

«...нам важно как можно дольше сохранить высокое качество жизни пожилого человека...»



Ткачёва Ольга Николаевна — доктор медицинских наук, профессор, главный внештатный специалист-гериатр Минздрава России, директор Российского геронтологического научно-клинического центра. Автор более 300 научных работ, 11 монографий, национальных рекомендаций, имеет авторское свидетельство на изобретение, три патента на изобретения. Под ее руководством защищены 20 кандидатских и 5 докторских диссертаций.

Президент Общероссийской общественной организации «Российская ассоциация геронтологов и гериатров», член Общероссийской общественной организации «Российское общество профилактики неинфекционных заболеваний», Общероссийской общественной организации «Российское кардиологическое общество», Общероссийской организации «Российское медицинское общество по артериальной гипертензии», Национального медицинского общества профилактической кардиологии, Европейского общества кардиологов, Европейского общества гериатрической медицины.

— **Уважаемая Ольга Николаевна, расскажите, как у нас в стране развивается медицина для пожилых?**

— В России сейчас активно создается и развивается гериатрическая служба. В 2016 г. принят Порядок оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия». В соответствии с ним формируется трехуровневая система оказания гериатрической помощи.

Первый уровень — поликлиники, где работают кабинеты врачей-гериатров с квалифицированными медсестрами и специалистами по социальной работе. Второй уровень — стационары с гериатрическими отделениями и консультационно-гериатрическими бригадами. Третий — региональные гериатрические центры.

К нам в Российский геронтологический научно-клинический центр РНИМУ им. Н.И. Пирогова нередко обращаются врачи амбулаторного звена с просьбой скорректировать лечение наблюдаемых ими 90–100 летних пациентов. В связи с этим мы решили проводить дистанционное консультирование терапевтов, которые ведут пациентов-долгожителей и супердолгожителей.

— **Какие мишени геропротекции уже выявлены? В каком направлении идут исследования в этой области?**

— Мы считаем, что, работая во многих направлениях, сможем продвинуться в понимании процессов старения. Сейчас геронтология сконцентрировалась на таких факторах, как изменение образа жизни, снижение калорийности

питания и потребления простых углеводов, увеличение физических нагрузок. Хотелось бы подчеркнуть, что современная медицина — медицина профилактическая. В нашей стране создана система диспансеризации и профилактического консультирования. Прежде всего, нужно более серьезно подходить к информированию населения об их важности и доступности. Еще одна задача — сделать модным здоровый образ жизни.

Нельзя не упомянуть и об интенсивно развивающихся технологиях создания биопрепаратов, которые вносят весомый вклад в повышение продолжительности и качества жизни при многих заболеваниях. Уже получены интересные данные о том, что замедлять процессы старения могут инсулиносенситайзеры, некоторые молекулы статинов, ингибиторы АПФ.

— **Чем отличаются алгоритмы обследования людей пожилого возраста от привычного осмотра терапевта?**

— Задача гериатра — провести специализированную комплексную оценку пациента, чтобы определить, есть ли у него сугубо гериатрические проблемы. Затем нужно выяснить, как гериатрические синдромы могут повлиять на течение его хронических терапевтических заболеваний и на тактику ведения. Вот почему прием у гериатра занимает гораздо больше времени, чем у терапевта.

Не секрет, что врачи общей практики не слишком хорошо знакомы

с проблемами пожилых людей. Речь идет не только о болезнях, которые у пожилых лечатся совершенно иначе, чем у лиц молодого и среднего возраста, но и о других проблемах, связанных со старением: о потере физической и функциональной активности, снижении когнитивных функций. Гериатр стремится обеспечить пожилому человеку комфортную среду, чтобы он как можно дольше сохранял свою независимость от окружающих.

— **Расскажите, пожалуйста, о современных подходах к диагностике старческой астении.**

— Диагностика синдрома старческой астении основывается на данных комплексной гериатрической оценки. С помощью специальных опросников выявляют риск падений, переломов, оценивают наличие и выраженность когнитивных нарушений, депрессии, также оценивают качество жизни пожилого человека, социальные условия, в которых он находится, его физическую активность, способность к самообслуживанию и т. д. Проводят специальные тесты для оценки физического функционирования, базовой и инструментальной активности больного. Все это необходимо для разработки индивидуального плана ведения пациента с учетом его особенностей и выявленных гериатрических синдромов, а также для того, чтобы вовремя подключить социальные службы и при необходимости обучить родственников уходу за человеком со старческой астенией.

— **Каковы особенности хронической сердечной недостаточности у пожилых людей?**

— Наиболее частая особенность сердечной недостаточности у лиц пожилого возраста — сохранная фракция сердечного выброса. Однако это обстоятельство вовсе не предполагает благоприятный прогноз. В 2018 г. опубликовано согласительное мнение экспертов Общества специалистов по сердечной недостаточности, Российской ассоциации геронтологов и гериатров и Европейской ассоциации терапевтов по проблеме сердечной недостаточности у пациентов пожилого и старческого возраста. Один из важнейших выводов документа — необходимость составления индивидуального плана ведения пожилого пациента, причем его должна выполнять мультидисциплинарная команда специалистов-медиков.

— **В чем особенность лечения болевого синдрома у пожилых людей?**

— Боль — одна из самых распространенных проблем. Как правило, ее купируют приемом нестероидных противовоспалительных препаратов. Однако их побочные эффекты довольно опасны для людей пожилого возраста. И даже если сам пациент имеет представление о риске возникновения у него язвенной болезни желудка, он зачастую все равно самостоятельно и бесконтрольно принимает «защитающие» слизистую желудка препараты. Это обстоятельство еще больше ухудшает общий гериатрический статус. В задачи гериатра входит подбор безопасной и эффективной терапии боли.

— **Как реализуется индивидуализированный подход к ведению пациентов пожилого возраста с сахарным диабетом и артериальной гипертензией (АГ)?**

— В обоих случаях действует четкий принцип — выше, меньше, дольше. Имеется в виду, что целевые уровни глюкозы в крови и артериального давления (АД) у пожилых несколько выше, чем у более молодых людей. Поэтому начинать лечение диабета и АГ предпочтительно с малых доз и монотерапии. А «дольше» означает, что мы наращиваем дозы сахароснижающего или антигипертензивного препарата в несколько раз дольше, чем у более молодых больных.

В 2018 г. Европейским обществом кардиологов и Европейским обществом по артериальной гипертензии выпущена новая версия рекомендаций по АГ.

Согласно им, тактика ведения пациентов стала больше ориентироваться на раннее лечение АГ с достижением более жестких целевых уровней АД. Хочу обратить внимание на то, что в новой версии рекомендаций четко сформулировано, что даже очень пожилой возраст не является критерием, ограничивающим применение антигипертензивной терапии.

Главными факторами, усложняющими лечение АГ у пациентов старших возрастных групп, становятся полиморбидность, прием большого количества других препаратов, ортостатическая гипотония, старческая астения и отсутствие однозначных данных о пользе/вреде лечения АГ.

Для скрининга на наличие синдрома старческой астении используют валидированный опросник «Возраст не помеха». При высоковероятной старческой астении для дальнейшей диагностики синдрома выполняется комплексная гериатрическая оценка в условиях гериатрического кабинета или отделения. Это многомерный междисциплинарный диагностический процесс, включающий определение физического и психоэмоционального статуса, функциональных возможностей и социальных проблем пожилого человека для разработки плана лечения и наблюдения, направленного на восстановление или поддержание его функциональной активности.

В новой версии рекомендаций по лечению АГ у пациентов старших возрастных групп следует отметить следующие практически важные позиции. Дифференцирован в зависимости от возраста уровень САД для начала антигипертензивной терапии: у пациентов 65–79 лет ≥ 140 мм рт. ст., 80 лет и старше ≥ 160 мм рт. ст. Целевой диапазон САД для всех пациентов 65 лет и старше составляет 130–139 мм рт. ст. Более того, рекомендовано избегать снижения САД менее 130 мм рт. ст.

Для пациентов со старческой астенией целевое АД не установлено. Уровень АД на фоне антигипертензивной терапии у таких больных можно считать приемлемым, если его достижение не приводит к ухудшению функционального и когнитивного статуса или утрате автономности. Несмотря на приоритет стартовой комбинированной терапии для большинства пациентов, у лиц 80 лет и старше и больных со старческой астенией рекомендовано начинать с монотерапии АГ и использовать комбинации минимальных возможных доз препаратов.

У пациентов старших возрастных групп должна проводиться тщатель-

ная оценка ортостатической гипотонии (симптомной и бессимптомной) перед началом антигипертензивной терапии, после ее назначения и при любом изменении ее режима. Следует избегать применения препаратов, повышающих риск ортостатической гипотонии. Нужно также тщательно мониторировать безопасность снижения АД.

— **Что можно сказать об особенностях назначения статинов пациентам старше 75 лет?**

— В настоящее время нет убедительных данных о пользе статинов для пациентов 75 лет и старше. Для первичной профилактики назначение этих препаратов не рекомендовано, поскольку риски побочных эффектов и непредвиденных лекарственных сочетаний гораздо выше, чем реальная польза. То же самое можно сказать и о применении для первичной профилактики ацетилсалициловой кислоты у больных этой возрастной группы.

Если речь идет о вторичной профилактике, то назначение статинов обосновано, но в этом случае возможно использование менее интенсивной статинотерапии, чем у пациентов более молодого возраста.

— **В связи со старением населения как должна измениться подготовка врачей амбулаторного звена?**

— Гериатрия — новая для России специальность. Она активно развивается всего лишь с 2015 г. За такой короткий срок невозможно подготовить достаточное количество специалистов. В РНИМУ им. Н.И. Пирогова на базе Российского геронтологического научно-клинического центра проводятся циклы для врачей разных специальностей, для преподавателей вузов, которые уже обучают гериатров на местах, для медсестер.

Специфика нашей специальности в том, что в задачи гериатров не входит лечение конкретных болезней — нам важно как можно дольше сохранить высокое качество жизни пожилого человека, его способность к самообслуживанию.

— **Каково Ваше жизненное кредо? Что бы Вы пожелали читателям нашего журнала?**

— Мое кредо — здоровый образ жизни без компромиссов и поблажек самой себе. Всем желаю активного долголетия!

Специально для *Доктор.Ру*
Шутов Д.В.