МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. ПИРОГОВА МИНЗДРАВА РОССИИ
(ПИРОГОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ)
ОСП РОССИЙСКИЙ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИЙ НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
ФГБУ НМИЦ ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ МИНЗДРАВА РОССИИ
РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ГЕРОНТОЛОГОВ И ГЕРИАТРОВ
РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ПО ПРОФИЛАКТИКЕ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

«УТВЕРЖДАЮ»

академик РАН, профессор,
директор ФГБУ «НМИЦ ТПМ»
Минздрава России,
главный внештатный специалист по
терапии и общей врачебной практике
Минздрава России

_____ О.М. Драпкина

«____» _____ 2025 г.

«УТВЕРЖДАЮ»

член-корр. РАН, профессор,
директор ОСП Российский
геронтологический научно-клинический
центр ФГАОУ ВО РНИМУ
им. Н.И. Пирогова Минздрава России,
главный внештатный специалист гериатр
Минздрава России

_____ О.Н. Ткачева

«____» _____ 2025 г.

ВЫЯВЛЕНИЕ И ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ СО СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИЕЙ И ДРУГИМИ ГЕРИАТРИЧЕСКИМИ СИНДРОМАМИ В УСЛОВИЯХ ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКИХ ПУНКТОВ

Методические рекомендации

Москва, 2025

Министерство здравоохранения
Свердловской области
27.06.2025
Вх.№ 18063

УДК 614.2
616.1/.9
ББК 5.57.4

Авторы: Ткачева О.Н., Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Котовская Ю.В., Рунихина Н.К., Бернс С.А., Дудинская Е.Н., Жамалов Л.М., Иванова Е.С., Малая И.П., Мхитарян Э.А., Наумов А.В., Остапенко В.С., Савченко Е.Д., Соломянник И.А., Шарашкина Н.В., Шепель Р.Н.

Рецензент: член-корр. РАН, проф., д.м.н. Г.П. Арутюнов.

Для цитирования: Ткачева О.Н., Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Котовская Ю.В., Рунихина Н.К., Бернс С.А., Дудинская Е.Н., Жамалов Л.М., Иванова Е.С., Малая И.П., Мхитарян Э.А., Наумов А.В., Остапенко В.С., Савченко Е.Д., Соломянник И.А., Шарашкина Н.В., Шепель Р.Н. Выявление и ведение старческой астении и других гериатрических синдромов в условиях фельдшерско-акушерских пунктов. Методические рекомендации.

Аннотация
Методические рекомендации подготовлены на основании клинических рекомендаций «Старческая астения». Содержат информацию по скринингу и ведению пациентов пожилого и старческого возраста с целью профилактики развития и лечения старческой астении и других гериатрических синдромов при оказании медицинской помощи в условиях фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского пункта, фельдшерского здравпункта). Методические рекомендации содержат материалы для пациентов и наглядные материалы по вопросам здорового старения, профилактике и лечению основных гериатрических синдромов.

Авторский коллектив:

Ткачева Ольга Николаевна – директор ОСП Российский геронтологический научно-клинический центр ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), президент Российской ассоциации геронтологов и гериатров, главный внештатный специалист гериатр Минздрава России, заведующий кафедрой болезней старения ФДПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор.

Драпкина Оксана Михайловна – директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, заведующий кафедрой терапии и профилактической медицины ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, академик РАН, д.м.н., профессор.

Дроздова Любовь Юрьевна – руководитель лаборатории поликлинической терапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, к.м.н.

Котовская Юлия Викторовна – заместитель директора по научной работе ОСП Российский геронтологический научно-клинический центр ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), начальник управления Национального медицинского исследовательского центра по профилю «гериатрия» ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), д.м.н., профессор

Рунихина Надежда Константиновна – заместитель директора по гериатрии ОСП Российский геронтологический научно-клинический центр ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), д.м.н., профессор.

Бернс С.А. – руководитель отдела изучения патогенетических аспектов старения, заведующий кафедрой терапии и общей врачебной практики с курсом гастроэнтерологии Института профессионального образования и аккредитации ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, д.м.н., профессор.

Дудинская Екатерина Наильевна – заведующий лабораторией возрастных метаболических и эндокринных нарушений ОСП Российский геронтологический научно-клинический центр ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), профессор кафедры болезней старения ФДПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, д.м.н.

Жамалов Линар Маратович – врач-методист отдела мониторинга организации медицинской помощи Центра организационно-методического управления и анализа качества оказания медицинской помощи в регионах, ассистент кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения Института профессионального образования и аккредитации ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, ассистент кафедры внутренних болезней и семейной медицины ДПО ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Иванова Екатерина Сергеевна – руководитель отдела координации профилактики и укрепления общественного здоровья в регионах ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, руководитель Федерального Центра здоровья, к.м.н.

Малая Ирина Павловна – заведующий лабораторией изучение геропротекторов и клинических исследований ОСП Российский геронтологический научно-клинический центр ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), к.м.н.

Мхитарян Элен Араиковна – заведующий лабораторией нейрогериатрии ОСП Российский геронтологический научно-клинический центр ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), доцент кафедры болезней старения ФДПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, к.м.н.

Наумов Антон Вячеславович – заведующий лабораторией заболеваний костно-мышечной системы ОСП Российский геронтологический научно-клинический центр ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), профессор кафедры болезней старения ФДПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, д.м.н., профессор

Остапенко Валентина Сергеевна – заведующий отделением гериатрии ОСП Российский геронтологический научно-клинический центр ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), доцент кафедры болезней старения ФДПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, к.м.н.

Савченко Екатерина Дмитриевна – ведущий научный сотрудник отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Института профессионального образования и аккредитации ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, к.м.н.

Соломянник Ирина Анатольевна – заместитель начальника управления Национального медицинского исследовательского центра по профилю «гериатрия» ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), к.м.н.

Шарашкина Н.В. – заведующий лабораторией общей гериатрии ОСП Российский геронтологический научно-клинический центр ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), заведующий отделением амбулаторной гериатрии ОСП Российский геронтологический научно-клинический центр ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), к.м.н.

Шепель Руслан Николаевич – заместитель директора по перспективному развитию медицинской деятельности ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, к.м.н.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение…….. 6

Алгоритм диагностики и ведения старческой астении…….. 7

Действия фельдшера фельдшерско-акушерского пункта и профилактическое консультирование при выявлении гериатрических синдромов по данным опросника «Возраст не помеха»…….. 8

Профилактика и лечение старческой астении и других гериатрических синдромов 20

Тактика ведения пациентов со старческой астенией и сопутствующими хроническими неинфекционными заболеваниями, а также факторами риска их развития…… 24

Приложение 1. Материалы для пациентов……. 29

Приложение 2. Наглядные материалы для размещения в медицинских организациях…….. 32

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АГ – артериальная гипертония

АД – артериальное давление

ДАД – диастолическое артериальное давление

ДОГВН – диспансеризация определенных групп взрослого населения

СА – старческая астения

САД – систолическое артериальное давление

ХС-ЛНП – холестерин липопротеидов низкой плотности

ВВЕДЕНИЕ

Старческая астения (СА) – ключевой 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, с высоким риском развития неблагоприятных исходов для здоровья, потери автономности и смерти.

Гериатрический синдром – многофакторное возраст-ассоциированное клиническое состояние, ухудшающее качество жизни, повышающее риск неблагоприятных исходов (функциональных нарушений, повторных госпитализаций, потребности в долгосрочном уходе, зависимости от посторонней помощи, смерти). В отличие от традиционного клинического синдрома, гериатрический синдром не является проявлением патологии одного органа или системы организма, а отражает комплекс изменений в нескольких системах. Возникновение одного гериатрического синдрома повышает риск развития других гериатрических синдромов.

К гериатрическим синдромам относятся: старческая астения, падения, деменция, делирий, остеопороз, саркопения, недостаточность питания (мальнутриция), недержание мочи/кала, депрессия, хронический болевой синдром, функциональные нарушения, снижение мобильности, нарушение равновесия, головокружение, ортостатический синдром (ортостатическая гипотония, ортостатическая тахикардия с симптомами или без них), сенсорные дефициты (снижение зрения, снижение слуха), констипационный синдром, дегидратация, синдром поведенческих и психических нарушений у пациентов с деменцией и другие.

Ключевые положения

- Синдром СА усугубляет течение и повышает риск неблагоприятных исходов всех заболеваний (риск госпитализации, утраты автономности, смерти).
- Синдром СА тесно связан с другими гериатрическими синдромами и полиморбидностью, может быть потенциально обратим/замедлен и влияет на тактику ведения пациента.
- Меры, направленные на коррекцию СА и других гериатрических синдромов, улучшают прогноз пожилого пациента (снижение риска госпитализаций и смерти, улучшение качества жизни) во многих клинических ситуациях, включая лечение сердечной недостаточности и других сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, после хирургического лечения (в том числе, заболеваний сердечно-сосудистой и костно-мышечной системы).
- Своевременное и адекватное лечение заболеваний, ассоциированных с СА (сердечно-сосудистых, заболеваний дыхательной системы, суставов, сахарного диабета, хронической болезни почек и др.), коррекция отдельных гериатрических синдромов (снижения зрения, слуха, недостаточности питания, саркопении, падений, недержания мочи, когнитивных нарушений и др.) может предотвратить или замедлить прогрессирование СА.
- Тяжесть СА характеризует функциональное состояние пациента, в том числе зависимость от посторонней помощи, уязвимость к воздействию стрессовых факторов (инфекционный процесс, госпитализация, смена лекарственной терапии и др.). У пациентов с СА 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.

- СА повышает риск нежелательных явлений лекарственной терапии, в том числе той, которая хорошо переносилась и была безопасна многие годы до развития старческой астении.
- Пациенты с синдромом СА практически не представлены в рандомизированных клинических исследованиях. Развитие СА требует адаптации терапевтических стратегий и целевых уровней артериального давления (АД), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛНП), гликированного гемоглобина, индекса массы тела.
- Ведение пациента с СА основано на принципах мультидисциплинарной команды, включающей врача-терапевта, врача-гериатра и других специалистов в зависимости от выявленных гериатрических синдромов и заболеваний.

Код по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10): R54 – Старческий возраст без упоминания о психозе; старость без упоминания о психозе; старческая: астения, слабость. При формулировке клинического диагноза старческая астения указывается в качестве первого сопутствующего состояния, при этом в диагнозе должны быть отражены все выявленные гериатрические синдромы. Старческая астения не может быть единственным выявленным гериатрическим синдромом.

Методические рекомендации разработаны на основе клинических рекомендаций «Старческая астения»[1] и предназначены для фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов/фельдшерских пунктов/фельдшерских здравпунктов (далее – ФАП).

Цель методических рекомендаций – предоставить базовые знания по вопросам профилактики, диагностики и ведения СА на ФАП (в том числе во взаимодействии с врачом-гериатром).

Для повышения осведомленности пожилых людей о методах профилактики и лечения гериатрических синдромов рекомендуется использовать наглядные материалы (плакаты) и выдавать печатные материалы для пациентов (Приложения 1, 2).

[1] Клинические рекомендации «Старческая астения», разработанные Общероссийской общественной организацией «Российская ассоциация геронтологов и гериатров» и утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации в 2024 г. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/613_2 (дата обращения 20.05.2025)

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ВЕДЕНИЯ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ

Ключевые положения

- При обращении пациента в возрасте 60 лет и старше в ФАП, вне зависимости от цели обращения (по заболеванию или с впервые возникшими жалобами), а также с подозрением (выявлением) СА по результатам ДОГВН, фельдшером проводится оценка состояния пациента с использованием шкалы «Возраст не помеха».
- Скрининг СА с использованием шкалы «Возраст не помеха» проводится 1 раз год.
- Для интерпретации скрининга СА фельдшер ФАП направляет пациента к врачу-терапевту (врачу общей практики (семейному врачу), врачу-терапевту участковому).
- Интерпретация скрининга СА проводится фельдшером ФАП при наличии возложения на него отдельных функций лечащего врача в соответствии с действующим нормативным правовым регулированием.
- Пациент с результатом скрининга по опроснику «Возраст не помеха» 5-7 баллов направляется к врачу-гериатру для выполнения комплексной гериатрической оценки с целью диагностики СА и разработки индивидуального плана ведения пациента.
- Врач-терапевт/врач общей практики (семейный врач), а также фельдшер ФАП (в случае возложения на него отдельных функций лечащего врача) проводит коррекцию выявленных гериатрических синдромов при необходимости с направлением на консультацию других врачей-специалистов с целью профилактики/замедления развития СА у пациентов с результатом 1-4 балла по скрининговому опроснику «Возраст не помеха» или при отсутствии возможности направления к врачу-гериатру пациентов с результатом 5 баллов и более.
- Фельдшер ФАП выполняет индивидуальный план лечения пациента с СА, разработанный с учетом рекомендаций врача-гериатра.
- Наблюдение пациентов со старческой астенией, включая осмотр пациента на дому проводится не реже 1 посещения в 3 месяца для медицинской сестры участковой и 1 посещения в 6 месяцев для врача-терапевта/врача общей практики (семейного врача), а также фельдшера ФАП (в случае возложения на него отдельных функций лечащего врача).
- В процессе оказания плановой медицинской помощи принимается решение о необходимости дообследования пациента для уточнения диагноза и определения тактики лечения, в том числе с применением телемедицинских консультаций (далее – ТМК). При необходимости фельдшер организует консультацию (в т.ч. ТМК) врачей-специалистов, врача-гериатра, врача по медицинской реабилитации, врача по лечебной физкультуре, врача-физиотерапевта, иных специалистов. Для выполнения отдельных видов исследований, а также для организации проведения консультации врачей-специалистов пациент направляется в поликлиническое отделение ГБ/ЦРБ/РБ.
- Развитие СА требует адаптации терапевтических стратегий и целевых уровней АД, ХС-ЛНП, гликированного гемоглобина, индекса массы тела.
- Опросник «Возраст не помеха» позволяет выявить гериатрические синдромы, для коррекции которых пациент может быть маршрутизирован к соответствующим врачам специалистам, в том числе в рамках второго этапа диспансеризации.
- При отсутствии подтверждения (выявления) старческой астении на этапе обращения (оказания медицинской помощи) в МО, пациенту рекомендуется прохождение ДОГВН

в соответствии с периодичностью, регламентированной действующим Порядком проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения.

ДЕЙСТВИЯ ФЕЛЬДШЕРА ФАП И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ ПО ДАННЫМ ОПРОСНИКА «ВОЗРАСТ НЕ ПОМЕХА»[2]

Ответ ДА на вопрос шкалы «Возраст не помеха»: «Похудели ли Вы на 5 кг и более за последние 6 месяцев?»

Вероятные гериатрические синдромы

- Синдром снижения массы тела вследствие недостаточности питания;
- Саркопения;
- Социальная изоляция;
- Вероятная депрессия (особенно при положительном ответе на вопрос «Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель?»).

Причины

- ***Медицинские*:** отсутствие аппетита, изменения вкусового и обонятельного рецепторных аппаратов, побочные эффекты лекарственных препаратов, предшествующее назначение низкокалорийной диеты, проблемы с жеванием, адентия, неадекватные протезы, заболевания полости рта, дисфагия, снижение физической активности, нарушения функционирования верхних конечностей, ограниченная мобильность, онкологические заболевания, острые и хронические заболевания/травмы, болевой синдром, снижение инструментальной активности и др.
- ***Психоэмоциональные***: депрессия, нарушение когнитивных функций.
- ***Социальные*:** низкий уровень дохода, социальная изоляция, соблюдение религиозного поста.
- При анализе причин снижения массы тела учесть вероятность онкологического заболевания.

Что делать?

- **Анализ вероятных причин** для определения показаний для консультации врача-эндокринолога, врача-диетолога, врача-гастроэнтеролога, врача-онколога, врача-гериатра, врача-стоматолога.
- **Коррекции выявленных причин** (например, зубопротезирование).
- **Рекомендации по рациональному питанию в пожилом возрасте**: энергетическая ценность рациона питания для лиц старше 65 лет должна составлять 1600 ккал/сут. для женщин и 1800 ккал/сут. для мужчин. Режим питания должен обязательно включать три основных приема пищи (завтрак, обед и ужин), которые могут быть дополнены двумя дополнительными (с учетом заболеваний или режима дня). Общий водный режим составляет не менее 1,5 л (с учетом блюд и продуктов рациона), при этом на питьевой режим в чистом виде должно приходиться не менее 800 мл. Потребность в белке у пожилого человека выше, чем у людей молодого и среднего возраста и составляет 1-1,2 г/кг массы тела/сут. с пропорцией 1:1 между животными и растительными белками.

[2] В случае возложения на фельдшера ФАП отдельных функций лечащего врача, в порядке, установленном приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российского Федерации от 23.03.2012 № 252н (ред. от 31.10.2017) «Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28.04.2012, регистрационный № 23971. СПС Консультант Плюс, https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=287498, дата обращения 10.06.2025).

- **Консультация врача-гериатра при подозрении на наличие недостаточности питания** (снижение массы тела >5% в течение предшествующих 6 мес. или >10% за период более 6 месяцев и/или индекс массы тела <20 кг/м^2 если пациент младше 70 лет/ <22 кг/м^2 если пациент старше 70 лет (для лиц азиатской расы: <18.5 кг/м^2 если пациент младше 70 лет/<20 кг/м^2 если пациент старше 70 лет) для дальнейшей диагностики недостаточности питания и решения вопроса о назначении нутритивной поддержки (сипингов)**.**
- **Направление информации в социальные службы** при необходимости помощи в приобретении продуктов питания.

Профилактическое консультирование

- Дать рекомендации по физической активности и питанию.

Клинические рекомендации

- Старческая астения https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/613_2;
- Недостаточность питания (мальнутриция) у пациентов пожилого и старческого возраста https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/615_2.

Ответ ДА на вопрос шкалы «Возраст не помеха»: «Испытываете ли Вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения или слуха?»

Вероятные гериатрические синдромы

- Снижение зрения;
- Снижение слуха.

Маршрутизация

- Врач-офтальмолог;
- Врач-оториноларинголог (сурдолог).

Ответ ДА на вопрос шкалы «Возраст не помеха»: «Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель?»

Вероятные гериатрические синдромы

- Депрессия;
- Тревога.

Что делать?

- **Анализ лекарственных назначений** на предмет нежелательных явлений лекарственных препаратов.

Маршрутизация

- Врач-невролог или врач-гериатр;
- Врач-психиатр (по показаниям).

Ответ ДА на вопрос шкалы «Возраст не помеха»: «Испытываете ли Вы трудности при перемещении по дому или на улице (ходьба до 100 метров или подъем на 1 лестничный пролет)?»

Вероятный гериатрический синдром

- Снижение мобильности;
- Возможное проявление начала утраты автономности.

Причины

- Многофакторный гериатрический синдром, потенциально связанный с хроническими неинфекционными заболеваниями (заболевания костно-мышечной системы, заболевания сердечно-сосудистой системы, заболевания нервной системы, перенесенный инсульт, и др.), полиморбидностью, саркопенией, хроническим болевым синдромом, когнитивными нарушениями, сенсорными дефицитами.

Что делать?

- Анализ тяжести и качества контроля имеющихся заболеваний, при необходимости – коррекция их лечения.
- Оценка потребности во вспомогательных средствах.
- Оценка потребности в социальной помощи.
- Коррекция других выявленных гериатрических синдромов (во взаимодействии с врачом-гериатром и другими врачами-специалистами).

Маршрутизация

- Врач-гериатр (при вероятной старческой астении).

Профилактическое консультирование

- Регулярная физическая активность;
- Использование вспомогательных устройств при ходьбе (трости, ходунки, кресла-каталки).

Клинические рекомендации

- Старческая астения https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/613_2;
- Падения у пациентов пожилого и старческого возраста https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/600_2 ;
- Когнитивные расстройства у пациентов пожилого и старческого возраста https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/617_5;
- Хроническая боль у пациентов пожилого и старческого возраста https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/616_1;
- Недостаточность питания (мальнутриция) у пациентов пожилого и старческого возраста https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/615_2;
- Недержание мочи https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/8_2;
- Клинические рекомендации по заболеваниям, имеющимся у пациента с учетом особенностей ведения пациента пожилого возраста https://cr.minzdrav.gov.ru.

Ответ ДА на вопрос шкалы «Возраст не помеха»: «Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?»

Вероятные гериатрические синдромы

- Когнитивное расстройство.

Причины

- Хроническая ишемия головного мозга;
- Болезнь Альцгеймера.

Что делать?

Целесообразно выполнение теста Мини-Ког

Шаг 1. Проинструктируйте пациента: «Повторите три слова: лимон, ключ, шар». Слова должны произноситься максимально четко и разборчиво, со скоростью 1 слово в секунду. После того как пациент повторил все три слова, попросите его: «Запомните эти слова. Повторите их еще один раз». Добиваемся того, чтобы пациент самостоятельно вспомнил все три слова. При необходимости повторяем ему слова до 5 раз.

Шаг 2. Проинструктируйте пациента: «Нарисуйте, пожалуйста, круглые часы с цифрами на циферблате и со стрелками. Все цифры должны стоять на своих местах, а стрелки должны указывать на 13:45». Пациент должен самостоятельно нарисовать круг, расставить цифры, изобразить стрелки. Подсказки не допускаются. Пациент не должен смотреть на реальные часы у себя на руке или на стене. Вместо 13:45 можно попросить поставить стрелки на любое другое время.

Шаг 3. Проинструктируйте пациента: «Теперь давайте вспомним три слова, которые мы учили в начале». Если пациент самостоятельно не может вспомнить слова, можно предложить подсказку. Например: «Вы запоминали еще какой-то фрукт… инструмент… геометрическую фигуру»

Ключ (интерпретация): пациент получает по одному баллу за каждое слово, повторенное без подсказки (всего 0-3 балла). Результат теста рисования часов может составлять от 0 до 2 баллов: 1 балл – все цифры расставлены в правильном порядке и приблизительно на то место, которое они занимают на циферблате; 1 балл – стрелки указывают правильное время; длина стрелок (часовая, минутная) не оценивается. Неспособность или отказ нарисовать часы – 0 баллов. Таким образом, общий результат составляет от 0 до 5 баллов. Если набрано менее 3 баллов, это основание предположить деменцию. Результат менее 4 баллов свидетельствует о необходимости более глубокого обследования когнитивных функций.

Маршрутизация

- При результате теста Мини-Ког менее 4 баллов – врач-невролог, врач-гериатр, врач-психиатр.

Анализ контроля факторов риска, наиболее значимых для состояния когнитивных функций (АГ, дислипидемия, СД), коррекция терапии при необходимости.

Профилактическое консультирование

- Когнитивный тренинг (выполнение упражнений, направленных на тренировку когнитивных функции. например заучивание стихов, решение логических задач, разгадывание кроссвордов, изучение иностранных языков и т.д.);
- Регулярная физическая активность.

Клинические рекомендации

- Старческая астения https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/613_2;
- Когнитивные расстройства у пациентов пожилого и старческого возраста https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/617_5.

Ответ ДА на вопрос шкалы «Возраст не помеха»: «Страдаете ли Вы недержанием мочи?»

Вероятный гериатрический синдром

- Нарушение мочеиспускания (недержание мочи).

Причины

- Ургентное недержание мочи.
- Стрессовое недержание мочи.
- Недержание мочи при переполнении мочевого пузыря.
- Смешанное недержание мочи.
- Обструкция мочевыводящих путей (доброкачественная гиперплазия предстательной железы).

Что делать?

- **Дополнительный опрос для оценки типа нарушения мочеиспускания и маршрутизации пациента:**

1. Бывает ли у Вас ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря после мочеиспускания?
2. Имеется ли у Вас прерывистое мочеиспускание?
3. Бывает ли у Вас слабая струя мочи?
4. Бывает ли, что Вам приходится натуживаться, чтобы начать мочеиспускание?
5. Бывает ли у Вас потеря мочи при физическом напряжении?
6. Бывает ли у Вас потребность мочиться раньше, чем через 2 часа после последнего мочеиспускания?
7. Бывает ли Вам трудно временно воздерживаться от мочеиспускания?
8. Встаете ли Вы с постели чаще одного раза, чтобы помочиться после того, как легли спать, до момента, когда вам приходится вставать утром?
9. Имеет ли место постоянное недержание (упускание, подтекание) мочи между мочеиспусканиями?

Маршрутизация

- *Ответ «ДА» на вопросы 1-4 (указывают на возможную обструкцию мочевыводящих путей), 5 и 9 (признаки стрессового недержания мочи)* – направить к врачу-урологу (при ответе ДА на вопрос 5 для женщин возможна консультация врача-акушера-гинеколога).
- *Ответ «ДА» на вопросы 6-8* – направить на ультразвуковое исследование с определением объема остаточной мочи. При наличии остаточной мочи в объеме более 100 мл –

консультация врача-уролога. При наличии остаточной мочи в объеме менее 100 мл – показано назначение мирабегрона 50 мг 1 раз в сутки, консультация врача-уролога в плановом порядке.

Профилактическое консультирование

- Информирование о современных возможностях коррекции СА путем назначения лекарственной терапии или хирургического лечения.

Клинические рекомендации

- Старческая астения https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/613_2;
- Недержание мочи https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/8_2.

Ответ ДА на вопрос шкалы «Возраст не помеха»: «Были ли у Вас в течение последнего года травмы, связанные с падением, или падения без травм?»

Гериатрический синдром

- Падения.

Причины: падения – многофакторный гериатрический синдром.

Факторы, участвующие в этиопатогенезе падений у пациентов пожилого и старческого возраста и причины падений

Биологические факторы		
Физиологические возраст-ассоциированные изменения	Зрение	• Снижение остроты зрения, особенно в вечернее время и ночью • Пресбиопия • Нарушения аккомодации • Снижение способности различать цвета • Снижение переносимости яркого света
	Слух	• Снижение восприятия звука различных частот и на различном расстоянии • Снижение способности различать голоса при разговоре • Снижение восприятия тонов
	Центральная нервная система	• Снижение тактильной, вибрационной и температурной чувствительности • Увеличение нестабильности при ходьбе и стоянии • Нарушение моторного ответа с замедлением реакции • Вестибулярные нарушения • Нарушения равновесия
	Костно-мышечная система	• Снижение мышечной силы • Снижение объема движений в суставах

Патологические состояния, предрасполагающие к падениям	Нервная система	• Деменция • Инсульт и его последствия • Транзиторная ишемическая атака • Болезнь Паркинсона и паркинсонизм • Делирий • Синдром гиперчувствительность каротидного синуса • Головокружения • Вестибулярные нарушения • Эпилепсия
	Сердечно-сосудистая система	• Инфаркт миокарда • Ортостатическая гипотония • Нарушения сердечного ритма • Заболевания клапанов сердца • Постпрандиальные синкопальные состояния
	Эндокринные нарушения и нарушения гомеостаза	• Гипогликемия • Заболевания щитовидной железы (гипотиреоз) • Анемия • Гипокальциемия • Гипо- и гипернатриемия • Дегидратация • Гипервентиляция
	Пищеварительная система	• Желудочно-кишечное-кровотечение • Диарея
	Мочеполовая система	• Гипотония/синкопальные состояния, ассоциированные с никтурией • Недержание мочи
	Костно-мышечная система	• Саркопения • Дегенеративные изменения суставов • Деформации позвоночника • Остеопороз • Низкоэнергетические переломы • Миопатии
	Психоэмоциональные нарушения	• Депрессия • Тревога • Страх падений
	Ятрогенные факторы	• Полипрагмазия • Иммобилизация

Поведенческие факторы	
Вредные привычки и поведение	• Избыточное потребление алкоголя • Недостаточная физическая активность • Курение • Прием большого числа лекарств, в том числе, безрецептурных препаратов
Внешние факторы	
Факторы окружающей среды, создающие условия для падения	• Ступеньки, их недостаточная ширина • Препятствия на пути человека (посторонние предметы, провода, пороги и т.д.) • Скользкая поверхность пола • Отсутствие поручней • Недостаточное освещение в квартире или доме • Неадекватная мебель (высокая кровать, неустойчивый стул и т.д.) • Планировка здания • Выбоины на тротуаре • Неудобная обувь
Социально-экономические факторы	• Социальная изоляция • Одинокое проживание • Финансовые проблемы

Что делать?

- Оценивать риск падений при каждом контакте с пациентом путем получения ответа на следующие вопросы (любой ответ «ДА» – высокий риск падений, необходим анализ причин):
    1) *Были ли у Вас в течение последнего года травмы, связанные с падением, или падения без травм после предыдущего визита?*
    2) *Чувствуете ли Вы неустойчивость, когда встаете или идете?*
    3) *Боитесь ли Вы падения?*
- Проанализировать возможные причины падений.
- Оценить нарушения походки.
- Оценить наличие и качество коррекции сенсорных дефицитов.
- Оценить наличие ортостатической гипотонии.
- Проанализировать лекарственные назначения с акцентом на риск падений (антихолинергическая нагрузка, гипотония, центральные эффекты лекарственных препаратов).
- Диагностика и лечение остеопороза: оценить анамнез переломов, осложняющих остеопороз, 10-летний риск переломов по алгоритму FRAX (https://frax.shef.ac.uk/FRAX/tool.aspx?lang=rs), назначить антиостеопоротическую терапию при наличии показаний.
- Дать пациенту общие и дифференцированные (в зависимости от выявленных факторов, ассоциированных с падениями) рекомендации по профилактике падений.

Общие и дифференцированные меры профилактики падений

<table>
<tr><th colspan="2">Общие меры по профилактике усугубления риска падений/профилактике падений</th></tr>
<tr><td colspan="2">
• Образовательные материалы для пациентов по профилактике падений
• Физическая активность не менее 150 мин в неделю
• Физические упражнения на тренировку равновесия, мышечной силы и выносливости
• Ежегодная проверка зрения и его коррекция при необходимости
• Ежегодная проверка слуха и его коррекция при необходимости
• Когнитивный тренинг
• Питание с достаточным содержанием белка
• Организация безопасного быта
• Подбор обуви
• Коррекция медикаментозной терапии для минимизации полипрагмазии и исключения приема препаратов, повышающих риск падений (производных бензодиазепина, антипсихотических средств и др.)
</td></tr>
<tr><th colspan="2">Дифференцированные индивидуальные меры профилактики падений в зависимости от выявленных факторов</th></tr>
<tr><th>Фактор риска</th><th>Меры</th></tr>
<tr><td>Нарушения сердечного ритма и проводимости, которые могут стать причиной падений</td><td>Консультация врача-кардиолога для определения стратегии коррекции (медикаментозное лечение, установка искусственных водителей ритма и т.д.)</td></tr>
<tr><td>Гемодинамически значимый стеноз сонной артерии</td><td>Консультация врача-сердечно-сосудистого хирурга для решения вопроса о хирургическом лечении</td></tr>
<tr><td>Тяжелый стеноз аортального клапана</td><td>Консультация врача-сердечно-сосудистого хирурга для решения вопроса о хирургическом лечении</td></tr>
<tr><td>Хроническая сердечная недостаточность</td><td>Лечение сердечной недостаточности в соответствии с клиническими рекомендациями для достижения стабильной компенсации.
При необходимости – консультация врача-кардиолога</td></tr>
<tr><td>Артериальная гипертония</td><td>У пациентов без старческой астении:
• достижение и поддержание целевого САД 130-140 мм рт.ст.
• Не снижать САД менее 120 мм рт.ст.
• Избегать назначения 3 и более антигипертензивных средств
• Контроль на предмет ортостатической гипотонии
У пациентов со старческой астенией:
• Консультация врача-гериатра для определения целевого уровня САД
• Не снижать САД менее 120 мм рт.ст.
• Избегать назначения 3 и более антигипертензивных препаратов
• Контроль на предмет ортостатической гипотонии
• Рассмотреть возможность уменьшения интенсивности антигипертензивной терапии при ухудшении гериатрического статуса</td></tr>
<tr><td>Ортостатическая гипотония</td><td>• Пересмотр лекарственных назначений с целью оценки лекарственных причин ортостатической гипотонии, в том числе, связанных с антигипертензивной терапией
• Коррекция лекарственных назначений</td></tr>
</table>

	• Рекомендовать пациенту достаточное потребление жидкости, сон с приподнятым головным концом (10^0), компрессионное белье, физические упражнения для повышения АД в ортостазе (см. Приложение)
Сахарный диабет	• Избегать снижения HbA1c менее 7% • Консультация врача-эндокринолога при необходимости коррекции лечения
Низкий индекс массы тела, недостаточность питания	• Консультация врача-диетолога для нутриционной поддержки и восстановления массы тела
Нарушения равновесия	• Физические упражнения для тренировки равновесия • Консультация врача-невролога
Анемия	• Коррекция анемии
Головокружения	• Консультация врача-невролога
Легкие когнитивные нарушения	• Когнитивный тренинг
Умеренные когнитивные нарушения	• Когнитивный тренинг • Консультация врача-гериатра, врача-невролога, врача-психиатра для решения вопроса о противодементной терапии и совместного наблюдения
Деменция	• Консультация врача-невролога, врача-психиатра
Депрессия	• Консультация врача-невролога, врача-психиатра
Страх падения	• Консультация медицинского психолога
Хроническая боль	• Лечение болевого синдрома • При необходимости – консультация врача-невролога, врача-травматолога-ортопеда, врача-эндокринолога
Нарушения походки	• Консультация врача-невролога, врача-травматолога-ортопеда для клинической оценки походки и определение специфических методов коррекции нарушений
Проблемы со стопой	• Рекомендовать ношение ортопедической обуви, стелек • При необходимости – консультация врача-травматолога-ортопеда, врача-невролога, врача-эндокринолога, при возможности – направление в кабинет диабетической стопы
Недержание мочи	• См. выше
Нарушения сна	• Немедикаментозные меры коррекции сна: прогулки перед сном, отказ от просмотра телевизора и гаджетов, проветривание помещений перед сном • При необходимости – консультация врача-сомнолога
Синдром апноэ во сне	• Направление на полисомнографию • Консультация врача-сомнолога для подбора метода коррекции
Использование технических средств реабилитации	• Подбор технических средств реабилитации (трость, ходунки и др.) врачом-терапевтом, врачом-травматологом-ортопедом, специалистом по медицинской реабилитации

Маршрутизация

- Врач-гериатр при наличии показаний (повторные падения в течение года, вероятная старческая астения);
- Врачи-специалисты в зависимости от выявленных потенциально устранимых факторов риска падений.

Профилактическое консультирование

- Рекомендации по организации безопасного быта;
- Обратить внимание на правильный подбор обуви для дома (нескользкая подошва, обязательны задники) и улицы (соответствие размера, использование в зимнее время противоскользящих накладок);
- Рекомендации по физической активности, включая упражнения для тренировки баланса;
- Акцентировать внимание пациента о необходимости информирования лечащего врача о падениях и консультирования врачом-гериатром/врачом-неврологом с целью детального анализа причин падений и разработки индивидуального плана профилактики падений и переломов.

Клинические рекомендации

- Старческая астения https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/600_2;
- Когнитивные расстройства у пациентов пожилого и старческого возраста https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/617_5;
- Хроническая боль у пациентов пожилого и старческого возраста https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/616_1;
- Недостаточность питания (мальнутриция) у пациентов пожилого и старческого возраста https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/615_2;
- Недержание мочи https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/8_2;
- Патологические переломы, осложняющие остеопороз https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/614_2;
- Клинические рекомендации по заболеваниям, имеющимся у пациента с учетом особенностей ведения пациента пожилого возраста https://cr.minzdrav.gov.ru;

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ И ДРУГИХ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ

Физическая активность

Рекомендации	Описание
Длительность и условия выполнения физических упражнений	• Объем физических нагрузок и упражнений должен соответствовать возможностям и состоянию здоровья пожилых людей. • Исключить упражнения на задержку дыхания, натуживание, с вращением головы и длительным наклоном головы вниз, подскоками и т.п. • Начало с разминки (медленная ходьба и легкие потягивания). • Упражнения следует выполнять сериями продолжительностью не менее 10 минут. • Продолжительность занятия должна постепенно (в течение 2-3 недель) увеличиваться до 30 минут в день. • Хронические заболевания вне обострения не являются противопоказанием для физических упражнений. • Целесообразна консультация специалиста по лечебной физкультуре, возможно, врача-реабилитолога для разработки индивидуальной программы физической активности
Аэробная физическая активность	• Средней интенсивности не менее 150 минут в неделю или • Высокой интенсивности не менее 75 минут в неделю • В зависимости от состояния здоровья рекомендации могут включать ходьбу по ровной местности, скандинавскую ходьбу, плавание, тренировки на велотренажере, беговой дорожке и др., ежедневную утреннюю гимнастику
Силовые физические упражнения	• 2-3 раза в неделю, цель – не менее 10 минут на подход • Примеры: полуприседания (5-15 повторов), подъем на носки с попыткой как можно дольше удерживаться в данном положении (цель – 10-20 подъемов, можно выполнять с опорой), подъем веса от 500 до 1000 г не менее 10 раз в комфортной для пациента позе и режиме выполнения
Упражнения для тренировки равновесия	• 3 и более дней в неделю • Продолжительность до 30 минут • Примеры: ходьба назад, ходьба боком, ходьба на носках. В начальный период выполнения этих упражнений можно использовать стабильную опору

Питание

Рекомендации	Описание
Режим питания	• Три основных приема пищи (завтрак, обед и ужин), которые могут быть дополнены двумя дополнительными (с учетом заболеваний или режима дня)
Общий водный режим	• Не менее 1,5 л (с учетом блюд и продуктов рациона), при этом на питьевой режим в чистом виде должно приходиться не менее 800 мл
Энергетическая ценность рациона питания	• 1600 ккал/сут для женщин и 1800 ккал/сут для мужчин
Способы кулинарной обработки	• Предпочтительны щадящие режимы (отваривание, запекание, припускание, тушение, приготовление на пару, аэрогриль и др.)
Белок	• Потребность в белке у пожилого человека выше, чем у людей молодого и среднего возраста в виду повышения риска развития саркопении (снижения мышечной массы) и составляет 1-1,2 г/кг массы тела/сут. с пропорцией 1:1 между животными и растительными белками. • Ежедневное употребление животного белка. • Оптимальные источники животного белка: молочные продукты, рыба, птица (курица, индейка), говядина, телятина, крольчатина. • Источники растительного белка: крупы, бобовые, семена, орехи. • Введение в рацион дополнительных источников белка, если пациент не употребляет животный белок в достаточном количестве (сиппинги), или подбор специализированного рациона питания для обеспечения необходимого уровня потребления белка на необходимом уровне
Жиры	• 25-30% от суточной калорийности, треть – насыщенные жиры, две трети – равные доли моно- и полиненасыщенных жирных кислот. • Растительные жиры: оливковое, подсолнечное и льняное масла в количестве 25-30 мл в день (2 столовые ложки). • Ограничить употребление продуктов с высоким содержанием насыщенных жиров (пальмовое и кокосовое масла) и промышленных транс-жирных кислот: переработанные пищевые продукты, еда быстрого приготовления, жареная во фритюре пища, замороженные пицца и пироги, печенье, маргарин и бутербродные смеси
Углеводы	• Предпочтительны «сложные» углеводы: крупы из цельных злаков (овсяные хлопья «Геркулес», цельная греча, нешлифованный рис, непереработанная кукуруза, просо, овес, пшеница, полба, булгур), бобовые, грибы, хлеб грубого помола с добавлением отрубей. • Овощи, фрукты, ягоды и орехи. Рекомендуется ежедневно не менее 5 порций овощей и фруктов (500 г/сут.). • Ограничить потребление крахмалсодержащих продуктов (рафинированного белого риса, макаронных изделий, манной крупы) и корнеплодов (картофель, батати др.)
Молочные продукты	• Не менее трех порций в день. • Предпочтительны молочные продукты без дополнительных вкусовых добавок, так как они содержат добавленные сахар и/или насыщенные жиры.

	• В виду возможной вторичной лактозной недостаточности у пожилых людей предпочтительны творог, сыр, йогурт, кефир
Сахар	• Потребление сахара в чистом виде следует ограничивать: не более 25 г/сутки, примерно 6 чайных ложек без верха • Оптимальными источниками свободных сахаров являются фрукты, ягоды и овощи
Соль	• Потребление поваренной соли должно составлять до 5,0 г в сутки, включая все количество соли, содержащееся в блюдах и продуктах. • Если пожилой человек ранее не придерживался указанного уровня потребления соли, не следует вводить его резкие ограничения. • Целесообразно рекомендовать отказаться от продуктов с высоким содержанием соли: копчености, колбасные изделия, консервированные продукты и соусы, исключить досаливание уже готового блюда

Организация безопасного быта

Рекомендации должны быть даны всем пожилым людям, особенно пациентам с падениями в анамнезе:

- Убрать посторонние предметы с пола, включая провода, о которые можно споткнуться.
- Убрать скользкие коврики или закрепить их на полу.
- Предупредить возможность споткнуться о край ковра, порожки.
- Использовать нескользящий коврик для дна ванной, душевой кабины.
- Пол в ванной комнате должен быть нескользким.
- Оборудовать ванну и пространство рядом с унитазом поручнями.
- Обеспечить достаточное освещение: повесить ночник в спальне так, чтобы путь от кровати до ванной/туалета был хорошо освещен.
- При необходимости использовать устойчивую стремянку, а не стул/табурет/стол.

Когнитивный тренинг

Примеры упражнений для когнитивного тренинга:

- заучивание стихов, песен;
- игра на музыкальных инструментах;
- рисование;
- решение логических задач;
- разгадывание кроссвордов.

Может быть рекомендовано обращение в центры социального обслуживания для организации досуга и повышения социальной активности.

Профилактика падений

Всем пациентам пожилого возраста с целью профилактики падений следует дать рекомендации по:

- физической активности;
- физическим упражнения для тренировки баланса;
- организации безопасного быта;
- питанию;
- когнитивному тренингу.

Дополнительные рекомендации с учетом выявленных индивидуальных факторов риска дает лечащий врач или врач-гериатр.

Профилактика переломов

У всех пациентов пожилого возраста должен быть собран анамнез переломов, осложняющих остеопороз, и оценен 10-летний риск переломов по алгоритму FRAX (https://frax.shef.ac.uk/FRAX/tool.aspx?lang=rs).

Пациентам с анамнезом перелома, 10-летним риском переломов по алгоритму FRAX в «красной» зоне устанавливается диагноз остеопороза и показано назначение антиостеопоротической терапии в соответствии с клиническими рекомендациями «Остеопороз»[3], «Старческая астения»[4].

Диагноз остеопороза должен быть установлен пациентам после низкоэнергетического перелома (перелом, возникающий при минимальной силе воздействия на кость, например, при незначительном падении или ушибе) вследствие остеопороза, в том числе пациентам после хирургического лечения по поводу перелома проксимального отдела бедренной кости. С целью профилактики повторного перелома должна быть назначена патогенетическая терапия остеопороза (оптимально – в течение первого месяца после хирургического лечения перелома проксимального отдела бедренной кости).

Пациента с 10-летним риском переломов по алгоритму FRAX в «желтой» зоне необходимо направить на остеоденситометриию, а также к врачу-терапевту или специалисту по остеопорозу (врач-ревматолог, врач-гериатр, врач-эндокринолог) для установления диагноза остеопороза и решения вопроса о необходимости антиостеопоротической терапии.

[3] Белая Ж.Е., Белова К.Ю., Бирюкова Е.В., Дедов И.И. и соавт. Федеральные клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике остеопороза. Остеопороз и остеопатии. 2021;24(2):4-47. https://doi.org/10.14341/osteo12930.

[4] Клинические рекомендации «Старческая астения», разработанные Общероссийской общественной организацией «Российская ассоциация геронтологов и гериатров» и утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации в 2024 г. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/613_2 (дата обращения 20.05.2025).

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ СО СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИЕЙ И СОПУТСТВУЮЩИМИ ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, А ТАКЖЕ ФАКТОРАМИ РИСКА ИХ РАЗВИТИЯ

Курение

Пожилые пациенты менее внимательны к доводам о вреде курения, склонны недооценивать опасность курения, нередко негативно и пессимистически воспринимают собственное старение и склонны к продолжению курения. Необходимо акцентировать внимание пациентов и их родственников/лиц, осуществляющих уход, что продолжение курения ассоциировано с более тяжелым течением возраст-ассоциированных заболеваний, таких как сахарный диабет, остеопороз, болезни органов дыхания, в том числе пневмонии. Табакокурение может снижать эффективность лекарственных препаратов, прием которых необходим многим пациентам пожилого возраста, повышает риск падений.

Масса тела

Низкая масса тела особого внимания у пожилых требует, поскольку значения индекса массы тела (ИМТ) <20 кг/м^2 у пациентов младше 70 лет/ <22 кг /м^2 у пациентов 70 лет и старше (для лиц азиатской расы соответственно <18.5 кг /м^2 и <20 кг /м^2) являются фенотипическими признаками синдрома недостаточности питания (мальнутриции).

При ИМТ <18,5 кг/м^2 требуется вмешательство лечащего врача по выяснению причин снижения массы тела и коррекции пищевого поведения, направление пациента на консультацию к врачу-диетологу, врачу-гериатру, врачу-онкологу.

При снижении веса на 5 кг (для лиц с исходной массой тела 70 кг и выше) или на 5% от исходного веса (для лиц с массой тела ниже 70 кг) за последние 3 месяца, необходимо проведение обследования для уточнения причины снижения массы тела и исключения развития саркопении, недостаточности питания, онкологических заболеваний.

Избыточная масса тела и ожирение

Снижение массы тела показано всем пациентам, имеющим ожирение, а также пациентам с избыточной массой тела и наличием одного и более факторов риска ССЗ или с наличием сопутствующих заболеваний, течение которых ассоциировано с ожирением.

Следует акцентировать внимание пациента на недопустимости самостоятельного выбора «особых» диет.

У пациентов до 75 лет без гериатрических синдромов при ИМТ 25-30 кг/м^2 и отсутствии сопутствующих ХНИЗ (АГ, СД и др.) рекомендуется немедикаментозная коррекция массы тела. При наличии сопутствующих ХНИЗ и/или ИМТ более 27 кг/м^2 немедикаментозные методы необходимо сочетать с назначением медикаментозной терапии, направленной на снижение массы тела. Лечение избыточной массы тела и ожирения осуществляется в соответствии с клиническими рекомендациями «Ожирение» https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/28_3 (29.04.2025):

- немедикаментозная терапия (изменение образа жизни посредством коррекции питания и расширения объема физических нагрузок) является основой лечения ожирения и рекомендуется как первый, обязательный и постоянный этап лечения ожирения;
- всем пациентам, страдающим ожирением, с целью снижения массы тела рекомендуется гипокалорийная диета (дефицит 500-700 ккал от физиологической потребности с учетом массы тела, возраста и пола), сбалансированная по пищевым ингредиентам; на этапе поддержания достигнутой массы тела – сбалансированная по пищевым ингредиентам эукалорийная диета;

- физическая активность рекомендуется как неотъемлемая часть лечения ожирения и поддержания достигнутой в процессе лечения массы тела. Всем лицам с избыточной массой тела и ожирением показаны регулярные аэробные физические упражнения продолжительностью не менее 150 минут в неделю;
- назначение медикаментозной терапии ожирения рекомендовано при ИМТ ≥30 кг/м^2 или при ИМТ ≥27 кг/м^2 при наличии факторов риска и/или коморбидных заболеваний;
- оценку эффективности лекарственной терапии ожирения рекомендуется проводить спустя 3 месяца после начала лечения. Неэффективным может считаться снижение массы тела менее чем на 5% от исходной в течение 3 месяцев.

У пациентов старческого возраста (75 лет и старше) или с гериатрическими синдромами, особенно при подозрении на наличие синдрома старческой астении, с избыточной массой телом и ожирением необходимо следовать КР «Старческая астения»:

- не рекомендуется снижение при ИМТ 25-35,9 кг/м^2 в виду увеличения риска развития гериатрических синдромов и неблагоприятных исходов;
- в отличие от людей среднего возраста, у пожилых людей повышение ИМТ до 25-29,9 кг/м² по сравнению с его нормальными значениями ассоциировано со снижением, а не повышением риска смерти;
- избыточная масса тела ассоциирована с большей минеральной плотностью кости, меньшим риском остеопороза и перелома бедренной кости, в то время как снижение массы тела ассоциировано со снижением костной массы;
- у лиц старческого возраста любая потеря веса (намеренная или нет) может иметь потенциально опасные последствия в виде развития и/или прогрессирования саркопении, мальнутриции, потери костной массы и повышения смертности;
- если преимущества стратегии снижения массы тела очевидны, наиболее приемлемый терапевтический подход состоит в умеренном ограничении энергетической ценности рациона, ориентированном на умеренное снижение веса;
- оценку преимущества вмешательств у пациентов со старческой астенией и ожирением следует проводить на основании изменения состава тела и улучшения функциональных возможностей, а не на основании снижения веса. Потребление белка при этом должно составлять не менее 1 г/кг массы тела/сутки, сопровождаться адекватным потреблением микроэлементов и обязательно сочетаться с регулярной физической активностью.

Артериальная гипертензия

Лечение АГ осуществляется в соответствии с клиническими рекомендациями «Артериальная гипертензия у взрослых»[5] с учетом наличия СА:

- рекомендуется начать антигипертензивную терапии у пациентов с АГ в возрасте до 79 лет при уровне САД ≥140 и/или ДАД ≥90 мм рт.ст.;
- рекомендуется начать антигипертензивную терапии у пациентов с АГ в возрасте ≥80 лет при уровне САД ≥160 мм рт.ст.

Можно рассмотреть более низкие значения САД (140-159 мм рт.ст.) для инициации антигипертензивной терапии. У пациентов с синдромом старческой астении при определении

[5] Кобалава Ж. Д., Конради А. О., Недогода С. В.,Шляхто Е. В. и соавт. Артериальная гипертензия у взрослых. Клинические рекомендации 2024. Российский кардиологический журнал. 2024;29(9):6117. doi: 10.15829/1560-4071-2024-6117. EDN GUEWLU Российский кардиологический журнал 2024;29(9):6117 КЛИНИЧЕСКИЕ ЕКОМЕНДАЦИИ doi: 10.15829/1560-4071-2024-6117 ISSN 1560-4071 (print). https://russjcardiol.elpub.ru ISSN 2618-7620 (online)

показаний для начала антигипертензивной терапии на основании САД и ДАД целесообразен индивидуальный подход.

У пациентов ≥80 лет не рекомендуется отменять антигипертензивную лекарственную терапию, при условии, что эта терапия хорошо переносится, не сопровождается ортостатической гипотонией, развитием/усугублением гериатрических синдромов и снижением функционального статуса в связи с доказанными преимуществами в отношении сердечно-сосудистой смертности.

Целевые уровни АД:

- всем пациентам с АГ, получающим лечение, независимо от возраста и степени риска, рекомендуется в качестве первого целевого уровня снижать АД до значений <140/90 мм рт. ст., а при условии хорошей переносимости — до целевого уровня 130/80 мм рт. ст. или ниже, в связи с доказанными преимуществами в плане снижения риска сердечно-сосудистых осложнений;
- пациентам в возрасте 65-79 лет без старческой астении, получающим антигипертензивную терапию, вне зависимости от уровня сердечно-сосудистого риска и наличия сердечно-сосудистых заболеваний рекомендуется снижать САД первично до целевых значений <140 мм рт. ст., а при условии хорошей переносимости до <130 мм рт.ст.;
- пациентам в возрасте 65-79 лет с изолированной систолической артериальной гипертензией, рекомендуется снижать САД первично до целевых значений 140-150 мм рт. ст., а при условии хорошей переносимости до 130-139 мм рт.ст., но с осторожностью, если исходное ДАД <70 мм рт.ст.
- пациентам в возрасте ≥80 лет с изолированной систолической артериальной гипертензией, рекомендуется снижать САД первично до целевых значений 140-150 мм рт. ст., а при условии хорошей переносимости до 130-139 мм рт.ст., но с осторожностью, если исходное ДАД <70 мм рт.ст.

У большинства пациентов с синдромом старческой астении, а также у пациентов старше 80 лет рекомендована инициация антигипертензивной терапии с монотерапии. В целом у пациентов с синдромом старческой астении рекомендован индивидуальный подход.

Не рекомендуется снижать САД менее 120 мм рт.ст.

Целевое АД у пожилых пациентов с умеренной/тяжелой старческой астенией определяется индивидуально врачом-гериатром на основании комплексной гериатрической оценки.

При проведении антигипертензивной терапии обязателен контроль ортостатического изменения АД. Ортостатической гипотонией считается снижение систолического АД на 20 мм рт.ст. и более и/или диастолического АД на 10 мм рт.ст. и более при переходе в вертикальное положение через 1-2 минуты. Особого внимания требует симптомная ортостатическая гипотония. У пациентов с высоким исходным уровнем АД в положении лежа или сидя и бессимптомным ортостатическим снижением АД как правило целесообразно усиление антигипертензивной терапии с целью достижения целевого АД (с учетом переносимости). Достижение целевого АД уменьшает выраженность ортостатической реакции АД.

Дислипидемия

С целью вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний всем пациентам показано назначение гиполипидемической терапии с достижением целевых уровней ХС-ЛНП.

У пациентов пожилого и старческого возраста возможно использование комбинированной терапии статином и эзетимиба.

Не рекомендуется начало гиполипидемической терапии с целью первичной профилактики сердечно-сосудистых событий пациентам старше 75 лет. Однако, если пациент уже принимает гиполипидемическую терапию и хорошо ее переносит, прием следует продолжить.

Гипергликемия/сахарный диабет

Рекомендуемый целевой уровень у функционально независимых пациентов HbA1c <7,5% при отсутствии атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний и/или риска тяжелой гипогликемии.

При наличии атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний и/или риске тяжелой гипогликемии целевой уровень HbA1c <8,0%.

При наличии старческой астении и деменции целевой уровень HbA1c <8,5%.

Для лечения СД 2 типа у пациентов пожилого и старческого возраста могут быть использованы метформин, ингибиторы дипептидилпептидазы-4 (DDP-4) (алоглиптин, вилдаглиптин, линаглиптин, саксаглиптин, ситаглиптин) или аналоги глюкагоноподобного пептида-1 (GLP-1) (инсулин гларгин + ликсисенатид) как наиболее безопасные в отношении развития гипогликемии. Производные сульфонилмочевины следует назначать с осторожностью из-за увеличения риска гипогликемии по мере старения. Глибенкламид не рекомендован пациентам старше 60 лет. Ингибиторы натрийзависимого переносчика глюкозы 2-го типа (эмпаглифлозин, дапаглифлозин) применяются с осторожностью, их не следует применять с диуретиками вследствие опасности развития гиповолемии и ортостатической гипотонии. Лечение проводится в соответствии с рекомендациями врача-эндокринолога.

Приложение 1

МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

ПАМЯТКА «КАК ПРАВИЛЬНО ПРИНИМАТЬ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ»

• Принимайте лекарства только по назначению врача, а не по совету соседей или средств массовой информации (даже если это передача о здоровье). Только лечащий врач обладает полной информацией о Вашем здоровье, которая поможет подобрать эффективное и безопасное лечение.

• Не рассчитывайте на «пилюлю от всех болезней». Некоторые проблемы со здоровьем проходят без лечения или решаются с помощью других методов лечения без применения лекарств. Обсудите со своим лечащим врачом, как Вам справляться с проблемами со здоровьем и рассмотрите все варианты лечения.

• Информируйте врача обо всех препаратах, которые Вы принимаете, включая безрецептурные препараты, пищевые добавки и средства растительного происхождения.

• Информируйте врача обо всех случаях аллергии или нежелательных реакций на лекарственные препараты, которые отмечались у Вас в прошлом.

• Сообщайте врачу обо всех проблемах, которые возникли после начала приема нового для Вас лекарства.

• Если Вы находились на стационарном лечении, предшествующее лечение могло быть изменено. Надо знать, какие препараты следует принимать после выписки. Эту информацию Вы получите у своего лечащего врача.

• Не прекращайте прием назначенных Вам лекарств без предварительного обсуждения с лечащим врачом. Перед началом приема безрецептурного препарата, добавки или лекарственного средства растительного происхождения проконсультируйтесь со своим лечащим врачом или фармацевтом, чтобы быть уверенным в безопасности препарата или средства.

• Уточните у врача, при необходимости – запишите:

- название лекарственных препаратов;

- по какому поводу Вы принимаете каждый из назначенных препаратов;

- как следует принимать лекарство (доза, время, кратность и длительность приема, влияние приема пищи);

- каковы наиболее частые и наиболее серьезные побочные эффекты препарата;

- что следует делать, если возникнут проблемы, связанные с приемом препарата;

-что следует делать, если пропущен очередной прием.

ФИЗИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ ПРИ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ГИПОТОНИИ

Упражнение	Описание выполнения упражнения	Визуальный пример
Скрещивание ног с напряжением мышц	В положении стоя, ноги на ширине плеч, переместите вес на одну ногу, (например, правую), скрестите ноги поместив левую ногу правее правой спереди, Напрягите мышцы бедер, слегка сжав ноги вместе. Одновременно напрягите мышцы живота, втянув его немного внутрь и вверх. Старайтесь дышать нормально, не задерживая дыхание. Поддерживайте напряжение мышц на комфортном уровне. Для лучшего баланса слегка согните колени. Упражнение можно выполнять лежа	
Скрещивание ног в положении сидя	Сидя на стуле положить одну ногу на другую, так чтобы нижняя треть голени одной ноги лежала на нижней трети передней поверхности бедра другой	
Положение на корточках	Из положения стоя, ноги на ширине плеч, слегка согнув ноги в коленях, начните медленно опускаться вниз. Старайтесь держать спину прямой, немного наклоняясь вперед. Опускайтесь до тех пор, пока бедра не станут параллельны полу. Пятки должны оставаться на полу (если сложно, пятки можно немного приподнять). Для равновесия можно слегка вытянуть руки вперед. В нижней точке вы должны чувствовать себя устойчиво и комфортно. Главное – двигайтесь плавно и делайте то, что комфортно для вашего тела. Если чувствуете боль в коленях или неустойчивость, можно опираться рукой о стену или другую опору	
Стоя, подняв одну ногу на стул	Из позиции стоя, ноги на ширине плеч, перенести центр тяжести одной ноги на другую (например, на правую), поднять другую ногу (например, левую) и поставить на стул/табуретку высотой 40-50 см сложить руки на груди, положить руки сложенные руки (наклонившись вперед) на колено	

Источник: W. Wieling, N. van Dijk, R. D. Thijs, F. J. de Lange et al. Physical countermeasures to increase orthostatic tolerance. Jornal of Internal Medicine. 2015;277(1):69-82.https://doi.org/10.1111/joim.12249

Материалы Официального портала Минздрава России о Вашем здоровье «Так здорово»
https://www.takzdorovo.ru/

Информация для пациентов «Как сохранить здоровье в пожилом возрасте: профилактика хронических заболеваний»
https://www.takzdorovo.ru/stati/kak-sokhranit-zdorove-v-pozhilom-vozraste-profilaktika-khronicheskikh-zabolevaniy/

Информация для пациентов «Сохрани шейку бедра смолоду. Как предотвратить возрастную хрупкость костей»
https://www.takzdorovo.ru/stati/sokhrani-sheyku-bedra-smolodu-kak-predotvratit-vozrastnuyu-khrupkost-kostey/

Информация для пациентов «Остеопороз»
https://www.takzdorovo.ru/zabolevaniya/osteoporoz/

АЗБУКА ЗДОРОВЬЯ

Методические рекомендации «В помощь пожилому человеку и его близким: азбука здоровья»
https://rgnkc.ru/upload/files/patsientam/Azbuka_zdorovya_blok_print.pdf

СБОРНИК БАЗОВЫХ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ ДЛЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Руководство по физической активности в домашних условиях
https://rgnkc.ru/upload/files/patsientam/HEPOP_ALL_PACKS.pdf

КОГНИТИВНЫЙ ТРЕНИНГ

Методическое пособие «Когнитивный тренинг для пациентов с умеренными когнитивными расстройствами»
https://rgnkc.ru/fp-starshee-pokolenie/programma-profilaktiki-kognitivnykh-narusheniy-u-lits-pozhilogo-i-starcheskogo-vozrasta/3.pdf

Приложение 2

НАГЛЯДНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ РАЗМЕЩЕНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Материалы сайта «Врачи врачам» vrachivracham.ru

Видеоматериалы

Плакаты

Буклеты

Рубрика «Здоровое долголетие»
Плакат «Полезный подарок пожилому человеку»
Плакат «Безопасный дом»
Плакат «Деменция»
Плакат «Здоровое долголетие»
Плакат «Что такое остеопороз?»
Плакат «Профилактика падений»
Плакат «Физическая активность» – 1
Плакат «Физическая активность» – 2