




# ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие.....	6
Участники издания.....	7
Список сокращений и условных обозначений.....	9
Клинические рекомендации и доказательная медицина.....	12
<b>Глава 1. Тактика врача-терапевта участкового при оказании медицинской помощи по поводу заболевания.....</b>	<b>14</b>
1.1. Анемия желездефицитная.....	14
1.2. Анемия хронических заболеваний  .....	24
1.3. Анемия, обусловленная дефицитом витамина В <sub>12</sub> .....	24
1.4. Артериальная гипертензия.....	30
1.5. Бронхиальная астма.....	52
1.6. Внебольничная пневмония.....	70
1.7. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.....	77
1.8. Грипп.....	83
1.9. Дислипидемия.....	93
1.10. Инфекция мочевыводящих путей: пиелонефрит, цистит, бессимптомная бактериурия.....	100
1.11. Ишемическая болезнь сердца (хронический коронарный синдром).....	109
1.12. Ожирение.....	124
1.13. Остеоартроз.....	131
1.14. Остеопороз  .....	139
1.15. Острая неспецифическая боль в нижней части спины.....	139
1.16. Острый тонзиллофарингит.....	150
1.17. Предиабет.....	158
1.18. Ревматоидный артрит.....	166
1.19. Сахарный диабет.....	174
1.20. Синдром раздраженного кишечника.....	187
1.21. Функциональная диспепсия.....	195
1.22. Хроническая болезнь почек.....	202
1.23. Хроническая обструктивная болезнь легких.....	211
1.24. Хроническая сердечная недостаточность.....	224
1.25. Язвенная болезнь.....	235
<b>Глава 2. Тактика врача-терапевта участкового при оказании медицинской помощи при неотложных состояниях.....</b>	<b>243</b>
2.1. Неотложная помощь при анафилактическом шоке.....	243
2.2. Неотложная помощь при ангионевротическом отеке.....	245
2.3. Неотложная помощь при гипертоническом кризе.....	248
2.4. Неотложная помощь при желудочно-кишечном кровотечении.....	256
2.5. Неотложная помощь при кардиогенном шоке.....	258
2.6. Неотложная помощь при отеке легких.....	262
2.7. Неотложная помощь при остром коронарном синдроме.....	264
2.8. Неотложная помощь при почечной колике.....	275
2.9. Неотложная помощь при приступе бронхиальной астмы.....	278
<b>Глава 3. Тактика врача-терапевта участкового при оказании медицинской помощи при старческой астении.....</b>	<b>280</b>
<b>Глава 4. Тактика врача-терапевта участкового для раннего выявления онкологической патологии.....</b>	<b>293</b>
<b>Глава 5. Вакцинопрофилактика респираторных инфекций групп риска.....</b>	<b>301</b>
Список литературы  .....	303
Справочник лекарственных средств.....	303

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Настоящее практическое руководство из серии «Тактика врача» предназначено для врачей амбулаторно-поликлинического звена и освещает актуальные вопросы терапии.

Цель данной серии — помочь врачам первичного звена за короткое время найти оптимальное решение в любых ситуациях, придерживаясь подходов, изложенных в национальных клинических рекомендациях.

В книгу вошли наиболее часто встречающиеся болезни органов дыхания, пищеварения, а также такие важные и социально значимые хронические неинфекционные заболевания, как артериальная гипертензия, сахарный диабет, хроническая болезнь почек, ишемическая болезнь сердца и др. Материал изложен по единой структуре, состоящей из определения, классификаций с примерами формулировок диагноза, диагностики, лечения, реабилитации и профилактики. Особенно удачной находкой является указание для каждой болезни ориентировочных сроков временной нетрудоспособности и критериев выздоровления. В электронных приложениях предложен расширенный уточняющий материал, при помощи которого врач может получать дополнительную информацию, отражающую ключевые утверждения современных рекомендаций.

Практическое руководство создано большим коллективом авторов, которые стремились понятным для врачей языком изложить оптимальный объем и последовательность лечебно-диагностических мероприятий. Формат и дизайн руководства позволили хорошо структурировать материал, ключевые вопросы диагностики и лечения изложены в виде таблиц и схем. Особенностью книги является раздел, посвященный формированию приверженности пациентов профилактике и лечению заболеваний, который содержит специальные речевые модули и инфографику.

Мы надеемся, что книга станет удобным инструментом для врачей-терапевтов участковых. В свою очередь, авторы с благодарностью примут предложения по улучшению практического руководства и критические замечания.

*Мартынов Анатолий Иванович,  
доктор медицинских наук,  
профессор, академик РАН,  
президент Российского научного  
медицинского общества терапевтов*

## КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

Клинические рекомендации (*guidelines*) — это документ, который создается группой экспертов на основании выполненного систематического анализа наилучших доказательств наиболее эффективных лечебных или диагностических вмешательств, а также содержит информацию об эпидемиологии соответствующего заболевания и его прогнозе.

Обоснованность применения каждого пункта рекомендации определяется уровнем достоверности доказательств и уровнем убедительности рекомендаций, отражающих качество и/или объем соответствующей доказательной информации, на которых основана такая рекомендация.

Уровень убедительности рекомендаций по использованию метода диагностики (лечения) для описанного заболевания в упрощенном виде выражает следующую позицию авторов: «сильная», «условная» или «слабая рекомендация».

**Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.**

**А** — сильная рекомендация [все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными].

**В** — условная рекомендация [не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными].

**С** — слабая рекомендация [отсутствие доказательств надлежащего качества все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными].

Уровень достоверности доказательств (для методов профилактики, лечения и реабилитации) отражает степень проверенности лежащих в ее основе фактов с позиций статистики.

**Шкала оценки уровней достоверности доказательств для методов профилактики, лечения и медицинской реабилитации.**

**1** — систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа.

**2** — отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением метаанализа.

**3** — исследования без последовательного контроля референсным методом, или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода, или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования.

- 4 — несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай—контроль».
- 5 — имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов.

Наиболее высокий уровень рекомендаций соответствует **1А**.

Доказательства эффективности какого-либо метода лечения не заменяют клиническое мышление и не снимают с врача ответственности за принятие индивидуального решения в отношении каждого конкретного пациента.

Доказательная медицина (в оригинале *evidence-based medicine*) является фундаментом, на котором базируются, во-первых, отказ от неэффективных (вредных) методик и вытеснение их из медицинской практики, во-вторых — выявление и продвижение эффективных методов медицинской помощи. Это раздел медицины, основанный на доказательствах и предполагающий поиск, сравнение, обобщение и широкое распространение полученных доказательств для использования в интересах пациентов (определение рабочей группы *Evidence Based Medicine Working Group*, 1993).

Поэтапная реализация принципов доказательной медицины включает правильно сформулированный вопрос, получение ответа, оценку доказательств, оценку применимости в данной клинической ситуации и проверку практикой.

# ТАКТИКА ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА УЧАСТКОВОГО ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ

СА — основной гериатрический синдром, характеризующийся ассоциированным с возрастом снижением физиологических резервов и функций многих систем организма, приводящий к повышенной уязвимости организма пожилого человека к воздействию эндо- и экзогенных факторов с высоким риском развития неблагоприятных исходов для здоровья, потери автономности и смерти.

Развитие СА сопровождается снижением физической и функциональной активности, адаптационного и восстановительного резерва организма, повышает риск развития неблагоприятных исходов (госпитализации, развитие функционального дефицита, физические ограничения, падения и переломы, смерть).

**Гериатрический синдром** — многофакторное возраст-ассоциированное клиническое состояние, ухудшающее качество жизни и повышающее риск функциональных нарушений, неблагоприятных исходов (зависимость от посторонней помощи, госпитализации, потребность в долгосрочном уходе, смерть).

Гериатрический синдром не является проявлением патологии одного органа или системы организма, в отличие от традиционного клинического синдрома, а отражает комплекс изменений в нескольких системах. Возникновение одного гериатрического синдрома повышает риск развития других гериатрических синдромов.

**Гериатрические синдромы:**

- СА;
- деменция;
- синдром поведенческих и психических нарушений у пациентов с деменцией;
- делирий (острая спутанность сознания);
- депрессия;
- остеопороз;
- саркопения (с точки зрения гериатрии — прогрессирующая генерализованная потеря силы, массы и функции скелетных мышц вследствие старения без других причин);
- функциональные нарушения;
- снижение мобильности;
- нарушение равновесия;
- головокружение;
- ортостатический синдром (ортостатическая гипотония, ортостатическая тахикардия без симптомов или с ними);

- сенсорные дефициты (снижение зрения, слуха);
- недержание мочи и/или кала;
- констипационный синдром;
- мальнутриция (недостаточность питания);
- дегидратация;
- хронический болевой синдром.

**Преастенция** — предшествующее развитию синдрома СА состояние, характеризующееся наличием отдельных признаков, количественно недостаточных для постановки диагноза СА.

**Пожилой возраст** — 60–74 года по классификации возрастных групп Всемирной организации здравоохранения (2012 г.).




**Старческий возраст** — 75–89 лет по классификации возрастных групп Всемирной организации здравоохранения (2012 г.).




## КОД ПО МКБ-10

R54 — старческий возраст без упоминания о психозе, старость без упоминания о психозе, СА, слабость.

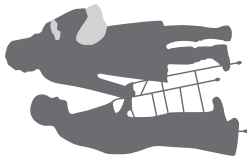


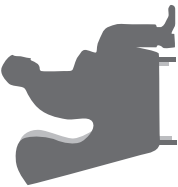
СА указывается в качестве первого сопутствующего состояния, в диагнозе должны быть отражены степень сохранности функциональной активности и все выявленные гериатрические синдромы. СА не может быть единственным выявленным гериатрическим синдромом.

В качестве основного заболевания указывается наиболее ресурсоемкое заболевание.

Внешний вид	Категория	Описание	Функциональная категория	Герматрические синдромы	Деменция
	1 Отличное состояние здоровья	Пациенты активны, энергичны, высокий уровень мотивации, нет ограничений физической активности	Независимы от посторонней помощи	Нет	Нет
	2 Хорошее состояние здоровья	Имеются заболевания в неактивной фазе. Уровень физической активности несколько ниже, чем у пациентов из категории 1. Нередко выполняют физические упражнения, высокая сезонная активность (например, летом)			
	3 Удовлетворительное состояние здоровья	Имеются хронические заболевания, хорошо контролируемые лечением. Нерегулярная активность, помимо рутинной ходьбы			
				Нет или единичные синдромы в легкой форме (например, недержание мочи или снижение зрения/слуха). Мобильность сохранена	

Внешний вид	4	Категория	Описание	Функциональная категория	Гериатрические синдромы	Деменция
	4	Преастения	<p>Физическая активность ограничена, несмотря на независимость от посторонней помощи.</p> <p>Типичны жалобы на медлительность, повышенную утомляемость</p>	<p>В основном независимы от посторонней помощи.</p> <p>Может потребоваться помощь при необходимости добираться до мест, расположенных вне привычной дистанции.</p> <p>Базовая функциональная активность сохранена (индекс Бартел 100/100 баллов).</p> 	<p>Небольшое снижение мобильности</p> <p>+ появление или усиление выраженной единичных синдромов</p>	Нет
	5	Легкая СА	<p>Значительно более медлительны. Возникают проблемы с самостоятельным совершением покупок и прогулками, приготовлением пищи и выполнением работы по дому.</p> <p>Нуждаются в помощи при выполнении мероприятий из категории инструментальной функциональной активности (финансовые вопросы, транспорт, работа по дому, прием препаратов)</p>	<p>Зависимы от посторонней помощи.</p> <p>Базовая функциональная активность сохранена (индекс Бартел 100/100 баллов)</p>	<p>Множественные гериатрические синдромы</p>	<p>Нет</p> <p>или</p> <p>может быть деменция легкой-умеренной степени</p>



Внешний вид	Категория	Описание	Функциональная категория	Гериатрические синдромы	Деменция
	6 Умеренная СА	Проблемы с подъемом по лестнице, нуждаются в помощи при выполнении гигиенических мероприятий. Минимальная потребность в помощи с одеванием. Нуждаются в помощи почти во всех видах инструментальной функциональной активности и ведении домашнего хозяйства	Зависимы от посторонней помощи. Базовая функциональная активность умеренно снижена (индекс Бартел >60 баллов)	Множественные гериатрические синдромы	Нет или может быть деменция от легкой до тяжелой степени
	7 Тяжелая СА	Полная зависимость (физически или когнитивно) от посторонней помощи. Состояние в целом относительно стабильное. Риск смерти в течение ближайших 6 мес невысокий	Зависимы от посторонней помощи. Базовая функциональная активность значительно снижена (индекс Бартел ≤60 баллов)		
	8 Очень тяжелая СА	Полная зависимость от посторонней помощи, приближение к концу жизни. Обычно не могут восстановиться даже после легкой болезни	Полностью зависимы от посторонней помощи. Индекс Бартел <20 баллов	Множественные гериатрические синдромы	Нет или может быть деменция от легкой до крайне тяжелой степени
	9 Терминальное состояние	Приближение к концу жизни. Ожидаемая продолжительность жизни менее 6 мес	Различный уровень зависимости от посторонней помощи	Могут быть множественные гериатрические синдромы	

## ПРИМЕРЫ ДИАГНОЗОВ

- ГБ II стадии. Контролируемая АГ. ГЛЖ. Гипертоническая нефропатия, ХБП, С3а, А2. Риск 4 (очень высокий). СА. Снижение базовой функциональной активности (индекс Бартел 80/100 баллов). Повторные падения. Умеренное когнитивное расстройство. Депрессивный синдром. Двусторонняя тугоухость (хорошая коррекция слуха слуховым аппаратом).
- БА неаллергическая, персистирующая, средней степени тяжести, хорошо контролируемая. СА. Остро возникшие функциональные нарушения. Снижение базовой функциональной активности (индекс Бартел 40/100 баллов). Повторные падения. Орофарингеальная дисфагия. Инсомния. ИБС, стенокардия напряжения, II ФК. Фибрилляция предсердий, постоянная форма, тахисистолический вариант. ХСН с сохраненной ФБ (58%), стадия IIБ, ФК II.




## ДИАГНОСТИКА

Признаки/симптомы	Комментарии
<b>1. Оценка жалоб и анамнез</b>	
1.1. Жалобы	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Повышенная утомляемость.</li> <li>• Снижение активности.</li> <li>• Нарастание затруднений при ходьбе.</li> <li>• Изменение походки.</li> <li>• Жалобы, обусловленные наличием хронических заболеваний.</li> <li>• Жалобы, обусловленные гериатрическими синдромами</li> </ul>
1.2. Анамнез	<p>Оценка давности признаков снижения автономности и их динамика:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• снижение массы тела;</li> <li>• повторные падения;</li> <li>• нарушения ходьбы;</li> <li>• уменьшение физической активности (пожилые люди стали меньше двигаться, реже выходить из дома, перестали совершать прогулки и др.);</li> <li>• отказ от еды;</li> <li>• появление неопрятности в одежде;</li> <li>• снижение способности к самообслуживанию</li> </ul>
<b>2. Признаки и симптомы, указывающие на возможное наличие синдрома СА или повышенный риск его формирования</b>	
2.1. Клинические	<p>Непреднамеренная потеря веса (особенно <math>\geq 4,5</math> кг за прошедший год)*.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Недержание мочи*.</li> <li>• Потеря аппетита</li> <li>• Потеря мышечной массы/силы (саркопения).</li> <li>• Остеопороз.</li> <li>• Снижение зрения/слуха.</li> <li>• Хроническая боль.</li> <li>• Повторные вызовы скорой медицинской помощи/госпитализации</li> </ul>

Признаки/симптомы	Комментарии
2.2. Психозомоциональные	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Делирий*.</li> <li>• Когнитивные нарушения/деменция*.</li> <li>• Депрессия.</li> <li>• Поведенческие нарушения.</li> <li>• Нарушенный режим сон/бодрствование</li> </ul>
2.3. Функциональные	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Зависимость от посторонней помощи*.</li> <li>• Значительное ограничение мобильности*.</li> <li>• Недавнее(-ие) падение(-я)*, страх падений.</li> <li>• Нарушение равновесия.</li> <li>• Повышенная утомляемость.</li> <li>• Снижение физической активности/выносливости</li> </ul>
2.4. Лекарственные препараты и алкоголь (5С)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Наличие факторов, предрасполагающих к развитию нежелательных лекарственных реакций (наличие четырех и более хронических заболеваний, ХСН, заболевания печени, полипрагмазия, анамнез нежелательных побочных реакций)*.</li> <li>• Полипрагмазия.</li> <li>• Увеличение потребления алкоголя</li> </ul>
2.5. Социальные	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Социальная изоляция.</li> <li>• Изменение жизненных обстоятельств.</li> <li>• Изменение в поддержке семьи/опекуна.</li> <li>• Пребывание ухаживающего лица в состоянии стресса</li> </ul>
<b>3. Скрининг СА</b>	
Выполняется любым медицинским работником, контактирующим с пациентом 60 лет и старше, в первую очередь врачом-терапевтом участковым или врачом общей практики (семейным врачом) с использованием опросника «Возраст не помеха» (2В)	
Похудели ли Вы на 5 кг и более за последние 6 мес? <i>Непреднамеренная потеря веса</i>	<i>Да/нет</i>
Испытываете ли Вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения или слуха?	<i>Да/нет</i>
Были ли у Вас в течение последнего года травмы, связанные с падением, или падения без травм?	<i>Да/нет</i>
Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель?	<i>Да/нет</i>
Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?	<i>Да/нет</i>
Страдаете ли Вы недержанием мочи?	<i>Да/нет</i>
Испытываете ли Вы трудности при перемещении по дому или на улице (ходьба до 100 м или подъем на один лестничный пролет)?	<i>Да/нет</i>
За каждый положительный ответ начисляется 1 балл: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 балла и менее — нет СА</li> <li>• 3–4 балла — вероятная преаестения</li> <li>• 5–7 баллов — вероятная СА</li> </ul>	
5 баллов и более	Пациента необходимо направить в гериатрический кабинет для выполнения комплексной гериатрической оценки (КГО) с целью диагностики СА и разработки индивидуального плана ведения (2В)

Признаки/симптомы	Комментарии
3–4 балла	Пациента необходимо направить в гериатрический кабинет для выполнения краткой батареи тестов физического функционирования, и/или динамометрии и теста Мини-ког с целью уточнения гериатрического статуса и определения показаний для выполнения КГО (5С)
<p><b>4. КГО — многомерный междисциплинарный диагностический процесс, включающий оценку физического и психоземotionalного статуса, функциональных возможностей и социальных проблем пожилого человека с целью разработки плана лечения и наблюдения, направленного на восстановление или поддержание уровня его функциональной активности</b></p>	
<p>Выполняется врачом-гериатром (гериатрический кабинет, гериатрическое отделение, на дому), медицинской сестрой и другими участниками мультидисциплинарной команды (инструктор-методист по лечебной физкультуре, врач-диетолог, врач-невролог, медицинский психолог и другие специалисты)</p>	
<p><i>КГО проводится пациентам в стабильном состоянии, отобранным на основании скрининга, и не проводится на фоне острых заболеваний или декомпенсации хронических состояний</i></p>	
<p>Основные задачи КГО:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• определение основных проблем, ухудшающих функциональный статус и качество жизни пациента;</li> <li>• определение степени тяжести СА (см. «Классификация»);</li> <li>• разработка плана мероприятий, направленных на разрешение/устранение этих проблем</li> </ul>	
<p><i>Плановое повторное КГО пациента с СА проводится не реже 1 раза в 12 мес</i></p>	
<p>КГО проводится перед проведением диагностических и иных мероприятий по подозреваемому или ранее диагностированному заболеванию (если это заболевание или состояние не является острым и/или жизнеугрожающим) у пациентов с высоковероятной СА с целью определения тактики ведения на основании целостного пациент-ориентированного подхода (5С)</p>	
<p>КГО проводится перед выполнением плановых хирургических вмешательств, принятием решения о тактике лечения онкологических и других заболеваний с целью определения отношения польза/риск вмешательства, прогнозирования возможных изменений функционального статуса пациента и потребностей в посторонней помощи и уходе, а также планирования объема реабилитационных мероприятий (2В)</p>	
<p><b>5. Лабораторные исследования</b></p>	
<p>Комплекс лабораторных исследований проводится с целью диагностики и/или дифференциальной диагностики состояний, потенциально влияющих на течение СА и/или имеющих сходные клинические проявления, в том числе анемии, СН, СД, ХБП, нарушением функции печени и щитовидной железы, электролитных нарушений и др.</p>	
5.1. ОАК (3В)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Наличие анемии у пациентов пожилого и старческого возраста ассоциировано с повышенным риском развития СА.</li> <li>• Анемия легкой степени влияет на увеличение риска смерти, повышает заболеваемость, снижает качество жизни, связана с развитием депрессии, ухудшением функционального статуса, когнитивными нарушениями.</li> <li>• Анемия способствует прогрессированию синдрома СА.</li> <li>• При выявлении анемии проводится уточнение ее характера [исследование уровня железа, ферритина, витамина В<sub>12</sub> (4С), фолата в крови]</li> </ul>

Признаки/симптомы	Комментарии
5.2. Креатинин крови (2В)	Оценка функционального состояния почек и выбора режима дозирования лекарственных средств
5.3. Тиреотропный гормон (3В)	Дифференциальная диагностика и определение тактики ведения
5.4. Общий белок и альбумин в крови (4С)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Выявление синдрома недостаточности питания и прогнозирование риска прогрессирования СА.</li> <li>• Снижение концентрации общего белка и альбумина при синдроме СА является признаком белково-энергетической недостаточности и недостаточности питания.</li> <li>• Низкие уровни ухудшают прогноз жизни при СА</li> </ul>
<b>6. Другие методы исследования</b>	
<div style="text-align: center;">  </div> <p>Объем обследования определяется с учетом результатов КГО, клинического суждения врача об ожидаемой продолжительности жизни пациента и персонализированных целей его лечения</p>	

\* Признаки, свидетельствующие о более высокой вероятности наличия синдрома СА.

## КРИТЕРИИ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ

Отсутствуют. Основная цель — сохранение и поддержание автономности и улучшение качества жизни пациентов пожилого и старческого возраста независимо от наличия синдрома СА в течение как можно более длительного времени путем надежного и безопасного контроля имеющихся заболеваний, профилактики прогрессирования существующих и появления новых гериатрических синдромов.



### ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Врач-терапевт участковый является лечащим врачом пациента с синдромом СА и совместно с врачом-гериатром выполняет индивидуальный план ведения пациента. Не реже 1 раза в год врачом-гериатром проводится мониторинг гериатрического статуса пациента с синдромом СА.

Для большинства пациентов с синдромом СА при возникновении обострения хронических заболеваний предпочтительно оказание медицинской помощи на дому при возможности обеспечения необходимого объема диагностической и лечебной помощи.

Наличие синдрома СА не является причиной отказа в оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Показания для госпитализации (плановой, неотложной и экстренной)	Ориентировочные действия врача
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Заболевания терапевтического профиля и некоторые симптомы неврологического профиля у пациента с синдромом СА:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– постинсультные расстройства (не ранее чем через 6 мес после инсульта);</li> <li>– дисциркуляторная энцефалопатия (ЦВБ);</li> <li>– головокружения, нарушения сна;</li> <li>– нервно-мышечные заболевания;</li> <li>– хронический болевой синдромом;</li> <li>– легкая и умеренная депрессия, болезнь Альцгеймера и когнитивные расстройства другого происхождения на стадии додементных нарушений и деменции легкой и средней степени тяжести при отсутствии аффективно-поведенческих расстройств.</li> </ul> </li> <li>• Необходимость продления срока лечения в стационарных условиях с целью восстановления утраченной способности к самообслуживанию после ортопедических, хирургических вмешательств.</li> <li>• Необходимость проведения обследования пациентов с синдромом СА и зависимость от посторонней помощи при отсутствии возможности обследования в амбулаторных условиях</li> </ul>	<p>Плановая госпитализация в гериатрическое отделение</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Необходимость оказания специализированной или высокотехнологичной медицинской помощи пациенту с синдромом СА</li> </ul>	<p>Плановая госпитализация в профильное отделение</p>



## РЕАБИЛИТАЦИЯ

Реабилитация может проводиться в условиях реабилитационного центра/отделения (при наличии специалиста по гериатрической реабилитации) или гериатрического отделения после получения специализированной или высокотехнологичной медицинской помощи.


В программу реабилитации включаются 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 (5С).






## ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Пациент с преастицией наблюдается врачом-терапевтом участковым в соответствии с действующим порядком профилактических осмотров и диспансеризации.

Диспансерное наблюдение пациента с синдромом СА осуществляет врач-гериатр в соответствии с индивидуальным планом ведения, выполнением КГО не реже 1 раз в год.

## ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И СОСТОЯНИЙ ПРИ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ

Показатель/терапия/препарат	Комментарий
<p>При выборе тактики лекарственной терапии у пациентов пожилого и старческого возраста необходимо принимать во внимание не только наличие хронических и/или острых заболеваний, но и гериатрических синдромов (особенно СА), результаты оценки функционального статуса, наличие когнитивных и эмоциональных нарушений, а также социальных проблем <b>(5C)</b></p>	
<b>1. Профилактика падений и переломов при СА</b>	
<p>Колекальциферол <b>(1B)</b></p> 	<p>Коррекция уровня витамина D, профилактика падений и переломов, улучшение прогноза жизни:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• коррекция дефицита [уровень 25(OH)D менее 20 нг/мл] — 50 000 международных единиц еженедельно в течение 8 нед внутрь или 8000 международных единиц в день в течение 8 нед внутрь;</li> <li>• коррекция недостатка [уровень 25(OH)D менее 20–29 нг/мл] 50 000 международных единиц еженедельно в течение 4 нед внутрь или 8000 международных единиц в день в течение 4 нед внутрь;</li> <li>• поддержание уровня витамина D &gt;30 нг/мл — 1000–2000 международных единиц ежедневно внутрь</li> </ul>
<p>Антиостеопоротическая антирезорбтивная терапия <b>(2B)</b></p>	<p>Назначение алендроновой кислоты или золедроновой кислоты (см. «Остеопороз») для профилактики переломов при синдроме СА и остеопорозе</p>
<p>При проведении лечения хронических заболеваний (АГ, ИБС, ХСН, СД, фибрилляции предсердий, онкологических заболеваний, заболеваний костно-мышечной системы и др.) необходимо принимать во внимание результаты КГО, ожидаемую продолжительность жизни и персонализированные цели пациента с синдромом СА с учетом действующих клинических рекомендаций <b>(2B)</b></p>	
<b>2. АГ и СА (см. также «Артериальная гипертензия»)</b>	
<p>2.1. Целевое АД</p>	<p>При СА и приеме антигипертензивной терапии целевой уровень САД составляет 140–150 мм рт.ст. <b>(5C)</b></p>
<p>2.2. Интенсивность антигипертензивной терапии</p>	<p>При снижении САД &lt;130 мм рт.ст. или ортостатической гипотонии необходимо уменьшить интенсивность терапии вплоть до отмены для профилактики функционального снижения при СА <b>(5C)</b></p>
<p>2.3. Старт терапии <b>(5C)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Антигипертензивная терапия начинается с одного препарата в низкой дозе.</li> <li>• Комбинированная терапия назначается только при неэффективности монотерапии.</li> <li>• Не применяется более трех гипотензивных препаратов для обеспечения безопасности лечения при СА</li> </ul>
<p>2.4. Гипотензивная терапия <b>(1B)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Для лечения АГ используются БМКК, диуретики в низких дозах, БРА, иАПФ.</li> <li>• При лечении БА назначаются только при наличии установленных показаний</li> </ul>

Показатель/терапия/ препарат	Комментарий
<p>Не существует единых рекомендаций по лечению АГ у пациентов с синдромом СА. При тяжелой СА нет данных о том, что антигипертензивная терапия снижает риск сердечно-сосудистых исходов, однако есть данные о ее небезопасности в отношении поддержания когнитивных функций и функциональных способностей пациента</p>	
<b>3. Фибрилляция предсердий и СА</b>	
<p>Оральные антикоагулянты назначаются с целью профилактики инсульта и венозных тромбоэмболических осложнений при неклапанной фибрилляции предсердий <b>(4C)</b></p>	
<p>Апиксабан</p> 	<p>2,5–5 мг 2 раза в сутки независимо от приема пищи</p>
<p>Ривароксабан</p> 	<p>2,5–20 мг/сут, режим дозирования индивидуальный, в зависимости от показаний и индивидуальных особенностей пациента</p>
<p>Дабигатрана этексилат</p> 	<p>75–150 мг/сут независимо от приема пищи</p>
<b>4. Антитромботическая терапия и СА</b>	
<p>Назначается для вторичной профилактики ССЗ <b>(4C)</b> и не рекомендуется с целью первичной профилактики ССЗ ввиду неблагоприятного отношения риск/польза <b>(2A)</b></p>	
<p>Ацетилсалициловая кислота</p> 	<p>75–100 мг/сут</p>
<p>Клопидогрел</p> 	<p>75 мг/сут</p>
<p>Двойная антитромбоцитарная терапия (ацетилсалициловая кислота в дозе 75–100 мг/сут + клопидогрел 75 мг/сут) в течение 12 мес рекомендована пациентам пожилого и старческого возраста (включая СА) с ОКС и/или после ЧКВ <b>(5C)</b></p>	
<b>5. Гиполипидемическая терапия и СА</b>	
<p>Статины пациентам пожилого и старческого возраста с СА назначаются с целью вторичной профилактики ССЗ при условии отсутствия противопоказаний и хорошей индивидуальной переносимости <b>(2A)</b></p>	
<p>С целью первичной профилактики ССЗ пациентам 75 лет и старше, независимо от наличия СА, статины назначать не рекомендуется ввиду отсутствия убедительных доказательств их пользы <b>(2A)</b></p>	



Показатель/терапия/ препарат	Комментарий
<b>6. ХСН и СА (см. также «Хроническая сердечная недостаточность»)</b>	
иАПФ, АМР, петлевые диуретики назначаются пациентам с СА и ХСН со сниженной ФВ для улучшения прогноза и снижения риска госпитализаций <b>(5С)</b>	
<b>7. СД и СА (см. также «Сахарный диабет»)</b>	
При определении целевого уровня $HbA_{1c}$ у пациентов пожилого и старческого возраста с СД необходимо учитывать функциональный статус, наличие СА, деменции, атеросклеротических ССЗ и риск тяжелой гипогликемии <b>(2А)</b>	
<7,5%	Функционально независимые лица пожилого и старческого возраста без ассоциированных ССЗ и/или риска тяжелой гипогликемии
<8,0%	Функционально независимые лица пожилого и старческого возраста с ассоциированными ССЗ и/или риском тяжелой гипогликемии Функционально зависимые лица пожилого и старческого возраста без СА и/или деменции независимо от наличия или отсутствия ассоциированных ССЗ и/или риска тяжелой гипогликемии
<8,5%	Функционально зависимые лица пожилого и старческого возраста с СА и/или деменцией независимо от наличия или отсутствия ассоциированных ССЗ и/или риска тяжелой гипогликемии
Избегать гипогликемии и симптомов гипергликемии	Функционально зависимые лица пожилого и старческого возраста на завершающем этапе жизни
При выборе пероральной сахароснижающей терапии учитывается 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	
Могут быть использованы бигуаниды, иДПП или аГПП как наиболее безопасные в отношении развития гипогликемии	
Инсулинотерапия не отличается от схем, предложенных для пациентов с СД 2-го типа более молодого возраста	
<b>8. Полипрагмазия и СА</b>	
Необходим регулярный пересмотр лекарственной терапии с использованием STOPP/START-критериев у всех пациентов пожилого и старческого возраста с целью повышения безопасности и эффективности фармакотерапии, уменьшения полипрагмазии, снижения риска развития или замедления прогрессирования синдрома СА <b>(2А)</b>	