

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Обособленное структурное подразделение -
Российский геронтологический научно-клинический центр
Федерального государственного автономного образовательного учреждения
высшего образования «Российский национальный исследовательский
медицинский университет имени Н.И. Пирогова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Российская ассоциация геронтологов и гериатров

Российское общество по профилактике неинфекционных заболеваний

**КОМПЛЕКС МЕР
ПО ВНЕДРЕНИЮ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В
ПЕРВИЧНОЕ ЗВЕНО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Методические рекомендации

Москва – 2025

СОГЛАСОВАНО

Главный внештатный
специалист гериатр
Министерства здравоохранения
Российской Федерации

О.Н. Ткачева



_____ 2025 г.

СОГЛАСОВАНО

Главный внештатный
специалист по терапии и общей
врачебной практике
Министерства здравоохранения
Российской Федерации

О.М. Драпкина



_____ 2025 г.

СОГЛАСОВАНО

Директор ФГБУ «ЦНИИОИЗ»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации

О.С. Кобякова



_____ 2025 г.

СОГЛАСОВАНО

Директор Департамента организации
медицинской помощи и санаторно-
курортного дела Министерства
здравоохранения Российской
Федерации

Е.В. Каракулина

_____ 2025 г.

СОГЛАСОВАНО

Главный внештатный
специалист по медицинской
профилактике
Министерства здравоохранения
Российской Федерации

Л.Ю. Дроздова



_____ 2025 г.

СОГЛАСОВАНО

Генеральный директор
ФГБУ «ЦЭКМП» Министерства
здравоохранения Российской
Федерации

В.В. Омеляновский



_____ 2025 г.

РАБОЧАЯ ГРУППА

Председатель

Каракулина Е. В. – директор Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Министерства здравоохранения Российской Федерации, кандидат медицинских наук

Сопредседатели

Ткачева О. Н. – главный внештатный специалист гериатр Министерства здравоохранения Российской Федерации, директор ОСП РГНКЦ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), заведующая кафедрой болезней старения ИНОПР ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), член-корреспондент РАН, профессор

Драпкина О. М. – главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Министерства здравоохранения Российской Федерации, директор ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, академик РАН, профессор

Члены рабочей группы

Дроздова Л. Ю. – главный внештатный специалист по медицинской профилактике Министерства здравоохранения Российской Федерации, руководитель отдела стратегического планирования и внедрения профилактических технологий ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, кандидат медицинских наук

Кобякова О. С. – директор ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор

Омельяновский В. В. – генеральный директор ФГБУ «ЦЭКМП» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор

Щеголев П. Е. – заместитель директора Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Министерства здравоохранения Российской Федерации

Подготовка текста:

Котовская Ю. В. – заместитель директора по научной работе ОСП РГНКЦ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), руководитель Управления по реализации функций национального медицинского исследовательского центра по

гериатрии ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), доктор медицинских наук, профессор

Соломяник И. А. – заместитель руководителя Управления по реализации функций национального медицинского исследовательского центра по гериатрии ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), кандидат медицинских наук

Бабенко И. В. – заместитель руководителя Управления по реализации функций национального медицинского исследовательского центра по гериатрии ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), кандидат медицинских наук

Дудинская Е. Н. – заведующая лабораторией возрастных метаболических и эндокринных нарушений ОСП РГНКЦ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), профессор кафедры болезней старения ИНОПР ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), доктор медицинских наук

Малая И. П. – заведующая лабораторией изучения геропротекторов и клинических исследований ОСП РГНКЦ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), кандидат медицинских наук

Мхитарян Э. А. – заведующая лабораторией нейрогериатрии ОСП РГНКЦ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), доцент кафедры болезней старения ИНОПР ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), кандидат медицинских наук

Наумов А. В. – заведующий лабораторией заболеваний костно-мышечной системы ОСП ОГНКЦ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), профессор кафедры болезней старения ИНОПР ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), доктор медицинских наук, профессор

Остапенко В. С. – заведующая отделением гериатрии ОСП РГНКЦ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), доцент кафедры болезней старения ИНОПР ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), кандидат медицинских наук

Рунихина Н. К. – заместитель директора по гериатрической работе ОСП РГНКЦ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, доктор медицинских наук

Шарашкина Н. В. – заведующая лабораторией амбулаторной гериатрии и отделением амбулаторной гериатрии ОСП РГНКЦ ФГАОУ ВО

РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), доцент кафедры болезней старения ИНОПР ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), кандидат медицинских наук

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 «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор

Жамалов Л. М. – 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 «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, ассистент кафедры внутренних болезней и семейной медицины ДПО ФГБОУ ВО Омский ГМУ Минздрава России

Иванова Е. С. – руководитель отдела координации профилактики и укрепления общественного здоровья в регионах ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, руководитель Федерального Центра здоровья, кандидат медицинских наук

Савченко Е. Д. – ведущий научный сотрудник отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Института профессионального образования и аккредитации ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, кандидат медицинских наук

Шепель Р. Н. – заместитель директора по перспективному развитию медицинской деятельности ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, кандидат медицинских наук

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	11
Методические рекомендации по профилактическому консультированию пациентов 65 лет и старше	13
Методические рекомендации по выявлению и ведению старческой астении и других гериатрических синдромов у пациентов пожилого и старческого возраста при оказании первичной медико-санитарной помощи	30
Методические рекомендации «Выявление и ведение пациентов со старческой астенией и другими гериатрическими синдромами в условиях фельдшерско-акушерского пункта»	57
Методические рекомендации для врача первичного звена здравоохранения «Система долговременного ухода для граждан пожилого возраста	84
Приложения	120

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АГ – артериальная гипертензия

АД – артериальное давление

ДАД – диастолическое артериальное давление

ДОГВН – диспансеризация отдельных групп взрослого населения

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

ИМТ – индекс массы тела

ИППСУ – индивидуальная программа предоставления социальных услуг

ИССЗ – информационная система социальной защиты

МИС – медицинская информационная система

НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты

ПМО – профилактический медицинский СА – старческая астения

СД – сахарный диабет

САД – систолическое артериальное давление

ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания

осмотр

ТШХ – тест с шестиминутной ходьбой

ХС-ОНП – холестерин липопротеидов низкой плотности

ЧСС – частота сердечных сокращений

ШРМ СДУ – шкала реабилитационной маршрутизации для системы
долговременного ухода

START – Screening Tool to Alert to Right Treatment – скрининг не назначенных
лекарственных препаратов, которые потенциально показаны пациенту
старшего возраста

STOPP – Screening Tool of Older Persons Prescriptions – скрининг неадекватно
назначенных лекарственных препаратов у пациентов старшего возраста

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

Делирий – состояние острой спутанности сознания.

Долгожители – лица в возрасте 90 лет и старше.

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.

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.

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 – прогрессирующее генерализованное заболевание скелетной мускулатуры, ассоциированное с повышением риска неблагоприятных исходов, включая падения, переломы, физическую инвалидизацию и смертность. Под термином «саркопения» в гериатрии подразумевают первичную саркопению – состояние, характеризующиеся прогрессирующей генерализованной потерей силы, массы и функции скелетных мышц вследствие старения без других причин.

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.

Старческий возраст – 75 - 89 лет.

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

ВВЕДЕНИЕ

Национальной целью развития Российской Федерации является увеличение ожидаемой продолжительности жизни при рождении к 2030 году до 78 лет, достижение которой невозможно без снижения смертности в старших возрастных группах, а также увеличения продолжительности активной жизни после 60 лет.

По данным Росстата на начало 2025 года численность населения России в возрасте 60 лет и старше составила 31,9 млн чел., что составляет 21,8% от общей численности населения. Старение населения неизбежно сопровождается ростом распространенности хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) и гериатрических синдромов, ассоциированных со снижением ожидаемой продолжительности здоровой жизни, увеличением в популяции доли пожилых людей со сниженным функциональным статусом и зависимых от посторонней помощи. Гериатрические синдромы значительно ухудшают качество жизни и прогноз автономности людей пожилого и старческого возраста.

Как следствие, рост заболеваемости ХНИЗ пожилого населения,отяжеленными гериатрическими синдромами, накладывает дополнительную нагрузку на первичное звено здравоохранения, в первую очередь терапевтическую службу, работу фельдшерских пунктов, а также ставит новые задачи перед службой профилактики - доля пожилых пациентов, которые обращаются к терапевтам в поликлиниках, составляет 45%.

Развитие гериатрии тесно связано с дальнейшим развитием системы долговременного ухода, в услугах которой нуждаются более 1,5 миллионов граждан пожилого возраста и инвалидов с потерей автономности. Внедрение системы долговременного ухода позволит достичь снижение частоты незапланированных госпитализаций и визитов в поликлинику, снижение количества вызовов скорой помощи, повышение охвата диспансеризацией и повышение удовлетворенности граждан медицинской помощью.

В настоящее время в Российской Федерации решаются задачи по созданию механизма интеграции медицинских и социальных информационных систем для обеспечения «бесшовного» межведомственного взаимодействия, разрабатываются и внедряются системы удаленного медицинского мониторинга витальных показателей у пожилых и ослабленных пациентов. Первичное звено является основным этапом проактивного выявления потребности в социальной помощи в системе здравоохранения. Приоритетной формой предоставления социальных услуг является

обеспечение ухода за гражданином на дому в привычных ему условиях при частичном сохранении поддержки родственниками, медицинская помощь на дому в системе долговременного ухода оказывается участковыми терапевтами и медицинскими сестрами. Профилактика, раннее выявление и лечение старческой астении и других гериатрических синдромов, дальнейшее увеличение охвата граждан, нуждающихся в уходе, имеющих полную и значительную утрату к самообслуживанию у лиц пожилого и старческого возраста является стратегической задачей для обеспечения здорового старения, сохранения качества жизни пожилого человека и его независимости от посторонней помощи, а также сокращения экономических затрат на здравоохранение и социальную поддержку.

При этом важно ориентироваться на современные знания в области геронтологии и гериатрии и обеспечить профессиональную подготовку медицинского персонала с учетом новых требований к знаниям и навыкам.

Таким образом, внедрение гериатрических технологий в первичное звено здравоохранения подразумевает комплекс мероприятий:

1. Выявление гериатрических синдромов при диспансеризации и профилактических осмотрах, профилактическое консультирование граждан пожилого возраста с целью профилактики старческой астении в отделениях профилактики и центрах здоровья
2. Выявление и коррекция гериатрических синдромов при оказании первичной медико-санитарной помощи врачом-терапевтом, врачом общей практики, врачом-специалистом.
3. Выявление и коррекция гериатрических синдромов фельдшером фельдшерско-акушерского пункта
4. Взаимодействие врача первичного звена здравоохранения с системой долговременного ухода.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМУ КОНСУЛЬТИРОВАНИЮ ПАЦИЕНТОВ 65 ЛЕТ И СТАРШЕ

ВВЕДЕНИЕ

В последние годы произошла смена представлений об успешном старении. Если ранее успешное старение ассоциировалось исключительно с отсутствием болезни, хорошим физическим и когнитивным статусом, самостоятельностью и социальной поддержкой, то современное понимание успешного старения значительно шире и включает психологическое, физическое и социальное здоровье, функционирование, удовлетворенность жизнью, чувство цели, финансовую стабильность, познание нового, достижения, внешний вид, деятельность, чувство юмора, духовность.

Успешное старение – основная психологическая потребность человека. Даже в очень преклонном возрасте люди сохраняют потребность в активной жизни и развитии. Физическая активность, любая деятельность, социальная интеграция способствуют успешному старению. Депрессия является наиболее значимым фактором, оказывающим отрицательное влияние на успешное старение.

Медицинский персонал должен знать закономерности изменений организма человека, связанные со старением, уметь рано распознавать гериатрические проблемы и обладать навыками профилактического консультирования по их предупреждению и замедлению прогрессирования.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЙ

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. Возникновение одного гериатрического синдрома повышает риск развития других гериатрических синдромов.

К гериатрическим синдромам относятся: старческая астения, деменция, делирий, депрессия, синдром поведенческих и психических

нарушений у пациентов с деменцией, остеопороз, саркопения, функциональные нарушения, снижение мобильности, нарушение равновесия, головокружение, ортостатический синдром (ортостатическая гипотония, ортостатическая тахикардия с симптомами или без), сенсорные дефициты (снижение зрения, снижение слуха), недержание мочи / кала, констипационный синдром, недостаточность питания (мальнутриция), дегидратация, хронический болевой синдром и другие.

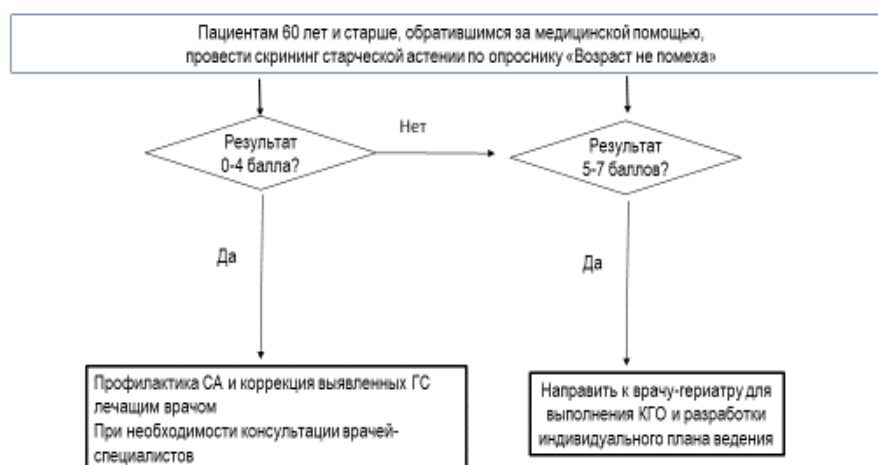
Старческая астения («хрупкость», «дряхлость», шифр по МКБ-10 R54) – гериатрический синдром, характеризующийся возраст-ассоциированным снижением физиологического резерва и функций многих систем организма, приводящий к повышенной уязвимости организма пожилого человека к воздействию эндо- и экзогенных факторов—и 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.

Развитие старческой астении может быть предотвращено, отсрочено или замедлено.

Распространенность синдрома старческой астении увеличивается с возрастом. Однако скорость старения гетерогенна, у пациентов с ускоренным старением (с сахарным диабетом, ХОБЛ, ХБП, ревматоидным артритом) старческая астения может развиваться раньше. Медицинские работники, сталкивающиеся с пожилыми людьми, должны быть осведомлены об основных признаках этого синдрома и распознавать его ранние проявления и у более молодых лиц, создавая тем самым возможность для профилактики его прогрессирования.

Скрининг на предмет наличия синдрома старческой астении с использованием короткого скринингового опросника должен осуществляться везде, где пожилой человек сталкивается с медицинским работником, и прежде всего при проведении диспансеризации.

Алгоритм диагностики и ведения старческой астении



ЗАДАЧИ КАБИНЕТОВ И ОТДЕЛЕНИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ, ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ

- Выявление у лиц в возрасте 65 лет и старше ранних признаков старческой астении, факторов риска ее развития и прогрессирования;
- Выделение группы риска с высокой вероятностью наличия старческой астении для направления к врачу-гериатру;
- Осуществление профилактического консультирования лиц пожилого и старческого возраста в соответствии с выявленными факторами риска хронических неинфекционных заболеваний и старческой астении, а также с учетом возрастных особенностей;
- Осуществление профилактического консультирования лиц с признаками старческой астении для предупреждения ее развития и прогрессирования с целью сохранения качества жизни, когнитивных функций и функциональной независимости;
- Популяризация мер успешного старения и активного долголетия.

ОСОБЕННОСТИ АНКЕТИРОВАНИЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ В КАБИНЕТАХ И ОТДЕЛЕНИЯХ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

В рамках диспансеризации анкетирование пациентов 65 лет и старше необходимо проводить по анкете, в которой учтены особенности данной возрастной категории (Приложение 1), а также с использованием анкеты для определения 10-летнего риска остеопоротических переломов по алгоритму FRAX (Приложение 2).

- Анализ результатов анкетирования следует проводить с учетом шкалы «Возраст не помеха», вопросы которой включены в анкету диспансеризации для граждан 65 лет и старше.

ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

В рамках второго этапа диспансеризации гражданам в возрасте 65 лет и старше проводится индивидуальное или групповое углубленное профилактическое консультирование (школы для пациентов) в отделении (кабинете) медицинской профилактики, центре здоровья в целях коррекции выявленных факторов риска и (или) профилактики старческой астении.

При профилактическом консультировании должны быть учтены возрастные особенности коррекции артериальной гипертензии, избыточной массы тела и ожирения, гипергликемии у лиц пожилого и старческого возраста, а также высокая вероятность полипрагмазии в связи с наличием нескольких заболеваний.

- Пациента следует ориентировать не только на устранение симптомов заболеваний (при их наличии), но и в целом на здоровое старение и долголетие, активный образ жизни без негативных для здоровья факторов;
- Всем консультируемым должны быть даны учитывающие возрастной фактор рекомендации по регулярной физической активности, питанию, когнитивному тренингу, организации безопасного быта, правилам приема лекарств;
- Профилактическое консультирование должно учитывать положительные ответы на вопросы скрининговой шкалы «Возраст не помеха», которые включены в Анкету для граждан 65 лет и старше на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска, старческой астении (Приложение 1);

- При выявлении сенсорных дефицитов (снижение слуха, зрения), хронической боли, признаков депрессии следует рекомендовать консультирование профильных врачей-специалистов;
- При вероятности старческой астении по данным скрининга (Приложение 1) пациента следует направить к врачу-гериатру.

Физическая активность

Рекомендации	Описание
Длительность и условия выполнения физических упражнений	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • Наличие хронических заболеваний вне стадии обострения не является противопоказанием для выполнения физических упражнений. • Целесообразна консультация специалиста по лечебной физкультуре, возможно, врача-реабилитолога для разработки индивидуальной программы физической активности
Аэробная физическая активность	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none">• 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/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
Жиры	<ul style="list-style-type: none">• 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	<ul style="list-style-type: none">• 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, батат и др.)

Молочные продукты	<ul style="list-style-type: none"> • Не менее трех порций в день. • Предпочтительны молочные продукты без дополнительных вкусовых добавок, так как они содержат добавленный сахар и/или насыщенные жиры. • В виду возможной вторичной лактозной недостаточности у пожилых людей предпочтительны творог, сыр, йогурт, кефир
Сахар	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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

- Всем пациентам с целью профилактики переломов необходимо провести профилактическое консультирование по профилактике падений, рациональному питанию.

- Пациента с высоким риском переломов по алгоритму FRAX (результат в «красной» зоне) необходимо информировать о возможностях профилактики перелома при использовании современной антиостеопоротической терапии. Антиостеопоротическую терапию назначает врач-терапевт или специалист по остеопорозу (врач-ревматолог, врач-гериатр, врач-эндокринолог).

- Пациента с результатом оценки риска переломов по алгоритму FRAX в «желтой» зоне необходимо информировать о необходимости выполнения остеоденситометрии вне рамок диспансеризации для решения вопроса о необходимости антиостеопоротической терапии.

Советы пациенту по правилам приема лекарственных препаратов

При профилактическом консультировании следует обсудить с пациентом общие правила приема лекарственных препаратов. Важно дать следующие рекомендации (целесообразно предоставить пациенту в распечатанном виде, Приложение 3):

- 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 лучше бороться с проблемами со здоровьем и рассмотрите все варианты лечения.

- Информировать врача обо всех препаратах, которые Вы принимаете, включая безрецептурные препараты, пищевые добавки и растительные лекарственные препараты.

- Информировать 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 растительного лекарственного средства 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 препарата.

**РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМУ
КОНСУЛЬТИРОВАНИЮ С УЧЕТОМ ОТВЕТОВ НА ВОПРОСЫ
ШКАЛЫ «ВОЗРАСТ НЕ ПОМЕХА»**

Вопрос шкалы «Возраст не помеха»	Возможные причины	Рекомендации
<p>Похудели ли Вы на 5 кг и более за последние 6 месяцев?</p> <p>(Вопрос 26 Анкеты диспансеризации для граждан 65 лет и старше)</p>	<p>Саркопения; Синдром мальнутриции; Отсутствие зубов и зубных протезов; Заболевания ротовой полости, желудочно-кишечного тракта; Депрессия; Снижение функциональной активности; Сенсорные дефициты; Полипрагмазия; Когнитивные нарушения; Социальная дезадаптация, одиночество, низкий уровень дохода; Соматические заболевания</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Обратить внимание на рекомендации по физической активности и питанию; • Направление на зубопротезирование и лечение заболеваний полости рта при наличии соответствующих проблем; • Рекомендовать обследование у лечащего врача с целью выявления причин; • Направление в центры социального обслуживания, в том числе, привлечение социальной службы для организации доставки пищевых продуктов
<p>Испытываете ли Вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения или слуха?</p>	<p>Возрастные изменения органов зрения и слуха</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Направление к врачу-офтальмологу • Направление к врачу-оториноларингологу

<p>(Вопросы 20 и 21 Анкеты диспансеризации для граждан 65 лет и старше)</p>		
<p>Были ли у Вас в течение последнего года травмы, связанные с падением?</p> <p>(Вопрос 19 Анкеты диспансеризации для граждан 65 лет и старше)</p>	<p>Мышечная слабость; Нарушение походки и равновесия; Лекарственные средства, влияющие на ЦНС; Ортостатическая гипотония; Снижение зрения, слуха; Болевой синдром; Периферическая нейропатия; Полипрагмазия; Когнитивные нарушения; Депрессия; Факторы окружающей среды (скользкий пол, плохое освещение, отсутствие перил на лестницах, узкие ступеньки и т.д.); Опасное поведение, характерное для пожилых людей (например, переход улицы или железнодорожного полотна в неполюженном месте)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Рекомендации по организации безопасного быта; • Обратит внимание на правильный подбор обуви для дома (нескользящая 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
<p>Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?</p> <p>(Вопрос 25 Анкеты диспансеризации для граждан 65 лет и старше)</p>	<p>Когнитивные нарушения</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Когнитивный тренинг (выполнение упражнений, направленных на тренировку когнитивных функций. например заучивание стихов, решение логических задач, разгадывание кроссвордов, изучение иностранных языков и т.д.); • Регулярная физическая активность • Рекомендовать специализированное консультирование врачом-гериатром/неврологом/специалистом по нарушениям памяти

<p>Страдаете ли Вы недержанием мочи?</p> <p>(Вопрос 23 Анкеты диспансеризации для граждан 65 лет и старше)</p>	<p>Возрастные изменения мочевых путей; Лекарственные препараты; Пропалс тазовых органов; Заболевания предстательной железы; Сопутствующие заболевания; Нарушением когнитивного и/или физического функционирования, действие психологических факторов</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Рекомендовать обращение к лечащему врачу/врачу-гериатру/врачу-урологу/врачу-гинекологу для уточнения нарушения типа нарушения мочеиспускания; • Информирование о современных возможностях коррекции врачами-специалистами путем назначения лекарственной терапии или хирургического лечения
<p>Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель?</p> <p>(Вопрос 22 Анкеты для граждан 65 лет и старше)</p>	<p>Депрессия, тревога; Полиморбидность; Когнитивные нарушения; Злоупотребление седативными и снотворными средствами; Одиночество, социальная изоляция</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Рекомендовать обращение к лечащему врачу/врачу-гериатру/врачу-неврологу для уточнения наличия депрессии, тревоги, когнитивных нарушений; • В случае высказывания суицидальных мыслей – рекомендовать обращение к врачу-психиатру; • Рекомендовать обращение в территориальные центры социального обслуживания с целью организации досуга, преодоления социальной изоляции
<p>Испытываете ли Вы трудности в перемещении по дому или на улице? (ходьба до 100 м/подъем на 1 лестничный пролет)</p> <p>(Вопрос 24 Анкеты диспансеризации для граждан 65 лет и старше)</p>	<p>Мышечная слабость; Заболевания суставов; Периферическая нейропатия; Заболевания ЦНС</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Регулярная физическая активность; • Использование вспомогательных устройств при ходьбе (трости, ходунки, кресла-каталки); • Консультирование врача-ортопеда-травматолога, врача-невролога, врача-гериатра

ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Общие принципы

В случае, если пациентам пожилого возраста требуется медикаментозное лечение, это лечение назначается и контролируется лечащим врачом (во взаимодействии с врачом-гериатром при наличии старческой астении).

Задача врача кабинета/отделения медицинской профилактики, центра здоровья – способствовать соблюдению пациентом врачебных назначений, при консультировании по факторам риска важно также оценивать приверженность пациента к приему назначенных медикаментозных средств.

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. При профилактическом консультировании пожилых необходимо акцентировать внимание на том, что эти пациенты, продолжающие курить, тяжелее переносят болезни, характерные для пожилого возраста, такие как сахарный диабет, остеопороз, болезни органов дыхания, в том числе пневмонии, которые для многих пожилых людей имеют фатальные последствия. Потребление табака может снижать эффективность лекарственных препаратов, прием которых необходим многим пациентам пожилого возраста. Воздействие вторичного табачного дыма (пассивное курение) также пагубно для здоровья пожилого человека.

Масса тела

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

При ИМТ $<18,5 \text{ кг/м}^2$, 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 требуется вмешательство лечащего врача по выяснению причин снижения массы тела и определения тактики лечения.

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.

При проведении профилактического консультирования необходимо акцентировать внимание пациента на следующих положениях:

- немедикаментозная терапия (изменение образа жизни посредством коррекции питания и расширения объема физических нагрузок) является основой лечения ожирения;
- 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;
- медикаментозная терапия ожирения может быть назначена только лечащим врачом.

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:

- не рекомендуется снижение массы тела при ИМТ 25-35,9 кг/м² в виду увеличения риска развития гериатрических синдромов и неблагоприятных исходов;
- 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;
- важно соблюдение рекомендаций по питанию с акцентом на потребление белка (рекомендации раздел 5.2 – см. выше);
- обязательна регулярная физическая активность (рекомендации раздел 5.1 – см. выше);
- вмешательства по снижению массы тела должны проводиться и контролироваться лечащим врачом.

Артериальная гипертензия

Лечение АГ осуществляется в соответствии с клиническими рекомендациями «Артериальная гипертензия у взрослых» с учетом наличия СА¹:

- рекомендуется начать антигипертензивную терапию у пациентов с АГ 18-79 лет при уровне АД ≥ 140 и/или ≥ 90 мм рт.ст.;
- рекомендуется начать антигипертензивную терапию у пациентов с АГ ≥ 80 лет при уровне САД ≥ 160 мм рт.ст.
- можно рассмотреть более низкие значения САД (140-159 мм рт.ст.) для инициации. У пациентов с синдромом старческой астении при определении 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

¹ Клинические рекомендации «Артериальная гипертензия у взрослых», 2024 г. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/62_3 (дата обращения 29.04.2025).

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 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 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 ≥ 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.

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

У большинства пациентов с синдромом старческой астении, а также у пациентов >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.

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%.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ И ВЕДЕНИЮ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ И ДРУГИХ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

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 (серечно-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» и предназначены для врачей-терапевтов, врачей общей практики (семейных врачей).

Цель методических рекомендаций – предоставить врачам первичного звена здравоохранения базовые знания по вопросам профилактики, диагностики и ведения СА 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.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ВЕДЕНИЯ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Ключевые положения

- Скрининг СА с использованием шкалы «Возраст не помеха» проводится у всех пациентов 60 лет и старше при обращении к врачу терапевту / врачу общей практики. Кроме того, скрининг СА проводится при анкетировании в рамках ПМО/ДОГВН.

- Скрининг СА проводится 1 раз год.

- Пациент с результатом скрининга по опроснику «Возраст не помеха» 5-7 баллов маршрутизируется 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) выполняет индивидуальный план лечения пациентов со старческой астенией с учетом рекомендаций врача-гериатра и выявленных гериатрических синдромов.

- Врач-терапевт/врач общей практики (семейный врач) наблюдает пациентов со старческой астенией, включая осмотр пациента на дому (не реже 1 посещения в 3 месяца для медицинской сестры участковой и 1 посещения в

6 месяцев для врача); при необходимости организует консультацию врача-гериатра на дому.

- Ведение пациента с СА основано на принципах мультидисциплинарной команды, включающей врача-терапевта/врача общей практики (семейного врача), врача-гериатра и других специалистов в зависимости от выявленных гериатрических синдромов и заболеваний.

- 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.

Опросник «Возраст не помеха» и действия врача-терапевта/врача общей практики (семейного врача)

Опросник «Возраст не помеха»			Действия врача-терапевта
№	Вопросы	Ответ	
1	Похудели ли Вы на 5 кг и более за последние 6 месяцев?*	да/нет	0 баллов – профилактика гериатрических синдромов, профилактическое консультирование
2	Испытываете ли Вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения или слуха?	да/нет	
3	Были ли у Вас в течение последнего года травмы, связанные с падением, или падения без травм?	да/нет	1-4 балла – коррекция выявленных гериатрических синдромов согласно соответствующими КР, направление к соответствующим специалистам профилактическое консультирование
4	Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель?	да/нет	
5	Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?	да/нет	5-7 баллов – направление к врачу-гериатру, КГО, индивидуальный план ведения При невозможности - коррекция выявленных гериатрических синдромов согласно соответствующими КР, направление к соответствующим специалистам
6	Страдаете ли Вы недержанием мочи?	да/нет	
7	Испытываете ли Вы трудности в перемещении по дому или на улице? (Ходьба до 100 метров или подъем на 1 лестничный пролет)	да/нет	

Каждый ответ «Да»= 1балл

КГО – комплексная гериатрическая оценка

ДЕЙСТВИЯ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА/ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ (СЕМЕЙНОГО ВРАЧА) ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ ПО ДАННЫМ ОПРОСНИКА «ВОЗРАСТ НЕ ПОМЕХА»

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/сут. с пропорцией 1:1 между животными и растительными белками.

- **Анализ лекарственных назначений** на предмет нежелательных эффектов лекарственных препаратов, влияния лекарственных препаратов на аппетит и усвоение питательных веществ.

- **Направить к врачу-гериатру 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/м² если пациент младше 70 лет/ <22 кг/м² если пациент старше 70 лет (Для лиц азиатской расы: <18.5 кг/м² если пациент младше 70 лет/ <20 кг/м² 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.

Клинические рекомендации

- Старческая астения https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/613_2 (14.04.2025);
- Недостаточность питания (мальнутриция) у пациентов пожилого и старческого возраста https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/615_2 (14.04.2025).

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 качество 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).

Клинические рекомендации

- Старческая астения https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/613_2 (14.04.2025);
- Падения у пациентов пожилого и старческого возраста https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/600_2 (14.04.2025);
- Когнитивные расстройства у пациентов пожилого и старческого возраста https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/617_5 (14.04.2025);
- Хроническая боль у пациентов пожилого и старческого возраста https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/616_1 (14.04.2025);
- Недостаточность питания (мальнутриция) у пациентов пожилого и старческого возраста https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/615_2 (14.04.2025);
- Недержание мочи https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/8_2 (14.04.2025);
- Клинические рекомендации по заболеваниям, имеющимся у пациента с учетом особенностей ведения пациента пожилого возраста <https://cr.minzdrav.gov.ru> (14.04.2025).

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 запомнили 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

Клинические рекомендации

- Старческая астения https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/613_2 (14.04.2025);
- Когнитивные расстройства у пациентов пожилого и старческого возраста https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/617_5 (14.04.2025).

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. – начать лечение мирабегроном 50 мг 1 раз в сутки, консультация врача-уролога в плановом порядке.

Клинические рекомендации

- Старческая астения https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/613_2 (14.04.2025);
- Недержание мочи https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/8_2 (14.04.2025).

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

Группы факторов

Описание

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 неустойчивости 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

Психозмоциональные нарушения

- Депрессия
- Тревога
- Страх падений

Ятрогенные

- 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.)
- Скользящая 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 на каждом визите пациента 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

Общие меры по профилактике усугубления риска падений/профилактике падений

- 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 бензодиазепа, антипсихотических средств и др.)

Дифференцированные индивидуальные меры профилактики падений в зависимости от выявленных факторов

Фактор риска	Меры
Нарушения сердечного ритма и проводимости, которые могут стать причиной падений	Консультация врача-кардиолога для определения стратегии коррекции (медикаментозное лечение, установка искусственных водителей ритма и т.д.)
Гемодинамически значимый стеноз сонной артерии	Консультация врача-сердечно-сосудистого хирурга для решения вопроса о хирургическом лечении
Тяжелый стеноз аортального клапана	Консультация врача-сердечно-сосудистого хирурга для решения вопроса о хирургическом лечении
Хроническая сердечная недостаточность	Лечение сердечной недостаточности в соответствии с клиническими рекомендациями для достижения стабильной компенсации. При необходимости – консультация врача-кардиолога
Артериальная гипертония	У пациентов без старческой астении: <ul style="list-style-type: none"> • 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: <ul style="list-style-type: none"> • 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
Ортостатическая гипотония	<ul style="list-style-type: none"> • Пересмотр лекарственных назначений с целью оценки лекарственных причин ортостатической гипотонии, в том числе, связанных с антигипертензивной терапией • Коррекция лекарственных назначений • Рекомендовать пациенту достаточное потребление жидкости, сон с приподнятым головным концом (10°), компрессионное белье, физические упражнения для повышения АД в ортостазе (Приложение 4)
Сахарный диабет	<ul style="list-style-type: none"> • 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 противодementной 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.

Клинические рекомендации

- Старческая астения https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/613_2 (14.04.2025);
- Падения у пациентов пожилого и старческого возраста https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/600_2 (14.04.2025);
- Когнитивные расстройства у пациентов пожилого и старческого возраста https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/617_5 (14.04.2025);
- Хроническая боль у пациентов пожилого и старческого возраста https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/616_1 (14.04.2025);
- Недостаточность питания (мальнутриция) у пациентов пожилого и старческого возраста https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/615_2 (14.04.2025);
- Недержание мочи https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/8_2 (14.04.2025);
- Патологические переломы, осложняющие остеопороз https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/614_2 (14.04.2025);
- Клинические рекомендации по заболеваниям, имеющимся у пациента с учетом особенностей ведения пациента пожилого возраста <https://cr.minzdrav.gov.ru> (14.04.2025);

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ

Физическая активность

Рекомендации	Описание
Длительность и условия выполнения физических упражнений	<ul style="list-style-type: none"> • 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.

Аэробная физическая активность	<ul style="list-style-type: none"> • Целесообразна консультация специалиста по лечебной физкультуре, возможно, врача-реабилитолога для разработки индивидуальной программы физической активности • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 3 и более дней в неделю • Продолжительность до 30 минут • Примеры: ходьба назад, ходьба боком, ходьба на носках. <p>В начальный период выполнения этих упражнений можно использовать стабильную опору</p>

Питание

Рекомендации	Описание
Режим питания	<ul style="list-style-type: none"> • Три основных приема пищи (завтрак, обед и ужин), которые могут быть дополнены двумя дополнительными (с учетом заболеваний или режима дня)
Общий водный режим	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 1600 ккал/сут для женщин и 1800 ккал/сут для мужчин
Способы кулинарной обработки	<ul style="list-style-type: none"> • Предпочтительны щадящие режимы (отваривание, запекание, припускание, тушение, приготовление на пару, аэрогриль и др.)
Белок	<ul style="list-style-type: none"> • 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/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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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, бататы др.)
Молочные продукты	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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», «Старческая астения».

Диагноз остеопороза должен быть установлен пациентам после низкоэнергетического перелома 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 остеоденситометрию для установления диагноза остеопороза и решения вопроса о необходимости антиостеопоротической терапии.

Антиостеопоротическую терапию назначает врач-терапевт или специалист по остеопорозу (врач-ревматолог, врач-гериатр, врач-эндокринолог).

При отсутствии противопоказаний пациентам с остеопорозом должна быть назначена патогенетическая терапия остеопороза: один из антирезорбтивных препаратов (алендроновая кислота 70 мг 1 раз в 7 дней, золедроновая кислота 5 мг/10 мл в/в 1 раз в год или деносумаб 60 мг п/к 1 раз в 6 мес.). Патогенетическая терапия остеопороза назначается обязательно в сочетании с препаратами витамина D (доза определяется уровнем витамина D (25(OH)D в крови) и препаратами кальция.

Рекомендуется назначение костно-анаболической терапии терипаратидом 20 мкг 1 раз в сутки сроком на 24 мес. с последующим переходом на антирезорбтивную терапию пациентам с анамнезом переломов вследствие остеопороза (особенно тел позвонков или проксимального отдела бедренной кости), не получавшим ранее антирезорбтивную терапию. Терапия терипаратидом также рекомендуется пациентам с синдромом старческой астении и тяжелым остеопорозом с неэффективностью антирезорбтивной терапии и наличием предшествующих низкоэнергетических переломов вследствие остеопороза.

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) $<20 \text{ кг/м}^2$ у пациентов младше 70 лет/ $<22 \text{ кг/м}^2$ у пациентов 70 лет и старше (для лиц азиатской расы соответственно $<18.5 \text{ кг/м}^2$ и $<20 \text{ кг/м}^2$) являются фенотипическими признаками синдрома недостаточности питания (мальнутриции) (КР «Недостаточность питания (мальнутриция) у пациентов пожилого и старческого возраста» https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/615_2 (14.04.2025)).

При ИМТ $<18,5 \text{ кг/м}^2$ 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/м² и отсутствии сопутствующих ХНИЗ (АГ, СД и др.) рекомендуется немедикаментозная коррекция массы тела. При наличии сопутствующих ХНИЗ и/или ИМТ более 27 кг/м² 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/м² или при ИМТ ≥ 27 кг/м² 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»
https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/613_2 (14.04.2025):

- не рекомендуется снижение при ИМТ 25-35,9 кг/м² 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 преимуществ 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» с учетом наличия СА https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/62_3 (29.04.2025):

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

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ «ВЫЯВЛЕНИЕ И ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ СО СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИЕЙ И ДРУГИМИ ГЕРИАТРИЧЕСКИМИ СИНДРОМАМИ В УСЛОВИЯХ ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКОГО ПУНКТА»

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 (серечно-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»² 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 (Приложение 5).

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

² 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)

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»³

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.

³ В случае возложения на фельдшера ФАП отдельных функций лечащего врача, в порядке, установленном приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской 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).

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.

- **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/м² если пациент младше 70 лет/ <22 кг/м² если пациент старше 70 лет (для лиц азиатской расы: <18.5 кг/м² если пациент младше 70 лет/<20 кг/м² 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 запомнили 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 функций. 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	<ul style="list-style-type: none"> • Снижение остроты зрения, особенно в вечернее время и ночью • Пресбиопия • Нарушения аккомодации • Снижение способности различать цвета • Снижение переносимости яркого света • Снижение восприятия звука различных частот и на различном расстоянии
	Слух	<ul style="list-style-type: none"> • Снижение способности различать голоса при разговоре • Снижение восприятия тонов • Снижение тактильной, вибрационной и температурной чувствительности
	Центральная нервная система	<ul style="list-style-type: none"> • Увеличение нестабильности при ходьбе и стоянии • Нарушение моторного ответа с замедлением реакции • Вестибулярные нарушения • Нарушения равновесия
	Костно-мышечная система	<ul style="list-style-type: none"> • Снижение мышечной силы • Снижение объема движений в суставах

Патологические состояния, предрасполагающие к падениям

Нервная система	<ul style="list-style-type: none">• Деменция• Инсульт и его последствия• Транзиторная ишемическая атака• Болезнь Паркинсона и паркинсонизм• Делирий• Синдром гиперчувствительность каротидного синуса• Головокружения• Вестибулярные нарушения• Эпилепсия
Сердечно-сосудистая система	<ul style="list-style-type: none">• Инфаркт миокарда• Ортостатическая гипотония• Нарушения сердечного ритма• Заболевания клапанов сердца• Постпрандиальные синкопальные состояния
Эндокринные нарушения и нарушения гомеостаза	<ul style="list-style-type: none">• Гипогликемия• Заболевания щитовидной железы (гипотиреоз)• Анемия• Гипокальциемия• Гипо- и гипернатриемия• Дегидратация• Гипервентиляция
Пищеварительная система	<ul style="list-style-type: none">• Желудочно-кишечное-кровотечение• Диарея
Мочеполовая система	<ul style="list-style-type: none">• Гипотония/синкопальные состояния, ассоциированные с никтурией• Недержание мочи
Костно-мышечная система	<ul style="list-style-type: none">• Саркопения• Дегенеративные изменения суставов• Деформации позвоночника• Остеопороз• Низкоэнергетические переломы• Миопатии
Психоэмоциональные нарушения	<ul style="list-style-type: none">• Депрессия• Тревога• Страх падений
Ятрогенные факторы	<ul style="list-style-type: none">• Полипрагмазия• Имобилизация

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.)
- Скользящая 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
- Социальная изоляция
- Одинокое проживание
- Финансовые проблемы

Социально-экономические факторы

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):
 - 4) *Были ли у Вас в течение последнего года травмы, связанные с падением, или падения без травм после предыдущего визита?*
 - 5) *Чувствуете ли Вы неустойчивость, когда встаете или идете?*
 - 6) *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

Общие меры по профилактике усугубления риска падений/профилактике падений

- 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 бензодиазепаина, антипсихотических средств и др.)

Дифференцированные индивидуальные меры профилактики падений в зависимости от выявленных факторов

Фактор риска	Меры
Нарушения сердечного ритма и проводимости, которые могут стать причиной падений	Консультация врача-кардиолога для определения стратегии коррекции (медикаментозное лечение, установка искусственных водителей ритма и т.д.)
Гемодинамически значимый стеноз сонной артерии	Консультация врача-сердечно-сосудистого хирурга для решения вопроса о хирургическом лечении
Тяжелый стеноз аортального клапана	Консультация врача-сердечно-сосудистого хирурга для решения вопроса о хирургическом лечении
Хроническая сердечная недостаточность	Лечение сердечной недостаточности в соответствии с клиническими рекомендациями для достижения стабильной компенсации.

Артериальная гипертония	<p>При необходимости – консультация врача-кардиолога</p> <p>У пациентов без старческой астении:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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
Ортостатическая гипотония	<p>У пациентов со старческой астенией:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 • Пересмотр лекарственных назначений с целью оценки лекарственных причин ортостатической гипотонии, в том числе, связанных с антигипертензивной терапией • Коррекция лекарственных назначений • Рекомендовать пациенту достаточное потребление жидкости, сон с приподнятым головным концом (10⁰), компрессионное белье, физические упражнения для повышения АД в ортостазе (Приложение 4)
Сахарный диабет	<ul style="list-style-type: none"> • Избегать снижения HbA1c менее 7% • Консультация врача-эндокринолога при необходимости коррекции лечения
Низкий индекс массы тела, недостаточность питания Нарушения равновесия	<ul style="list-style-type: none"> • Консультация врача-диетолога для нутриционной поддержки и восстановления массы тела • Физические упражнения для тренировки равновесия
Анемия	<ul style="list-style-type: none"> • Консультация врача-невролога
Головокружения	<ul style="list-style-type: none"> • Коррекция анемии
Легкие когнитивные нарушения	<ul style="list-style-type: none"> • Консультация врача-невролога
Умеренные когнитивные нарушения	<ul style="list-style-type: none"> • Когнитивный тренинг • Когнитивный тренинг • Консультация врача-гериатра, врача-невролога, врача-психиатра для решения вопроса о противодementной терапии и совместного наблюдения
Деменция	<ul style="list-style-type: none"> • Консультация врача-невролога, врача-психиатра
Депрессия	<ul style="list-style-type: none"> • Консультация врача-невролога, врача-психиатра
Страх падения	<ul style="list-style-type: none"> • Консультация медицинского психолога
Хроническая боль	<ul style="list-style-type: none"> • Лечение болевого синдрома

Нарушения походки	<ul style="list-style-type: none"> • При необходимости – консультация врача-невролога, врача-травматолога-ортопеда, врача-эндокринолога
Проблемы со стопой	<ul style="list-style-type: none"> • Консультация врача-невролога, врача-травматолога-ортопеда для клинической оценки походки и определение специфических методов коррекции нарушений • Рекомендовать ношение ортопедической обуви, стелек • При необходимости – консультация врача-травматолога-ортопеда, врача-невролога, врача-эндокринолога, при возможности – направление в кабинет диабетической стопы
Недержание мочи Нарушения сна	<ul style="list-style-type: none"> • См. выше • 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	<ul style="list-style-type: none"> • Направление на полисомнографию • Консультация врача-сомнолога для подбора метода коррекции
Использование технических средств реабилитации	<ul style="list-style-type: none"> • 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;
- Обратит внимание на правильный подбор обуви для дома (нескользящая 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
<p>Длительность и условия выполнения физических упражнений</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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
<p>Аэробная физическая активность</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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
<p>Силовые физические упражнения</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none">• Три основных приема пищи (завтрак, обед и ужин), которые могут быть дополнены двумя дополнительными (с учетом заболеваний или режима дня)
Общий водный режим	<ul style="list-style-type: none">• 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	<ul style="list-style-type: none">• 1600 ккал/сут для женщин и 1800 ккал/сут для мужчин
Способы кулинарной обработки	<ul style="list-style-type: none">• Предпочтительны щадящие режимы (отваривание, запекание, припускание, тушение, приготовление на пару, аэрогриль и др.)
Белок	<ul style="list-style-type: none">• 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	<ul style="list-style-type: none">• 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	<ul style="list-style-type: none">• 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.
Молочные продукты	<ul style="list-style-type: none"> • 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, бататы др.) • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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»⁴, «Старческая астения»⁵.

⁴ 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>.

⁵ 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).

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 остеоденситометрию, 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.

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) $<20 \text{ кг/м}^2$ у пациентов младше 70 лет/ $<22 \text{ кг/м}^2$ у пациентов 70 лет и старше (для лиц азиатской расы соответственно $<18.5 \text{ кг/м}^2$ и $<20 \text{ кг/м}^2$) являются фенотипическими признаками синдрома недостаточности питания (мальнутриции).

При ИМТ $<18,5$ кг/м² 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/м² и отсутствии сопутствующих ХНИЗ (АГ, СД и др.) рекомендуется немедикаментозная коррекция массы тела. При наличии сопутствующих ХНИЗ и/или ИМТ более 27 кг/м² 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/м² или при ИМТ ≥ 27 кг/м² 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/м² 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 преимуществ 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»⁶ с учетом наличия СА:

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

⁶ 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 РЕКОМЕНДАЦИИ
doi: 10.15829/1560-4071-2024-6117 ISSN 1560-4071 (print). <https://russjcardiol.elpub.ru> ISSN 2618-7620 (online)

- 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.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ДЛЯ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«СИСТЕМА ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА
ДЛЯ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА»**

ВВЕДЕНИЕ

По данным Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации 4,1 млн. пожилых и инвалидов нуждаются в уходе. Из них 1,7 млн нуждаются в услугах системы долговременного ухода (СДУ).

Порядок взаимодействия участников системы долговременного ухода на территории субъекта Российской Федерации устанавливается нормативным правовым актом субъекта Российской Федерации, принятым в соответствии с:

Федеральным законом от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»,

Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»,

Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»,

Порядками оказания медицинской помощи по профилям, утвержденными соответствующими приказами Минздрава России,

приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (с сентября 2025 г. – приказ Минздрава России от 14.04.2025 № 202н),

приказом Минздрава России от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»,

приказом Минздрава России от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»,

приказом Минтруда России от 27.12.2024 № 732 «О реализации в Российской Федерации в 2025 году Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе».

В СДУ направляются пациенты, имеющие нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности, нуждающиеся в постороннем уходе⁷.

При выявлении потенциального нуждающегося в услугах СДУ у пациента берется информированное согласие о возможности передачи информации о нем в службу социальной защиты. Информация о потенциальном нуждающемся в СДУ поступает из медицинской информационной системы (МИС) в информационную систему социальной защиты (ИССЗ). Далее экспертами по оценке нуждаемости, при согласии пациента стать участником СДУ, проводится процедура оценки нуждаемости в соответствии с требованиями Приказа и, при включении пациента в СДУ, формируется индивидуальная программа предоставления социальных услуг (ИППСУ). При формировании ИППСУ экспертами учитываются медицинские рекомендации, получаемые из МИС.

Осуществление ухода, наблюдение за пациентом

Услуги СДУ разделены на 5 основных модулей⁸ (таблица 1). Полный перечень услуг представлен в Приложении 6.

Таблица 1. Модули услуг системы долговременного ухода

Модуль	Число услуг
Поддержка питания	7 услуг
Поддержка гигиены	28 услуг
Поддержка мобильности	5 услуг
Поддержка здоровья	6 услуг
Поддержка социального функционирования	4 услуги

Роль СДУ в оказании медицинской помощи:

⁷ Приказ Минтруда России от 27.12.2024 № 732 «О реализации в Российской Федерации в 2025 году Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе». СПС «Консультант Плюс». <https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=498428&dst=1> (дата обращения – 18.06 2025)

⁸ Там же

1. Социально-бытовое сопровождение пациента пожилого и старческого возраста, который требует посторонней помощи:

1.1. при тяжелой старческой астении;

1.2. при деменции;

1.3. при нарушении мобильности после перенесенных заболеваний и оперативных вмешательств;

2. Выполнение рекомендаций врача, контроль приема лекарственных препаратов, соблюдения рекомендованного образа жизни;

3. Организационная помощь в проведении диспансеризации подопечному;

4. Своевременное информирование врача о симптомах, требующих его вмешательства.

Блок «Поддержка здоровья» в СДУ:

1. Измерение температуры тела, артериального давления, пульса, сатурации (в соответствии с медицинскими рекомендациями);

2. Помощь в соблюдении медицинских рекомендаций;

3. Подготовка лекарственных препаратов к приему;

4. Помощь в соблюдении приема лекарственных препаратов;

5. Помощь в использовании очков и/или слуховых аппаратов;

6. Помощь в использовании протезов или ортезов.

Выполняя программу оказания помощи участнику СДУ, помощник по уходу осуществляет контроль за основными витальными показателями подопечного – вносит результаты измерений и жалобы в соответствующие листы контроля, информация из которых в режиме реального времени передается из ИССС в МИС. На основании полученной информации врач принимает решение и дает рекомендации.

Ожидаемые результаты внедрения СДУ¹

1. Снижение смертности пациентов пожилого и старческого возраста, включенных в систему СДУ на 12%⁹;

2. Улучшение качества жизни пациентов пожилого и старческого возраста;

⁹ Serrano-Alarcón M, Hernández-Pizarro H, López-Casasnovas G, Nicodemo C. Effects of long-term care benefits on healthcare utilization in Catalonia. J Health Econ. 2022 Jul;84:102645. doi: 10.1016/j.jhealeco.2022.102645. Epub 2022 May 30. PMID: 35667330

3. Повышение удовлетворенности пожилого населения и членов их семей медицинской помощью;
4. Снижение частоты госпитализаций на 66%;
5. Снижение незапланированных визитов в поликлинику на 44%;
6. Снижение выездов скорой медицинской помощи на 30%;
7. Увеличение охвата диспансеризацией и диспансерным наблюдением на 10%.

ВЫЯВЛЕНИЕ ГРАЖДАН, НУЖДАЮЩИХСЯ В НАПРАВЛЕНИИ В СИСТЕМУ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА, ПРИ ОБРАЩЕНИИ В МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ

Взаимодействие участников системы долговременного ухода определяется методическими рекомендациями по порядку взаимодействия участников системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе, при выявлении и включении граждан, нуждающихся в уходе, в данную систему, а также при предоставлении гражданам социальных услуг по уходу, включенных в социальный пакет долговременного ухода¹⁰.

В СДУ направляются граждане, имеющие нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности, нуждающиеся в постороннем уходе.

Выявление граждан, в целях включения в СДУ

Выявление граждан, в целях включения их в СДУ, осуществляется при обращении лиц старше 65 лет и инвалидов в медицинскую организацию, в которой они получают первичную медико-санитарную помощь.

Для этого при проведении медицинского осмотра врачом-терапевтом участковым, врачом общей практики (семейным врачом) или врачом-

¹⁰ Методические рекомендации по порядку взаимодействия участников системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе, при выявлении и включении граждан, нуждающихся в уходе, в данную систему, а также при предоставлении гражданам социальных услуг по уходу, включенных в социальный пакет долговременного ухода. Утверждены Министром труда и социальной защиты Российской Федерации А.О. Котьяковым и Министром здравоохранения Российской Федерации М.А. Мурашко 25.07.2024 г. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://rgnkc.ru/fp-starsheepokolenie/geriatricheskaya-pomosch/normativno-pravovaya-baza/4/9.pdf> (дата обращения – 18.06.2025).

гериатром (далее – медицинский работник) оценивается состояние пациента по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ СДУ) (таблица 2).

Таблица 2. Шкала реабилитационной маршрутизации для системы долговременного ухода

Значение показателя ШРМ (баллы)	Описание состояния функционирования и ограничения жизнедеятельности (функции и структуры организма, активность и участие пациента)
0	Отсутствие нарушений функционирования и ограничения жизнедеятельности. Функции, структуры организма сохранены полностью.
1	Отсутствие проявлений нарушений функционирования и ограничения жизнедеятельности при наличии симптомов заболевания. а) может вернуться к прежнему образу жизни (работа, обучение, другое), поддерживать прежний уровень активности и социальной жизни; б) тратит столько же времени на выполнение дел, как и до болезни; в) может выполнять физическую нагрузку выше обычной без слабости, сердцебиения, одышки.
2	Легкое нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности. а) не может выполнять виды деятельности (управление транспортным средством, чтение, письмо, танцы, работа и другие) с той степенью активности, которая была до болезни, но может справляться с ними без посторонней помощи; б) обычная физическая нагрузка не вызывает выраженного утомления, слабости, одышки или сердцебиения. Стенокардия развивается при значительном, ускоренном или особо длительном напряжении (усилии). Тест шестиминутной ходьбы (ТШХ) > 425 м. Тесты с физической нагрузкой (велоэргометрия или спироэргометрия) ≥ 125 Вт / ≥ 7 МЕ; в) может самостоятельно себя обслуживать (сам одевается и раздевается, ходит в магазин, готовит еду, может совершать небольшие путешествия и переезды, самостоятельно передвигается); г) не нуждается в наблюдении; д) может проживать один дома от недели и более без посторонней помощи.
3	Умеренное нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности. а) может передвигаться самостоятельно без посторонней помощи; б) патологические симптомы в покое отсутствуют, обычная физическая нагрузка вызывает слабость, утомляемость, сердцебиение, одышку, стенокардия развивается при ходьбе на расстояние > 500 м по ровной местности, при подъеме на > 1 пролет обычных ступенек в среднем темпе в нормальных условиях. ТШХ = 301 - 425 м. Тесты с физической нагрузкой (велоэргометрия /спироэргометрия) = 75 - 100 Вт / 4 - 6,9 МЕ; в) самостоятельно одевается, раздевается, ходит в туалет, ест и выполняет другие виды повседневной активности; г) нуждается в посторонней помощи при выполнении сложных видов активности: приготовление пищи, уборка дома, поход в магазин за покупками; д) может проживать один дома без посторонней помощи от 1 суток до 1 недели.

4	<p>Выраженное нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности.</p> <p>а) умеренное ограничение возможностей передвижения;</p> <p>б) стенокардия возникает при ходьбе от 100 до 500 м по ровной местности, при подъеме на 1 пролет обычных ступенек в среднем темпе в нормальных условиях. ТШХ = 150-300 м, тесты с физической нагрузкой (велоэргометрия /спироэргометрия) = 25 -50 Вт/2-3,9 МЕ;</p> <p>в) нуждается в посторонней помощи при выполнении повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и других;</p> <p>г) в обычной жизни нуждается в ухаживающем;</p> <p>д) может проживать один дома без посторонней помощи до 1 суток.</p>
5	<p>Грубое нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности.</p> <p>а) больной комфортно чувствует себя только в состоянии покоя, минимальные физические нагрузки приводят к появлению слабости, сердцебиения, одышки, болям в сердце. ТШХ < 150 м;</p> <p>б) не может передвигаться самостоятельно без посторонней помощи;</p> <p>в) нуждается в постоянном внимании, помощи при выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и других;</p> <p>г) круглосуточно нуждается в уходе;</p> <p>д) не может быть оставлен один дома без посторонней помощи.</p>
6	<p>Нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности крайней степени тяжести.</p>

В СДУ направляются граждане при результате оценки 4 – 6 баллов по ШРМ СДУ. Медицинской организацией в срок не позднее 1-го рабочего дня от даты получения от гражданина письменного согласия на обработку (передачу) персональных данных или при наличии согласия законного представителя гражданина осуществляется передача в Территориальный координационный центр сведений, указанных в таблице 3.

Территориальный координационный центр в течение 1 рабочего дня с даты подписания гражданином, нуждающимся в уходе, или его законным представителем, договора о предоставлении социальных услуг, ИППСУ и дополнения к ИППСУ передает в Медицинскую организацию уведомление о включении гражданина в систему долговременного ухода.

В случае отказа гражданина или его законного представителя от предоставления социальных услуг, отказа от социального обслуживания, Территориальный координационный центр в течение 1 рабочего дня с даты оформления отказа передает в Медицинскую организацию уведомление о невключении гражданина в СДУ.

Таблица 3. Сведения о гражданине, нуждающемся в СДУ, передаваемые медицинской организацией в Территориальный координационный центр

Персональные данные гражданина	<ul style="list-style-type: none"> • ФИО • СНИЛС • адрес места жительства или места пребывания
ШРМ СДУ	<ul style="list-style-type: none"> • дата проведения оценки ШРМ СДУ • итоговый балл по ШРМ СДУ
Сведения о медицинской организации, к которой прикреплен гражданин	<ul style="list-style-type: none"> • полное наименование • адрес
Рекомендации	<ul style="list-style-type: none"> • предоставляется полный перечень медицинских рекомендаций (см. таб. 4)

В случае исключения гражданина из СДУ Территориальный координационный центр в течение 1 рабочего дня информирует медицинскую организацию уведомлением об исключении гражданина из СДУ.

При включении в СДУ граждан, нуждающихся в уходе, на основании их обращений, поступивших в региональный или территориальный координационный центр, Территориальный координационный центр в срок, не позднее 1 рабочего дня со дня заключения договора о предоставлении социальных услуг, ИППСУ, дополнения к ИППСУ и письменное согласие на обработку (передачу) персональных данных направляет по каналам электронного межведомственного взаимодействия в Медицинскую организацию запрос о получении медицинских рекомендаций гражданину, включенному в СДУ.

Медицинская организация в течение 1 рабочего дня после формирования медицинских рекомендаций гражданину, включенному в СДУ, и получения от гражданина или его законного представителя письменного согласия на обработку (передачу) персональных данных и письменного согласия на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, формирует и направляет в Территориальный координационный центр медицинские рекомендации.

МЕДИЦИНСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ СИСТЕМЫ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА

Медицинский работник формирует медицинские рекомендации, которые передаются в СДУ, с учетом результатов, проведенной ранее диспансеризации определенных групп взрослого населения (ДОГВН), диспансерного наблюдения, ранее проведенных медицинских осмотров и консультаций врачами-специалистами, результатов стационарного лечения, отраженных в

выписном эпикризе. Медицинские рекомендации включают сведения, перечисленные в таблице 4.

Таблица 4. Медицинские рекомендации, передаваемые в СДУ

Паспортная часть	Наименование медицинской организации; ФИО пациента, адрес пребывания, контактные данные, СНИЛС
Рекомендации по соблюдению двигательного режима и физической активности	Кратность и методика позиционирования; Кратность и объем физических упражнений; Кратность и объем двигательной активности
Рекомендации по профилактике пролежней и застойных явлений	Кратность и методика позиционирования; Рекомендуемые противопролежневые средства реабилитации.
Рекомендации по соблюдению диеты и питьевого режима	С учетом клинического состояния пациента в соответствии с требованиями клинических рекомендаций
Рекомендации по приему лекарственных препаратов	Наименование лекарственного препарата; Доза лекарственного препарата; Способ введения лекарственного препарата; Кратность приема; Особенности приема (например, после еды обильно запивая водой)
Рекомендации по контролю основных показателей жизнедеятельности	Кратность оценки состояния кожных покровов (раз в день, раз в неделю, раз в месяц и т.д.); Кратность термометрии; Кратность измерения веса (раз в день, раз в неделю, раз в месяц); Кратность измерения уровня АД и определения ЧСС*; Кратность оценки определения насыщения крови кислородом
Рекомендации по соблюдению иных медицинских рекомендаций, включая описание последовательности действий лица, осуществляющего уход, отклонений и иных факторов, влияющих на результаты ухода	Рекомендации по когнитивному тренингу; Рекомендации по социализации гражданина; Иные рекомендации
<i>*Примечание: определение проводится полностью автоматическим тонометром в соответствии с требованиями Приложений В и Г1 клинических рекомендаций «Артериальная гипертензия у взрослых»¹¹</i>	

Коррекция медицинских рекомендаций пациенту, включенному в СДУ

¹¹ Клинические рекомендации «Артериальная гипертензия у взрослых», 2024. https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/62_2 (дата обращения – 16.06.2025)

Коррекция медицинских рекомендаций пациенту, включенному в СДУ, проводится медицинской организацией не реже 1 раза в год и в случаях изменения состояния здоровья гражданина при обращении в медицинскую организацию.

Взаимодействие медицинской организации с поставщиком социальных услуг

При предоставлении социальных услуг по уходу осуществляется взаимодействие поставщика социальных услуг, помощника по уходу, который предоставляет гражданину социальные услуги по уходу, и медицинского работника (врача-терапевта участкового, врача общей практики, семейного врача, иного медицинского работника) медицинской организации, к которой прикреплен гражданин, нуждающийся в уходе.

Территориальный координационный центр передает поставщику социальных услуг полученные от Медицинской организации медицинские рекомендации.

Помощник по уходу осуществляет заполнение дневника ухода и контроля основных витальных показателей¹² с учетом медицинских рекомендаций. Информация в режиме реального времени передается из информационной системы социальной защиты в медицинскую информационную систему, которая оповещает врача о превышении/понижении показателей контрольных значений.

Помощник по уходу взаимодействует с медицинским работником в случае изменения состояния здоровья гражданина, нуждающегося в уходе, в том числе при ухудшении состояния здоровья гражданина, нуждающегося в уходе, информирует поставщика социальных услуг о каждом вызове медицинского работника, скорой медицинской помощи, а также об экстренной госпитализации гражданина, нуждающегося в уходе.

Территориальный координационный центр в целях организации ДОГВН и диспансерного наблюдения граждан, включенных в СДУ, ежемесячно осуществляет передачу сведений в медицинские организации, в которых они

¹² Приложение к Порядку предоставления социальных услуг по уходу, включаемых в социальный пакет долговременного ухода, в форме социального обслуживания, являющегося приложением № 8 к Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе, утвержденной приказом Минтруда России от 27.12.2024 № 732 «О реализации в Российской Федерации в 2025 году Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе». СПС «Консультант Плюс». <https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=498428&dst=1> (дата обращения – 18.06 2025).

получают первичную медико-санитарную помощь. Медицинская организация с учетом полученных сведений проводит корректировку планов проведения ДОГВН, диспансерного наблюдения в целях увеличения охвата граждан, включенных в СДУ.

Медицинская организация после выписки гражданина, включенного в СДУ, после лечения в стационарных условиях, организует выход медицинского работника по месту пребывания пациента в целях проведения осмотра, оценки состояния его здоровья в соответствии с медицинскими рекомендациями, указанными в выписном эпикризе.

ДИАГНОСТИКА, ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ, ПРИВОДЯЩИХ К ПОТЕРЕ МОБИЛЬНОСТИ И АВТОНОМНОСТИ, ПРИ ФОРМИРОВАНИИ МЕДИЦИНСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ В СДУ

В СДУ направляются граждане пожилого и старческого возраста с нарушениями способности к самообслуживанию, потерей мобильности и автономности, то есть имеющие синдром старческой астении и другие гериатрические синдромы. Помощники по уходу в рамках своих компетенций могут внести значительный вклад в управление гериатрическими синдромами. *Задача медицинского работника, формирующего медицинские рекомендации для СДУ, – оценить риск развития и наличие гериатрических синдромов и учесть при формировании медицинских рекомендаций соответствующие меры профилактики и контроля.* Эта задача во много облегчается, если у пациента, включенного в СДУ, была выполнена комплексная гериатрическая оценка и имеется заключение врача-гериатра. Однако и врач общей практики (семейный врач), врач-терапевт участковый, оказывая медицинскую помощь пациентам пожилого и старческого возраста в соответствии с клиническими рекомендациями, должны выполнять скрининг гериатрических синдромов и, при их выявлении, формировать необходимые рекомендации.

Клинические рекомендации по ключевым гериатрическим синдромам, размещенные в рубрикаторе Минздрава России (https://cr.minzdrav.gov.ru/clin_recomend):

- «Старческая астения»;
- «Падения и переломы у пациентов пожилого и старческого возраста»;

- «Недостаточность питания (мальнутриция) у пациентов пожилого и старческого возраста»;
- «Недержание мочи»;
- «Хроническая боль у пациентов пожилого и старческого возраста»;
- «Когнитивные расстройства у пациентов пожилого и старческого возраста».

Синдром старческой астении

Синдром старческой астении (СА) – 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. В зарубежной литературе применяют термин «frailty».

Синдром СА тесно связан с другими гериатрическими синдромами и с мультиморбидностью, может быть потенциально обратим и влияет на тактику ведения пациента. Следствием мультиморбидности является полипрагмазия, то есть регулярный ежедневный прием ≥ 5 различных лекарств.

Развитие СА происходит постепенно, однако снижение уровня функциональной активности у пациента с синдромом СА может произойти достаточно быстро. В стрессовой ситуации (инфекция, 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. Старческая астения считается потенциально обратимым состоянием, но чаще прогрессирует, чем регрессирует.

В зависимости от выраженности снижения функциональной активности, различают СА легкой, умеренной и тяжелой степени (Таблица 5). Гериатрический статус пациента, направляемого в СДУ, как правило соответствует 6-8 категории старческой астении.

Таблица 5. Клиническая классификация старческой астении и степени ее тяжести

Категория		Внешний вид	Описание	Функциональная категория
1	Отличное состояние здоровья		Пациенты активны, энергичны, высокий уровень мотивации, нет ограничений физической активности	Независимы от посторонней помощи
2	Хорошее состояние здоровья		Имеются заболевания в неактивной фазе. Уровень физической активности несколько ниже, чем у пациентов из категории 1. Нередко выполняют физические упражнения, высокая сезонная активность (например, летом)	Независимы от посторонней помощи
3	Удовлетворительное состояние здоровья		Имеются хронические заболевания, которые хорошо контролируются лечением. Нерегулярная физическая активность помимо рутинной ходьбы.	Независимы от посторонней помощи
4	Преастения		Несмотря на независимость от посторонней помощи, физическая активность ограничена. Типичны жалобы на медлительность, повышенную утомляемость	В основном независимы от посторонней помощи. Может потребоваться помощь при необходимости добраться до мест, расположенных вне привычной дистанции. БФА сохранена (индекс Бартел 100/100 баллов). ИФА сохранена или незначительно снижена (индекс Лоутона 7-8/8 баллов)
5	Легкая старческая астения		Значительно более медлительны, нуждаются в помощи при выполнении мероприятий из категории инструментальной функциональной активности (финансовые вопросы, транспорт, работа по дому, прием препаратов). Возникают проблемы самостоятельным совершением	Зависимы от посторонней помощи. БФА сохранена (индекс Бартел 100/100 баллов). ИФА умеренно снижена (индекс Лоутона 3-6/8 баллов)

			покупок и прогулками, приготовлением пищи и выполнением работы по дому	
6	Умеренная старческая астения		Нуждаются в помощи почти во всех видах инструментальной функциональной активности и ведении домашнего хозяйства. Проблемы с подъемом по лестнице, нуждаются в помощи при выполнении гигиенических мероприятий. Минимальная потребность в помощи с одеванием	Зависимы от посторонней помощи. БФА умеренно снижена (индекс Бартел > 60 баллов), ИФА значительно снижена (индекс Лоутона 1-2/8 баллов)
7	Тяжелая старческая астения		Полностью зависят от посторонней помощи - физически или когнитивно. В целом состояние относительно стабильное. Невысокий риск смерти в течение ближайших 6-ти месяцев	Зависимы от посторонней помощи. БФА значительно снижена (индекс Бартел ≤ 60 баллов), ИФА практически отсутствует (индекс Лоутона 0-1/8 баллов)
8	Очень тяжелая старческая астения		Полностью зависимы от посторонней помощи, приближаются к концу жизни. Обычно не могут восстановиться даже после легкой болезни	Полностью зависимы от посторонней помощи (индекс Бартел < 20 баллов, индекс Лоутона -1/8 баллов).
9	Терминальное состояние		Приближаются к концу жизни. Ожидаемая продолжительность жизни менее 6 месяцев	Уровень зависимости от посторонней помощи может быть различным.
Примечание: Шкала Бартел – см. Приложение 7, шкала Лоутона – см. Приложение 8. ИФА – инструментальная функциональная активность, БФА – базовая функциональная активность				

Скрининг старческой астении в соответствии с КР «Старческая астения»¹³ выполняется любым медицинским работником, контактирующим с пациентом 60 лет и старше, в первую очередь – врачом-терапевтом участковым, врачом общей практики (семейным врачом) с использованием опросника «Возраст не помеха» (таблица 6). Некоторые вопросы опросника «Возраст не помеха» включены в анкету диспансеризации для граждан 65 лет и старше. Каждый вопрос опросника нацелен на выявление гериатрических синдромов, способствующих развитию и прогрессированию синдрома СА, и, следовательно, меры по профилактике и коррекции каждого из них будут способствовать управлению синдромом СА (таблица 7). При формировании медицинских рекомендаций для СДУ необходимо учесть выявленные гериатрические синдромы.

Таблица 6. Опросник «Возраст не помеха» для скрининга синдрома старческой астении

1	Похудели ли Вы на 5 кг и более за последние 6 месяцев?*	да/нет
2	Испытываете ли Вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения или слуха?	да/нет
3	Были ли у Вас в течение последнего года травмы, связанные с падением, или падения без травм?	да/нет
4	Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель?	да/нет
5	Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?	да/нет
6	Страдаете ли Вы недержанием мочи?	да/нет
7	Испытываете ли Вы трудности в перемещении по дому или на улице? (ходьба до 100 метров или подъем на 1 лестничный пролет)	да/нет
*Примечание: имеется в виду непреднамеренное снижение веса. Если пациент похудел намеренно – за счет соблюдения специальной диеты или регулярной физической активности, балл не засчитывается		
Интерпретация: за каждый положительный ответ начисляется 1 балл. Результат 2 балла и менее – нет старческой астении, 3-4 балла – вероятная преастения, 5-7 баллов – вероятная старческая астения		

¹³ Клинические рекомендации «Старческая астения», 2024. Рубрикатор клинических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/613_2 (дата обращения – 18.06.2025)

Таблица 7. Рекомендации в зависимости от результатов анкетирования по опроснику «Возраст не помеха»

Вопрос	Возможные причины	Рекомендации
<p>Похудели ли Вы на 5 кг и более за последние 6 месяцев?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Депрессия • Саркопения • Синдром мальнутриции • Отсутствие зубов и зубных протезов, заболевания ротовой полости, желудочно-кишечного тракта • Снижение функциональной активности • Сенсорные дефициты • Полипрагмазия • Когнитивные нарушения • Социальная дезадаптация, одиночество, низкий уровень дохода • Соматические заболевания 	<ul style="list-style-type: none"> • Организация помощи в приобретении и доставке пищевых продуктов, приготовлении и приеме пищи • Полноценное питание • Назначение сипингов при синдроме мальнутриции • Регулярная физическая активность • Коррекция стоматологических проблем • Уход за полостью рта • Анализ и коррекция лекарственных назначений
<p>Испытываете ли Вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения или слуха?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Возрастные изменения органов зрения и слуха 	<ul style="list-style-type: none"> • Подбор очков и слухового аппарата • Гигиена ушей, глаз

<p>Были ли у Вас в течение последнего года травмы, связанные с падением?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Саркопения • Нарушение походки и равновесия • Неадекватный подбор вспомогательных средств при ходьбе • Периферическая нейропатия • Лекарственные средства, влияющие на ЦНС • Антигипертензивные препараты, особенно при подборе терапии • Полипрагмазия • Снижение зрения, слуха • Болевой синдром • Когнитивные нарушения • Депрессия • Факторы окружающей среды (скользкий пол, плохое освещение, отсутствие перил на лестницах, узкие ступеньки и т.д.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Рекомендации по организации безопасного быта • Коррекционные нарушения зрения и слуха • Физические упражнения для повышения мышечной силы, тренировки баланса (в том числе, выполняемые лежа и сидя) • Подбор вспомогательных средств при ходьбе (трости, ходунки) • Использование бедренных протекторов • Подбор обуви для дома (нескользкая подошва, обязательны задники) и улицы (соответствие размера, нескользкая подошва), ортопедические стельки, ортопедическая обувь • Анализ и коррекция лекарственных назначений
<p>Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Когнитивные нарушения 	<ul style="list-style-type: none"> • Регулярная физическая активность, физические упражнения для повышения мышечной силы, тренировки баланса (в том числе, выполняемые лежа и сидя) • Когнитивный тренинг (выполнение упражнений, направленных на тренировку когнитивных функций. Например, решение логических задач, разгадывание кроссвордов, рисование, вышивание т.д.) • Прием рекомендованной базисной противодементной медикаментозной терапии, назначенной врачом-гериатром/врачом-неврологом/врачом-психиатром • Анализ и коррекция лекарственных назначений

<p>Страдаете ли Вы недержанием мочи?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Возрастные изменения мочевых путей • Лекарственные препараты • Проплап тазовых органов • Заболевания предстательной железы • Сопутствующие заболевания • Нарушением когнитивного и/или физического функционирования, действие психологических факторов 	<ul style="list-style-type: none"> • Абсорбирующее белье • Уменьшение потребления кофеин-содержащих напитков • Анализ и коррекция лекарственных назначений
<p>Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Депрессия • Деменция • Злоупотребление седативными и снотворными средствами • Одиночество, социальная изоляция 	<ul style="list-style-type: none"> • В случае наличия большого депрессивного расстройства и/или суицидальных мыслей - консультация психиатра • Социальная поддержка • Выполнение рекомендаций врачей-специалистов по лечению деменции, депрессии
<p>Испытываете ли Вы трудности в перемещении по дому или на улице? (Ходьба до 100 м/ подъем на 1 лестничный пролет)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Снижение мобильности • Саркопения • Заболевания суставов • Периферическая нейропатия • Заболевания ЦНС 	<ul style="list-style-type: none"> • Регулярная физическая активность, физические упражнения для повышения мышечной силы, тренировки баланса (в том числе, выполняемые лежа и сидя) • Использование вспомогательных устройств при ходьбе (трости, ходунки, кресла-каталки) • Помощь/сопровождение при передвижении

Ведение пациентов со старческой астенией должно быть ориентировано на коррекцию факторов, определяющих неблагоприятный прогноз пациента. Регулярно общаясь с подопечным, мониторируя жизненно важные показатели в рамках своей компетенции, лица, осуществляющие уход в СДУ, предоставляют важную информацию для медицинского работника, анализ которой может привести к коррекции лечения и медицинских рекомендаций для СДУ

Рекомендации по питанию с целью профилактики и коррекции синдрома мальнутриции в СДУ

Методы выявления и коррекции синдрома недостаточности питания (мальнутриции) детально изложены в клинических рекомендациях «Недостаточность питания (мальнутриция) у лиц пожилого и старческого возраста»¹⁴.

Энергетическая ценность рациона питания для лиц пожилого и старческого возраста лет должна составлять 1600 ккал/сутки для женщин и 1800 ккал/сутки 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.

Следует учитывать, что 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. Оптимальными источниками животного белка являются молочные продукты, рыба, птица (курица, индейка), говядина, телятина, крольчатина, а растительного – крупы, бобовые, семена и орехи. Необходимо рекомендовать ежедневное употребление животного белка. Если пациент не употребляет мясо, рыбу и птицу или делает это в недостаточном количестве, рекомендуется назначение дополнительных источников белка в виде сипингов для обеспечения необходимого уровня потребления белка (сипинг – пероральное энтеральное питание, специальные сбалансированные питательные смеси, содержащие протеины, жиры, углеводы (макронутриенты), а также витамины и микроэлементы (микронутриенты), – принимается очень маленькими глотками (или через трубочку) медленно (по 100–200 мл/ч)). Если пациенту, включенному в СДУ, рекомендованы сипинги, информацию по их применению необходимо указать в рекомендациях по соблюдению диеты и питьевого режима.

¹⁴ Клинические рекомендации «Недостаточность питания (мальнутриция) у лиц пожилого и старческого возраста», 2025. Рубрикатор клинических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/615_3 (дата обращения – 18.06.2025)

На долю общего жира в рационе не должно приходиться более 25-30% от суточной калорийности, при этом треть отводится на насыщенные жиры, а другие две трети - на равные доли моно- и полиненасыщенных жирных кислот. Из растительных жиров предпочтительны оливковое, подсолнечное и льняное масла в количестве 25-30 мл в день (2 столовые ложки). Не следует исключать потребление животных жиров (сливочное масло, сливки, сметана).

Рекомендуется потребление не менее трех порций молочных продуктов в день. Предпочтительны молочные продукты без дополнительных вкусовых добавок, так как они содержат добавленные сахар и/или насыщенные жиры. У лиц старшего возраста может иметь место вторичная лактазная непереносимость, в таком случае, продукты с молочным сахаром – лактозой, следует исключить из рациона питания (молоко и др.), но продукты, в которых лактоза была израсходована на процесс ферментации, следует оставить в рационе (творог, сыр, йогурт). При наличии вторичной непереносимости к молочным (сывороточным) белкам пациенту следует предложить потребление продуктов растительного происхождения (миндального, рисового или соевого молока, йогурта, сыра тофу).

С возрастом снижается толерантность к углеводам, поэтому углеводный компонент питания должен быть сформирован из продуктов, содержащих «сложные» углеводы и богатых пищевыми волокнами: крупы из цельных злаков (овсяные хлопья «Геркулес», цельная греча, нешлифованный рис, непереработанная кукуруза, просо, овес, пшеница, полба, булгур), бобовые (включая сою), грибы, хлеб грубого помола с добавлением отрубей, овощи, фрукты, ягоды и орехи. Рекомендуется ежедневно не менее 5 порций овощей и фруктов (400-500 г/сут.). Одна порция – это один фрукт крупного размера (яблоко, груша, апельсин), ½ стакана фруктового салата, замороженных или консервированных фруктов, 3-4 штуки мелких фруктов (абрикос, слива, клубника), 3-4 ягоды сухофруктов (курага, финик, инжир), ½ стакана приготовленных или 1 стакан свежих мелконарезанных овощей. Потребление крахмалсодержащих продуктов (рафинированного белого риса, макаронных изделий, манной крупы и саго) и корнеплодов (картофель, батат и др.) следует ограничивать.

Потребление свободных сахаров ограничено 10% суточной калорийности рациона. Большинство свободных сахаров добавляются в пищевые продукты производителем, поваром или потребителем (добавленные сахара) и могут также содержаться в виде естественного сахара в меде, сиропах, фруктовых соках и фруктовых концентратах. Оптимальными источниками свободных

сахаров являются фрукты, ягоды и овощи. Потребление сахара в чистом виде (добавленного) следует ограничивать до 5% общей калорийности (около 25 г/сутки, примерно 6 чайных ложек без «верха»).

Рекомендуемое потребление поваренной соли должно составлять до 5,0 г в сутки, включая все количество соли, содержащееся в блюдах и продуктах. Однако, если пожилой человек ранее не придерживался такого уровня потребления соли, не следует вводить его резкие ограничения.

Из способов кулинарной обработки рекомендуется использование щадящих режимов: отваривание, запекание, припускание, тушение, приготовление на пару, аэрогриль и др. Пациентам с нарушением глотания (дисфагией) рекомендуется блендирование приготовленной пищи, использование загустителей.

Рекомендации по физической активности в СДУ

Физическая активность является основополагающим элементом ведения пациентов со СА и должна быть рекомендована всем пациентам. Интенсивность физической нагрузки и комплексы физических упражнений подбираются индивидуально. Главное правило – даже самый тяжелый пациент со СА не должен оставаться физически неактивным. Физические упражнения могут в том числе выполняться в положении лежа. Пожилым людям следует выполнять объем упражнений, соответствующий их возможностям и состоянию здоровья. В приложении 9 представлены виды физические упражнения, которые могут быть использованы в СДУ (рекомендуется выдавать на руки лицам, осуществляющим уход, самому пациенту или его родственникам).

Не следует выполнять физические упражнения натощак или сразу после приема пищи.

Пожилые люди, которые долго были малоподвижными, должны начинать повышение физической активности медленно, начиная с нескольких минут в день, и постепенно увеличивать продолжительность и частоту физических занятий (при отсутствии противопоказаний).

Упражнения следует выполнять сериями продолжительностью не менее 10 минут. Начинать занятия следует с разминки (легкие потягивания, медленные движения рук, ног, головы, туловища, медленная ходьба). Если пациент только начинает заниматься физическими упражнениями, то 5-10-

минутная разминка может составлять целое занятие. Продолжительность занятия должна постепенно увеличиваться до 30 минут в день; в зависимости от индивидуального физического состояния этот период должен составлять не менее трех недель.

Следует исключать упражнения на задержку дыхания, натуживание, с вращением головы и длительным наклоном головы вниз, подскоками и т.п.

Выполнять упражнения на равновесие и предотвращение падений следует не менее 3 дней в неделю. В начальный период (и в дальнейшем, если это диктуется физическими возможностями пациента) упражнения можно выполнять сидя или используя стабильную опору. Постепенно длительность упражнений доводится до 30 минут.

Заболевания суставов не являются противопоказанием для физических упражнений. Целесообразна консультация специалиста по лечебной физкультуре, возможно – реабилитолога, для разработки индивидуальной программы физической активности.

Следует уделять внимание безопасности физических упражнений во избежание травм.

Рекомендации по организации безопасного быта в СДУ

Организация безопасного быта играет важнейшее значение для профилактики падений. Рекомендации должны быть даны всем пожилым людям, особенно для пациентов с падениями в анамнезе.

- Убрать посторонние предметы с пола, включая провода, о которые можно споткнуться;
- Убрать коврики со скользким оборотным покрытием или закрепить их на полу;
- Предупредить возможность споткнуться о край ковра (например, зафиксировать ковер скотчем к полу), порожек;
- 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, коридоре так, чтобы путь от кровати до ванной/туалета был хорошо освещен.

Рекомендации по когнитивному тренингу и медикаментозному лечению когнитивных нарушений в СДУ

Профилактика, диагностика и лечение когнитивных нарушений проводится в соответствии с клиническими рекомендациями «Когнитивные расстройства у пациентов пожилого и старческого возраста»¹⁵.

В медицинских рекомендациях для СДУ должны быть даны четкие рекомендации по приему противодementных препаратов и когнитивному тренингу.

Примеры упражнений для когнитивного тренинга:

- решение логических задач;
- разгадывание кроссвордов;
- игра на музыкальных инструментах;
- рисование;
- сочетание физических и когнитивных упражнений (приложение 9).

В приложении 9 представлены материалы, которые рекомендуется выдавать на руки лицам, осуществляющим уход, самому пациенту или его родственникам.

Профилактика падений

Вопросы оценки риска и профилактики падений подробно изложены в клинических рекомендациях «Падения у пациентов пожилого и старческого возраста»¹⁶. Пациенты, включенные в СДУ, как правило имеют высокий риск падений.

Падение - происшествие, при котором человек внезапно оказывается на земле или на другой низкой поверхности, за исключением случаев, являющихся следствием нанесенного удара, потери сознания, внезапного паралича или эпилептического припадка. Падения в пожилом и старческом

¹⁵ Клинические рекомендации «Когнитивные расстройства у пациентов пожилого и старческого возраста», 2024. Рубрикатор клинических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/617_5 (дата обращения – 18.06.2025).

¹⁶ Клинические рекомендации «Падения у пациентов пожилого и старческого возраста», 2024. Рубрикатор клинических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/600_2 (дата обращения – 18.06.2025).

возрасте являются одним из главных гериатрических синдромов, определяющих прогноз жизни и автономности пациента независимо от последствий. Падения тесно связаны с другими гериатрическими синдромами. Профилактика падений является неотъемлемой частью ведения пациента пожилого и старческого возраста.

Падения – гериатрический синдром со сложным многофакторным патогенезом, который складывается из сложного взаимодействия биологических, поведенческих, средовых и социально-экономических факторов (таблица 8).

Таблица 8. Факторы риска падений у пациентов пожилого и старческого возраста

Группы факторов	Описание
Биологические факторы	
Физиологические возраст-ассоциированные изменения	<p>Зрение</p> <ul style="list-style-type: none"> • Снижение остроты зрения, особенно ночью; • Пресбиопия; • Нарушения аккомодации; • Снижение способности различать цвета; • Снижение переносимости яркого света; <p>Слух</p> <ul style="list-style-type: none"> • Снижение восприятия звука различных частот и на различном расстоянии; • Снижение способности различать голоса при разговоре; • Снижение восприятия тонов; <p>Центральная нервная система</p> <ul style="list-style-type: none"> • Снижение тактильной, вибрационной и температурной чувствительности; • Увеличение неустойчивости при ходьбе и стоянии; • Нарушение моторного ответа с замедлением реакции; • Вестибулярные нарушения; • Нарушения равновесия; <p>Костно-мышечная система</p> <ul style="list-style-type: none"> • Снижение мышечной силы; • Снижение объема движений в суставах.
Патологические состояния, предрасполагающие к падениям	<p>Нервная система</p> <ul style="list-style-type: none"> • Деменция; • Инсульт и его последствия; • Транзиторная ишемическая атака; • Болезнь Паркинсона и паркинсонизм; • Делирий; • Синдром гиперчувствительности каротидного синуса; • Головокружения; • Вестибулярные нарушения;

	<ul style="list-style-type: none"> • Эпилепсия; <p>Сердечно-сосудистая система</p> <ul style="list-style-type: none"> • Инфаркт миокарда; • Ортостатическая гипотония; • Нарушения сердечного ритма; • Заболевания клапанов сердца; • Постприандиальные синкопальные состояния; <p>Эндокринные нарушения и нарушения гомеостаза</p> <ul style="list-style-type: none"> • Гипогликемия; • Заболевания щитовидной железы (гипотиреоз); • Анемия; • Гипокальциемия; • Гипо- и гипернатриемия; • Дегидратация; • Гипервентиляция; <p>Пищеварительная система</p> <ul style="list-style-type: none"> • Желудочно-кишечное-кровотечение; • Диарея; <p>Мочеполовая система</p> <ul style="list-style-type: none"> • Гипотония/синкопальные состояния, ассоциированные с никтурией; • Недержание мочи; <p>Костно-мышечная система</p> <ul style="list-style-type: none"> • Саркопения; • Дегенеративные изменения суставов; • Деформации позвоночника; • Остеопороз; • Низкоэнергетические переломы; • Миопатии; <p>Психоэмоциональные нарушения</p> <ul style="list-style-type: none"> • Депрессия; • Тревога; • Страх падений; <p>Ятрогенные</p> <ul style="list-style-type: none"> • Полипрагмазия; • Имобилизация
Поведенческие факторы	
Вредные привычки и поведение	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • Ступеньки, их недостаточная ширина; • Препятствия на пути человека (посторонние предметы, провода, пороги и т.д.); • Скользящая поверхность пола; • Отсутствие поручней; • Недостаточное освещение в квартире или доме;

	<ul style="list-style-type: none"> • Неадекватная мебель (высокая кровать, неустойчивый стул и т.д.); • Планировка здания; • Выбоины на тротуаре; • Неадекватная обувь
Социально-экономические факторы	<ul style="list-style-type: none"> • Социальная изоляция; • Одинокое проживание; • Экономические проблемы

К немодифицируемым факторам риска падений относятся: возраст 80 лет и старше, деменция, анамнез инсульта/транзиторной ишемической атаки, анамнез падения, анамнез перелома, недавняя (менее 1 мес.) выписка из больницы. Большинство факторов риска падений (таблица 8) являются модифицируемыми, и меры, направленные на их устранение/уменьшение выраженности, составляют комплексный подход к профилактике падений. Профилактика падений включает общие и дифференцированные меры (таблица 9).

Таблица 9. Общие и дифференцированные меры профилактики падений

Общие меры по профилактике усугубления риска падений/профилактике падений	
<ul style="list-style-type: none"> • Образовательные материалы по профилактике падений для пациентов и ухаживающих за ними лиц; • Физическая активность, физические упражнения на тренировку равновесия, мышечной силы и выносливости (комплекс упражнений и их интенсивность подбираются индивидуально); • 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 бензодиазепаина, антипсихотических средств и др.). 	
Дифференцированные индивидуальные меры профилактики падений в зависимости от выявленных факторов	
Фактор риска	Меры
Нарушения сердечного ритма и проводимости, которые могут стать причиной падений	Консультация врачей-специалистов врача-кардиолога для определения стратегии коррекции (медикаментозное лечение, установка искусственных водителей ритма и т.д.)
Гемодинамически значимый стеноз сонной артерии	Консультация врачей-специалистов для решения вопроса о хирургическом лечении
Тяжелый стеноз аортального клапана	Консультация врачей-специалистов для решения вопроса о хирургическом лечении
Хроническая сердечная недостаточность	Лечение сердечной недостаточности в соответствии с клиническими рекомендациями для достижения стабильной компенсации. При необходимости – консультация врачей-специалистов
Артериальная гипертония	У пациентов без старческой астении <ul style="list-style-type: none"> • достижение и поддержание целевого САД 130-140 мм рт.ст. • Не снижать САД менее 130 мм рт.ст. • Избегать назначение 3 и более антигипертензивных средств • Контроль на предмет ортостатической гипотонии У пациентов со старческой астенией:

	<ul style="list-style-type: none"> • Консультация врача-гериатра для определения уровня целевого САД • Не снижать САД менее 130 мм рт.ст. • Избегать назначение 3 и более антигипертензивных препаратов • Контроль на предмет ортостатической гипотонии • Рассмотреть возможность уменьшения интенсивности антигипертензивной терапии при ухудшении гериатрического статуса
Ортостатическая гипотония	<ul style="list-style-type: none"> • Пересмотр лекарственных назначений с целью оценки лекарственных причин ортостатической гипотонии, в том числе, связанных с антигипертензивной терапией • Коррекция лекарственных назначений • Обучение пациента физическим контрманеврам и правилам безопасного перехода в вертикальное положение
Сахарный диабет	<ul style="list-style-type: none"> • Избегать снижения HbA1c менее 7% • Консультация врача-эндокринолога при необходимости коррекции лечения
Низкий индекс массы тела, недостаточность питания (мальнутриция)	<ul style="list-style-type: none"> • Консультация врача-диетолога для нутриционной поддержки и восстановления массы тела
Нарушения равновесия	<ul style="list-style-type: none"> • Физические упражнения для тренировки равновесия • Консультация врача-невролога
Анемия	<ul style="list-style-type: none"> • Коррекция анемии
Головокружения	<ul style="list-style-type: none"> • Консультация врача-невролога
Легкие когнитивные нарушения	<ul style="list-style-type: none"> • Когнитивный тренинг
Умеренные когнитивные нарушения	<ul style="list-style-type: none"> • Когнитивный тренинг • Консультация врача-гериатра, врача-невролога, врача-психиатра для решения вопроса о противодementной терапии и совместного наблюдения
Деменция	<ul style="list-style-type: none"> • Консультация врача-невролога, врача-психиатра
Депрессия	<ul style="list-style-type: none"> • Консультация врача-невролога, врача-психиатра
Страх падения	<ul style="list-style-type: none"> • Консультация медицинского психолога
Хроническая боль	<ul style="list-style-type: none"> • Лечение болевого синдрома • При необходимости – консультация врача-невролога, врача-травматолога-ортопеда, врача-эндокринолога

Нарушения походки	<ul style="list-style-type: none"> • Консультация врача-невролога, врача-травматолога-ортопеда для клинической оценки походки и определение специфических методов коррекции нарушений
Проблемы со стопой	<ul style="list-style-type: none"> • Коррекция нарушений согласно данным клиническим рекомендациям • При необходимости – консультация –врача-травматолога-ортопеда, врача-подолога, врача-невролога, врача-эндокринолога
Недержание мочи	<ul style="list-style-type: none"> • Консультация врача-уролога
Нарушения сна	<ul style="list-style-type: none"> • Немедикаментозные меры коррекции сна • При необходимости – консультация врача-сомнолога
Синдром апноэ во сне	<ul style="list-style-type: none"> • Направление на полисомнографию • Консультация врача-сомнолога для подбора метода коррекции
Использование вспомогательных средств	<ul style="list-style-type: none"> • Тщательный подбор вспомогательных средств

Падения тесно связаны с другими гериатрическими синдромами (сенсорными дефицитами, хронической болью, недержанием мочи, когнитивными нарушениями, мальнутрицией, саркопенией, нарушением мобильности и др.), коррекция которых помогает снизить риск падений.

Следует отметить важность оценки ортостатической реакции АД у всех пациентов пожилого и старческого возраста с целью выявления ортостатической гипотонии как фактора риска падений.

Для снижения риска падений рекомендуется тщательный анализ лекарственных назначений на предмет их возможного влияния на риск падений и соответствующая коррекция лечения. Анализ лекарственных назначений проводится с учетом методических рекомендаций «Фармакотерапия у пациентов пожилого и старческого возраста»¹⁷, STOPP/START-критериев. Особое внимание следует уделять оценке антихолинергической нагрузки. Системные, периферические и центральные антихолинергические эффекты могут приводить к повышению риска падений за счет снижения зрения, неблагоприятного влияния на когнитивные функции и др. Необходимо учитывать, что антихолинергическая активность имеется не только у препаратов, непосредственно влияющих на холинергическую систему, но и у препаратов, механизм действия которых непосредственно не связан с этой системой, но проявивших холинолитическую активность в эксперименте или в клинических исследованиях. Важно понимать, что при применении одного лекарственного средства с антихолинергической активностью значительного негативного влияния может и не быть, но при сочетании нескольких препаратов влияние становится клинически значимым. При наличии нескольких лекарственных препаратов для лечения заболевания/состояния разумно предпочесть препарат с наименьшей антихолинергической активностью или иным механизмом действия.

Недержание мочи

Недержание мочи – гериатрический синдром, который является проявлением ряда возраст-ассоциированных изменений и заболеваний. Недержание мочи значительно нарушает качество жизни пожилого человека, повышает риск падений, когнитивного снижения и прогрессирования старческой астении, затрудняет уход.

¹⁷ Фармакотерапия у лиц пожилого и старческого возраста. Методические рекомендации / Д. А. Сычев, О. Н. Ткачева, Ю. В. Котовская, И. П. Малая. – М.: Издательство ООО «КОНГРЕССХИМ» – 2024. – 124 с. ISBN 978-5-6052709-2-8. https://rgnkc.ru/images/metod_materials/Farmakoterapiya_2018.pdf (дата обращения 18.06.2025).

Выделяют четыре вида недержания мочи: ургентное, стрессовое (недержание мочи при напряжении), вследствие переполнения мочевого пузыря и функциональное.

Недержание мочи при напряжении, или стрессовое недержание мочи, может быть двух основных видов: заболевание, связанное с дислокацией и ослаблением связочного аппарата неизмененного мочеиспускательного канала и уретровезикального сегмента, что относится к анатомическому недержанию мочи; заболевание, связанное с изменениями в самом мочеиспускательном канале и сфинктерном аппарате, приводящем к нарушению функции замыкательного аппарата. Своевременная диагностика и хирургическое лечение позволяют в большинстве случаев избавить пациентов от этой проблемы.

Ургентное недержание мочи связано с непроизвольными сокращениями мочевого пузыря. Это состояние может быть связано с нейрогенными проблемами, такими как снижение ингибирующего контроля со стороны центральной нервной системы или же нарушениями функции уротелия, что может приводить к активации афферентных рефлексов мочевого пузыря.

Недержание мочи у мужчин возникает, как правило, после ранее перенесенных операций на предстательной железе, в ходе которых может быть повреждение сфинктера уретры. Наиболее частыми причинами недержания мочи у мужчин является радикальная простатэктомия и трансуретральные операции на простате. У мужчин в такой ситуации чаще имеет место стрессовая форма недержания мочи. Ургентное недержание мочи у мужчин может иметь место независимо от ранее проводимых операций и встречается чаще с увеличением возраста больных.

К недержанию мочи при переполнении мочевого пузыря приводят снижение или отсутствие сократительной активности детрузора и длительно существующая инфравезикальная обструкция. Снижение или отсутствие сократительной способности детрузора – результат нарушения иннервации мочевого пузыря (травмы и заболевания на уровне сакрального отдела спинного мозга, диабетическая полинейропатия, повреждение нервных волокон при операциях на органах малого таза и др.). Инфравезикальная обструкция чаще встречается у мужчин. Ее вызывает доброкачественная гиперплазия и рак предстательной железы, стриктура уретры и др.

Функциональное недержание мочи возникает при наличии внешних функциональных препятствий для мочеиспускания на фоне нормального функционирования мочевых путей. Может быть связано со снижением

когнитивных функций, мобильности, действием психологических факторов (например, снижение мотивации) или факторов окружающей среды (ограничение доступности туалета).

Рекомендуется у всех пациентов пожилого и старческого возраста проводить опрос на предмет недержания мочи и ноктурии. Вопрос, касающийся этого гериатрического синдрома, включен в опросник «Возраст не помеха». При ответе «Да» на вопрос о наличии недержания мочи, необходимо задать дополнительные вопросы пациенту с целью уточнения его типа (Таблица 10).

Таблица 10. Опросник для скрининга недержания мочи

Вопрос	Варианты ответов
1. В течение 3 последних месяцев были ли у Вас эпизоды недержания мочи (даже небольшого количества)?	- Да или Нет. Если пациент отвечает «Да», продолжить опрос
2. Если у Вас были эпизоды недержания мочи, то они происходили (отметить все возможные варианты)	- при физической нагрузке (кашель, чихание, подъем тяжести, физические упражнения); - тогда, когда Вы чувствовали срочный позыв к мочеиспусканию, но не смогли вовремя добраться до туалета; - без физической нагрузки и без срочных позывов к мочеиспусканию.
3. Недержание мочи случалось у Вас наиболее часто (выбрать один ответ)	- при физической нагрузке (кашель, чихание, подъем тяжести, физические упражнения); - тогда, когда Вы чувствовали срочный позыв к мочеиспусканию, но не смогли вовремя добраться до туалета; - без физической нагрузки и без срочных позывов к мочеиспусканию; - одинаково часто при физической нагрузке и при срочных позывах к мочеиспусканию
Для стрессового недержания мочи характерна ассоциация с физическими факторами (кашель, чихание, подъем тяжести, физические упражнения). Для ургентного недержания мочи характерны срочные позывы к мочеиспусканию. Смешанный вариант подразумевает сочетание этих признаков.	

При ургентном недержании мочи целесообразно выполнение ультразвукового исследования мочевого пузыря с определением объема остаточной мочи. При наличии остаточной мочи необходима консультация врача-уролога, при отсутствии – врача общей практики (семейный врач), врач-терапевт или врач-гериатр могут назначить препараты для лечения ургентного недержания мочи, подобрав средства с минимальной антихолинергической нагрузкой.

Хроническая боль

Хроническая боль – неприятное ощущение и эмоциональное переживание, связанное с фактическим или потенциальным повреждением тканей или описываемое в терминах такого повреждения, персистирующая в течение 3 и более месяцев. По патогенетическому происхождению чаще встречаются скелетно-мышечная боль (40%) и периферическая нейропатическая боль (40%), среди которых чаще отмечаются боли в пояснице или шее (65%) и хроническая боль в суставах (20%).

Хронический болевой синдром – распространенная проблема у лиц пожилого возраста. Хроническая боль является фактором риска развития и прогрессирования СА, развития или увеличения тяжести целого ряда гериатрических синдромов (нарушения сна, когнитивные нарушения, тревожно-депрессивные расстройства, падения, саркопения, недостаточность питания, снижение мобильности и др.)

Детально подходы к диагностике и лечению хронического болевого синдрома изложены в клинических рекомендациях «Хроническая боль у пациентов пожилого и старческого возраста»¹⁸. В контексте медицинских рекомендаций для СДУ следует отметить важность физических упражнений для уменьшения болевого синдрома и ключевые моменты медикаментозного лечения боли, которое должно найти отражение в рекомендациях по лекарственной терапии.

Всем пациентам пожилого возраста с хронической болью рекомендуется назначение комплекса упражнений с целью уменьшения боли и повышения мобильности. ***Ежедневные комплексы физических упражнений на развитие мышечной силы, выносливости, тренировку баланса должны подбираться с учетом локализации и выраженности болевого синдрома.*** Важен подбор ортопедических приспособлений, средств малой адаптации (трости, ходунки и пр.), обуви и ортопедических стелек для повышения эффективности коррекции болевого синдрома.

Медикаментозное лечение скелетно-мышечной боли слабой и умеренной интенсивности назначается, если методы немедикаментозной терапии оказались неэффективными.

¹⁸ Клинические рекомендации «Хроническая боль у пациентов пожилого и старческого возраста», 2020. Рубрикатор клинических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/616_1 (дата обращения – 18.06.2025).

Выбор обезболивающих средств должен учитывать полипрагмазию, которая часто встречается у пожилых пациентов с хронической болью, и STOPP/START-критерии при назначении анальгетиков. Назначение НПВП рекомендуется в минимально эффективных дозах короткими курсами (не более 14 дней) с учетом риска нежелательных эффектов со стороны ЖКТ и сердечно-сосудистого риска пациентам с сильной ноцицептивной хронической болью в спине и/или суставах или в качестве компонента мультимодальной терапии при онкологической боли. Рекомендуется назначение ингибиторов протонного насоса и/или ребамипида при выборе НПВП в качестве обезболивающей терапии с целью профилактики развития НПВП-гастропатии и ее осложнений. Необходимо оценивать нейропатический компонент боли с целью своевременного назначения противосудорожных препаратов или антидепрессантов. Пациентам пожилого возраста с хронической нейропатической болью, включая постгерпетическую невралгию, рекомендуется назначение лидокаина (пластырь, гель, крем). У пожилых пациентов следует избегать назначения карбамазепина и бензодиазепинов.

Информация о назначенных лекарственных препаратах для лечения боли с указанием режима дозирования и длительности лечения должна быть четко отражена в медицинских рекомендациях для СДУ.

Делирий

Делирий у пожилых пациентов зачастую остается нераспознанным, так как чаще всего протекает в гипоактивной форме. Развитие делирия повышает риск смерти, увеличивает длительность и стоимость госпитализации, а также потребность в долгосрочном уходе. Риск развития делирия повышает сенсорная депривация (например, когда пожилой человек не имеет доступа к очкам или слуховому аппарату), боль, прерывание сна, инфекционные заболевания, некоторые классы лекарственных препаратов, в том числе обладающие психотропными и антихолинергическими эффектами.

Мероприятия по профилактике и лечению делирия включают коррекцию болевого синдрома, обезвоживания, задержки стула и мочи, сенсорных дефицитов, мобилизацию пациента, создание «дружественной среды» с обеспечением возможности для сна, контакта с близкими людьми, ориентации в месте и времени. Комплекс немедикаментозных методов профилактики и лечения делирия включают меры, направленные на ориентацию пациента во времени (в поле зрения пациента должны находиться

часы и календарь с текущей датой) и пространстве, контакт с пациентом, обеспечение доступа дневного света в период бодрствования, соблюдение периодов бодрствования и сна, создание благоприятной обстановки для ночного сна, коррекция сенсорного дефицита (обеспечение при необходимости очками и слуховым аппаратом), возможность общения, мобилизация пациента, адекватный питьевой режим, обеспечение комфортных психологических условий (избегание излишнего шума, яркого света, доброжелательное отношение).

Полипрагмазия

Полипрагмазия определяется как постоянный прием 5 и более лекарственных препаратов. Большое количество лекарственных препаратов повышает риск развития нежелательных явлений вследствие их взаимодействия и ошибок в приеме, усугубляет течение гериатрических синдромов (СА, падений, недостаточности питания, когнитивных нарушений), снижает качество жизни пожилых людей. Однако пожилые люди часто имеют большое количество заболеваний, требующих постоянной терапии и вынужденной полипрагмазии. При этом существует риск как необоснованных (избыточных) назначений лекарственных препаратов, так и необоснованное неназначение показанной терапии. Врач, наблюдающий пожилого пациента, должен регулярно проводить ревизию лекарственных назначений с учетом Методических рекомендаций «Фармакотерапия у пациентов пожилого и старческого возраста», STOPP/START-критериев.

ОСОБЕННОСТИ КОНТРОЛЯ ЦЕЛЕВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Масса тела

Частота контроля массы тела диктуется клиническим состоянием пациента и имеющимися заболеваниями. Например, при сердечной недостаточности и терапии диуретиками необходимо ежедневное измерение массы тела.

Особого внимания у пожилых требует низкая масса тела (индекс массы тела $<23 \text{ кг/м}^2$). 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.

В пожилом возрасте следует рекомендовать снижение веса только пациентам с ИМТ ≥ 35 кг/м² под тщательным врачебным контролем. Следует предупреждать пациентов о недопустимости самостоятельного выбора «особых» диет.

Артериальная гипертензия

Всем пожилым пациентам с систолическим АД ≥ 160 мм рт.ст. без СА следует обязательно рекомендовать назначение/коррекцию антигипертензивной терапии. У пожилых пациентов обязательно должна оцениваться ортостатическая реакция АД.

Целевое систолическое АД у пожилых пациентов без старческой астении составляет 130-140 мм рт.ст. У пациентов со снижением функционального статуса допустимо 140-149 мм рт.ст. Не рекомендуется снижать систолическое АД ниже 120 мм рт.ст. Могут быть использованы все основные классы антигипертензивных препаратов (тиазидоподобные диуретики, дигидропиридиновые антагонисты кальция, ингибиторы АПФ, блокаторы АТ-1 рецепторов к ангиотензину II, бета-блокаторы по показаниям), но не рекомендуется назначать более 3 антигипертензивных препаратов.

При тяжелой СА индивидуальный целевой уровень АД определяется, как правило, врачом-гериатром на основании комплексной гериатрической оценки.

Если достижение рекомендованного целевого уровня АД сочетается с ортостатической гипотонией, тяжелой СА или деменцией, может быть рассмотрено уменьшение интенсивности или отмена антигипертензивной терапии.

Сахарный диабет

Цели лечения пожилых больных СД 2 типа зависят от ожидаемой продолжительности жизни больного; коморбидной патологии, прежде всего состояния сердечно-сосудистой системы; риска гипогликемических состояний; сохранности когнитивных функций (в том числе способности

выполнять контрольные и лечебные мероприятия; категории функциональной активности (таблица 11).

Таблица 11. Индивидуализированный выбор целевого уровня HbA1c при СД у пациентов пожилого и старческого возраста

(при низкой ожидаемой продолжительности жизни <5 лет цели лечения могут быть менее строгими)

Характеристики пациентов	Функционально независимые	Функционально зависимые		
		Без СА и без деменции	СА и/или деменция	Завершающий этап жизни
Нет АССЗ и/или риска тяжелой гипогликемии	<7,5%	8,0%	8,5%	Избегать гипогликемии и симптомов гипергликемии
Есть АССЗ и/или риск тяжелой гипогликемии	<8,0%			

При выборе пероральной сахароснижающей терапии следует учитывать риск гипогликемии, нефро-, гепато- и кардиотоксичность, риск взаимодействия с другими лекарственными препаратами и удобство применения как для самого пациента, так и для родственников или ухаживающего персонала. У пациентов пожилого и старческого возраста могут быть использованы метформин, ингибиторы дипептидилпептидазы-4, или аналоги глюкагоноподобного пептида-1 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 типа применяются с осторожностью, их не следует применять с диуретиками вследствие опасности развития гиповолемии и ортостатической гипотонии.

Инсулинотерапия не отличается от схем, предложенных для пациентов с СД 2 типа более молодого возраста. Однако следует помнить, что пожилым пациентам начинать инсулинотерапию следует с инсулинов и аналогов длительного действия и их аналогов для инъекционного введения или инсулинов и аналогов длительного действия и их аналогов в комбинации с инсулинами и аналогами короткого действия для инъекционного введения. Интенсифицированная инсулинотерапия возможна только при сохранении когнитивных функций пожилого пациента, после обучения основным правилам инсулинотерапии и самоконтроля уровня гликемии.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

АНКЕТА ДЛЯ ГРАЖДАН В ВОЗРАСТЕ 65 ЛЕТ И СТАРШЕ НА ВЫЯВЛЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ФАКТОРОВ РИСКА, СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ И ПРАВИЛА ВЫНЕСЕНИЯ ЗАКЛЮЧЕНИЯ

Анкета для граждан в возрасте 65 лет и старше на выявление хронических
неинфекционных заболеваний, факторов риска, старческой астении

Дата анкетирования (день, месяц, год):		
Ф.И.О. пациента:	Пол:	
Дата рождения (день, месяц, год):	Полных лет:	
Медицинская организация:		
Должность и Ф.И.О., проводящего анкетирование и подготовку заключения по его результатам:		
1	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется:	
	1.1. гипертоническая болезнь, повышенное артериальное давление (артериальная гипертония)?	Да Нет
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения давления?	Да Нет
	1.2. сахарный диабет или повышенный уровень глюкозы (сахара) в крови?	Да Нет
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня сахара?	Да Нет
	1.3. злокачественное новообразование?	Да Нет
	Если «Да», то какое _____?	
	1.4. повышенный уровень холестерина?	Да Нет
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня холестерина?	Да Нет
	1.5. перенесенный инфаркт миокарда?	Да Нет
	1.6. перенесенный инсульт?	Да Нет
	1.7. хронический бронхит или бронхиальная астма?	Да Нет
2	Возникает ли у Вас, когда поднимаетесь по лестнице, идете в гору или спешите, или при выходе из теплого помещения на холодный воздух, боль или ощущение давления, жжения, тяжести или явного дискомфорта за грудиной и (или) в левой половине грудной клетки, и (или) в левом плече, и (или) в левой руке ?	Да Нет
3	Если ответ «Да» по вопросу 2, то указанные боли/ощущения/дискомфорт исчезают сразу или через 5-10 мин после прекращения ходьбы/адаптации к холоду и (или) после приема нитроглицерина	Да Нет
4	Возникала ли у Вас резкая слабость в одной руке и/или ноге так, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройтись по комнате?	Да Нет

5	Возникало ли у Вас внезапное без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?	Да	Нет
6	Возникла у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?	Да	Нет
7	Бывают ли у Вас отеки на ногах к концу дня?	Да	Нет
8	Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году?	Да	Нет
9	Бывают ли у Вас свистящие или жужжащие хрипы в грудной клетке при дыхании, не проходящие при откашливании?	Да	Нет
10	Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье?	Да	Нет
11	Беспокоят ли Вас боли в области верхней части живота (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита?	Да	Нет
12	Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?	Да	Нет
13	Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день)	Да	Нет
14	Были ли у Вас переломы при падении с высоты своего роста, при ходьбе по ровной поверхности или перелом без видимой причины, в т.ч. перелом позвонка?	Да	Нет
15	Считаете ли Вы, что Ваш рост заметно снизился за последние годы?	Да	Нет
16	Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 2 и более порции фруктов или овощей? (1 порция фруктов =200 г. 1 порция овощей не считая картофеля = 200 г.)	Да	Нет
17	Употребляете ли Вы белковую пищу (мясо, рыбу, бобовые, молочные продукты) 3 раза или более в неделю?	Да	Нет
18	Тратите ли Вы ежедневно на ходьбу, утреннюю гимнастику и другие физические упражнения 30 минут и более?	Да	Нет
19	Были ли у Вас случаи падений за последний год?	Да	Нет
20	Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения?	Да	Нет
21	Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения слуха?	Да	Нет
22	Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным в последнее время?	Да	Нет
23	Страдаете ли Вы недержанием мочи?	Да	Нет
24	Испытываете ли Вы затруднения при перемещении по дому, улице (ходьба на 100 м), подъем на 1 лестничный пролет?	Да	Нет
25	Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?	Да	Нет
26	Считаете ли Вы, что заметно похудели за последнее время (не менее 5 кг за полгода)?	Да	Нет
27	Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со специальным соблюдением диеты или увеличением физической активности?	Да	Нет
28	Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со снижением аппетита?	Да	Нет

29	Сколько лекарственных препаратов Вы принимаете ежедневно или несколько раз в неделю?	До 5	5 и более
30	Есть ли у Вас другие жалобы на свое здоровье, не вошедшие в настоящую анкету и которые Вы бы хотели сообщить врачу (фельдшеру)	Да	Нет

Правила вынесения заключения по результатам анкетирования граждан 65 лет и старше

Вопросы	Ответ и заключение	Врачебная тактика, показания для направления на 2 этап диспансеризации
Личный анамнез		
Вопрос 1.1 – 1.10	<p>Ответ «ДА» - Имеется указание на наличие заболевания в личном анамнезе</p> <p>Ответ «ДА» на вторую часть вопроса 1.1 – вероятность наличия медикаментозной гипотензивной терапии</p>	<p>Уточнить документальное подтверждение заболевания (амб. карта/выписки и др.);</p> <p>Зарегистрировать диагноз заболевания в учетных формах.</p> <p>С учетом уровня АД у пациента, ответившего «ДА» на вторую часть вопроса 1.1, внести информацию об эффективности гипотензивной терапии в учетную форму</p> <p>Профилактический медицинский осмотр и диспансеризацию проводить с учетом выявленного в анамнезе заболевания</p>
Вопрос 1.11	Ответ «Да»	<p>Выполнить подпункт 4) пункта 17 Порядка, а именно:</p> <p>а) измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое;</p> <p>б) измерение насыщения крови кислородом (сатурация) при нагрузке (при исходной сатурации кислорода крови более 94% и в случае выявления у пациента жалоб на одышку, отеки, которые появились впервые или повысилась их интенсивность, с одновременной оценкой сатурации);</p> <p>в) проведение спирометрии;</p> <p>г) общий (клинический) анализ крови развернутый;</p> <p>д) биохимический анализ крови для граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19) (включая исследования уровня холестерина, уровня липопротеинов низкой плотности, С-реактивного белка, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование уровня креатинина в крови);</p>
Вопрос 1.11,	Ответ «Да» если степень тяжести COVID-19 была	Направить пациента для определения концентрации Д-димера в крови;

часть вторая	средней или выше средней	
Вероятность ССЗ (стенокардии и нарушений мозгового кровообращения, недостаточности кровообращения)		
Вопросы 2-3	Ответ «ДА» на вопрос 2 или на оба вопроса – вероятность стенокардии	Провести детальный сбор жалоб и анамнеза, целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину с учетом ЭКГ. Исключить острую форму ИБС, рассмотреть необходимость назначения медикаментозной терапии. Направить на консультацию к врачу-кардиологу вне рамок диспансеризации для уточнения диагноза, определения дальнейшей тактики лечения, включая специализированную медицинскую помощь и высокотехнологические вмешательства При профилактическом консультировании информировать пациента о необходимости обследования и уточнения наличия стенокардии. Объяснить о высоком риске развития угрожающих жизни состояний при стенокардии, характерных проявлениях этих состояний и необходимых неотложных мерах, включая своевременный вызов скорой медицинской помощи. Обратить внимание на сопутствующие факторы риска и важность их коррекции
Вопросы 4-6	Ответ «ДА» на любой из вопросов – имеется вероятность преходящей ишемической атаки (ТИА) или перенесенного ОНМК	Направить пациента на 2 этап диспансеризации на консультацию (осмотр) к врачу-неврологу для определения дальнейшего обследования (дуплексное сканирование БЦА в рамках диспансеризации) и лечения. При подтверждении диагноза, направить на углубленное профилактическое консультирование в рамках диспансеризации Информировать о высоком риске развития инсульта, о характерных проявлениях инсульта и необходимых неотложных мероприятиях, включая своевременный вызов скорой медицинской помощи
Вопрос 7	Ответ «ДА» – вероятно наличие сердечной недостаточности	Провести детальный сбор жалоб и анамнеза, целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину с учетом ЭКГ и флюорографии. По выявленным показаниям назначить дополнительное обследование и лечение в соответствии с клиническими рекомендациями по ведению больных с хронической сердечной недостаточности вне рамок диспансеризации; Информировать граждан о высоком риске развития острой сердечной недостаточности, о ее характерных проявлениях и необходимых

		неотложных мероприятиях, включая своевременный вызов бригады скорой медицинской помощи. При проведении УПК – учесть наличие факторов риска ХСН
Выявление вероятности хронического заболевания нижних дыхательных путей (хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ))		
Вопросы 8, 9	Ответ «ДА» хотя бы на один вопрос – имеется вероятность хронического заболевания нижних дыхательных путей	Направить на 2 этап диспансеризации для проведения спирометрии. При выявлении патологических отклонений провести обследование и лечение пациента в соответствии со стандартом ПСМП вне рамок диспансеризации. При проведении профилактического консультирования обратить внимание на меры профилактики ХОБЛ и важность коррекции имеющихся факторов риска
Вопрос 10	Ответ «ДА» – вероятность наличия заболевания легких (бронхоэктазы, онкопатология, туберкулез)	Провести детальный сбор жалоб и анамнеза, провести целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину с учетом результата флюорографии, определить дальнейшую тактику уточнения диагноза в рамках второго этапа диспансеризации (рентгенография легких и/или компьютерную томографию легких в случае подозрения на злокачественное новообразование легкого) и вне рамок диспансеризации. При профилактическом консультировании учесть выявленную симптоматику
Выявление вероятности заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), в том числе и онкологических		
Вопрос 11	Ответ «ДА» – вероятность заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта	Провести детальный сбор жалоб и анамнеза, провести целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину. Направить на 2 этап диспансеризации для проведения эзофагогастродуоденоскопии. По ее результатам определить дальнейшую тактику обследования вне рамок диспансеризации. При профилактическом консультировании учесть выявленную симптоматику
Вопрос 12	Ответ «ДА» на вопрос 16 в сочетании с ответом «ДА» на вопрос 17 и/или 18 – вероятность заболевания нижних отделов ЖКТ	Провести детальный сбор жалоб и анамнеза, провести целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину. Направить на 2 этап диспансеризации на осмотр врачом-хирургом или колопроктологом. При профилактическом консультировании обратить внимание на профилактику колоректального рака и коррекцию факторов риска его развития
Факторы риска – курение		
Вопрос 13	Ответ «ДА» – курит в настоящее время	Провести детальный сбор жалоб и анамнеза, провести целенаправленный осмотр пациента с

		<p>целью исключения рака легкого, оценить клиническую картину с учетом результата флюорографии, определить дальнейшую тактику уточнения диагноза в рамках второго этапа диспансеризации (рентгенография легких и/или компьютерную томографию легких в случае подозрения на злокачественное новообразование легкого) и вне рамок диспансеризации.</p> <p>На первом этапе диспансеризации в рамках краткого профилактического консультирования информировать о пагубных последствиях курения и необходимости отказа от курения</p> <p>В рамках 2 этапа диспансеризации при проведении углубленного профилактического консультирования сделать акцент на отказ от курения</p>
Риск остеопороза		
Вопросы 14,15	Ответы «ДА» на любой вопрос – имеется риск остеопороза	<p>При проведении УПК учесть наличие фактора риска.</p> <p>Рекомендовать вне рамок диспансеризации консультацию врача-ревматолога или врача-эндокринолога для определения показаний для дополнительного обследования вне рамок диспансеризации (денситометрию или рентгенографию позвоночника и др.)</p>
Фактор риска – нерациональное питание		
Вопросы 16, 17	Ответ «НЕТ» на оба вопроса – нерациональное питание	При проведении УПК учесть наличие фактора риска
Фактор риска – недостаточная физическая активность		
Вопрос 18	Ответ «НЕТ» – низкая физическая активность	При проведении УПК учесть наличие фактора риска
Шкала «Возраст не помеха» Риск старческой астении		
Вопрос 19	<p>Ответ «ДА» – имеется риск падений.</p> <p>Ответ учитывается в шкале "Возраст не помеха" при подсчете суммы баллов (ответ «Да» = 1 баллу)</p>	<p>Направить в рамках 2 этапа диспансеризации на осмотр (консультацию) врача-невролога.</p> <p>При проведении УПК учесть наличие фактора риска</p>
Вопрос 20	<p>Ответ «ДА» – вероятность снижения зрения.</p> <p>Ответ учитывается в шкале "Возраст не помеха" при подсчете суммы баллов (ответ «Да» = 1 баллу)</p>	<p>Направить на 2 этап диспансеризации на консультацию к врачу-офтальмологу.</p> <p>При проведении УПК учесть снижение зрения</p>
Вопрос 21	Ответ «ДА» – риск снижения слуха.	Направить на 2 этап диспансеризации на консультацию к врачу-оториноларингологу.

	<p>Ответ учитывается в шкале "Возраст не помеха" при подсчете суммы баллов (ответ «Да» = 1 баллу)</p>	<p>При проведении УПК учесть снижение слуха</p>
<p>Вопрос 22</p>	<p>Ответ «ДА» – риск депрессии. Ответ учитывается в шкале "Возраст не помеха" при подсчете суммы баллов (ответ «Да» = 1 баллу)</p>	<p>Направить на 2 этап диспансеризации на консультацию к врачу-неврологу</p> <p>При проведении УПК учесть наличие риск депрессии</p>
<p>Вопрос 23</p>	<p>Ответ «ДА» – наличие проблемы с удержанием мочи. Ответ учитывается в шкале "Возраст не помеха" при подсчете суммы баллов (ответ «Да» = 1 баллу)</p>	<p>Провести детальный сбор жалоб и анамнеза, провести целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину. По результатам определить дальнейшую тактику обследования вне рамок диспансеризации: для мужчин осмотр (консультация) врача-хирурга (врача-уролога), для женщин – врача-уролога или врача-акушера-гинеколога.</p> <p>При проведении УПК учесть выявленную симптоматику</p>
<p>Вопрос 24</p>	<p>Ответ «ДА» – вероятность ограничения мобильности. Ответ учитывается в шкале "Возраст не помеха" при подсчете суммы баллов (ответ «Да» = 1 баллу)</p>	<p>Провести детальный сбор жалоб и анамнеза, целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину. По результатам определить дальнейшую тактику обследования вне рамок диспансеризации. При проведении УПК учесть выявленную симптоматику</p>
<p>Вопрос 25</p>	<p>Ответ «ДА» – вероятность наличия когнитивных нарушений. Ответ учитывается в шкале "Возраст не помеха" при подсчете суммы баллов (ответ «Да» = 1 баллу)</p>	<p>Провести детальный сбор жалоб и анамнеза, целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину. По результатам определить дальнейшую тактику обследования вне рамок диспансеризации. При проведении УПК учесть выявленную симптоматику</p>
<p>Вопрос 26</p>	<p>Ответ «ДА» на вопрос 26 в сочетании с ответом «НЕТ» на вопрос 27 учитывается в шкале "Возраст не помеха" при подсчете суммы баллов (ответ «Да» = 1 баллу)</p>	<p>Провести детальный сбор жалоб и анамнеза, целенаправленное физикальное обследование с учетом полученных данных с целью уточнения причин снижения веса;</p> <p>Определить показания для дополнительного обследования вне рамок диспансеризации</p>
<p>СУММА ответов «Да» (баллов)</p>	<p>Сумма баллов 3 и более (ответов «ДА» на вопросы 14-21) – имеется риск старческой астении</p>	<p>Провести на 2 этапе углубленное профилактическое консультирование с целью профилактики старческой астении и определить показания для направления к врачу-гериатру</p>

на вопросы 19-26)		
Вопросы 26-28	Ответ "ДА" на вопрос 26 в сочетании с ответом «НЕТ» на вопрос 27 и ответом «ДА» на вопрос 28 – вероятность онкопатологии	Провести детальный сбор жалоб и анамнеза, целенаправленное физикальное обследование с учетом полученных данных с целью уточнения причин снижения веса; Определить показания для дополнительного обследования вне рамок диспансеризации
Полипрагмазия		
Вопрос 29	Если пациент называет 5 и более лекарственных средств – выявлена полипрагмазия	Контроль (ревизия) назначенного лечения и инструктаж по приему лекарственных средств
Вопрос 30	При ответе «ДА» – риск наличия заболевания или его обострения	Провести детальный сбор жалоб и анамнеза, провести целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину. По результатам определить дальнейшую тактику обследования в рамках 2 этапа диспансеризации и вне рамок диспансеризации

*Примечание: ТИА – транзиторная ишемическая атака; ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения; ИБС – ишемическая болезнь сердца; ЦВБ – цереброваскулярные болезни; ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких.

ПРАВИЛА ВЫНЕСЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ О ПОДОЗРЕНИИ НА НАЛИЧИЕ СИНДРОМА СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ

1. Проанализировать ответы на вопросы шкалы «Возраст не помеха» для скрининга синдрома старческой астении, внесенные в анкету для граждан в возрасте 65 лет и старше:

19. Были ли у Вас случаи падений за последний год?

20. Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения?

21. Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения слуха?

22. Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным в последнее время? т

23. Страдаете ли Вы недержанием мочи?

24. Испытываете ли Вы затруднения при перемещении по дому, улице (ходьба на 100 м), подъем на один лестничный пролет?

25. Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?

26. Считаете ли Вы, что заметно похудели за последнее время (не менее 5 кг за полгода)?

1.1. Каждый ответ «Да» на вопросы 19, 22, 23, 24, 25, 26 учитывается как 1 балл.

1.2. Интерпретация ответов на вопросы 20 и 21:

Ответ «Да» на вопрос 20 + Ответ «Нет» на вопрос 21 = 1 балл

Ответ «Нет» на вопрос 20 + Ответ «Да» на вопрос 21 = 1 балл

Ответ «Да» на вопрос 20 + Ответ «Да» на вопрос 21 = 1 балл

Ответ «Нет» на вопрос 20 + Ответ «Нет» на вопрос 21 = 0 баллов.

1.3. Диагностическое заключение о наличии вероятной старческой астении выносится при сумме баллов 5 и более за ответы на вопросы с 19 по 26.

2. Пациент с результатом 5 и более баллов должен быть маршрутизирован к врачу-гериатру для выполнения комплексной гериатрической оценки.

3. Каждый ответ «Да» на вопросы с 19 по 26 должен быть учтен при проведении профилактического консультирования и при маршрутизации пациента для обследования в рамках или вне рамок диспансеризации с целью уточнения наличия гериатрических синдромов и определения тактики ведения соответствующим врачом-специалистом.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ АНКЕТА ДЛЯ ГРАЖДАН В ВОЗРАСТЕ 65 ЛЕТ И СТАРШЕ
НА ВЫЯВЛЕНИЕ РИСКА ПАДЕНИЙ И ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ
И ПРАВИЛА ВЫНЕСЕНИЯ ЗАКЛЮЧЕНИЯ**

**Дополнительная анкета для граждан в возрасте 65 лет и старше
на выявление риска падений и остеопоротических переломов**

Дата анкетирования (день, месяц, год):			
Ф.И.О. пациента:		Пол:	
Дата рождения (день, месяц, год):		Полных лет:	
Рост (см):		Вес(кг):	
Медицинская организация:			
Должность и Ф.И.О. проводящего анкетирование и подготовку заключения по его результатам: _____			
1.	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется:		
1.1.	Эндокринные нарушения (сахарный диабет или повышенный уровень глюкозы, гиперпаратиреоз, тиреотоксикоз, гипогонадизм, эндогенный гиперкортицизм)	Да	Нет
1.2.	Ревматологические и аутоиммунные заболевания (системная красная волчанка, анкилозирующий спондилит)	Да	Нет
1.3.	Заболевания органов пищеварения (состояние после резекции желудка, мальабсорбция, хронические заболевания печени)	Да	Нет
1.4.	Заболевания почек (хроническая почечная недостаточность, синдром Фанкони, почечно-канальцевый ацидоз)	Да	Нет
1.5.	Заболевания крови (миеломная болезнь, талассемия, лимфомы, лейкозы)	Да	Нет
1.6.	Другие заболевания и состояния (алкоголизм, иммобилизация, овариэктомия, нервная анорексия, трансплантация органов)	Да	Нет
1.7.	Генетические нарушения (Синдром Марфана, несовершенный остеогенез, несовершенный десмогенез, гомоцистинурия)	Да	Нет
2.	Принимаете ли Вы следующие лекарственные препараты: тиреоидные гормоны, антиконвульсанты, иммунодепрессанты, антациды с алюминием?	Да	Нет
3.	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас ревматоидный артрит?	Да	Нет
4.	Принимаете ли Вы глюкокортикостероиды в виде таблеток более 3 месяцев?	Да	Нет
5.	Были ли у Вас переломы позвонков, шейки бедра, шейки плечевой кости или два и более перелома (в том числе, разных костей и в разное время)	Да	Нет
6.	Были ли переломы бедра у Ваших родителей?	Да	Нет
7.	Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день)	Да	Нет
8.	Принимаете ли Вы алкоголь ежедневно более 1 л пива/3 бокалов вина/90 мл крепких напитков (водки, коньяка)?	Да	Нет
9.	Были ли у Вас случаи падений за последний год?	Да	Нет
10.	Используете ли Вы (или Вам советовали использовать) трость или ходунки для безопасного передвижения?	Да	Нет
11.	Чувствуете ли Вы неустойчивость, когда идете?	Да	Нет

12.	Вы опираетесь на мебель при передвижении по дому?	Да	Нет
13.	Бойтесь ли Вы упасть?	Да	Нет
14.	Вам необходимо опираться на руки, чтобы встать со стула?	Да	Нет
15.	Вам трудно подняться на бордюр?	Да	Нет
16.	У Вас часто возникает потребность срочно посетить туалет для мочеиспускания?	Да	Нет
17.	Ваши ноги утратили чувствительность?	Да	Нет
18.	Вы принимаете лекарства, которые вызывают головокружение или заставляют Вас чувствовать себя более усталым(ой), чем обычно?	Да	Нет

ПРАВИЛА ВЫНЕСЕНИЯ ЗАКЛЮЧЕНИЯ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО АНКЕТИРОВАНИЯ ГРАЖДАН В ВОЗРАСТЕ 65 ЛЕТ И СТАРШЕ

Вопросы	Ответ и заключение	Врачебная тактика, показания для направления на 2 этап диспансеризации ИЛИ дополнительное обследование вне рамок диспансеризации
Риск остеопоротических переломов (оценивается 10-летний риск переломов по алгоритму FRAX)		
Возраст	Модель FRAX работает с возрастом от 40 до 90 лет. Если вводятся меньшие или большие значения, программа рассчитает вероятность для 40 или 90 лет соответственно	Оценивается 10-летний риск переломов по алгоритму FRAX с целью стратификации по риску переломов и определения показаний для назначения антиостеопоротической терапии (для российской популяции (https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.aspx?lang=rs)). Пациенту с низким риском перелома необходимо при профилактическом консультировании учесть риск падений и другие факторы риска остеопоротических переломов. Пациенту со средним риском перелома по FRAX должна быть выполнена рентгеновская денситометрия и перерасчет риска с учетом минеральной плотности кости. Если у пациента с высоким риском переломов нет других показаний для наблюдения врачом-специалистом (например, старческой астении, являющейся показанием для диспансерного наблюдения врачом-гериатром), дальнейшее диспансерное наблюдение пациента проводит врач общей практики/врач терапевт участковый, который проводит и мониторирует эффективность и безопасность антиостеопоротической терапии. Если риск остеопоротического перелома высокий или средний и есть показания для наблюдения врачом-специалистом, пациент направляется к врачу-гериатру или врачу-
Пол	Мужской или женский (отметьте соответствующий)	
Вес	Должен быть введен в кг	
Рост	Должен быть введен в см	
Вопросы 1 (1.1-1.7)	Ответ "ДА" на любой из вопросов – вероятность вторичного остеопороза	
Вопросы 2 – 8	Ответ "ДА" на любой из вопросов – имеется фактор риска остеопоротических переломов	

		эндокринологу, или врачу-ревматологу для дальнейшего обследования, включая денситометрию, и назначения антиостеопоротической терапии
Риск падений		
Вопросы 9-10	<p>Ответ "ДА" на любой из вопросов – имеется риск падений.</p> <p>Ответ учитывается при подсчете суммы баллов для оценки риска падений (ответ "Да" = 2 балла)</p>	<p>Сумма баллов 4 и более ответов "Да" на вопросы 9-18 указывает на высокий риск падений.</p> <p>Пациенту с низким риском падений проводится профилактическое консультирование по профилактике падений – по физической активности, питанию, организации безопасного быта.</p> <p>При выявлении снижения зрения, слуха, недержания мочи по данным основного анкетирования пациент направляется к соответствующим специалистам для коррекции указанных факторов риска падений.</p> <p>Пациент с низким риском падений наблюдается врачом общей практики/врачом терапевтом участковым, который оценивает риск падений при каждом визите пациента путем получения ответа на вопросы:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Были ли у Вас в течение последнего года травмы, связанные с падением, или падения без травм? ● Чувствуете ли Вы неустойчивость, когда встаете или идете? ● Бойтесь ли Вы упасть? <p>При появлении положительного ответа хотя бы на 1 из 3 вопросов, врач общей практики/врач терапевт участковый проводит диагностическое обследование согласно клиническим рекомендациям «Падения у пациентов пожилого и старческого возраста».</p> <p>Пациент с высоким риском падений направляется на консультацию к врачу-гериатру или врачу-неврологу для проведения многофакторной оценки риска падений и разработки индивидуального плана профилактики падений согласно действующим клиническим рекомендациям «Падения у пациентов пожилого и старческого возраста».</p> <p>При сочетании высокого риска падений с синдромом старческой астении, диспансерное наблюдение пациента осуществляет врач-гериатр</p>
Вопросы 11-18	<p>Ответ "ДА" на любой из вопросов – имеется риск падений.</p> <p>Ответ учитывается при подсчете суммы баллов для оценки риска падений (ответ "Да" = 1 балл)</p>	

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.

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

- Информировать 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
<p>Скрещивание ног с напряжением мышц</p>	<p>В положении стоя, ноги на ширине плеч, переместите вес на одну ногу, (например, правую), скрестите ноги поместив левую ногу правее правой спереди,</p> <p>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</p> <p style="text-align: center;">Упражнение может выполняться лежа</p>	
<p>Скрещивание ног в положении сидя</p>	<p>Сидя на стуле положить одну ногу на другую, так чтобы нижняя треть голени одной ноги лежала на нижней трети передней поверхности бедра другой</p>	

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, C. T. Paul Krediet, J. R. Halliwill. Physical countermeasures to increase orthostatic tolerance. <https://doi.org/10.1111/joim.12249>

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ





Материалы Официального портала Минздрава России о Вашем здоровье		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-voznraste-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-voznrastnuyu-khrupkost-kostey/
Информация для пациентов «Остеопороз»		https://www.takzdorovo.ru/zabolevaniya/ost-eoporoz/
АЗБУКА ЗДОРОВЬЯ Методические рекомендации «В помощь пожилому человеку и его близким: азбука здоровья»		https://rgnkc.ru/upload/files/patsientam/Azbuuka_zdorovya_blok_print.pdf
СБОРНИК БАЗОВЫХ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ ДЛЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ Руководство по физической активности в домашних условиях		https://rgnkc.ru/upload/files/patsientam/HE_POP_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-voznrasta/3.pdf

НАГЛЯДНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ РАЗМЕЩЕНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Рекомендуется размещать

- В поликлиниках возле кабинетов врачей-терапевтов, врачей общей практики (семейных врачей), врачей-гериатров
- В отделениях медицинской профилактики
- В центрах здоровья
- Во врачебных амбулаториях/отделениях врачей общей практики
- В фельдшерско-акушерских пунктах/фельдшерских пунктах

Видеоматериалы		https://vrachivracham.ru/video/
Плакаты		https://vrachivracham.ru/posters/
Буклеты		https://vrachivracham.ru/booklets/
Плакат «Безопасный дом»		
Плакат «Деменция»		
Плакат «Здоровое долголетие»		
Плакат «Полезный подарок пожилому человеку»		

<p>Плакат «Профилактика падений»</p>		
<p>Плакат «Физическая активность»_1</p>		
<p>Плакат «Физическая активность»_2</p>		
<p>Плакат «Что такое остеопороз?»</p>		

**ПЕРЕЧЕНЬ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ ПО УХОДУ, ВКЛЮЧАЕМЫХ В
СОЦИАЛЬНЫЙ ПАКЕТ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА**

1. Приготовление пищи;
2. Помощь при приготовлении пищи;
3. Подготовка и подача пищи;
4. Помощь при подготовке пищи к приему;
5. Кормление;
6. Помощь при приеме пищи;
7. Помощь в соблюдении питьевого режима;
8. Умывание;
9. Помощь при умывании;
10. Купание в кровати, включая мытье головы;
11. Купание в приспособленном помещении (месте), включая мытье головы;
12. Помощь при купании в приспособленном помещении (месте), включая мытье головы;
13. Гигиеническое обтирание;
14. Мытье головы, в том числе в кровати;
15. Помощь при мытье головы;
16. Подмывание;
17. Гигиеническая обработка рук и ногтей;
18. Помощь при гигиенической обработке рук и ногтей;
19. Мытье ног;
20. Помощь при мытье ног;
21. Гигиеническая обработка ног и ногтей;
22. Помощь при гигиенической обработке ног и ногтей;
23. Гигиеническое бритье;

24. Гигиеническая стрижка;
25. Смена одежды (обуви);
26. Помощь при смене одежды (обуви);
27. Смена нательного белья;
28. Помощь при смене нательного белья;
29. Смена постельного белья;
30. Помощь при смене постельного белья;
31. Смена абсорбирующего белья, включая гигиеническую обработку;
32. Помощь при смене абсорбирующего белья;
33. Помощь при пользовании туалетом (иными приспособлениями), включая гигиеническую обработку;
34. Замена мочеприемника и (или) калоприемника, включая гигиеническую обработку;
35. Помощь при замене мочеприемника и (или) калоприемника;
36. Позиционирование;
37. Помощь при позиционировании;
38. Пересаживание;
39. Помощь при пересаживании;
40. Помощь при передвижении по помещению, пересаживании;
41. Измерение температуры тела, артериального давления, пульса, сатурации (в соответствии с медицинскими рекомендациями);
42. Помощь в соблюдении медицинских рекомендаций;
43. Подготовка лекарственных препаратов к приему;
44. Помощь в соблюдении приема лекарственных препаратов;
45. Помощь в использовании очков и (или) слуховых аппаратов;
46. Помощь в использовании протезов или ортезов;
47. Помощь в поддержании активной социальной активности;

48. Помощь в поддержании посильной физической активности, включая прогулки;
49. Помощь в поддержании посильной бытовой активности;
50. Помощь в поддержании когнитивных функций.

ШКАЛА ОЦЕНКИ БАЗОВОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ (ШКАЛА БАРТЕЛ)

Прием пищи	10 - не нуждаюсь в помощи, способен самостоятельно пользоваться всеми необходимыми столовыми приборами; 5 - частично нуждаюсь в помощи, например, при разрезании пищи; 0 - полностью зависим от окружающих (необходимо кормление с посторонней помощью)
Личная гигиена	5 - не нуждаюсь в помощи (умывание, чистка зубов, бритье) 0 - нуждаюсь в помощи
Одевание	10 - не нуждаюсь в посторонней помощи; 5 - частично нуждаюсь в помощи, например, при одевании обуви, застегивании пуговиц; 0 - полностью нуждаюсь в посторонней помощи
Прием ванны	5 - принимаю ванну без посторонней помощи; 0 - нуждаюсь в посторонней помощи
Контроль мочеиспускания	10 - контроль над мочеиспусканием 5 – случайные инциденты недержания мочи 0 – недержание мочи или катетеризация
Контроль дефекации	10 - контроль над дефекацией; 5 – случайные инциденты 0 – недержание кала (или необходимость постановки клизм)
Посещение туалета	10 - не нуждаюсь в помощи; 5 - частично нуждаюсь в помощи (удержание равновесия, использование туалетной бумаги, снятие и надевание брюк и т.д.); 0 - нуждаюсь в использовании судна, утки
Вставание с постели (перемещение с кровати на стул и обратно)	15 - не нуждаюсь в помощи; 10 - нуждаюсь в наблюдении или минимальной поддержке; 5 - могу сесть в постели, но, чтобы встать, нужна физическая поддержка 1 или 2-х людей 0 - не способен встать с постели даже с посторонней помощью, не удерживает баланс в положении сидя
Передвижение (на ровной поверхности)	15 - могу без посторонней помощи передвигаться на расстояние более 50 метров; 10 - могу передвигаться с посторонней помощью (вербальной или физической) на расстояние более 50 метров; 5 - могу передвигаться с помощью инвалидной коляски на расстояние более 50 метров; 0 - не способен к передвижению или передвигается на расстояние менее 50 метров;
Подъем по лестнице	10 - не нуждаюсь в помощи; 5 - нуждаюсь в наблюдении или поддержке; 0 - не способен подниматься по лестнице даже с поддержкой
Общий балл: _____/100	

Ключ (интерпретация):

- 0 – 20 баллов: полная зависимость;
- 25 – 60 баллов: выраженная зависимость;
- 65 – 90 баллов: умеренная зависимость;
- 95 баллов: легкая зависимость;

100 баллов: полная независимость.

Пояснения:

При заполнении анкеты необходимо придерживаться следующих правил:

- Отражать реальные действия пациента, а не предполагаемые;
- Необходимость присмотра означает, что пациент не относится к категории тех, кто не нуждается в помощи (пациент не независим);
- Уровень функционирования определяется наиболее оптимальным для конкретной ситуации путем расспроса пациента, его родственников, однако важны непосредственные наблюдения и здравый смысл. Прямое тестирование не требуется;
- Обычно оценивается функционирование пациента в период предшествующих 24- 48 часов;
- Средние категории означают, что пациент осуществляет более 50% необходимых для выполнения той или иной функции усилий;
- Категория «независим» допускает использование вспомогательных средств.

ШКАЛА ОЦЕНКИ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ В ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ (ШКАЛА ЛОУТОНА)

<p>Телефонные звонки</p>	<p>1 - Пользуется телефоном по собственной инициативе, набирает номера 1 - Набирает несколько известных номеров 1 - Отвечает на телефонные звонки, но сам номера не набирает 0 - Не пользуется телефоном вообще</p>

	1 - Занимается ежедневными покупками, но нуждается в помощи с банковскими операциями и при осуществлении крупных покупок 0 - Не способен самостоятельно распоряжаться деньгами
--	---

Общий результат может варьировать от 0 баллов (зависимость от посторонней помощи, значительная потребность в посторонней помощи в обыденной жизни) до 8 баллов (независимость пациента от посторонней помощи).

ФИЗИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ В СИСТЕМЕ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА

Физические упражнения предложены на основе рекомендаций для пациентов «Физические упражнения в домашних условиях для пожилых людей», разработанных ОСП РГНКЦ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет) совместно с Национальным Национальный центр гериатрии и геронтологии Японии.

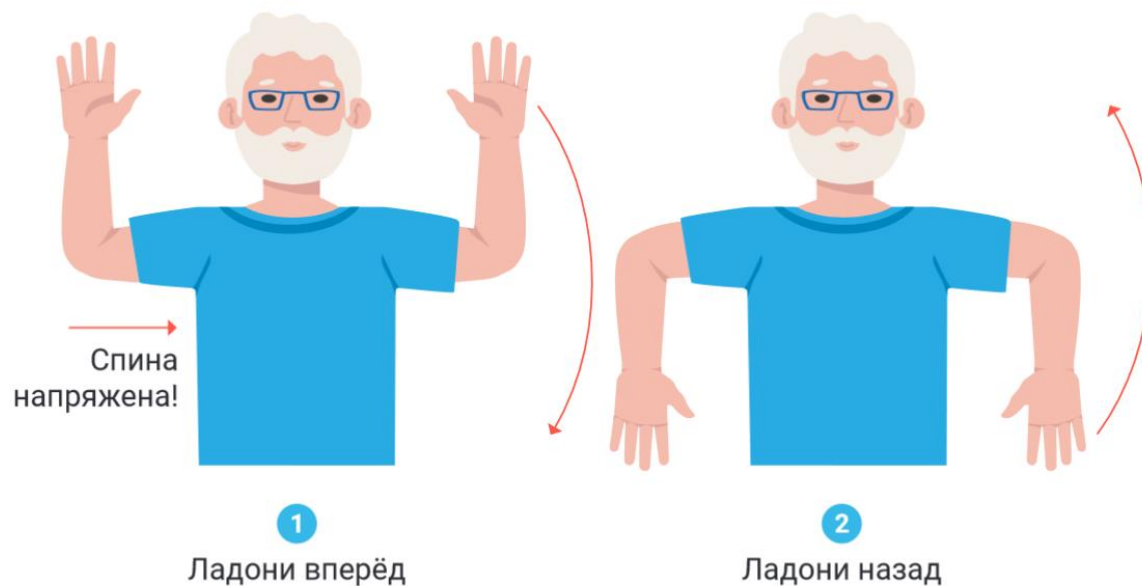
УПРАЖНЕНИЕ (РУКИ ВВЕРХ – ВНИЗ)

ЦЕЛЬ:

3–5 подходов по **10** повторов



Группы мышц
спины и плеч



ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ

- 1 Разведите обе руки с раскрытыми ладонями в стороны, пальцы рук смотрят вверх, локти на уровне плеч.
- 2 Опустите кисти рук вниз, сохраняя локти на уровне плеч, ладони смотрят назад, пальцы рук – вниз.
- 3 Медленно повторите движения 1 и 2.



Если у вас боли в спине, пояснице или коленях,
выполняйте это упражнение без излишних усилий.



Российский
геронтологический
научно-клинический
центр

ВЫПРЯМЛЕНИЕ КОЛЕНЕЙ

ЦЕЛЬ:

3 подхода по 5–10 раз левой и правой ногами



В основном четырехглавая мышца бедра

ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ

- 1 Сядьте на край стула.
- 2 Не раскачивая ногу, без резкого усилия, медленно выпрямите ногу в колене.
- 3 Медленно верните ногу в исходное положение.
- 4 Выполните упражнение другой ногой.



Остерегайтесь падения со стула!

ПОДЪЁМ БЁДЕР

ЦЕЛЬ:

3 раза по 5-10 повторов левой-правой ногами



Группа
мышц-сгибателей
бедра

ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ

- 1 Тянем к себе бедро, сохраняя колено в согнутом состоянии.
- 2 Выполняем движение другой ногой.

Следите так, чтобы
спина была ровной,
а корпус не наклонялся
вперёд!



Эффект усиливается, если
тянуть пальцы ног вверх.



Российский
геронтологический
научно-клинический
центр

КРУГОВЫЕ ДВИЖЕНИЯ НОГАМИ

ЦЕЛЬ:

3 подхода по 5 повторений



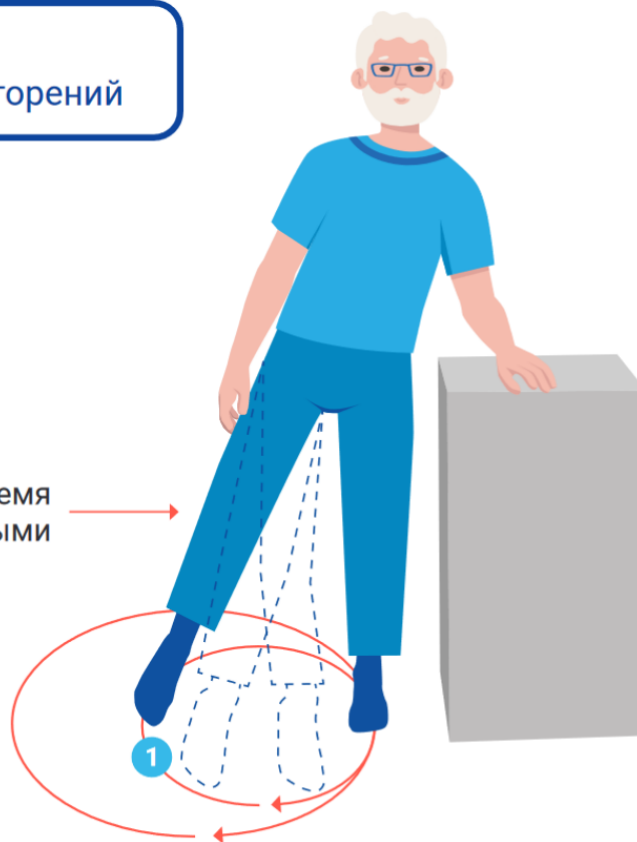
Тренинг баланса

ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ

- 1 Кончиками пальцев ноги делаем круговые движения, как будто рисуем круг.
- 2 Выполняем движения другой ногой.

Колени все время остаются прямыми

Рисуем круги как можно большего размера



Во избежание раскачивания или падения используйте опору о стол или стул!

Чтобы выполнить движение максимально безопасно, можно опереться на стул или стол рукой, противоположной ноге, которой выполняете упражнение



Российский геронтологический научно-клинический центр

УПРАЖНЕНИЯ ЛЕЖА: ПООЧЕРЕДНЫЕ ДВИЖЕНИЯ СТОП

ЦЕЛЬ:
5–10 раз



ВАЖНЫЕ МОМЕНТЫ!

- Лежа на спине, выпрямив колени, медленно двигайте стопой в направлении стрелки.
- Старайтесь выполнять с максимальной амплитудой.
- Выполнять по очереди каждой стопой

Во избежание раскачивания или падения используйте опору о стол или стул!



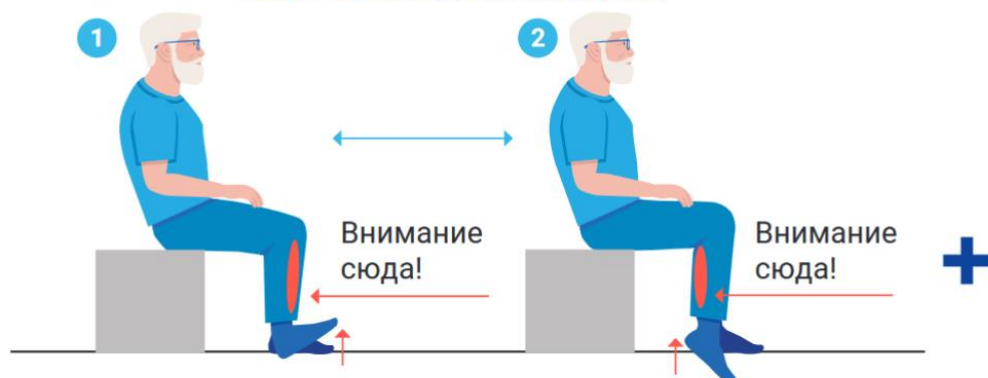
Чтобы выполнить движение максимально безопасно, можно опереться на стул или стол рукой, противоположной ноге, которой выполняете упражнение

ПОДЪЕМ НОСКА И ПЯТКИ + УМСТВЕННЫЕ ЗАДАЧИ

ГЛАВНОЕ УСЛОВИЕ!

Выполняя движение по картинке слева, решайте вслух **умственные задачи** по списку справа.
Время выполнения упражнения: **60 секунд.**

ФИЗИЧЕСКОЕ УПРАЖНЕНИЕ



УМСТВЕННЫЕ ЗАДАЧИ

ЗАДАЧИ НА ТРЕНИРОВКУ ВНИМАНИЯ

- Осматривая комнату перед собой, ответьте на следующие вопросы:
 - Сколько в комнате круглых предметов?
 - Сколько в комнате красных предметов?
 - Сколько в комнате зелёных предметов?
- Когда привыкните, выполняйте одновременно разные физические упражнения для левой и правой стороны: правая нога – подъем пятки, левая нога – подъем носка и наоборот.

- 1 Медленно поднимите носок ноги, как показано красной стрелкой, и так же медленно опустите.
 - 2 Медленно поднимите пятку ноги, как показано красной стрелкой, и так же медленно опустите.
- Когда поднимаете носок, сосредоточьтесь внимание на голени, а когда поднимаете пятку – за икроножной мышцей. Отмечено красным на рисунках.
 - Выполнять по очереди каждой стопой

ХОДЬБА СИДЯ И УМСТВЕННЫЕ ЗАДАЧИ

ХОДЬБА СИДЯ + СЧЁТ ШАГОВ ВСЛУХ С ХЛОПКОМ НА КАЖДОМ ТРЕТЬЕМ ШАГЕ



ГЛАВНОЕ УСЛОВИЕ!

- Считайте вслух шаги и хлопайте в ладоши на каждом третьем шаге (3, 6, 9...). Досчитайте до «30».
- После приобретения навыка увеличивайте расстояние между ладонями.
- Также попробуйте хлопать на каждом четвертом шаге, потом на пятом.

ХОДЬБА СИДЯ И УМСТВЕННЫЕ ЗАДАЧИ

ХОДЬБА СИДЯ С ХЛОПКОМ **МОЛЧА** НА КАЖДОМ ТРЕТЬЕМ ШАГЕ



ГЛАВНОЕ УСЛОВИЕ!

- Считайте шаги и хлопайте в ладоши на каждом третьем шаге (**выполняется молча**). Досчитайте до «30».
- После приобретения навыка увеличивайте расстояние между ладонями.
- Также попробуйте хлопать на каждом четвертом шаге, потом на пятом.

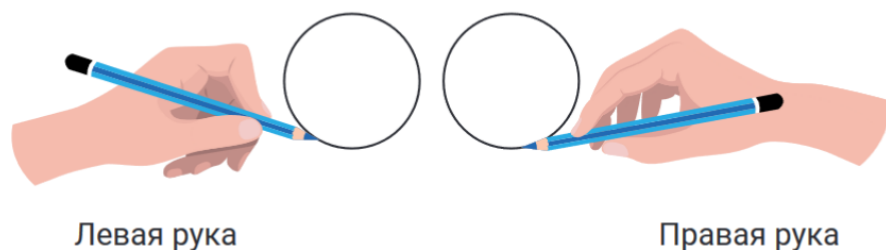
ЗАДАНИЯ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОБЕИХ РУК ОДНОВРЕМЕННО

РИСУЕМ ФИГУРЫ

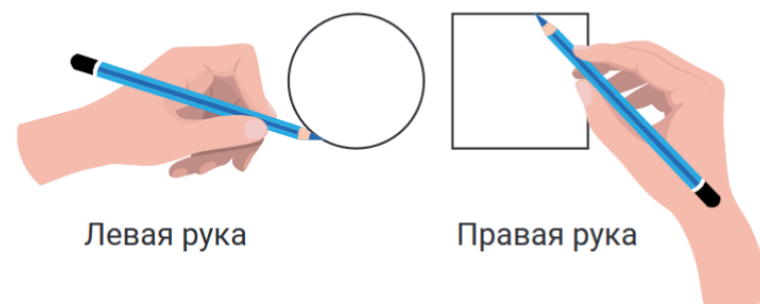
Задание 1: рисуем обеими руками одинаковую фигуру (круг, треугольник, квадрат и др.)

Задание 2: рисуем обеими руками разные фигуры (правая рука – квадрат, левая – круг и др.)

ЗАДАНИЕ 1



ЗАДАНИЕ 2



НАДУВАНИЕ ВОЗДУШНОГО ШАРИКА

- Предотвращает обратное попадание воздуха или пищи при проглатывании.
- Улучшает дыхательную функцию, что способствует профилактике аспирации.



ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ

- 1 Сначала дуйте медленно в течение примерно 5 секунд,
- 2 затем дуйте энергично примерно в течение 1 секунды.
- 3 Повторите циклы 1 и 2 по **3 раза каждый**.

ПРИ ОТСУТСТВИИ ШАРИКА

можно делать следующее:
наберите воздуха через нос и, поджав губы, выдохните через рот, будто задуваете свечу на расстоянии 50 см от Вас.



Гипертоникам следует воздержаться от этого упражнения

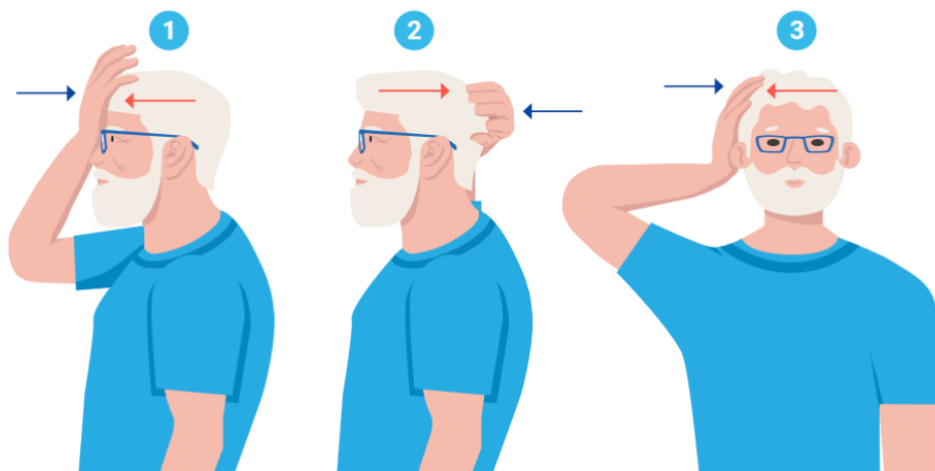


Российский
геронтологический
научно-клинический
центр

ГИМНАСТИКА ДЛЯ МЫШЦ ШЕИ 1

Укрепляет мышцы шеи, задействованные при глотании, что позволяет пище лучше проходить через горло.

По **2–3** раза в каждом направлении



ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ

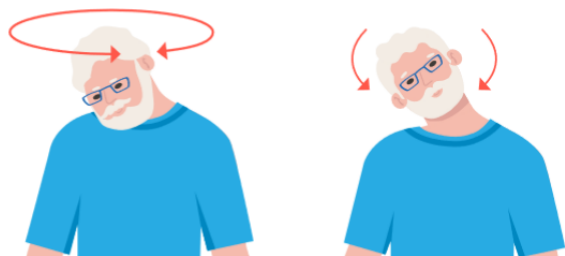
- 1 Приложите руку ко лбу как показано синей стрелкой, и, преодолевая усилие руки, медленно нажмите головой на руку, как показано красной стрелкой, противодействуя давлению руки.
- 2 Приложите нагрузку к руке, считая до 5. В это же время важно и шею держать напряженной.
- 3 Расслабьте руку и отдохните 5 секунд
- 4 Также выполните это упражнение не только для лба 1, но и затылком 2 и височной областью 3. Прижимайте руку к голове и головой противодействуйте руке. Голову наклонять голову не нужно.



Откажитесь от выполнения этого упражнения, если у Вас нестабильное артериальное давление, или заболевание шейного отдела позвоночника. Прекратите выполнение, если почувствовали боль или головокружение.

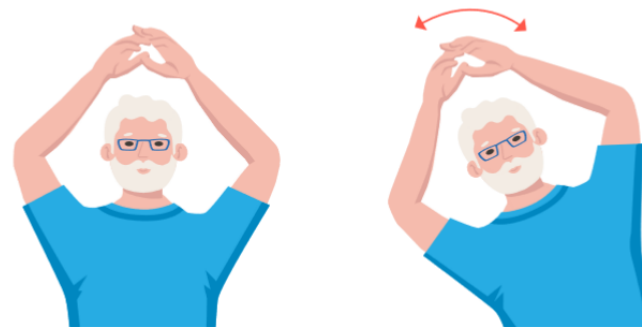
ГИМНАСТИКА ДЛЯ МЫШЦ ШЕИ 2

**ВРАЩЕНИЕ ШЕИ.
НАКЛОНЫ ШЕИ ВЛЕВО И ВПРАВО**



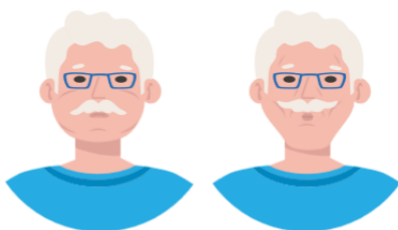
По **3** раза в каждую сторону

**РАСТЯЖКА ТЕЛА С РУКАМИ, СОМКНУТЫМИ
НАД ГОЛОВОЙ. НАКЛОНЫ ВЛЕВО И ВПРАВО**



По **3** раза в каждую сторону

НАДУВАНИЕ И ВТЯГИВАНИЕ ЩЁК



3 раза

**ПРИКОСНОВЕНИЯ ЯЗЫКА
К УГОЛКАМ РТА**



По **3** раза в каждую сторону

ПОКАЗАТЬ И СПРЯТАТЬ ЯЗЫК



5 раз

ГОЛОСОВЫЕ УПРАЖНЕНИЯ



- Правильное произношение улучшает жевательные и глотательные функции.
- Скороговорки, четкая речь и пение в полный голос также являются хорошей тренировкой речи.

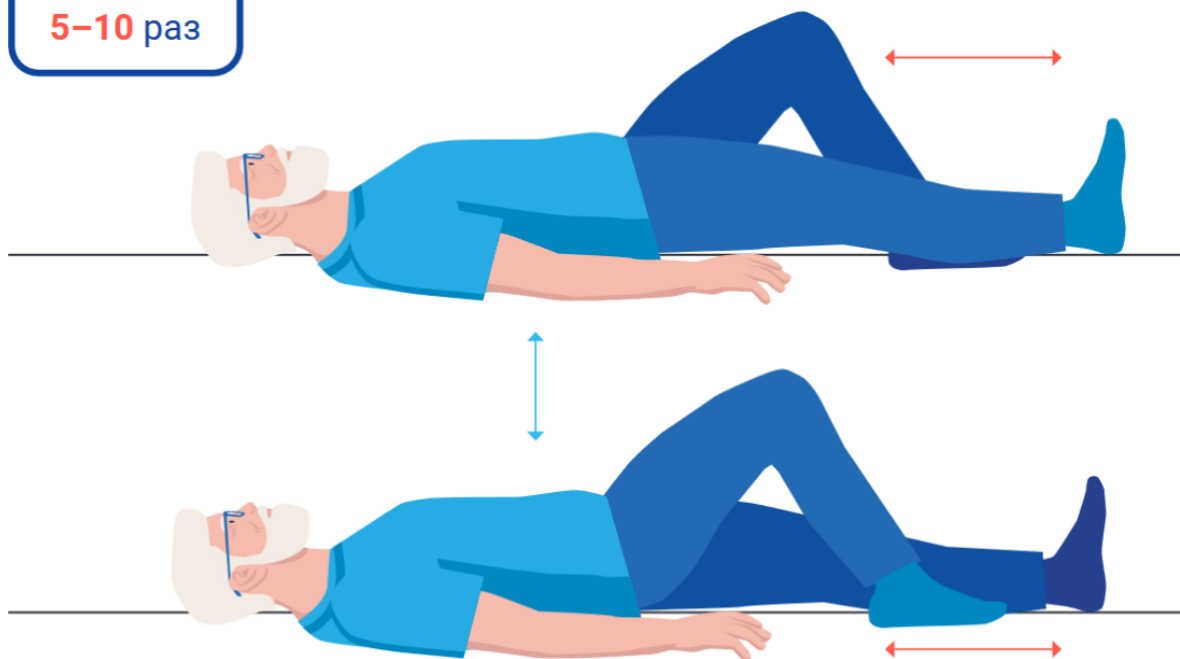
ПРИМЕРЫ СКОРОГОВОРОК

- Добыл бобов бобыль.
- От топота копыт пыль по полю летит.
- Колпак на колпаке, под колпаком колпак.
- Верзила Вавила весело ворочал вилы.
- Около кола колокола, около ворот коловорот.
- Шакал шагал, шакал скакал.
- Повар Петр, повар Павел.
- Петр плавал, Павел плавал.
- Водовоз вез воду из-под водопровода.
- В один, Клим, клин колоти.
- В поле полет Фрося просо, сорняки выносит Фрося.
- Краб крабу сделал грабли. Подал грабли крабу краб: сено граблями, краб, грабь!
- У елки иголки колки.
- На меду медовик, а мне не до медовика.

УПРАЖНЕНИЕ ЛЕЖА: ПООЧЕРЕДНОЕ СГИБАНИЕ-РАЗГИБАНИЕ КОЛЕНЕЙ

ЦЕЛЬ:

5-10 раз



ВАЖНЫЕ МОМЕНТЫ!

- В положении лёжа сгибайте и разгибайте колени обеих ног поочередно.
- Чем быстрее Вы меняете очередность ног, тем выше нагрузка.



Выполняйте упражнение так, чтобы это не причиняло болевых ощущений ни в спине, ни в пояснице, ни в коленях. Делайте без излишнего усердия.

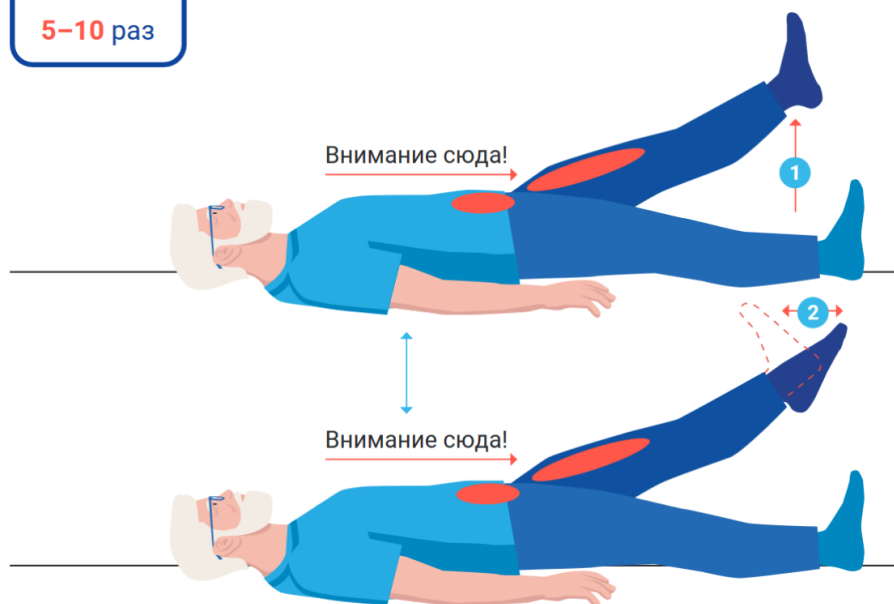


Российский
геронтологический
научно-клинический
центр

УПРАЖНЕНИЕ ЛЁЖА: ПОДЪЁМ ВЫТЯНУТЫХ В КОЛЕНЯХ НОГ

ЦЕЛЬ:

5–10 раз



ВАЖНЫЕ МОМЕНТЫ!

- 1 Лягте на спину, ноги вытянуты прямо. Поднимите одну ногу на высоту примерно 30 см.
 - 2 Сделайте 10 движений ступней, как обозначено на рисунке зеленой стрелкой, затем медленно опустите ногу.
- Можно упростить выполнение, согнув в колене ногу, которая в этот момент на полу.

