


«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, д.м.н. Н.К. Рунихина, В.С. Остапенко, к.м.н. Н.В. Шарашкина,  
к.м.н. 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  $\geq 60$  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 <b>ЗР</b> ения или <b>Сл</b> уха?	Да/нет
3	Были ли у Вас в течение последнего года <b>Травмы</b> , связанные с падением?	Да/нет
4	Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель? ( <b>Настроение</b> )	Да/нет
5	Есть ли у Вас проблемы с <b>Памятью</b> , пониманием, ориентацией или способностью планировать?	Да/нет
6	Страдаете ли Вы недержанием <b>Мочи</b> ?	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

»ХРУПКИЕ« ПАЦИЕНТЫ	«ПРЕХРУПКИЕ» ПАЦИЕНТЫ	«КРЕПКИЕ» ПАЦИЕНТЫ
$\geq 3$ -х положительных ответов	1-2 положительных ответа	0 положительных ответов
<b>обязательная консультация врача-гериатра</b> , 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 долговременного наблюдения

## Заключение 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 дефициты <sup>1</sup> Полипрагмазия Депрессия Когнитивные нарушения Социальная дезадаптация, одиночество, низкий уровень дохода	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Регулярная физическая активность<sup>2</sup></li> <li>• Рекомендации по рациональному питанию<sup>3</sup></li> <li>• Зубопротезирование</li> <li>• Ревизия лекарственных препаратов<sup>4</sup></li> <li>• Социальная поддержка (участие семьи, социальной службы)</li> <li>• При необходимости - привлечение социальной службы с целью организации доставки пищевых продуктов</li> </ul>

<sup>1</sup> К сенсорным дефицитам относятся снижение зрения, слуха, обоняния, осязания, вкусовых ощущений

<sup>2</sup> 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

<sup>3</sup> 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)

<sup>4</sup> 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	<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 среды <sup>1</sup>                      Опасное поведение, характерное для пожилых людей (например, переход улицы или железнодорожного полотна в неполюженном месте)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ограничение приема психоактивных препаратов и нейрорептиков (в том числе седативных, снотворных, транквилизаторов и антидепрессантов)</li> <li>• Организация безопасного быта<sup>2</sup></li> <li>• Регулярная физическая активность ( см. стр.4)</li> <li>• Коррекция нарушений зрения</li> <li>• Рекомендовать пациентам не носить очки с мультифокальными линзами во время ходьбы, особенно по лестницам</li> <li>• Использование вспомогательных средств при ходьбе (трости<sup>3</sup>, ходунки)</li> <li>• Использование бедренных протекторов</li> <li>• Прием витамина Д в дозе не менее 800 МЕ/сут. длительно</li> <li>• Устранение дефицита витамина В12</li> <li>• Рекомендовать пациентам использовать в зимнее время противоскользкие накладки на обувь</li> </ul>

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

<sup>2</sup> 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

<sup>3</sup> 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"><li>• Консультация специалиста по нарушениям памяти : <b>консультация гериатра</b> при наличии когнитивных расстройств с декомпенсацией соматической патологии <b>консультация невролога</b> 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 <b>консультация психиатра</b> при наличии аффективно-поведенческих расстройств (неадекватное поведение, галлюцинации, агрессия, возбуждение, апатия, тяжелая депрессия)</li><li>• Регулярная физическая активность ( См. стр.4)</li><li>• Выявление и коррекция сердечно-сосудистых заболеваний (см. стр. 10) и сахарного диабета</li><li>• Выявление и коррекция дефицита витамина B12</li><li>• Когнитивный тренинг<sup>1</sup></li><li>• Профилактика падений (см. стр. 5)</li></ul>

<sup>1</sup>Когнитивный 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	<ul style="list-style-type: none"><li>• Упражнения для тренировки мышц тазового дна<sup>1</sup> при ургентном и /или стрессовом недержании мочи</li><li>• Тренировка мочевого пузыря<sup>2</sup> при ургентном недержании мочи</li><li>• Диетические рекомендации ( уменьшение потребления кофеин-содержащих напитков)</li><li>• Лечение запоров<sup>3</sup></li><li>• Ревизия лекарственных препаратов</li><li>• Консультация гериатра/уролога/гинеколога</li><li>• Обеспечение абсорбирующим бельем</li></ul>

<sup>1</sup> 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

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Направление пациента в территориальные центры социального обслуживания с целью организации досуга, преодоления социальной изоляции</li> <li>• В случае наличия большого депрессивного расстройства и/или суицидальных мыслей - консультация психиатра</li> </ul>
Снижение функциональной активности/трудности при ходьбе, перемещении	Мышечная слабость Заболевания суставов Периферическая нейропатия Поражение головного мозга (ЦВБ, деменция, гидроцефалия, объемные образования)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Регулярная физическая активность (см. стр.4)</li> <li>• Использование вспомогательных устройств при ходьбе (трости, ходунки, кресла-каталки)</li> <li>• Прием витамина Д в дозе не менее 800 МЕ/сут . длительно</li> <li>• Устранение дефицита витамина В12</li> <li>• Протезирование суставов</li> <li>• При необходимости-организация медицинского и социального патронажа</li> </ul>

# Рекомендации по ведению пациентов с ССА /продолжение 5/

Гериатрический синдром	Возможные причины	Рекомендованные мероприятия
Полипрагмазия <sup>1</sup>	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"><li>• Регулярная ревизия лекарственных препаратов, попросить пациента принести ВСЕ лекарства, которые он принимает</li><li>• Назначение лекарственных препаратов строго по показаниям</li><li>• Оценка медикаментозной терапии с учетом совместимости лекарственных препаратов, возможных противопоказаний и побочных эффектов ( критерии Beers – см. приложение 1)</li></ul>

<sup>1</sup> 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 $\geq 140$ мм рт.ст. Целевое АД < 140/90 мм рт.ст. (при СД 140/85 мм рт.ст.)	
$\geq 80$ лет «крепкие»	Начало АГТ при систолическом АД $\geq 160$ 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 <sup>1</sup> до и на фоне АГТ. При выявлении ортостатической гипотонии <sup>2</sup> следует оценивать способствующие ей факторы (сопутствующее лечение, недоедание, обезвоживание)
$\geq 80$ лет «хрупкие»	Индивидуальный подход на основе результатов КГО с определением целевых значений АД и тактики АГТ Систолическое АД $\geq 180$ 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  $\geq 80$  лет

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

<sup>2</sup>Ортостатическая 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  $\geq$  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 тромбозов и 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 CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-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»	<p>Обеспечение максимально высокого качества жизни</p> <p>Снижение заболеваемости и смертности</p> <p>Сохранение функциональности</p> <p>В случае развития зависимости – проведение реабилитационных, адаптивных программ, социальной и медико-социальной поддержки и ухода</p>	<p>Выполнение рекомендаций врача-гериатра</p>
«Прехрупкие»	<p>Предупреждение преждевременного старения</p>	<p>Скрининг по шкале «Возраст не помеха» 1 раз в 6 месяцев</p> <p>Рекомендации по физической активности и рациональному питанию</p> <p>Лечение имеющихся гериатрических синдромов</p> <p>Лечение хронических заболеваний</p>
«Крепкие»	<p>Предупреждение преждевременного старения</p>	<p>Скрининг по шкале «Возраст не помеха» ежегодно</p> <p>Рекомендации по регулярной физической активности и рациональному питанию</p> <p>Лечение хронических заболеваний</p> <p>Формирование психологии активного долголетия</p>