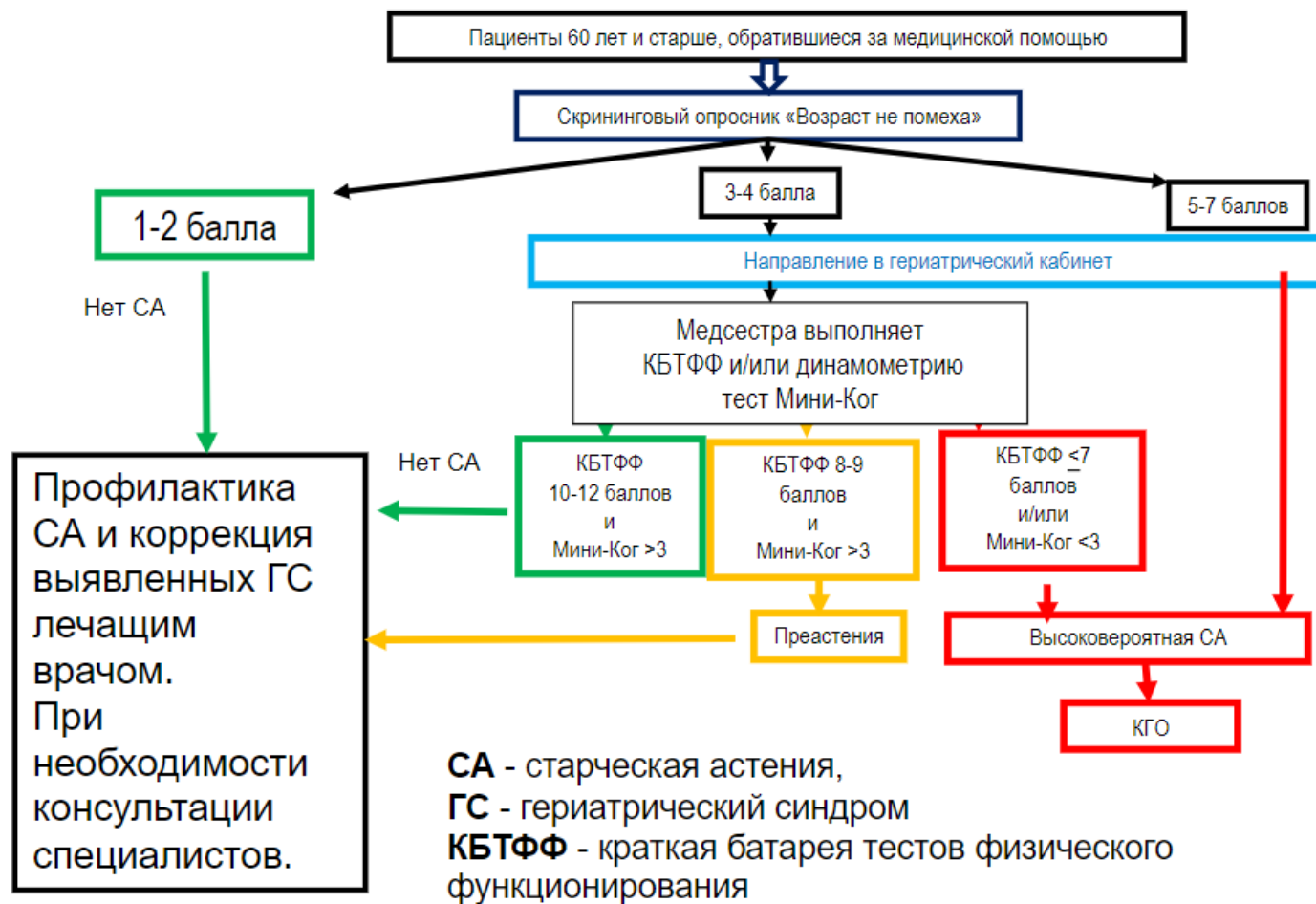


Алгоритм диагностики и ведения старческой астении в первичном звене. Профилактическое консультирование пациентов 65 лет и старше.

Алгоритм диагностики старческой астении: 1 этап – скрининг, 2 этап – КГО



1 этап – скрининг.

Опросник «Возраст не помеха»

№	Вопросы	Ответ
1	Похудели ли Вы на 5 кг и более за последние 6 месяцев? (Вес)	Да/нет
2	Испытываете ли Вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения Зрения или Слуха ?	Да/нет
3	Были ли у Вас в течение последнего года Травмы , связанные с падением?	Да/нет
4	Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель? (Настроение)	Да/нет
5	Есть ли у Вас проблемы с Памятью , пониманием, ориентацией или способностью планировать?	Да/нет
6	Страдаете ли Вы недержанием Мочи ?	Да/нет
7	Испытываете ли Вы трудности в перемещении по дому или на улице? (Ходьба до 100 м/ подъем на 1 лестничный пролет)	Да/нет

1 этап – скрининг.

Опросник «Возраст не помеха»

Интерпретация результатов

- ▶ При ответах на вопросы за каждый ответ «Да» начисляется 1 балл.
- ▶ В случае если пациент набрал
- ▶ **5 и более баллов** – старческая астения высоко вероятна и показана консультация гериатра с проведением комплексной гериатрической оценки и составлением индивидуального плана ведения пациента;
- ▶ **3–4 балла** – умеренная вероятность старческой астении, целесообразно выполнение краткой батареи тестов физического функционирования и теста Мини-ког в условиях гериатрического кабинета.
- ▶ **0–2 балла** – наличие у пациента синдрома старческой астении маловероятно

**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 изоляции,
- ▶ 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

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).

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.



Тест Мини-Ког: инструкция к выполнению

Шаг	Действия	Баллы
1	Скажите пациенту: "Слушайте меня внимательно. Сейчас я назову 3 слова, а Вам нужно будет повторить их за мной и запомнить". Позже я у Вас их спрошу". Четко произнесите 3 слова: ключ, лимон, флаг. Если пациент не повторил всех 3-х слов, повторите слова еще раз. Если пациент не может повторить всех 3-х слов после 3-х попыток, перейдите к Шагу 2.	Не начисляются
2	Скажите пациенту: "Далее я хочу, чтобы вы нарисовали круглые часы. Расставьте все цифры, которые должны быть на циферблате". После завершения попросите пациента настроить часы так, чтобы они показывали время 11 часов 10 минут.	Правильно нарисованные часы - 2 балла (Правильно нарисованные часы содержат все необходимые цифры в правильной последовательности без дублирования. Цифры 12, 3, 6, 9 расположены в соответствующих местах. Стрелки указывают на цифры 11 и 2 (11:10). Длина стрелок не учитывается. Неспособность правильно нарисовать часы или отказ = 0 баллов

Тест Мини-Ког: инструкция к выполнению

3	Попросите пациента вспомнить 3 слова из Шага 1.	За каждое воспроизведенное слово в Шаге 3 пациент получает по 1 баллу. Если не вспомнил ни 1 слова - 0 баллов
---	---	---

Интерпретация результатов:

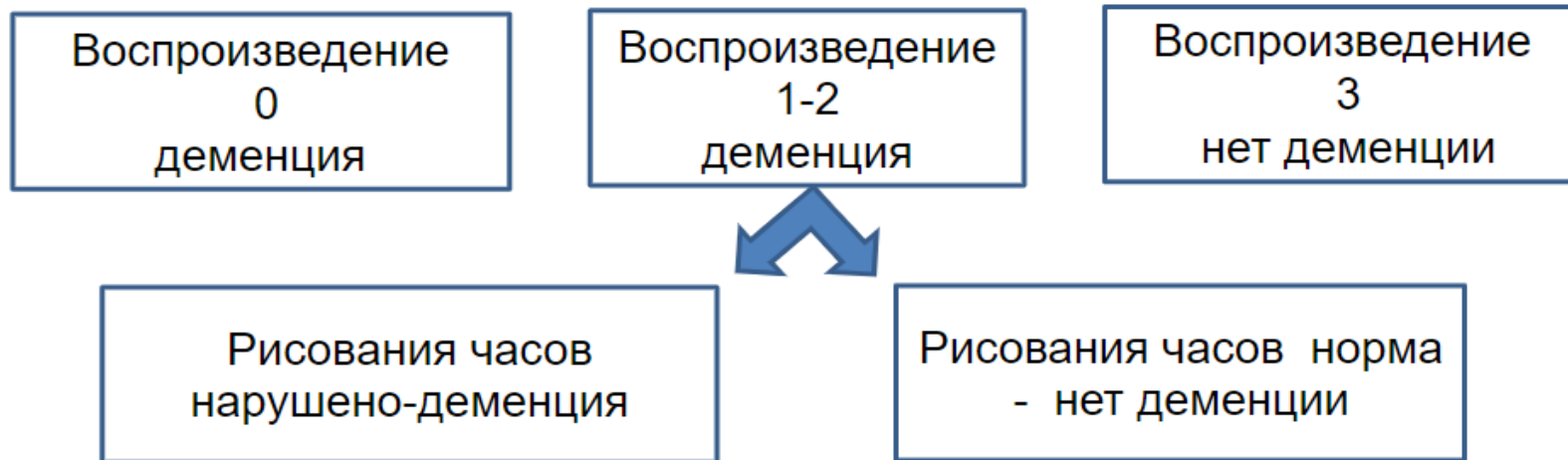
Если пациент набрал < 3 баллов – вероятность деменции высокая.

При необходимости увеличения чувствительности теста отрезная точка может быть повышена до < 4 баллов.

Тест Мини-Ког: алгоритм выявления деменции

Необходимое время 2-3 минуты.

Шаг 1	Запомните и произнесите за мной слова: «лимон, ключ, мяч».
Шаг 2	Тест рисования часов.
Шаг 3	Вспомнить слова из 1 шага.



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.

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

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

Группы факторов	Описание
Вредные привычки и поведение	Избыточное потребление алкоголя Недостаточная физическая активность Курение Прием большого числа лекарств, в том числе, безрецептурных препаратов
Факторы окружающей среды, создающие условия для падения	Ступеньки, их недостаточная ширина Препятствия на пути человека (посторонние предметы, провода, пороги и т.д.) Скользкая поверхность пола Отсутствие поручней Недостаточное освещение в квартире или доме Неадекватная мебель (высокая кровать, неустойчивый стул и т.д.) Планировка здания Выбоины на тротуаре Неудобная обувь
Социальноэкономические 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.)

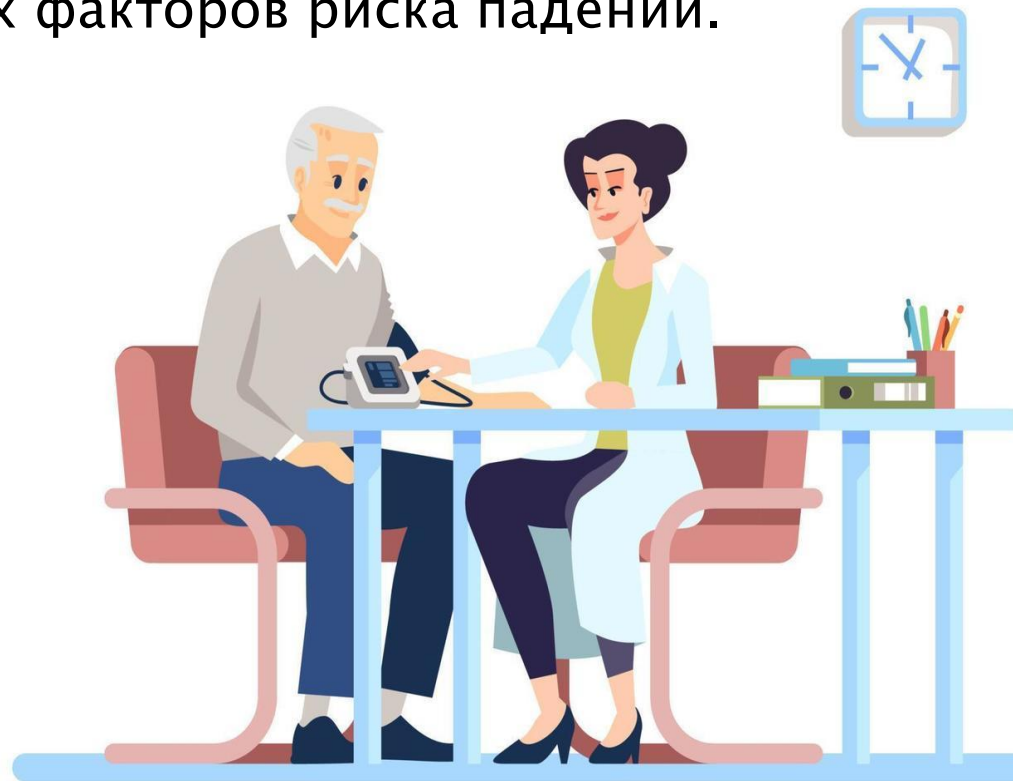
Дифференцированные индивидуальные меры профилактики падений в зависимости от выявленных факторов

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 гипертензия	У пациентов без старческой астении: • достижение и поддержание целевого САД 130-140 мм рт.ст. • Не снижать САД менее 120 мм рт.ст. • Избегать назначения 3 и более антигипертензивных средств • Контроль на предмет ортостатической гипотонии У пациентов со старческой астенией: • Консультация врача-гериатра для определения целевого уровня САД • Не снижать САД менее 120 мм рт.ст. • Избегать назначения 3 и более антигипертензивных препаратов • Контроль на предмет ортостатической гипотонии • Рассмотреть возможность уменьшения интенсивности антигипертензивной терапии при ухудшении гериатрического статуса
Ортостатическая гипотония	• 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 (см. Приложение)
Сахарный диабет	• Избегать снижения HbA1c менее 7% • Консультация врача-эндокринолога при необходимости коррекции лечения
Низкий индекс массы тела, недостаточность питания	• Консультация врача-диетолога для нутриционной поддержки и восстановления массы тела
Нарушения равновесия	• Физические упражнения для тренировки равновесия • Консультация врача-невролога
Анемия	• Коррекция анемии
Головокружения	• Консультация врача-невролога
Легкие нарушения когнитивные	• Когнитивный тренинг
Умеренные нарушения когнитивные	• Когнитивный тренинг • Консультация врача-гериатра, врача-невролога, врача-психиатра для решения вопроса о противодементной терапии и совместного наблюдения
Деменция	• Консультация врача-невролога, врача-психиатра

Депрессия	• Консультация врача-невролога, врача-психиатра
Страх падения	• Консультация медицинского психолога
Хроническая боль	• Лечение болевого синдрома • При необходимости – консультация врача-невролога, врача-травматолога-ортопеда, врача-эндокринолога
Нарушения походки	• Консультация врача-невролога, врача-травматолога-ортопеда для клинической оценки походки и определение специфических методов коррекции нарушений
Проблемы со стопой	• Рекомендовать ношение ортопедической обуви, стелек • При необходимости – консультация врача-травматолога-ортопеда, врача-невролога, врача-эндокринолога, при возможности – направление в кабинет диабетической стопы
Недержание мочи	• См. выше
Нарушения сна	• Немедикаментозные меры коррекции сна: прогулки перед сном, отказ от просмотра телевизора и гаджетов, проветривание помещений перед сном • При необходимости – консультация врача-сомнолога
Синдром апноэ во сне	• Направление на полисомнографию • Консультация врача-сомнолога для подбора метода коррекции
Использование технических средств реабилитации	• Подбор технических средств реабилитации (трость, ходунки и др.) врачом-терапевтом, врачом-травматологом-ортопедом, специалистом по медицинской реабилитации

Маршрутизация

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



ПРОФИЛАТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ

Физическая активность

Длительность и условия выполнения физических упражнений:

- ▶ Объем физических нагрузок и упражнений должен соответствовать возможностям и состоянию здоровья пожилых людей.
- ▶ Исключить упражнения на задержку дыхания, натуживание, с вращением головы и длительным наклоном головы вниз, подскоками и т.п.
- ▶ Начало с разминки (медленная ходьба и легкие потягивания).
- ▶ Упражнения следует выполнять сериями продолжительностью не менее 10 минут. • Продолжительность занятия должна постепенно (в течение 2–3 недель) увеличиваться до 30 минут в день. • Хронические заболевания вне обострения не являются противопоказанием для физических упражнений. • Целесообразна консультация специалиста по лечебной физкультуре, возможно, врача-реабилитолога для разработки индивидуальной программы физической активности

Аэробная физическая активность

- ▶ Средней интенсивности не менее 150 минут в неделю или
- ▶ Высокой интенсивности не менее 75 минут в неделю
- ▶ В зависимости от состояния здоровья рекомендации могут включать ходьбу по ровной местности, скандинавскую ходьбу, плавание, тренировки на велотренажере, беговой дорожке и др., ежедневную утреннюю гимнастику

Силовые физические упражнения

- ▶ 2–3 раза в неделю, цель – не менее 10 минут на подход
- ▶ Примеры: полуприседания (5–15 повторов), подъем на носки с попыткой как можно дольше удерживаться в данном положении (цель – 10–20 подъемов, можно выполнять с опорой), подъем веса от 500 до 1000 г не менее 10 раз в комфортной для пациента позе и режиме выполнения

Упражнения для тренировки равновесия

- ▶ 3 и более дней в неделю
- ▶ Продолжительность до 30 минут
- ▶ Примеры: ходьба назад, ходьба боком, ходьба на носках. В начальный период выполнения этих упражнений можно использовать стабильную опору

► Питание

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



Белок

- ▶ Потребность в белке у пожилого человека выше, чем у людей молодого и среднего возраста в виду повышения риска развития саркопении (снижения мышечной массы) и составляет 1–1,2 г/кг/сут. с пропорцией 1:1 между животными и растительными белками.
- ▶ Ежедневное употребление животного белка.
- ▶ Оптимальные источники животного белка: молочные продукты, рыба, птица (курица, индейка), говядина, телятина, крольчатина.
- ▶ Источники растительного белка: крупы, бобовые, семена, орехи.
- ▶ Введение в рацион дополнительных источников белка, если пациент не употребляет животный белок в достаточном количестве (сиппинги), или подбор специализированного рациона питания для обеспечения необходимого уровня потребления белка на необходимом уровне

Жиры

- ▶ 25–30% от суточной калорийности, треть – насыщенные жиры, две трети – равные доли моно– и полиненасыщенных жирных кислот.
- ▶ Растительные жиры: оливковое, подсолнечное и льняное масла в количестве 25–30 мл в день (2 столовые ложки).
- ▶ Ограничить употребление продуктов с высоким содержанием насыщенных жиров (пальмовое и кокосовое масла) и промышленных транс–жирных кислот: переработанные пищевые продукты, еда быстрого приготовления, жареная во фритюре пища, замороженные пицца и пироги, печенье, маргарин и бутербродные смеси

Углеводы

- ▶ Предпочтительны «сложные» углеводы: крупы из цельных злаков (овсяные хлопья «Геркулес», цельная греча, нешлифованный рис, непереработанная кукуруза, просо, овес, пшеница, полба, булгур), бобовые, грибы, хлеб грубого помола с добавлением отрубей.
- ▶ Овощи, фрукты, ягоды и орехи. Рекомендуется ежедневно не менее 5 порций овощей и фруктов (500 г/сут.).
- ▶ Ограничить потребление крахмалсодержащих продуктов (рафинированного белого риса, макаронных изделий, манной крупы) и корнеплодов (картофель, бататы др.)

Молочные продукты

- ▶ Не менее трех порций в день.
- ▶ Предпочтительны молочные продукты без дополнительных вкусовых добавок, так как они содержат добавленные сахар и/или насыщенные жиры.
- ▶ В виду возможной вторичной лактозной недостаточности у пожилых людей предпочтительны творог, сыр, йогурт, кефир

Сахар

- ▶ Потребление сахара в чистом виде следует ограничивать: не более 25 г/сутки, примерно 6 чайных ложек без верха
- ▶ Оптимальными источниками свободных сахаров являются фрукты, ягоды и овощи

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

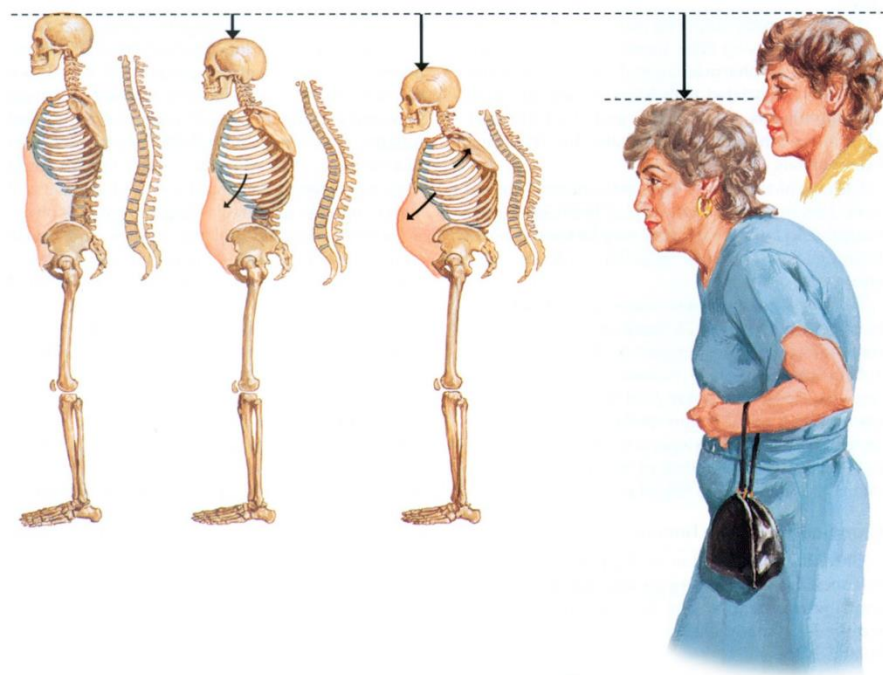
Всем пациентам пожилого возраста с целью профилактики падений следует дать рекомендации по:

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

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

Физическое здоровье: клинические признаки остеопороза

- ▶ Потеря роста на 2–3 см и более за 1–3 года или на 4 см и более по сравнению с возрастом в 25 лет.
- ▶ Выраженный грудной кифоз
- ▶ Расстояние между затылком и стеной составляет более 5 см
- ▶ Расстояние между нижними ребрами и крылом подвздошной кости составляет ширину 2 пальца и менее. В тяжелых случаях касание ребер подвздошных костей, что вызывает боль при движении
- ▶ При снижении роста на 2 см и более за 1–3 года или на 4 см и более за жизнь необходимо заподозрить компрессионный(е) перелом(ы) позвоночника



Физическое здоровье: подсчет вероятности переломов по шкале FRAX

Для подсчета 10-летней вероятности перелома с использованием МПК ответьте на следующие вопросы.

Оценка полученного результата, отражается в графике, где учитывается риск и возраст пациента. Пересечение этих двух показателей на графике в красной зоне говорит о высоком риске переломов и необходимости проведения мероприятий по профилактике от остеопороза.

страна: **Великобритания** Имя / ID:

0 факторах риска

анкета:

1. Возраст (от 40 до 90 лет) или дата рождения
Возраст: Дата рождения: год: месяц: день:

2. Пол
☐ Мужской ☐ женский

3. Вес (кг)

4. Рост (см)

5. Предшествующий перелом ☒ нет ☐ да

6. Перелом бедра у родителей ☒ нет ☐ да

7. Курение в настоящее время ☒ нет ☐ да

8. Глюкокортикоиды ☒ нет ☐ да

9. Ревматоидный артрит ☒ нет ☐ да

10. Вторичный остеопороз ☒ нет ☐ да

11. Алкоголь от 3 единиц и более в день ☒ нет ☐ да

12. Минеральная плотность кости (МПК)

Выбирать BMD

Очистить Посчитать

Физическое здоровье: подсчет вероятности переломов по шкале FRAX

Вводятся следующие данные о пациенте

- ▶ Возраст
- ▶ Пол
- ▶ Вес
- ▶ Рост
- ▶ Наличие предшествующего низкоэнергетического перелома
- ▶ Наличие перелома бедра у родителей
- ▶ Курение в настоящее время
- ▶ Прием глюкокортикостероидов
- ▶ Наличие ревматоидного артрита
- ▶ Наличие вторичного остеопороза (при условии наличия у пациента заболевания с доказанной ассоциацией с остеопорозом: сахарный диабет 1 типа, несовершенный остеогенез у взрослого, гипоганадизм или наступление ранней менопаузы в возрасте ранее 45 лет, хроническое недоедание или мальадсорбция и хроническое заболевание печени.
- ▶ Прием алкоголя от 3 единиц (1 ед алкоголя = 45 мл водки или 150 мл вина или 330 мл пива и более в день)

- ▶ 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 остеопороз 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**

Артериальная гипертензия

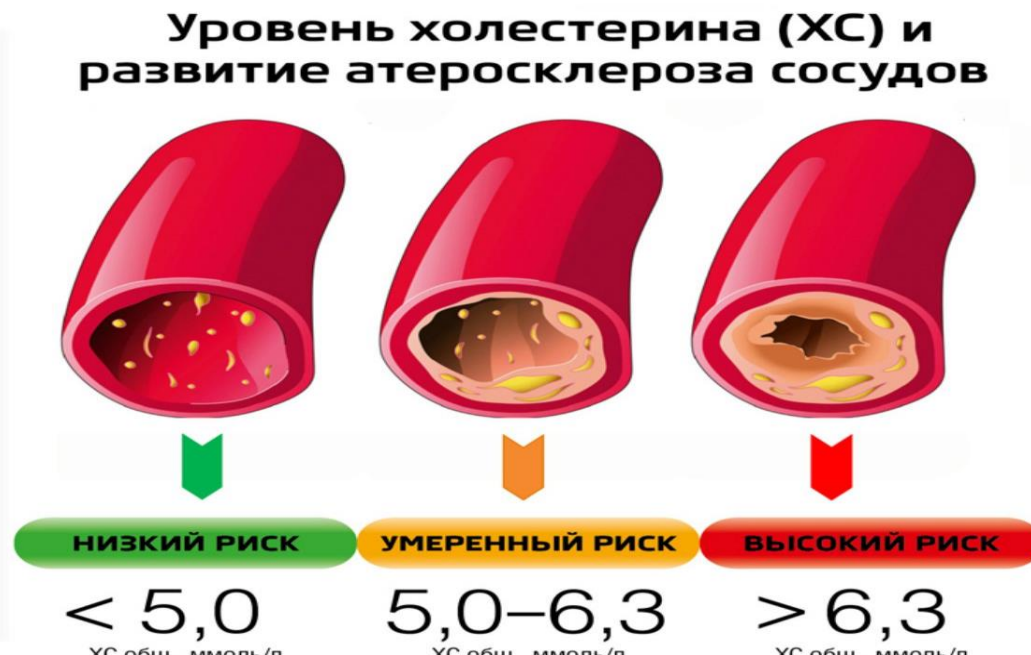
- ▶ Лечение АГ осуществляется в соответствии с клиническими рекомендациями «Артериальная гипертензия у взрослых» с учетом наличия СА https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/62_3 (29.04.2025):
- ▶ рекомендуется начать антигипертензивную терапии у пациентов с АГ в возрасте до 79 лет при уровне САД ≥ 140 и/или ДАД ≥ 90 мм.рт.ст.;
- ▶ рекомендуется начать антигипертензивную терапии у пациентов с АГ в возрасте ≥ 80 лет при уровне САД ≥ 160 мм.рт.ст.
- ▶ Можно рассмотреть более низкие значения САД (140–159 мм.рт.ст.) для инициации антигипертензивной терапии. У пациентов с синдромом старческой астении при определении 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.

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 $\text{HbA1c} < 7,5\%$ при отсутствии атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний и/или риска тяжелой гипогликемии.
- ▶ При наличии атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний и/или риске тяжелой гипогликемии целевой уровень $\text{HbA1c} < 8,0\%$.
- ▶ При наличии старческой астении и деменции целевой уровень $\text{HbA1c} < 8,5\%$.

Гликогемоглобин (HbA1c)



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 лучше бороться с проблемами со здоровьем и рассмотрите все варианты лечения.
- Информируйте врача обо всех препаратах, которые Вы принимаете, включая безрецептурные препараты, пищевые добавки и растительные лекарственные препараты.
- Информируйте врача обо всех случаях аллергии или нежелательных реакций на лекарственные препараты, которые отмечались у Вас в прошлом.
- Сообщайте врачу обо всех проблемах, которые возникли после начала приема нового для Вас лекарства.
- Если Вы находились на стационарном лечении, предшествующее лечение могло быть изменено. Надо знать, какие препараты следует принимать после выписки. Эту информацию Вы получите у своего лечащего врача.
- Не прекращайте прием назначенных Вам лекарств без предварительного обсуждения с лечащим врачом. Перед началом приема безрецептурного препарата, добавки или растительного лекарственного средства проконсультируйтесь со своим лечащим врачом или фармацевтом, чтобы быть уверенным в безопасности препарата или средства.

ПАМЯТКА «КАК ПРАВИЛЬНО ПРИНИМАТЬ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ»

- 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.