Падения у пациентов пожилого и старческого возраста

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2020 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: R29.6, W00, W01, W02, W03, W04, W05, W06 · Общественная организация "Российская ассоциация по остеопорозу", Общероссийская общественная организация «Российская ассоциация геронтологов и гериатров»

Падение у пациента пожилого или старческого возраста — многофакторный гериатрический синдром, который повышает риск травм, утраты автономности и неблагоприятного прогноза. Рекомендация посвящена выявлению причин и факторов риска падений, их коррекции, профилактике повторных падений и маршрутизации пациентов, включая госпитализированных больных.

Главное

- Диагноз падения устанавливают при наличии факта падения и исключении внешнего воздействия, потери сознания и эпилептического припадка.
- У каждого пациента 60 лет и старше при обращении за медицинской помощью выясняют: были ли падения за последний год, есть ли неустойчивость при вставании или ходьбе и присутствует ли страх падения. Положительный ответ хотя бы на один вопрос означает риск падений и необходимость оценки походки (УУР А, УДД 2).
- В стационаре у пациентов 60 лет и старше оценивают риск по шкале Морсе независимо от повода и профиля госпитализации, а у всех госпитализированных пациентов пожилого и старческого возраста проводят скрининг делирия по шкале спутанности сознания (УУР В, УДД 2).
- При высоком риске нужна многофакторная оценка: анамнез падений и лекарств, ортостатическая реакция, зрение и слух, неврологический и опорно-двигательный статус, походка, когнитивные функции, питание, страх падения, концентрация витамина D в сыворотке и безопасность домашней обстановки (УУР А, УДД 2).
- Профилактика должна быть индивидуальной и комплексной: обучение пациента и ухаживающих лиц, физическая активность, упражнения на силу и равновесие, безопасная организация быта, коррекция зрения и слуха, подбор обуви и пересмотр лекарственной терапии.
- Падения можно предупреждать: регулярная физическая активность рекомендована всем пожилым пациентам (УУР А, УДД 2), силовые, аэробные упражнения и тренировка равновесия — также всем пациентам (УУР А, УДД 1). При высоком риске и мальнутриции, саркопении или старческой астении белок увеличивают до 1,0–1,5 г/кг/сут (УУР В, УДД 1).
- При дефиците витамина D (<20 нг/мл, или <50 нмоль/л) либо его недостатке (20–30 нг/мл, или 50–75 нмоль/л) назначают колекальциферол с препаратами кальция или без них; целевой уровень при коррекции дефицита — 30–60 нг/мл (75–150 нмоль/л) (УУР В, УДД 1).

Диагностика

1. Подтвердить факт падения и уточнить, не было ли причиной внешнее воздействие, потеря сознания или эпилептический припадок. При подозрении на синкопе, инсульт, инфаркт миокарда, гипогликемию или другой патологический процесс обследование проводят по соответствующим клиническим рекомендациям.
2. У пациента 60 лет и старше спросить о падениях за последний год, неустойчивости при вставании или ходьбе и страхе падения; при наличии падения уточнить число эпизодов, обстоятельства, симптомы перед падением, травмы и их тяжесть.
3. При положительном ответе хотя бы на один ключевой вопрос выполнить тест «Встань и иди» с регистрацией времени для оценки риска падения.
4. Провести осмотр с оценкой ортостатической реакции артериального давления, сердечно-сосудистой и нервной систем, зрения и слуха, опорно-двигательного аппарата, походки, использования вспомогательных средств и обуви.
5. У госпитализированных пациентов 60 лет и старше использовать шкалу Морсе; 0–24 балла соответствуют отсутствию риска, 25–50 — низкому риску, 51 балл и более — высокому.
6. Провести лабораторные исследования для оценки потенциально модифицируемых факторов риска: всем пациентам пожилого и старческого возраста — креатинин сыворотки с расчетом СКФ по CKD-EPI и общий

анализ крови с оценкой гемоглобина; при высоком риске падений — общий белок, альбумин и 25-OH витамин D; при высоком риске вследствие нарушений походки — ТТГ.

Лечение

- Составить индивидуальный комплексный план профилактики: обучение пациента и ухаживающих лиц, образовательные материалы, коррекцию выявленных модифицируемых факторов риска и лечение сопутствующих заболеваний; при необходимости привлечь гериатра и профильных специалистов.
- Назначить регулярную физическую активность с учетом функциональных возможностей, включая силовые упражнения для мышц нижних конечностей, аэробные тренировки и упражнения на равновесие (УУР А, УДД 1–2). В общей программе физическая активность должна составлять не менее 150 минут в неделю.
- При высоком риске консультировать по питанию и достаточному потреблению белка и жидкости (УУР С, УДД 5). При старческой астении, мальнутриции или саркопении увеличить белок до 1,0–1,5 г/кг/сут и при необходимости провести нутриционную поддержку (УУР В, УДД 1).
- Организовать безопасную среду: подобрать удобную высоту мебели, обеспечить устойчивость мебели, установить поручни, использовать нескользящие покрытия, устранить пороги там, где это возможно, обеспечить достаточное, но не слишком яркое освещение. Обувь с каблуком выше 4,5 см, без задника, с задником, который может быть сжат более чем на 45°, полностью изношенная или на абсолютно плоской подошве считается неправильно подобранной.
- Провести ревизию лекарств для уменьшения полипрагмазии и анализа влияния лекарственных средств, применяемых для лечения острых и хронических состояний, на риск падений (УУР В, УДД 2).
- При артериальной гипертонии контролировать ортостатическую гипотонию; у пациентов с высоким риском падений и старческой астенией целевой уровень САД составляет 140–150 мм рт. ст., снижать его менее 130 мм рт. ст. не следует (УУР В, УДД 2).
- Антикоагулянтную терапию при фибрилляции предсердий не отменять только из-за страха падений; вместо этого активно снижать риск падений (УУР В, УДД 3).
- При хронической боли использовать наименее инвазивный путь введения анальгетиков, включая топические формы. Для отдельных дегенеративных заболеваний суставов в тексте указаны схемы: хондроитина сульфат 100–200 мг внутримышечно каждые 48 часов, 25–30 инъекций, или 1000 мг/сут внутрь не менее 6 месяцев; глюкозамин 1500 мг/сут внутрь 2–4 месяца; диацереин 100 мг/сут 2–4 месяца.

Когда направить и как наблюдать

- При высоком риске падений направить пациента на многофакторную оценку к врачу-гериатру для разработки индивидуальной программы; для коррекции отдельных факторов привлекать невролога, травматолога-ортопеда, офтальмолога, клинического фармаколога, специалиста по лечебной физкультуре и других специалистов.
- Любое подозрение на перелом после падения у пожилого пациента — абсолютное показание для консультации травматолога-ортопеда.
- При подозрении на перелом проксимального отдела бедра вызвать скорую помощь и госпитализировать пациента в профильное травматолого-ортопедическое учреждение; отказ в госпитализации не допускается. Хирургическое лечение проводят не позднее 48 часов после перелома при отсутствии абсолютных противопоказаний.
- Для дальнейшего наблюдения пациентов 60 лет и старше с низкоэнергетическими переломами рекомендуется создавать службы профилактики повторных переломов, неотъемлемой частью деятельности которых является оценка риска падений и реализация мер профилактики.
- Пациенты с анамнезом падений нуждаются в реабилитации для восстановления физического функционирования и независимости; программа включает физическую активность, поддержание питания, социальную адаптацию и адаптацию окружающей среды. При страхе падения в мультидисциплинарную команду включают медицинского психолога.

Частые вопросы

Как быстро оценить риск падений у пациента 60 лет и старше?

Спросите о падении за последний год, неустойчивости при вставании или ходьбе и страхе падения. Положительный ответ хотя бы на один вопрос требует оценки походки, в частности теста «Встань и иди»; у госпитализированных дополнительно используют шкалу Морсе.

Как интерпретировать тест «Встань и иди»?

Пациент встает со стула, проходит 3 м, разворачивается, возвращается и садится; время фиксируют. У проживающего дома пожилого пациента результат более 14 секунд либо заметные нарушения походки и равновесия свидетельствуют о риске падений.

Какие значения шкалы Морсе означают высокий риск?

0–24 балла — риска нет, 25–50 — низкий риск, 51 балл и более — высокий риск.

Нужно ли отменять антикоагулянт при фибрилляции предсердий из-за падений?

Нет, терапию не отменяют только из-за опасения падений. Следует активно снижать риск падений; при высоком риске в тексте предпочтение отдается дабигатрана этексилату из-за наличия антидота.

Как действовать при подозрении на перелом бедра после падения?

Нужны срочная консультация травматолога-ортопеда, вызов бригады скорой помощи и транспортировка в профильное учреждение. При отсутствии абсолютных противопоказаний хирургическое лечение перелома проксимального отдела бедра должно быть выполнено не позднее 48 часов.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/600-padeniya-u-pacientov-pozhilogo-i-starcheskogo-vozrasta. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/600_2