

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

СТАРЧЕСКАЯ АСТЕНИЯ

МКБ 10: R54

Год утверждения (частота пересмотра): 2018 (пересмотр каждые 3 года)

Профессиональные ассоциации

– Общероссийская общественная организация "Российская ассоциация геронтологов и гериатров"

Ключевые слова

- Пожилой и старческий возраст
- старческая астения
- преастения
- комплексная гериатрическая оценка
- о гериатрические синдромы
- функциональная активность
- полиморбидность, полипрагмазия
- мальнутриция
- падения
- когнитивные нарушения
- деменция
- депрессия
- делирий
- сенсорные дефициты
- снижение зрения

- снижение слуха
- недержание мочи
- снижение мобильности
- остро возникшие функциональные нарушения
- гериатрическое отделение

#### Список сокращений

АГ – артериальная гипертония

АД – артериальное давление

БФА – базовая функциональная активность

ВТЭО – венозные тромбоэмболические осложнения

ГС – гериатрический синдром

ДАТТ – двойная антитромбоцитарная терапия

иАПФ – ингибиторы ангиотензин – превращающего фермента

ИФА – инструментальная функциональная активность

КБТФФ – краткая батарея тестов физического функционирования

КГО – комплексная гериатрическая оценка

КК – клиренс креатинина

МНО – международное нормализованное отношение

НОАК – не-витамин К оральные антикоагулянты

НПВС – нестероидные противовоспалительные средства

НСИОЗС – неселективные ингибиторы обратного захвата серотонина

НФГ – нефракционированный гепарин

СА – старческая астения

СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

СКФ – скорость клубочковой фильтрации

ТЛТ – тромболитическая терапия

ТТГ – тиреотропный гормон

ФП – фибрилляция предсердий

ЭГДС – эзофагогастродуоденоскопия

25(ОН)D – 25-гидроксивитамин D (кальцидиол)

СКД-ЕПІ – уравнение для расчета скорости клубочковой фильтрации

FRAX – Fracture risk assessment tool – шкала оценки риска переломов

START – Screening Tool to Alert to Right Treatment (Скрининговые критерии для корректного назначения лекарственных препаратов пациентам 65 лет и старше)

STOPP – Screening Tool of Older Persons' Prescriptions (Скрининг препаратов, назначение которых нежелательно пациентам 65 лет и старше)

#### Термины и определения

Автономность – независимость от посторонней помощи и способность самостоятельно принимать решения.

Базовая функциональная активность – способность человека самостоятельно выполнять элементарные действия по самообслуживанию (персональная гигиена, прием пищи, одевание, прием ванны, посещение туалета, перемещение на небольшие расстояния, подъем по лестнице, контролирование мочеиспускания и дефекации).

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. В отличие от традиционного клинического синдрома, гериатрический синдром не является проявлением патологии одного органа или системы организма, а отражает комплекс изменений в нескольких системах (рис. 1). Возникновение одного гериатрического синдрома повышает риск развития других гериатрических синдромов.

Рисунок 1. Схематичное изображение отличия понятий "синдром" и "гериатрический синдром" (не приводится)

К гериатрическим синдромам относятся

– Старческая астения

- Деменция
- Делирий
- Депрессия
- Синдром поведенческих и психический нарушений у пациентов с деменцией
- Остеопороз
- Саркопения
- Функциональные нарушения
- Снижение мобильности
- Нарушение равновесия
- Головокружение
- Ортостатический синдром (ортостатический гипотония, ортостатическая тахикардия с симптомами или без)
- Снижение зрения
- Снижение слуха
- Недержание мочи/кала
- Констипационный синдром
- Недостаточность питания (мальнутриция)
- Обезвоживание
- Хронический болевой синдром

Делирий – состояние острой спутанности сознания.

Долгожители – лица в возрасте 90 лет и старше по классификации возрастных групп Всемирной организации здравоохранения 2012 г.

Инструментальная функциональная активность – способность человека самостоятельно выполнять действия по самообслуживанию, более сложные, чем относящиеся к категории базовой функциональной активности (пользование телефоном, покупки, приготовление пищи, работа по дому, пользование транспортом, стирка, уборка, прием лекарственных препаратов, контроль финансов).

Комплексная гериатрическая оценка – многомерный междисциплинарный

диагностический процесс, включающий оценку физического и психоэмоционального статуса, функциональных возможностей и выявление социальных проблем пожилого человека с целью разработки плана лечения и наблюдения, направленного на восстановление или поддержание уровня функциональной активности пациента.

Остро возникшие функциональные нарушения – снижение уровня функциональной активности, которое развилось в течение менее 30 дней.

Преастения – состояние, предшествующее развитию синдрома старческой астении, характеризующееся наличием отдельных ее признаков, количественно не достаточных для постановки диагноза старческой астении.

Пожилой возраст – 60 – 74 года по классификации возрастных групп Всемирной организации здравоохранения 2012 г.

Полипрагмазия – одномоментное назначение пациенту 5 и более наименований лекарственных препаратов или свыше 10 наименований при курсовом лечении.

Полиморбидность (мультиморбидность) – наличие у одного пациента двух или более хронических заболеваний вне зависимости от активности каждого из них.

Саркопения – гериатрический синдром, характеризующийся возраст-ассоциированной прогрессирующей генерализованной потерей массы и силы скелетных мышц.

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. Синдром старческой астении тесно связан с другими гериатрическими синдромами и с полиморбидностью, может быть потенциально обратим и влияет на тактику ведения пациента. Существуют две модели, описывающие старческую астению, – фенотипическая, включающая пять критериев (непреднамеренная потеря веса, низкая сила пожатия, повышенная утомляемость, снижение скорости ходьбы и низкий уровень физической активности), и модель накопления дефицитов, подразумевающая оценку от 40 до 70 дефицитов и расчет индекса старческой астении.

Старческий возраст – 75 – 89 лет по классификации возрастных групп Всемирной организации здравоохранения 2012 г.

Физическая активность – любое движение тела, производимое скелетными мышцами, которое требует расхода энергии.

## 1. Краткая информация

## 1.1 Определение

Старческая астения (СА) – ключевой гериатрический синдром (ГС), 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. Синдром СА тесно связан с другими ГС и с полиморбидностью, может быть потенциально обратим и влияет на тактику ведения пациента.

## 1.2 Этиология и патогенез

Концепция СА была предложена в начале 2000-х годов для характеристики состояния истощения внутренних резервов организма, позволяющая прогнозировать высокий риск смерти и других неблагоприятных исходов у людей пожилого и старческого возраста [1, 2]. Основой концепции является понимание неоднородности популяции людей пожилого и старческого возраста и того, что не только возраст и/или наличие хронических заболеваний определяют прогноз для жизни и здоровья пациента пожилого возраст и выбор оптимальной тактики его ведения. Развитие СА сопровождается снижением физической и функциональной активности, адаптационного и восстановительного резерва организма, повышает риск развития неблагоприятных исходов – госпитализаций в 1,2 – 1,8 раз, развития функциональных дефицитов в 1,6 – 2,0 раза, смерти в 1,8 – 2,3 раза, физических ограничений в 1,5 – 2,6 раз, падений и переломов в 1,2 – 2,8 раз [3].

К факторам риска развития СА помимо возраста относятся: низкий уровень физической активности, плохое питание, депрессия, полипрагмазия, социальные факторы (низкий уровень дохода, одинокое проживание, низкий уровень образования).

Не все, но большая часть пациентов с синдромом СА имеют несколько хронических заболеваний. Выявлены ассоциации СА с сердечно-сосудистыми заболеваниями – артериальной гипертонией, ишемической болезнью сердца, хронической сердечной недостаточностью, а также с сахарным диабетом, хронической болезнью почек, заболеваниями суставов и нижних отделов дыхательных путей, онкологическими заболеваниями [4].

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.

Развитию синдрома СА предшествует преастения, характеризующаяся наличием отдельных ее признаков, количественно не достаточных для установления диагноза СА.

Старческая астения считается потенциально обратимым состоянием, но чаще прогрессирует, чем регрессирует.

Синдром СА не является неотъемлемой частью процесса старения, а рассматривается как его неблагоприятный вариант. Старение считается результатом накопления молекулярных и клеточных повреждений, при котором происходит постепенное снижение физиологического резерва организма. Этот процесс значительно ускоряется при развитии СА. В результате, значительно повышается уязвимость пожилых людей к действию неблагоприятных факторов, в качестве которых может выступить, например, острое заболевание или травма, смена схемы лечения или оперативное вмешательство [5] (Рисунок 2).

Рисунок 2. Схема развития синдрома старческой астении (не приводится)

### 1.3 Эпидемиология

По данным зарубежных исследований распространенность СА среди проживающих дома людей 65 лет и старше в среднем составляет около 10,7%, преастении – 41,6% [6]. Распространенность СА увеличивается с возрастом, достигая среди лиц 85 лет и старше 26,1%. Синдром СА достоверно чаще диагностируется у женщин, чем у мужчин. В домах престарелых распространенность СА достигает 52,3% [7].

По данным российских исследований среди населения г. Санкт-Петербурга (Колпино) 65 лет и старше распространенность СА в зависимости от подхода к ее диагностике составляет от 21,1 до 43,9%, преастении – от 24,7 до 65,5% [8]. Среди пациентов поликлиник г. Москвы аналогичной возрастной категории распространенность СА составляет от 4,2 до 8,9%, преастении – от 45,8 до 61,3% [9].

### 1.4 Кодирование по МКБ 10

R54 – Старческий возраст без упоминания о психозе, старость без упоминания о психозе, старческая: астения, слабость.

### 1.5 Классификация

В зависимости от выраженности снижения функциональной активности, различают СА легкой, умеренной и тяжелой степени. Эволюция синдрома СА у пожилых пациентов и ее градация по степеням тяжести наглядно проиллюстрированы Клинической шкалой старческой астении (Приложение Г1).

## 1.6 Клиническая картина

Пациенты пожилого и старческого возраста могут иметь ряд неспецифических признаков и симптомов, указывающих на возможное наличие синдрома СА или повышенный риск его формирования (Таблица 1). Наиболее значимыми признаками СА являются непреднамеренное снижение веса на 4,5 кг и более за прошедший год, падения, недержание мочи, развитие делирия, деменция, зависимость от посторонней помощи, значительное ограничение мобильности [10].

Таблица 1 – Признаки и симптомы, указывающие на возможное наличие синдрома старческой астении или повышенный риск его формирования

Клинические признаки и симптомы	- непреднамеренная потеря веса <*>
	(особенно $\geq 4,5$ кг за прошедший год)
	- недержание мочи <*>
	- потеря аппетита
	- потеря мышечной массы/силы (саркопения)
	- остеопороз
	- снижение зрения/слуха
	- хроническая боль
	- повторные вызовы скорой медицинской помощи/госпитализации
	- делирий <*>
Психо-эмоциональные признаки и симптомы	- когнитивные нарушения/деменция <*>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- депрессия</li> <li>- поведенческие нарушения</li> <li>- нарушенный режим сон/бодрствование</li> </ul>
Функциональные признаки и симптомы	<ul style="list-style-type: none"> <li>- зависимость от посторонней помощи &lt;*&gt;</li> <li>- значительное ограничение мобильности &lt;*&gt;</li> <li>- недавнее(ие) падение(я) &lt;*&gt;, страх падений</li> <li>- нарушение равновесия</li> <li>- повышенная утомляемость</li> <li>- снижение физической активности/выносливости</li> </ul>
Лекарства и алкоголь	<ul style="list-style-type: none"> <li>- наличие у пациента факторов &lt;*&gt;, предрасполагающих к развитию нежелательных лекарственных реакций &lt;*&gt;</li> <li>- полипрагмазия</li> <li>- увеличение потребления алкоголя</li> </ul>
Социальные факторы	<ul style="list-style-type: none"> <li>социальная изоляция</li> <li>- изменение жизненных обстоятельств</li> <li>- изменение в поддержке семьи/опекуна</li> <li>- пребывание ухаживающего лица в состоянии стресса</li> </ul>

-----

<\*> Признаки, свидетельствующие о более высокой вероятности наличия у

пациента синдрома старческой астении.

<\*> К факторам, предрасполагающим к развитию нежелательных лекарственных реакций, относятся: наличие  $\geq 4$  хронических заболеваний, хроническая сердечная недостаточность, заболевания печени, полипрагмазия, анамнез нежелательных побочных реакций [11].

Симптомы, присущие СА, могут быть проявлениями не только ГС, но и хронических заболеваний. Непреднамеренная потеря веса, снижение мышечной силы и мобильности, снижение физической активности и повышенная утомляемость могут встречаться при многих хронических заболеваниях – онкологических, ревматологических, эндокринных заболеваниях, при сердечной и почечной недостаточности, некоторых неврологических заболеваниях (например, при болезни Паркинсона). Выявление у пациента СА не должно приводить к отказу от возможного диагностического поиска в отношении других, потенциально корригируемых заболеваний и синдромов, которые могут вносить свой вклад в существующую клиническую картину и функциональное состояние пациента.

## 2. Диагностика

Диагностика синдрома СА состоит из двух этапов:

1. скрининг старческой астении (выполняется любым медицинским работником, контактирующим с пациентом 60 лет и старше, в первую очередь – врачом общей практики, врачом терапевтом–участковым, семейным врачом);
2. комплексная гериатрическая оценка (выполняется врачом–гериатром, медицинской сестрой и другими участниками мультидисциплинарной команды).

Алгоритм диагностики синдрома старческой астении представлен в Приложении Б.

### 2.1 Скрининг старческой астении

Пациенты с синдромом СА могут предъявлять жалобы на повышенную утомляемость, снижение активности, нарастание затруднений при ходьбе, изменение походки, а также жалобы, обусловленные наличием хронических заболеваний и ГС. Нередко сами пожилые люди не предъявляют жалобы, считая слабость и медлительность закономерными проявлениями старения. Пациенты с когнитивными нарушениями или с депрессией могут не предъявлять жалоб или предъявлять их в минимальном количестве. За помощью к врачу могут обращаться родственники пациентов в связи с изменениями, происходящими с пожилым человеком.

Для СА характерно постепенное прогрессирование симптомов. Быстрое (дни, недели) снижение функциональной активности требует исключения других причин – декомпенсации хронических или присоединения острых заболеваний/состояний, а также развития осложнений медикаментозной терапии.

– Рекомендуются проводить скрининг синдрома старческой астении у пациентов 60 лет и старше, обратившихся за медицинской помощью в учреждения амбулаторного или стационарного типа, с использованием опросника "Возраст не помеха" (Приложение Г2) [1, 3, 5, 9, 12, 14, 15].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии: Выявление синдрома СА определяет прогноз для здоровья и жизни пациента пожилого возраста, тактику его ведения, потребность в посторонней помощи и в уходе. Осуществление скрининга СА на уровне первичного звена здравоохранения доказало свою эффективность для предотвращения снижения функционального статуса пациентов пожилого и старческого возраста [12, 13]. При обращении пациентов 60 лет и старше за медицинской помощью следует активно выявлять признаки, указывающие на возможное наличие синдрома старческой астении или повышенный риск его формирования (Таблица 1). Использование коротких валидированных (в конкретной стране) опросников, направленных на выявление основных признаков СА и ключевых ГС, – практика выявления синдрома СА, доказавшая свою эффективность во многих странах [5, 12, 13]. В России разработан и валидирован опросник "Возраст не помеха" [9] (Приложение Г2).

– Пациентов с результатом 5 баллов и более по скрининговому опроснику "Возраст не помеха" рекомендовано направлять в гериатрический кабинет для выполнения комплексной гериатрической оценки и разработки индивидуального плана ведения [1, 3, 5, 9, 12, 14, 15].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

– Пациентов с результатом 3 – 4 балла по скрининговому опроснику "Возраст не помеха" рекомендовано направлять в гериатрический кабинет для выполнения Краткой батареи тестов физического функционирования (Приложение Г3), и/или динамометрии (Приложение Г4) и теста Мини-ког (Приложение Г4) с целью уточнения гериатрического статуса и определения показаний для выполнения комплексной гериатрической оценки [1, 3, 5, 6, 9, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

– При выявлении гериатрических синдромов (нарушения зрения и/или

слуха, недержание мочи и т.д.) у пациента с результатом 1 – 2 балла по шкале "Возраст не помеха" врачу, наблюдающему пациента, рекомендовано разрабатывать план диагностических мероприятий и проводить коррекцию выявленных гериатрических синдромов с целью профилактики развития синдрома старческой астении.

Уровень рекомендации GPP

Комментарии: При необходимости пациент направляется на консультации к врачам–специалистам (офтальмологу, сурдологу, неврологу, ортопеду, урологу, гинекологу и т.д.).

– Пациентам с высоковероятной старческой астенией рекомендовано выполнение комплексной гериатрической оценки перед проведением диагностических и иных мероприятий согласно клиническим рекомендациям по подозреваемому/ранее диагностированному заболеванию, если это заболевание/состояние не является острым и/или жизнеугрожающим [20, 21].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

– При отсутствии возможности проведения комплексной гериатрической оценки мультидисциплинарной гериатрической командой рекомендовано, чтобы ведение пациента с синдромом старческой астении врачом–терапевтом участковым, семейным врачом и врачами–специалистами было основано на целостном подходе к оценке его потребностей при взаимодействии с врачом–гериатром.

Уровень рекомендации GPP

## 2.2 Комплексная гериатрическая оценка

Комплексная гериатрическая оценка (КГО) – многомерный междисциплинарный диагностический процесс, включающий оценку физического и психоэмоционального статуса, функциональных возможностей и социальных проблем пожилого человека, с целью разработки плана лечения и наблюдения, направленного на восстановление или поддержание уровня его функциональной активности [20, 21].

Основными задачами КГО являются:

- 1) определение основных проблем, ухудшающих функциональный статус и качество жизни пациента;
- 2) определение степени тяжести СА (Приложение Г1).
- 3) разработка плана мероприятий, направленных на разрешение/устранение этих проблем;

Комплексная гериатрическая оценка может проводиться амбулаторно в гериатрическом кабинете, стационарно в гериатрическом отделении, на дому у пациента. В проведении КГО участвует мультидисциплинарная команда, в состав которой входят: врач – гериатр, медицинская сестра, подготовленная для работы в гериатрии, специалист по социальной работе, инструктор–методист по лечебной физкультуре, другие специалисты (например, диетолог, логопед).

Набор шкал и тестов, проводимых в рамках КГО, может меняться в зависимости от места его проведения (домашний визит/амбулаторный прием/стационар) и состояния пациента. Проведение КГО предпочтительно в присутствии члена семьи/опекуна или человека, ухаживающего за пациентом с целью получения необходимых данных анамнеза, более достоверной оценки проблем и функциональных возможностей пациента, а также обсуждения дальнейшего плана ведения. Важно уточнить ожидания и предпочтения самого пациента и членов его семьи. Длительность КГО составляет 1,5 – 2 часа.

– Комплексную гериатрическую оценку рекомендуется проводить пациентам в стабильном состоянии, не имеющим острых заболеваний.

Уровень рекомендации GPP

– В амбулаторных условиях рекомендовано выполнение комплексной гериатрической оценки в гериатрическом кабинете/отделении с возможным разделением на несколько визитов.

Уровень рекомендации GPP

Комментарии: До осмотра врачом–гериатром, ряд тестов, измерений и оценок по шкалам проводится подготовленной медицинской сестрой. В виду достаточно большой продолжительности КГО и потенциальной возможности утомления пациента, визиты к медицинской сестре и к врачу–гериатру могут быть запланированы в разные дни с разумным интервалом (например, 2 – 3 дня).

– При госпитализации пациента в гериатрическое отделение комплексную гериатрическую оценку рекомендуется проводить однократно. Если комплексная гериатрическая оценка проводится в период госпитализации по поводу острого/обострения хронического заболевания, ее следует выполнять после стабилизации состояния перед выпиской пациента.

Уровень рекомендации GPP

Комментарии: при необходимости отдельные тесты и шкалы могут быть выполнены повторно в период госпитализации и/или перед выпиской.

– При проведении КГО тесты для оценки когнитивных функций рекомендовано выполнять в первую очередь, так как утомление пациента может повлиять на их результаты.

#### Уровень рекомендации GPP

– В период госпитализации в любое отделение у пациентов с синдромом старческой астении рекомендовано ежедневно оценивать наличие симптомов делирия (Приложение Г6).

#### Уровень рекомендации GPP

– При проведении комплексной гериатрической оценки рекомендовано оценивать следующие домены:

- физическое здоровье,
- функциональный статус,
- когнитивные функции,
- эмоциональное состояние,
- социальный статус и оценку потребности в социальной помощи,
- а также учитывать результаты и выполнять комплекс лабораторных и инструментальных исследований.

#### Уровень рекомендации GPP

##### 2.3.1 Домен физического здоровья

– Рекомендовано при выполнении комплексной гериатрической оценки обращать внимание на внешний вид пациента, его поведение, позу, мимику, походку.

#### Уровень рекомендации GPP

Комментарии: То, как пациент входит в помещение, использует ли вспомогательные средства при ходьбе и правильно ли они подобраны, может ли пациент сам раздеться, особенности его внешнего вида (ухоженность, чистота одежды, опрятность, запах и др.) могут предоставить важную информацию о функциональном и когнитивном статусе, а также о социальных проблемах.

– При проведении комплексной гериатрической оценки рекомендовано проводить тщательный сбор жалоб и анамнеза с целью активного выявления симптомов и признаков старческой астении, оценки их давности и развития в динамике, прямых и косвенных признаков снижения автономности, обращая особое внимание на:

- снижение массы тела;
- повторные падения;

- нарушения ходьбы;
- уменьшение физической активности (пожилой человек стал меньше двигаться, реже выходить из дома, перестал совершать прогулки и т.д.);
- отказ от еды;
- появление неопрятности в одежде;
- снижение способности к самообслуживанию.

#### Уровень рекомендации GPP

- При проведении комплексной гериатрической оценки рекомендован тщательный сбор и анализ лекарственного анамнеза с целью выявления полипрагмазии и нерационального назначения лекарственных средств с использованием STOPP/START – критериев, представленным в Методических рекомендациях МР103 "Фармакотерапия у лиц пожилого и старческого возраста" [11, 20, 22, 23].

#### Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии: тщательный анализ лекарственного анамнеза и выявление полипрагмазии необходимы для всех пациентов пожилого и старческого возраста и особенно важен у пациентов с высоко вероятной СА. У пациентов пожилого и старческого возраста значительно повышается риск нежелательных лекарственных реакций. Наличие полиморбидности, наблюдение у разных специалистов приводит к полипрагмазии. Полипрагмазия ассоциирована с повышением риска неблагоприятных исходов (прогрессирование СА, когнитивных нарушений, падения, зависимость от посторонней помощи, смерть) [11, 22, 23].

- Необходимо выяснить перечень реально принимаемых лекарственных препаратов (наименование, доза, кратность, путь введения, длительность приема), включая препараты безрецептурного отпуска, средства на основе трав и биологически активные добавки. При возможности попросить пациента (родственников/опекунов/ухаживающих лиц) показать принимаемые лекарственные препараты, попросить пациента принести на визит все средства, которые он принимает.
- обязательно оценить возможность пациента самостоятельно принимать лекарственные препараты, уделяя внимание состоянию когнитивных функций, сохранности функций кисти, остроты зрения и мотивации.
- Настоятельно рекомендовано измерять вес и рост пациента во время проведения комплексной гериатрической оценки, а также рассчитывать индекс массы тела. В виду важности динамики массы тела для диагностики и оценки синдрома старческой астении ее измерение должно выполняться во время каждого визита пациента [6].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии: Непреднамеренное снижение массы тела является важным признаком одним из важнейших клинических проявлений СА и недостаточности питания (синдрома мальнутриции) в пожилом возрасте [1 – 6]. Снижение роста может рассматриваться как признак остеопороза и/или компрессионных переломов тел позвонков. Клинические признаки остеопороза: уменьшение роста на 2 см и более за 1 – 3 года или на 4 см и более по сравнению с возрастом в 25 лет, выраженный грудной кифоз, уменьшение расстояния между нижними ребрами и крылом подвздошной кости до ширины 2 пальцев и менее. При снижении роста на 2 см и более за 1 – 3 года или на 4 см и более за жизнь необходимо заподозрить компрессионный(ые) перелом(ы) тела позвонка.

– Рекомендован тщательный осмотр кожных покровов пациентов пожилого и старческого возраста.

Уровень рекомендации GPP

Комментарии: следует обращать внимание на признаки ксероза, микоза, опрелостей, пролежней, злокачественных образований кожи. Наличие гематом может свидетельствовать о падениях или жестоком обращении с пожилым человеком.

– Настоятельно рекомендовано выполнять осмотр ротовой полости и оценивать наличие/состояние зубов.

Уровень рекомендации GPP

Комментарии: проблемы ротовой полости могут быть потенциально устранимыми причинами синдромов мальнутриции и снижения массы тела. Необходимо оценивать наличие зубов, признаки ксеростомии, парадонтоза, злокачественных образований полости рта. Если пациент носит протезы, рекомендуется провести осмотр ротовой полости без протезов и уточнить, есть ли неприятные ощущения при их использовании, болезненность, неполное прилегание, трудности при пережевывании пищи. При необходимости следует направить пациента к врачу-стоматологу.

– При обследовании сердечно-сосудистой системы во время выполнения комплексной гериатрической оценки рекомендовано:

– проводить аускультацию сонных артерий и сердца и обращать внимание на наличие систолического шума над сонными артериями (признак стеноза сонных артерий) и над аортальным клапаном (признак стеноза аортального клапана);

– во время первого КГО измерять АД на обеих руках для выявления различий и использовать руку с более высоким уровнем САД для дальнейших измерений;



- измерять АД не менее трех раз в положении лежа и рассчитывать среднее значение 2 последних измерений;
- проводить ортостатическую пробу для выявления ортостатической гипотонии (после не менее 7-минутного отдыха в горизонтальном положении измерить АД (3 раза с интервалом 1 минута) и ЧСС, попросить пациента перейти в вертикальное (при невозможности – сидячее) положение и измерить АД и ЧСС через 1, 2 и 3 минуты, отметить наличие симптомов. Ортостатическая гипотония – при переходе в вертикальное положение снижение САД на 20 мм рт. ст. и более и/или ДАД на 10 мм рт. ст. и более);
- измерять ЧСС;
- обращать внимание на наличие брадикардии и нарушений ритма сердца;
- оценивать пульсацию артерий нижних конечностей (признак атеросклероза артерий нижних конечностей).

#### Уровень рекомендации GPP

Комментарии: Оценка состояния сердечно-сосудистой системы должна проводиться всем пациентам пожилого и старческого возраста и особенно важна при подозрении на СА. Патология сердечно-сосудистой системы может быть как причиной других ГС (падения, когнитивные нарушения), так и проявлением хронических заболеваний, влияющих на функциональный статус пациента и прогрессирование старческой астении. Для ортостатической гипотонии доказана связь с неблагоприятным прогнозом.

- Рекомендовано тщательное физическое исследование суставов с оценкой объема движения, болезненности и крепитации при движении, наличия деформации. Особое внимание рекомендовано обращать на состояние и функционирование кисти.

#### Уровень рекомендации GPP

Комментарии: Оценка состояния суставов должна проводиться всем пациентам пожилого и старческого возраста и особенно важна при подозрении на СА. Патология суставов может быть причиной хронического болевого синдрома, приводить к снижению мобильности и повышению риска падений. Функциональные возможности кисти значительно влияют на возможности пациента в самообслуживании. Помимо осмотра и оценки объема движений кисти следует уточнять, может ли пациент мыть и сушить волосы, вставить ключ в замочную скважину и повернуть, надеть свитер, резать ножом продукты.

- При проведении комплексной гериатрической оценки рекомендовано оценивать 10-летний риск остеопоротических переломов с использованием инструмента FRAX [24].

## Уровень рекомендации GPP

Комментарии: инструмент **FRAX**

разработан Всемирной организацией здравоохранения для оценки 10-летнего риска остеопоротических переломов и основан на индивидуальной для каждого человека модели, включающей клинические факторы риска и минеральную плотность костной ткани в шейке бедра. Модели **FRAX** разработаны на основе результатов популяционных исследований, проведенных в Европе, Северной Америке, Азии и Австралии. Инструмент **FRAX**

компьютеризирован и представлен на сайте [www.sheffield.ac.uk](http://www.sheffield.ac.uk) (<http://www.sheffield.ac.uk>) для общемирового использования в версиях, адаптированной для каждой страны. Ссылка на версию для Российской Федерации <https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.aspx?lang=rs> (<https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.aspx?lang=rs>)

– При проведении комплексной гериатрической оценки рекомендовано оценивать состояние зрения (Приложение Г8, Приложение Г9) и слуха (аудиометрия) с целью выявления сенсорных дефицитов.

## Уровень рекомендации GPP

Комментарии: Сенсорные нарушения (снижение зрения и слуха) затрудняют выполнение повседневных задач, повышают риск когнитивных нарушений, депрессии, падений, социальной изоляции, ухудшают прогноз для жизни пожилых людей. При выявлении снижения слуха пациента рекомендуется направить на аудиометрию.

– Рекомендовано обращать внимание на наличие атаксии, постуральной неустойчивости, тремора, ригидности мышц, которые могут указывать на наличие заболеваний нервной системы.

## Уровень рекомендации GPP

Комментарии: Оценка состояния нервной системы должна проводиться всем пациентам пожилого и старческого возраста и особенно важна при подозрении на СА, поскольку выявляемые изменения могут быть причиной ГС (падения, когнитивные нарушения), способствующих формированию прогрессированию старческой астении.

– При проведении комплексной гериатрической оценки рекомендовано оценивать статус питания по краткой шкале оценки питания (Приложение Г10) с целью выявления синдрома мальнутриции [25, 26].

## Уровень рекомендации GPP

### 1.2.2 Домен функционального статуса

– При проведении КГО рекомендовано оценивать функциональный статус пациента на основании оценки базовой (шкала Бартел, Приложение Г11) [31] и инструментальной (шкала Лоутона, Приложение Г12) [32] функциональной активности, мобильности пациента и мышечной силы с использованием краткой батареи тестов физического функционирования (Приложения Г3) [14], теста "Встань и иди" (Приложение Г13) [33] и кистевой динамометрии [15, 20, 21].

Уровень рекомендации GPP

Комментарии: Формирование зависимости от посторонней помощи является более сильным предиктором смертности и имеет большее значение для оценки прогноза для жизни и здоровья пациента, чем даже наличие конкретных заболеваний. Зависимость от посторонней помощи в повседневной жизни требует организации ухода за пациентом. Снижение мобильности является предиктором зависимости, инвалидизации, когнитивного снижения, падений, госпитализаций, а также общей смертности [27 – 30]. Мышечная слабость является одним из ключевых компонентов синдрома СА и ассоциируется с ней сильнее, чем с хронологическим возрастом [15].

– Рекомендовано оценивать риск падений по шкале Морсе (Приложение 14) [34] или на основании результатов краткой батареи тестов физического функционирования (Приложение Г3) и теста "Встань и иди" (Приложение Г13) [35, 36, 37],

Уровень рекомендации GPP

– При проведении комплексной гериатрической оценки рекомендовано оценивать влияние существующих заболеваний на общее состояние и функциональную активность пациента с целью выявления приоритетных целей лечения для сохранения автономности пациента.

Уровень рекомендации GPP

### 2.2.3 Домен когнитивного статуса

– Рекомендовано при выполнении КГО оценивать когнитивные функции пациента с использованием Краткой шкалы оценки психического статуса (Приложение Г15) [38], теста рисования часов (Приложение Г16) [39], Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (включает тест рисования часов) (Приложение Г17) [40], батареи лобных тестов (Приложение Г18) [41].

Уровень рекомендации GPP

Комментарии: Оценка когнитивных функций может значительно варьировать от простых скрининговых тестов, которые могут быть выполнены предварительно проинструктированной медицинской сестрой, до подробного

нейропсихологического тестирования, проводимого врачами–специалистами или нейропсихологами в кабинетах нарушения памяти.

#### 2.3.4 Домен эмоционального статуса

– При выполнении комплексной гериатрической оценки рекомендовано выполнять скрининг депрессии [42, 43, 44, 45] с использованием гериатрической шкалы депрессии (Приложение Г19) [46] и шкалы оценки здоровья (Приложение Г20) [47].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии: депрессия снижает качество жизни и функциональную активность пожилых пациентов, повышает риск смерти [42 – 45]. Для скрининга депрессии у пациентов пожилого и старческого возраста рекомендуется использование Гериатрической шкалы депрессии (Приложение Г19) [49] и Шкала оценки здоровья (Приложение 20) [57]. Для выявления депрессии у пациентов с умеренной или тяжелой деменцией рекомендовано использовать Корнельскую шкалу депрессии (Приложение Г21) [48]. При выявлении признаков депрессии у пациентов пожилого и старческого возраста следует выяснить наличие суицидальных мыслей и планов. Ведение пациентов с явной депрессией, особенно при наличии суицидальных мыслей, осуществляется совместно с врачом–психиатром.

#### 2.2.5 Домен социального статуса

– При проведении комплексной гериатрической оценки рекомендовано оценивать социальный статус пациента со старческой астенией, его жилищные условия, определять потребность в социально–бытовой помощи и долговременном уходе (Приложение Г22). При уровне потребности в социально–бытовой помощи и долговременном уходе 2 и выше информацию о пациенте следует передать в социальную службу.

Уровень рекомендации GPP

Комментарии: Индивидуальный план ведения пациента, разрабатываемый на основании КГО, направлен, на планирование долговременной помощи и ухода за пациентом со старческой астенией при тесном взаимодействии и медицинских и социальных служб. Социальный статус пациента частично оценивают все участники гериатрической команды, но наиболее полную оценку проводит специалист по социальной работе. При проведении КГО уточняют данные об уровне образования, профессии, семейном статусе пациента, с кем проживает пациент, к кому обращается за помощью в случае необходимости, оценивают безопасность быта, выявляют признаки пренебрежения, самопренебрежения и жестокого обращения с пожилым человеком [49, 50].

## 2.2.6 Лабораторные и инструментальные исследования

– Всем пациентам с высоко вероятной старческой астенией при выполнении комплексной гериатрической оценки рекомендовано проведение комплекса лабораторных и инструментальных исследований с целью диагностики состояний, потенциально влияющих на течение старческой астении и/или имеющих сходные клинические проявления (анемии, сердечной недостаточности, сахарного диабета, хроническая болезнь почек, синдром мальнутриции, нарушение функции печени и щитовидной железы, электролитные нарушения).

Уровень рекомендации GPP

Комментарии: Перечисленные состояния ассоциированы с высоким риском развития и прогрессирования синдрома СА и других гериатрических синдромов, их коррекция потенциально может улучшить течение СА. Выполнение части обследования до направления пациента на консультацию к врачу-гериатру позволит сократить количество визитов ослабленного пациента с СА в медицинское учреждение, и будет способствовать более быстрому и качественному выполнению КГО и разработке индивидуального плана ведения.

– Всем пациентам пожилого и старческого возраста, особенно с высоко вероятной старческой астенией, рекомендовано определение креатинина сыворотки с расчетом СКФ по формуле СКД-ЕПІ для оценки функционального состояния почек и выбора режима дозирования лекарственных средств [51].

Уровень рекомендации GPP

Комментарии: кроме расчета СКФ по формуле СКД-ЕПІ целесообразно рассчитывать клиренс креатинина по формуле Кокрофта-Голта, поскольку в инструкциях по использованию многих лекарственных средств этот показатель используется для коррекции дозы.

– При проведении комплексной гериатрической оценки рекомендовано выполнять общий анализ крови и оценивать наличие анемии (по уровню гемоглобина) в виду ее высокой распространенности у пациентов со старческой астенией, тесной ассоциации с другими гериатрическими синдромами и высокого значения для прогноза течения старческой астении и жизни пациента [52, 53, 54].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии: анемия – часто встречающееся состояние у людей пожилого и старческого возраста, ассоциированное с повышенным риском развития СА [52б 53, 54]. Анемия даже легкой степени влияет на увеличение риска

смерти, повышает заболеваемость, снижает качество жизни, связана с развитием депрессии, делирия у госпитализированных больных, ухудшением функционального статуса, когнитивными нарушениями. Анемия способствует прогрессированию синдрома СА [52 – 54].

– При проведении комплексной гериатрической оценки рекомендовано оценивать функцию щитовидной железы (исследование концентрации ТТГ в сыворотке) в виду высокой распространенности дисфункции щитовидной железы у пациентов со старческой астенией и ее тесной ассоциации с другими гериатрическими синдромами и прогнозом течения старческой астении [55 – 56].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

– При проведении комплексной гериатрической оценки рекомендовано оценивать уровень общего белка и альбумина сыворотки с целью выявления мальнутриции [57, 58].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии: снижение концентрации общего белка и альбумина сыворотки у пациентов с синдромом СА является признаком белково–энергетической недостаточности и мальнутриции. Низкий уровень общего белка и альбумина сыворотки тесно связаны с прогнозом жизни пациента с СА.

– Пациентам со старческой астенией, установленной в результате комплексной гериатрической оценки, рекомендовано исследование уровня витамина 25(ОН)D3 сыворотки [59].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии: уровень витамина 25(ОН)D3 сыворотки является сильным независимым прогностическим маркером течения и исходов синдрома СА.

#### 2.2.7 Индивидуальный план ведения пациента со старческой астенией

– На основании комплексной гериатрической оценки врач–гериатр разрабатывает индивидуальный план ведения пациента со старческой астенией, в который рекомендовано включение рекомендаций по следующим позициям:

- физическая активность,
- питание,
- когнитивный тренинг,

- дополнительные лабораторные и инструментальные обследования, консультации специалистов в соответствии с выявленными гериатрическими синдромами и состояниями, оказывающим влияние на течение старческой астении,
- коррекция выявленных гериатрических синдромов и цель-ориентированное лечение имеющихся у пациента хронических заболеваний. В качестве консультантов при необходимости с целью динамического наблюдения за пациентом в состав мультидисциплинарной команды могут быть привлечены врачи неврологи, кардиологи, эндокринологи, клинические фармакологи, ревматологи, урологи, акушеры-гинекологи, оториноларингологи, сурдологи, офтальмологи, травматологи-ортопеды, врачи по лечебной физкультуре и специалисты по медицинской реабилитации и др.,
- оптимизация лекарственной терапии с учетом STOPP/START-критериев с консультацией клинического фармаколога при необходимости, а также при необходимости – по помощи в приеме лекарств (помощь в приобретении лекарств, использование таблеток, непосредственный контроль приема лекарств и т.д.),
- использование средств и методов, адаптирующих окружающую среду к функциональным возможностям пациента и/или функциональные возможности пациента к окружающей среде (средства передвижения, трость, ходунки, протезирование и ортезирование суставов, очки, слуховой аппарат и др.),
- организация безопасного быта,
- направление для реабилитационных мероприятий,
- уровень потребности в социально-бытовой помощи и долговременном уходе, который может быть предоставлен социальной службами,
- а также в зависимости от ситуации может быть оценена потребность в медицинском патронаже и паллиативной помощи.

#### Уровень рекомендации GPP

- Рекомендовано при возможности проводить обсуждение индивидуального плана ведения с пациентом и/или родственниками/опекунами для обеспечения соответствия плана целям и приоритетам пациента и обеспечения участия семьи/опекунов в его реализации [20, 21].

#### Уровень рекомендации GPP

- Рекомендуются индивидуальный план ведения пациента со старческой астенией передать врачу, непосредственно наблюдающему пациента (врачу-терапевту участковому, врачу общей практики, семейному врачу), с целью обеспечения совместного преемственного долгосрочного наблюдения.

#### Уровень рекомендации GPP

Комментарии: индивидуальный план ведения пациента со старческой астенией выполняется врачом, непосредственно наблюдающим пациента, совместно с врачом-гериатром. Индивидуальный план ведения пациента может быть пересмотрен по результатам мониторинга функционального статуса пациента.

– Плановое повторное проведение комплексной гериатрической оценки пациента со старческой астенией рекомендовано не реже 1 раза в 12 месяцев.

Уровень рекомендации GPP

– Внеплановое повторное проведение комплексной гериатрической оценки рекомендовано при возникновении ситуаций, значимо влияющих на функциональное состояние пациента (например, переломы, острое нарушение мозгового кровообращения, онкологическое заболевание, острое заболевание с длительным периодом реконвалесценции (пневмония), хирургическое лечение).

Уровень рекомендации GPP

– Рекомендовано выполнение комплексной гериатрической оценки перед выполнением плановых хирургических вмешательств с целью определения возможных изменений функционального статуса пациента и его потребностей в посторонней помощи и уходе, а также планирования объема реабилитационных мероприятий [60, 61].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

2.3 Дополнительные исследования, направленные на выявление других гериатрических синдромов и факторов, потенциально влияющих на формирование и прогрессирование старческой астении

– У пациентов с высоко вероятной старческой астенией рекомендовано проводить оценку состояния ранее диагностированных хронических заболеваний, а также дифференциальную диагностику между старческой астенией и заболеваниями со сходными клиническими проявлениями.

Уровень рекомендации GPP

– У пациентов с установленной старческой астенией при диагностике или оценке течения хронического заболевания рекомендовано определять объем обследования с учетом результатов комплексной гериатрической оценки, клинического суждения врача, ожидаемой продолжительности жизни пациента и персонализированных целей его лечения.

Уровень рекомендации GPP



Комментарии: при принятии решения о проведении диагностического поиска или обследования в связи с хроническим заболеванием следует учитывать вклад данного состояния/заболевания в прогрессирование синдрома СА, принимать во внимание переносимость и потенциальные риски, связанные с выполнением обследования, и влияние результатов обследования на дальнейшую тактику ведения пациента в контексте сохранения функциональной активности и качества жизни. Объем диагностических мероприятий у пациентов со старческой астенией может быть неполным относительно клинических рекомендаций по данному состоянию.

– В виду тесной взаимосвязи течения старческой астении с другими гериатрическими синдромами и хроническими заболеваниями, у пациентов с высоко вероятной старческой астенией рекомендовано выявлять потенциально коррегируемые заболевания/состояния и гериатрические синдромы, потенциально влияющие на скорость утраты автономности и снижение качества жизни пациента пожилого и старческого возраста.

Уровень рекомендации GPP

– При выявлении синдрома падений рекомендовано выполнение исследований, направленных на выявление причин падений, связанных с транзиторной гипоперфузией головного мозга (гемодинамически значимые стенозы сонных артерий, стеноз аортального клапана, гемодинамически значимые нарушения сердечного ритма и проводимости), остеопорозом и патологией костно-мышечной системы, патологией центральной и периферической нервной системы, при необходимости прибегая к консультациям профильных специалистов.

Уровень рекомендации GPP

– При выявлении когнитивных нарушений при проведении комплексной гериатрической оценки рекомендовано выполнение исследований, направленных на выявление хронической сосудистой мозговой недостаточности и/или перенесенных нарушений мозгового кровообращения, атрофических процессов в головном мозге (включая определение объема гиппокампа), опухолей/метастазов головного мозга, нормотензивной гидроцефалии, а также консультация врача-невролога для расширенного нейропсихологического тестирования с целью уточнения характера и степени тяжести когнитивных расстройств и подбора специфической терапии.

Уровень рекомендации GPP

– При выявлении когнитивных нарушений при проведении комплексной гериатрической оценки рекомендовано исследование в сыворотке уровня витамина B12 [62].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств 2)

– При выявлении депрессии при проведении комплексной гериатрической

оценки рекомендована консультация психолога/врача-психотерапевта/врача-психиатра с целью уточнения диагноза и подбора терапии.

Уровень рекомендации GPP

– При выявлении синдрома недержания мочи рекомендовано обследование для исключения мочевого инфекции, консультация врача-уролога (для женщин – врача-уролога и врача-акушера-гинеколога) для решения вопроса о дальнейшем обследовании и тактике лечения.

Уровень рекомендации GPP

- При выявлении синдрома мальнутриции рекомендовано
- тщательная оценка состояния ротовой полости при необходимости с направлением на консультацию и лечение к врачу-стоматологу (лечение зубов, подбор протезов и т.д.);
- проведение обследования с целью исключения заболеваний пищевода, желудка, 12-перстной кишки при необходимости с использованием менее инвазивных методов исследования (например, рентгеноскопии пищевода и желудка с бариевой смесью вместо ЭГДС);
- при необходимости – консультация врача-диетолога, организация социально помощи (покупка продуктов, приготовление пищи, кормление).

Уровень рекомендации GPP

- При выявлении хронического болевого синдрома рекомендовано:
- оценивать интенсивность боли по ВАШ (0 – нет боли, 10 – максимальная боль) (Приложение Г23) [63 – 67];
- оценивать нейропатический компонента боли, о наличии которого судят по паттернам болевого синдрома (электричество, жжение, парестезии, онемение) и/или тесту касания (Ipswich touch test, если при прикосновении к I, III, V пальцам на ногах с двух сторон отсутствует чувствительности более, чем в 2 местах, имеется высокая вероятность нейропатии);
- для выявления боли и оценки ее интенсивности у пациентов с деменцией рекомендуется использовать шкалу PAINAD (Приложение Г24) [68].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

– При костно-мышечных и суставных болях рекомендовано проводить дифференциальный диагноз остеоартроза с ревматоидным артритом, анкилозирующим спондилитом, ревматической полимиалгией и микрокристаллическими артропатиями (в том числе, подагрой), паранеопластической артропатией согласно действующим клиническим

рекомендациям (или действующим клиническим рекомендациям Ассоциации ревматологов России) [69]. (<http://действующим>).

Уровень рекомендации GPP

– При развитии делирия рекомендовано провести тщательный анализ клинической ситуации и причин его возникновения (боль, запор, острая задержка мочи, кровотечение, острое инфекционное заболевание, острое почечное повреждение, острое нарушение мозгового кровообращения и т.д.).

Уровень рекомендации GPP

– При остро возникших функциональных нарушениях рекомендовано провести тщательный анализ клинической и социальной ситуации, исключить острые/обострение хронических заболеваний, переломы бедренной кости, грудного/поясничного отдела позвоночника, депрессию.

Уровень рекомендации GPP

(<http://действующим>)

### 3. Лечение

#### 3.1 Основные принципы оказания помощи пациентам с синдромом СА

Основными принципами оказания помощи пациентам с синдромом СА являются:

1. Сохранение и поддержание автономности и улучшение качества жизни
2. Цель – ориентированный подход
3. Пациент – ориентированный подход и индивидуальный подход к выбору тактики ведения
4. Активное выявление потребности в гериатрической помощи
5. Преодоление барьеров общения с пациентом
6. Междисциплинарное взаимодействие и работа в гериатрической команде
7. Взаимодействие с семьей, лицами, осуществляющими уход, опекунами
8. Преемственность ведения пациента между разными медицинскими и социальными учреждениями с акцентом на долговременную помощь и обеспечение межведомственного взаимодействия (здравоохранение и социальная помощь)

Сохранение и поддержание автономности и улучшение качества жизни. Наиболее важной специфической целью лечения пациентов пожилого и старческого возраста независимо от наличия синдрома СА является поддержание и, по возможности, улучшение их функционального статуса с сохранением автономности в течение как можно более длительного времени путем надежного и безопасного контроля имеющихся заболеваний, профилактики прогрессирования существующих и появления новых ГС.

Цель – ориентированный подход. Выявление СА у пациента подразумевает более низкую ожидаемую продолжительность жизни. Именно эта группа пациентов может получить максимальную выгоду от проведения КГО и применения целостного гериатрического подхода. Диагностика СА может повлечь за собой необходимость коррекции целей оказания помощи пациенту и тактики лечения.

Наличие множества заболеваний и ГС у ослабленных и зависимых пациентов с синдромом СА не позволяет одновременно проводить их диагностику и коррекцию в полном объеме. Выбор приоритетного направления лечения в данный момент должен основываться на результатах КГО с учетом следующей последовательности:

1. Лечение потенциально жизнеугрожающих заболеваний и состояний
2. Коррекция заболеваний и ГС, ухудшающих функциональную активность и влияющих на качество жизни в данный момент
3. Коррекция заболеваний и ГС, ухудшающих функциональную активность и влияющих на качество жизни в долгосрочной перспективе с учетом ожидаемой продолжительности жизни пациента.

При выборе метода лечения следует учитывать:

- подтверждение его эффективности в клинических исследованиях по данному заболеванию,
- в какой популяции его эффективность продемонстрирована,
- в каких дозах и как долго использовались назначаемые препараты.

Пациент – ориентированный подход и индивидуальный подход к выбору тактики ведения. общая система оказания медицинской помощи направлена преимущественно на лечение конкретного заболевания. Такой "болезнь-ориентированный подход" не оптимален, а иногда даже вреден [70, 71], прежде всего в виду того, что клинические доказательства для рекомендаций по ведению конкретного состояния/заболевания базируются на данных исследований, полученных у пациентов более молодого возраста, с низким уровнем коморбидности, которые принимают значительно меньшее число лекарственных препаратов, чем пациенты пожилого и старческого возраста с большим числом хронических заболеваний или пациенты с СА. Пациент-ориентированный подход учитывает не сумму хронических заболеваний у пациента пожилого или старческого возраста, а его

функциональную и когнитивную сохранность, зависимость от посторонней помощи, качество жизни. Такой подход при решении вопроса о назначении лечения учитывает предпочтения, приоритеты и жизненные ориентиры пациента.

При составлении индивидуального плана ведения пациента с синдромом СА важно оценить, насколько положения существующих клинических рекомендаций по тем или иным нозологиям применимы для данного пациента с учетом выявленных ГС, результатов оценки функционального статуса, когнитивных и эмоциональных нарушений, а также социальных проблем и ожидаемой продолжительности жизни. Ведение пациентов с синдромом СА требует особенно тщательного взвешивания риска и пользы от всех лечебных и диагностических процедур, так как агрессивное лечение хронических заболеваний, частые госпитализации, избыточное лечение в ситуациях, не угрожающих жизни, могут привести к превышению риска над пользой таких мероприятий и к снижению качества жизни пациента.

Активное выявление потребности в гериатрической помощи. Необходимо активное выявление потребности в гериатрической помощи среди пациентов, обращающихся за медицинской помощью, поскольку сами пожилые люди могут не предъявлять жалобы, обусловленные наличием СА или других ГС (падений, недержания мочи, депрессии, когнитивных нарушений).

Преодоление барьеров общения с пациентом. Важным профессиональным навыком врача-гериатра и других участников гериатрической команды является умение преодолевать барьеры при общении с пациентами пожилого и старческого возраста. Снижение слуха, замедление речи, движений, ухудшение когнитивных функций и наличие многих заболеваний – все это требует терпения и умения пользоваться невербальными техниками и специальными приборами при общении.

Междисциплинарное взаимодействие и работа в гериатрической команде. Наличие у пациентов с синдромом СА множества других ГС, а также полиморбидности, требует участия специалистов разного профиля при их ведении. Важно обеспечить согласованность в работе всех членов команды – врачей, медицинских сестер, специалистов по социальной работе, специалистов по уходу. Каждый из участников междисциплинарной команды вносит свой вклад в оценку состояния и потребностей пациента, что позволяет принять наиболее оптимальное решение о тактике его ведения. Периодическое командное обсуждение тактики ведения пациента позволяет снизить распространенность полипрагмазии, улучшить приверженность пациента и его удовлетворенность качеством оказания медицинской и социальной помощи.

Взаимодействие с семьей, лицами, осуществляющими уход, опекунами. Пациенты с синдромом СА являются в большей или меньшей степени зависимыми от посторонней помощи. Успешное ведение таких пациентов невозможно без тесного взаимодействия участников гериатрической команды с членами семьи и лицами, осуществляющими уход. Должны обсуждаться выявленные проблемы со здоровьем, поставленные цели терапии и способы

их достижения, мероприятия повседневной активности, в которых пациенту требуется помощь, возможности и способы немедикаментозной терапии, план медикаментозного лечения. При госпитализации пациента с синдромом СА важно обеспечение возможности визитов членов семьи без ограничений по времени, что позволяет снизить вероятность возникновения делирия. Вопросы, связанные с выпиской, также должны обсуждаться с членами семьи еще на этапе поступления пациента в отделение, при необходимости – с привлечением специалиста по социальной работе.

Преимущество ведения пациента между разными медицинскими и социальными учреждениями с акцентом на долговременную помощь и обеспечение межведомственного взаимодействия (здравоохранение и социальная помощь). Высокая частота повторных госпитализаций, а также высокая распространенность одиночества и одинокого проживания на фоне зависимости от посторонней помощи требуют преимущественности ведения пациента и обеспечения тесного взаимодействия медицинской и социальной служб на всех этапах оказания помощи пациентам с синдромом СА. Особенно важно скоординировать план ведения пациента при выписке из стационара домой или при переводе из одного учреждения в другое.

### 3.2 Немедикаментозные методы лечения СА

– Пациентам с синдромом старческой астении и высоким риском ее развития рекомендована регулярная физическая активность в объеме и интенсивности, зависящей от функциональных возможностей пациента с целью улучшения/поддержания физического, функционального и когнитивного статусов [72 – 76].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии: Физическая активность (ФА) – это любое движение тела, производимое скелетными мышцами, которое требует расхода энергии. Хронический дефицит ФА у пожилых является одним из значимых патогенетических механизмов развития синдрома СА. Для людей пожилого и старческого возраста доказана польза физических упражнений для повышения функциональной активности, мобильности и качества жизни, снижение риска падений. Программы физических упражнений являются эффективным средством профилактики прогрессирования СА и преаестении, а также других ГС.

– Для пациентов со старческой астенией рекомендованы следующие виды физической активности [73, 76]:

- упражнения на сопротивление;
- силовые упражнения;
- аэробные тренировки (ходьба с изменением темпа и направления, ходьба

на беговой дорожке, подъем по ступенькам, езда на велосипеде);

– упражнения на поддержание равновесия.

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии: Программы ФА для пациентов с синдромом СА должны быть регулярными и долгосрочными, адаптированными для конкретного пациента, достаточно интенсивными, чтобы улучшить мышечную силу и способность поддерживать равновесие. Интенсивность и/или продолжительность тренировок необходимо увеличивать постепенно. Для улучшения функциональной активности упражнения на сопротивление и силовые тренировки следует комбинировать с упражнениями, в которых моделируется повседневная деятельность, например, упражнения типа "встать-сесть", тандемная ходьба, подъем по ступенькам, перенос веса тела с одной ноги на другую, ходьба по прямой линии, балансирование на одной ноге. Программы тренировок должны быть составлены квалифицированными специалистами (врачами ЛФК). Программа тренировок должна регулярно пересматриваться и корректироваться в зависимости от прогресса пациента и изменений его состояния.

– Всем пациентам с синдромом старческой астении рекомендовано консультирование по вопросам рационального питания с целью профилактики синдромов мальнутриции и саркопении [77] с акцентом на достаточное потребление белка с пищей и водно-питьевой режим.

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств 3)

Комментарии: Рацион пациента с СА обязательно должен включать мясные и рыбные блюда, молочные продукты (предпочтительны творог, сыр, йогурт). Общий водный режим должен составлять не менее 2-х литров (с учетом блюд и продуктов рациона), при этом на жидкости в чистом виде должно приходиться не менее 800 мл. Для лиц имеющих сердечную недостаточность питьевой режим должен быть согласован с врачом-терапевтом или врачом-кардиологом. В виду снижения толерантность к углеводам с возрастом рекомендуется прием продуктов, содержащих "сложные" углеводы и богатых пищевыми волокнами. Рацион должен содержать достаточное количество свежих овощей и фруктов. Потребление поваренной соли не должно превышать 5,0 г в сутки, но, если пожилой человек ранее не придерживался такого уровня потребления соли, не следует вводить его резкие ограничения.

– Пациентам с синдромом старческой астении рекомендовано увеличение потребления белка до 1,0 – 1,5 г/кг массы тела в сутки с целью лечения и профилактики саркопении [78 – 85].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств 2)

Комментарии: Потребность в белке у пожилого человека выше, чем у людей молодого и среднего возраста. Для лечения и профилактики СА и саркопении важнейшее значение имеет потребление достаточного количества белка и незаменимых аминокислот. Увеличение потребления белка способствует увеличению мышечной массы и функции. Количество белка, необходимое для поддержания мышечной массы в старости, составляет 1,0 – 1,5 г/кг в сутки. Потребление такого количества белка безопасно при условии СКФ не ниже 30 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>. Оптимальным является потребление на один прием пищи 25 – 30 грамм высококачественного легкоусваиваемого белка.

– Пациентам с синдромом старческой астении и мальнутрицией рекомендовано использовать нутриционную поддержку [82, 86].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств 2)

Комментарии: При развитии мальнутриции энергетическую ценность рациона пациентов следует повышать до 3000 ккал в сутки. Применение белково-энергетических смесей у пациентов с синдромом СА обладает положительным эффектом в отношении замедления прогрессирования СА и саркопении без отрицательного влияния на уровень мочевины сыворотки крови и клиренс креатинина [82, 86, 87].

Абсолютные показания для назначения активной нутриционной поддержки в виде жидких пероральных пищевых добавок, включают [86]:

– наличие относительно быстро прогрессирующей и значимой потери массы тела, составляющей более чем 2% за неделю, 5% за месяц 10% за квартал или 20% за 6 месяцев;

– имеющиеся у пациента исходные признаки гипотрофии: индекс массы тела менее 19 кг/м<sup>2</sup>, объем плеча < 90% стандарта (менее 26 см у мужчин и 25 см у женщин), гипопроотеинемия (< 60 г/л), гипоальбуминемия (< 30 г/л), абсолютная лимфопения (< 1,2 \* 10<sup>9</sup>/л).

– Пациентам старческого возраста с избыточной массой тела и ожирением I степени (индекс массы тела 25 – 35,9 кг/м<sup>2</sup>) не рекомендовано снижение веса [88 – 95].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 2)

Комментарии: Несмотря на то, что с возрастом распространенность избыточной массы тела и ожирения увеличивается, для людей пожилого возраста характерно развитие саркопенического ожирения с уменьшением мышечной массы [92 – 95]. В отличие от людей среднего возраста, у пожилых людей повышение индекса массы тела до 25 – 29,9 кг/м<sup>2</sup> по сравнению с его нормальными значениями ассоциировано со снижением, а не повышением риска смерти [91, 93]. 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 [94]. 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 [88, 94]. В случае, если преимущества стратегии снижения веса очевидны, наиболее приемлемый терапевтический подход состоит в умеренном ограничении энергетической ценности рациона, ориентированном на умеренное снижение веса. Оценку преимуществ вмешательств у пациентов с СА 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/сутки, сопровождаться адекватным потреблением микроэлементов и обязательно сочетаться с регулярной физической активностью.

– Рекомендовано консультирование пациентов пожилого и старческого возраста, со старческой астенией, с повторными падениями или с высоким риском падений по вопросам организации безопасных условий проживания [96 – 98].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 3)

Комментарии: Пациентам пожилого и старческого возраста, особенно при наличии синдрома СА, и их родственникам/опекунам/ухаживающим лицам следует давать необходимые рекомендации по организации безопасной домашней обстановки с целью снижения риска падений. Оценка безопасности условий проживания наряду с изменением поведения оказались эффективными для снижения как количества падений, так и числа падающих людей пожилого и старческого возраста. Многофакторные вмешательства по организации безопасной домашней обстановки должны осуществляться при участии врача-гериатра и других специалистов (медицинской сестры, специалиста по социальной работе) после оценки условий проживания пациента.

Рекомендации, которые могут быть даны родственникам пациента с синдромом СА:

- подбор удобной высоты мебели (кровати, кресел, унитаза и др.);
- обеспечение устойчивости мебели;
- установка поручней, особенно в санузле;
- использование нескользящих напольных покрытий;
- подбор напольного атравматичного покрытия (например, ковролин);
- устранение порогов там, где это возможно;

- достаточное, но не слишком яркое освещение;
- контрастные маркировки на лестницах и ступенях.
- Рекомендовано консультирование пациентов пожилого и старческого возраста с повторными падениями или с высоким риском падений по вопросам подбора обуви [99, 100].
- Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 3)

Комментарии: Неправильно подобранная обувь может увеличить риск падений и снизить устойчивость пожилого человека.

Неправильно подобранной считается:

- обувь с каблуком, высота которого превышает 4,5 см;
- обувь без задника;
- обувь с задником, который может быть сжат более чем на 45°;
- полностью изношенная обувь или обувь на абсолютно плоской подошве.
- Пациентам пожилого и старческого возраста с синдромом старческой астении рекомендовано проведение когнитивного тренинга [101 – 104].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии: Использование когнитивного тренинга для проживающих дома пожилых людей с синдромом СА оказывает положительное влияние на течение СА. Проведение когнитивных тренировок у пожилых людей способствует улучшению показателей мобильности и функциональной активности. Наиболее эффективны комплексные вмешательства, включающие тренировку кратковременной памяти и внимания, физические тренировки и пищевые вмешательства.

- Рекомендовано направлять пациентов пожилого и старческого возраста на консультацию к специалистам по социальной помощи с целью выявления потенциально корригируемых проблем социального характера, а также рекомендовать обращаться в центры социального обслуживания для организации досуга и повышения социальной активности [105 – 107].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 3)

Комментарии: Одиночество и социальная изоляция являются факторами риска развития и прогрессирования синдрома СА.

### 3.3 Медикаментозная терапия

– При выборе тактики лекарственной терапии пациентов с синдромом старческой астении рекомендовано принимать во внимание не только наличие хронических и/или острых заболеваний, но и гериатрических синдромов, результаты оценки функционального статуса, наличие когнитивных и эмоциональных нарушений, а также социальных проблем [11, 22, 108, 109].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии: Лекарственная терапия пациентов с синдромом СА должна назначаться с учетом результатов КГО, жизненных приоритетов пациента и быть ориентированной на оптимальное качество жизни и поддержание независимости пациента от посторонней помощи.

– У пациентов пожилого и старческого возраста при назначении лекарственной терапии рекомендовано мониторировать появление/усугубление ГС с целью оценки ее безопасности. При появлении/усугублении ГС рекомендовано использование альтернативных препаратов и схем лечения, включая нефармакологические методы [11], ориентируясь на Методические руководства МР103 "Фармакотерапия пациентов пожилого и старческого возрасте".

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств 4)

Комментарии: У пожилых пациентов прием некоторых лекарственных средств может приводить к развитию или усугублению ГС или развитию потенциально опасных состояний, появление которых может потребовать отмены/изменения лекарственной терапии и перехода на другие схемы лечения, в том числе, немедикаментозные.

– С целью повышения безопасности и эффективности фармакотерапии и уменьшения полипрагмазии у пациентов пожилого и старческого возраста рекомендован регулярный пересмотр лекарственной терапии с использованием STOPP/START критериев, ориентируясь на Методические руководства МР103 "Фармакотерапия пациентов пожилого и старческого возрасте".

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 2)

Комментарии: Полипрагмазия сопряжена со значительным повышением риска нежелательных явлений, увеличением длительности госпитализации и увеличением риска неблагоприятных исходов. Следует регулярно проводить тщательный анализ показаний, противопоказаний, потенциальных межлекарственных взаимодействий, дозирования лекарственных средств. С целью скрининга потенциально нерациональных назначений лекарственных препаратов целесообразно использование STOPP/START критериев для

выявления необоснованных назначений и неоправданно не назначенных лекарственных средств.

– Пациентам с синдромом старческой астении и дефицитом/недостатком витамина D рекомендован прием витамина D с целью коррекции его уровня с целью профилактики падений и переломов и улучшения прогноза жизни [59, 110 – 115].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии: Дефицит витамина D соответствует концентрации 25(ОН)D3 < 20 нг/мл (50 нмоль/л), недостаток витамина D – 25(ОН)D3 от 20 до 30 нг/мл (от 50 до 75 нмоль/л), адекватные уровни – более 30 нг/мл (75 нмоль/л).

Рекомендуемый целевой уровень 25(ОН)D3 при коррекции дефицита витамина D составляет 30 – 60 нг/мл (75 – 150 нмоль/л). Это основано на исследованиях, которые показали, что значения 25(ОН)D3 в зоне более 30 нг/мл ассоциированы со снижением переломов и падений у пожилых [112].

Дефицит витамина D приводит к миопатии, что может проявляться мышечной слабостью, особенно в проксимальных группах мышц, трудностями при ходьбе, поддержании равновесия, повышению риска падений и переломов. Коррекция дефицита витамина D в адекватной дозе не только снижает риск падений и переломов на 35 – 72%, но и снижает летальность у пожилых людей, проживающих независимо [59, 112, 115].

Согласно Российским клиническим рекомендациям по диагностике и лечению дефицита витамина D у взрослых, лицам старше 50 лет для профилактики дефицита витамина D рекомендуется получать не менее 800 – 1000 МЕ витамина D в сутки. (Уровень доказательности 1 В), а для поддержания уровня 25(ОН)D более 30 нг/мл может потребоваться потребление не менее 1500 – 2000 МЕ витамина D в сутки (Уровень доказательности 2А). Рекомендуемым препаратом для лечения дефицита витамина D является колекальциферол\*\* (Уровень доказательности I А). Лечение дефицита витамина D у взрослых рекомендуется начинать с суммарной насыщающей дозы колекальциферола\*\* 400 000 МЕ с использованием одной из предлагаемых схем (Таблица 2) с дальнейшим переходом на поддерживающие дозы (Уровень доказательности IВ) [113].

– Всем пациентам с синдромом старческой астении и остеопорозом рекомендовано назначение комбинации витамина D и препарата кальция [59, 68, 114].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

– Пациентам с синдромом старческой астении и остеопорозом рекомендовано

назначение антиостеопоротической антирезорбтивной терапии  
бисфосфонатами