Старческая астения

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: R54 · Общероссийская общественная организация «Российская ассоциация геронтологов и гериатров»

Старческая астения — ключевой гериатрический синдром у пожилых людей, связанный со снижением физиологического резерва, уязвимостью к стрессорам, риском утраты автономности и смерти. Рекомендация описывает скрининг у пациентов 60 лет и старше, комплексную гериатрическую оценку, индивидуальный план ведения, немедикаментозные меры, коррекцию лекарственной терапии и сопутствующих заболеваний.

Главное

- Скрининг СА проводят всем пациентам 60 лет и старше при обращении за медицинской помощью с опросником «Возраст не помеха»; 5 баллов и более — направление в гериатрический кабинет для КГО (УУР В, УДД 2).
- По опроснику «Возраст не помеха»: 2 балла и менее — СА нет, 3–4 — вероятная преастения, 5–7 — вероятная СА.
- Наиболее значимые признаки СА: непреднамеренная потеря веса >5% менее чем за полгода и/или >10% за полгода и более, падения, недержание мочи, делирий, деменция, зависимость от помощи, выраженное ограничение мобильности.
- КГО выполняют только стабильным пациентам, отобранным скринингом; при острых заболеваниях или декомпенсации хронических состояний КГО не проводят.
- Повторную плановую КГО пациенту с СА проводят не реже 1 раза в 12 месяцев; внепланово — после событий, существенно меняющих функциональный статус: переломов, ОНМК, онкологического заболевания, пневмонии с длительной реконвалесценцией, хирургического лечения.
- Базовое лечение СА — регулярные долгосрочные упражнения, адаптированные к функциональным возможностям: сопротивление, силовые, аэробные и тренировка равновесия (УУР А, УДД 1).
- Лекарства у пациентов с СА регулярно пересматривают с использованием STOPP/START-критериев для снижения полипрагмазии и риска нежелательных исходов (УУР В, УДД 3).

Диагностика

1. Начать с активного выявления жалоб и признаков: утомляемость, снижение активности, трудности ходьбы, изменение походки, потеря массы, падения, отказ от еды, неопрятность, снижение самообслуживания. Быстрое ухудшение за дни–недели требует поиска острого заболевания, декомпенсации или осложнений терапии.
2. Провести скрининг «Возраст не помеха» у пациента 60 лет и старше: 5 баллов и более — направить к гериатру на КГО; 1–4 балла — терапевт/ВОП корректирует выявленные гериатрические синдромы и при необходимости направляет к профильным специалистам.
3. Собрать полный лекарственный анамнез: название, дозу, кратность, путь введения, длительность, безрецептурные средства, травы и БАД; оценить полипрагмазию, STOPP/START-критерии и способность пациента самостоятельно принимать препараты (УУР С, УДД 5).
4. В рамках КГО оценить физическое здоровье, функциональный статус, риск падений, базовую и инструментальную активность, когнитивные функции, эмоциональное состояние, социальный статус и потребность в помощи; длительность КГО обычно 1,5–2 часа.
5. Обязательные физикальные блоки КГО включают массу тела, рост и ИМТ при каждом визите (УУР С, УДД 4), АД, ЧСС и ортостатическую пробу (УУР В, УДД 2), FRAX (УУР В, УДД 1), зрение и слух, походку, хроническую боль, питание, физическое функционирование, кистевую динамометрию, шкалы Бартел и Лоутона, когнитивные функции и скрининг депрессии.
6. Ортостатическая гипотония: при вставании снижение САД на ≥20 мм рт.ст. и/или ДАД на ≥10 мм рт.ст.; при переходе в сидячее положение — на ≥15 и ≥7 мм рт.ст. соответственно.

7. Лабораторный минимум при КГО: креатинин с расчетом СКФ CKD-EPI (УУР В, УДД 2), ОАК с оценкой анемии (УУР В, УДД 3), ТТГ (УУР В, УДД 3), общий белок и альбумин (УУР С, УДД 4); при СА — 25-ОН витамин D для выбора дозы колекальциферола (УУР А, УДД 2).

Лечение

- Цель ведения — сохранить автономность и качество жизни; приоритеты лечения: сначала жизнеугрожающие состояния, затем проблемы, ухудшающие функцию и качество жизни сейчас, затем долгосрочные риски с учетом ожидаемой продолжительности жизни.
- Назначать регулярную ЛФК и физическую активность по возможностям пациента; программа должна быть долгосрочной, постепенно наращиваться и включать сопротивление, силовые, аэробные упражнения и равновесие (УУР А, УДД 1).
- Питание: консультировать всех пациентов с СА, делать акцент на белок и питьевой режим; рацион должен включать мясо, рыбу, молочные продукты, овощи и фрукты, соль — не более 5 г/сут без резкого ограничения у ранее не ограничивавших соль (УУР С, УДД 5).
- Белок при СА — 1,0–1,5 г/кг массы тела/сут при СКФ не ниже 30 мл/мин/1,73 м²; оптимально 25–30 г высококачественного легкоусвояемого белка на прием пищи (УУР С, УДД 5).
- При СА и недостаточности питания использовать нутриционную поддержку, включая сипинги (УУР В, УДД 2). Абсолютные показания: потеря массы >2% за неделю, 5% за месяц, 10% за квартал или 20% за 6 месяцев; ИМТ <19 кг/м²; объем плеча <26 см у мужчин и <25 см у женщин; общий белок <60 г/л; альбумин <30 г/л; лимфоциты $<1{,}2\times10^9$/л.
- При дефиците/недостатке витамина D назначать витамин D и его аналоги (УУР В, УДД 1): дефицит — 25(OH)D <20 нг/мл, недостаток — 20–30 нг/мл, адекватно — >30 нг/мл; целевой уровень при коррекции 30–60 нг/мл. Для профилактики — не менее 800–1000 МЕ/сут, для поддержания >30 нг/мл может потребоваться 1500–2000 МЕ/сут; лечение дефицита колекальциферолом начинают с суммарной насыщающей дозы 400 000 МЕ.
- При АГ у пациента с СА целевой САД — 140–150 мм рт.ст. (УУР С, УДД 5). Терапию начинать с одного препарата в низкой дозе, комбинировать только при неэффективности монотерапии, не использовать более 3 гипотензивных препаратов; при САД <130 мм рт.ст. или ортостатической гипотонии снижать интенсивность вплоть до отмены.
- При неклапанной ФП и СА назначать антитромботическое средство при отсутствии противопоказаний: апиксабан, ривароксабан, дабигатрана этексилат или варфарин (УУР С, УДД 4). При КК >30 мл/мин предпочтительны апиксабан, ривароксабан или дабигатран; апиксабан и ривароксабан не применять при КК <15 мл/мин, дабигатран — при КК <30 мл/мин; при КК <30 мл/мин препаратом выбора является варфарин, целевое МНО 2,0–3,0.

Когда направить и как наблюдать

- Пациента с 5 баллами и более по «Возраст не помеха» направляют в гериатрический кабинет для КГО и индивидуального плана ведения (УУР В, УДД 2).
- Перед плановой хирургией, выбором тактики лечения онкологических и других заболеваний у пациентов пожилого возраста проводят КГО для оценки польза/риск, прогноза функционального статуса, потребности в уходе и реабилитации (УУР В, УДД 2).
- Большинству пациентов с СА при обострении хронических заболеваний предпочтительна помощь на дому, если там можно обеспечить нужную диагностику и лечение; при невозможности обследования или подбора терапии дома рассматривают госпитализацию в гериатрическое отделение.
- Показания для гериатрического отделения: требующие госпитализации терапевтические и некоторые неврологические заболевания у пациента с СА; необходимость продлить стационарное лечение для восстановления самообслуживания после вмешательств или терапевтической госпитализации; невозможность обследовать зависимого пациента амбулаторно.
- Стационар должен быть как можно короче; длительность индивидуальна и может составлять до 2 недель, если нужно восстановить утраченное самообслуживание.

Частые вопросы

С какого возраста нужно скринировать старческую астению?

Скрининг проводят всем пациентам 60 лет и старше, обратившимся за медицинской помощью в амбулаторное или стационарное учреждение. Используют опросник «Возраст не помеха».

Как интерпретировать опросник «Возраст не помеха»?

За каждый положительный ответ дают 1 балл. 2 балла и менее — СА нет, 3–4 — вероятная преастения, 5–7 — вероятная старческая астения.

Что делать, если пожилой пациент быстро потерял способность ходить или обслуживать себя?

Для СА типично постепенное прогрессирование. Быстрое снижение функции за дни или недели требует исключить острое заболевание, декомпенсацию хронического состояния, переломы, депрессию или осложнения лекарственной терапии.

Какие упражнения нужны при старческой астении?

Нужна регулярная долгосрочная программа, адаптированная к возможностям пациента: упражнения на сопротивление, силовые, аэробные и на равновесие. Нагрузку увеличивают постепенно, программу пересматривают по динамике состояния.

Какие целевые цифры давления у пациента со старческой астенией?

Если назначена антигипертензивная терапия, ориентируются на САД 140–150 мм рт.ст. Перед началом, после старта и при изменении терапии проверяют ортостатическую гипотонию; при САД < 130 мм рт.ст. или ортостазе уменьшают интенсивность лечения вплоть до отмены.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/613-starcheskaya-asteniya. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/613_2