

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

- *Выявление и ведение пациентов со старческой астенией и другими гериатрическими синдромами*
- *Профилактическое консультирование пациентов 65 лет и старше*

ГЕРИАТРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

- многофакторное возраст-ассоциированное клиническое состояние, ухудшающее качество жизни, *повышающее риск неблагоприятных исходов (смерти, зависимости от посторонней помощи, повторных госпитализаций, потребности в долгосрочном уходе) и функциональных нарушений.*

ГЕРИАТРИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

- Старческая астения •
- Деменция. Делирий. Депрессия
- Синдром поведенческих и психических нарушений у пациентов с деменцией
- Остеопороз. • Саркопения. Падение
- Головокружение. Нарушение равновесия
- Сенсорные дефициты (Снижение слуха и зрения)
- Недержание мочи/кала.
- • Недостаточность питания (мальнутриция)
- Обезвоживание
- Хронический болевой синдром

■ **СТАРЧЕСКАЯ АСТЕНИЯ** -

гериатрический синдром, характеризующийся возраст-ассоциированным снижением физиологического резерва и функций многих систем организма, приводящий к повышенной уязвимости организма пожилого человека к воздействию эндо- и экзогенных факторов и *высокому риску развития неблагоприятных исходов для здоровья, потери автономности и смерти.*

- СА считается потенциально *обратимым состоянием*, но чаще прогрессирует, чем регрессирует.
- Синдром СА не является неотъемлемой частью процесса старения, а рассматривается как его неблагоприятный вариант.
- Развитие СА может быть предотвращено, отсрочено или замедленно

- Развитие СА происходит постепенно, однако снижение уровня функциональной активности у пациента с синдромом СА может произойти достаточно быстро.
- В стрессовой ситуации (инфекционный процесс, госпитализация, смена лекарственной терапии и др.) у таких пациентов высока вероятность появления или нарастания зависимости от посторонней помощи, выздоровление и восстановление происходит медленнее, чем у пациентов без СА, и нередко функциональная активность не возвращается к исходному уровню.

- **ФР РАЗВИТИЯ СА**

- Возраст

- низкий уровень физической активности,

- плохое питание,

- депрессия,

- полипрагмазия, социальные факторы (низкий уровень дохода, одинокое проживание, низкий уровень образования)

Кодирование МКБ10

- R54 - Старческий возраст без упоминания о психозе, старость без упоминания о психозе, старческая: астения, слабость.
- **СА указывается в качестве первого сопутствующего состояния, при этом в диагнозе должны быть отражены все выявленные ГС . Старческая астения не может быть единственным выявленным ГС**

- Всем пациентам 60 лет и старше, обратившимся за медицинской помощью, проводится скрининг СА с помощью опросника «Возраст не помеха» 1 раз в год

Скрининговый опросник "Возраст не помеха" для выявления ССА

№ Вопросы	Ответ
1 Похудели ли Вы на ≥ 5 кг за последние 6 мес.* (Вес)	Да/Нет
2 Испытываете ли Вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения Зрения или Слуха?	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

Примечание: * – имеется в виду непреднамеренное снижение веса. Выявление этого синдрома требует анализа клинической ситуации с тщательной оценкой характера питания и онконастороженностью. За каждый ответ "Да" начисляется 1 балл. 3 балла – высоковероятен ССА, показана консультация гериатра с составлением индивидуального плана ведения пациента. 2 балла – вероятен ССА ("преастения"), коррекция выявленных нарушений, при возможности может быть рассмотрено направление к гериатру. 0 баллов – нет ССА.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ

- При диспансеризации следует анализировать результаты анкетирования лиц 65 лет и старше
- Необходимо выявить ранние признаки СА, факторы риска ее развития
- *Каждый ответ на вопросы 19,22,23,24,25,26 – 1 балл*

- Рекомендуется направлять в гериатрический кабинет пациентов с результатом 3-4 балла для выполнения краткой батареи тестов физического функционирования и/или динамометрии и теста Мини-ког с целью уточнения гериатрического статуса и определения показаний для выполнения КГО

При отсутствии возможности направления к гериатру – коррекция выявленных синдромов лечащим врачом

- Рекомендуется направлять в гериатрический кабинет для выполнения КГО пациентов с результатом 5 баллов и более с целью диагностики СА и разработки индивидуального плана ведения

- Лечащий врач наблюдает пациентов со старческой астенией, включая осмотр пациента на дому (не реже 1 посещения в 3 месяца для участковой медицинской сестры и 1 посещения в 6 месяцев для врача), а при необходимости организует консультацию врача-гериатра на дому.

Профилактическое консультирование

- ***Рекомендации по:***
- Регулярной физической активности
- Питанию
- Когнитивному тренингу
- Организации безопасного быта
- Правилам приема лекарственных средств

- ИМТ менее 20кг/кв.м. у пациентов младше 70 лет и менее 22 кг/кв.м. у пациентов старше 70 лет – признаки синдрома недостаточности питания (мальнутриции)

- Общий водный режим - не менее 1,5 литров (с учетом блюд и продуктов рациона), при этом на жидкости в чистом виде должно приходиться не менее 800 мл.
- Достаточное количество свежих овощей и фруктов.
- Ежедневное употребление животного белка (молочные продукты, рыба, курица, говядина)
- Растительные жиры (подсолнечное, оливковое масло) 2 ст. ложки в день
- Потребление поваренной соли не более 5,0 г в сутки
- Рекомендуется увеличение потребления белка до 1,0-1,2 г /кг массы тела в сутки
- При развитии синдрома недостаточности питания энергетическую ценность рациона пациентов следует повышать до 3000 ккал в сутки.

- Для профилактики дефицита витамина D рекомендуется назначать не менее 800-1000 МЕ витамина D или его производных в сутки
- Лечение дефицита витамина D у взрослых рекомендуется начинать с суммарной насыщающей дозы колекальциферола** 400 000 МЕ

- Пациентам со СА не рекомендуется снижение САД ниже 130мм.рт.ст