лабораторного показника [3, 7].

Низька прихильність часто пов'язана не лише з мотивацією: можливими причинами є вартість, складна схема, побічні реакції, недостатнє розуміння, депресія, порушення пам'яті та фізичні обмеження. До додавання нового препарату слід з'ясувати, як саме людина приймає призначене лікування.

Інформована згода, повага до автономії, конфіденційність і право отримувати зрозумілу інформацію спираються на Основи законодавства України про охорону здоров'я, зокрема статті 39 і 43 [2]. Залучення родичів не повинно автоматично замінювати голос самого пацієнта.

За обмеженої здатності ухвалювати окремі рішення необхідно оцінювати конкретну ситуацію, використовувати доступні засоби підтримки комунікації і діяти відповідно до законодавства. Не можна ототожнювати діагноз деменції з автоматичною відсутністю здатності брати участь у рішеннях.

13. Безперервність спостереження та критерії направлення

Частота контролю визначається нестабільністю стану, обсягом змін терапії, функціональними і соціальними ризиками. Після корекції препарату оцінюють очікуваний ефект, побічні явища, синдром відміни та параметри, специфічні для конкретного засобу.

До планового спеціалізованого або міждисциплінарного направлення можуть спонукати швидке функціональне погіршення, повторні нез'ясовані падіння, підозра на когнітивний розлад, стійкий біль, недостатність харчування, виражені поведінкові зміни, складні лікарські взаємодії, неузгоджена терапія багатьох спеціалістів.

Важливим є безпечне повернення інформації до ПМД: результати консультації, оновлений медикаментозний список, відповідальний за призначення і зрозумілий пацієнту план наступного контакту.

14. Типові помилки та інтегрований алгоритм консультації

Поширені помилки: робити висновки лише з паспортного віку; ігнорувати делірій як ургентний стан; лікувати кожний діагноз ізольовано; не питати про падіння та функціональну автономність; не перевіряти безрецептурні ліки; припиняти залежність-формувальні препарати різко; вважати всі ліки при поліфармації непотрібними; не враховувати пропущені показані препарати; змінювати терапію без плану спостереження; встановлювати цілі без участі пацієнта.

Послідовність консультації: 1. Виключити невідкладність. 2. З'ясувати головну скаргу і цілі людини. 3. Оцінити функції, когніцію, настрій, падіння й соціальні ризики. 4. Уточнити активні захворювання та прогноз. 5. Звірити весь перелік ліків. 6. Визначити пріоритети і потенційні зміни. 7. Узгодити персоналізований план і самоконтроль. 8. Визначити контроль і критерії термінового звернення.

VI. Алгоритм самостійної підготовки до заняття

1. Повторити клінічні особливості основних хронічних захворювань старших вікових груп.
2. Розмежувати мультиморбідність, коморбідність, старечу астенію та поліфармацію.
3. Опрацювати геріатричні синдроми і комплексне оцінювання функцій.
4. Вивчити критерії невідкладності та направлення.
5. Опрацювати NICE NG56 щодо персоналізації цілей і тягаря лікування.
6. Розібрати етапи звіряння лікарських призначень.
7. Порівняти призначення з STOPP/START v3 і критеріями Бірса 2023.
8. Повторити алгоритм і обмеження депрескрайбінгу.
9. Скласти індивідуальний план самоконтролю для АГ, ЦД і серцевої недостатності.
10. Підготувати клінічний приклад спільного визначення пріоритетів.

VII. Основні теоретичні питання теми

1. Які відмінності між мультиморбідністю і коморбідністю?
2. Чому паспортний вік не є достатнім критерієм клінічного рішення?
3. Назвіть основні геріатричні синдроми.

4. Як відрізнити делірій від поступового когнітивного зниження?

5. Які складові комплексного геріатричного оцінювання доступні на ПМД?

6. Як оцінювати базові й інструментальні повсякденні функції?

7. Які фактори ризику падінь є модифікованими?

8. Що таке стареча астенія і як її підозрювати?

9. Чому монозахворювальні настанови можуть бути недостатніми при мультиморбідності?

10. Які критерії пріоритизації клінічних проблем?

11. Як враховувати тягар лікування і цілі пацієнта?

12. Що входить до індивідуального плану ведення?

13. Що таке клінічно обґрунтована та необґрунтована поліфармація?

14. У чому суть каскаду призначень?

15. Які препарати і стани збільшують ризик падінь?

16. Як правильно виконати звіряння ліків?

17. Для чого призначені STOPP і START?

18. У чому клінічне призначення критеріїв Бірса?

19. Чому критерії потенційно невідповідних ліків не є абсолютними заборонами?

20. Що таке депрескрайбінг?

21. Які його основні етапи?

22. Які ліки небезпечно припиняти різко?

23. Як оцінити результат депрескрайбінгу?

24. Як впливає функція нирок на безпеку ліків?

25. Як виявити симптомну гіпоглікемію у пацієнта старшого віку?

26. Які параметри пацієнт має контролювати при АГ?

27. Які елементи плану самоменеджменту при серцевій недостатності?

28. Як адаптувати інструкції для людини з порушенням зору чи пам’яті?

29. Що таке метод перевірки розуміння власними словами?

30. Як організувати наступність допомоги після госпіталізації?

VIII. Перелік практичних навичок до заняття

1. Зібрати структурований анамнез у літнього пацієнта з мультиморбідністю.

2. Визначити симптоми, які потребують невідкладної оцінки.

3. Оцінити повсякденну функціональну самостійність.

4. Провести первинну оцінку ризику падінь і ортостатичних симптомів.

5. Виявити підозру на старечу астенію, делірій, депресію або когнітивне зниження.

6. Визначити два основних пріоритети разом з пацієнтом.

7. Скласти повний актуальний список призначених і фактично прийнятих ліків.

8. Виявити дублювання, препарати з високим ризиком і можливі взаємодії.

9. Застосувати логіку STOPP/START без механічної відміни ліків.

10. Обґрунтувати кандидатуру препарату для депрескрайбінгу.

11. Сформулювати безпечний план зниження або припинення з моніторингом.

12. Пояснити потенційні ризики відміни й ознаки погіршення.

13. Створити індивідуальний план самоконтролю для хронічного стану.

14. Перевірити розуміння плану методом відтворення власними словами.

15. Оформити узгоджений план повторного спостереження та маршрутизації.

IX. Рекомендована література, нормативна база та доказові джерела

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

2. Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (чинна редакція), статті 39, 43. https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12

3. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Multimorbidity: clinical assessment and management. NG56. 2016 (чинна вебверсія). https://www.nice.org.uk/guidance/ng56

4. NICE. Medicines optimisation: the safe and effective use of medicines to enable the best possible outcomes. NG5. 2015. https://www.nice.org.uk/guidance/ng5

5. O'Mahony D. et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3. European Geriatric Medicine. 2023. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37256475/

6. American Geriatrics Society. 2023 updated AGS Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. Journal of the American Geriatrics Society. 2023. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12478568/

7. NICE. Shared decision making. NG197. 2021. https://www.nice.org.uk/guidance/ng197

8. WHO. Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. 2017. https://www.who.int/publications/i/item/9789241550109

9. WHO. Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. 2019. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-FWC-ALC-19.1