

«Утверждаю»
главный гериатр
Минздрава России
_____ О.Н. Ткачева
« » _____ 2016г.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ СО СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИЕЙ ДЛЯ ВРАЧЕЙ
ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Разработчики: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации **Обособленное структурное подразделение «Российский геронтологический научно-клинический центр»**

профессор Н.К. Рунихина, В.С. Остапенко, Н.В. Шарашкина, Э.А.Мхитарян, Д.А.Каштанова

Синдром старческой астении, или «хрупкость» (frailty)

СТАРЧЕСКАЯ АСТЕНИЯ - ассоциированный с возрастом синдром (ССА, шифр по МКБ-10 R54)

- Основные клинические проявления:
 - общая слабость
 - медлительность и/или
 - непреднамеренная потеря веса
- Сопровождается снижением физической и функциональной активности многих систем, адаптационного и восстановительного резерва,
- Способствует развитию зависимости от посторонней помощи в повседневной жизни, утрате способности к самообслуживанию
- Ухудшает прогноз состояния здоровья

Включает в себя более 85 различных гериатрических синдромов, основными из которых являются синдромы падений, недостаточности питания (мальнутриции), саркопении (уменьшение массы и силы мышечной ткани), недержания мочи, а также сенсорные дефициты, когнитивные нарушения, депрессия

ЦЕЛЬ ЛЕЧЕНИЯ – предупреждение развития преждевременного старения , развития гериатрических синдромов и их осложнений, сохранение и восстановление способности пациентов к самообслуживанию, функциональной активности и независимости от посторонней помощи в повседневной жизни, улучшение качества жизни, снижение смертности

Алгоритм диагностики ССА

Пациенты ≥ 60 лет - скрининг по шкале «Возраст не помеха»



№	Вопросы	Ответ
1	Похудели ли Вы на 5 кг и более за последние 6 месяцев? (Вес)	Да/нет
2	Испытываете ли Вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения З рения или С луха?	Да/нет
3	Были ли у Вас в течение последнего года Т равмы, связанные с падением?	Да/нет
4	Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель? (Н астроение)	Да/нет
5	Есть ли у Вас проблемы с П амятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?	Да/нет
6	Страдаете ли Вы недержанием М очи?	Да/нет
7	Испытываете ли Вы трудности в перемещении по дому или на улице? (Х одьба до 100 м/ подъем на 1 лестничный пролет)	Да/нет



»ХРУПКИЕ« ПАЦИЕНТЫ	«ПРЕХРУПКИЕ» ПАЦИЕНТЫ	«КРЕПКИЕ» ПАЦИЕНТЫ
≥ 3 -х положительных ответов	1-2 положительных ответа	0 положительных ответов
обязательная консультация врача-гериатра, проведение КГО (стр.3) составление индивидуального плана ведения пациента	целесообразна консультация врача- гериатра	-



Наблюдение участкового терапевта, выполнение индивидуального плана ведения пациента с ССА

Полная диагностика ССА основывается на комплексной гериатрической оценке (КГО)

•КГО - междисциплинарный диагностический процесс, результатом которого является разработка комплекса мер, направленных на долгосрочную поддержку пожилого человека, создание координированного плана лечения и длительного наблюдения

Закключение врача-гериатра включает:

Результаты оценки состояния здоровья и социального статуса

Анамнез: условия жизни, качество питания, сна, наличие хронической боли, потребности в помощи, отношение к старости, жизненные приоритеты
Физический статус: выявление гериатрических синдромов (например, синдрома падений, недержания мочи, мальнутриции, снижение физической активности и прочих),
Функциональный статус: оценка базовой и инструментальной функциональной активности, тесты для оценки мобильности, определение мышечной силы
Нейропсихическое исследование: выявление изменений психического статуса (когнитивный дефицит, деменция, депрессия), психологических особенностей личности
Социальный статус: выявление социальной роли и характера социальных взаимоотношений; условия проживания, потребность социальной помощи и уходе

Индивидуальный план ведения

Рекомендации по диете, физической активности, медикаментозной и немедикаментозной терапии, обустройству быта, необходимости адаптивных технологий, социальной поддержке и уходу. Могут быть даны рекомендации для семьи или опекуна, сиделки, осуществляющих уход за ослабленным пожилым пациентом

Рекомендации по ведению пациентов с ССА

Гериатрический синдром	Возможные причины	Рекомендованные мероприятия
Снижение веса	Саркопения (снижение массы и силы мышечной ткани) Синдром мальнутриции Отсутствие зубов и зубных протезов Заболевания ротовой полости, желудочно-кишечного тракта Снижение функциональной активности Сенсорные дефициты¹ Полипрагмазия Депрессия Когнитивные нарушения Социальная дезадаптация, одиночество, низкий уровень дохода	- Регулярная физическая активность² - Рекомендации по рациональному питанию³ - Зубопротезирование - Ревизия лекарственных препаратов⁴ - Социальная поддержка (участие семьи, социальной службы) - При необходимости - привлечение социальной службы с целью организации доставки пищевых продуктов

¹ К сенсорным дефицитам относятся снижение зрения, слуха, обоняния, осязания, вкусовых ощущений

² Рекомендации ВОЗ по физической активности для людей 65 лет и старше включают занятия аэробной физической нагрузкой средней интенсивности не менее 150 минут в неделю; упражнения на равновесие 3 или более дней в неделю; силовые упражнения - 2 или более дней в неделю; пожилые люди, которые долго были малоподвижными, должны начинать заниматься медленно, начиная с нескольких минут в день, и наращивать нагрузки постепенно

³ В среднем суточная энергетическая потребность для пожилого человека составляет около 1600 ккал. При развитии белково-энергетической недостаточности суточная калорийность пищи повышается до 3000 ккал. В среднем, пожилому человеку нужно съесть 5-7 порций углеводов, 4-5 порций овощей, 2-3 порции фруктов, 2-3 порции молочных продуктов, 2 порции мясных продуктов и 1-2 порции жиров в день. Кратность приема пищи - не менее 4-5 раз в день. Употребление белка около 1 г/кг/сутки, но не более 100 г/сутки. Употребление 6-8 стаканов жидкости в день. Воду не рекомендуется ограничивать даже пациентам с сердечной недостаточностью и отеками. При приготовлении пищи рекомендуется использовать специи. При наличии дисфагии пища должна быть однородной, пюреобразной консистенции, а жидкость - более густой (кисели, простокваша)

⁴ Попросить пациента принести все лекарства, которые он принимает. Оценка медикаментозной терапии с учетом совместимости лекарственных препаратов, возможных противопоказаний и побочных эффектов (критерии Beers - см. приложение1)

Рекомендации по ведению пациентов с ССА /продолжение 1/

Гериатрический синдром	Возможные причины	Рекомендованные мероприятия
Падения	Мышечная слабость Нарушение походки и равновесия Периферическая нейропатия Лекарственные средства, влияющие на ЦНС, Антигипертензивные препараты , особенно при подборе терапии (см. стр. 10) Снижение зрения Болевой синдром Когнитивные нарушения Депрессия Факторы окружающей среды ¹ Опасное поведение, характерное для пожилых людей (например, переход улицы или железнодорожного полотна в неположенном месте)	• Ограничение приема психоактивных препаратов и нейролептиков (в том числе седативных, снотворных, транквилизаторов и антидепрессантов) • Организация безопасного быта² • Регулярная физическая активность (см. стр.4) • Коррекция нарушений зрения • Рекомендовать пациентам не носить очки с мультифокальными линзами во время ходьбы, особенно по лестницам • Использование вспомогательных средств при ходьбе (трости³, ходунки) • Использование бедренных протекторов • Прием витамина Д в дозе не менее 800 МЕ/сут. длительно • Устранение дефицита витамина В12 • Рекомендовать пациентам использовать в зимнее время противоскользящие накладки на обувь

¹ К факторам окружающей среды, повышающим риск падений относятся скользкий пол, плохое освещение, отсутствие перил на лестницах, узкие ступеньки, провода на полу и т.д

² Рекомендовать пациентам убрать посторонние предметы с пола, убрать коврики или приклеить их к полу клейкой основой, положить нескользящий коврик на пол в ванной комнате и в душе, оборудовать ванну и пространство рядом с туалетом поручнями, повесить ночник в спальне так, чтобы путь от кровати до ванной был хорошо освещен, не использовать стул в качестве стремянки

³ Для правильного подбора трости по высоте пациент должен встать прямо, свободно опустить руки и слегка согнуть их в локте (примерно на 15-20 градусов) - при этом рукоятка трости должна находиться на уровне линии изгиба запястья

Рекомендации по ведению пациентов с ССА /продолжение 2/

Гериатрический синдром	Возможные причины	Рекомендованные мероприятия
Когнитивные нарушения	Первичные деменции (болезнь Альцгеймера и др.) Деменция при мультисистемных дегенерациях ЦНС (деменция с тельцами Леви, болезнь Паркинсона с деменцией и др.) Вторичные деменции (сосудистая деменция, нормотензивная гидроцефалия, посттравматическая/метаболическая/токсическая энцефалопатии и др.) Смешанная деменция (болезнь Альцгеймера + сосудистая деменция)	• Консультация специалиста по нарушениям памяти : консультация гериатра при наличии когнитивных расстройств с декомпенсацией соматической патологии консультация невролога при наличии когнитивных расстройств, не достигающих стадии деменции, при наличии деменции с невыраженными аффективно-поведенческими расстройствами, при наличии когнитивных расстройств с началом ранее 65 лет, а так же с неврологической симптоматикой, при внезапном начале и/или быстро прогрессирующем течении консультация психиатра при наличии аффективно-поведенческих расстройств (неадекватное поведение, галлюцинации, агрессия, возбуждение, апатия, тяжелая депрессия) • Регулярная физическая активность (См. стр.4) • Выявление и коррекция сердечно-сосудистых заболеваний (см. стр. 10) и сахарного диабета • Выявление и коррекция дефицита витамина B12 • Когнитивный тренинг¹ • Профилактика падений (см. стр. 5)

¹Когнитивный тренинг – выполнение упражнений, направленных на тренировку когнитивных функций. например заучивание стихов, решение логических задач, разгадывание кроссвордов, изучение иностранных языков и т.д.

Рекомендации по ведению пациентов с ССА /продолжение 3/

Гериатрический синдром	Возможные причины	Рекомендованные мероприятия
Недержание мочи	Возрастные изменения мочевых путей Эффект лекарственных препаратов Пролапс тазовых органов Заболевания предстательной железы Сопутствующие заболевания (неврологические, метаболические) Хирургическое лечение и лучевая терапия органов мочеполовой системы Нарушением когнитивного и/или физического функционирования, действие психологических факторов	• Упражнения для тренировки мышц тазового дна¹ при ургентном и /или стрессовом недержании мочи • Тренировка мочевого пузыря² при ургентном недержании мочи • Диетические рекомендации (уменьшение потребления кофеин-содержащих напитков) • Лечение запоров³ • Ревизия лекарственных препаратов • Консультация гериатра/уролога/гинеколога • Обеспечение абсорбирующим бельем

¹ Упражнения Кегеля - 3 сета по 8-12 сокращений мышц тазового дна в течение 8-10 сек каждый 3 раза в день ежедневно в течение по крайней мере 15-20 недель

² Тренировка мочевого пузыря направлена на восстановление произвольного контроля над функцией мочевого пузыря. С помощью дневника мочеиспусканий определяется минимальный временной промежуток между мочеиспусканиями. Рекомендуется регулярное мочеиспускание с равными промежутками времени, начиная от минимального. После 2-х дней без эпизодов недержания мочи - увеличение интервала между мочеиспусканиями (отвлечение путем расслабления, глубокого дыхания или быстрого сокращения мышц тазового дна). Интервал постепенно увеличивается, пока не достигнет 3-4 часов. Длительность обучения - до 6 недель.

³ Увеличение объема потребляемой жидкости до 1,5-2 литров в сутки. Увеличение в рационе питания продуктов, богатых растительной клетчаткой (до 100 грамм салата из сырых овощей в день). Употребление продуктов с лакто- и бифидофлорой. Регулярная физическая активность. Поведенческая терапия («приучить себя к утреннему стулу»). Исключить продукты, задерживающие опорожнение кишечника (крепкий черный чай, черника, манная и рисовые каши).

Рекомендации по ведению пациентов с ССА /продолжение 4/

Гериатрический синдром	Возможные причины	Рекомендованные мероприятия
Снижение настроения и депрессия	Полиморбидность Деменция Злоупотребление седативными и снотворными средствами Одиночество, социальная изоляция	• Направление пациента в территориальные центры социального обслуживания с целью организации досуга, преодоления социальной изоляции • В случае наличия большого депрессивного расстройства и/или суицидальных мыслей - консультация психиатра
Снижение функциональной активности/трудности при ходьбе, перемещении	Мышечная слабость Заболевания суставов Периферическая нейропатия Поражение головного мозга (ЦВБ, деменция, гидроцефалия, объемные образования)	• Регулярная физическая активность (см. стр.4) • Использование вспомогательных устройств при ходьбе (трости, ходунки, кресла-каталки) • Прием витамина Д в дозе не менее 800 МЕ/сут . длительно • Устранение дефицита витамина В12 • Протезирование суставов • При необходимости-организация медицинского и социального патронажа

Рекомендации по ведению пациентов с ССА /продолжение 5/

Гериатрический синдром	Возможные причины	Рекомендованные мероприятия
Полипрагмазия ¹	Полиморбидность Отсутствие учета назначений других врачей Отсутствие четких рекомендаций со стороны врача о необходимой длительности приема лекарственных препаратов Прием пациентом препаратов без назначений врача	• Регулярная ревизия лекарственных препаратов, попросить пациента принести ВСЕ лекарства, которые он принимает • Назначение лекарственных препаратов строго по показаниям • Оценка медикаментозной терапии с учетом совместимости лекарственных препаратов, возможных противопоказаний и побочных эффектов (критерии Beers – см. приложение 1)

¹ Полипрагмазия – назначение лекарственных средств без соответствующих показаний

Особенности лечения сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов 60 лет и старше

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ		
Категория пациентов	Начало антигипертензивной терапии (АГТ) и целевые значения АД	Примечание
60-79 лет «крепкие»*	Начало АГТ при систолическом АД ≥ 140 мм рт.ст. Целевое АД < 140/90 мм рт.ст. (при СД 140/85 мм рт.ст.)	
≥ 80 лет «крепкие»	Начало АГТ при систолическом АД ≥ 160 мм рт.ст. Либо продолжать ранее хорошо переносимую АГТ Целевое систолическое АД < 150 мм рт.ст. При достижении уровня систолического АД < 130 мм рт.ст. дозы препаратов должны быть уменьшены вплоть до отмены Начинать АГТ с низкой доз и монотерапии Комбинированную АГТ начинать только при неэффективной полнодозовой монотерапии	Обязательно проведение ортостатической пробы ¹ до и на фоне АГТ. При выявлении ортостатической гипотонии ² следует оценивать способствующие ей факторы (сопутствующее лечение, недоедание, обезвоживание)
≥ 80 лет «хрупкие»	Индивидуальный подход на основе результатов КГО с определением целевых значений АД и тактики АГТ Систолическое АД ≥ 180 мм рт.ст. – во всех случаях показание к началу АГТ Начало АГТ с низких доз и монотерапии	Начало АГТ или смена лекарственных препаратов и их доз увеличивает риск падений (см. стр.5) Не рекомендовано снижение веса и ограничение соли

* При развитии ССА у пациентов в возрасте 60 - 79 лет могут быть применены рекомендации для «хрупкие» пациентов ≥ 80 лет

¹Ортостатическая проба - измерение АД и ЧСС после не менее 7 в положении лежа и через 1, 2 и 3 минуты после перехода в вертикальное положение.

²Ортостатическая гипотония – снижение АД более, чем на 20/10 мм рт.ст. при переходе из положения лежа в вертикальное

Особенности лечения сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов 60 лет и старше /продолжение/

Показания к назначению статинов:

- вторичная профилактика ССЗ, у «хрупких» пациентов начало терапии с низких доз с последующей титрацией
- первичная профилактика ССЗ

для «хрупких» пациентов < 80 лет решение о назначении статинов определяется индивидуально

для «хрупких» пациентов ≥ 80 лет - не показано

Показания к назначению ацетилсалициловой кислоты (75-150 мг/сутки):

только при вторичной профилактике ССЗ, при контролируемой АГ

Назначение **ацетилсалициловой кислоты** для первичной профилактики - не показано

Контроль гликемии:

- <HbA1c 7,5% при отсутствии тяжелых осложнений СД и/или риска тяжелой гипогликемии
- <HbA1c—8,0% при тяжелых осложнениях СД и/или риске тяжелой гипогликемии

Ведение пациентов пожилого возраста с высоким риском тромбоэмболических осложнений

С возрастом повышается риск как тромбоза, так и кровотечения, но «чистая» выгода от назначения антикоагулянтов с возрастом увеличивается

Фибрилляция предсердий (неклапанная)

Возраст 60-64 года: антикоагулянты назначают при наличии хотя бы одного фактора риска по шкале CHA₂DS₂-VASc (хроническая сердечная недостаточность, артериальная гипертензия, сахарный диабет, инсульт или транзиторная ишемическая атака в анамнезе, сердечно-сосудистое заболевание (перенесенный инфаркт миокарда, атеросклеротические бляшки в аорте, периферический атеросклероз), женский пол)

Возраст 65 лет и старше: обязательно назначение антикоагулянтов (варфарин или НОАК*)

У пациентов, ранее не принимавших антикоагулянты, и у пациентов с плохим контролем МНО при лечении варфарином предпочтительно назначение НОАК

При назначении варфарина целевые значения МНО составляют 2,0-3,0 независимо от возраста

При назначении НОАК обязательно контролировать функцию почек

При нарушении функции почек (КК < 30 мл/мин) препаратом выбора является варфарин

Апиксабан и ривароксабан не рекомендованы при КК < 15 мл/мин, дабигатран – при КК < 30 мл/мин

Дозы всех НОАК зависят от функции почек и требуют уменьшения при снижении КК

Дозы дабигатрана и апиксабана также зависят от возраста

Тромбоз глубоких вен и тромбоэмболия легочной артерии

Основные принципы лечения и профилактики венозных тромбозов такие же, как у пациентов молодого возраста

Коррекции дозы НОАК в зависимости от возраста не требуется

Для достижения целевых значений МНО могут потребоваться более низкие дозы варфарина

*НОАК – новые пероральные антикоагулянты

**КК – клиренс креатинина

Динамическое наблюдение

Категория пациентов	Цель	Мероприятия
«Хрупкие»	Обеспечение максимально высокого качества жизни Снижение заболеваемости и смертности Сохранение функциональности В случае развития зависимости – проведение реабилитационных, адаптивных программ, социальной и медико-социальной поддержки и ухода	Выполнение рекомендаций врача-гериатра
«Прехрупкие»	Предупреждение преждевременного старения	Скрининг по шкале «Возраст не помеха» 1 раз в 6 месяцев Рекомендации по физической активности и рациональному питанию Лечение имеющихся гериатрических синдромов Лечение хронических заболеваний
«Крепкие»	Предупреждение преждевременного старения	Скрининг по шкале «Возраст не помеха» ежегодно Рекомендации по регулярной физической активности и рациональному питанию Лечение хронических заболеваний Формирование психологии активного долголетия