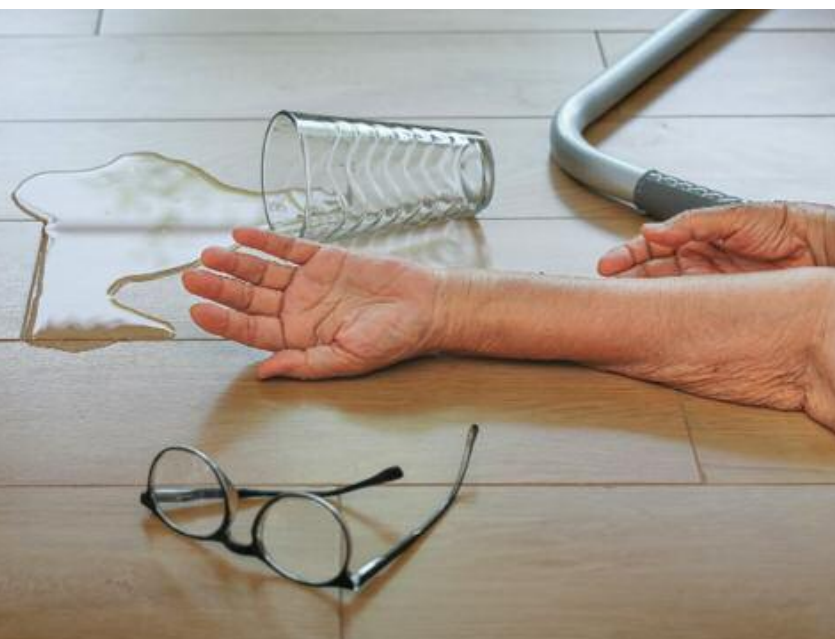


Выявление риска падений у пожилых людей: резолюция экспертов международного уровня

Ребенку требуется всего один год, чтобы научиться ходить, и десятки лет, чтобы обрести самостоятельность. Пожилой человек может потерять и то, и другое за один день.

Профессор Бернард Айзекс (1924–1995)



Эта цитата известного британского геронтолога описывает печальные последствия, с которыми пожилой человек может столкнуться всего лишь после одного падения. На подобные эпизоды ежегодно указывают до 30% взрослых в возрасте старше 65 лет [1]. Травмы, связанные с падением, являются серьезной проблемой для здравоохранения из-за их связи с последующей заболеваемостью, инвалидизацией, госпитализацией и смертностью [2–4].

В Европе общее число смертей и лет жизни с поправкой на инвалидность из-за падений неуклонно росло с 1990 г. [5]. В рамках исследования Глобального бремени болезней (Global Burden of Disease) сообщалось, что в 2017 г. в результате падений суммарно потеряно почти 17 млн лет человеческой жизни [3]. Связанные с этим социальные и экономические последствия весьма существенны. В странах с высоким уровнем дохода примерно 1% расходов на здравоохранение приходится на затраты, связанные с падением [6]. При этом количество падений и связанных с ними травм, вероятно, будет и дальше увеличиваться [7, 8], отчасти из-за увеличения числа пожилых людей, но также и вследствие растущей полиморбидности, полипрагмазии и ослабления стареющего организма. Условия жизни также влияют на частоту падений: эти показатели выше у пожилых, проживающих в домах престарелых или находящихся в стационаре [9].

Группа разработчиков The World Falls Guidelines (WFG) собрала 96 экспертов из 39 стран, а также представителей 36 научных и академических обществ. Эксперты пришли к следующим выводам.

1 Население земного шара стареет, и падения и связанные с ними травмы становятся все более распространенным явлением, что делает их профилактику и лечение важнейшей глобальной проблемой.

2 Многие падения можно предотвратить. Профилактика падений и травм требует междисциплинарного подхода.

3 Коммуникация с пожилыми людьми играет важную роль в предотвращении падений и травм: понимание их убеждений, взглядов и страхов в отношении падений и их лечения имеет решающее значение для успешной терапии и профилактики.

4 Управление факторами риска падений (например, устранение проблем с походкой и равновесием) непосредственно отражается также на физическом и психическом здоровье, качестве жизни.

5 Все пожилые люди, находящиеся в домах престарелых и стационарах, должны рассматриваться как лица высокого риска, поэтому необходимо найти возможность проведения стандартной комплексной оценки состояния больных с последующим проведением многоступенчатой профилактики.

6 Добавки витамина D для предотвращения падений следует назначать тем, кто подвержен риску дефицита витамина D.

Диагностические пороги уровня 25(OH)D в сыворотке крови [11]

Уровень витамина D	Единицы измерения	
	нг/мл	нмоль/л
Выраженный дефицит	<10	<25
Дефицит	<20	<50
Недостаточность	20–30	50–75
Адекватное содержание	30–100	75–250
Токсический уровень	>150	>375

Международные эксперты условно разделяют пожилых больных на три типа:

- с низким риском падений – им следует начать профилактику падений и приступить к занятиям физическими упражнениями для общего укрепления здоровья;
- со средним риском падений – в дополнение к указанному выше следует назначить специальные физические упражнения или выписать направление к физиотерапевту для улучшения равновесия и мышечной силы, а также для снижения риска падения;
- с высоким риском падений – следует провести многофакторную оценку риска падений для разработки индивидуального подхода.

Беседа с пожилыми пациентами с повышенным риском падений

Клиницисты должны регулярно спрашивать о фактах падений у пожилых пациентов, поскольку часто люди сами не рассказывают о подобных инцидентах. Пожилых людей, по какой-либо причине обращающихся за медицинской помощью, следует спрашивать по крайней мере один раз в год, падали ли они один или несколько раз за последние 12 мес, расспрашивать о частоте, контексте, тяжести и последствиях любого падения. Дополнительно стоит расспросить, испытывал ли пациент головокружение, терял ли сознание и происходили ли какие-то нарушения походки или равновесия. Также важно выяснить, испытывают ли пациенты какие-либо опасения по поводу даже теоретической возможности падения. Но важно отметить, что клиницисты не могут полагаться исключительно на ответы пожилых людей, сообщающих о падениях, поскольку исследования показывают, что многие самостоятельно не говорят об этом по целому ряду причин [12]. Это особенно верно для мужчин, менее 1/3 которых в принципе не поднимают эту тему, если их не спросить напрямую [13].

Если ответ на какой-либо вопрос положительный, пациенту следует провести объективную оценку походки и равновесия для выявления уровней риска. В частности, если пожилой пациент получил травму, требующую медицинского (в том числе хирургического) вмешательства, сообщил о повторяющихся падениях (2 и более) в течение предыдущих 12 мес, хотя бы раз был не в состоянии самостоятельно подняться с пола, по крайней мере в течение 1 ч, то нужно учитывать, что у него могла наступить кратковременная потеря сознания, поэтому больного необходимо отнести к третьей категории – с высоким риском падений. Такой опрос можно проводить в группе пожилых людей, которые обращаются в скорую или неотложную помощь или поликлинику [14, 15], например из-за травмы, связанной с падением, а также у пожилых, чье падение было спровоцировано острым заболеванием, например инфекцией [16, 17]. Помимо доверительной беседы с пациентом и тщательного сбора анамнеза важным становятся тесты, использование которых в клинической практике позволяет выявлять людей с высоким риском падений: в частности, тест «Обычная скорость ходьбы», тест «Встань и иди» и краткий комплекс тестов для оценки физической формы (ККТ ОФФ, The short physical performance battery, SPPB). Функциональные тесты направлены на оценку баланса, походки, силы и выносливости [11].

Многие пожилые люди не знают о причинах падений и о том, как наилучшим образом свести к минимуму вероятность будущих эпизодов [18–22]. Искренний интерес к здоровью пожилого человека поможет не только собрать полный анамнез жизни и заболеваний пациента, но и создать теплые отношения для повышения комплаенса со стороны больного. Важно выявить соматические причины и факторы риска падений: сердечно-сосудистые заболевания (ортостатическая гипотензия, вазовагальный синдром, гиперчувствительность каротидного синуса, брадиаритмии, предсердные и желудочковые тахикардии), головокружения, ухудшение зрения и слуха, когнитивные нарушения и деменция, недержание мочи, болевой синдром, депрессии и по возможности их устранить.

Литература

1. Ganz DA, Latham NK. Prevention of falls in community-dwelling older adults. *N Engl J Med* 2020; 382: 734–43.
2. Bernard I. *The Challenge of Geriatric Medicine*. Oxford: Oxford University Press, 1992.
3. James SL, Lucchesi LR, Bisignano C et al. The global burden of falls: global, regional and national estimates of morbidity and mortality from the global burden of disease study 2017. *Inj Prev* 2020; 26: i3–11.
4. Kwan MM, Close JC, Wong AK, Lord SR. Falls incidence, risk factors, and consequences in Chinese older people: a systematic review. *J Am Geriatr Soc* 2011; 59: 536–43.
5. Haagsma JA, Olij BF, Majdan M et al. Falls in older aged adults in 22 European countries: incidence, mortality and burden of disease from 1990 to 2017. *Inj Prev* 2020; 26: i67–74.
6. O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age Ageing* 2015; 44: 213–8.
7. Montero-Odasso MM, Kamkar N, Pieruccini-Faria F et al. Evaluation of clinical practice guidelines on fall prevention and management for older adults: a systematic review. *JAMA Netw Open* 2021; 4: e2138911. DOI: 10.1001/jamanet-workopen.2021.38911
8. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). 2019 Surveillance of Falls in Older People: Assessing Risk and Prevention (NICE Guideline CG161). London: National Institute for Health and Care Excellence, 2019.
9. Lipsitz LA, Nakajima I, Gagnon M et al. Muscle strength and fall rates among residents of Japanese and American nursing homes: an International Cross-Cultural Study. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 953–9.
10. World Health Organization. *Step Safely: Strategies for Preventing and Managing Falls across the Life-Course*. Geneva: World Health Organization, 2021.
11. Сафонова Ю.А., Зоткин Е.Г., Торопцова Н.В. Диагностика риска и профилактика падений: проект клинических рекомендаций Ассоциации ревматологов России и Российской ассоциации по остеопорозу. *Научно-практическая ревматология*. 2020; 58 (2): 133–9.
12. Meekes WM, Korevaar JC, Leemrijse CJ, van de Gort IA. Practical and validated tool to assess falls risk in the primary care setting: a systematic review. *BMJ Open* 2021; 11: e045431. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-045431
13. Stevens JA, Ballesteros MF, Mack KA et al. Gender differences in seeking care for falls in the aged Medicare population. *Am J Prev Med* 2012; 43: 59–62.
14. Fleming J, Brayne C; the Cambridge City over-75s Cohort (CC75C) study collaboration. Inability to get up after falling, subsequent time on floor, and summoning help: prospective cohort study in people over 90. *BMJ* 2008; 337: a2227. DOI: 10.1136/bmj.a2227
15. Bisson EJ, Peterson EW, Finlayson M. Delayed initial recovery and long lie after a fall among middle-aged and older people with multiple sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil* 2015; 96: 1499–505.
16. Fougere BMJ, Arai H, Bauer JM et al. Precision medicine: the future management of geriatric conditions. *J Nutr Health Aging* 2018. DOI: 10.1007/s12603-018-1045-1
17. Vellas BJ, Wayne SJ, Garry PJ, Baumgartner RN. A two-year longitudinal study of falls in 482 community-dwelling elderly adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1998; 53: M264–74.
18. Ayton D, Morello R, Natora A et al. Perceptions of falls and falls prevention interventions among personal alert Victoria clients. *Health Soc Care Community* 2018; 26: 970–8.
19. Collins CE, Chandra A, Nguyen B et al. The rose-colored glasses of geriatric fall patients: inconsistencies between knowledge of risk factors for and actual causes of falls. *Gerontol Geriatr Med* 2020; 6: 233372142096788. DOI: 10.1177/2333721420967884
20. Delbaere K, Close JC, Brodaty H et al. Determinants of disparities between perceived and physiological risk of falling among elderly people: cohort study. *BMJ* 2010; 341: c4165. DOI: 10.1136/bmj.c4165
21. Jagnoor J, Keay L, Jaswal N et al. A qualitative study on the perceptions of preventing falls as a health priority among older people in northern India. *Inj Prev* 2014; 20: 29–34.
22. Zecevic AA, Salmoni AW, Speechley M, Vandervoort AA. Defining a fall and reasons for falling: comparisons among the views of seniors, health care providers, and the research literature. *Gerontologist* 2006; 46: 367–76.

Подготовлено по статье Montero-Odasso M, van der Velde N, Martin FC et al. *World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative*. *Age Ageing* 2022; 51 (9): afac205. DOI: 10.1093/ageing/afac205