



**Российский геронтологический
научно-клинический центр**

СИНДРОМ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ

Клинические рекомендации

Проект

Структура, основные положения, перспективы применения

Рунихина Надежда Константиновна, д.м.н.
от имени Рабочей группы

Москва, декабрь 2016

Клинические рекомендации предназначены для практикующих врачей

Врачей-гериатров
Неврологов
Терапевтов
Кардиологов
Пульмонологов
Гастроэнтерологов
Эндокринологов
Урологов

Офтальмологов
Отоларингологов
Травматологов ортопедов
Гинекологов
Хирургов
Психиатров
Онкологов
Физиотерапевтов

Разработчики клинических рекомендаций

**Ткачева О.Н.
Рунихина Н.К.
Котовская Ю.В.
Остапенко В.С.
Шарашкина Н.В.
Кривобородов Г.Г.
Мхитарян Э.А.**

.....

Источники информации: систематические обзоры, клинические исследования, мета-анализы

.....

Содержание

- Введение.....
- Рабочая группа.....
- Список сокращений.....
- **Гериатрическое консультирование. Комплексная гериатрическая оценка.....**
- Синдром старческой астении.....
- Гериатрические синдромы:
 - Падения
 - Остеопороз
 - Мальнутриция
 - Когнитивные нарушения
 - Депрессия
 - Недержание мочи
 - Полипрагмазия
- Приложения
- Предметный указатель

Таблицы, схемы, рисунки, приложения

Структура глав

- Определение
- МКБ10
- Эпидемиология
- Профилактика
- Скрининг
- Классификация
- Диагностика
- Дифференциальный диагноз
- Лечение /немедикаментозное, медикаментозное, хирургическое/
- Показания к госпитализации, к консультации специалиста
- Длительное ведение, обучение пациента
- Прогноз
- Список литературы

Введение

- ✓ В последние годы произошла смена представлений об успешном старении. Ранее успешное старение ассоциировалось исключительно с отсутствием болезни, хорошим физическим и когнитивным статусом, самостоятельностью и социальной поддержкой.
- ✓ Современное понимание успешного старения значительно шире и включает психологическое, физическое и социальное здоровье, функционирование, удовлетворенность жизнью, чувство цели, финансовую стабильность, познание нового, достижения, внешний вид, деятельность, чувство юмора, духовность.
- ✓ Успешное старение - основная психологическая потребность человека. Даже в очень преклонном возрасте люди сохраняют потребность в активной жизни и развитии.
- ✓ Физическая активность, любая деятельность, социальная интеграция способствуют успешному старению.
- ✓ Депрессия является наиболее значимым фактором, оказывающим отрицательное влияние на успешное старение.

Введение

- Врачи всех специальностей (прежде всего, общей практики и терапевты) должны понимать закономерности изменений организма человека, связанные со старением, знать особенности ведения некоторых наиболее распространенных заболеваний и состояний (артериальная гипертония, избыточная масса тела, первичная и вторичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний и т.д.), обладать навыками выявления синдрома старческой астении для своевременного направления к гериатру, знать алгоритм совместного ведения таких пациентов с гериатром, обладать навыками выявления полипрагмазии и оценки риска нежелательных лекарственных реакций.

Комплексная гериатрическая оценка

*КГО проводится **гериатрической командой**, которая включает
врача-гериатра,
гериатрическую медицинскую сестру и
специалиста по социальной работе;*

*в зависимости от потребностей пациента, гериатрическая команда
может включать врача-физиотерапевта, врача-диетолога,
медицинского психолога, логопеда, инструктора-методиста по лечебной
физкультуре*

Комплексная гериатрическая оценка

Компонент КГО	Описание
Анамнез и физический статус	Наличие хронических заболеваний и факторов риска их развития, оценка состояния питания, наличие сенсорных дефицитов (снижение зрения и слуха), нарушение сна, недержание мочи, оценка хронической боли и др.
Функциональный статус	Оценка базовой и инструментальной функциональной активности, тесты для оценки мобильности и способности поддерживать равновесие, определение мышечной силы <i>Перечень проб и тестов</i>
Нейропсихологическое исследование	Выявление изменений психического статуса (когнитивные нарушения, депрессия), психологических особенностей личности <i>Перечень проб и тестов</i>
Социальный статус	Выявление социальной роли и характера социальных взаимоотношений; условия проживания, потребность социальной помощи и уходе

Комплексная гериатрическая оценка

Заключение врача-гериатра включает:

Результаты оценки состояния здоровья и социального статуса

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

Старческая астения

Определение

- Старческая астения (англ. *frailty* - хрупкость) – ассоциированный с возрастом синдром, основными клиническими проявлениями которого являются общая слабость, медлительность и/или непреднамеренная потеря веса. Синдром старческой астении (СА) сопровождается снижением физической и функциональной активности, а также адаптационного и восстановительного резерва.
- СА является неблагоприятным вариантом старения и приводит к повышенной уязвимости пациентов в отношении развития зависимости от окружающих и /или смерти.

Синдром старческой астении

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- Пациентам 60 лет и старше следует проводить скрининг для выявления синдрома старческой астении (СА) и других распространенных гериатрических синдромов
- Старческая астения (СА) является неблагоприятным вариантом старения и приводит к повышенной уязвимости пациентов в отношении развития зависимости от окружающих и /или смерти
- Медицинские и социальные работники, работающие с пожилыми людьми, должны обладать навыками выявления СА
- СА не является неотъемлемой частью процесса старения
- синдром СА может быть потенциально обратим

Синдром старческой астении

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ /продолжение/

основными целями оказания медицинской помощи пациентам с синдромом СА является сохранение и восстановление способности пациентов к самообслуживанию, функциональной активности и независимости от посторонней помощи, улучшение качества жизни и снижение смертности

Синдром старческой астении

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ /продолжение/

- всем пациентам с синдромом СА показано проведение комплексной гериатрической оценки (КГО)
- **эффективным способом профилактики и коррекции СА** является регулярная физическая нагрузка, включающая аэробную, силовую нагрузку и нагрузку на сопротивление
- следует рекомендовать пожилым людям с синдромом СА **увеличение потребления белка** как минимум до 1,0-1,2 г/кг массы тела/сутки
- наиболее эффективным способом увеличения мышечной массы и повышения физической работоспособности у пациентов с синдромом СА является **сочетание адекватного потребления белка с физическими упражнениями и / или физической активностью**
- для большинства пациентов с синдромом СА при возникновении у них обострения хронических заболеваний, более **предпочтительным**, при наличии такой возможности, является оказание **медицинской помощи на дому**; это не подразумевает отказ в госпитализации пациента по возрасту и возможно только в том случае, если есть возможность оказать необходимую диагностическую и лечебную помощь на дому

Старческая астения

Распространенность

- от 4,9% до 27,3%,
- предрупкости - от 34,6% до 50,9%

Choi J., 2015

- в домах престарелых - 52,3%

Kojima G., 2015

Старческая астеня

Факторы риска СА

- депрессия,
- плохое питание,
- плохая гигиена рта,
- полипрагмазия,
- заболевания (онкологические, эндокринные заболевания, деменция) ,
- низкий уровень физической активности
- низкий уровень дохода,
- одинокое проживание,
- низкий уровень образования,

Старческая астения

Профилактика

- Предупреждение развития и раннее выявление депрессии
- Физическая активность
- Сбалансированное питание
- Когнитивный тренинг
- Лечение основного заболевания: АГ, СД, остеопороза, ожирения, ХСН и тд
- Устранение метаболических и гормональных дефицитов (вит Д, В12, фолиевая кислота, тиреотропного гормона и тд), санация очагов инфекции
- Своевременная коррекция сенсорных дефицитов
- Социальная поддержка

Алгоритм выявления синдрома старческой астении

Две составляющие:

- качественное выявление "хрупкости" (фенотип "хрупкости")
- количественная оценка (индекс "хрупкости")

Качественное выявление "хрупкости" больше подходит для немедленного выявления пожилых людей с признаками ССА и отбора пациентов для обязательного последующего обследования – **комплексной гериатрической оценки (КГО)**

Классическое определение «хрупкости» включает пять компонентов:

- 1) **потеря веса** (саркопения),
- 2) **снижение силы** кисти, доказанное динамометрией,
- 3) выраженная **слабость** и повышенная утомляемость,
- 4) **снижение скорости передвижения**,
- 5) **значительное снижение физической активности**, и устанавливается при наличии трех и более признаков [Fried L. P.].

Старческая астения

Алгоритм диагностики

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 ЗР ения или Сл уха?	Да/нет
3	Были ли у Вас в течение последнего года Травмы , связанные с падением?	Да/нет
4	Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель? (Настроение)	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 м/ подъем на 1 лестничный пролет)	Да/нет

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

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 дефициты ¹ Полипрагмазия Депрессия Когнитивные нарушения Социальная дезадаптация, одиночество, низкий уровень дохода	<ul style="list-style-type: none">• 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. приложение 1)

Старческая астения

Рекомендации по физической активности / White book on frailty, 2016г/

- Упражнения на сопротивление должны выполняться 2-3 раза в неделю, включая 2 подхода по 8-12 повторений с нарастающей интенсивностью от 20-30% до 80% от 1 максимального повторения
- Постепенно в программу тренировок следует включать и силовые упражнения, которые являются более эффективными для улучшения и поддержания качества мышц
- Для улучшения повседневной функциональной активности упражнения на сопротивление и силовые тренировки лучше комбинировать с упражнениями, в которых моделируется повседневная деятельность, например упражнения типа встать-сесть, тандемная ходьба, подъем по ступенькам, перенос веса тела с одной ноги на другую, ходьба по прямой линии, балансирование на одной ноге
- Аэробные тренировки должны включать в себя ходьбу с изменением темпа и направления, ходьбу на беговой дорожке, подъем по ступенькам или езду на велосипеде
- Продолжительность аэробных тренировок может начинаться с 5-10 минут в течение первых недель, с последующим увеличением продолжительности до 15-30 минут
- Упражнения должны выполняться под присмотром

Старческая астения

Рекомендации по питанию

- 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)

Старческая астения

Рекомендации по применению лекарственных препаратов

- Витамин Д в дозе не менее 800 МЕ/сут всем пожилым людям с подтвержденным или предположительным дефицитом витамина Д для профилактики падений
- *Омега3 ЖК*

Рекомендации по ведению пациентов с ССА /продолжение 1/

Гериатрический синдром	Возможные причины	Рекомендованные мероприятия
<p>Падения</p>	<p>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 среды¹ Опасное поведение, характерное для пожилых людей (например, переход улицы или железнодорожного полотна в неподобающем месте)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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 деменции (болезнь Альцгеймера + сосудистая деменция)	<ul style="list-style-type: none"> • 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 функции. 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 Проплап 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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
<p>Снижение настроения и депрессия</p>	<p>Полиморбидность Деменция Злоупотребление седативными и снотворными средствами Одиночество, социальная изоляция</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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
<p>Снижение функциональной активности/трудности при ходьбе, перемещении</p>	<p>Мышечная слабость Заболевания суставов Периферическая нейропатия Поражение головного мозга (ЦВБ, деменция, гидроцефалия, объемные образования)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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
Полипрагмазия¹	Полиморбидность Отсутствие учета назначений других врачей Отсутствие четких рекомендаций со стороны врача о необходимой длительности приема лекарственных препаратов Прием пациентом препаратов без назначений врача	<ul style="list-style-type: none">• 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

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!