**PHILOSOPHY AND DEVELOPMENT OF THE SCALE**

Compiling and quantifying medical problems in the elderly population would allow meaningful comparison of medical burden and treatment outcomes in elderly patients with variable and complex medical problems. The Cumulative Illness Rating Scale (CIR), developed by Lin, Lin and Gurel,1 published in JAGS in 1968 appealed to the writers intuitively as a user friendly but comprehensive review of medical problems by organ system, based on a 0 thru 4 rating, yielding a cumulative score. This scale was revised to reflect common problems of the elderly with an emphasis on morbidity using specific examples and was renamed the Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics (CIRS-G).

Some "arbitrary" decisions were made for categorizing certain conditions that could overlap more than one category and thus be counted twice, e.g., dementia is categorized in psychiatry although it overlaps with neurology, vertigo in the Ear, Nose and Throat category although it could also be in neurology, and CNS vascular lesions are confined to neurology although they technically overlap with "vascular." See individual sections of the manual for further details.

**EDUCATION OF RATER**

Nurses, physician assistants, nurse practitioners or physicians are required to have the necessary background for completing this scale. Due to the judgement required, some physician consultation may be necessary to clarify complex medical problems or their severity.

**THE MINIMUM DATABASE REQUIRED**

It is expected that every patient have a complete history and physical with a designated problem list, height, weight, and baseline labs including a complete blood count and differential, chem profile to include electrolytes, liver and kidney function, serum B12, thyroid function, cholesterol level, and an EKG. For rating psychiatric conditions the rater is expected to be familiar with the Folstein Mini-Mental Status Exam (Folstein, Folstein, & McHugh,2 1975) and the Diagnostic and Statistical Manual III-R (DSM III-R).3

Other information of more specialized nature will increase the accuracy of the rating in a given patient and should be used when available. Scoring "live" patients (rather than retrospective chart reviews) is recommended to be able to clarify points that could differentiate two score levels more accurately.

**RATING SUGGESTIONS (GENERAL)**

We have found it easier to rate the severity of medical problems within a category by defining "mild" and "extremely severe" first, i.e., 1 and 4 and subsequently "moderate" and "severe," (2 and 3). The bulk of judgement, in our experience, rests in differentiating 2 and 3.

Note the following descriptors for a given level of severity:

0 - No Problem,

1 - Current mild problem or past significant problem

2 - Moderate disability or morbidity/ requires "first line" therapy

3 - Severe/constant significant disability/ "uncontrollable" chronic problems

4 - Extremely Severe/immediate treatment required/end organ failure/severe impairment in function

LEVEL 1

Level 1 - Current mild problem or past significant problem.

Any current medical problem that causes mild discomfort or disability, or has occasional exacerbations that have an overall minor impact on morbidity should be rated a "1," for example, a hiatal hernia with occasional heartburn treated with prn antacids. Medical problems that are ot currently active but were significant problems in the past should also be listed as a "1," for example, passage of a kidney stone. Past childhood illnesses, minor surgery, uncomplicated healed fractures, minor injuries, teeth extractions, or events so remote without sequelae (e.g., one febrile seizure in childhood) need not be listed at all. However, if any of the above leave a suspicion of potential future complications the rater should err on the side of inclusion, and briefly describe his/her concerns in the space provided.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ И МАСШТАБ**

Компиляция и определение количества проблем со здоровьем среди пожилого населения дают возможность провести важное сравнение врачебных затруднений и результатов лечения пожилых пациентов с вариабельными и комплексными медицинскими проблемами. Кумулятивная рейтинговая шкала болезней, разработанная Lin и Gurel и опубликованная в JAGS в 1968 году, обратилась к авторам с всеобъемлющим обзором проблем со здоровьем по системам органов, основанном на отдельной суммарной оценке состояния каждой из систем по шкале от 0 до 4. Данная шкала была пересмотрена с целью отражения наиболее распространенных проблем в пожилом возрасте, с расстановкой акцентов на конкретных заболеваниях, а также использованием специфических примеров, и была переименована в кумулятивную рейтинговую шкалу для гериатрии.

Некоторые «произвольные» решения были приняты для разделения на категории определенных состояний, которые накладываются более чем на одну категорию и таким образом могли быть посчитаны дважды. Например, слабоумие было отнесено к психиатрии, несмотря на тесное переплетение с неврологией, головокружение - к ЛОР-патологии, хотя это также может быть проявлением неврологических нарушений, а сосудистые повреждения центральной нервной системы отнесены к неврологии, несмотря на формальную принадлежность их к «сосудистым» патологиям. Для более подробной информации смотрите отдельный раздел руководства.

**ОБРАЗОВАНИЕ СПЕЦИАЛИСТА**

Медсестры, помощники врача, фельдшеры или врачи обязаны иметь необходимую базу для практики в этой отрасли. Некоторые врачебные консультации могут быть необходимы с целью разъяснения сложных медицинских проблем и их серьезности.

**ТРЕБУЕМАЯ МИНИМАЛЬНАЯ БАЗА ДАННЫХ**

Ожидается, что у каждого пациента есть полная история болезни и пройденный медосмотр, известны рост и вес, основные лабораторные показатели, включая полный и дифференциальный анализы крови, химический профиль, включающий оценку электролитного баланса, показатели функции печени и почек, концентрация витамина В12 в сыворотке крови, показатели функции щитовидной железы, уровень холестерина и электрокардиограмма. Для оценки расстройств психики специалист должен быть ознакомлен с результатами исследования психического статуса по Фолштайну (Folstein, Folstein, & McHugh,2 1975) и диагностико-статистическим руководством.

Другая информация более специализированного характера увеличит точность оценки данного пациента и должна быть использована при ее наличии. Оценка "живых" пациентов (а не ретроспективные обзоры историй болезни), рекомендуется, чтобы иметь возможность уточнить моменты, которые помогли бы в проведении более точной дифференциальной диагностики.

**ОЦЕНКА ПРЕДЛОЖЕНИЙ (ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ)**

Мы обнаружили, что легче оценить серьезность медицинской проблемы в рамках категорий от «мягкой» до «крайне тяжелой» во-первых, то есть 1 и 4, а затем «умеренная» и «тяжелая» (2 и 3). Основная часть суждений, по нашему опыту, лежит в дифференциации 2 и 3.

Обратите внимание на следующее описание для данного уровня серьезности проблемы:

0 – отсутствие заболеваний выбранной системы.

1 – легкое отклонение от нормы или перенесенное в прошлом заболевание.

2 – умеренная заболеваемость или нетрудоспособность / требует терапии «первой линии».

3 – заболевание, ставшее причиной инвалидности / «неконтролируемые» хронические проблемы.

4 – тяжелая органная недостаточность, требующая проведения неотложной терапии.

УРОВЕНЬ №1

Уровень 1 - легкое отклонение от нормы или перенесенное в прошлом заболевание.

Любая текущая проблема со здоровьем, которая вызывает легкий дискомфорт или снижение трудоспособности, или имеет редкие обострения, которые оказывают общее незначительное влияние на уровень заболеваемости, следует оценивать как «1». Например, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы с редкими приступами изжоги, купирующимися приемом антацидных препаратов. Медицинские проблемы, которые в настоящее время не активны, однако имелись существенные проблемы в прошлом, также должны быть указаны «1», например, пассаж камней в почках. Прошедшие детские болезни, малые хирургические вмешательства, несложные зажившие переломы, небольшие ушибы, экстракция зубов или события, столь отдаленные без осложнений (например, единичные фебрильные судороги в детстве) не должны быть включены вообще. Однако если любая из вышеперечисленных проблем вызывает подозрение о потенциальных будущих осложнениях, специалист должен сделать исключение и кратко описать проблему в отведенном месте.