Саркопения у пациентов пожилого и старческого возраста

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: M62.8 · Ассоциация ревматологов России, Общероссийская общественная организация «Российская ассоциация геронтологов и гериатров», Союз диетологов, нутрициологов и специалистов пищевой индустрии

Саркопения — прогрессирующее возраст-ассоциированное, генерализованное и потенциально обратимое заболевание скелетной мускулатуры, связанное с падениями, переломами, инвалидизацией и смертностью. Рекомендация адресована ведению пациентов пожилого и старческого возраста: главное — ранний скрининг, оценка мышечной силы и массы, коррекция питания, физические упражнения и лечение дефицита витамина D.

Главное

- Для практики саркопению можно заподозрить при характерных жалобах и снижении мышечной силы; подтверждение требует низких значений и мышечной силы, и мышечной массы. Снижение физической работоспособности указывает на тяжелую саркопению.
- У пациентов 60 лет и старше на каждом осмотре нужно целенаправленно спрашивать про усталость, мышечную слабость, трудности ходьбы, вставания со стула, подъема по лестнице и падения за последний год. УУР С, УДД 5.
- Непреднамеренная потеря веса значима при снижении массы тела более 5% за 6 месяцев или более 10% за период свыше 6 месяцев; ее оценивают на каждом осмотре у пациентов 60+. УУР С, УДД 4.
- Критерии низкой кистевой силы: менее 27 кг у мужчин и менее 16 кг у женщин; измерение проводят всем пациентам 60+ для выявления саркопении. УУР В, УДД 2.
- Окружность голени менее 31 см у мужчин и женщин — признак снижения мышечной массы; ИМТ сам по себе саркопению не исключает, включая нормальную массу, избыток массы и ожирение. УУР В, УДД 2.
- Основное лечение — сочетать физические упражнения и увеличение потребления белка; эта комбинация улучшает мышечную массу, силу и физическую работоспособность. УУР А, УДД 1.
- Специфической доказанной лекарственной терапии саркопении нет; наиболее убедительные данные приведены для препаратов витамина D у пациентов с дефицитом или недостаточностью. УУР А, УДД 1 для колекальциферола при дефиците/недостаточности.

Диагностика

1. Шаг 1. У каждого пациента 60+ при каждом визите собрать жалобы: утомляемость, мышечная слабость, трудности ходьбы, вставания со стула, подъема по лестнице, число падений за последний год. УУР С, УДД 5.
2. Шаг 2. Оценить непреднамеренную потерю веса: более 5% за 6 месяцев или более 10% за период свыше 6 месяцев. УУР С, УДД 4.
3. Шаг 3. Провести антропометрию при каждом визите: вес, рост, ИМТ, окружность голени и плеча; окружность голени менее 31 см — маркер сниженной мышечной массы. УУР В, УДД 2.
4. Шаг 4. Оценить мышечную силу с помощью кистевой динамометрии. Низкая сила кисти: <27 кг у мужчин, <16 кг у женщин. УУР В, УДД 2.
5. Шаг 5. Оценить физическую работоспособность КБТФФ: скорость ходьбы на 4 м, равновесие, 5 подъемов со стула. Скорость ходьбы <0,8 м/с — неблагоприятный прогностический показатель, ≥1 м/с — целевой показатель. УУР В, УДД 3.
6. Шаг 6. При показаниях подтвердить снижение мышечной массы: ДРА всего тела с расчетом индекса аппендикулярной мышечной массы, либо КТ/МРТ на уровне L3, либо биоимпедансометрия. УУР В, УДД 2–3.
7. Шаг 7. Выполнить лабораторный поиск причин и факторов прогрессирования: гемоглобин, ферритин, общий белок и альбумин, глюкоза, АСТ, АЛТ, билирубин, железо, витамин B12, СРБ, 25-ОН витамин D, ТТГ, свободные Т4 и Т3, креатинин и цистатин С с расчетом СКФ.

Лечение

- Назначить комплекс физических упражнений всем пациентам с саркопенией 60+: цель — увеличить мышечную массу, силу и физическую работоспособность. УУР А, УДД 1.

- В программе упражнений для 65+ указаны аэробные нагрузки 150 минут умеренной интенсивности или 75 минут высокой интенсивности в неделю и силовые упражнения 2 и более дней в неделю.
- Пример силовых тренировок: не менее 2 раз в неделю, упражнения для нижних конечностей и рук; интенсивность постепенно повышать с 40–60% до 70–85% 1ПМ, 6–12 повторений, 1–3 подхода, перерывы 6–120 секунд, интервал между тренировками минимум 48 часов. При низкой исходной силе начинать можно с 30–60% 1ПМ.
- Сочетать тренировки с коррекцией белка: у пожилых с саркопенией без острых или обострения хронических заболеваний — до 1,5 г/кг/сут; при острых или хронических заболеваниях — до 1,5–2,0 г/кг/сут; при тяжелых заболеваниях и недостаточности питания — до 2,0 г/кг/сут.
- При старческой астении для лечения и профилактики саркопении желательно 1,0–1,5 г белка/кг/сут при СКФ не ниже 30 мл/мин/1,73 м²; предпочтительно распределять белок по 25–30 г 3 раза в день.
- Если диетой не удается обеспечить нужное потребление белка, назначают пероральное энтеральное питание с высоким содержанием белка; особенно эффективно в сочетании с упражнениями. УУР А, УДД 1.
- При саркопении и дефиците/недостаточности витамина D назначают колекальциферол: лечение дефицита начинают с суммарной насыщающей дозы 400 000 МЕ ежедневным или еженедельным режимом, затем переходят на поддерживающие дозы. УУР А, УДД 1.
- Не назначать ингибиторы АПФ, БРА и препараты с анаболическим эффектом специально для увеличения мышечной массы, силы и физического функционирования при саркопении. УУР В, УДД 2.

Когда направить и как наблюдать

- К гериатру направляют пациентов старше 60 лет с саркопенией при 5 и более баллах по опроснику «Возраст не помеха» и/или 7 и менее баллах по КБТФФ, при наличии других гериатрических синдромов: старческой астении, сниженной мобильности, падений или их высокого риска, нарушений походки и равновесия, остеопороза. УУР В, УДД 3.
- К травматологу-ортопеду направляют пациентов старше 60 лет с саркопенией, сниженной мобильностью, нарушениями походки и равновесия для подбора трости, ходунков, обуви, ортопедических стелек и других средств адаптации. УУР В, УДД 3.
- При обострении хронических заболеваний у большинства пациентов с саркопенией предпочтительна помощь на дому, если можно обеспечить диагностику и лечение; при невозможности обследования или подбора терапии дома решают вопрос о госпитализации в профильное отделение.
- Госпитализация в гериатрическое отделение показана при сочетании саркопении и синдрома старческой астении.
- При сочетании саркопении и старческой астении диспансерное наблюдение ведет гериатр с индивидуальным планом на основе комплексной гериатрической оценки; КГО выполняют не реже 1 раза в год или при остром функциональном снижении. УУР С, УДД 5.

Частые вопросы

Какие минимальные признаки позволяют начать лечение саркопении, если нельзя измерить мышечную массу?

В практической работе можно использовать термин «вероятная саркопения» при характерных жалобах и снижении мышечной силы. Этого достаточно, чтобы начать лечебные вмешательства.

Какие пороги кистевой динамометрии считаются патологическими?

Снижение мышечной силы диагностируют при силе кисти < 27 кг у мужчин и < 16 кг у женщин. Для оценки берут максимальное значение сильнейшей руки.

Какой лабораторный порог дефицита витамина D используется при саркопении?

Дефицит витамина D — 25(OH)D3 < 20 нг/мл, недостаточность — 20–30 нг/мл, адекватный уровень — более 30 нг/мл. Целевой уровень при коррекции дефицита указан как 30–60 нг/мл.

Сколько белка нужно пациенту с саркопенией?

Без острых или обострения хронических заболеваний — до 1,5 г/кг/сут. При острых или хронических заболеваниях — до 1,5–2,0 г/кг/сут, при тяжелых заболеваниях и недостаточности питания — до 2,0 г/кг/сут.

Есть ли лекарство, которое лечит саркопению?

Убедительных данных о препаратах, замедляющих прогрессирование саркопении, нет. При дефиците или недостаточности витамина D назначают колекальциферол, а сопутствующие дефициты и заболевания корректируют по соответствующим рекомендациям.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/1053-sarkopeniya-u-pacientov-pozhilogo-i-starcheskogo-vozrasta. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/1053_1