

## СИНДРОМ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ В ГЕРОНТОЛОГИИ И ГЕРИАТРИИ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ГЕРОНТОПСИХИАТРИИ

Ю.И. Полищук, З.В. Летникова

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.П. Сербского» Минздрава России*

За последние годы происходят значительные изменения в диагностике и классификации психических, а также гериатрических расстройств. Больше внимания стало уделяться диагностическому значению поведенческих расстройств, социокультуральным и организационным вопросам. Вместе с тем, проявляется тенденция к упрощению некоторых диагностических категорий в условиях полипрофессиональной помощи больным. Принадлежность некоторых новых диагностических и классификационных категорий к традиционной психиатрической нозографии и выделение новых клинических форм психической патологии являются чрезмерно расширительными, либо весьма сомнительными с теоретической точки зрения [3]. Одной из таких новых диагностических категорий является синдром «старческой астении», концепция которого (Frailty – хрупкость) за последние годы разработана и широко используется в зарубежной и российской геронтологии и гериатрии [1, 2, 4, 6–9, 11]. В международной классификации болезней (МКБ-10) это расстройство обозначено шифром R54. Его распространённость среди пожилых и старых людей во всём мире достигает 13%, а распространённость синдрома «старческой преастении» – 50%. При отсутствии адекватного лечения и реабилитационных мероприятий «старческая преастения» переходит в «старческую астению» через 4–5 лет. Этот синдром объявляется ключевым и центральным понятием современной геронтологии, гериатрии и гериатрической службы. Он отражает возрастное снижение функционального состояния и дефицитарность нескольких физиологических систем, включая центральную нервную систему. Его распространённость среди людей позднего возраста в России выше, чем в западных странах и достигает 80–84% [10]. Этот факт делает актуальными задачи выявления, лечения и профилактики этого состояния в континууме его физиологических и патологических вариантов. Российским геронтологическим научным клиническим Центром изданы методические рекомендации по ведению пациентов с синдромом «старческой астении» для врачей первичного звена здравоохранения [4]. На их

основе министерством здравоохранения Красноярского края издано методическое пособие для врачей первичного звена здравоохранения «Выявление и особенности ведения пациентов с синдромом старческой астении». В нём имеется раздел «Психические расстройства у пожилых людей», в котором изложена краткая характеристика деменций, депрессивных и галлюцинаторно-бредовых расстройств, рассматриваемых в рамках указанного синдрома [2].

Существует несколько определений синдрома «старческой астении», свидетельствующих о неоднозначном его понимании разными авторами. Прежде всего, говорится о состоянии или большом клиническом синдроме, при котором вследствие полиморбидности происходит поражение многих органов и физиологических систем, что приводит к постепенному снижению резервных возможностей организма и наступлению инвалидности или смерти в результате внешних или внутренних воздействий. Указанный синдром характеризует такое состояние здоровья пациента пожилого и старческого возраста, которое отражает потребность в уходе за ним. Он включает в себя 5 позиций: 1) потеря веса (массы) тела, 2) снижение силы кисти руки, определяемое с помощью динамометра, 3) общая слабость и повышенная утомляемость, 4) снижение скорости движений (медлительность), 5) снижение физической активности. Синдром «старческой астении» диагностируется при наличии трёх и более указанных признаков. При наличии 1 или 2 признаков диагностируется «старческая преастения» [2, 4, 8]. В основе синдрома лежат три взаимосвязанных состояния: недостаточность питания (мальнутриция), саркопения (возрастное уменьшение массы и силы мышц) и нарушения метаболических процессов с дисфункцией внутренних органов, включая головной мозг. Синдром «старческой астении» характеризуется также как совокупность физиологических особенностей организма людей в возрасте 65–70 лет и старше, которые определяют продолжительность жизни и специфику ухода за ними. Они зависят от генетической предрасположенности и наличия нескольких хронических заболеваний. Таким образом, синдром «старческой

астении» может проявляться как генетически детерминированное физиологическое состояние физического и психического упадка при неблагоприятном старении [5] и как патологическое состояние с многочисленными болезненными симптомами, развивающееся вследствие полиморбидности. Считается, что к его развитию могут приводить свыше 65 различных болезненных состояний. Основными из них являются: анорексия, апатия, хронические сердечно-сосудистые заболевания и заболевания желудочно-кишечного тракта, хронический болевой синдром, дегидратация, недержание мочи, инсомния, дефекты зрения и слуха, деменция, депрессия, затяжные неврозоподобные и церебрастенические расстройства. Осложнением синдрома «старческой астении» может быть сосудистая деменция и ряд психических расстройств (делирий, спутанность сознания, галлюцинаторно-бредовые расстройства). В свою очередь, психические расстройства сами по себе и в сочетании с соматической патологией могут приводить к развитию синдрома «старческой астении» через несколько последовательных этапов. Этап «старческой преастении» характеризуется частыми обострениями и декомпенсациями хронических заболеваний, снижением социального функционирования пациента. Этап лёгкой «старческой астении» характеризуется похудением, ослаблением памяти, снижением зрения и слуха, затруднениями при ходьбе. На этапе умеренной «старческой астении» усиливается общая слабость, утомляемость, нарастают нарушения памяти и внимания, сообразительности, возникает потребность в уходе со стороны родственников. Этап тяжёлой «старческой астении» характеризуется более выраженными признаками общей слабости, деменции, неустойчивости и падениям при ходьбе, недержанием мочи, иногда кала, беспомощностью в самообслуживании.

Диагностика синдрома «старческой астении» в геронтологии, гериатрии и в общей медицинской практике за рубежом обычно осуществляется комиссионно. В состав комиссии входят врач-гериатр, гериатрическая медсестра и специалист по социальной работе. При необходимости включаются врач-диетолог, физиотерапевт, медицинский психолог. Включение в диагностический процесс геронтопсихиатра и геронтоневролога предусмотрено в случаях деменции, выраженной депрессии и психотических расстройств, поскольку выявление или исключение деменции и депрессии при диагностике синдрома «старческой астении» являются обязательными, и медицинский психолог не всегда может это осуществить. В целях выявления и диагностики указанного синдрома используется опросник «Возраст не помеха», предложенный Российским геронтологическим научно-клиническим Центром. Учитываются ответы «да» и «нет» на следующие 7 вопросов:

Похудели ли Вы на 4–5 кг за последние 6 месяцев?  
Испытываете ли Вы снижение слуха или зрения?

Были ли случаи падений с травмами за последний год?

Возникало ли продолжительное чувство подавленности, грусти или тревоги за последние несколько недель?

Имеются ли затруднения с памятью, ориентировкой, пониманием, способностью планирования?

Бывают ли эпизоды недержания мочи?

Трудно ли Вам ходить на расстояние 100 метров и подниматься на 1 лестничный пролёт?

При наличии трёх и более ответов «да» диагностируется синдром «старческой астении» («хрупкий» пациент). Если даётся 1–2 ответа «да», то диагностируется «старческая преастения», что нацеливает врача на профилактику синдрома «старческой астении». Разработан также индекс «старческой астении» из 6 позиций, с помощью которого можно количественно оценивать степень выраженности этого синдрома – лёгкую, умеренную и тяжёлую.

Выделяют несколько основных факторов, влияющих на возникновение и развитие данного синдрома. Это, прежде всего, возраст 65–70 лет и особенно 80 лет и выше. В каждые последующие 5 лет риск прогрессирования синдрома «старческой астении» увеличивается примерно на 20%. Синдром чаще развивается у пожилых женщин; одиноких пожилых и старых людей, проживающих в сельской местности; у пожилых людей с низким уровнем образования и низким уровнем материального обеспечения; при наличии хронических прогрессирующих соматических и нервно-психических заболеваний.

Приведенные описания и характеристики синдрома «старческой астении» свидетельствуют об условности этого интегрального понятия, принятого в современной геронтологии и гериатрии, его преимущественно практическую направленность и значимость в целях установления потребности и необходимости в уходе за пожилым и старым человеком при наличии у него разнообразных проявлений неблагоприятного и патологического старения. Однако при оценке научной и клинической обоснованности этого понятия, анализе его общей структуры возникает ряд вопросов. Наряду с явлениями физической и психической астении, как психопатологического расстройства (общая слабость, повышенная утомляемость, снижение уровня когнитивных функций, снижение физической и психической активности), в большой синдром «старческой астении» геронтологами и гериатрами включаются и такие психические расстройства как деменция, депрессия и психотические состояния (делирии, состояния спутанного сознания с возбуждением). Понятно, что эти психические расстройства выходят далеко за рамки астении и отражают более глубокое поражение психической деятельности. Как известно, они имеют самостоятельную нозологическую и синдромологическую квалификацию, определённое диагностическое и прогностическое значение.

Совершенно очевидно, что применительно к состояниям деменции, депрессии или психоза термин «синдром старческой астении» в таких случаях является неадекватным и некорректным. Поскольку синдром в строгом значении этого термина – это совокупность симптомов, объединённых общим патогенезом, то в синдром «старческой астении» не должны включаться синдромы деменции и депрессии, в основе которых лежат патогенетические механизмы, отличные от патогенетических механизмов астении. На смену или в дополнение к термину «синдром старческой астении» в таких случаях должен быть использован термин «синдром деменции» с указанием её типа и термины «поздней депрессии» или психоза с указанием их клинического типа. С другой стороны, известно, что в случаях начальной и умеренной атрофической и смешанной (сосудисто-атрофической) деменции, а также при лёгких и умеренных депрессиях далеко не всегда отмечается астеническая симптоматика в виде общей слабости и повышенной утомляемости, потери массы тела, снижения аппетита, уменьшения физической активности и скорости движений, которые характеризуют синдром «старческой астении». Кроме того, снижение физической активности и скорости движений, падения при ходьбе могут целиком определяться нарушениями зрения (катаракта, глаукома), а также наличием артритов и артрозов коленных и тазобедренных суставов, и не являться в таких случаях диагностическими признаками синдрома «старческой астении». Включение в синдром мальнутриции, как составной части синдрома «старческой астении», тревожно-депрессивных расстройств и деменции также является неоправданным в силу чрезмерной расширительности и недостаточной обоснованности такого включения.

Указанные замечания свидетельствуют о том, что концепция синдрома «старческой астении», наряду с её положительным значением для гериатрической практики, может, в то же время, являться основа-

нием для гипердиагностики указанного синдрома и, следовательно, применения неоправданно широких лечебных воздействий. Необходим более дифференцированный и взвешенный синдромологический и нозологический подход при оценке диагностического значения деменций, депрессий и иных психических расстройств в структуре и динамике общего (глобального) синдрома «старческой астении», при его выявлении, диагностике и терапии. Целесообразным было бы выделение облигатных и факультативных симптомов данного синдрома. Это касается, прежде всего, его физиологических вариантов, отражающих генетически запрограммированные возрастные инволютивные процессы, а также ещё более многочисленных случаев «старческой преастении» с тенденцией к постепенному переходу их в «старческую астению». Применительно к этим состояниям концепция синдрома «старческой астении» сопоставима с известной концепцией синдрома «психического упадка» в старости [5], согласно которой повышенная утомляемость, общая слабость, ощущение недомогания в результате мышечной атрофии, появление болезненных ощущений в теле, снижение физической и психической активности, ослабление эмоционального тонуса являются естественными и закономерными проявлениями неуклонно прогрессирующей возрастной инволюции человеческого организма. Эти изменения не должны выражаться в понятиях и терминах клинической медицины, но они могут явиться предпосылкой и «почвой» для возникновения и развития различных патологических состояний, приводящих к феномену полиморбидности, лежащему в основе патологических вариантов синдрома «старческой астении». В этих случаях процессы возрастной нормы и возрастной патологии находятся и выражаются в их единстве, взаимодействии и взаимовлиянии. С учётом этого во многих случаях альтернативой термину «синдром старческой астении» может быть более корректный и более адекватный термин «синдром старческого упадка».

## ЛИТЕРАТУРА

1. Ильницкий А.Н., Процаев К.И. Старческая астения (Frailty) как концепция современной геронтологии // Геронтология. 2013. Т. 1. № 1. С. 5–16.
2. Кононова Л.И., Миронова А.С., Ключникова Е.П., Остапенко С.Л., Михайленко Ю.П., Ткачёва Л.Н., Петрова В.А. Выявление и особенности введения пациентов с синдромом старческой астении. Методическое пособие для врачей первичного звена здравоохранения. Красноярск, 2017. 50 с.
3. Краснов В.Н. Современные изменения принципов диагностики и классификации психических расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. 2018. № 1. С. 58–61.
4. Рунихина Н.К., Остапенко В.С., Шарашкина Н.В., Мхитарян Э.А., Каштанова В.А. Методические рекомендации по ведению пациентов со старческой астенией для врачей первичного звена здравоохранения. М.: 2016. 13 с.
5. Шахматов Н.Ф. Психическое старение. М.: Медицина. 1996. 304 с.
6. Espinoza S., Walston J.D. Frailty in older adults: insights and interventions // Cleveland Clin. J. Med. 2005. N 72. P. 1105–1112.
7. Fedarko N. The biology of aging and frailty // Clin. Geriatr. Med. 2011. N 27. P. 27–37.
8. Fisher A.L. Just what defines frailty? // J. Am. Geriatr. Soc. 2007. N 53. P. 2229–2230.
9. Fried I.P., Tangen C.M., Walston J., Newman A.B., Hirsch C., Gottdiener J. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype // J. Gerontol. Biol. Sci. Med. Sci. 2001. N 56. P. 146–157.
10. Gurina N.A., Frolova E.V., Degruze J.M. A roadmap of aging in Russia: the prevalence of frailty in community-dwelling older adults in the St.Petersburg district the “Crustal” study // J. Am. Geriatr. Soc. 2011. N 59. P. 980–988.
11. Rockwood K., Hogan D.B., Macknight C. Conceptualisation and measurement of frailty in elderly people // Drugs Aging. 2001. N 17. P. 295–302.

## СИНДРОМ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ В GERONTOLOGII И GERIATRICHESKIM S TOCHKI ZRENIYA GERONTOPSIKHIIATRICHESKIM

Ю.И. Полищук, З.В. Летникова

В статье изложены сведения о современной концепции синдрома старческой астении, принятой в современной геронтологии и гериатрии. Проводится критический анализ этой концепции и соответствующего ей понятия. Указывается на их недифференцированность и аморфность по отношению к различным психическим расстройствам, которые включаются в этот синдром. Существует тенденция к его

гипердиагностике за счёт включения в него разного вида соматических и психических расстройств, имеющих разные причины и разный патогенез. Термин «старческая астения» является условным и отражает, прежде всего, потребность пациентов в уходе. Во многих случаях он может быть заменён более адекватным термином «старческий упадок». Ключевые слова: старость, астения, физический и психический упадок.

## SYNDROME OF SENILE ASTHENIA IN GERONTOLOGY AND GERIATRICS IN TERMS OF GERONTOPSYCHIATRY

Y.I. Polishchuk, Z.V. Letnikova

The article describes the current concept of the syndrome of senile asthenia, adopted in gerontology and geriatrics. A critical analysis of this concept and its corresponding concept is carried out. It is indicated that they are undifferentiated and amorphous in relation to various mental disorders that are included in this syndrome. There is a tendency to its overdiagnosis

due to the inclusion in it of various kinds of somatic and mental disorders, having different causes and different pathogenesis. The unifying term "senile asthenia" is conditional and reflects, first of all, the need of patients for care. In many cases, it can be replaced by a more adequate term "senile decline". Key words: old age, asthenia, physical and mental decline.

---

**Полищук Юрий Иосифович** – доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник отделения профилактической геронтопсихиатрии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им.В.П.Сербского» МЗ РФ; e-mail: yu.polishchuk@mail.ru

**Летникова Зинаида Владимировна** – старший научный сотрудник Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» МЗ РФ; e-mail: z.Letnikova@mail.ru