

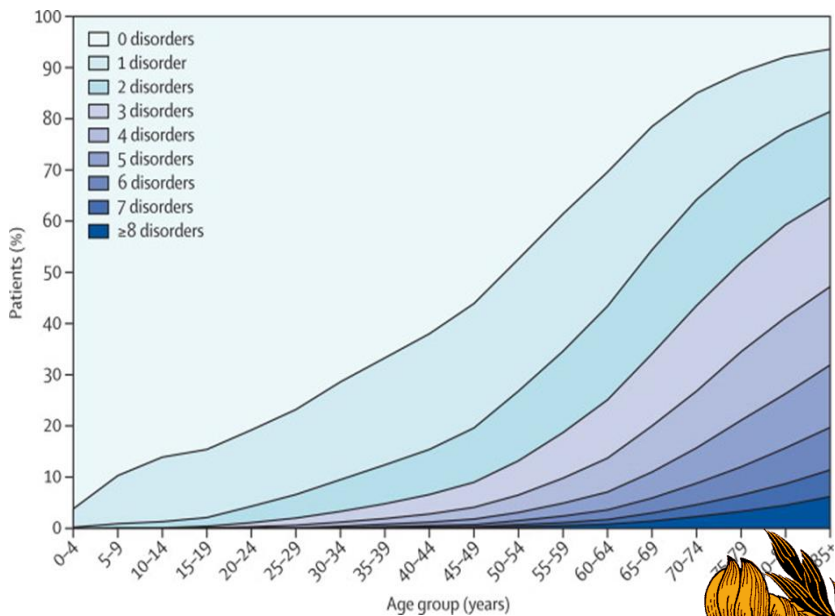
**Особенности лечения
артериальной гипертензии у
пациентов пожилого и
старческого возраста в
современных клинических
рекомендациях**

С.Е. Ушакова

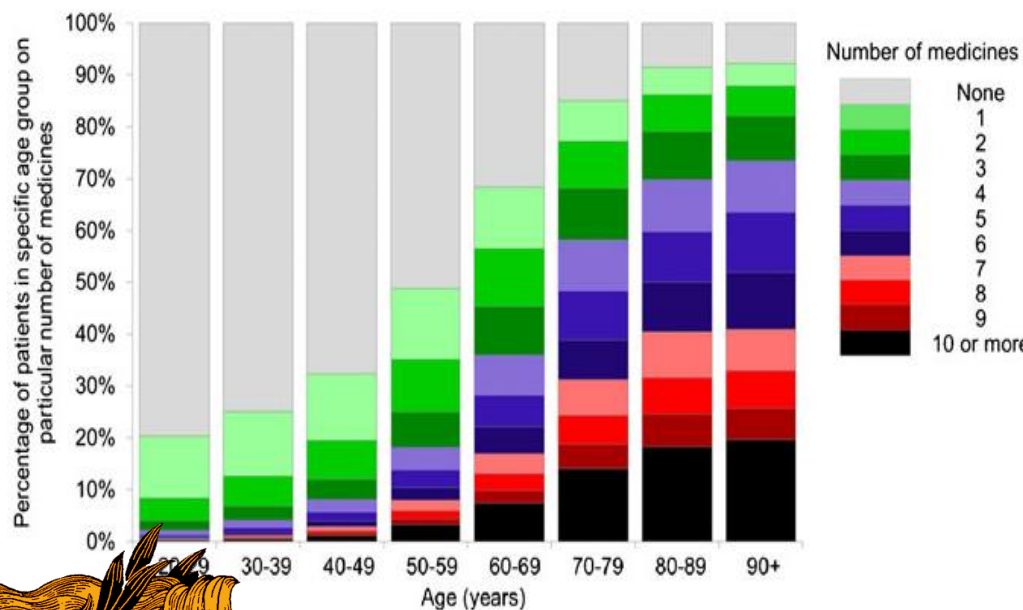
Возраст – полиморбидность - полипрагмазия



Возраст и число заболеваний



Возраст и количество ЛС



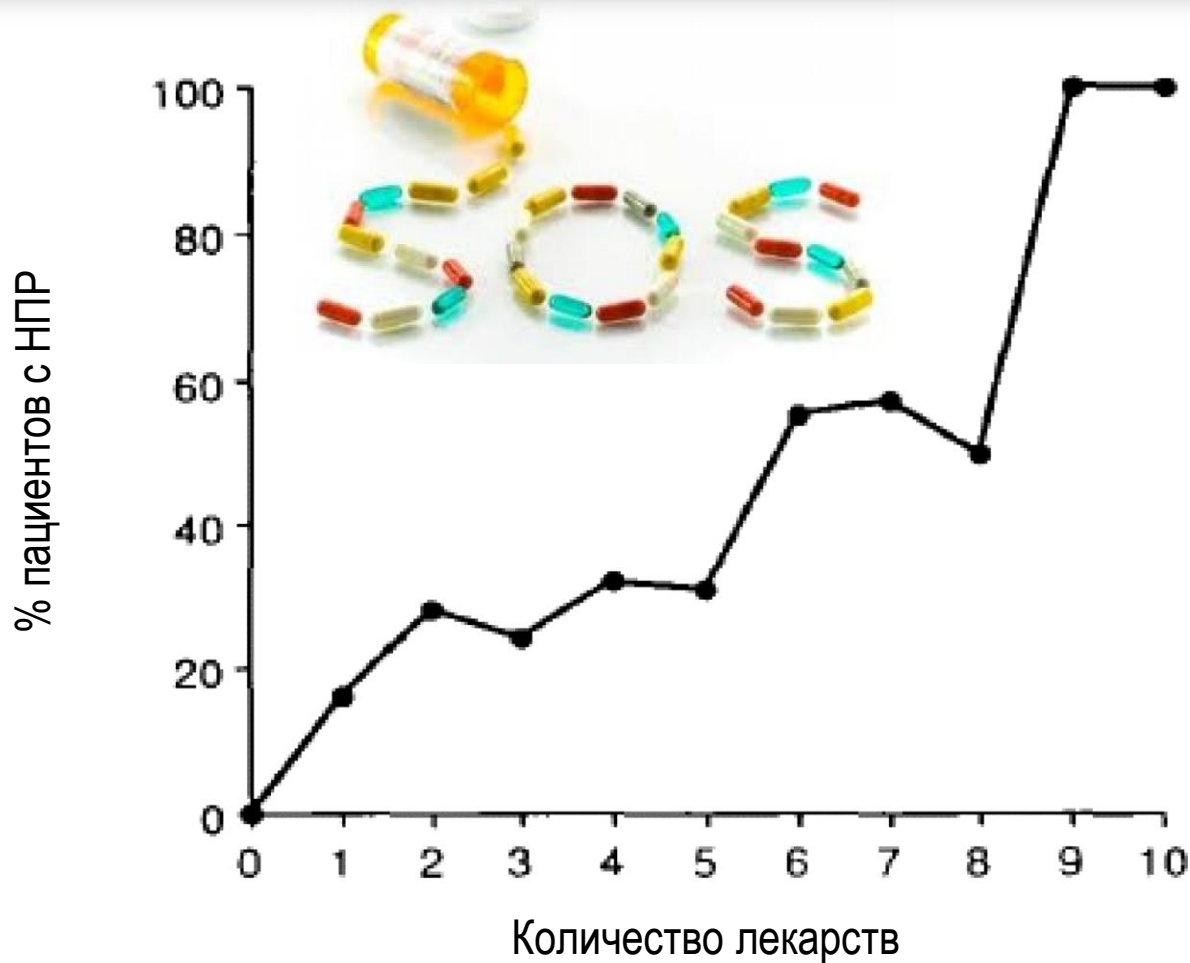
Fortin et al Ann Fam Med 2005;3: 223–228.

Barnett et al. Lancet 2012; 380: 37–43.

Payne RA et al. Eur J Clin Pharmacol. 2014 ;70(5):575-81.



Чем больше назначается лекарств, тем чаще развиваются неблагоприятные побочные реакции!



«Фармакологические каскады» при лечении пожилых пациентов

- Ибупрофен → повышение АД → антигипертензивные препараты
- Метоклопрамид → паркинсонизм → леводопа/карбидопа
- Амлодипин → отеки → фуросемид
- Бета-адреноблокаторы → депрессия → антидепрессанты
- Амитриптилин → когнитивный дефицит → донепезил
- Опиоиды → запоры → слабительные
- ИАПФ → кашель → противокашлевые средства
- Фуросемид → гипокалиемия → препараты калия
- НПВС → изжога → блокаторы протоновой помпы
- Омепразол → дефицит витамина В₁₂ → назначение витамина В₁₂

Фармакотерапия у лиц пожилого и старческого возраста.
Клинические рекомендации, 2019

Влияние полипрагмазии на 5-летнюю выживаемость пациентов ≥ 75 лет

Проспективный регистр, включение в 2011-2012 г.г.

283 пациента (M 25,4%) ≥ 75 лет (средний возраст 86,8 лет), наблюдение до 6 лет после плановой госпитализации в РГНКЦ (среднее 3,8 лет)

	Минимум	Максимум	M \pm SD	OP	95% ДИ	p
Общее количество лекарственных препаратов	4	21	10,8 \pm 3,3 ≥ 11 ЛС	1,57 +57%	1,04-2,37	0,032
Количество инъекционных препаратов	1	11	5,1 \pm 2,1 ≥ 5 ЛС	1,86 +86%	1,19-2,92	0,007
Количество таблетированных препаратов	0	13	5,8 \pm 2,4	-	-	-

Современные методы борьбы с полипрагмазией в клинической практике

Российские консенсусы и
согласительные документы

АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У
ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА:
ЭКСПЕРТНЫЙ
КОНСЕНСУСНЫЙ ДОКУМЕНТ РКО

Лечение артериальной гипертензии у пациентов
пожилого и старческого возраста с
синдромом старческой астении.
Экспертное мнение и клинические рекомендации

Фармакотерапия у лиц пожилого и
старческого возраста.
Проект клинических рекомендаций

Ограничительные перечни ЛС
- критерии некачественной
фармакотерапии

Критерии Бирса

STOPP-START

Шкала антихолинэргической
нагрузки
...

Критерии Бирса

- 1991 г. - первый список потенциально нерекомендуемых препаратов для пациентов пожилого возраста
- Цель: поддержка принятия решений при назначении лекарственной терапии пациентам старше 65 лет в амбулаторных и стационарных условиях
- Потенциально неприемлемые препараты для применения при отдельных заболеваниях/синдромах у пожилых
- Препараты с выраженными антихолинергическими свойствами

American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults

By the American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel

Термин: потенциально неприемлемые препараты (ПНП)

Список ПНП для использования у пожилых пациентов с коморбидностью

- Антигистаминные препараты I поколения
- Атропин (за исключением глазных форм), алкалоиды белладонны
- Дипиридамол короткого действия, тиклопидин
- Периферические α_1 -блокаторы: доксазозин,
- Центральные α -агонисты: клонидин
- Дигоксин
- Нифедипин (короткого действия)
- Амиодарон
- Антидепрессанты или их комбинации
- Антипсихотические препараты I и II поколения
- Барбитураты
- Бензодиазепины
- Андрогены: метилтестостерон, тестостерон
- Эстрогены самостоятельно или в комбинации с прогестинами
- Гормон роста
- Сульфонилмочевина, хлорпропамид длительного действия, глибурид
- Метоклопрамид
- Минеральное масло для приема внутрь
- Ингибиторы протонной помпы
- НПВП (неселективные в отношении ЦОГ-2), пероральные: АСК (в дозе >325 мг/сут)
- Скелетно-мышечные релаксанты
- Десмопрессин

STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2

Age and Aging 2015; 44: 213-218

DENIS O'MAHONY^{1,2}, DAVID O'SULLIVAN³, STEPHEN BYRNE³, MARIE NOELLE O'CONNOR², CRISTIN RYAN⁴,

STOPP критерии:

Инструмент скрининга потенциально неадекватных лекарственных назначений
пожилым пациентам

80 критериев

START критерии

Инструмент скрининга неоправданно НЕ назначенных ЛС пожилым пациентам

34 критерия

Цель: Предоставить ясные, основанные на данных доказательной медицины, правила,

как избежать потенциально неблагоприятного назначения или

неоправданного назначения ЛС и тем самым

Улучшить адекватность лекарственных назначений

Предотвратить развитие НЯ

Снизить стоимость медикаментозной терапии

STOPP – критерии, касающиеся назначения ЛС

1. Любые препараты, **не имеющие достаточной доказательной базы** для их клинического использования
2. Любое лекарственное средство, назначенное **сверх рекомендуемой продолжительности** применения, когда продолжительность лечения четко определена.
3. Любые **дублирующие назначения**, например, два НПВП, СИОЗС, петлевых диуретика, ингибитора АПФ, антикоагулянты (оптимизация монотерапии в пределах одного класса лекарств должна проводиться до принятия решения о назначения нового ЛС)

START – критерии

Если клиническое состояние пожилого пациента тяжелое и ему требуется паллиативная фармакотерапия, последующие лекарственные назначения следует делать с ее учетом (т.е. паллиативное лечение нельзя отменять).

Предполагается, что врач учел все возможные противопоказания к ЛС, прежде чем его назначить.

Распределение STOPP/START-критериев по системам

	STOPP	START
Сердечно-сосудистая система/Антитромбоцитарные препараты и антикоагулянты	24	8
ЦНС/психотропные препараты	13	6
Почки	6	
ЖКТ	4	2
Дыхательная система	5	3
Костно-мышечная система	9	7
Мочеполовая система	2	3
Эндокринная система	6	1
Препараты, предсказуемо повышающие риск падений	4	
Анальгетики	3	2
Вакцины		2
Антимускариновые/ Антихолинергические препараты	1	

Функция почек как STOPP- критерий и назначение НПВС

- **Назначение следующих препаратов потенциально некорректно у пожилых людей с острыми или хроническими заболеваниями почек со значением СКФ ниже определенного уровня (обращать внимание на инструкцию по применению лекарственного препарата)**

.....

4. НПВС, если СКФ < 50 мл / мин / 1.73 м^2 (риск ухудшения функции почек).

Костно-мышечная система: STOPP- критерии

1. НПВС, кроме селективных ЦОГ-2, при анамнезе язвенной болезни или ЖКК без сопутствующего назначения ИПП
2. НПВС при тяжелой АГ или тяжелой СН (риск обострения)
3. Длительное использование НПВС (> 3 мес) для облегчения симптомов остеоартрита без предшествующего использования парацетамола (простые анальгетики предпочтительнее и, как правило, столь же эффективным для облегчения боли).
4. Длительная монотерапия ГКС (> 3 мес) при РА (риск системных побочных эффектов).
5. Системные ГКС (кроме периодических внутрисуставных инъекций при моноуставном поражении) при остеоартрите (риск системных побочных эффектов).
6. Длительное назначение НПВС или колхицина (> 3 мес) для лечения подагры при отсутствии противопоказаний к ингибитором ксантин-оксидазы (аллопуринол, фебуксостат - препараты первого выбора для профилактики приступов подагры).
7. Селективные ЦОГ-2 при ССЗ (повышенный риск развития ИМ и инсульта).
8. НПВС в комбинации с ГКС без профилактического назначения ИПП (повышенный риск язвенной болезни).
9. Пероральный прием бисфосфонатов у пациентов с недавно перенесенными и текущими заболеваниями верхних отделов ЖКТ (дисфагия, эзофагит, гастрит, дуоденит, язвенная болезнь, кровотечения из верхних отделов ЖКТ - риск рецидива / обострения эзофагита, язвы пищевода, стриктуры).

Костно-мышечная система: START-критерии

1. Болезнь модифицирующие анти-ревматические препараты при активном, инвалидизирующем ревматологическом заболевании
2. Бисфосфонаты, витамин D и препараты кальция у пациентов, принимающих долгосрочную терапию системными ГКС
3. Витамин D и препараты кальция у больных с известными остеопорозом и / или предыдущим малотравматичным переломом (ами) и/или T-критерии минеральной плотности кости ниже, чем -2.5 в нескольких областях.
4. Анти-резорбтивная или анаболическая терапия (например, бисфосфонаты, стронций ранелат, терипаратид, деносумаб) у больных с документированным остеопорозом, при отсутствии фармакологических или клинических противопоказаний (T-критерий ниже, чем -2.5 в нескольких областях) и / или наличие в анамнезе малотравматического перелома (ов).
5. Витамин D пожилым людям, прикованным к дому или страдающих рецидивирующими падениями или имеющими остеопению (T-критерий от -1,0 до -2,5 в нескольких областях)
6. Ингибиторы ксантинооксидазы (аллопуринол, фебуксостат) при повторяющихся эпизодах подагры.
7. Фолиевая кислота пациентам, принимающим метотрексат



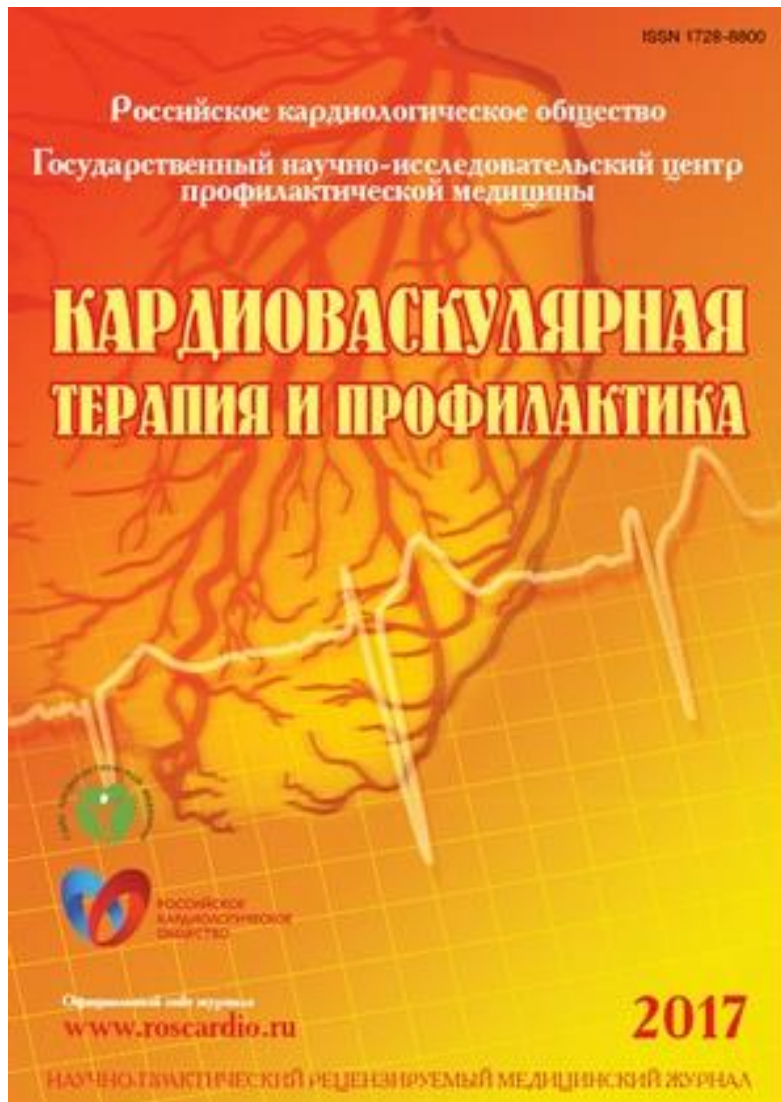
Лечение артериальной гипертонии у пациентов 80 лет и старше и пациентов со старческой астенией

Согласованное мнение экспертов Российской ассоциации геронтологов и гериатров, Геронтологического общества при Российской академии наук, Российского медицинского общества по артериальной гипертонии

Рабочая группа по подготовке текста: Ткачева О. Н. (председатель), Рунихина Н. К., Котовская Ю. В., Шарашкина Н. В., Остапенко В. С.

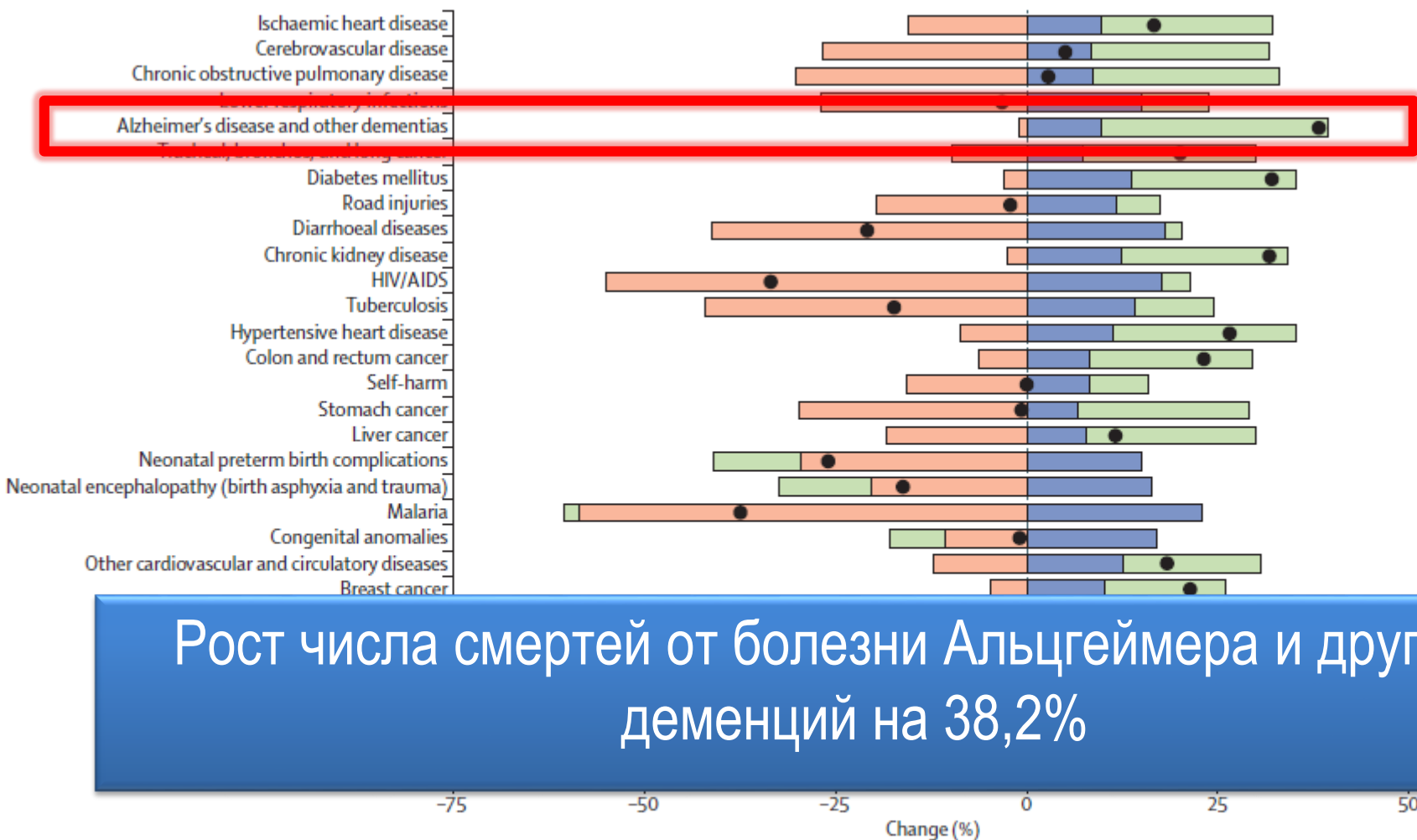
Комитет экспертов: В.Н. Анисимов, М.В. Архипов, Е.И. Баранова, С.А. Бойцов, Т.В. Болотнова, С.В. Виллевалде, А.С. Галявич, Ю.И. Гринштейн, О.М. Драпкина, Д.В. Дупляков, Ю.В. Жернакова, Н.О. Захарова, А.Н. Ильницкий, Е.В. Караева, Ю.А. Карпов, О.А. Кисляк, Ж.Д. Кобалава, Н.А. Козиолова, А.О. Конради, А.И. Мартынов, И.В. Медведева, В.С. Моисеев, С.В. Недогода, Р.Г. Оганов, Я.А. Орлова, О.Д. Остроумова, Е.В. Ощепкова В.И. Подзолков, К.И. Прощаев, В.В. Скибицкий, И.В. Фомин, Е.В. Фролова, В.Х. Хавинсон, И.Е. Чазова, А.И. Чесникова, И.И. Чукаева, В.Н. Шабалин

www.rgnkc.ru



Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015

GBD 2015 Mortality and Causes of Death Collaborators*



Рост числа смертей от болезни Альцгеймера и других деменций на 38,2%

Legend:
■ Change due to population ageing
■ Change due to population growth
■ Change due to age-specific and cause-specific mortality rate
● Total percentage change

Honolulu-Asia Aging Study:

АД в среднем возрасте и риск деменции в пожилом

N=3703

АД в среднем возрасте 45-65 лет

Оценка когнитивных функций 20-25 лет спустя

САД >160 vs. 110 -140 mmHg

Риск деменции

X 4.8

ДАД >95 vs. 80- 89 mmHg

X 4.3

Impact of Hypertension on Cognitive Function: A Scientific Statement From the American Heart Association

Costantino Iadecola, Kristine Yaffe, José Biller, Lisa C. Bratzke, Frank M. Faraci, Philip B.

Замедляет ли АГТ развитие когнитивных нарушений и деменции?

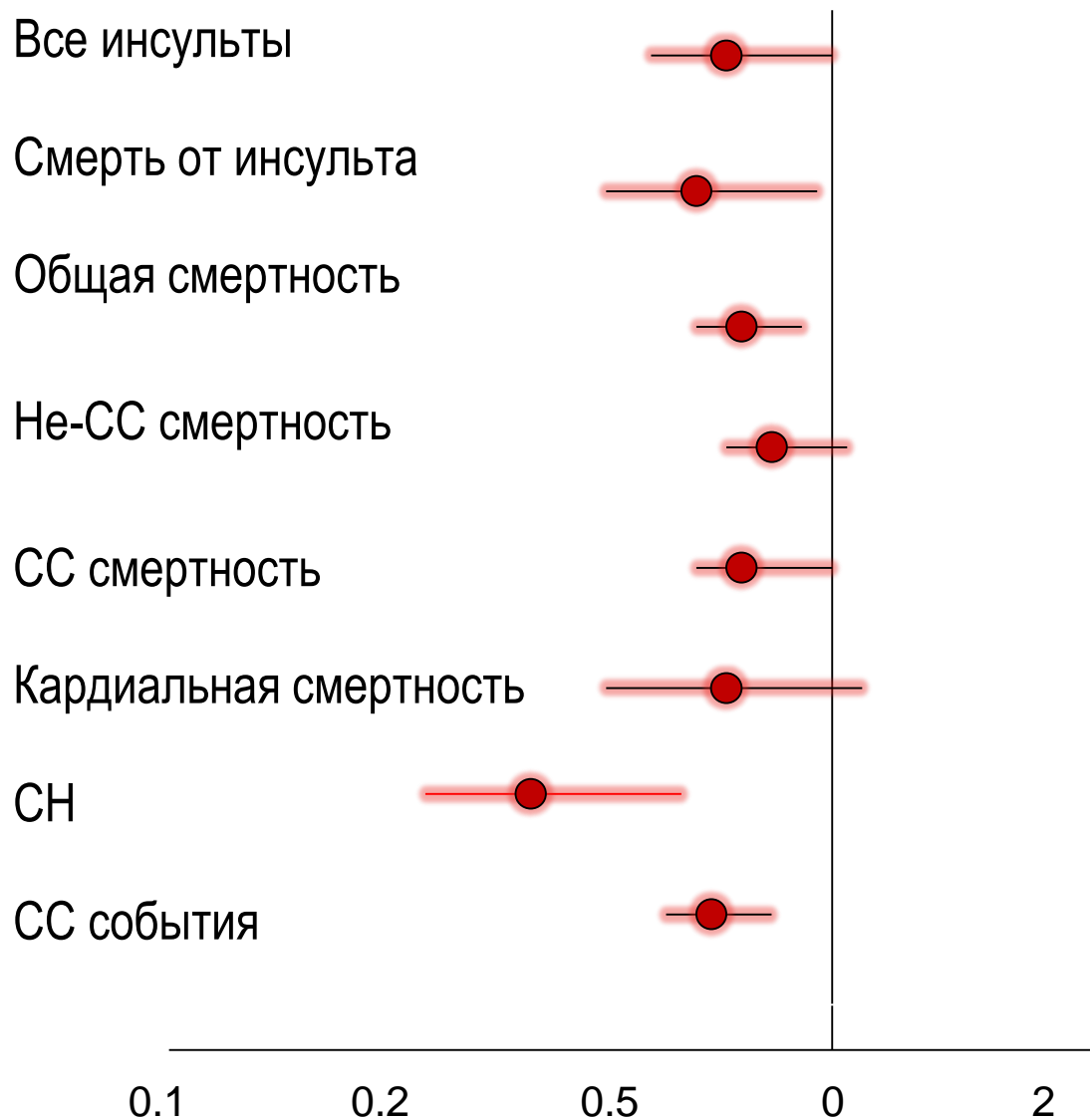
- Доказательства клинических исследований об улучшении когнитивных функций на фоне АГТ неубедительны.
- **Однако адекватное лечение АГ с учетом индивидуальных особенностей пациента сохраняет сосудистое здоровье и здоровье мозга**

Отчетливая польза снижения АД

Влияние антигипертензивной терапии на смертность от инсульта и кардиальных заболеваний у пациентов 60-79 лет

Смертельный инсульт	- 36 %	$p < 0.001$
Несмертельный инсульт	- 35 %	$p < 0.001$
Смертельные заболевания сердца	- 25 %	$p < 0.001$
Несмертельные заболевания сердца	- 15 %	$p = 0.036$
Общая смертность	- 12 %	$p = 0.009$

HYVET: АГ в возрасте 80 лети старше: Активная терапия vs плацебо



Должны ли мы лечить АГ у **всех** пациентов
старше 80 лет?

Сложности лечения АГ у пациентов пожилого и старческого возраста

- Ведение АГ у пациентов старческого возраста часто осложнено многочисленными состояниями, ассоциированными с возрастом
- 5 главных проблем в контексте ведения пожилого пациента с АГ
 - Мультиморбидность
 - Хрупкость
 - Ортостатическая гипотония
 - Падения
 - Когнитивные нарушения

Синдром старческой астении

Frailty – хрупкость, дряхлость

- Старческая астения (МКБ-10 R54) - ассоциированный с возрастом синдром, развивающийся вследствие снижения функциональной активности многих систем, адаптационного и восстановительного резерва организма
- Классическое определение (≥ 3 критериев):
 - Непреднамеренная потеря веса
 - Утомляемость
 - Слабость
 - Медленная скорость ходьбы
 - Снижение физической активности
- Современная концепция - многомерные дефициты: физические, психологические социальные
- Способствует развитию зависимости от посторонней помощи в повседневной жизни, утрате способности к самообслуживанию
- Ухудшает прогноз состояния здоровья и жизни

Алгоритм диагностики ССА

Пациенты ≥ 60 лет - скрининг по шкале «Возраст не помеха»

№	Вопросы	Ответ
1	Похудели ли Вы на 5 кг и более за последние 6 месяцев? (Вес)	Да/нет
2	Испытываете ли Вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения ЗР ения или Сл уха?	Да/нет
3	Были ли у Вас в течение последнего года Травмы , связанные с падением?	Да/нет
4	Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель? (Настроение)	Да/нет
5	Есть ли у Вас проблемы с Памятью , пониманием, ориентацией или способностью планировать?	Да/нет
6	Страдаете ли Вы недержанием Мочи ?	Да/нет
7	Испытываете ли Вы трудности в перемещении по дому или на улице? (Ходьба до 100 м/ подъем на 1 лестничный пролет)	Да/нет

»ХРУПКИЕ« ПАЦИЕНТЫ	«ПРЕХРУПКИЕ» ПАЦИЕНТЫ	«КРЕПКИЕ» ПАЦИЕНТЫ
≥ 3 -х положительных ответов	1-2 положительных ответа	0 положительных ответов
обязательная консультация врача-гериатра , проведение КГО (стр.3) составление индивидуального плана ведения пациента	целесообразна консультация врача- гериатра	-

Наблюдение участкового терапевта, выполнение индивидуального плана ведения пациента с ССА

Противоречивые данные об эффективности АГТ у «хрупких» пациентов в отношении риска СС событий

HYVET

- Единственное крупное РКИ эффективности лечения АГТ у пациентов 80 лет и старше
- «Индекса хрупкости»
- Старческая астения не модифицирует благоприятный эффект АГТ на риск СС событий, показанный в основном исследовании

SHEP

- Пожилые пациенты с ИСАГ
- Самоотчет о функциональном статусе
- Не выявлено снижения риска СС и общей смертности на фоне АГТ у пациентов с функциональными ограничениями

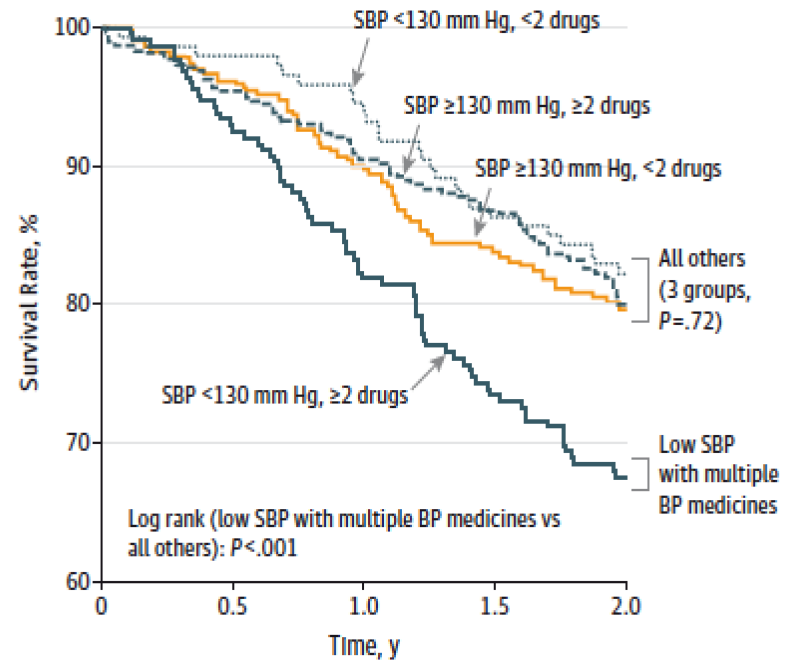
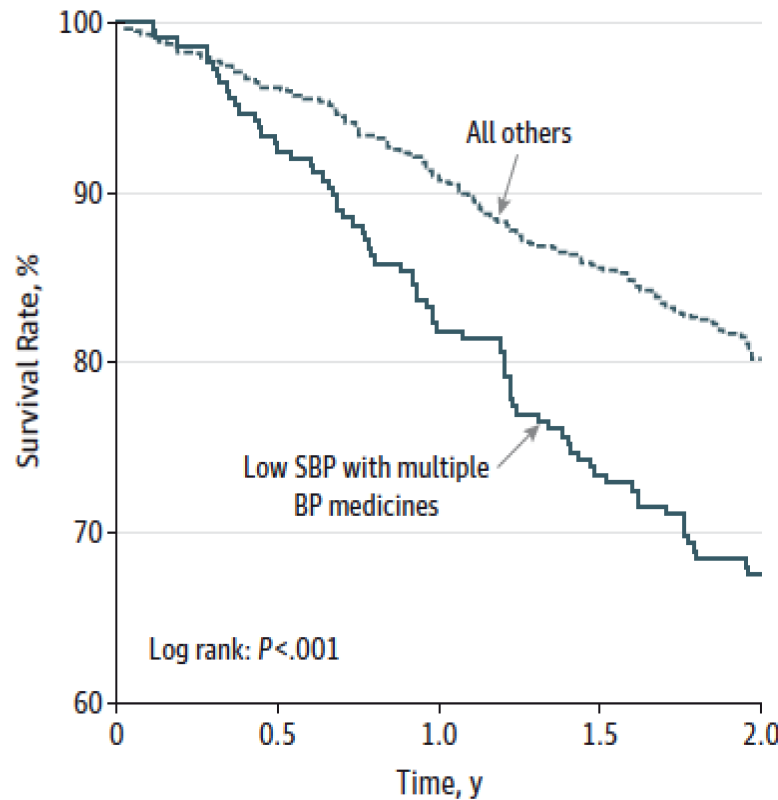
Разные подходы к оценке старческой астении
Исходные различия состояния здоровья пациентов, включенных в
исследование

АГ и старческая астения

- Неясно, полезно ли снижение АД **для всех** пожилых людей
- У пациентов **со старческой астенией** потенциально высок риск вреда от снижения АД

PARTAGE : 2-кратное повышение смертности при САД <130 ммHg на фоне комбинированной АГТ у резидентов домов престарелых

Kaplan-Meier Survival Curves in Patients With Low Systolic Blood Pressure (SBP) Receiving Multiple BP Medicines and All Other Groups



Траектории САД у лиц >80 лет в течение 5 лет наблюдения в зависимости от АГТ:

снижение САД за 24 ч мес до смерти независимо от АГТ

В



Шанс САД <120 мм рт.ст. в последние 3 мес жизни в 6 раз выше по сравнению с предыдущими 5 годами независимо от АГТ и без признаков усиления АГТ в последние 2 года жизни

Снижение САД в последние 2 года жизни может быть причиной ассоциации низкого САД с общей смертностью в нерандомизированных исследованиях

АГ и ортостатическая гипотония (ОГ)

- ОГ – снижение САД ≥ 20 mmHg или DBP ≥ 10 mmHg в течение 3 мин после перехода в вертикальное положение
- Распространенность ОГ у пожилых пациентов с АГ в наблюдательных исследованиях варьирует от 8.1% до 79%
- АГ – фактор риска ОГ
- АГТ нередко провоцирует ОГ
- Клиническая дилемма сочетания АГ и ОГ
 - ОГ при неконтролируемой АГ (АД $> 140/90$) - увеличение риска падений в 2.5 раза vs неконтролируемая АГ без ОГ

Ведение АГ, сочетающейся с ОГ

- Менее жесткий уровень целевого АД
- Пошаговая отмена АГП, если назначено 3 и более препарата
- Блокаторы РААС и некоторые АК в меньшей степени вызывают ОГ, чем другие препараты, и могут рассматриваться в качестве альтернативы
- Разделение доз и назначение на ночь 1 препарата, если требуется более 1
- Отмена препаратов, предрасполагающих к ОГ
- Анализ немедикаментозный причин ОГ

АГ и падения

- Падения наносят большой вред пожилым
- Факторы риска: нарушения баланса, ОГ, полипрагмазия¹
- Противоречивые данные о прямой ассоциации между АГТ и падениями²⁻⁵
- Риск падений зависит от длительности АГТ, максимален в течение 8 нед после начала или интенсификации АГТ^{6,7}
- При длительной терапии некоторые классы АГТ (ТД, АК, ББ) могут предупреждать риск переломов бедра^{8,9}
- Необходимы дальнейшие исследования для понимания проблемы

1. Rubenstein, 2006
2. Leipzig *et al.* 1999
3. Woolcott *et al.* 2009;
4. Zang, 2013
5. Tinetti *et al.* 2014
6. Butt *et al.* 2012
7. Shimbo *et al.* 2016
8. Peters *et al.* 2010
9. Ruths *et al.* 2015

АГ и когнитивные нарушения

- Риск и АГ, и деменции растет с возрастом¹
- Распространенность деменции среди лиц 65+ оценивается в 6.5%, легких когнитивных нарушения – значительно больше²
- АГ в среднем возрасте – важный модифицируемый ФП деменции^{3,4}

Тактика ведения пациентов с АГ и синдромом старческой астении

- Выбор препарата: блокатор РААС, АК, ТД
- Начало: **низкая доза 1 препарата**
- Несмотря на высокий СС риск, связанный с возрастом, не следует начинать лечение с высокой дозы 1 препарата или комбинированной терапии. Комбинированная терапия только при неэффективности низкодозовой монотерапии

Заключение

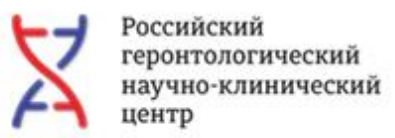
Старческая астенция, автономность и мультиморбидность – главные детерминанты решения лечить или не лечить АГ у очень пожилых пациентов

- Лечить всех “крепких” пациентов с АГ
 - Фокус на САД
 - Целевое САД 140-150 mmHg
- Начало с 1 препарата в низкой дозе. Медленная интенсификация режима
 - Не больше 3 АГП после 80 лет
 - Контроль на предмет ОГ
- Уменьшение интенсивности АГТ при САД <130 mmHg и/или ОГ
 - Контроль функции почек

Категория пациентов	Начало антигипертензивной терапии и целевые значения АД	Примечание
60-79 лет без старческой астении	<p>Начало АГТ в зависимости от категории риска сердечно-сосудистых событий</p> <p>АГТ показана всем пациентам с САД ≥ 160 мм рт.ст.</p> <p>Целевой уровень АД 140-150 мм рт.ст.</p> <p>Начало АГТ может быть рассмотрено при САД ≥ 140 мм рт.ст. с достижением целевого уровня < 140 мм рт.ст. при условии хорошей переносимости лечения</p>	<p>При выявлении старческой астении у пациентов в возрасте 60 - 79 лет применяются рекомендации для пациентов 80 лет и старше со старческой астенией</p> <p>Обязательно проведение ортостатической пробы до и на фоне АГТ. При выявлении ортостатической гипотонии следует оценивать способствующие ей факторы (сопутствующее лечение, недоедание, обезвоживание)</p>
80 лет и старше без старческой астении	<p>Начало АГТ при САД ≥ 160 мм рт.ст. либо продолжать предшествующую АГТ при условии ее хорошей переносимости . Целевое САД 140-150 мм рт.ст.</p> <p>При достижении уровня САД < 130 мм рт.ст. следует рассмотреть уменьшение дозы вплоть до отмены</p> <p>Начинать АГТ с низкой дозы одного препарата</p> <p>Комбинированную АГТ назначать только при неэффективной низкодозовой монотерапии</p> <p>Тщательное мониторирование в отношении появления признаков старческой астении</p>	<p>Начало АГТ или смена лекарственных препаратов и их доз увеличивает риск падений.</p> <p>Для пациентов 80 лети старше со старческой астенией в качестве немедикаментозных мер не рекомендуется снижение веса и ограничение соли</p>
80 лет и старше со старческой астенией	<p>Индивидуальный подход на основе результатов КГО с определением целевых значений АД и тактики АГТ</p> <p>Начало АГТ с низких доз и монотерапии под тщательным контролем КГО</p>	

ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России

Версия для слабовидящих



129226, г. Москва, ул. 1-ая Леонова, дом 16

Ботанический сад [схема проезда, контакты](#)

Справочная +7 (499) 187 12 54
Запись +7 (499) 187 29 96
на прием +7 (499) 187 27 79

- О ЦЕНТРЕ
- ПАЦИЕНТАМ
- СПЕЦИАЛИСТАМ

Диагностика проблем, наблюдение и поддержка пожилого человека

- Главный гериатр Минздрава России
- Мероприятия
- Научная работа
- Методические материалы
- Проекты документов**
- Образование

Я хочу помочь пожилым!

Проекты документов

Проект документа "Профессиональный стандарт "врач - гериатр"

Проект методических рекомендаций по предупреждению жестокого обращения с

Новости



9.02.2018
В соцслужбах Москвы будет работать 72 врача-

Фармакотерапия у лиц пожилого и старческого возраста



Российская ассоциация геронтологов и гериатров



Российское научное медицинское общество терапевтов



Организация содействия развитию догоспитальной медицины «Амбулаторный Врач»



Российское кардиологическое общество



Ассоциация клинических фармакологов

Заполните контрольные тесты по ссылке

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScSZ4-2nOPLbxKTgGwJzBPfQPJQtXj-q16l-79eIB8LDEdXYw/viewform?usp=sf_link