КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ «СТАРЧЕСКАЯ АСТЕНИЯ»

DOI: 10.37586/2686-8636-2-2020-115-130

УДК: 616-036

Ткачева О.Н.[1], Котовская Ю.В.[1], Рунихина Н.К.[1], Фролова Е.В.[2], Наумов А.В.[1], Воробьева Н.М.[1], Остапенко В.С.[1], Мхитарян Э.А.[1], Шарашкина Н.В.[1], Тюхменев Е.А.[1], Переверзев А.П.[1], Дудинская Е.Н.[1]

[1] ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Российский геронтологический научно-клинический центр, Москва, Россия

[2] ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Часть 2

Резюме

Данный документ представляет собой клинические рекомендации «Старческая астения», разработанные Российской ассоциацией геронтологов и гериатров. Документ ориентирован на врачей-гериатров, врачей-терапевтов, врачей общей практики, семейных врачей и врачей других специальностей, оказывающих медицинскую помощи взрослому населению. В данной части документа изложены принципы ведения пациентов со старческой астенией.

Ключевые слова: старческая астения; автономность; базовая функциональная активность; гериатрический синдром

Для цитирования: Ткачева О.Н., Котовская Ю.В., Рунихина Н.К., Фролова Е.В., Наумов А.В., Воробьева Н.М., Остапенко В.С., Мхитарян Э.А., Шарашкина Н.В., Тюхменев Е.А., Переверзев А.П., Дудинская Е.Н. КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ «СТАРЧЕСКАЯ АСТЕНИЯ». *Российский журнал гериатрической медицины*. 2020; 2: 115–130.

DOI: 10.37586/2686-8636-2-2020-115-130

CLINICAL GUIDELINES FRAILTY

Part 2

Tkacheva O.N.[1], Kotovskaya Yu.V.[1], Runikhina N.K.[1], Frolova E.V.[2], Naumov A.V.[1], Vorobyeva N.M.[1], Ostapenko V.S.[1], Mkhitaryan E.A.[1], Sharashkina N.V.[1], Tyukhmenev E.A.[1], Pereverzev A.P.[1], Dudinskaya E.N.[1]

[1] Pirogov Russian National Research Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Russian Gerontology Research and Clinical Centre, Moscow, Russia

[2] The North-Western State medical University named after I.I. Mechnikov, St-Petersburg, Russia

Abstract

The paper represents clinical guidelines on frailty, developed by Russian Association of gerontologists and geriatricians. The guidelines are dedicated to geriatricians, internal medicine specialists, general practitioners, family doctors and other specialists, dealing with adult patients. This publication includes treatment options for patients with frailty.

Keywords: frailty; autonomy; basic functional activity; geriatric syndrome

For citation: Tkacheva O.N., Kotovskaya Yu.V., Runikhina N.K., Frolova E.V., Naumov A.V., Vorobyeva N.M., Ostapenko V.S., Mkhitaryan E.A., Sharashkina N.V., Tyukhmenev E.A., Pereverzev A.P., Dudinskaya E.N. CLINICAL GUIDELINES FRAILTY. *Russian Journal of Geriatric Medicine*. 2020; 2: 115–130.

DOI: 10.37586/2686-8636-2-2020-115-130

3. ЛЕЧЕНИЕ

3.1. Основные принципы оказания помощи пациентам с синдромом старческой астении

Основными принципами оказания помощи пациентам с синдромом СА являются:

1. Сохранение и поддержание автономности и улучшение качества жизни.
2. Цель-ориентированный подход.
3. Пациент-ориентированный подход и индивидуальный подход к выбору тактики ведения.
4. Активное выявление потребности в гериатрической помощи.
5. Преодоление барьеров общения с пациентом.
6. Междисциплинарное взаимодействие и работа в гериатрической команде.
7. Взаимодействие с семьей, лицами, осуществляющими уход, опекунами.
8. Преемственность ведения пациента между разными медицинскими и социальными учреждениями с акцентом на долговременную помощь и обеспечение межведомственного взаимодействия (здравоохранение и социальная помощь).

Сохранение и поддержание автономности и улучшение качества жизни. Наиболее важной специфической целью лечения пациентов пожилого и старческого возраста независимо от наличия синдрома СА является поддержание и, по возможности, улучшение их функционального статуса с сохранением автономности в течение как можно более длительного времени путем надежного и безопасного контроля имеющихся заболеваний, профилактики прогрессирования существующих и появления новых ГС.

Цель-ориентированный подход. Выявление СА у пациента подразумевает более низкую ожидаемую продолжительность жизни. Именно эта группа пациентов может получить максимальную выгоду от проведения КГО и применения целостного гериатрического подхода. Диагностика СА может повлечь за собой необходимость коррекции целей оказания помощи пациенту и тактики лечения.

Наличие множества заболеваний и ГС у ослабленных и зависимых пациентов с синдромом СА не позволяет одновременно проводить их диагностику и коррекцию в полном объеме. Выбор приоритетного направления лечения в данный момент должен основываться на результатах КГО с учетом следующей последовательности:

1. Лечение потенциально жизнеугрожающих заболеваний и состояний.
2. Коррекция заболеваний и ГС, ухудшающих функциональную активность и влияющих на качество жизни в данный момент.
3. Коррекция заболеваний и ГС, ухудшающих функциональную активность и влияющих на качество жизни в долгосрочной перспективе с учетом ожидаемой продолжительности жизни пациента.

При выборе метода лечения следует учитывать:

– подтверждение его эффективности в клинических исследованиях по данному заболеванию,
– в какой популяции его эффективность продемонстрирована,
– в каких дозах и как долго использовались назначаемые препараты.

Пациент-ориентированный подход и индивидуальный подход к выбору тактики ведения. Общая система оказания медицинской помощи направлена преимущественно на лечение конкретного заболевания. Такой «болезнь-ориентированный» подход не оптимален, а иногда даже вреден [70, 71], прежде всего ввиду того, что клинические доказательства для рекомендаций по ведению конкретного состояния/заболевания базируются на данных исследований, полученных у пациентов более молодого возраста, с низким уровнем коморбидности, которые принимают значительно меньшее число лекарственных препаратов, чем пациенты пожилого и старческого возраста с большим числом хронических заболеваний или пациенты с СА. Пациент-ориентированный подход учитывает не сумму хронических заболеваний у пациента пожилого или старческого возраста, а его функциональную и когнитивную сохранность, зависимость от посторонней помощи, качество жизни. Такой подход при решении вопроса о назначении лечения учитывает предпочтения, приоритеты и жизненные ориентиры пациента.

При составлении индивидуального плана ведения пациента с синдромом СА важно оценить, насколько положения существующих клинических рекомендаций по тем или иным нозологиям применимы для данного пациента с учетом выявленных ГС, результатов оценки функционального статуса, когнитивных и эмоциональных нарушений, а также социальных проблем и ожидаемой продолжительности жизни. Ведение пациентов с синдромом СА требует особенно тщательного взвешивания риска и пользы от всех лечебных и диагностических процедур, так как агрессивное лечение хронических заболеваний, частые госпитализации, избыточное лечение в ситуациях, не угрожающих жизни, могут привести к превышению риска над пользой таких мероприятий и снижению качества жизни пациента.

Активное выявление потребности в гериатрической помощи. Необходимо активное выявление потребности в гериатрической помощи среди пациентов, обращающихся за медицинской помощью, поскольку сами пожилые люди могут не предъявлять жалобы, обусловленные наличием

СА или других ГС (падений, недержания мочи, депрессии, когнитивных нарушений).

Преодоление барьеров общения с пациентом. Важным профессиональным навыком врача-гериатра и других участников гериатрической команды является умение преодолевать барьеры при общении с пациентами пожилого и старческого возраста. Снижение слуха, замедление речи, движений, ухудшение когнитивных функций и наличие многих заболеваний – все это требует терпения и умения пользоваться невербальными техниками и специальными приборами при общении.

Междисциплинарное взаимодействие и работа в гериатрической команде. Наличие у пациентов с синдромом СА множества других ГС, а также полиморбидности требует участия специалистов разного профиля при их ведении. Важно обеспечить согласованность в работе всех членов команды – врачей, медицинских сестер, специалистов по социальной работе, специалистов по уходу. Каждый из участников междисциплинарной команды вносит свой вклад в оценку состояния и потребностей пациента, что позволяет принять оптимальное решение о тактике его ведения. Периодическое командное обсуждение тактики ведения пациента позволяет снизить распространенность полипрагмазии, улучшить приверженность пациента и его удовлетворенность качеством оказания медицинской и социальной помощи.

Взаимодействие с семьей, лицами, осуществляющими уход, опекунами. Пациенты с синдромом СА являются в большей или меньшей степени зависимыми от посторонней помощи. Успешное ведение таких пациентов невозможно без тесного взаимодействия участников гериатрической команды с членами семьи и лицами, осуществляющими уход. Должны обсуждаться выявленные проблемы со здоровьем, поставленные цели терапии и способы их достижения, мероприятия повседневной активности, в которых пациенту требуется помощь, возможности и способы немедикаментозной терапии, план медикаментозного лечения. При госпитализации пациента с синдромом СА важно обеспечение возможности визитов членов семьи без ограничений по времени, что позволяет снизить вероятность возникновения делирия. Вопросы, связанные с выпиской, также должны обсуждаться с членами семьи еще на этапе поступления пациента в отделение, при необходимости – с привлечением специалиста по социальной работе.

Преемственность ведения пациента между разными медицинскими и социальными учреждениями с акцентом на долговременную помощь и обеспечение межведомственного взаимодействия (здравоохранение и социальная помощь). Высокая частота повторных госпитализаций, а также высокая распространенность одиночества и одинокого проживания на фоне зависимости от посторонней помощи требуют преемственности ведения пациента и обеспечения тесного взаимодействия медицинской и социальной служб на всех этапах оказания помощи пациентам с синдромом СА. Особенно важно скоординировать план ведения пациента при выписке из стационара домой или при переводе из одного учреждения в другое.

3.2. Немедикаментозные методы лечения старческой астении

- Пациентам с синдромом СА и высоким риском ее развития рекомендована регулярная физическая активность в объеме и интенсивности, зависящих от функциональных возможностей пациента, с целью улучшения/поддержания физического, функционального и когнитивного статусов [72–76].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии: *Физическая активность (ФА) – это любое движение тела, производимое скелетными мышцами, которое требует расхода энергии. Хронический дефицит ФА у пожилых является одним из значимых патогенетических механизмов развития синдрома СА. Для людей пожилого и старческого возраста доказана польза физических упражнений для повышения функциональной активности, мобильности и качества жизни, снижения риска падений. Программы физических упражнений являются эффективным средством профилактики прогрессирования СА и преастении, а также других ГС.*

- Для пациентов со СА рекомендованы следующие виды физической активности [73, 76]:
  - упражнения на сопротивление;
  - силовые упражнения;
  - аэробные тренировки (ходьба с изменением темпа и направления, ходьба на беговой дорожке, подъем по ступенькам, езда на велосипеде);
  - упражнения на поддержание равновесия.

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии: *Программы ФА для пациентов с синдромом СА должны быть регулярными и долгосрочными, адаптированными для конкретного пациента, достаточно интенсивными, чтобы улучшить мышечную силу и способность поддерживать равновесие. Интенсивность и/или продолжительность тренировок необходимо увеличивать постепенно. Для улучшения функциональной активности упражнения на сопротивление и силовые тренировки следует комбинировать с упражнениями, в которых моделируется повседневная деятельность, например, упражнения типа «встать-сесть», тандемная ходьба, подъем по ступенькам, перенос веса тела с одной ноги на другую, ходьба по прямой линии, балансирование на одной ноге. Программы тренировок должны быть составлены квалифицированными специалистами (врачами ЛФК). Программа тренировок должна регулярно пересматриваться*

и корректироваться в зависимости от прогресса пациента и изменений его состояния.

- Всем пациентам с синдромом СА рекомендовано консультирование по вопросам рационального питания с целью профилактики синдромов мальнутриции и саркопении [77] с акцентом на достаточное потребление белка с пищей и водно-питьевой режим.

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств 3)

Комментарии: *Рацион пациента со СА обязательно должен включать мясные и рыбные блюда, молочные продукты (предпочтительны творог, сыр, йогурт). Общий водный режим должен составлять не менее 2-х литров (с учетом блюд и продуктов рациона), при этом на жидкости в чистом виде должно приходиться не менее 800 мл. Для лиц, имеющих сердечную недостаточность, питьевой режим должен быть согласован с врачом-терапевтом или врачом-кардиологом. Ввиду снижения толерантности к углеводам с возрастом рекомендуется прием продуктов, содержащих «сложные» углеводы и богатых пищевыми волокнами. Рацион должен содержать достаточное количество свежих овощей и фруктов. Потребление поваренной соли не должно превышать 5,0 г в сутки, но, если пожилой человек ранее не придерживался такого уровня потребления соли, не следует вводить резкие ограничения.*

- Пациентам с синдромом СА рекомендовано увеличение потребления белка до 1,0–1,5 г/кг массы тела в сутки с целью лечения и профилактики саркопении [78–85].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств 2)

Комментарии: *Потребность в белке у пожилого человека выше, чем у людей молодого и среднего возраста. Для лечения и профилактики СА и саркопении важнейшее значение имеет потребление достаточного количества белка и незаменимых аминокислот. Увеличение потребления белка способствует увеличению мышечной массы и функции. Количество белка, необходимое для поддержания мышечной массы в старости, составляет 1,0–1,5 г/кг в сутки. Потребление такого количества белка безопасно при условии СКФ не ниже 30 мл/мин/1,73 м². Оптимальным является потребление на один прием пищи 25–30 г высококачественного легкоусваиваемого белка.*

- Пациентам с синдромом СА и мальнутрицией рекомендовано использовать нутриционную поддержку [82, 86].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств 2)

Комментарии: *При развитии мальнутриции энергетическую ценность рациона пациентов следует повышать до 3000 ккал в сутки. Применение белково-энергетических смесей у пациентов с синдромом СА обладает положительным эффектом в отношении замедления прогрессирования СА и саркопении без отрицательного влияния на уровень мочевины сыворотки крови и клиренс креатинина [82, 86, 87].*

Абсолютные показания для назначения активной нутриционной поддержки в виде жидких пероральных пищевых добавок включают [86]:

– *наличие относительно быстро прогрессирующей и значимой потери массы тела, составляющей более чем 2% за неделю, 5% за месяц, 10% за квартал или 20% за 6 месяцев;*

– *имеющиеся у пациента исходные признаки гипотрофии: индекс массы тела менее 19 кг/м², объем плеча <90% стандарта (менее 26 см у мужчин и 25 см у женщин), гипопротеинемия (<60 г/л), гипоальбуминемия (<30 г/л), абсолютная лимфопения (<1,2*10⁹/л).*

- Пациентам старческого возраста с избыточной массой тела и ожирением I степени (индекс массы тела 25–35,9 кг/м²) не рекомендовано снижение веса [88–95].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 2)

Комментарии: *Несмотря на то, что с возрастом распространенность избыточной массы тела и ожирения увеличивается, для людей пожилого возраста характерно развитие саркопенического ожирения с уменьшением мышечной массы [92–95]. В отличие от людей среднего возраста, у пожилых людей повышение индекса массы тела до 25–29,9 кг/м² по сравнению с его нормальными значениями ассоциировано со снижением, а не с повышением риска смерти [91, 93]. Избыточная масса тела ассоциирована с большей минеральной плотностью кости, меньшим риском остеопороза и перелома бедренной кости, в то время как снижение массы тела ассоциировано со снижением костной массы [94]. У лиц старческого возраста любая потеря веса (намеренная или нет) может иметь потенциально опасные последствия в виде развития и/или прогрессирования саркопении, мальнутриции, потери костной массы и повышения смертности [88, 94]. В случае если преимущества стратегии снижения веса очевидны, наиболее приемлемый терапевтический подход состоит в умеренном ограничении энергетической ценности рациона, ориентированном на умеренное снижение веса. Оценку преимущества вмешательств у пациентов с СА и ожирением следует проводить на основании изменения состава тела и улучшения функциональных возможностей, а не на основании снижения веса. Потребление белка при этом должно составлять не менее 1 г/кг/сутки, сопровождаться адекватным потреблением микроэлементов и обязательно сочетаться с регулярной физической активностью.*

- Рекомендовано консультирование пациентов пожилого и старческого возраста со СА, с повторными падениями или с высоким риском падений по вопросам организации безопасных условий проживания [96–98].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 3)

Комментарии: *Пациентам пожилого и старческого возраста, особенно при наличии синдрома СА, и их родственникам/опекунам/ухаживающим лицам следует давать необходимые рекомендации по организации безопасной домашней обстановки с целью снижения риска падений. Оценка безопасности условий проживания наряду с изменением поведения оказались эффективными для снижения как количества падений, так и числа падающих людей пожилого и старческого возраста. Многофакторные вмешательства по организации безопасной домашней обстановки должны осуществляться при участии врача-гериатра и других специалистов (медицинской сестры, специалиста по социальной работе) после оценки условий проживания пациента.*

Рекомендации, которые могут быть даны родственникам пациента с синдромом СА:

– подбор удобной высоты мебели (кровати, кресел, унитаза и др.);
– обеспечение устойчивости мебели;
– установка поручней, особенно в санузле;
– использование нескользящих напольных покрытий;
– подбор напольного атравматичного покрытия (например, ковролин);
– устранение порогов там, где это возможно;
– достаточное, но не слишком яркое освещение;
– контрастные маркировки на лестницах и ступенях.

• Рекомендовано консультирование пациентов пожилого и старческого возраста с повторными падениями или с высоким риском падений по вопросам подбора обуви [99, 100].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 3)

Комментарии: *Неправильно подобранная обувь может увеличить риск падений и снизить устойчивость пожилого человека [119, 120].*

Неправильно подобранной считается:

– *обувь с каблуком, высота которого превышает 4,5 см;*
– *обувь без задника;*
– *обувь с задником, который может быть сжат более чем на 45°;*
– *полностью изношенная обувь или обувь на абсолютно плоской подошве.*

• Пациентам пожилого и старческого возраста с синдромом СА рекомендовано проведение когнитивного тренинга [101–104].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии: *Использование когнитивного тренинга для проживающих дома пожилых людей с синдромом СА оказывает положительное влияние на течение СА. Проведение когнитивных тренировок у пожилых людей способствует улучшению показателей мобильности и функциональной активности. Наиболее эффективны комплексные вмешательства, включающие тренировку кратковременной памяти и внимания, физические тренировки и пищевые вмешательства.*

• Рекомендовано направлять пациентов пожилого и старческого возраста на консультацию к специалистам по социальной помощи с целью выявления потенциально корригируемых проблем социального характера, а также рекомендовать обращаться в центры социального обслуживания для организации досуга и повышения социальной активности [105–107].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 3)

Комментарии: *Одиночество и социальная изоляция являются факторами риска развития и прогрессирования синдрома СА.*

3.3. Медикаментозная терапия

• При выборе тактики лекарственной терапии пациентов с синдромом СА рекомендовано принимать во внимание наличие не только хронических и/или острых заболеваний, но и гериатрических синдромов, а также результаты оценки функционального статуса, наличие когнитивных и эмоциональных нарушений, а также социальных проблем [11, 22, 108, 109].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии: *Лекарственная терапия пациентов с синдромом СА должна назначаться с учетом результатов КГО, жизненных приоритетов пациента и быть ориентированной на оптимальное качество жизни и поддержание независимости пациента от посторонней помощи.*

• У пациентов пожилого и старческого возраста при назначении лекарственной терапии рекомендовано мониторировать появление/усугубление ГС с целью оценки ее безопасности. При появлении/усугублении ГС рекомендовано использование альтернативных препаратов и схем лечения, включая нефармакологические методы [11], ориентируясь на Методические руководства МР103 «Фармакотерапия пациентов пожилого и старческого возраста».

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств 4)

Комментарии: *У пожилых пациентов прием некоторых лекарственных средств может приводить к развитию или усугублению ГС или развитию потенциально опасных состояний, появление которых может потребовать отмены/изменения лекарственной терапии и перехода на другие схемы лечения, в том числе немедикаментозные.*

• С целью повышения безопасности и эффективности фармакотерапии и уменьшения полипрагмазии у пациентов пожилого и старческого возраста рекомендован регулярный пересмотр лекарственной терапии с использованием STOPP/START критериев, ориентируясь на Методические руководства МР103 «Фармакотерапия пациентов пожилого и старческого возраста».

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 2)

Комментарии: *Полипрагмазия сопряжена со значительным повышением риска нежелательных явлений, увеличением длительности госпитализации и увеличением риска неблагоприятных исходов. Следует регулярно проводить тщательный анализ показаний, противопоказаний, потенциальных межлекарственных взаимодействий, дозирования лекарственных средств. С целью скрининга потенциально нерациональных назначений лекарственных препаратов целесообразно использование STOPP/ START критериев для выявления необоснованных назначений и неоправданно не назначенных лекарственных средств.*

• Пациентам с синдромом СА и дефицитом/недостатком витамина D рекомендован прием витамина D для коррекции его уровня с целью профилактики падений и переломов и улучшения прогноза жизни [59, 110–115].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии: *Дефицит витамина D соответствует концентрации $25(OH)D_3$<20 нг/мл (50 нмоль/л), недостаток витамина D – $25(OH)D_3$ от 20 до 30 нг/мл (от 50 до 75 нмоль/л), адекватные уровни – более 30 нг/мл (75 нмоль/л).*

Рекомендуемый целевой уровень $25(OH)D_3$ при коррекции дефицита витамина D составляет 30–60 нг/мл (75–150 нмоль/л). Это основано на исследованиях, которые показали, что значения $25(OH)D_3$ в зоне более 30 нг/мл ассоциированы со снижением переломов и падений у пожилых [112].

Дефицит витамина D приводит к миопатии, что может проявляться мышечной слабостью, особенно в проксимальных группах мышц, трудностями при ходьбе, поддержании равновесия, повышением риска падений и переломов. Коррекция дефицита витамина D в адекватной дозе не только снижает риск падений и переломов на 35–72%, но и снижает летальность у пожилых людей, проживающих независимо [59, 112, 115].

*Согласно Российским клиническим рекомендациям по диагностике и лечению дефицита витамина D у взрослых, лицам старше 50 лет для профилактики дефицита витамина D рекомендуется получать не менее 800–1000 МЕ витамина D в сутки (Уровень доказательности 1В), а для поддержания уровня 25(OH) D более 30 нг/мл может потребоваться потребление не менее 1500–2000 МЕ витамина D в сутки (Уровень доказательности 2А). Рекомендуемым препаратом для лечения дефицита витамина D является колекальциферол** (Уровень доказательности IA). Лечение дефицита витамина D у взрослых рекомендуется начинать с суммарной насыщающей дозы колекальциферола** 400 000 МЕ с использованием одной из предлагаемых схем (Таблица 2) с дальнейшим переходом на поддерживающие дозы (Уровень доказательности IB) [113].*

• Всем пациентам с синдромом СА и остеопорозом рекомендовано назначение комбинации витамина D и препарата кальция [59, 68, 114].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

• Пациентам с синдромом СА и остеопорозом рекомендовано назначение антиостеопоротической антирезорбтивной терапии бисфосфонатами (алендроновая кислота, золедроновая кислота, ибандроновая кислота) или моноклональным антителом к лиганду рецептора ядерного фактора каппа-бета деносумабом [116–121].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

• Пациентам с синдромом СА и тяжелым остеопорозом с неэффективностью антирезорбтивной терапии и наличием предшествующих патологических переломов рекомендовано назначение костно-анаболической терапии терипаратидом** [122].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

• Все препараты для лечения остеопороза рекомендовано назначать в сочетании с терапией комбинацией витамина D и препаратом кальция [113, 114].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии: *Дозы колекальциферола** для коррекции дефицита и недостатка витамина D представлены в таблице 2.*

3.4. Особенности лечения сопутствующих заболеваний и состояний у пациентов с синдромом СА

• Лечение хронических заболеваний (в том числе наиболее распространенных возраст-ассоциированных заболеваний – АГ, ИБС, сердечной недостаточности, фибрилляции предсердий, сахарного диабета, онкологических заболеваний, заболеваний костно-мышечной системы и др.) у пациентов с синдромом СА рекомендовано проводить с учетом действующих клинических рекомендаций, принимая во внимание результаты комплексной гериатрической оценки, ожидаемую

Таблица 2

Дозы колекальциферола для коррекции дефицита и недостатка витамина D [113]**

Коррекция дефицита витамина D (при уровне 25(OH)D менее 20 нг/мл) 50 000 МЕ еженедельно в течение 8 недель внутрь или 200 000 МЕ ежемесячно в течение 2 месяцев внутрь или 150 000 МЕ ежемесячно в течение 3 месяцев внутрь или 7 000 МЕ в день – 8 недель внутрь
Коррекция недостатка витамина D (при уровне 25(OH)D 20–29 нг/мл) 50 000 МЕ еженедельно в течение 4 недель внутрь или 200 000 МЕ однократно внутрь или 150 000 МЕ однократно внутрь или 7 000 МЕ в день – 4 недели внутрь
Поддержание уровня витамина D более 30 нг/мл 1000–2000 МЕ ежедневно внутрь

продолжительность жизни пациента и персонализированные цели пациента и членов его семьи [115, 123, 124].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств 2)

Комментарии: *Индивидуально адаптированное управление заболеваниями и клиническими состояниями эффективно для улучшения показателей физической и функциональной активности у пациентов с синдромом СА, улучшает качество и прогноз жизни, позволяет рациональнее использовать ресурсы здравоохранения, снижая затраты на лечение проживающих дома пожилых людей и не увеличивая затраты на стационарное и амбулаторное ведение.*

Практический подход к ведению таких пациентов подразумевает:

– выделение приоритетного заболевания, лечение которого в данный момент времени позволит улучшить качество жизни пациента и прогноз его здоровья;

– определение лечения, которое может быть прекращено в виду ограниченной пользы или высокого риска нежелательных явлений;

– использование нефармакологических методов терапии как возможной альтернативы некоторым лекарственным препаратам.

3.4.1. Артериальная гипертония

• При лечении артериальной гипертонии у пациентов со СА рекомендовано принятие решения о назначении антигипертензивной терапии с учетом тяжести СА, степени утраты автономности, функционального статуса, состояния когнитивных функций [125–130].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств 3)

• Если принято решение о назначении пациенту со СА антигипертензивной терапии, в качестве целевого уровня САД рекомендован уровень 140–150 мм рт. ст. [125, 126, 129–131].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств 2)

• Если принято решение о назначении пациенту со СА антигипертензивной терапии, рекомендован тщательный контроль на предмет появления ортостатической гипотонии, состояния когнитивных функций, падений, динамики синдрома СА [125, 126, 132–134].

Уровень убедительности рекомендацииА (уровень достоверности доказательств 1)

• Рекомендуется оценивать наличие ортостатической гипотонии перед назначением, после начала антигипертензивной терапии и при ее изменении [132–134].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

• У пациента со СА, получающего антигипертензивную терапию, при снижении САД <130 мм рт.ст. или ортостатической гипотонии рекомендовано рассмотреть уменьшение интенсивности антигипертензивной терапии вплоть до отмены [125, 126, 129, 130].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 3)

• У пациентов со СА рекомендовано начинать антигипертензивную терапию с одного препарата в низкой дозе, переходить к комбинированной терапии только при неэффективности монотерапии. Не рекомендуется применение более 3 антигипертензивных препаратов [125, 126, 128–130].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)

• Для лечения артериальной гипертонии у данной категории пациентов предпочтительно использование дигидропиридиновых антагонистов кальция, тиазидных/тиазидоподобных диуретиков в низких дозах, блокаторов ренин-ангиотензиновой системы. Бета-адреноблокаторы назначать только при наличии установленных показаний (например, сердечная недостаточность) [125, 126, 135, 136].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии: *Не существует единых рекомендаций по лечению АГ у пациентов с синдромом СА. Однако имеющиеся данные поддерживают назначение антигипертензивной терапии «крепким» пациентам пожилого и старческого возраста и схожесть тактики*

их ведения с более молодыми пациентами с АГ, но с достижением более либерального целевого уровня АД. В отношении пациентов с тяжелой СА нет данных о том, что антигипертензивная терапия снижает риск сердечно-сосудистых исходов, но есть данные о ее небезопасности в отношении поддержания когнитивных функций и функциональных способностей пациента.

3.4.2. Фибрилляция предсердий

• Пациентам с синдромом СА при неклапанной фибрилляции предсердий рекомендовано назначение оральных антикоагулянтов с целью профилактики инсульта и венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) [137–141].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии: *Пожилым пациентам с неклапанной ФП и КК >30 мл/мин предпочтительно назначать НОАК, нежели варфарин** [137]. Дозы НОАК зависят от возраста и функции почек (Таблица 3). При назначении НОАК следует регулярно контролировать функцию почек. Апиксабан** и ривароксабан** не рекомендованы при КК <15 мл/мин, дабигатранэтексилат** – при КК <30 мл/мин.*

При нарушении функции почек (КК <30 мл/мин) препаратом выбора является варфарин**. При использовании варфарина** у пожилых пациентов могут потребоваться более низкие дозы для достижения целевых значений МНО и более частый контроль МНО. Целевые значения МНО при лечении варфарином** составляют 2,0-3,0 (все показания, за исключением профилактики тромбоэмболий у больных с искусственными клапанами сердца) независимо от возраста. При лечении ВТЭО коррекции дозы НОАК в зависимости от возраста не требуется.

3.4.3. Антитромботическая терапия (Приложение Г25)

• Для вторичной профилактики ССЗ у пациентов с синдромом СА рекомендован длительный прием низких (75–100 мг/сут) доз ацетилсалициловой кислоты** (АСК) при отсутствии индивидуальной непереносимости, активного кровотечения или предшествующего внутричерепного кровоизлияния. При непереносимости АСК** может быть рекомендована монотерапия клопидогрелом** (75 мг/сут). Назначение АСК** с целью первичной профилактики ССЗ не рекомендуется [137, 142–144].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

• Двойная антитромбоцитарная терапия (ДАТТ), включающая АСК** (75–100 мг/сут) и клопидогрел** (75 мг/сут), рекомендована при ОКС и/или после чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) независимо от возраста, включая пациентов со СА [137, 145–147].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии: *Длительность ДАТТ у больных ОКС (в сочетании с ЧКВ или без ЧКВ) составляет 12 месяцев; у больных стабильной ИБС при плановом ЧКВ зависит от типа имплантируемого стента (1–6 месяцев). При ОКС и высоком риске кровотечения клопидогрел** предпочтительнее, чем прасугрел или тикагрелор**. Нагрузочная доза клопидогрела** при ТЛТ не рекомендована пациентам ≥75 лет независимо от наличия синдрома СА.*

• Пожилым пациентам с синдромом СА и ОКС тикагрелор** может быть назначен без коррекции дозы независимо от наличия синдрома СА [137,148, 149]

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

• Использование ингибиторов рецепторов ГП IIb/IIIa у лиц ≥70 лет не рекомендовано ввиду высокого риска кровотечений независимо от наличия СА [137, 150]

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

• У пожилых пациентов со СА и с тяжелым нарушением функции почек (КК <15 мл/мин) НФГ** является препаратом выбора среди парентеральных антикоагулянтов [137, 151, 152]

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

3.4.4. Назначение статинов с целью первичной и вторичной профилактики

• С целью вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний пациентам пожилого и старческого возраста со СА рекомендовано назначение статинов при условии отсутствия противопоказаний и хорошей индивидуальной переносимости. Данных в пользу назначения статинов с целью первичной профилактики ССЗ пациентам 75 лет и старше, независимо от наличия СА, недостаточно [153–158].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств 2)

Комментарии: *Пациенты 75 лет и старше недостаточно представлены в рандомизированных контролируемых исследованиях с использованием статинов для первичной профилактики ССЗ. В отношении назначения статинов с целью вторичной профилактики данные исследований более убедительны, однако следует принимать решение об их назначении с учетом общего гериатрического статуса пациента, полиморбидности и полипрагмазии, ожидаемой продолжительности жизни и предпочтений пациента.*

Таблица 3

Рекомендации по назначению пероральных антикоагулянтов пациентам пожилого и старческого возраста

Лекарственное средство	Доза	Коррекция дозы у пожилых	Коррекция дозы при нарушении функции почек
Варфарин**	Подбор и коррекция дозы под контролем МНО (профилактика инсульта и системных тромбоэмболий при ФП; профилактика и лечение ВТЭО; механические протезы клапанов сердца)	Могут потребоваться более низкие дозы для достижения целевых значений МНО Рекомендован более частый контроль МНО	Не требуется
Дабигатрана этексилат**	**220 мг 1 раз** в день (профилактика ВТЭО после ортопедических операций) **150 мг 2 раза** в день (профилактика инсульта и системных тромбоэмболий при неклапанной ФП) **150 мг 2 раза** в день (лечение ВТЭО)	**150 мг 1 раз** в день у лиц ≥75 лет после ортопедических операций **110 мг 2 раза** в день у лиц ≥75 лет при ФП [IIaB] При ВТЭО не требуется	**150 мг 1 раз** в день после ортопедических операций при КК 30–50 мл/мин **110 мг 2 раза** в день при КК 30–50 мл/мин при ФП При ВТЭО и КК **>30 мл/мин** не требуется Не рекомендован при КК <30 мл/мин
Ривароксабан**	**10 мг 1 раз** в день (профилактика ВТЭО после ортопедических операций) **20 мг 1 раз** в день (профилактика инсульта и системных тромбоэмболий при неклапанной ФП) **20 мг 1 раз** в день (при ВТЭО; в первые 3 недели **15 мг 2раза** в день)	Не требуется [IA]	При ФП и КК 15-49 мл/мин **15 мг 1 раз** в день Не рекомендован при КК <15 мл/мин При ВТЭО и КК **>15 мл/мин** не требуется
Апиксабан**	**2,5 мг 2 раза** в день (профилактика ВТЭО после ортопедических операций) **5 мг 2 раза** в день (профилактика инсульта и системных тромбоэмболий при неклапанной ФП) **5 мг 2 раза** в сутки (при ВТЭО; в первые 7 дней **10 мг 2 раза** в день)	**2,5 мг 2 раза** в день при наличии 2-х и более критериев: возраст ≥80 лет, вес ≤60 кг, уровень креатинина ≥133 мкмоль/л [IA] При ВТЭО не требуется	**2,5 мг 2 раза** в день при наличии 2-х и более критериев: возраст ≥80 лет, вес ≤60 кг, уровень креатинина ≥133 мкмоль/л [IA] Не рекомендован при КК <15 мл/мин При ВТЭО и КК **>15 мл/мин** не требуется

МНО – международное нормализованное отношение; ВТЭО – венозные тромбоэмболические осложнения; ФП – фибрилляция предсердий; КК – клиренс креатинина

В квадратных скобках указаны класс рекомендаций и уровень доказательности по источнику 137.

3.4.5. Лечение сердечной недостаточности

- Рекомендовано участие мультидисциплинарной команды в ведении сердечной недостаточности у пациентов со СА и использование доменного подхода, учитывающего клинический, функциональный, когнитивный и социальный статус пациента [154, 155].

Убедительность рекомендаций GPP

- При лечении сердечной недостаточности со сниженной фракцией у пациентов со СА не рекомендована отмена ингибиторов АПФ и бета-адреноблокаторов [150, 155–158].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

3.4.6. Сахарный диабет

- **У пациентов пожилого и старческого возраста с/без синдрома СА** с сахарным диабетом **рекомендуемый** целевой уровень HbA1c составляет <7,5% при отсутствии тяжелых осложнений сахарного диабета и/или риска тяжелой гипогликемии. При тяжелых осложнениях сахарного диабета и/или риске тяжелой гипогликемии целевой уровень HbA1c составляет <8,0% [163–169].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств 3)

Комментарии: *Существующие рекомендации по ведению сахарного диабета у пожилых лиц в настоящее время разрозненны и противоречивы. Однако все имеющиеся данные поддерживают более либеральные целевые уровни гликемии для «хрупких» по сравнению с более молодыми пациентами. Цели лечения пожилых больных сахарным диабетом зависят не только от средней ожидаемой продолжительности жизни больного, но и от состояния сердечно-сосудистой системы, риска гипогликемических состояний, сохранности когнитивных функций и способности проводить регулярный самоконтроль гликемии.*

При выборе ***пероральной сахароснижающей терапии*** *следует учитывать минимальный риск гипогликемии, отсутствие нефро-, гепато- и кардиотоксичности, отсутствие взаимодействия с другими препаратами и удобство применения как для самого пациента, так и для родственников или ухаживающего персонала.*

*В качестве препаратов первой линии рекомендованы метформин** и препараты из группы иДПП-4 (алоглиптин**, вилдаглиптин**, линаглиптин**, саксаглиптин**, ситаглиптин**) или аГПП как наиболее безопасные в отношении развития гипогликемии и возможности применения при любой стадии ХБП. Препараты сульфонилмочевины пожилым больным следует назначать с осторожностью из-за увеличения риска гипогликемии по мере старения. Глибенкламид** не рекомендован лицам старше 60 лет. Препараты группы иНГЛТ-2 применяются с осторожностью, их не следует применять с диуретиками вследствие опасности развития гиповолемии и ортостатической гипотонии. Тиазолидиндионы не показаны пациентам пожилого и старческого возраста.*

Инсулинотерапия *не отличается от схем, предложенных для пациентов с СД 2 типа более молодого возраста. Однако следует помнить, что пожилым пациентам начинать инсулинотерапию следует с базальных инсулинов или комбинированных препаратов (готовых смесей инсулинов и готовой комбинации аналогов инсулина). Интенсифицированная инсулинотерапия возможна только при сохранении когнитивных функций пожилого пациента, после обучения основным правилам инсулинотерапии и самоконтроля уровня гликемии.*

3.4.7. Когнитивные нарушения

- При когнитивных нарушениях и дефиците витамина В12 и фолиевой кислоты пациентам с синдромом СА наряду с немедикаментозными мерами лечения (когнитивный тренинг, физические упражнения) рекомендовано назначение цианокобаламина** 1 мг в/м или в/в каждый день в течение 1–2 недель и фолиевой кислоты** 1,5 мг/сутки под контролем гемоглобина с целью замедления прогрессирования утраты когнитивных функций [170–172].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств 3)

3.4.8. Деменция

Деменция является одной из основных причин зависимости от посторонней помощи и снижения качества жизни людей во всем мире. Наиболее частой причиной деменции у пациентов с СА является болезнь Альцгеймера. Учитывая особенности кодирования болезни Альцгеймера в МКБ-10, диагноз может быть установлен как врачом-психиатром, так и врачом-неврологом или врачом-гериатром (Приложение Г 26). Лечение пациентов с синдромом СА, страдающих деменцией, включает тесный контакт с родственниками пациента и ухаживающими лицами, учет возможного развития эмоциональных и поведенческих нарушений, высокую распространенность других ГС – мальнутриции и дисфагии, пролежней, делирия, социальной изоляции и жестокого обращения. Ведение таких пациентов должно включать фармакотерапию деменции, коррекцию поведенческих и психических проявлений деменции, решение вопросов безопасности пациента, обеспечение ухода.

- При развитии деменции пациентам пожилого и старческого возраста со СА рекомендовано длительное лечение с назначением антидементной терапии с целью замедления прогрессирования деменции и максимально возможного сохранения способности к самообслуживанию под динамическим наблюдением врача-невролога в кабинете нарушений памяти и/или врача-психиатра [168, 169].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств 2)

- Для лечения деменции пациентам со СА рекомендовано назначения антагониста глутаматных NMDA-рецепторов (мемантина**) или ингибиторов ацетилхолинэстеразы (донепезила, ривастигмина**, галантамина**) [173–177].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии: *Начальная доза мемантина** составляет 5 мг/сутки с постепенным увеличением каждую неделю на 5 мг до среднетерапевтической суточной дозировки 20 мг, при прогрессировании нарушений возможно назначение максимальной дозировки 30 мг. Донепезил** назначается в начальной дозе 5 мг/сутки в течение 4 недель, после достижения клинического эффекта доза увеличивается до 10 мг/сутки. Ривастигмин назначается в виде пластыря в дозировке 4,6 мг на 1 месяц, далее 9,5 мг, при необходимости возможно назначение максимальной дозировки 13,3 мг. Галантамин** назначают, начиная с 8 мг в сутки, в течение 4-х недель, далее по 16 мг/сутки, при прогрессировании нарушений возможно назначение максимальной дозировки 24 мг в сутки.*

Имеются данные об эффективности комбинированной терапии (сочетанный прием мемантина и ингибиторов ацетилхолинэстеразы) по сравнению с монотерапией. Считается, что при этом увеличивается

эффективность, временно улучшаются когнитивные функции, повседневная активность и снижается выраженность поведенческих нарушений, возбуждения и агрессии. Целесообразно назначать комбинированную терапию при уменьшении эффективности монотерапии, а также при умеренной и тяжелой деменции.

- При наличии агрессивности, ажитации у пациентов со СА и деменцией рекомендовано использовать атипичные нейролептики в минимальных терапевтических дозировках [17, 172, 178].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии: *Деменция часто ассоциирована с поведенческими психологическими расстройствами. Может быть использован кветиапин** (начальная доза 6,25 мг в сутки с повышением максимально до 50 мг/сутки). Нейролептики за счет антихолинэстеразного эффекта могут ухудшать когнитивные функции.*

- При появлении у пациентов с деменцией психотических расстройств (бред, галлюцинации, делирий), агрессивного поведения, возбуждения, рекомендовано исключить присоединение острых или декомпенсацию хронических заболеваний, а также нежелательные эффекты медикаментозной терапии.

Уровень рекомендации GPP

Комментарии: *Для коррекции поведенческих и психических нарушений в первую очередь рекомендовано применять немедикаментозные методы (регулярная физическая активность, ароматерапия, музыкальная терапия, терапия домашними животными, тактильные воздействия (массаж, прикосновения)). Антипсихотические препараты следует использовать только при неэффективности максимальных доз препаратов базисной терапии и немедикаментозных мероприятий, а также когда исключены соматические причины развития психических симптомов или их связь с приемом медикаментов. Важно помнить о том, что высокая антихолинергическая нагрузка может усугублять имеющиеся когнитивные нарушения. Проводимую лекарственную терапию у пациентов с деменцией следует оценивать с помощью шкалы антихолинергической нагрузки (Методические руководства МР103 «Фармакотерапия у пациентов пожилого и старческого возраста»). Необходимой частью ведения пациентов с деменцией является проведение мероприятий, направленных на поддержку и обучение родственников и лиц, обеспечивающих уход за пациентом с деменцией.*

3.4.9. Депрессия

- Рекомендовано включать индивидуальные программы физической активности в комплекс немедикаментозных мер лечения депрессии у пациентов со СА [179,180].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

- При ведении пациента со СА и депрессией рекомендовано предпринимать меры по уменьшению социальной изоляции и повышению социальной активности пациента с целью уменьшения симптомов депрессии и профилактики их рецидива [180–182].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

- Пациентам со СА при выявлении депрессии рекомендовано назначение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) или неселективных ингибиторов обратного захвата серотонина (НСИОЗС) в качестве препаратов первой линии. СИОЗС предпочтительны в виду их лучшей переносимости по сравнению с другими антидепрессантами [183–185].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств 2)

Комментарии: *Распространенность депрессии повышается с возрастом ввиду того, что малая депрессия часто имеет общую патогенетическую связь с СА. Развитие депрессии у пожилого человека ухудшает качество жизни, приводит к снижению функционального статуса, увеличивает риск смерти. При наличии суицидальных мыслей и попыток в анамнезе, в первые недели лечения повышается риск суицида, поэтому такие пациенты должны лечиться только под наблюдением психиатра.*

- Не рекомендовано назначение СИОЗС при сочетании депрессии с делирием [183–186].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств 2)

Комментарии: *Для лечения депрессии у пациентов пожилого и старческого возраста могут быть использованы следующие СИОЗС: эсциталопрам (начальная доза 5 мг/сутки с повышением до 10 мг/сутки, эффективен при сочетании депрессии с тревогой), флуоксетин** (начальная доза 10 мг/сутки с повышением через неделю до 20 мг/сутки, во избежание расстройств сна из-за активирующего действия препарат принимается в утреннее время), пароксетин** (обычная доза 20 мг/сутки утром, максимально допустимая доза для пожилых людей 40 мг/сутки, возможно возникновение гипонатриемии), сертралин** (начальная доза 25 мг, обычная доза 50 мг/сутки, максимальная доза 200 мг/сутки). Среди НСИОЗС могут быть использованы: миртазапин (начальная доза 15 мг/сути, обычная и максимальна доза 45 мг/сутки, может способствовать повышению веса при недостаточном питании), венлафаксин (начиная с 37,5 мг 2 раза в сутки с увеличением через 4 дня до 150 мг/сутки), дулоксетин (начальная доза 30 мг/сутки, обычная 60 мг/сутки, показан также для лечения хронического болевого синдрома). СИОЗС и НСИОЗС нельзя сочетать с ингибиторами моноаминоксидазы (МАО), ввиду чего эти препараты могут быть назначены не ранее, чем через 2 недели после прекращения приема ингибиторов МАО.*

• Препараты второй и третьей линии терапии депрессии (трициклические антидепрессанты, ингибиторы МАО) не рекомендованы для применения у пациентов пожилого и старческого возраста с/без СА в виду ассоциации с развитием выраженных побочных эффектов (закрытоугольная глаукома, задержка мочи, нарушение ритма сердца, делирий, ухудшение когнитивных функций и т.д.) [183].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств 2)

3.4.10. Болевой синдром

• При лечении хронического болевого синдрома у пациентов со СА рекомендовано использовать нефармакологические и фармакологические методы и учитывать STOPP/START-критерии при назначении анальгетиков (Методические руководства МР103 «Фармакотерапия пациентов пожилого и старческого возраста»).

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии: *Положительного эффекта фармакотерапии хронической боли у пациентов с СА можно добиться при учете принимаемых пациентом препаратов и регулярном мониторинге безопасности лечения. Необходимо учитывать то, что эффективность и токсичность препаратов, чувствительность мишеней у пожилых пациентов с СА отличается от более молодых возрастных категорий.*

• При лечении болевого синдрома у пациента со СА следует использовать наименее инвазивный способ введения анальгетиков, включая широкое применение топических форм [187, 188].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

• У пациентов со СА рекомендовано избегать назначения НПВС в виду высокого риска развития нежелательных явлений, неблагоприятного профиля сердечно-сосудистой, почечной и желудочно-кишечной безопасности у этой категории пациентов [188–191].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

• Не рекомендовано использовать парацетамол** в качестве монотерапии болевого синдрома [192].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

• В качестве базисной терапии хронического болевого синдрома при остеоартрозе и дорсопатиях (вследствие спондилопатий, спондилоартрозов, спондилолистезов и т.п.) пациентам пожилого и старческого возраста с/без СА рекомендовано выполнение ежедневного комплекса лечебных упражнений и соблюдение достаточного уровня физической активности, использование ортопедических приспособлений (брейсы, стельки с супинатором, ортезы, фиксирующие повязки) [193, 194].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

• У пациентов со СА в качестве базисной терапии хронической боли, связанной с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, рекомендовано использование колекальциферола** в дозе 1000–2000 МЕ [59, 69, 113, 114,193,].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

• При наличии болевого синдрома в спине, связанного с компрессионными переломами тел позвонков, следует назначить антиостеопоротическую терапию [59, 195, 196].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

• У пациентов со СА и хроническим болевым синдромом вследствие коксартроза, гонартроза, дегенеративных изменений костно-суставных структур позвоночника рекомендовано рассмотреть возможность эндопротезирования [59, 197].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

• При полиартрозе, коксартрозе, гонартрозе, дорсопатиях (вследствие дегенеративных изменений костно-суставных структур позвоночника) рекомендовано рассмотреть возможность назначения симптоматических медленно действующих средств:

– хондроитина сульфата в дозе 1200 мг в сутки [198, 199]
– глюкозамина в суточной дозе 1500 мг [199, 200]
– диацереина 100 мг в сутки [201,202].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

• При хронической нейропатической боли рекомендовано назначение препаратов, воздействующих на центральные механизмы формирования хронической боли: антиконвульсантов (доза подбирается индивидуально), прегабалина** 75–300 мг/сут, габапентина (300–1800 мг/сут), карбамазепина** (200–600 мг/сут), антидепрессантов (дулоксетин 30–60 мг/сут) [203].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

• При тяжелом хроническом болевом синдроме рекомендовано применение центральных и наркотических анальгетиков (таблица 4) [204, 205].

Уровень убедительности рекомендации А (Уровень достоверности доказательств 1)

Таблица 4

Препараты и дозы, рекомендованные при тяжелом хроническом болевом синдроме

Препарат	Лекарственная форма	Доза
Трамадол **	Капсулы, таблетки, раствор	50 или 100 мг
Пропионилфенил-этоксиэтилпиперидин**	Таблетки защечные	10 или 20 мг
Морфин**	Таблетки продленного действия	10 мг; 30 мг; 60 мг; 100 мг
Морфин**	Капсулы продленного действия	10 мг; 30 мг; 60 мг; 100 мг
Налоксон+Оксикодон**	Таблетки продленного действия	10 мг/5 мг; 20 мг/10 мг; 40 мг/20 мг
Фентанил **	Трансдермальная терапевтическая система	25 мкг/ч; 50 мкг/ч; 75 мкг/ч; 100 мкг/ч – на 72 ч

- При наличии психогенного компонента хронической боли рекомендовано проведение консилиума с участием врача-гериатра, врача-терапевта, врача-кардиолога, врача-невролога и врача-психиатра для подбора адекватной антидепрессивной терапии, включающей когнитивные тренинги и специальные лекарственные средства, подобранные с учетом анамнеза пациента.

Уровень рекомендации GPP

- При неэффективности всех вышеуказанных мероприятий по лечению хронической боли, связанной с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, рекомендовано проведение консилиума врача-гериатра, врача-невролога, врача-терапевта и врача-ревматолога с целью решения вопроса о долгосрочной тактике ведения [174, 178].

Уровень убедительности рекомендации C (уровень достоверности доказательств 3)

4. РЕАБИЛИТАЦИЯ

Пациенты с синдромом СА, перенесшие острое заболевание или хирургическое вмешательство, нуждаются в более длительной реабилитации в связи со снижением уровня функциональной активности и появлением/повышением уровня зависимости от посторонней помощи.

Реабилитация может проводиться в условиях реабилитационного центра/отделения (при наличии специалиста по гериатрической реабилитации) или гериатрического отделения после получения специализированной или высокотехнологичной медицинской помощи и должна включать мероприятия по физической активности, поддержанию пищевого статуса, социальной адаптации, подбору средств и методов, адаптирующих окружающую среду к функциональным возможностям пациента и (или) функциональные возможности пациента к окружающей среде.

5. ПРОФИЛАКТИКА И ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

5.1. Профилактика

- Рекомендовано проведение групповых и индивидуальных образовательных программ для проживающих дома пациентов пожилого и старческого возраста с целью профилактики развития и прогрессирования синдрома СА [206, 207].

Уровень убедительности рекомендации B (уровень достоверности доказательств 3)

Комментарии: *Проведение групповых образовательных программ для пациентов без синдрома СА, а также индивидуальных образовательных программ для пациентов группы риска развития СА является эффективным вмешательством для профилактики развития СА.*

- При профилактическом консультировании лиц пожилого и старческого возраста рекомендовано учитывать возрастные особенности коррекции факторов риска хронических неинфекционных заболеваний, высокую вероятность полипрагмазии. Рекомендовано ориентировать пациента не только на устранение симптомов заболеваний (при их наличии), но и в целом на здоровое старение и долголетие, активный образ жизни. Всем консультируемым должны быть даны учитывающие возрастной фактор рекомендации по регулярной физической активности, питанию, когнитивному тренингу, организации безопасного быта, правилам приема лекарств. При выявлении сенсорных дефицитов (снижение слуха, зрения), хронической боли, признаков депрессии следует рекомендовать консультирование профильных врачей-специалистов [19]. При проведении диспансеризации граждан 75 лет и старше согласно действующему порядку рекомендовано проводить опрос пациентов по шкале «Возраст не помеха»

с целью выявления распространенных гериатрических синдромов [5, 12, 13, 19].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

5.2. Диспансерное наблюдение

Пациент с преастенией наблюдается врачом-терапевтом участковым в соответствии с действующим порядком профилактических осмотров и диспансеризации. При наблюдении за пациентом врач-терапевт участковый оценивает динамику выявленных гериатрических синдромов, эффективность мероприятий по их коррекции.

Диспансерное наблюдение пациента с синдромом СА осуществляет врач-гериатр в соответствии с индивидуальным планом ведения. Рекомендуется выполнение комплексной гериатрической оценки не реже 1 раза в год. Комплексная гериатрическая оценка может быть выполнена раньше при развитии острого функционального снижения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Fried L.P. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J. Gerontol. Med. Sci. 2001; 56 (3): 146–156.
2. Mitnitski A.B., Mogilner A.J., Rockwood K. Accumulation of deficits as a proxy measure of aging. Scientific World J. 2001; 1: 323–336.
3. Vermeiren S. et al. Frailty and the Prediction of Negative Health Outcomes: A Meta-Analysis. J Am Med Dir Assoc. 2016; 17(12): 1163.e1–1163.e17.
4. Weiss O.C. Frailty and Chronic Diseases in Older Adults. Clin. Geriatr. Med. 2011; 27: 39–52.
5. Clegg A. et al. Frailty in elderly people. The Lancet. 2013, Mar; 381(9868): 752–62.
6. Collard R.M. Prevalence of frailty in community dwelling older persons: a systematic review. J. Am. Geriatr. Soc. 2012; 60(8): 1487–1492.
7. Kojima G. Prevalence of frailty in nursing homes: A systematic review and metaanalysis. J. Am. Med. Dir. Assoc. 2015; 16: 940–945.
8. Gurina N.A., Frolova E.V., Degryse J.M. A roadmap of aging in Russia: the prevalence of frailty in community-dwelling older adults in the St. Petersburg district–the «Crystal» study. J. Amer. Geriatr. Soc. 2011; 59 (6): 980–988.
9. Остапенко В.С. Распространенность и структура гериатрических синдромов у пациентов амбулаторно-поликлинических учреждений г. Москвы: автореф. дис. канд. мед.наук / В.С. Остапенко. М., 2017. 157 с.
10. Ткачева О.Н., Рунихина Н.К., Остапенко В.С., Шарашкина Н.В., Мхитарян Э.А., Онучина Ю.С., Лысенков С.Н. Валидация опросника для скрининга синдрома старческой астении в амбулаторной практике. Успехи геронтологии. 2017; 30; 2: 236–242.
11. Gutiérrez-Valencia M. The relationship between frailty and polypharmacy in older people: A systematic review. Br J ClinPharmacol. 2018. DOI: 10.1111/bcp.13590.
12. Buta B.J. Frailty assessment instruments: systematic characterization of the uses and contexts of highly – cited instruments. Ageing Res. Rev. 2016; 26: 53–61.
13. Morley J.E., Arai H., Cao L., Dong B., Merchant R.A., Vellas B., Visvanathan R., Woo J. Integrated Care: Enhancing the Role of the Primary Health Care Professional in Preventing Functional Decline: A Systematic Review. J Am Med Dir Assoc. 2017; 18(6): 489–494.
14. Reflection paper on physical frailty: instruments for baseline characterisation of older populations in clinical trials. https://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2018/02/WC500244285.pdf
15. Syddall H. et al. Is grip Strength a useful single marker of frailty? Age and Ageing. 2003; 32; 6: 650–656.
16. Borson S., Scanlan J., Brush M., Vitaliano P., Dokmak A. The Mini-Cog: a cognitive «vital signs» measure for dementia screening in multi-lingual elderly. Int J Geriatr Psychiatry. 2000; 15: 1021–1027.
17. Borson S., Scanlan J.M., Chen P., Ganguli M. The Mini-Cog as a screen for dementia: validation in a population-based sample. J Am Geriatr Soc. 2003; 51: 1451–1454.
18. Tsoi K.K., Chan J.Y., Hirai H.W., Wong S.Y., Kwok T.C. Cognitive tests to detect dementia: a systematic review and meta-analysis. JAMA Intern Med. 2015; 175: 1450–1458.
19. Бойцов С.А., Драпкина О.М., Калинина А.М., Ипатов П.В., Вергазова Э.К., Гамбарян М.Г., Еганян Р.А., Карамнова Н.С., Горный Б.Э., Егоров В.А., Соловьева С.Б., Старинский В.В., Бунова А.С., Ткачева О.Н., Рунихина Н.К., Котовская Ю.В., Мхитарян Э.А. «Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения». Методические рекомендации по практической реализации приказа Минздрава России от 26 октября 2017 г. № 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения». М., 2017. 162 с. Утверждены главным специалистом по профилактической медицине Минздрава России 27 декабря 2017 г. Интернет ресурсы: http://www.gnicpm.ru; http://ropniz.ru
20. Ramani L., Furmedge D.S., Reddy S.P. Comprehensive geriatric assessment. Br J Hosp Med Lond Engl 2005. 2014 Aug; 75 Suppl 8: 122–125.
21. British Geriatrics Society. Fit for Frailty Consensus best practice guidance for the care of older people living with frailty in community and outpatient settings [Internet]. 2014 Jun. Available from: http://www.bgs.org.uk/campaigns/fff/fff_full.pdf
22. Полипрагмазия в клинической практике: проблема и решения / под общей редакцией Д.А. Сычева, СПб.: ЦОП «Профессия», 2016. 224 с.

23. Naples J.G., Handler S.M., Maher R.L. et.al. Geriatric Pharmacotherapy and Polypharmacy. In: Fillit H.M., Rockwood K., Young J.B. Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology. 8th ed. Elsevier 2017; 849–854.

24. Kanis J.A., McCloskey E.V., Johansson H., Odén A., Borgström F., Strom O Development and use of FRAX® in osteoporosis. Osteoporosis International. 2010; 21 Suppl 2: 407–13.

25. Dent E., Visvanathan R., Piantadosi C., Chapman I. Use of the Mini Nutritional Assessment to detect frailty in hospitalised older people.J Nutr Health Aging. 2012; 16(9): 764–7

26. Guigoz Y., Vellas B., Garry P.J. Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. Facts Res. Gerontol. 1994; 2: 15–59.

27. Inzitari M. Gait speed predicts decline in attention and psychomotor speed in older adults: the health aging and body composition study. Neuroepidemiology. 2007; 29(3–4): 156–162.

28. Montero-Odasso M. Gait velocity as a single predictor of adverse events in healthy seniors aged 75 years and older. J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci. 2005; 60(10): 1304–1309.

29. Shinkai S. Walking speed as a good predictor for the onset of functional dependence in a Japanese rural community population. Age Ageing. 2000; 29(5): 441–446.

30. Studenski S. Gait speed and survival in older adults. J.A.M.A. 2011; 305(1): 50–58.

31. Mahoney F., Barthel D. Functional evaluation: the Barthel Index. Md. State Med. J. 1965; 14: 61–65

32. Lawton M.P. and Brody E.M. «Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living». Gerontologist. 1969; 9: 179–186.

33. Bohannon R.W. Reference values for the Timed Up and Go Test: A Descriptive Meta-Analysis. Journal of Geriatric Physical Therapy. 2006; 29(2): 64–8.

34. Morse J. M., Morse R., & Tylko S. Development of a scale to identify the fall-prone patient. Canadian Journal on Aging. 1989; 8: 366–377.

35. Shumway-Cook A., Brauer S., Woollacott M. Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the timed up & go test. Phys Ther. 2000; 80: 896–903.

36. Kristensen M.T., Foss N.B., Kehlet H. Timed «Up and Go» Test as a predictor of falls within 6 months after hip fracture surgery. Phys Ther. 2007; 87(1): 24–30.

37. Eagle J., Salamara S., Whitman D., Evans L.A., Ho E., & Olde J.Comparison of three instruments in predicting accidental falls in selected inpatients in a general teaching hospital. Journal of Gerontological Nursing. 1999; 25(7): 40–45.

38. Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. «Mini-mental state». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J. Psychiatr. Res. 1975; 12: 189–198.

39. Huntzinger J.A. Clock drawing in the screening assessment of cognitive impairment in an ambulatory care setting: a preliminary report. Gen. Hosp. Psychiatry. 1992; 14(2): 142–144

40. Nasreddine Z.S. Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. 2005; 53: 695–699.

41. Dubois B., Slachevsky A., Litvan I., Pillon B. The FAB: a Frontal Assessment Battery at bedside. Neurology. 2000 Dec 12; 55(11): 1621–6.

42. Bingham K.S., Kumar S., Dawson D.R., Mulsant B.H., Flint A.J. A Systematic Review of the Measurement of Function in Late-Life Depression. Am J Geriatr Psychiatry. 2018; 26(1): 54–72. DOI: 10.1016/j.jagp.2017.08.011.

43. Sivertsen H., Bjørkløf G. H., Engedal K., Selbæk G., Helvik A. S. Depression and Quality of Life in Older Persons: A Review. Dement Geriatr Cogn Disord. 2015; 40 (5–6): 311–39.

44. Meeks T.W., Vahia I.V., Lavretsky H., Kulkarni G., Jeste D. A tune in «a minor» can «b major»: a review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults. Research Report. J. Affect. Disord. 2011; 129: 126–142.

45. Katon W.J., Lin E., Russo J., Unutzer J. Increased medical costs of a population based sample of depressed elderly patients. Arch. Gen. Psychiatry. 2003; 60: 897–903.

46. Sheikh J.I., Yesavage J.A. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. Clinical Gerontologist. 1986; 56: 165–173.

47. Н.В. Погосова, Т.В. Довженко, А.Г. Бабин, А.А. Курсаков, В.А. Выгодин. Русскоязычная версия опросников PHQ-2 и 9: чувствительность и специфичность при выявлении депрессии у пациентов общемедицинской амбулаторной практики. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2014, 13, 3

48. Alexopoulos G.A., Abrams R.C., Young R.C. & Shamoian C.A.: Cornell scale for depression in dementia. Biol Psych, 1988, 23: 271–284.

49. Ткачева О.Н. и соавт. Методические рекомендации по предупреждению жестокого обращения с пожилыми людьми в учреждениях здравоохранения. Методические указания. М.: Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова, 2017. 25 с.

50. http://rgnkc.ru/images/pdf_documets/Zhestokoe_obrashenie_preduprezhdenie.pdf

51. Макушкин Е.В., Полищук Ю.И., Рунихина Н.К., Панченко Е.А. Выявление и профилактика жестокого обращения с пожилыми и престарелыми людьми в учреждениях здравоохранения и социальной защиты. Помощь жертвам жестокого обращения: Методические рекомендации. М.:

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. 2017. 23 с.

52. Stevens P.E., Levin A.; Kidney Disease: Improving Global Outcomes Chronic Kidney Disease Guideline Development Work Group Members Ann Intern Med. 2013 Jun 4; 158(11): 825–30.

53. Röhrig G. Anemia in the frail, elderly patient. ClinInterv Aging. 2016; 11: 319–26.

54. Beghe C., Wilson A., Ershler W.B. Prevalence and Outcomes of Anemia in Geriatrics: A Systematic Review of the Literature. Am J Med. 2004; 116(7A): 3–10.

55. Gaskell H., Derry S., Moore R.A., McQuay H.J. Prevalence of anemia in older persons: systematic review. BMC Geriatrics. 2008; 8: 1.

56. Yeap B.B., Alfonso H., Chubb S.A., Walsh J.P., Hankey G.J., Almeida O.P., Flicker L. Higher free tyroxine levels are associated with frailty in older men: the Health in Men Study. Clin Endocrinol (Oxf). 2012 May; 76(5): 741–827.

57. Maxwell C.A., Yu F. Biological Processes and Biomarkers Related to Frailty in Older Adults: A State-of-the-Science Literature Review. 2018; 9:1099800418798047.

58. Ritt M., Jäger J., Ritt J.I. et al. Operationalizing a frailty index using routine blood and urine tests. Clin Interv Aging. 2017; 12: 1029–1040.

59. Feng Z., Lugtenberg M., Franse C. et al. Risk factors and protective factors associated with incident or increase of frailty among community-dwelling older adults: A systematic review of longitudinal studies. PLoS One. 2017; 12(6): e0178383.

60. Bjelakovic G., Gluud L.L., Nikolova D., Whitfield K., Wetterslev J., Simonetti R.G., Bjelakovic M., Gluud C. Vitamin D supplementation for prevention of mortality in adults (Review). The Cochrane Library 2014; CD007470. DOI: 10.1002/14651858. CD007470.pub3.

61. Rubenstein L.Z., Josephson K.R., Wieland G.D., English P.A., Sayre J.A., Kane R.L. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. N Engl J Med.1984; 311(26): 1664–70.

62. 62. Bachmann S., Finger C., Huss A., Egger M., Stuck A.E., Clough-Gorr K.M. Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ. 2010; 340: 1718.

63. Clarke R.et al. Screening for vitamin B–12 and folate deficiency in older persons. Am. J. Clin. Nutr. 2003; 77: 1241–1247.

64. Gould D. et al. Visual Analogue Scale (VAS). Journal of Clinical Nursing. 2001; 10: 697–706.

65. Huskisson E.C. Measurement of pain. Lancet. 1974; 2: 1127–31.

66. Downie W.W., Leatham P.A., Rhind V.M., Wright V., Branco J.A., Anderson J.A. Studies with pain rating scales. Ann Rheum Dis. 1978; 37: 378–81.

67. Scott J., Huskisson E.C. Graphic representation of pain. Pain. 1976; 2: 175–84.

68. Joos E., Peretz A., Beguin S., et al. Reliability and reproducibility of visual analogue scale and numeric rating scale for therapeutic evaluation of pain in rheumatic patients. J Rheumatol 1991; 18: 1269–70.

69. Warden V., Hurley A.C., Volicer L. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. J Am Med Dir Assoc. 2003; 4(1): 9–15.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АГ	артериальная гипертония
АД	артериальное давление
БФА	базовая функциональная активность
ВТЭО	венозные тромбоэмболические осложнения
ГС	гериатрический синдром
ДАТТ	двойная антитромбоцитарная терапия
иАПФ	ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента
ИФА	инструментальная функциональная активность
КБТФФ	краткая батарея тестов физического функционирования
КГО	комплексная гериатрическая оценка
КК	клиренс креатинина
МНО	международное нормализованное отношение
НОАК	не-витамин К оральные антикоагулянты
НПВС	нестероидные противовоспалительные средства
НСИОЗС	неселективные ингибиторы обратного захвата серотонина
НФГ	нефракционированный гепарин
СА	старческая астения
СИОЗС	селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
СКФ	скорость клубочковой фильтрации
ТЛТ	тромболитическая терапия
ТТГ	тиреотропный гормон
ФП	фибрилляция предсердий
ЭГДС	эзофагогастродуоденоскопия
25(OH)D	25-гидроксивитамин D (кальцидиол)
CKD-EPI	уравнение для расчета скорости клубочковой фильтрации
FRAX	Fracture risk assessment tool – шкала оценки риска переломов
START	Screening Tool to Alert to Right Treatment (Скрининговые критерии для корректного назначения лекарственных препаратов пациентам 65 лет и старше)
STOPP	Screening Tool of Older Persons' Prescriptions (Скрининг препаратов, назначение которых нежелательно пациентам 65 лет и старше)