**ВРЕМЯ НАЧИНАТЬ - ЛЕКАРСТВА, КОТОРЫЕ ПОДХОДЯТ ПОЖИЛЫМ ЛЮДЯМ**

**Применение этой группы препаратов в условиях, соответствующих критериям, показано и потенциально полезно пожилым людям, однако их часто не принимают во внимание в клинической практике или не назначают из-за преклонного возраста пациента без дополнительной уважительной причины. Неспособность использовать эти препараты в рамках критериев рассматривается как «потенциально несоответствующее применение лекарств». Врачи-клиницисты должны принимать решение, исходя из потенциальной пользы и вреда препарата для пациента (баланс пользы и вреда), ожидаемой продолжительности его жизни и целей лечения, определенных в соответствии с предпочтениями пациента/лица, осуществляющего уход. В некоторых случаях врачи могут посчитать целесообразным не использовать данную группу препаратов.**

*Для облегчения клинического использования к некоторым критериям добавлены пояснения, выделенные курсивом с префиксом \*.*

*Ссылки относятся к критериям и пояснениям, если таковые имеются.*

**ВРЕМЯ НАЧАТЬ (со ссылками и пояснениями)**

**A: Критерии сердечно-сосудистой системы.**

**A1. Пациентам, имеющим задокументированное атеросклеротическое заболевание коронарной артерии (острый коронарный синдром/коронарную ангиопластику или стентирование в анамнезе/аортокоронарное шунтирование/аневризму брюшной аорты), задокументированное атеросклеротическое цереброваскулярное заболевание (ишемический инсульт/ТИА в анамнезе/предыдущую каротидную эндартерэктомию или предшествующую симптоматическую каротидную эндартерэктомию или предшествующую симптоматическую каротидную эндартерэктомию или стентирование), для вторичной профилактики целесообразно начать антиагрегантную терапию (аспирин или клопидогрель).**

*\* Начало приема аспирина для первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в большинстве случаев нецелесообразно (из-за повышенного риска внутричерепных и желудочно-кишечных кровотечений и ограниченной пользы).*

**A2. Пациентам с документально подтвержденным атеросклеротическим заболеванием коронарных артерий (острый коронарный синдром/ коронарная ангиопластика или стентирование в анамнезе/коронарное шунтирование/аневризма брюшной аорты), задокументированное цереброваскулярное заболевание (ишемический инсульт/ТИА в анамнезе/прошлая каротидная эндартерэктомия или стентирование) или заболевание периферических артерий, для вторичной профилактики целесообразно начать терапию статинами.**

**\*** *У пациентов с ожидаемой продолжительностью жизни <2 лет, пациентов с терминальной деменцией и пациентов в возрасте >85 лет возможные побочные эффекты (миопатия, отравление печени и т. д.) от приема статинов превышают ожидаемую от них пользу. \* В этих случаях решение о терапии статинами должно приниматься совместно путем информирования пациента/родственника пациента.*

**A3. Целесообразно начинать антигипертензивную терапию пациентам с постоянным систолическим артериальным давлением >160 мм рт. ст. и/или постоянным диастолическим артериальным давлением >90 мм рт. ст.**

**A4. При наличии хронической неклапанной ФП целесообразно назначать ОАК (антагонисты витамина К, прямые ингибиторы тромбина или ингибиторы фактора Ха) с учетом оценки по шкале CHA2DS2-VASc.**

*\* Рекомендуется отдавать предпочтение не антагонистам витамина К, а пероральным антикоагулянтам без витамина К (NOAC).*

**A5. При наличии систолической сердечной недостаточности (ФВ <= 40%) или ИМ с подъемом сегмента ST целесообразно начать терапию ингибиторами АПФ.**

**A6. При систолической сердечной недостаточности (ФВ <=40%) или ишемической болезни сердца (из-за антиангинального эффекта при хронической ишемической болезни сердца/эффекта снижения смертности в период после ИМ) целесообразно начать терапию бета-адреноблокаторами (бисопролол при систолической сердечной недостаточности/метопролол сукцинат с пролонгированным высвобождением/карведилол**/**небиволол; при ишемической болезни сердца целесообразно назначить любой бета-адреноблокатор).**

\**Терапию бета-адреноблокаторами можно прекратить через 3 года после инфаркта миокарда, учитывая соотношение потенциальной пользы и вреда.*

**B. Критерии центральной нервной системы.**

**B1. При наличии сильного депрессивного расстройства целесообразно начинать лечение антидепрессантами.**

**B2. При наличии выраженной постоянной тревожности, влияющей на функциональность, целесообразно начать лечение СИОЗС (СИОЗСН или прегабалин, если СИОЗС противопоказаны).**

*\* Монотерапия буспироном может использоваться для лечения тревожности у пациентов, которым не помогают СИОЗС или которые не переносят СИОЗС, если у них нет сопутствующей депрессии.*

**#B3. Терапию ингибиторами холинэстеразы (ИХЭ) целесообразно начинать на ранней и средней стадии болезни Альцгеймера.**

*\* Имеются показания к началу терапии ИХЭ при болезни Альцгеймера.*

*\* Имеются показания к применению и одобрение FDA (федерального Управления по контролю за пищевыми продуктами США) для всех 3 ингибиторов холинэстеразы (донепезил, галантамин, ривастигмин) при болезни Альцгеймера, от ранней до умеренной стадии.*

*\* Имеются показания к применению и одобрение FDA для использования донепезила при лечении запущенной болезни Альцгеймера.*

*\* Имеются показания к применению и одобрение FDA для использования ривастигмина при деменции, связанной с болезнью Паркинсона. Есть исследования, показывающие, что донепезил может быть полезным при деменции, связанной с болезнью Паркинсона.*

*\* Нет убедительных показаний к использованию ИХЭ при деменции с тельцами Леви и сосудистой деменции, но их использование можно рекомендовать.*

*\* Есть исследования, показывающие, что донепезил и ривастигмин могут быть полезны при деменции с тельцами Леви. Не существует ни одного ИХЭ, одобренного FDA для пациентов с деменцией с тельцами Леви.*

*\* Есть исследования, показывающие, что ингибиторы холинэстеразы могут быть полезными при сосудистой деменции. Не существует ни одного ИХЭ, одобренного FDA для лечения сосудистой деменции.*

**#B4. При средней и тяжелой степени болезни Альцгеймера целесообразно начинать лечение мемантином.**

*\* Мемантин также может быть эффективным при сосудистой деменции.*

*\* Мемантин может быть полезным при поведенческих и психиатрических симптомах деменции (BPSD).*

**#B5. У пациентов с эссенциальным тремором, влияющим на функциональные возможности, целесообразно начинать терапию пропранололом или пиримидоном.**

\* *Пиримидон не одобрен FDA.*

*\* Побочные эффекты пиримидона (седативный эффект, головокружение и тошнота) являются распространенными. При использовании следует начинать с небольшой дозы и постепенно ее увеличивать.*

**B6. При наличии идиопатического паркинсонизма, вызывающего функциональное расстройство и инвалидность, целесообразно начать лечение L-допой.**

**B7. Если у пациентов с идиопатическим паркинсонизмом начинаются моторные флуктуации, целесообразно добавить к терапии L-допой ингибитор MAO-B или ингибитор COMT.**

**B8. Пациентам с синдромом беспокойных ног, у которых исключены дефицит железа и хроническая почечная недостаточность, следует назначать блокаторы альфа-2-дельта кальциевых каналов (прегабалин, габапентин) или агонисты дофамина (прамипексол/ропинирол/ротиготин), если симптомы болезни отрицательно влияют на качество жизни.**

*\* Терапия L-допой (50-200 мг) может быть уместной в особенности в случаях с перемежающимися симптомами. Ее также можно использовать в симптоматических случаях почечной недостаточности.*

**С: Критерии пищеварительной системы.**

**C1. В случае симптоматических запоров, не реагирующих на изменение образа жизни (диета-упражнения), целесообразно извлечь каловую пробку и начать прием клетчатки (псиллиум, метилцеллюлоза, поликарбофил, декстрин пшеницы) или полиэтиленгликоль.**

**D: Критерии дыхательной системы.**

**D1. Пациентам с легкой и умеренной астмой или ХОБЛ целесообразно начать регулярную ингаляционную терапию агонистами бета2 или холинолитиками.**

**D2. Пациентам с астмой средней и тяжелой степени или ХОБЛ с ОФВ1 <50% и рецидивирующими обострениями, требующими пероральной терапии стероидами, рекомендуется начать регулярную терапию ингаляционными кортикостероидами.**

**D3. Пациентам с хронической гипоксемией (pO2 <=55 мм рт. ст. или SO2 <=88%) целесообразно дома начать непрерывную кислородную терапию.**

**E: Критерии костно-мышечной системы и обезболивающие препараты.**

**#E1. Пациентам с ежедневным потреблением витамина D с пищей <800-1000 МЕ или с потреблением элементарного кальция <1000-1200 мг целесообразно начать заместительную терапию.**

**E2. Пациентам с документально подтвержденным остеопорозом[ с хрупким переломом и/или минеральной денситометрией костей T (общая бедренная кость, шейка бедра или поясница <-2,5)] целесообразно назначить антирезорбтивное средство (бисфосфонат, деносумаб) или анаболическое средство (аналог паратгормона).**

**\*** *Лечение также должно включать адекватное потребление витамина D и элементарного кальция.*

**E3. Пациентам, начинающим длительную (ожидаемая продолжительность ≥3 месяцев) системную кортикостероидную терапию: начинать терапию бисфосфонатами целесообразно всем пациентам, которые будут получать i) преднизолон или эквивалентную стероидную терапию в дозе** *≥***7,5 мг/день, ii) если показатель T <-1, всем пациентам, которые будут получать дозозависимую стероидную терапию.**

*\* В возрасте >=70 лет может оказаться целесообразным начать лечение бисфосфонатами всех пациентов, которые будут получать дозозависимую длительную (>3 месяцев) стероидную терапию.*

*\* Лечение также должно включать адекватное потребление витамина D и базового количества кальция.*

**E4. Целесообразно начать антирезорбтивную терапию длительного действия после отмены по крайней мере двух доз деносумаба (повышенный риск рикошета BTM, потеря МПК и перелом позвоночника после отмены деносумаба).**

*\* Эффект отскока более выражен у пациентов, у которых лечение деносумабом было прекращено после приема двух доз.*

**#E5.После лечения терипаратидом целесообразно начинать антирезорбтивную терапию.**

**E6. При наличии хронического активного ревматологического заболевания целесообразно начать болезнь-модифицирующую терапию.**

**E7. Пациентам, принимающим метотрексат, целесообразно начинать прием фолиевой кислоты.**

**E8. У пациентов с рецидивирующими приступами подагры целесообразно назначать ингибитор ксантиноксидазы (в первую очередь аллопуринол).**

**E9. В случаях, когда других анальгетиков (парацетамол, НПВП или легкие опиоиды) недостаточно для снятия умеренной и сильной боли, целесообразно начать терапию опиоидами сильного действия.**

**E10. Пациентам с хроническими болями, принимающим опиоиды длительного действия, при наличии периодических сильных болей целесообразно добавить к лечению опиоиды короткого действия (риск неконтролируемой сильной боли).**

**F: Критерии эндокринной системы.**

**F1. При наличии явной протеинурии (>300 мг/день) или микроальбуминурии (>30 мг/день) пациентам с сахарным диабетом целесообразно начать терапию ИАПФ или БРА.**

\* *У пациентов с почечной недостаточностью в начальный период лечения ИАПФ или БРА ожидается повышение уровня креатинина в сыворотке крови.*

*\* Если это увеличение составляет менее 30%, рекомендуется продолжить лечение.*

*\* Хотя абсолютных противопоказаний для начала приема ИАПФ или БРА нет, его нельзя рекомендовать пациентам с уровнем креатинина сыворотки >3,0 мг/дл.*

*У пациентов с сахарным диабетом следует контролировать уровень креатинина и калия в сыворотке крови в течение 1-2 недель после начала терапии АПФ-БРА, с каждым увеличением дозы и не реже одного раза в год (риск гиперкалиемии и ухудшения функции почек).*

**G: Критерии мочеполовой системы.**

**#G1. Применение альфа1-адреноблокаторов целесообразно у пациентов с умеренно-тяжелыми (по шкале IPSS) симптоматическими СНМП (симптомами нижних мочевых путей), которым не показана простатэктомия.**

**#G2. Пациентам с умеренными и тяжелыми (по шкале IPSS) симптоматическими СНМП (симптомы нижних мочевых путей), которым не показана простатэктомия, если объем простаты >30-40 мл, целесообразно начать терапию ингибитором 5-альфа-редуктазы в дополнение к альфа1-адреноблокаторам.**

**G3. При симптоматическом атрофическом вагините после апробации негормональных препаратов уместна местная вагинальная терапия эстрогенами.**

**H: Вакцины.**

**H1. Уместна ежегодная вакцинация против гриппа.**

\* *Трехвалентные высокодозные и четырехвалентные вакцины против гриппа более эффективны и для пожилых людей могут быть предпочтительнее, чем трехвалентные вакцины со стандартными дозами.*

*\* Четырехвалентные, трехвалентные и высокодозные трехвалентные вакцины от гриппа одобрены FDA.*

**H2. Пневмококковая вакцина (одна доза для каждой из 13-валентной конъюгированной и 23-валентной полисахаридной вакцины) применима с 65 лет.**

i)  *Людям, которые ранее не вакцинировались против пневмококка, следует в качестве первой дозы вводить 13-валентную конъюгированную вакцину, а затем минимум через 1 год - 23-валентную полисахаридную вакцину.*

ii) *Лица, ранее получившие 23-валентную полисахаридную вакцину, должны через 1 год получить 13-валентную конъюгированную вакцину.*

*\* Если 23-валентная полисахаридная вакцина была введена в возрасте до 65 лет, то людям старше 65 лет ее следует повторить не менее чем через 5 лет после первой вакцинации.*

*\* В возрасте старше 65 лет рекомендуется повторять введение 23-валентной полисахаридной вакцины каждые 10 лет.*

**H3. Уместна вакцинация против опоясывающего лишая (снижает риск заражения опоясывающим лишаем и возникновения постгерпетической невралгии).**

*\* Вакцинация также рекомендуется людям, ранее перенесшим опоясывающий лишай или ветряную оспу.*

*\* RZV обеспечивает большую защиту, нежели ZVL.*

*\* RZV предпочтительнее ZVL.*

*\* RZV вводят внутримышечно двумя дозами. Вторую дозу следует ввести через 2-6 месяцев после первой. Эту программу следует использовать для всех пациентов, включая ранее перенесших опоясывающий герпес и вакцинированных ZVL.*

*\* В случае инфицирования опоясывающим лишаем вакцинация рекомендуется не ранее чем через 6–12 месяцев.*

**H4. Целесообразно вводить Td (дифтерийно-столбнячный анатоксин) каждые 10 лет.**

*\* Вакцина от коклюша может быть рекомендована пожилым людям (например, бабушкам и дедушкам), которые находятся в тесном контакте с малышами старше 1 года. В этом случае ее можно вводить в виде разовой дозы TdaP.*

**#H5. Отправляющимся в хадж (паломничество) целесообразно ввести менингококковую вакцину.**

*\* Рекомендуется сделать это минимум за 10 дней до хаджа.*

*\* Если путешествие будет совершаться повторно через 5 лет, дозу следует повторить.*

**I: Дополнения.**

**I1. Пожилым людям с недоеданием (MN) или риском недоедания (MNR) целесообразно назначение пероральных пищевых добавок (ONS), если для достижения целей в области питания недостаточно консультаций и увеличения рациона.**

*\* Есть еще больше показаний к началу приема ONS пожилыми людьми с хроническими заболеваниями.*

*\* Рекомендуется, чтобы ONS содержали не менее 400 ккал энергии и 30 г белка в день, и их прием продолжался не менее 1 месяца.*

*\* Уместно оценивать случаи, предоставляемые ONS, один раз в месяц.*

*\* С точки зрения лечения рекомендуемое количество потребляемой энергии для пожилых людей составляет 30 ккал/кг/день.*

*\* Здоровым пожилым людям рекомендуется потребление белка в количестве 1,0-1,2 г/кг/ день.*

*\* Пожилым людям с острыми или хроническими заболеваниями рекомендуется потребление белка в количестве 1,2-1,5 г/кг/день.*

*\* Пожилым людям с серьезными заболеваниями, травмами или недоеданием может потребоваться увеличение потребления белка с 1,5 г/кг/день до 2,0 г/кг/день.*

**I2. Назначение пероральных пищевых добавок (ONS) целесообразно госпитализированным пожилым пациентам с MN или MNR (увеличивает потребление пищи и массу тела, снижает риск осложнений и повторных госпитализаций)**

*\* У пожилых людей с экстренной госпитализацией спонтанное пероральное потребление энергии обычно низкое и не удовлетворяет необходимые потребности.   
\* После выписки из больницы в большинстве случаев целесообразно продолжить использование ONS.*

**I3. Пожилым пациентам с переломом шейки бедра (независимо от нутритивного статуса) целесообразно начинать прием ONS в послеоперационном периоде (улучшает потребление пищи и снижает риск осложнений).**

*\* Нет никаких конкретных рекомендаций по ONS (стандартным или с высоким содержанием белка).*

*\* Может быть целесообразным назначение ONS минимум на 1 месяц. В исследованиях ONS применяли через 1-6 месяцев после перелома шейки бедра.*

*\* Также можно рассмотреть начало применения в предоперационный период.*

**I4. Чтобы обеспечить адекватное потребление белка и энергии пациентами с пролежнями, целесообразно начинать ONS с целевой дозы белка 1,2-2 г/кг/день и энергии 30-35 ккал/кг/день.**

\* *Истощенным пациентам с пролежнями может быть более полезным прием ONS с высоким содержанием белка и энергии, обогащенных аргинином, цинком и антиоксидантами.*

*\* Добавление аргинина, глутамина и HMB в продукты питания может иметь положительные результаты у пациентов с пролежнями.*

|  |
| --- |
| **Сокращения:**  ИАПФ: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента |
| БРА: блокаторы рецепторов ангиотензина  BTM: маркеры обновления костной ткани |
| ИХЭ: ингибиторы ацетилхолинэстеразы  COMT: катехол-O-метилтрансфераза |
| ФВ: Фракция выброса |
| рСКФ: расчетная Скорость клубочковой фильтрации |
| FDA: Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США  ОФВ1: объем форсированного выдоха |
| GİS: желудочно-кишечный тракт |
| IPSS: Международная система суммарной оценки заболеваний предстательной железы |
| ХОБЛ: хроническая обструктивная болезнь легких  BMD: минеральная плотность кости |
| СНМП: Симптомы нижних мочевых путей  MAOB: Моноаминоксидаза B  ИМ: инфаркт миокарда. |
| MN: Недоедание  MNR: риск недоедания |
| НПВП: нестероидные противовоспалительные препараты  OAC: Пероральный антикоагулянт  ONS: пероральная пищевая добавка  RZV: Рекомбинантная вакцина против опоясывающего лишая.  SaO2: насыщение кислородом |
| СИОЗСиН: Ингибиторы обратного захвата серотонина-норадреналина |
| СИОЗС: Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина |
| TdaP: столбняк, дифтерия и бесклеточный коклюш  ZVL: живая вакцина против опоясывающего лишая |

# Критерии по которым в панельном исследовании #International Delphi отсутствует консенсус.