

KEKSALIK ASTENIYASI: BIRLAMCHI TIBBIY YORDAM SHIFOKORI BU HAQDA NIMANI BILISHI KERAK?

Siyob Abu Ali ibn Sino nomidagi Jamoat salomatligi texnikumi

ISMAILOVA GULJAXAN KALIMBETOVNA

KELDIYAROV FARXOD BAXTIYOROVICH

Annotatsiya

Senil asteniya sindromi (frailty) so'nggi yillarda nafaqat keksa yoshdagi, balki barcha mutaxassisliklar shifokorlari uchun alohida qiziqish uyg'otdi, chunki u keksalik va qarilikda terapevtik, rehabilitatsiya va profilaktika choralarini qo'llashning asosiy nuqtasi bo'lishi mumkin. Senil asteniya-bu dori vositalariga odatlanish va o'lim xavfini oshiradigan kuch, chidamlilik va fiziologik faoliyatning pasayishi bilan tavsiflangan multifaktorial tibbiy sindrom. Qarilik asteniyasining tarqalishi juda xilma-xil bo'lib, epidemiologik tadqiqotlarga kiritilgan odamlarning yoshiga, ularning jinsiga, irqiga, yashash joyiga, shuningdek diagnostika mezonlariga bog'liq. Maqolada qarilik asteniya sindromi va geriatric sindromlarning tarqalishini o'rganish ma'lumotlari keltirilgan. Qarilik asteniyasini tashxislashning klassik Fried mezonlari bo'yicha ham, qarilik asteniyasi shkalasi/indekslari yordamida ham variantlari taklif etilgan.

Аннотация

Синдром старческой астении (frailty) в последние годы стал предметом особого интереса не только гериатров, но и врачей всех специальностей, поскольку может являться основной точкой приложения лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий в пожилом и старческом возрасте. Старческая астения определяется как многофакторный медицинский синдром, характеризующийся снижением силы, выносливости и физиологического функционирования, который повышает риск наступления зависимости и смерти. Распространенность старческой астении варьирует в широких пределах и зависит от возраста людей, включенных в эпидемиологические исследования, их пола, расы, места проживания, а также используемых критериев диагностики. В статье представлены данные изучения распространенности синдрома старческой астении и гериатрических синдромов. Предложены варианты диагностики старческой астении как по классическим критериям Fried, так и с помощью шкал/индексов старческой астении.

Abstract

Senile asthenia syndrome (frailty) in recent years has become the subject of special interest not only for geriatricians, but also for doctors of all specialties, since it can be the main point of application of therapeutic, rehabilitation and preventive measures in the elderly and senile age. Senile asthenia is defined as a multifactorial medical syndrome characterized by a decrease in strength, endurance and physiological functioning, which increases the risk of addiction and death. The prevalence of senile asthenia varies widely and depends on the age of people included in epidemiological studies, their gender, race, place of residence, as well as the diagnostic criteria used. The article presents data on the study of the prevalence of senile asthenia syndrome and geriatric syndromes. Options for the diagnosis of senile asthenia are proposed both according to the classic Fried criteria and using scales/indices of senile asthenia.

Kalit so'zlar: qarilik asteniyasi, "mo'rtlik", keksalar, qarish, keng qamrovli geriatrik baholash, skrining.

Ключевые слова: старческая астения, «хрупкость», пожилые, старение, комплексная гериатрическая оценка, скрининг.

Keywords: senile asthenia, "fragility", the elderly, aging, comprehensive geriatric assessment, screening.

Qarilik asteniyasi (QA) konsepsiyasi (ingl. frailty - "mo'rtlik") 15 yildan sal ko'proq vaqt oldin paydo bo'lgan va tezda geriatriyaning markaziy joylaridan birini egallagan. 2013 yilgi xalqaro ekspertlar konsensusida "harakatga chaqirish" (A Call to Action) qarilik asteniyasi ko'p faktorli tibbiy sindrom deb ta'riflanadi, bu kuch, chidamlilik va fiziologik faoliyatning pasayishini o'z ichiga oladi, bu esa dori vositalariga odatlanish va o'lim xavfini oshiradi. 10-chi qayta ko'rib chiqilgan kasalliklarning xalqaro tasnifida "qarilik asteniyasi" atamasi r-54 kodi ostida ko'rsatilgan. Kexsa odamlarning populyatsiyasi heterojen ekanligi haqidagi tushuncha XX- asrning ikkinchi yarmida paydo bo'lib, kexsa va kexsa yoshdagi aholining umr ko'rish davomiyligi va ulushining o'sishini o'rganadi. Shu vaqt ichida ko'plab tadqiqotchilar yuqori darajadagi "zaiflik" va salbiy natijalar xavfi yuqori bo'lgan bemorlar toifasini belgilashga harakat qilishdi.

"Zaif" toifaga mansublikning turli belgilari taklif qilingan – yoshi va tashqi yordamga bog'liqligidan tortib, ma'lum kasalliklarning mavjudligi yoki muntazam dori terapiyasiga bo'lgan ehtiyojgacha. Kexsa asteniya kontsepsiyasining rivojlanishidagi asosiy bosqichni L. Fried va boshqalarning rivojlanishi qarilik asteniyasining fenotipik modeli, "kardiovaskulyar sog'liqni saqlash tadqiqoti"- 65 va undan katta yoshdagi 5 mingdan ortiq uyda yashovchi insonlarni o'z ichiga olgan

sanatoriy kurort tadqiqoti deb atash mumkin. Ushbu model 5 mezonni o'z ichiga oladi: vazn yo'qotish, siqish kuchi pastligi, charchoqning kuchayishi, yurish tezligining pasayishi va jismoniy faollikning past darajasi. Agar 3 yoki undan ortiq mezon mavjud bo'lsa, keksa asteniya sindromi (KAS) va 1-2 mezon mavjud bo'lsa, preasteniya aniqlanadi. Cardiovascular Health Study asosida KAS va o'lim o'rtasidagi kuchli bog'liqlik aniqlandi, 7 yildan so'ng KAS bilan og'rigan bemorlarning 43%, preasteniya bilan og'rigan bemorlarning 23 % va KA bo'lmagan bemorlarning 12% vafot etdi. Bundan tashqari, Keksalar asteniyasi yiqilish, funktsional faollikning pasayishi va kasalxonaga yotqizish uchun mustaqil xavf omili ekanligini isbotlandi. Deyarli bir vaqtning o'zida K. Rokvud va boshq. kamomadni to'plash modeli yoki Ka indeksi sifatida belgilangan boshqa KA modelini ishlab chiqdi. Mualliflar defitsit deb nomlangan va individual ko'rsatkichlar, sindromlar va kasalliklarni o'z ichiga olgan 70 ta banddan iborat ro'yxatni taklif qilishdi. Ka indeksi kompleks baholash oxirida bemorda mavjud bo'lgan kamchiliklarning ularning umumiy soniga nisbati sifatida hisoblanadi-indeks birlikka qanchalik yaqin bo'lsa, KA shunchalik aniq bo'ladi.

KAning tarqalishi juda xilma-xil bo'lib, epidemiologik tadqiqotlarga kiritilgan odamlarning yoshiga, ularning jinsiga, irqiga, yashash joyiga va ishlatilgan diagnostika mezonlariga bog'liq. 2012-yilda 21 kurort tadqiqoti va 61 mingdan ortiq bemorni o'z ichiga olgan tizimli tekshiruv o'tkazildi: turli mezonlarni hisobga olgan holda, KA tarqalishi 4,0 dan 59,1 gacha bo'lgan. O'rtacha 65 va undan katta yoshdagi uyda yashovchilar orasida KA tarqalishi 10,7%, preasteniya esa 41,6% ni tashkil qiladi. KAS ko'pincha ayollarda tashxis qilinadi va uning tarqalishi yoshga qarab o'sib, 85 va undan katta yoshdagilar orasida 26,1% ga etadi. Qariyalar uylarida yashovchilar orasida KA tarqalishi 52,3% ga etadi. Yoshga qo'shimcha ravishda, KA rivojlanishining xavf omillari orasida ba'zi surunkali kasalliklar, polifarmatsiya, depressiya, jismoniy faollikning past darajasi, ovqatlanish yetishmovchiligi va ijtimoiy omillar – ta'lim va daromadning past darajasi, shuningdek yolg'iz yashash kiradi. KA qarish jarayonining ajralmas qismi emas. Tananing qarishi genetik va epigenetik omillar, shuningdek atrof-muhit omillari ta'sir ko'rsatadigan murakkab mexanizmlarga asoslangan. Qarish molekulyar va uyali shikastlanishlarning to'planishi natijasi hisoblanadi. KA rivojlanishi bir-biriga bog'liq bo'lgan bir nechta tana tizimlarida zarar to'planishining natijasidir. Organlarning faoliyati buzilgan uyali shikastlanishning aniq darajasi noma'lum, ammo ko'plab organ tizimlarida ularning funktsiyalarini qoplash uchun zarur bo'lgan ma'lum fiziologik zaxira mavjud. Qarish jarayonida fiziologik zaxiraning asta-sekin pasayishi kuzatiladi. KA rivojlanishi bilan bu jarayon sezilarli darajada tezlashadi. Natijada, keksa odamlarning salbiy omillar ta'siriga nisbatan zaifligi sezilarli darajada oshadi, masalan, o'tkir kasallik yoki travma, davolash rejimining o'zgarishi yoki jarrohlik aralashuvi. Yoshi va yondosh

kasalliklar mavjudligidan qat'iy nazar, g'ayritabiiy ishlaydigan tizimlar soni va KA rivojlanishi o'rtasidagi bog'liqlik aniqlandi. 3 yoki undan ortiq tizim patologiyasining mavjudligi muhim bo'lib chiqdi. Ehtimol, KA organizmning umumiy fiziologik zahirasi kritik darajaga tushganda rivojlanadi.

"Yosh to'siq emas" so'rovnomasi:

1. So'nggi 6 oy ichida siz 5 kg yoki undan ko'proq vazn yo'qotdingizmi? ha / yo'q
2. Ko'rish yoki eshitish qobiliyatining pasayishi tufayli kundalik hayotingizda cheklovlar bormi? ha / yo'q
- 3 O'tgan yil davomida sizda yiqilish bilan bog'liq jarohatlar bo'lganmi? ha / yo'q
- 4 So'nggi haftalarda o'zingizni g'amgin, qayg'uli yoki xavotirli his qilyapsizmi? (Kayfiyat) ha / yo'q
- 5 Sizda xotira, tushunish, yo'nalish yoki rejalashtirish qobiliyati bilan bog'liq muammolar bormi? ha / yo'q
- 6 Siz siydik tutolmaslikdan aziyat chekasizmi? ha / yo'q
- 7 Uy atrofida yoki tashqarida harakat qilishda qiynalayapsizmi? (100 metrgacha yurish yoki 1 zinapoyaga chiqish) ha / yo'q

Javob " Ha " - 1 ball. baholanadi.

3 yoki undan ko'p ball to'plagan bemor" mo'rt " hisoblanadi.

"Yosh to'siq emas" so'rovnomasini tasdiqlash bo'yicha o'tkazilgan tadqiqot shuni ko'rsatdiki, undan foydalanish nafaqat KA, balki boshqa geriatrik sindromlar – malnutritsiya, hissiy nuqsonlar (ko'rish va eshitish qobiliyatining pasayishi), yiqilish xavfi, depressiya va kognitiv buzilish belgilari, siydik tutolmaslik va harakatchanlikning pasayishi.

Oldini olish va tuzatish

KA bilan og'rigan bemorlarga tibbiy yordam ko'rsatishning asosiy maqsadi o'z-o'ziga xizmat ko'rsatish qobiliyatini, funktsional faolligini va kundalik hayotda tashqi yordamdan mustaqilligini saqlab qolish va tiklash, hayot sifatini yaxshilash va o'limni kamaytirishdir. Harakatga chaqiruv (A Call to action) konsensusida KA sindromini jismoniy mashqlar, oqsil va kaloriya qo'shimchalari, D vitamini va polifarmatsiyani kamaytirish orqali boshqarish imkoniyati e'lon qilingan.

Jismoniy faolligi yuqori bo'lgan qariyalarda keksalik va qarilik davrida KA rivojlanish xavfi 80% ga kam. KA bilan og'rigan keksalar uchun past intensivlikdagi qarshilik mashqlari, kuch mashqlari va multimodal mashg'ulotlar tavsiya etiladi. Aerobik mashg'ulotlar, shuningdek, maksimal kislorod iste'molini yaxshilash va mushak massasini ko'paytirish orqali samaradorlikni ko'rsatdi. "Mo'rtlik oq kitobi" (frailty-dagi oq kitob, 2016) mo'rt qariyalar uchun jismoniy faoliyat bo'yicha quyidagi tavsiyalarni o'z ichiga oladi:

* Haftada 2-3 marta qarshilik mashqlari bajarilishi kerak, shu jumladan 20-30% dan 80% gacha bo'lgan intensivlikdagi 8-12 ta takroriy 2 to'plam.

* Asta-sekin mashqlar dasturiga mushaklarning kuchini yanada samarali yaxshilaydigan va qo'llab-quvvatlaydigan kuch mashqlari ham kiritilishi kerak.

* Kundalik funktsional faollikni oshirish uchun qarshilik va kuch-quvvat mashqlarini kundalik mashg'ulotlar modellashtirilgan mashqlar bilan birlashtirish yaxshidir, masalan, "turish-o'tirish" mashqlari, tandem yurish, zinapoyaga chiqish, tana vaznini bir oyoqdan ikkinchisiga o'tkazish, to'g'ri chiziqli yurish, bir oyoqda muvozanat.

* Aerobik mashqlar tezligi va yo'nalishi o'zgarishi bilan yurish, yugurish yo'lakchasida yurish, zinapoyaga chiqish yoki velosipedda yurishni o'z ichiga olishi kerak.

* Aerobik mashg'ulotlarning davomiyligi dastlabki haftalarda 5-10 daqiqadan boshlanishi mumkin, so'ngra davomiyligi 15-30 daqiqagacha oshishi mumkin.

* Mashqlar nazorat ostida bajarilishi kerak.

Ovqatlanish.

Oziq moddalarni yetarli darajada iste'mol qilmaslik KA va uning asosiy tarkibiy qismlari – sarkopeniya rivojlanishi va funktsional faollikning pasayishi uchun muhim xavf omili bo'lib xizmat qiladi. Keksa odamlarda mushak to'qimasini sintez qilish uchun oziq-ovqat orqali olingan oqsildan foydalanish imkoniyati kamaygan deb taxmin qilinadi, shuning uchun ko'plab tadqiqotchilar kekxa odamlarning oqsil iste'molini kuniga kamida 1,0-1,2 g/kg tana vazniga oshirishni tavsiya qiladilar. Adabiyotda o'tkir yoki surunkali kasalliklarga chalingan kekxa odamlar kuniga 1 kg tana vazniga 1,2–1,5 g protein iste'mol qilishlari kerakligi haqida dalillar mavjud. Bir ovqatda 25-30 g yuqori sifatli protein iste'mol qilish maqbuldir. Proteinning kunlik dozasi kun davomida teng ravishda taqsimlanishi kerak.

Tadqiqot natijalariga ko'ra, kekxa odamlarda bunday miqdordagi oqsilni iste'mol qilish xavfsiz va faqat glomerulyar filtratsiya tezligi pasaygan taqdirda $< 30 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ protein iste'molini cheklash buyrak shikastlanishining rivojlanishini sekinlashtirishi mumkin. Oziq-ovqat oqsili qo'shimchalarini jismoniy faollik bilan birlashtirish KA bilan og'rigan bemorlarda mushak massasini oshirish va jismoniy ko'rsatkichlarni oshirishning eng samarali usuli hisoblanadi.

Polipragmaziya

Kundalik klinik amaliyotda KAning oldini olish va tuzatishning eng muhim usuli bu dori vositalarini kamaytirish va polifarmatsiyaga qarshi kurashdir. Polipragmaziyaning sifat jihatidan ta'rifi mavjud: "bemorga klinik holat talab qilgandan ko'ra ko'proq dori – darmonlarni buyurish" va miqdoriy - "bemorga besh yoki undan ortiq dori-darmonlarni buyurish".

Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati

1. Clegg A. et al. Frailty in elderly people // Lancet. 2013. Vol. 381(9868). P.752–762.
2. Morley J.E. Frailty consensus: a call to action // J. Am. Med. Dir. Assoc. 2013. Vol.14(6). P.392–397.
3. Woodhouse K., Wynne H., Baillie S. et al. Who are the frail elderly? // Q J Med. 1988. Vol. 28. P.505–506.
4. Fried L.P. et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype // J. Gerontol. Med. Sci. 2001. Vol. 56(3). P.146–156.
5. Mitnitski A.B., Mogilner A.J., Rockwood K. Accumulation of deficits as a proxy measure of aging // Scientific World J. 2001. Vol. 1. P.323–336.
6. Collard R.M. Prevalence of frailty in community dwelling older persons: a systematic review // J. Am. Geriatr. Soc. 2012. Vol. 60(8). P.1487–1492.
7. Kojima G. Prevalence of frailty in nursing homes: A systematic review and metaanalysis // J. Am. Med. Dir. Assoc. 2015. Vol.16. P.940–945.
8. Castrejon-Perez R., Borges-Yanez S. Frailty from an oral health point of view // J. Frailty Aging.
9. Heuberger R. A. Nimjon sindromi: keng qamrovli sharh // J. Nutr. Gerontol. Geriatr. 2011. Vol. 30(4). P. 315-368.
10. Hoogendijk E. O. va boshq. Keksa kattalardagi ta'lim darajasi va zaiflik o'rtasidagi bog'liqlikni tushuntirish: Gollandiyada 13 yillik bo'ylama tadqiqot natijalari // Ann. Epidemiol. 2014. Vol. 24(7). P. 538-544.
11. Lang P. O., Mishel J. P., zekri D. zaif sindromi: dinamik jarayonda o'tish holati // gerontologiya. 2009. Vol. 55(5). P. 539-549.
12. Qovurilgan lp, Xue ql, Cappola A. R. va boshq. Keksa ayollarda zaiflik bilan bog'liq chiziqli bo'lmagan ko'p tizimli fiziologik regulyatsiya: etiologiya va davolash uchun ta'siri // J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2009. Vol. 64(10). P. 1049-1057.