

Комплексная помощь пожилым людям

Рекомендации по реализации мероприятий на уровне местных сообществ для контроля снижения индивидуальной жизнеспособности



**Всемирная организация
здравоохранения**

Комплексная помощь пожилым людям

Рекомендации по реализации мероприятий на уровне местных сообществ для контроля снижения индивидуальной жизнеспособности



**Всемирная организация
здравоохранения**

Комплексная помощь пожилым людям: рекомендации по реализации мероприятий на уровне местных сообществ для контроля снижения индивидуальной жизнеспособности [Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity]

ISBN 978-92-4002411-3 (версия онлайн)

ISBN 978-92-4455010-6 (версия для печати)

© **Всемирная организация здравоохранения, 2021**

Некоторые права защищены. Данная работа распространяется на условиях лицензии Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

По условиям данной лицензии разрешается копирование, распространение и адаптация работы в некоммерческих целях при условии надлежащего цитирования по указанному ниже образцу. В случае какого-либо использования этой работы не должно подразумеваться, что ВОЗ одобряет какую-либо организацию, товар или услугу. Использование эмблемы ВОЗ не разрешается. Результат адаптации работы должен распространяться на условиях такой же или аналогичной лицензии Creative Commons. Переводы настоящего материала на другие языки должны сопровождаться следующим предупреждением и библиографической ссылкой: «Данный перевод не был выполнен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), и ВОЗ не несет ответственность за его содержание или точность. Аутентичным и подлинным изданием является оригинальное издание на английском языке».

Любое урегулирование споров, возникающих в связи с указанной лицензией, проводится в соответствии с согласительным регламентом Всемирной организации интеллектуальной собственности.

Пример оформления библиографической ссылки для цитирования: Комплексная помощь пожилым людям: рекомендации по реализации мероприятий на уровне местных сообществ для контроля снижения индивидуальной жизнеспособности [Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2021. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Данные каталогизации перед публикацией (CIP). Данные CIP доступны по ссылке: <http://apps.who.int/iris/>.

Приобретение, вопросы авторских прав и лицензирование. Для приобретения публикаций ВОЗ перейдите по ссылке: <http://apps.who.int/bookorders>. Чтобы направить запрос для получения разрешения на коммерческое использование или задать вопрос об авторских правах и лицензировании, перейдите по ссылке: <http://www.who.int/about/licensing/>.

Материалы третьих лиц. Если вы хотите использовать содержащиеся в данной работе материалы, правообладателем которых является третье лицо, вам надлежит самостоятельно выяснить, требуется ли для этого разрешение правообладателя, и при необходимости получить у него такое разрешение. Риски возникновения претензий вследствие нарушения авторских прав третьих лиц, чьи материалы содержатся в настоящей работе, несет исключительно пользователь.

Общие оговорки об ограничении ответственности. Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого-либо мнения ВОЗ относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти, либо относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, в отношении которых пока еще может быть не достигнуто полное согласие.

Упоминание конкретных компаний или продукции отдельных изготовителей, патентованной или нет, не означает, что ВОЗ поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

ВОЗ приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. ВОЗ ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, возникший в результате использования этих материалов.

Министерство здравоохранения Российской Федерации финансировало перевод этой публикации на русский язык.

Содержание

Выражение признательности	iv
Сокращения	v
Методы разработки рекомендаций	vii
1 Введение	1
1.1 Обоснование необходимости настоящих рекомендаций	2
1.2 Сфера применения	3
1.3 Целевая аудитория	4
1.4 Руководящие принципы	4
2 Порядок разработки рекомендаций	5
2.1 Группа по разработке рекомендаций	5
2.2 Заявления о наличии или отсутствии заинтересованности и урегулирование конфликтов интересов	5
2.3 Определение, оценка и обобщение имеющихся фактических данных	6
2.4 Принятие решений методом консенсуса на заседании группы по разработке рекомендаций	6
2.5 Подготовка и рецензирование документов	7
3 Фактические данные и рекомендации	9
3.1 Модуль I. Снижение физических и умственных способностей	10
3.2 Модуль II. Гериатрические синдромы	21
3.3 Модуль III. Поддержка лиц, осуществляющих уход	26
4 Реализация	29
5 Публикация, распространение и оценка	33
5.1 Публикация и распространение	33
5.2 Мониторинг и оценка	33
5.3 Дальнейший пересмотр и обновление	34
Библиография	35
Приложение 1. Члены группы по разработке рекомендаций	39
Приложение 2. Оценка наличия конфликтов интересов	40
Приложение 3. Вопросы для исследования	44
Приложение 4. Процесс изучения данных	48
Глоссарий	51

Выражение признательности

Подготовка настоящих рекомендаций по вопросам комплексной помощи пожилым людям (КППЛ) координировалась Департаментом по вопросам старения и жизненного цикла Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Работу над документом курировали Islene Araujo de Carvalho, Jotheeswaran Amuthavalli Thiyagarajan, Yuka Sumi и John Beard при административной поддержке Susanna Volk.

ВОЗ выражает признательность за технический вклад, внесенный группой по разработке рекомендаций (ГРР). В алфавитном порядке: Emiliano Albanese (Сотрудничающий центр ВОЗ, Женевский университет, Женева, Швейцария); Olivier Bruyère (Льежский университет, Льеж, Бельгия); Matteo Cesari (отделение геронтологии, Больница Тулузского университета, Тулуза, Франция); Alan Dangour (Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Лондон, Соединенное Королевство); Amit Dias (Гоанский медицинский колледж, Гоа, Индия); Astrid Fletcher (Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Лондон, Соединенное Королевство); Dorothy Forbes (Альбертский университет, Эдмонтон, Канада); Anne Forster (Университет Лидса, Лидс, Соединенное Королевство); Mariella Guerra (Институт памяти, депрессии и родственных расстройств, Лима, Перу); Jill Keefe (Сотрудничающий центр ВОЗ по профилактике слепоты, Хайдарабад, Индия); Ngaire Kerse (Оклендский университет, Окленд, Новая Зеландия); Qurat ul Ain Khan (Больница Университета Ага-хана, Карачи, Пакистан); Chiungju Liu (Индийский университет, Индианаполис, Индиана, Соединенные Штаты Америки); Gudlavalleti V.S. Murthy (Индийский институт общественного здравоохранения, Хайдарабад, Мадрас, Индия); Serah Nyambura Ndegwa (Университет Найроби, Найроби, Кения); Joseph G. Ouslander (Флоридский Атлантический университет, Бока-Ратон, Соединенные Штаты Америки); Jean-Yves Reginster (Льежский университет, Льеж, Бельгия); Luis Miguel F. Gutiérrez Robledo (Национальный институт медицины в Мехико, Мехико, Мексика); John F. Schnelle (Медицинский центр Университета Вандербильта, Нэшвилл, Соединенные Штаты Америки); Kelly Tremblay (Вашингтонский университет, Сиэтл, Соединенные Штаты Америки); Jean Woo (Китайский университет Гонконга, Гонконг, Китай). Особая благодарность выражается председателю ГРР Martin Prince (Королевский колледж Лондона, Лондон, Соединенное Королевство).

Департамент ВОЗ по вопросам старения и жизненного цикла выражает признательность группе внешней оценки: A.V. Dey (Всеиндийский институт медицинских наук, Нью-Дели, Индия); Minha Rajput-Ray (Глобальный центр по вопросам питания и здоровья, Кембридж, Соединенное Королевство); Sumantra Ray (Совет медицинских исследований, Кембридж, Соединенное Королевство); Richard Uwakwe (Университет Ннамди Азикве, Авка, Нигерия).

Департамент также благодарит руководящую группу по рекомендациям в отношении КППЛ: Said Arnaout (Региональное бюро ВОЗ для стран Восточного

Средиземноморья); Anjana Bhushan (Региональное бюро ВОЗ для стран западной части Тихого океана); Alessandro Rhyll Demaio (Департамент ВОЗ по питанию для здоровья и развития); Shelly Chadha (Департамент ВОЗ по неинфекционным заболеваниям, инвалидности и предупреждению насилия и травматизма); Tarun Dua (Департамент по вопросам психического здоровья и злоупотребления психоактивными веществами); Manfred Huber (Европейское региональное бюро ВОЗ); Silvio Paolo Mariotti (Департамент ВОЗ по неинфекционным заболеваниям, инвалидности и предупреждению насилия и травматизма); Maria Alarcos Moreno Cieza (Департамент ВОЗ по неинфекционным заболеваниям, инвалидности и предупреждению насилия и травматизма); Alana Margaret Officer (Департамент ВОЗ по вопросам старения и жизненного цикла); Juan Pablo Peña-Rosas (Департамент ВОЗ по питанию для здоровья и развития); Anne Margriet Pot (Департамент ВОЗ по вопросам старения и жизненного цикла); Ritu Sadana (Департамент ВОЗ по вопросам старения и жизненного цикла); Céline Yvette Seignou Kandissounon (Региональное бюро для стран Африки); Maria Pura Solon (Департамент ВОЗ по питанию для здоровья и развития); Mark Humphrey Van Ommeren (Департамент по вопросам психического здоровья и злоупотребления психоактивными веществами); Enrique Vega Garcia (Европейское региональное бюро ВОЗ); Temo Waqanivalu (Руководящая группа ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний).

Департамент ВОЗ по вопросам старения и жизненного цикла выражает признательность членам группы ВОЗ по систематическому обзору: Alessandra Stella (независимый консультант, Рим, Италия); Kralj Carolina (Королевский колледж Лондона, Лондон, Соединенное Королевство); Meredith Fendt-Newlin (Королевский колледж Лондона, Лондон, Соединенное Королевство).

Королевский колледж Лондона, Лондон, Соединенное Королевство, оказал поддержку при подготовке настоящих рекомендаций, выделив сотрудников для работы над систематическими обзорами и содействия управлением ГРР. Королевский колледж Лондона не получал какого-либо внешнего финансирования в связи с участием в разработке настоящих рекомендаций совместно с ВОЗ. Авторы также благодарны рецензентам за их ценные комментарии в отношении предварительной версии документа.

Департамент ВОЗ по вопросам старения и жизненного цикла отмечает, что правительство Японии оказало финансовую поддержку при разработке настоящих рекомендаций.

Доноры не могут адресно финансировать разработку тех или иных рекомендаций и не участвуют в процессах принятия решений при разработке рекомендаций, включая подбор вопросов для исследования, определение состава рабочих групп, проведение и интерпретацию систематических обзоров и составление рекомендаций.

Редактура, дизайн и верстка – Green Ink, Соединенное Королевство (greenink.co.uk)

Сокращения

AGREE	инструмент по оценке качества клинических рекомендаций
GRADE	система оценки обоснованности научных рекомендаций
mhGAP	Программа действий ВОЗ по ликвидации пробелов в лечении психических расстройств
PICO	популяция, вмешательство, сравнение, результаты
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГРР	группа по разработке рекомендаций
КППЛ	комплексная помощь пожилым людям
РКИ	рандомизированное контролируемое испытание
ТМТД	тренировка мышц тазового дна

Резюме

В последние 50 лет социально-экономическое развитие в большинстве регионов сопровождалось значительным снижением коэффициента фертильности и столь же существенным увеличением ожидаемой продолжительности жизни. Это привело к стремительному демографическому сдвигу во всем мире: доля пожилых людей в составе населения значительно возросла за относительно короткое время.

С возрастом происходит множество физиологических изменений, в результате которых пожилые люди сталкиваются с повышенным риском развития хронических заболеваний и зависимости от посторонней помощи. К 60-летнему возрасту основными причинами инвалидности и смерти становятся возрастные потери слуха, зрения и мобильности, а также такие заболевания, как деменция, болезни сердца, инсульт, хронические респираторные заболевания, сахарный диабет и заболевания опорно-двигательного аппарата, в частности остеоартрит и боль в спине.

В опубликованном ВОЗ *Всемирном докладе о старении и здоровье за 2015 г.* определяется такая цель, как «развитие и поддержание функциональной способности, обеспечивающей благополучие в пожилом возрасте». Функциональная способность определяется в докладе как «связанные со здоровьем атрибуты, которые позволяют людям существовать и делать то, что они считают значимым для них». Наконец, индивидуальная жизнеспособность – это «совокупность всех физических и психических способностей человека». Рамочная основа *здорового старения* ВОЗ предусматривает поддержание индивидуальной жизнеспособности и функциональной способности на протяжении всего жизненного цикла.

Медицинские работники в клинических условиях могут выявить снижение физических и умственных способностей (клинически выраженное как нарушение функций) и принять эффективные меры для предотвращения или замедления ухудшения. Однако ранние признаки снижения индивидуальной

жизнеспособности, такие как снижение скорости ходьбы или мышечной силы, часто не выявляются, не ведутся и не наблюдаются, в то время как это необходимо, чтобы обратить вспять или отсрочить неблагоприятные изменения. Большинство медицинских работников не располагают инструкциями и не имеют подготовки, которые необходимы, чтобы распознавать и контролировать нарушения здоровья в пожилом возрасте. Следует как можно скорее разработать всеобъемлющие подходы на уровне местных сообществ и начать принимать меры на уровне первичной медико-санитарной помощи для предотвращения снижения функциональности. Настоящие рекомендации призваны облегчить эту задачу.

Представленные в настоящем документе рекомендации по вопросам комплексной помощи пожилым людям (КППЛ), основанные на фактических данных, помогут поставщикам услуг здравоохранения выбирать оптимальные подходы для ведения на уровне местных сообществ работы по выявлению и предотвращению существенного снижения физических и умственных способностей пожилых людей, а также по реализации мер по поддержке лиц, осуществляющих уход за ними. Эти рекомендации могут использоваться в качестве основы для разработки национальных норм и для интеграции мер по охране здоровья пожилых людей в программы первичной медико-санитарной помощи с использованием ориентированного на потребности человека комплексного подхода.

Настоящие рекомендации дополняются руководством по реализации КППЛ, в котором поясняется, как установить цели по внедрению ориентированной на потребности человека помощи, разработать план комплексной помощи и содействовать людям в поддержании самостоятельности. Приводятся также практические советы работникам здравоохранения по комплексному подходу к оценке, классификации и

контролю снижения физических и умственных способностей в пожилом возрасте.

Настоящие рекомендации и дополняющее их руководство по реализации разделены на три модуля.

- **Модуль I.** Снижение индивидуальной жизнеспособности, включая потерю мобильности, неполноценное питание, нарушения зрения и слуха, когнитивные нарушения и симптомы депрессии
- **Модуль II.** Гериатрические синдромы, связанные с зависимостью от посторонней помощи, в том числе недержание мочи и риск падения
- **Модуль III.** Поддержка лиц, осуществляющих уход: реализация мер для содействия предоставлению ухода и предотвращения чрезмерной нагрузки на лиц, осуществляющих уход

Физические и психические нарушения были выбраны в качестве предмета рассмотрения, поскольку, согласно концепции здорового старения, разработанной ВОЗ, клинически значимое снижение физических и умственных способностей коррелирует со смертностью и зависимостью от посторонней помощи в пожилом возрасте. Настоящие рекомендации должны выполняться с использованием ориентированного на потребности пожилых людей комплексного подхода. Обоснование этого подхода и соответствующая фактологическая база были представлены во *Всемирном докладе ВОЗ о старении и здоровье*.

В руководстве по реализации КППЛ описаны основные элементы, которые следует учитывать на клиническом уровне при разработке системы комплексной помощи пожилым людям, и последовательность действий, которые необходимо предпринять для всесторонней реализации настоящих рекомендаций на уровне местных сообществ.

Настоящие рекомендации по КППЛ и связанные с ними продукты представляют собой важнейшие инструменты для содействия реализации *Глобальной стратегии и плана действий ВОЗ по проблеме старения и здоровья* на 2016–2020 гг., принятых Всемирной ассамблеей здравоохранения в 2016 г. ВОЗ сотрудничает с министерствами здравоохранения, неправительственными организациями, профессиональными ассоциациями, научными и образовательными учреждениями в целях распространения настоящих рекомендаций и содействия их адаптации и применению государствами-членами.

Методы разработки рекомендаций

Настоящие рекомендации разрабатывались в соответствии с процедурой, описанной в издании *WHO handbook for guideline development* [Пособие ВОЗ по подготовке руководств], которая в частности, включала: i) создание руководящей группы, группы по разработке рекомендаций (ГРР), группы по внешнему обзору и группы по систематическому обзору; ii) сбор заявлений членов ГРР и рецензентов о наличии или отсутствии заинтересованности; iii) определение, оценку и обобщение имеющихся фактических данных; iv) выработку рекомендаций с учетом мнений широкого круга заинтересованных сторон; v) подготовку документов и планов для последующего распространения.

ГРР – международная группа экспертов (см. приложение 1), представляющих все шесть регионов ВОЗ. Объем рекомендаций и рассматриваемых вопросов (см. приложение 3) определялся консенсусом членов ГРР. ГРР и руководящая группа составили список из девяти вопросов PICO (популяция, вмешательство, сравнение, результаты) с учетом предложений внешних рецензентов. Был осуществлен ряд поисковых запросов на предмет рандомизированных контролируемых испытаний в базах данных Cochrane Library, Embase, Ovid MEDLINE и PsycINFO с использованием терминов MeSH Национальной медицинской библиотеки Соединенных Штатов Америки (см. приложение 4). Для каждого заранее отобранного критически важного вопроса были подготовлены профили фактических данных в соответствии с подходом GRADE (система оценки обоснованности научных рекомендаций) на основе имеющихся систематических обзоров, в некоторых случаях дополненных новыми испытаниями.

Рекомендации были сформулированы ГРР на совещании, состоявшемся в штаб-квартире ВОЗ в Женеве, Швейцария, 24–26 ноября 2015 г. Было продолжено использование методики GRADE для составления профилей фактических данных по предварительно выбранным темам на основе актуальных (актуализированных) систематических обзоров. Члены ГРР обсуждали имеющиеся фактические данные, уточняли интересующие их аспекты и интерпретировали выводы, чтобы подготовить на их основе рекомендации. ГРР рассматривала вопрос о ценности рекомендаций для пожилых людей с учетом соотношения пользы и вреда каждого вмешательства, жизненных ценностей и пред-

почтений пожилых людей, необходимых затрат и ресурсов, а также других актуальных практических вопросов, важных для поставщиков услуг здравоохранения в странах с низким и средним уровнем дохода.

Рекомендации, изложенные в настоящем документе, взаимосвязаны и призваны обеспечить синергетическое воздействие на индивидуальную жизнеспособность и функциональную способность людей. Несмотря на то, что рекомендации относятся к отдельным вмешательствам, было признано, что их оптимально применять в контексте комплексной оценки потребностей и плана комплексной помощи.

Ключевые рекомендации, касающиеся вторичной профилактики снижения физических и умственных способностей, классифицируются по степени насто-

ятельности рекомендации. Настоятельные рекомендации издаются в тех случаях, когда ГРР уверена, что благоприятный эффект перевешивает любые нежелательные последствия. Условные рекомендации издаются, если ГРР считает, что благоприятный эффект, вероятно, перевешивает любой возможный вред. Большинство рекомендаций и рейтингов были приняты членами ГРР единодушно. Голосование потребовалось в отношении рекомендаций по тренировке когнитивных способностей и кратковременному замещению лиц, осуществляющих уход; ввиду отсутствия фактических данных ГРР решила не издавать рекомендации по этим двум вмешательствам.

Рекомендации

Модуль I. Снижение физических и умственных способностей

Утрата мобильности	Рекомендация 1 Пожилым людям со снижением физических способностей (определяемым по скорости ходьбы, силе схвата и другим параметрам) следует рекомендовать комплексную программу физических упражнений, включающую тренировки с отягощением с постепенным увеличением нагрузки и другие компоненты (тренировка равновесия, упражнения на гибкость и аэробные упражнения). <i>(Качество фактических данных: среднее. Степень рекомендации: настоятельная.)</i>
Неполноценное питание	Рекомендация 2 Пожилым людям, страдающим от недостаточного питания, следует рекомендовать дополнительное питание и предоставлять диетологические консультации. <i>(Качество фактических данных: среднее. Степень рекомендации: настоятельная.)</i>
Нарушение зрения	Рекомендация 3 Пожилые люди должны проходить регулярный скрининг на нарушения зрения в рамках первичной медико-санитарной помощи и получать своевременную и всестороннюю офтальмологическую помощь. <i>(Качество фактических данных: низкое. Степень рекомендации: настоятельная.)</i>
Нарушение слуха	Рекомендация 4 В целях своевременного выявления снижения слуха у пожилых людей и оказания им необходимой помощи следует предлагать пожилым людям проходить скрининг на нарушения слуха и при необходимости выдавать им слуховые аппараты. <i>(Качество фактических данных: низкое. Степень рекомендации: настоятельная.)</i>
Когнитивные нарушения	Рекомендация 5 Пожилым людям с когнитивными нарушениями, независимо от наличия официального диагноза, можно предлагать тренировку когнитивных функций. <i>(Качество фактических данных: низкое. Степень рекомендации: условная.)</i>
Симптомы депрессии	Рекомендация 6 Любим старшего возраста, испытывающим симптомы депрессии, можно предлагать краткие структурированные психологические вмешательства в соответствии с руководством программы ВОЗ mhGAP; эти меры должны осуществляться медицинскими работниками, понимающими специфику охрану психического здоровья пожилых людей. <i>(Качество фактических данных: очень низкое. Степень рекомендации: условная.)</i>

Модуль II. Гериатрические синдромы

Недержание мочи

Рекомендация 7

Для профилактики недержания мочи пожилым людям с когнитивными нарушениями можно рекомендовать мочеиспускание по напоминанию. *(Качество фактических данных: очень низкое. Степень рекомендации: условная.)*

Рекомендация 8

Пожилым женщинам с недержанием мочи (ургентным, стрессовым или смешанным) следует рекомендовать тренировку мышц тазового дна (ТМТД) отдельно или в сочетании с различными методами контроля работы мочевого пузыря и самонаблюдением. *(Качество фактических данных: среднее. Степень рекомендации: настоятельная.)*

Риск падения

Рекомендация 9

Пожилым людям, подвергающимся риску падения, можно рекомендовать пересмотр медикаментозных назначений с отменой излишних или вредных препаратов. *(Качество фактических данных: низкое. Степень рекомендации: условная.)*

Рекомендация 10

Пожилым людям, подвергающимся риску падения, следует рекомендовать комплексную программу физических упражнений (тренировка равновесия, силовые упражнения, упражнения на гибкость и функциональная тренировка). *(Качество фактических данных: среднее. Степень рекомендации: настоятельная.)*

Рекомендация 11

После осмотра дома специалистом пожилым людям, подвергающимся риску падения, следует рекомендовать изменить домашнюю среду для устранения факторов, увеличивающих риск падения. *(Качество фактических данных: среднее. Степень рекомендации: настоятельная.)*

Рекомендация 12

Для снижения риска и частоты падений среди пожилых людей можно рекомендовать многофакторные меры, включающие оценку и индивидуальные вмешательства. *(Качество фактических данных: низкое. Степень рекомендации: условная.)*

Модуль III. Поддержка лиц, осуществляющих уход

Рекомендация 13

Для членов семьи и других лиц, осуществляющих неформальный уход за пожилыми людьми, зависимыми от посторонней помощи, следует проводить психологические вмешательства, подготовку и поддержку; это особенно актуально при высокой сложности и большом объеме необходимой помощи и/или при значительной нагрузке на лиц, осуществляющих уход. *(Качество фактических данных: среднее. Степень рекомендации: настоятельная.)*

1 Введение

В последние 50 лет социально-экономическое развитие в большинстве регионов сопровождалось значительным снижением коэффициента фертильности и столь же существенным увеличением ожидаемой продолжительности жизни. Этот феномен привел к стремительному старению населения во всем мире. Быстрее всего изменения происходят в странах с низким и средним уровнем дохода. Даже в странах Африки к югу от Сахары, где отмечается самая высокая доля молодых людей, ожидается трехкратное увеличение доли людей старше 60 лет – с 46 млн в 2015 г. до 147 млн в 2050 г. (1).

С возрастом происходит множество физиологических изменений и растет риск развития хронических заболеваний и возникновения зависимости от посторонней помощи. К 60-летнему возрасту основными причинами инвалидности и смерти становятся возрастные потери слуха, зрения и движения, а также такие заболевания, как деменция, болезни сердца, инсульт, хронические респираторные заболевания, сахарный диабет и остеоартрит. Эти проблемы возникают не только в странах с высоким уровнем дохода; более того, в странах с низким и средним уровнем дохода бремя указанных болезней чаще всего значительно выше (2).

В результате старения населения значительно возрастет доля и число людей, нуждающихся в долгосрочном уходе; эта тенденция охватит страны, находящиеся на всех уровнях развития. Доля молодых людей, которые могли бы оказывать помощь, при этом снизится, а социальная роль женщин, которые до сих пор выполняли функции по уходу, в настоящее время меняется. Таким образом, для более эффективного реагирования на процессы старения населения системе общественного здравоохранения необходим подход, который позволит предотвращать и обращать вспять снижение функций и зависимости от посторонней помощи в пожилом возрасте. Реализовать такой подход необходимо как можно скорее.

Согласно определению, которое используется во *Всемирном докладе ВОЗ о старении и здоровье* за 2015 г., *здоровое старение* – это процесс развития и поддержания функциональной способности, обеспечивающий благополучие в пожилом возрасте (1). Функциональная способность определяется в докладе как «связанные со здоровьем атрибуты, которые позволяют людям существовать и делать то, что они считают значимым для них». Индивидуальная жизнеспособность представляет собой «совокупность всех физических и психических способностей человека». Во вставке ниже приводится краткое обобщение этих определений.

Главная цель общественного здравоохранения согласно концепции здорового старения ВОЗ – поддержание функционирования на протяжении жизненного цикла (рис. 1). Принятие мер на раннем этапе играет важнейшую роль, поскольку процесс наступления старческой дряхлости или зависимости от посторонней помощи можно отсрочить, замедлить или даже частично обратить вспять, если принять соответствующие меры на раннем этапе снижения функциональности (3–5). Работники здравоохранения в клинических условиях могут выявить снижение физических и умственных способностей

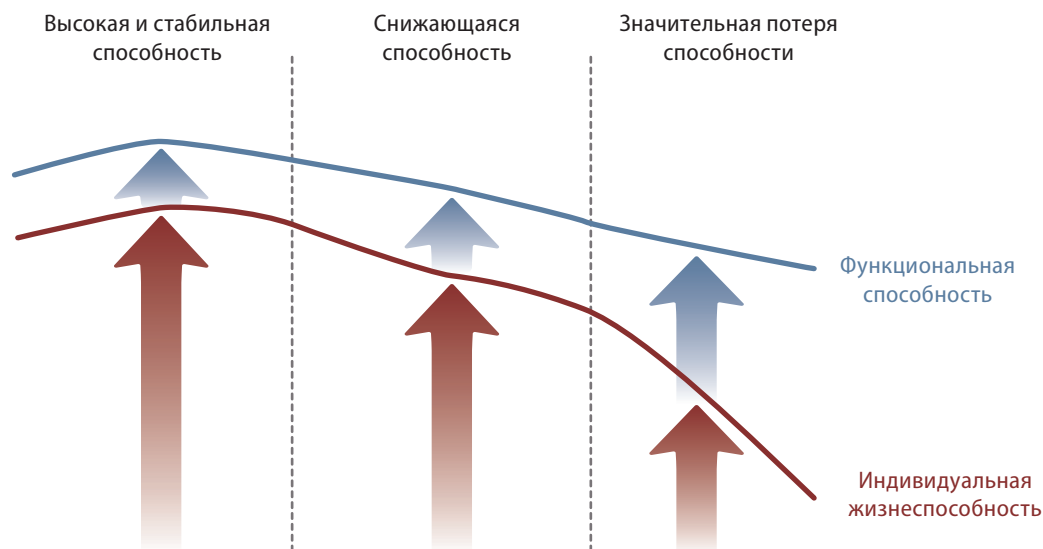


Индивидуальная жизнеспособность и функциональная способность

ВОЗ определяет индивидуальную жизнеспособность (ИЖ) как совокупность физических и психических способностей человека, включая его психологические особенности, а функциональную способность (ФС) – как сочетание и взаимодействие ИЖ со средой, в которой живет человек.

Рис. 1. Концепция здорового старения в рамках общественного здравоохранения: возможности для принятия мер в течение всего жизненного цикла

Индивидуальная жизнеспособность и функциональная способность не являются неизменными и с возрастом снижаются как вследствие заболеваний, так и в результате процесса старения.



(клинически выраженное как нарушения здоровья) и принять эффективные меры по предотвращению или замедлению развития этих нарушений.

В 2016 г., после выпуска *Всемирного доклада ВОЗ о старении и здоровье* (1), Всемирная ассамблея здравоохранения приняла *Глобальную стратегию и план действий по проблеме старения и здоровья* (6). Оба документа отражают новую концептуальную модель *здорового старения*, центральными понятиями которой являются индивидуальная жизнеспособность и функциональная способность пожилых людей, а не отсутствие болезней. Теоретическая база и фактические данные, обосновывающие необходимость ориентированной на потребности пожилых людей комплексной помощи, представлены во *Всемирном докладе о старении и здоровье* и в статье, опубликованной в журнале *The Lancet* (7). Настоящие рекомендации по реализации КППЛ на уровне местных сообществ были пересмотрены в целях обеспечения их соответствия новой концепции *здорового старения* ВОЗ. Дополняющее рекомендации руководство по реализации, основанное на фактологической базе, призвано помочь поставщикам услуг здравоохранения в выявлении и ведении значимых снижений физических и умственных способностей, а также в реализации мер по поддержке лиц, осуществляющих уход.

1.1 Обоснование необходимости настоящих рекомендаций

Снижение индивидуальной жизнеспособности в пожилом возрасте часто проявляется как проблемы со слухом, зрением, памятью, движением, выполнением бытовых задач или общением. Однако работники здравоохранения часто не обращают внимания на такие проблемы. Ранние признаки снижения индивидуальной жизнеспособности, такие как снижение скорости ходьбы или уменьшение мышечной силы, часто не выявляются, не лечатся и не наблюдаются, в то время как это необходимо, чтобы обратить вспять или отсрочить неблагоприятные изменения. Большинство работников здравоохранения не имеют инструкций и подготовки, необходимых для того, чтобы распознавать и контролировать нарушения здоровья в пожилом возрасте.

Уверившись в том, что врачи не могут им помочь, пожилые люди могут перестать пользоваться услугами здравоохранения, придерживаться назначенного лечения и/или посещать учреждения первичной медико-санитарной помощи. Необходимо как можно скорее разработать всеобъемлющие подходы на уровне местных сообществ и начать принимать

меры для предотвращения снижения функциональности людей и для оказания поддержки лицам, неформально осуществляющим уход. Настоящие рекомендации призваны облегчить эту задачу.

Анализ потребностей пожилых людей с точки зрения их индивидуальной жизнеспособности и среды, в которой они живут, помогает ориентировать услуги здравоохранения на те результаты, которые наиболее важны для повседневной жизни пожилых людей. Этот подход также может помочь избежать ненужного лечения, полипрагмазии и нежелательных побочных эффектов (1).

1.2 Сфера применения

В настоящих рекомендациях предлагаются основанные на фактических данных меры, направленные на минимизацию общего снижения функций в пожилом возрасте, включая уменьшение мобильности, неполноценное питание, снижение жизненной активности, ухудшение зрения, слуха, когнитивные расстройства и расстройства настроения, а также значимые гериатрические синдромы – недержание мочи и риск падения.

Эти состояния были выбраны, поскольку они представляют собой снижение физических и умственных способностей, о котором говорится в концепции *здорового старения* ВОЗ (7), и являются надежными независимыми прогностическими факторами смертности и зависимости от посторонней помощи в пожилом возрасте (8).

Снижение физических и/или умственных способностей может быть определено по наличию одного или нескольких из следующих элементов.

Утрата мобильности. Достигнув пика в период ранней взрослости, мышечная масса с возрастом уменьшается, что может сопровождаться снижением силы и опорно-двигательных функций (9). Один из способов измерения функциональности мышц – это измерение силы схвата, которая является надежным прогностическим фактором смертности (10, 11).

Неполноценное питание. Это серьезная проблема, которая затрагивает 22% пожилых людей (12). Она часто проявляется в снижении мышечной и костной массы и повышает риск развития старческой дряхлости. Неполноценное питание также связано со снижением когнитивных функций, умень-

шением способности заботиться о себе и повышением риска зависимости от посторонней помощи.

Снижение зрения и потеря слуха. Старение часто связывают с ухудшением зрения и слуха. Во всем мире более 180 млн людей старше 65 лет имеют нарушение слуха, мешающее им понимать разговорную речь. У людей старше 70 лет очень распространено сильное снижение зрения; оно является ведущей причиной слепоты в странах с высоким уровнем дохода и с уровнем дохода выше среднего (13, 14).

Когнитивные нарушения. 46,8 млн пожилых людей во всем мире живут с деменцией. Ожидается, что каждые 20 лет это число будет удваиваться и к 2030 г. достигнет 74,7 млн (15). Многие когнитивные функции начинают снижаться в относительно молодом возрасте, при этом различные функции ухудшаются с разной скоростью. При легком когнитивном нарушении недостаток функциональности значительно меньше, чем при деменции, и способность выполнять повседневные задачи и сохранять самостоятельность, как правило, не страдает. Однако до трети случаев деменции начинаются именно с такого хронического состояния (16).

Симптомы депрессии. У пожилых людей могут чаще возникать эпизоды аффективных расстройств, поскольку с возрастом растет риск неблагоприятных жизненных событий. По сравнению с молодыми взрослыми пожилые люди чаще испытывают существенные симптомы депрессии, не подходящие под диагностические критерии депрессивного расстройства. Это состояние, которое часто называют субклинической депрессией, испытывает почти каждый десятый человек пожилого возраста (17). Субклиническая депрессия также значительно влияет на качество жизни пожилых людей и является серьезным фактором риска развития депрессивного расстройства (18).

Предпринято множество попыток определить взаимосвязь этих показателей с зависимостью от посторонней помощи, инвалидностью и другими важными неблагоприятными результатами в отношении здоровья, и лонгитюдные исследования продемонстрировали высокую прогностическую силу этих показателей в отношении зависимости от посторонней помощи и смерти (8). Четкое понимание механизма снижения физических и умственных

способностей и отношения этого процесса к старению и хроническим заболеваниям имеет огромное значение для разработки и приоритизации мер и стратегий.

1.3 Целевая аудитория

Настоящие рекомендации по реализации КППЛ на уровне местных сообществ адресованы в первую очередь работникам здравоохранения, работающим в местных сообществах, а также в учреждениях первичной и вторичной медико-санитарной помощи. В равной мере этот документ предназначен для специалистов, разрабатывающих учебные программы в области медицины, сестринского дела и общественного здравоохранения.

К целевой аудитории настоящего документа относятся также руководители в сфере здравоохранения, такие как руководители программ, организующие оказание медицинских услуг на национальном, региональном и районном уровне; руководители структур, финансирующих и реализующих программы в сфере общественного здравоохранения, неправительственных организаций и благотворительных фондов, занимающихся оказанием помощи пожилым людям на уровне местных сообществ.

1.4 Руководящие принципы

Настоящие рекомендации разрабатывались и должны применяться с учетом следующих принципов.

- Настоящие рекомендации направлены на достижение ключевых глобальных целей *Глобальной стратегии и плана действий по проблеме старения и здоровья (6, 19)*, в которых описана роль систем здравоохранения в содействии здоровому старению путем оптимизации траекторий индивидуальной жизнеспособности.
- Эти рекомендации также являются инструментом для реализации утвержденного ВОЗ Механизма комплексного ориентированного на потребности людей медицинского обслуживания (20). Механизм предусматривает изменение способов оказания услуг здравоохранения и управления ими, а также принятие ряда ключевых подходов

для обеспечения качества помощи, оказываемой людям, в том числе пожилым: система ведения пациентов, в рамках которой оцениваются индивидуальные потребности; разработка комплексного плана помощи; и ориентация оказываемых услуг на поддержание индивидуальной жизнеспособности и функциональной способности.

- Помимо содействия внедрению модели комплексной ориентированной на потребности человека помощи, представленные здесь рекомендации должны реализовываться с целью поддержки «старения на месте», поэтому необходимо обеспечить оказание услуг здравоохранения по месту проживания людей. При реализации мер должны использоваться модели оказания помощи, в которых делается упор на первичное звено здравоохранения и на оказание помощи на уровне местных сообществ. В частности, следует обеспечить возможность предоставления необходимых услуг на дому, участие местных сообществ и полностью интегрированную систему направления пациентов к специалистам.

Настоящие рекомендации представляют собой разработанные с использованием фактических данных меры, которые могут быть реализованы медицинскими работниками, оказывающими неспециализированные медицинские услуги в рамках первичной медико-санитарной помощи на уровне местных сообществ. Один из главных принципов, которыми руководствовались авторы, – признание важнейшей роли этих медицинских работников в расширении доступа к качественным основным услугам здравоохранения в контексте национальной системы первичной медико-санитарной помощи и всеобщего охвата услугами здравоохранения. Руководители страновых программ и глобальные партнеры могут пользоваться руководящими материалами ВОЗ, в которых делается акцент на важнейшие элементы, способствующие укреплению потенциала местных медицинских работников. В этих материалах рассматриваются, в частности, организация системы здравоохранения и особенности программ в этой сфере, а также роли и ключевые компетенции местных медицинских работников (21).

2 Порядок разработки рекомендаций

Настоящие рекомендации разработаны с использованием процедуры, описанной в издании *WHO handbook for guideline development* [Пособие ВОЗ по подготовке руководств], этапы которой описаны ниже.

2.1 Группа по разработке рекомендаций

Была сформирована руководящая группа по разработке рекомендаций ВОЗ под руководством Департамента по вопросам старения и жизненного цикла, в которую вошли представители соответствующих департаментов и программ ВОЗ, занимающиеся предоставлением научных консультаций по вопросам, связанным с пожилыми людьми. Данная группа осуществляла общее руководство процессом разработки рекомендаций. Были также сформированы еще две группы: группа по разработке рекомендаций (ГРР) и группа по внешнему обзору.

В состав ГРР вошли ученые и практикующие медицинские работники, обладающие знаниями и опытом по затронутым в рекомендациях состояниям здоровья, а также гериатры – врачи, специализирующиеся на помощи пожилым людям. Были приняты меры для соблюдения гендерного баланса и принципа широкого географического представительства (см. приложение 1).

Потенциальные члены ГРР отбирались с учетом их вклада в данной сфере, а также необходимости обеспечить представленность разных регионов и областей исследования. Председатель был выбран с учетом его широкого опыта в области методологии разработки рекомендаций и участия в работе других аналогичных групп. Каждому потенциальному члену ГРР было предложено заполнить форму ВОЗ с заявлением о наличии или отсутствии заинтересованности. Поданные заявления были рассмотрены руководящей группой.

2.2 Заявления о наличии или отсутствии заинтересованности и урегулирование конфликтов интересов

Перед началом обзора фактических данных для разработки рекомендаций всем членам ГРР, рецензентам и членам группы по систематическому обзору было предложено заполнить форму заявления о наличии или отсутствии заинтересованности. Приглашения на заседание ГРР рассылались только после рассмотрения и утверждения полученных заявлений. Рассмотрением заявлений занимался соответствующий технический сотрудник ВОЗ – в данном случае директор Департамента по вопросам старения и жизненного цикла, – при необходимости пользовавшийся помощью юриста. После завершения этого процесса утверждался состав группы. Общая информация о соответствующих заявлениях о заинтересованности приводится в приложении 2.

Перед заседанием, состоявшимся в Женеве, декларации были проверены повторно на предмет наличия признаков возможного конфликта интересов. Члены группы, участвовавшие в проведении первичных исследований или систематических обзоров, имеющих отношение к тематике рекомендаций, не принимали участия в составлении рекомендаций. У большинства членов группы существенных конфликтов интересов выявлено не было. По незначительным конфликтам интересов, отмеченным в двух случаях, были приняты индивидуальные меры: было ограничено участие соответствующих экспертов на том или ином этапе заседания ГРР. Все решения фиксировались документально (см. приложение 2).

2.3 Определение, оценка и обобщение имеющихся фактических данных

Были определены сфера охвата рекомендаций и перечень вопросов для исследования (см. приложение 3). В общей сложности ГРР и руководящая группа сформулировали девять вопросов PICO (популяция, вмешательство, сравнение, результаты) (23). Результаты каждого вмешательства были оценены членами ГРР и внешними экспертами согласно их значимости с точки зрения пожилых людей и поставщиков услуг по следующей шкале: незначительные (1–3), значительные (4–6), критически важные (7–9). Критически важные результаты были включены в анализ PICO. Члены ГРР регулярно общались с использованием электронной почты и телеконференций.

При составлении перечня вопросов и проведении обзоров рассматривались в первую очередь фактические данные, относящиеся к пожилым людям, немощным, зависимым от посторонней помощи или имеющим приоритетные состояния здоровья, а также к мерам, которые могут быть реализованы медицинскими работниками, оказывающими не специализированные медицинские услуги в рамках первичной медико-санитарной помощи на уровне местных сообществ. Реализованные мероприятия по получению, оценке и обобщению фактических данных описаны в приложении 4. Более подробная информация о методах обзора и проанализированных данных приводится в профилях фактических данных, использованных при подготовке настоящих рекомендаций. Профили составлялись с использованием методики GRADE (система оценки обоснованности научных рекомендаций) (24) и издания *WHO handbook for guideline development* [Пособие ВОЗ по подготовке руководств]; профили доступны на сайте ВОЗ в разделе, посвященном КППЛ (<http://www.who.int/ageing/health-systems/icore>). В каждом профиле указывается стратегия поиска и методы оценки качества фактических данных. Методика оценки научных данных GRADE также использовалась для разработки рекомендаций по рассмотренным вмешательствам: оценивалось общее качество фактических данных, полученных в рамках каждого систематического обзора. Все рекомендации были даны на основании непосредственно подтверждающих фактов и анализа количественных данных.

2.4 Принятие решений методом консенсуса на заседании группы по разработке рекомендаций

Заседание ГРР было проведено 24–26 ноября 2015 г. в штаб-квартире ВОЗ в Женеве, Швейцария. Обзоры фактических данных были разосланы перед заседанием и кратко представлены во время заседания. Члены ГРР обсудили фактические данные, прояснили имеющиеся вопросы и интерпретировали выводы, чтобы разработать рекомендации на основе проекта, подготовленного Секретариатом ВОЗ. Затем ГРР рассмотрела актуальность рекомендаций для пожилых людей с учетом следующих факторов:

- соотношение пользы и вреда каждого вмешательства;
- жизненные ценности и предпочтения пожилых людей;
- необходимые затраты и ресурсы;
- приемлемость вмешательства для поставщиков услуг здравоохранения в странах с низким и средним уровнем дохода;
- практическая осуществимость вмешательства;
- воздействие вмешательства с точки зрения социальной справедливости и прав человека.

Определение жизненных ценностей и предпочтений пожилых людей и оценка приемлемости предлагаемых вмешательств для работников здравоохранения производились без использования формальных опросов; эти аспекты анализировались и оценивались на основании совокупного опыта и наблюдений членов ГРР. Не проводились также формальные исследования экономической эффективности; члены ГРР оценивали ресурсные ограничения исходя из своих знаний и опыта.

С учетом всего вышесказанного была достигнута следующая договоренность: рекомендации, которые должны принести пользу во всех случаях, классифицируются как «настоятельные». Если же полезность рекомендации зависит от конкретной ситуации или фактологическая база менее надежна, рекомендация помечается как условная. В случае разногласий председатель и методист определяли, связаны ли эти разногласия с интерпретацией данных или с формулировками, использованными в рекомендации. Если не удавалось достичь

консенсуса, члены ГРР принимали решение простым большинством голосов (51%/49%). Участники голосования оставляли за собой право внести возражения. К голосованию не допускались сотрудники ВОЗ, присутствовавшие на заседании, и технические эксперты, участвовавшие в сборе и проверке фактических данных.

Члены ГРР достигли консенсуса по 13 рекомендациям, приведенным в настоящем документе, и присвоенным им рейтингам. Рекомендации по тренировке когнитивных способностей и кратковременному замещению лиц, осуществляющих уход, не получили поддержки при голосовании ввиду недостаточности фактических данных.

2.5 Подготовка и рецензирование документов

Помимо членов ГРР, свое экспертное заключение представили четыре рецензента – специалисты в

области психиатрии, диетологии, физиотерапии и гериатрии. Предварительная версия настоящих рекомендаций и профилей данных, подготовленных сотрудниками ВОЗ и членами ГРР, были направлены рецензентам и руководящей группе ВОЗ. Все мнения и замечания рецензентов были рассмотрены и согласованы с членами ГРР по электронной почте. Кроме того, рецензентам было предложено оценить качество рекомендаций с использованием несколько видоизмененной версии инструмента по оценке качества клинических рекомендаций AGREE (AGREE II). В инструменте AGREE II перечислено 23 основных пункта, относящихся к следующим областям: охват и цель, участие заинтересованных сторон, строгость разработки, ясность формулировки, применимость и редакционная независимость (25). Совокупная оценка рецензентов по шкале AGREE II составила от 22 до 154, среднее значение – 122,2.

3 Фактические данные и рекомендации

Большинство состояний здоровья, выбранных для разработки настоящих рекомендаций по комплексной помощи пожилым людям (КППЛ), обусловлены одними и теми же факторами и детерминантами. Наступление снижения индивидуальной жизнеспособности можно предотвратить или отсрочить за счет унифицированного подхода к воздействию на ряд факторов. Так, интенсивные силовые тренировки – это важнейшая мера, необходимая, чтобы предотвратить и обернуть вспять снижение мобильности, но они также косвенно защищают мозг от депрессии и снижения когнитивных функций, а также сокращают риск падения. Правильное питание усиливает эффект физических упражнений и непосредственно способствует росту мышечной массы и силы.

Следовательно, настоящие рекомендации должны выполняться с использованием комплексного подхода, ориентированного на потребности пожилых людей. Рекомендации разрабатывались для реализации на уровне местных сообществ, но многие из них также применимы к учреждениям здравоохранения.

Обоснование и фактологическая база подхода КППЛ ранее приводились во *Всемирном докладе ВОЗ о старении и здоровье (1)*.

Поставщики должны обеспечить следующее.

1. В разработке комплексного плана помощи должны использоваться данные оценки индивидуальных нарушений/снижения функциональности, и все области должны оцениваться в совокупности.
2. В большинство планов помощи должны включаться меры по повышению качества питания и поощрению физической активности, и все необходимые вмешательства должны реализовываться во взаимосвязи друг с другом.
3. При выявлении нарушения/снижения функциональности пациент всегда должен срочно направляться на медицинское обследование на предмет

выявления соответствующей болезни (например, гипертензии, диабета, хронической обструктивной болезни легких или деменции). ВОЗ разработала клинические рекомендации по лечению большинства соответствующих хронических болезней, и каждый поставщик медицинских услуг должен иметь к ним доступ (см. вставку 1).

Рекомендации по КППЛ разделены на три модуля.

- **Модуль I.** Снижение индивидуальной жизнеспособности, включая потерю мобильности, неполноценное питание, нарушения зрения и слуха, а также снижение психических функций, в частности когнитивные нарушения и симптомы депрессии
- **Модуль II.** Гериатрические синдромы, связанные с зависимостью от посторонней помощи, в том числе недержание мочи и риск падения
- **Модуль III.** Поддержка лиц, осуществляющих уход

Вставка 1. Рекомендации и ресурсы ВОЗ по КППЛ

Программа действий по ликвидации пробелов в области психического здоровья (mhGAP) – *Руководство mhGAP-IG по оказанию помощи в связи с психическими и неврологическими расстройствами, а также расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, в неспециализированных учреждениях здравоохранения*, версия 2.0 (2016 г.): http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/365979/WHO-mgHAPIG_tRu_final_web.pdf.

Package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings [Пакет основных мероприятий в отношении неинфекционных заболеваний (PEN) для первичной медико-санитарной помощи в условиях ограниченных ресурсов] (2016 г.): www.who.int/nmh/publications/essential_ncd_interventions_lr_settings.pdf.

Guidelines for hearing aids and services for developing countries [Руководство по слуховым аппаратам и соответствующим услугам для развивающихся стран] (2004 г.): http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67889/PBD_PDH_01.1.pdf.

Глобальные рекомендации по физической активности для здоровья (2010 г.): http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/ru/.

3.1 Модуль I. Снижение физических и умственных способностей

3.1.1 Утрата мобильности

Мобильность – важный аспект физических способностей пожилого человека. Потеря мышечной массы и силы, уменьшение гибкости и нарушение равновесия могут привести к снижению мобильности. От этой проблемы страдают 39% людей старше 65 лет – среди них этот показатель втрое выше, чем среди людей трудоспособного возраста (26). Потерю мобильности можно выявить, а ее дальнейшее развитие – остановить или замедлить, если на ранней стадии назначить необходимые физические упражнения (27).

Комментарии к рекомендации 1

Рекомендация 1

Пожилым людям со снижением физических способностей (определяемым по скорости ходьбы, силе схвата и другим параметрам) следует рекомендовать комплексную программу физических упражнений, включающую тренировки с отягощением с постепенным увеличением нагрузки и другие компоненты (тренировка равновесия, упражнения на гибкость и аэробные упражнения).

Качество фактических данных: *среднее*
Степень рекомендации: *настоятельная*

- Эффекты упражнений могут быть усилены путем увеличения количества белка в рационе и других диетологических мер.
- Перед тем как рекомендовать пожилому человеку физические упражнения, по возможности следует проконсультироваться с физиотерапевтом или другим профильным специалистом.
- Следует направлять пациентов на диагностику и лечение основных сопутствующих заболеваний, обуславливающих функциональное снижение, таких как артериальные и легочные заболевания, дряхлость и саркопения.
- Пожилым людям с нарушением когнитивных функций могут назначаться индивидуально составленные, более простые и менее структури-

рованные программы упражнений. Людям пожилого возраста с существенным снижением функций в качестве начального этапа можно рекомендовать упражнения, которые могут выполняться сидя в кресле и лежа в постели.

- Увеличению физической активности пожилых людей способствуют такие меры по улучшению окружающей среды, как создание безопасных пространств для ходьбы, упрощение доступа к местным объектам, товарам и услугам; полезно также видеть сверстников, которые занимаются физическими упражнениями по соседству, и регулярно заниматься физической активностью вместе с друзьями и близкими.
- Комплексные программы упражнений более эффективны при назначении совместно с мерами по поддержке самоконтроля. Поддержка самоконтроля также способствует приверженности продолжать программы.
- Комплексная программа упражнений должна включать разные виды физической нагрузки (аэробные упражнения, тренировки с отягощением, упражнения на гибкость, тренировка равновесия) с упором на важные группы мышц. Программа должна быть функционально ориентирована. Пожилых людей необходимо информировать о том, какие виды физической активности рекомендованы в их возрасте и при их состоянии здоровья. ВОЗ предоставляет рекомендации по физической активности для поддержания здоровья с учетом разных начальных условий и физического состояния (см. http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/ru/) (27).

Фактологическая база рекомендации 1

В результате систематического поиска было найдено 130 обзоров, 11 из которых послужили основой для приведенных ниже первичных выводов.

- Подробнее о фактических данных, которые легли в основу настоящей рекомендации, см. в профиле фактических данных по потере мобильности на сайте ВОЗ: <http://www.who.int/ageing/health-systems/icope>.

Семь обзоров из стран с высоким уровнем дохода были посвящены использованию комплексной программы, включающей тренировки с отягощением (с постепенным увеличением нагрузки или без такового), упражнения на восстановление равновесия,

аэробные тренировки и упражнения на гибкость. Анализ совокупности данных по испытаниям показал, что эти меры обеспечили значительное улучшение важнейших показателей, включая силу мышц нижних конечностей (10 испытаний, 1259 участников), равновесие (16 испытаний, 1313 участников), скорость ходьбы (15 испытаний, 1543 участника), результаты теста вставания со стула (9 испытаний, 827 участников), общие физические функции (9 испытаний, 976 участников) и успешность выполнения повседневных задач (7 испытаний, 551 случай). Общее качество фактических данных было оценено как среднее, поскольку результаты свидетельствовали о благоприятном воздействии исследуемых мер на все критически важные результаты, и ГРР сочла, что улучшения нескольких из критически важных результатов достаточно для того, чтобы рекомендовать данное вмешательство.

В 11 испытаниях, рассмотренных в четырех обзорах, изучалась польза тренировок с отягощением с постепенным увеличением нагрузки для пожилых людей со сниженной мобильностью. Фактические данные показывают, что такие тренировки повышают силу мышц нижних конечностей (8 испытаний, 655 участников) и улучшают результаты теста вставания со стула (2 испытания, 38 участников). Общая методологическая оценка качества данных – средняя для увеличения мышечной силы и низкая – для показателей теста вставания со стула. На другие важнейшие показатели (равновесие, скорость ходьбы, результаты теста «Встань и иди», общий уровень физических функций и успешность выполнения повседневных задач) данный вид тренировки не повлиял. Кроме того, в трех испытаниях рассматривались занятия тайцзицюань, которые позволили значительно улучшить равновесие (348 случаев), но не оказали влияния на скорость ходьбы, показатели теста вставания со стула, успешность выполнения повседневных задач и количество падений. Общая методологическая оценка качества данных в отношении равновесия была низкой.

Обоснование рекомендации 1

Целесообразность использования комплексной программы физических упражнений для улучшения функциональных показателей пожилых людей с нарушением мобильности подтверждена фактическими данными среднего качества. ГРР признала, что именно комплекс упражнений оказывает более выраженное влияние на важнейшие функциональные показатели.

В случае отдельного назначения тренировок с отягощением с постепенным увеличением нагрузки или занятий тайцзицюань уровень результатов и качество фактических данных были признаны недостаточными для того, чтобы включить такой подход в рекомендацию.

Была проведена оценка нежелательных эффектов, о которых сообщалось в небольшой доле испытаний. Чаще всего речь шла о мышечных и суставных болях. В очень небольшом числе испытаний отмечались серьезные нежелательные события, такие как переломы, госпитализация или смерть. Между такими событиями и упражнениями не было установлено четкой связи: подобные события наблюдались также в контрольной группе.

ГРР признала, что широкое внедрение упражнений для пожилых людей с инструктором потребует дополнительных издержек. Члены ГРР считают, что стоимость программы возможно снизить за счет минимально необходимого обучения других членов семьи и предоставления руководств по самопомощи.

Члены ГРР сошлись во мнении о том, что комплексная программа упражнений имеет решающее значение для поддержания физических функций у пожилых людей и что такая мера является приемлемой для самих пожилых людей, их близких и других заинтересованных сторон. С учетом среднего качества фактических данных, высокой доступности упражнений и потенциала для высвобождения ресурсов системы здравоохранения ГРР вынесла по этому вопросу настоятельную рекомендацию.

3.1.2 Неполноценное питание

Старение сопровождается физиологическими изменениями, которые могут оказывать неблагоприятное воздействие на статус питания и, как следствие, на индивидуальную жизнеспособность человека. Сенсорные нарушения (например, снижение вкусовой чувствительности или ухудшение восприятия запахов), плохое состояние полости рта, изоляция, одиночество и депрессия, наблюдающиеся по отдельности или в совокупности, повышают риск неполноценности питания в пожилом возрасте. Старению сопутствуют изменения в составе тканей; после 60 лет происходит постепенное уменьшение массы тела, связанное главным образом со снижением массы безжировых тканей и мышечной массы и увеличением массы жировой ткани. Стабильность общей массы тела делает такие изменения малозаметными. Пожилые люди, не потребляющие достаточного коли-

чества белка, подвержены более высокому риску саркопении, остеопороза и иммунных нарушений.

Рекомендация 2

Пожилым людям, страдающим от недоедания, следует рекомендовать дополнительное питание и предоставлять диетологические консультации.

Качество фактических данных: *среднее*

Степень рекомендации: *настоятельная*

Комментарии к рекомендации 2

- Оценка питания должна производиться индивидуально, с учетом особенностей организма пожилого человека, и включать анализ анамнеза питания, сведений о рационе питания или о потреблении пищи за последние 24 часа, результатов физического осмотра (с особым вниманием к признакам недостаточного или чрезмерного питания), а также конкретных лабораторных тестов, если таковые проводились. Для оценки статуса питания пожилых людей используется ряд инструментов (28, 29).
- При оценке статуса питания должны использоваться данные оценки мышечной массы и силы.
- Всем пожилым людям, в том числе страдающим от недоедания или подверженным такому риску, следует рекомендовать диетологические консультации для формирования здорового рациона питания, обеспечивающего достаточный объем энергии, белка и микронутриентов.
- Важно рассмотреть возможность использования специально подобранного дополнительного питания (в готовой к употреблению или в измельченной форме), обладающего особым содержанием калорий, белков, жиров или микронутриентов, для того чтобы удовлетворить потребность пожилых людей в питательных веществах.
- Большую роль в устранении недоедания могут сыграть меры, связанные с организацией приемов пищи (включая приемы пищи «за семейным столом» и в рамках общения с другими людьми). Рассмотрите возможность организации таких мер для живущих в одиночестве или социально изолированных пожилых людей.

- С возрастом снижается уровень усвоения белка. Низкое потребление белка приводит к потере массы нежировых тканей, а стандартный объем потребления белка может быть недостаточным для пожилого человека.
- Пожилых людей с симптомами потенциально серьезных физических болезней (выраженная кахексия, быстрое снижение массы тела, непроходимость пищевода или затрудненное глотание, рвота, хроническая диарея, боль или отек в области живота) следует направлять на медицинский осмотр к терапевту или профильному специалисту.

Вставка 2

Пероральное дополнительное питание

Пероральное дополнительное питание используется, чтобы дополнить рацион высококачественным белком, калориями и необходимым количеством витаминов и минералов в соответствии с индивидуальными потребностями организма, которые определяются подготовленным медицинским работником. Оценка потребностей организма позволяет определить наилучший источник и средство доставки питательных веществ – пищевые добавки, богатые питательными веществами продукты или специализированные питательные смеси, доступные на коммерческой или некоммерческой основе.

Фактологическая база рекомендации 2

В рамках предпринятого поиска было найдено три систематических обзора, данные которых были использованы при разработке настоящей рекомендации (30–32). В 2015 г. мы провели независимый поиск, чтобы актуализировать данные обзора 2009 г. (31), в результате которого было обнаружено еще 29 испытаний.

- Подробнее о фактических данных, которые легли в основу настоящей рекомендации, см. в профиле фактических данных по неполноценному питанию на сайте ВОЗ: <http://www.who.int/ageing/health-systems/icope>.

В ходе поиска отбирались испытания, посвященные пожилым людям, страдающим от недоедания или подверженным такому риску. Все испытания, кроме двух, проводились в странах с высоким уровнем дохода. Большинство испытаний проводились на базе больниц или учреждений долгосрочного ухода (домов престарелых и интернатов). Использовались

разные определения недоедания. Чаще всего в качестве показателя статуса питания брался тот или иной антропометрический параметр – как правило, индекс массы тела, – который сравнивался с критериями ВОЗ (недостаточная масса тела – менее 18,50 кг/м²). Исследуемые меры были направлены на улучшение потребления белка и калорий с использованием только перорального пути введения (с пищей). Белок дополнялся небелковыми источниками калорий, такими как углеводы и жиры, с добавлением или без добавления минеральных веществ и витаминов. Рассматривались такие типы дополнительного питания, как промышленно выпускаемые доступные сипинговые смеси, добавки на основе молока, добавление витаминов к обычной пище, добавление к ежедневному рациону молочных продуктов молока пониженной жирности или обезжиренного молока, промышленно выпускаемые доступные высокопитательные напитки на основе молока или воды, высокобелковое и высококалорийное питание в дополнение к больничному рациону, промышленно выпускаемые доступные добавки или заменяющие пищу напитки в дополнение к обычному питанию, а также другие виды специального питания. Большинство испытаний, посвященных дополнительному питанию, ставили целью обеспечить наличие в порции пищи 300–400 килокалорий, 12–20 граммов белка, а также дополнительных витаминов и минеральных веществ.

Согласно данным рассмотренных испытаний применение дополнительного питания значительно снизило смертность по сравнению с группами, получающими плацебо или обычную помощь. Анализ данных в подгруппе испытаний, проведенных в условиях местных сообществ, показал отсутствие влияния на смертность, в то время как в подгруппе испытаний, проведенных на базе больниц и учреждений долгосрочного ухода, показал значительное влияние исследуемых мер на показатели смертности.

Прирост массы тела, который считается важнейшим результатом, был отмечен в 70 испытаниях. Продемонстрировано, что рассматриваемое вмешательство способствует набору массы тела у пожилых людей, страдающих от недоедания. Анализ по подгруппам показал значительные результаты в наборе массы тела у пожилых людей как в условиях местных сообществ, так и в условиях больниц и учреждений долгосрочного ухода.

Обоснование рекомендации 2

Имеющиеся данные (среднего качества) подтверждают, что пероральное употребление пищевых добавок в сочетании с диетологическими консультациями могут способствовать снижению смертности и набору массы тела пожилых людей, страдающих от недоедания. ГРП рассмотрела неблагоприятные эффекты, связанные с этой рекомендацией. В 15 испытаниях сообщалось о нежелательных эффектах как в экспериментальной, так и в контрольной группах, но только четыре из этих испытаний (два проведены в больнице, одно – в доме престарелых и одно – в местном сообществе) содержали систематическую оценку и сравнение нежелательных эффектов в экспериментальной и контрольной группах. Общие побочные эффекты – желудочно-кишечные симптомы, тошнота и диарея. В испытаниях, проведенных на базе больниц, отмечается более высокое число нежелательных эффектов; это может отражать изначально более серьезную степень недоедания у пациентов, интенсивность приема дополнительного питания, присутствие коморбидных острых заболеваний или, возможно, более тщательное наблюдение на предмет побочных эффектов. В других испытаниях сообщалось о нежелательных эффектах как в экспериментальной, так и в контрольной группах, и в большинстве этих испытаний не отмечалось каких-либо различий в распространенности побочных эффектов между группами. В связи с этим ГРП сделала вывод о том, что потенциальные риски, связанные с дополнительным питанием, невелики.

Был подробно рассмотрен вопрос следования предписаниям. Члены ГРП предположили, что пероральное дополнительное питание может быть приемлемым для многих пожилых людей и поможет удовлетворить пищевые потребности тех, кто страдает от недоедания или подвергается такому риску. В заключение члены ГРП согласились с тем, что данные рекомендации будут положительно встречены пожилыми людьми и приняты ключевыми заинтересованными сторонами.

Выполнение данной рекомендации может быть связано со значительными ресурсозатратами, особенно на этапе подготовки специалистов. Однако во многих странах с низким и средним уровнем дохода есть местные медицинские работники, которые оказывают помощь детям, страдающим от

недоедания, и беременным женщинам. С учетом этого ГРР заключила, что возможно организовать дополнительную подготовку имеющихся медицинских работников для выполнения рекомендаций.

ГРР считает, что в тех случаях, когда для увеличения потребления белка, калорий или витаминов и минеральных веществ требуется назначение дополнительного питания или определенных продуктов питания, эта мера всегда должна дополняться диетологическими консультациями. Проведение консультаций помогут пожилым людям понять необходимость перорального дополнительного питания и обеспечат уважение их достоинства и прав человека.

С учетом имеющихся фактических данных ГРР вынесла настоятельную рекомендацию по назначению дополнительного питания пожилым людям, страдающим от недоедания.

ГРР также рассмотрела фактические данные, касающиеся мер по увеличению количества потребляемых калорий и мер, касающихся организации приемов пищи. Несмотря на то что имеющихся данных достаточно для того, чтобы обосновать подобную рекомендацию, ГРР сочла, что такая рекомендация не будет нести новой информации, а потому более целесообразно будет не выносить ее.

3.1.3 Нарушение зрения

По мере старения часто происходит потеря зрения, которая ограничивает физические способности человека и мешает ему выполнять повседневные задачи. Более чем у половины пожилых людей с нарушениями зрения улучшение стало возможно за счет неинвазивных методов, в первую очередь использования корректирующих линз. Около 79% людей старше 60 лет и 90% людей старше 70 лет страдают от катаракты – ведущей причины потери зрения (1). Полностью восстановить зрительные функции этих людей возможно путем хирургической операции по удалению катаракты. Однако многие пожилые люди, живущие в странах с низким уровнем дохода, не имеют достаточного доступа к офтальмологической помощи и даже никогда не проходили офтальмологическое обследование. Выявление случаев заболеваний силами местных сообществ и незамедлительное предоставление офтальмологической помощи или сопровождаемое направление на операцию по удалению катаракты могут способствовать улучшению физических способностей и функциональности пожилых людей.

Рекомендация 3

Пожилые люди должны проходить регулярный скрининг на нарушения зрения в рамках первичной медико-санитарной помощи и получать своевременную и всестороннюю офтальмологическую помощь.

Качество фактических данных: низкое

Степень рекомендации: настоятельная

Комментарии к рекомендации 3

- На уровне первичной медико-санитарной помощи возможно проводить скрининг путем оценки остроты зрения при помощи таблицы Снеллена.
- Важно повышать осведомленность людей и создавать спрос на услуги в рамках регулярных информационно-просветительских мероприятий на уровне местных сообществ.
- Необходимо содействовать выявлению случаев заболеваний в рамках первичной медико-санитарной помощи и при работе на уровне местных сообществ: для работников здравоохранения, в частности для местных медицинских работников, можно провести дополнительную подготовку, посвященную скринингу на нарушения зрения.
- Внедрить полный спектр офтальмологических услуг, с тем чтобы услуги по коррекции зрения с предоставлением подходящих средств были доступны на уровне первичной медико-санитарной помощи.
- В частности, в странах с низким уровнем дохода должны предоставляться новые, качественные, доступные и недорогие очки.
- Самые распространенные причины нарушений зрения у пожилых людей – пресбиопия (старческая дальнозоркость), катаракта, глаукома, диабетическая ретинопатия и возрастная макулодистрофия. Необходимо, чтобы пожилые люди с выявленным нарушением зрения проходили обследование на наличие этих состояний.
- Пожилые люди, страдающие диабетом в течение пяти и более лет, должны направляться на обследование к офтальмологу. Кроме того, регулярное офтальмологическое обследование рекоменду-

ется проходить лицам, подвергающимся риску глаукомы (в частности, людям африканского происхождения и людям с глаукомой в семейном анамнезе) или риску диабета, а также страдающим сильной миопией. Издание ВОЗ *Prevention of blindness from diabetes mellitus* [Предотвращение слепоты, вызванной сахарным диабетом] (33) доступно по адресу https://www.who.int/diabetes/publications/prevention_diabetes2006/en/.

- Следует направлять пациентов к офтальмологам или эрготерапевтам, имеющим опыт в изменении среды (работа с цветом и контрастом в среде пациента со сниженным зрением) и способным обучить выполнению повседневных задач и необходимым навыкам, таким как стирка одежды.

Вставка 3 **Определения снижения зрения**

Используются следующие определения снижения зрения (34).

- Определение ВОЗ: острота зрения менее 6/18 в одном глазу и не менее 3/60 в лучше видящем глазу в условиях максимальной коррекции.
- Определение, используемое при оказании услуг и помощи для слабовидящих: нарушение зрительных функций человека даже после лечения и/или применения стандартных мер по коррекции нарушений рефракции, а также острота зрения менее 6/18, вплоть до способности различать только свет, или радиус поля зрения менее 10 градусов, однако с (потенциальной) способностью использовать зрение для планирования и/или выполнения задач, для которых зрение необходимо.

Фактологическая база рекомендации 3

Данные были собраны из трех систематических обзоров: обновленный систематический обзор, охватывающий пять испытаний, посвященных скринингу и направлению на лечение, обновленный систематический обзор, включающий два испытания, посвященных скринингу с непосредственным предоставлением офтальмологической помощи, и обновленный систематический обзор, в котором рассматривались три испытания, посвященные хирургическому удалению катаракты в срочном порядке.

- Подробнее о фактических данных, которые легли в основу настоящей рекомендации, см. в профиле

фактических данных по нарушениям зрения на сайте ВОЗ: <http://www.who.int/ageing/health-systems/icope>.

Новых испытаний в рамках предпринятого ВОЗ обновления систематического обзора по скринингу и направлению на лечение, опубликованного в 2006 г. и охватывавшего пять испытаний, выявлено не было (35). Поэтому фактологическую базу для настоящих рекомендаций составляют результаты трех первоначальных систематических обзоров. Согласно объединенным данным пяти испытаний, в которых приняли участие 3494 человека, нет никаких подтверждений того, что скрининг зрительных функций как отдельная мера может способствовать их улучшению у пожилых людей. Авторы пришли к выводу, что отсутствие положительных результатов было связано с такими факторами, как потеря контакта с участниками испытания, отсутствие чистоты испытаний, одинаковая частота выявления и лечения нарушений зрения в обеих группах, отбор в группу для последующего тестирования при помощи единственного вопроса, а также низкая степень следования рекомендациям.

Систематический обзор, в котором были рассмотрены два испытания, посвященные скринингу зрительных функций с немедленным направлением на коррекцию нарушений рефракции, выявил наличие положительных результатов. В первом из двух испытаний пожилые люди из экспериментальной группы получали рецепты и талоны на бесплатные очки (36), а участники второго испытания получали корректирующие очки сразу же (37). В первом испытании участвовали люди в возрасте 65 лет и старше, проживающие в местном сообществе, а во втором испытании участвовали жители дома престарелых в возрасте 55 лет и старше. В обоих испытаниях наблюдалось улучшение зрительных функций в группах, где меры принимались немедленно.

Систематический обзор, в котором были рассмотрены три испытания, посвященные эффективности хирургического удаления катаракты в срочном порядке, выявил существенные улучшения зрения у пожилых людей, перенесших такую операцию, по сравнению с людьми, которым была проведена плановая операция или которые находились в списках ожидания (38–40).

Обоснование рекомендации 3

ГРР признала, что пожилые люди чаще страдают от нарушений зрения, чем молодые, и что снижение зрительных функций при отсутствии лечения создает огромное личное и общественное бремя.

Группа рассмотрела ограниченный объем данных, свидетельствующий о наличии субъективных улучшений зрения после скрининга с направлением на лечение (35). Члены ГРР согласились, что использование скрининга в качестве отдельной меры нецелесообразно и что он должен проводиться в сочетании с немедленным предоставлением соответствующей офтальмологической помощи с целью повысить остроту зрения пожилого человека, страдающего от нарушения зрительных функций. Кроме того, ГРР отметила продемонстрированные в трех испытаниях значительные положительные результаты хирургического удаления катаракты – это свидетельствует в пользу проведения таких операций при наличии показаний. Ни в одном из рассмотренных испытаний не сообщалось о каких-либо неблагоприятных последствиях скрининга с направлением на лечение. Члены ГРР признали высокую приемлемость и практичность данного подхода. Эксперты-офтальмологи в составе группы отметили, что во многих странах, включая страны с низким и средним уровнем дохода, существуют национальные программы по лечению слепоты по месту проживания, в рамках которых специалисты, обученные раннему выявлению поддающейся лечению слепоты, проводят скрининг на нарушения зрения. Однако такие меры направлены в основном на детей, а многие пожилые люди сталкиваются с трудностями при получении доступа к скринингу и своевременной помощи. ГРР считает, что скрининг в сочетании с предоставлением соответствующей офтальмологической помощи может способствовать устранению социального неравенства в данной сфере.

С учетом незначительной вариативности ценностей и предпочтений, а также с учетом практичности и приемлемости предлагаемых мер и их потенциальных преимуществ, значительно превосходящих возможный вред, особенно в странах со значительным бременем нарушений зрения, ГРР вынесла по данному вопросу настоятельную рекомендацию, несмотря на низкое качество имеющихся фактических данных.

3.1.4 Потеря слуха

В отсутствие лечения потеря слуха снижает способность человека к общению и может приводить к социальной изоляции и потере самостоятельности, что сопровождается тревогой, депрессией и когнитивными нарушениями. Несмотря на значительные

последствия для личности и общества, потеря слуха среди пожилых людей редко выявляется и не лечится в достаточной мере. Вместе с тем это распространенное ограничение индивидуальной жизнеспособности можно эффективно компенсировать. Существуют простые средства и меры адаптации при потере слуха, включая слуховые аппараты, изменение среды и изменение поведения, в частности минимизация фонового шума и использование при общении таких простых методов, как четкая речь.

Рекомендация 4

В целях своевременного выявления снижения слуха у пожилых людей и оказания им необходимой помощи следует предлагать пожилым людям проходить скрининг на нарушения слуха и при необходимости выдавать им слуховые аппараты.

Качество фактических данных: низкое

Степень рекомендации: настоятельная

Комментарии к рекомендации 4

- Следует повышать осведомленность населения о потере слуха и о преимуществах аудиологической реабилитации пожилых людей. Это возможно сделать в рамках выявления случаев заболеваний и проведения информационно-просветительских мероприятий на уровне местных сообществ.
- Следует рекомендовать медицинским работникам периодически проверять пожилых людей на предмет потери слуха, задавая им вопросы о качестве их слуха. Рекомендуются также аудиологическое обследование, отоскопический осмотр и проверка слуха шепотом.
- Оптимальный метод лечения потери слуха у пожилых людей – назначение слухового аппарата, поскольку это позволяет свести к минимуму снижение слуха и повысить способность человека выполнять повседневные задачи.
- Следует проверять назначаемые лекарственные средства на предмет ототоксичности.
- Людей с хроническим средним отитом или внезапной потерей слуха, а также тех, кто не прошел ту или иную проверку в рамках скрининга, следует направлять к отоларингологу.

- Дополнительные рекомендации представлены в документе *Guidelines for hearing aids and services for developing countries* [Руководство по слуховым аппаратам и соответствующим услугам для развивающихся стран] (41), доступном по адресу: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67889/PBD_PDH_01.1.pdf.

Фактологическая база рекомендации 4

Фактические данные для обоснования настоящей рекомендации были получены из двух рандомизированных контролируемых испытаний. Оба испытания продемонстрировали пользу скрининга пожилых людей с немедленным предоставлением им слуховых аппаратов. В более раннем из двух испытаний было показано, что немедленное предоставление слуховых аппаратов способствует статистически значимому улучшению показателя связанного со слухом качества жизни, определяемого при помощи Опросника для пожилых людей с нарушением слуха (HHIE) и оценки по Денверской шкале количественной оценки коммуникативных функций (QDS) (42). Во втором испытании в обеих группах, получивших слуховые аппараты, наблюдалось более значительное улучшение показателей, связанных со слухом, по сравнению с группой, не получавшей лечения, и группой, пользовавшейся вспомогательными слуховыми устройствами (43). Среднее улучшение показателей HHIE в этом испытании было незначительным у пациентов контрольной группы (2,2 балла) и тех, кто получил вспомогательное слуховое устройство (4,4 балла), более выраженным – у пациентов, получивших обычный слуховой аппарат (17,4 балла), и высоким – у пациентов, которые получили программируемое устройство (31,1 балла).

- Подробнее о фактических данных, которые легли в основу настоящей рекомендации, см. в профиле фактических данных по потере слуха на сайте ВОЗ: <http://www.who.int/ageing/health-systems/icore>.

Обоснование рекомендации 4

ГРП оценила качество имеющихся фактических данных в пользу проведения скрининга пожилых людей и предоставления им слуховых аппаратов в целях улучшения важнейших показателей, связанных со слухом, как низкое. Однако помимо данных, ГРП также рассмотрела такие вопросы, как альтернативные издержки и

польза от возможных вмешательств с учетом высокой распространенности и чрезвычайно серьезных социальных последствий не диагностированной и не леченой потери слуха; треть людей во всем мире испытывает нарушения слуха той или иной степени.

Таким образом, члены ГРП сочли, что преимущества данной меры превосходят ее недостатки и связанные с ней издержки. Скрининг и использование слуховых аппаратов, по имеющимся данным, не наносят людям вреда; кроме того, сегодня имеются недорогие и высококачественные слуховые аппараты, и большинство пожилых людей не возражают против проверки слуха. С учетом приемлемости, практичности и растущей экономической доступности слуховых аппаратов, а также большой потенциальной пользы для жителей стран с высоким бременем потери слуха, связанной с улучшением общения и взаимодействия в рамках местных сообществ, – ГРП приняла решение вынести настоятельную рекомендацию в пользу данной меры, несмотря на низкое качество фактических данных.

3.1.5 Когнитивные нарушения

Когнитивные нарушения являются надежным прогностическим фактором утраты функциональности и возникновения потребности в помощи у пожилых людей. Легкие когнитивные нарушения увеличивают риск развития деменции, и, согласно имеющимся данным, при увеличении среднего возраста возникновения деменции на пять лет ее распространенность уменьшается вдвое (44). Когнитивная стимуляция, например участие в деятельности, способствующей улучшению когнитивных и социальных функций, является важнейшим методом профилактики и обращения вспять снижения когнитивных способностей и, следовательно, предотвращения утраты функциональности и возникновения зависимости от посторонней помощи в пожилом возрасте.

Рекомендация 5

Пожилым людям с когнитивными нарушениями, независимо от наличия официального диагноза, можно предлагать тренировки когнитивных функций.

Качество фактических данных: **низкое**
Степень рекомендации: **условная**

Комментарии к рекомендации 5

- Оценка когнитивных функций может производиться с использованием любого инструмента, утвержденного на местном уровне.
- В отсутствие стандартного метода оценки следует задавать обследуемому лицу и человеку, который хорошо его знает, вопросы о памяти, ориентировке, речевых и языковых навыках, а также о трудностях в выполнении важнейших функций и задач. Необходимо провести оценку памяти, ориентировки и речевых функций.
- Могут быть организованы короткие сессии когнитивной стимуляции. В странах с высоким уровнем дохода такие мероприятия обычно проводит психотерапевт. Однако некоторые параметры, такие как длительность или частота, можно адаптировать к конкретным условиям, и при условии надлежащей подготовки и поддержки сессии могут проводиться неспециалистами.
- Важно рекомендовать членам семьи и лицам, осуществляющим уход, регулярно давать пожилым людям информацию об окружающем мире (день недели, дата, время, погода, имена людей и т. д.), чтобы помочь им сохранять ориентировку во времени и пространстве. При помощи газет, радио- и телепередач, семейных альбомов и других домашних предметов можно стимулировать общение, стимулировать память и помогать человеку делиться своими переживаниями и опытом и ценить их.
- Снижение когнитивных функций может быть связано с нарушениями памяти и трудностями в выполнении повседневных задач, таких как ведение личных финансов и совершение покупок, а также в общении. В случае выявления нарушений следует направлять пациента на медицинское обследование.
- Дополнительные рекомендации относительно деменции представлены в руководстве программы ВОЗ mhGAP (45), доступном по адресу http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/365979/WHO-mgHAPIG_tRu_final_web.pdf.

Вставка 4

Как выявить когнитивное нарушение

- Оценка на предмет когнитивных нарушений может проводиться с использованием любого инструмента, утвержденного на местном уровне.
- В отсутствие стандартного метода: а) оценить память, попросив человека повторить три распространенных слова сразу же, а затем через 3–5 минут; б) оценить ориентировку во времени, спросив, сколько времени, какой сейчас день недели, время года и год, и оценить ориентировку в пространстве, спросив, где человек находится или где расположен ближайший к его дому рынок или магазин; в) проверить речевые функции, попросив человека назвать части тела и объяснить функции предметов («Что делают молотком?»).
- Любое нарушение когнитивных функций следует подтвердить в беседе с членом семьи или другим человеком, который хорошо знаком с обследуемым.

Более подробные рекомендации представлены в руководстве по оказанию помощи mhGAP (45), доступном по адресу http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/365979/WHO-mgHAPIG_tRu_final_web.pdf.

Фактологическая база рекомендации 5

Фактические данные в пользу эффективности когнитивной стимуляции для пожилых людей с нарушением когнитивных функций были получены из одного систематического обзора (44). Рассмотренные в нем меры, как правило, реализовывались на базе учреждений дневного или долгосрочного ухода; участвовали люди с деменцией или легкими когнитивными нарушениями либо и с тем и с другим. В обзоре анализировались данные 17 испытаний; в 12 из них (810 участников) когнитивные нарушения оценивались с использованием Краткой шкалы оценки психического статуса (MMSE), а в других пяти – при помощи когнитивной подшкалы Шкалы оценки болезни Альцгеймера – (ADAS-Cog). Все эти испытания подтверждают значительное улучшение когнитивных функций после вмешательства. Общее качество фактических данных было оценено как низкое. Необходимы новые рандомизированные контролируемые испытания для проверки эффективности разных видов вмешательств, основанных на задействовании когнитивных функций и нацеленных исключительно на пожилых людей с когнитивными нарушениями.

- Подробнее о фактических данных, которые легли в основу настоящей рекомендации, см. в профиле фактических данных по когнитивным нарушениям на сайте ВОЗ: <http://www.who.int/ageing/health-systems/icope>.

Обоснование рекомендации 5

Использование когнитивной стимуляции (в любой форме) для улучшения когнитивных функций у пожилых людей с легкими когнитивными нарушениями и деменцией обосновывается фактическими данными низкого качества. ГРР рекомендует медицинским работникам проводить такие мероприятия в случае наличия показаний. ГРР обнаружила фактические данные низкого качества, подтверждающие, что такие меры способствуют улучшению важных показателей здоровья, и заключила, что преимущества этих мер превосходят негативные эффекты. Предлагаемые меры неинвазивны, и ни в одном испытании не сообщалось о каком-либо вреде, связанном с когнитивной стимуляцией. Было отмечено, что вариативность ценностей и предпочтений в рассматриваемом вопросе незначительна, и вмешательство является практичным и приемлемым. На начальном этапе потребуются значительные ресурсозатраты на реализацию мероприятий по когнитивной стимуляции, но ГРР считает, что адаптация мер к конкретным условиям и инвестиции в подготовку неспециалистов позволят сократить расходы в будущем. Данная рекомендация является условной ввиду низкого качества фактических данных – в большинстве испытаний участвовали пожилые люди с деменцией, а эффекты когнитивной стимуляции у пациентов с легкими когнитивными нарушениями остаются неясными.

3.1.6 Симптомы депрессии

О наличии у пожилых людей симптомов депрессии (или субклинической депрессии) говорят, когда как минимум на протяжении двух недель большую часть времени или непрерывно присутствует не менее двух симптомов депрессии, но симптоматика не дает оснований для диагностирования тяжелого депрессивного расстройства. Симптомы депрессии – важное состояние, которое испытывают 6–10% пожилых людей, проходящих обследование в рамках первичной медико-санитарной помощи, и 30% пожилых людей в медицинских учреждениях и учреждениях долгосрочного ухода; это состояние связано со снижением индивидуальной жизнеспособности (46).

Рекомендация 6

Людам старшего возраста, испытывающим симптомы депрессии, можно предлагать краткие структурированные психологические вмешательства в соответствии с руководством, изданным программой ВОЗ mhGAP; эти меры должны осуществляться медицинскими работниками, понимающими специфику охраны психического здоровья пожилых людей.

Качество фактических данных: очень низкое

Степень рекомендации: условная

Комментарии к рекомендации 6

- Пожилые люди могут испытывать психологические трудности, соответствующие депрессивной симптоматике, но без развития депрессии в умеренно выраженной или тяжелой форме. При обследовании пожилого человека важно определить не только наличие симптомов депрессии, но и их возможную связь с социальной изоляцией, а также обусловленные ими сложности в выполнении повседневных задач.
- С симптомами депрессии могут быть связаны когнитивные нарушения и деменция, поэтому необходимо проводить проверку на эти состояния. Пациенты с деменцией часто жалуются на расстройства настроения или поведенческие проблемы, такие как апатия, утрата эмоционального контроля, сложности при выполнении обычной работы, домашних дел или трудности в общении.
- Ведение и оценка симптомов депрессии описаны в руководстве программы ВОЗ mhGAP (45) (в модуле «Прочие значимые жалобы на психическое здоровье»; см. вставку 5).
- Пожилые люди, которым может быть поставлен диагноз депрессивного расстройства, должны получать консультации и лечение в соответствии с рекомендациями руководства mhGAP.
- Следует рассмотреть физические упражнения как дополнение к структурированному психологическому лечению для улучшения индивидуальной жизнеспособности у пожилых людей (см. рекомендации в разделе 3.1.1 «Потеря мобильности»).

Фактологическая база рекомендации 6

Фактические данные, обосновывающие пользу психологических вмешательств для лечения симптомов депрессии у пожилых людей, были получены из двух систематических обзоров (47, 48). Все рассмотренные в обзорах испытания проводились в странах с высоким уровнем дохода силами подготовленных специалистов в области психического здоровья.

Согласно объединенным данным шести испытаний (826 пожилых людей), в которых использовались когнитивно-поведенческая терапия, терапия, ориентированная на решение проблем, и терапия обзора жизни, эти меры позволяют значительно сократить симптомы депрессии у пожилых людей. Общее качество фактических данных этих испытаний было оценено как низкое. Еще в одном обзоре рассматривалась эффективность поведенческой активации как средства сокращения симптомов депрессии у взрослых людей. Однако лишь в трех включенных в него испытаниях участвовали пожилые люди. Данные этих испытаний (102 пожилых человека) свидетельствуют о том, что поведенческая активация значительно снижает симптомы депрессии. Общее качество этих фактических данных было оценено как очень низкое.

- Подробнее о фактических данных, которые легли в основу настоящей рекомендации, см. в профиле фактических данных по симптомам депрессии на сайте ВОЗ: <http://www.who.int/ageing/health-systems/icope>.

Обоснование рекомендации 6

Использование психологических вмешательств (когнитивно-поведенческой терапии, терапии, ориентированной на решение проблем, интерперсональной терапии, терапии поведенческой активации и терапии обзора жизни) с целью сократить симптомы депрессии у пожилых людей обосновывается фактическими данными очень низкого качества. Ни в одном испытании не отмечается какой-либо вред от указанных мер. С учетом отсутствия сообщений о негативных последствиях ГРП заключила, что эти меры, скорее всего, обладают ограниченным потенциалом нанесения вреда. Поведенческая активация – достаточно простой метод, которому возможно обучить быстрее, чем большинству других основанных на фактических данных методов психо-

Вставка 5

Краткая информация о лечении депрессии

Краткосрочное структурированное психологическое лечение

- Интерперсональную терапию и когнитивно-поведенческую терапию (КПТ) (включая поведенческую активацию), а также терапию, ориентированную на решение проблем, следует рассматривать как методы психологического лечения депрессивного эпизода/расстройства в неспециализированных медицинских учреждениях при наличии достаточных людских ресурсов (например, местных медицинских работников, работающих под руководством специалистов). При умеренно выраженной и тяжелой формах депрессии терапия, направленная на решение проблем, должна рассматриваться как вспомогательное средство.
- Людям с симптомами депрессии (при отсутствии депрессивного эпизода/расстройства), испытывающим дистресс или имеющим некоторую степень нарушения функций, можно предложить терапию, ориентированную на решение проблем.
- Психологическое лечение, основанное на принципах КПТ, следует рассматривать при повторном обращении взрослых пациентов с необъясненными с медицинской точки зрения соматическими жалобами, испытывающих существенный дистресс и не подходящих под диагностические критерии депрессивного эпизода/расстройства.

Более подробные сведения и дополнительные рекомендации представлены в руководстве программы ВОЗ mhGAP (45), доступном по адресу http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/365979/WHO-mgHAPIG_tRu_final_web.pdf.

терапии. Вместе с тем в рассмотренных испытаниях эта мера реализовывалась специалистами и предусматривалась целая серия сессий, что требует значительных ресурсов и может быть нереализуемо в условиях неспециализированных учреждений здравоохранения. Тем не менее предложенную меру можно видоизменить, проводя ее в формате краткосрочного вмешательства в качестве вспомогательного средства терапии или первого этапа комплексного плана помощи в рамках первичного звена. Несмотря на недостаток фактических данных по пожилым людям, ВОЗ располагает всесторонним набором инструментов и руководств по лечению симптомов депрессии у взрослых людей. С учетом того, что депрессия у пожилых людей связана с

серьезным снижением функциональной способности, – а также что рекомендация проводить краткосрочные психологические вмешательства соответствует рекомендации руководства mhGAP относительно депрессии (45), – ГРР заключила, что польза этой рекомендации превосходит вред. С учетом очень низкого качества фактических данных и того, что в некоторых условиях реализация предложенных мер может быть невозможна, ГРР вынесла условную рекомендацию.

3.2 Модуль II. Гериатрические синдромы

3.2.1 Недержание мочи

От недержания мочи – непроизвольного мочеиспускания – страдают примерно треть пожилых людей во всем мире (49–51). Недержание зависит не только от функций нижних мочевыводящих путей, но и от сохранения мобильности, когнитивных функций и мотивации. Недержание мочи имеет важные медицинские последствия и связано с пролежнями, сепсисом, почечной недостаточностью, инфекциями нижних мочевыводящих путей и повышенной смертностью. Психосоциальные последствия недержания включают снижение самооценки, ограничение социальной и сексуальной активности и развитие депрессии. Недержание мочи также является важным детерминантом зависимости от посторонней помощи в пожилом возрасте.

Рекомендации 7 и 8

7. Для профилактики недержания мочи пожилым людям с когнитивными нарушениями можно рекомендовать мочеиспускание по напоминанию.

Качество фактических данных: очень низкое
Степень рекомендации: условная

8. Пожилым женщинам с недержанием мочи (ургентным, стрессовым или смешанным) следует рекомендовать тренировку мышц тазового дна (ТМТД) отдельно или в сочетании с различными методами контроля работы мочевого пузыря и самонаблюдением.

Качество фактических данных: среднее
Степень рекомендации: настоятельная

Комментарии к рекомендациям 7 и 8

- Недержание мочи у пожилых людей имеет многофакторную этиологию, поэтому при его оценке и лечении нельзя ограничиваться только нижними отделами мочевыводящих путей. Выявление случаев недержания может производиться медицинскими работниками, оказывающими неспециализированные медицинские услуги, но полномасштабная оценка должна выполняться врачами-специалистами. Полномасштабная оценка необходима ввиду многофакторности недержания мочи у пожилых людей. Требуется обследование сердечнососудистой и нервной систем, органов брюшной полости, а также оценка мобильности и когнитивных функций.
- В ходе оценки недержания мочи анализируется потребление жидкости, принимаемые препараты, физические и когнитивные способности (включая мобильность) и урологические операции в анамнезе.
- Лучший вопрос для диагностики ургентного недержания – «Возникает ли у вас сильный и внезапный позыв к мочеиспусканию, из-за которого вы начинаете мочеиспускание до того, как успеете добраться до туалета?»
- Хороший вопрос при диагностике стрессового недержания – «Вызвано ли ваше недержание кашлем, чиханием, подъемом предметов, ходьбой или бегом?»
- Необходимо проверять наличие устранимых причин недержания, таких как делирий, инфекция, атрофический вагинит, фармацевтические факторы, например обусловленная лекарственными препаратами задержка мочи, психологические проблемы (депрессия), избыточное выделение мочи (например, гипергликемия), а также запоры.
- В качестве средства первой линии следует давать рекомендации по тренировке мочевого пузыря в течение как минимум шести недель. В рамках тренировки мочевого пузыря пожилому человеку рекомендуется ходить в туалет строго по графику. Вначале практикуется посещение туалета каждые два часа, затем интервалы увеличиваются, чтобы стимулировать развитие контроля над работой мочевого пузыря.

- Тренировка мышц тазового дна (ТМТД) укрепляет мышцы, поддерживающие уретру и способствующие ее закрытию. ТМТД часто используется при стрессовом недержании мочи и может также быть полезной при ургентном недержании. Как и другие системы укрепления мышц, ТМТД основана на контролируемом повторении высокоинтенсивных сокращений, удерживаемых как можно дольше. Для начала возможно делать три серии по 10 сокращений (в достаточной мере расслабляя мышцы между сериями) два-три раза в неделю.
- Ключ к успеху ТМТД – правильное определение целевой группы мышц и достаточная мотивация к продолжению тренировок.

Фактологическая база рекомендаций 7 и 8

Было найдено пять систематических обзоров, два из которых послужили основой для первичных выводов относительно таких методов лечения недержания мочи, как мочеиспускание по напоминанию и ТМТД (52, 53).

Рекомендация 7. Мочеиспускание по напоминанию

Четыре из рассмотренных испытаний были проведены в Соединенных Штатах Америки, и большинство их участников имели средние и тяжелые когнитивные нарушения. Во всех испытаниях, кроме одного, участвовали пожилые люди с недержанием мочи, проживающие в доме престарелых. Длительность вмешательства составляла от 20 дней до 32 недель. Испытания показали, что такие меры значительно снижают количество эпизодов недержания в сутки.

Данные о результатах в отношении пользования туалетом по собственной инициативе представлены в четырех испытаниях, но только в одном из них в достаточном объеме. Во всех четырех испытаниях показано, что мочеиспускание по напоминанию обеспечивает значительное увеличение числа самостоятельных запросов на пользование туалетом. Общее качество фактических данных было оценено как низкое.

- Подробнее о фактических данных, которые легли в основу настоящей рекомендации, см. в профиле фактических данных по недержанию мочи на сайте ВОЗ: <http://www.who.int/ageing/health-systems/icope>.

Рекомендация 8. Тренировка мышц тазового дна (ТМТД)

Данные в отношении ТМТД были получены в основном из пяти рандомизированных контролируемых испытаний, направленных на оценку преимуществ ТМТД в сравнении с плацебо и контрольной группой. Два из этих испытаний были проведены в Бразилии, два в Японии, а одно – в Соединенных Штатах Америки. Средний возраст участниц составлял от 60,2 до 76,6 года. Во всех этих испытаниях принимали участие пожилые женщины, живущие дома. В трех испытаниях оценивалась степень излечения недержания мочи по мнению участников. Было показано, что ТМТД значительно повышает субъективную степень излечения недержания мочи и существенно снижает связанные с ним симптомы. Общее качество фактических данных по ТМТД было оценено как низкое.

Оценивалась польза ТМТД в сочетании с методами контроля работы мочевого пузыря с биологической обратной связью и без нее. Во всех рассмотренных испытаниях участвовали пожилые люди, живущие дома, большинство из которых страдали от смешанной формы недержания мочи. Указанное сочетание методов применялось на дому и в условиях медицинского учреждения. Средний возраст участников составлял от 65,4 до 74,7 года. Во всех испытаниях, кроме одного, участвовали только пожилые женщины. Анализ совокупности данных пяти испытаний (709 участников) показал, что данные меры позволяют значительно сократить количество эпизодов недержания в течение 6–24 недель последующего наблюдения. Общее качество фактических данных было оценено как среднее.

Обоснование рекомендаций 7 и 8

Использование мочеиспускания по напоминанию для сокращения числа эпизодов недержания мочи у пожилых людей с когнитивными нарушениями обосновывается фактическими данными низкого качества. Недержание мочи часто наблюдается у людей с когнитивными нарушениями и повышает потребность в формальном и неформальном уходе. Ни в одном испытании не сообщается о каких-либо нежелательных последствиях мочеиспускания по напоминанию. Все рассмотренные испытания проводились в странах с высоким уровнем дохода в условиях учреждений долгосрочного ухода, и ГРП признала, что предлагаемые меры может быть

трудно реализовать в условиях местных сообществ, когда успех мероприятия зависит от помощи осуществляющих уход членов семьи. С учетом низкого качества данных и потенциальных затруднений в реализации на уровне местных сообществ ГРР вынесла условную рекомендацию.

Использование ТМТД как независимого метода борьбы с недержанием мочи у пожилых женщин обосновывается данными низкого качества. При этом качество фактических данных в поддержку использования ТМТД в сочетании с методами контроля работы мочевого пузыря и самонаблюдением является средним. Недержание мочи серьезно влияет на качество жизни и функциональную способность пожилого человека и повышает потребность в помощи. Ни в одном испытании не сообщается о каких-либо нежелательных последствиях ТМТД, и ГРР считает, что вероятность вреда, скорее всего, является низкой с учетом неинвазивного характера вмешательства. Члены ГРР отметили, что рекомендация, вероятно, будет положительно встречена пожилыми женщинами, страдающими от недержания мочи, и предлагаемые меры являются весьма приемлемыми для поставщиков помощи. С учетом среднего качества данных, обосновывающих целесообразность комбинированного подхода, и незначительности потенциального вреда ГРР вынесла настоятельную рекомендацию в отношении использования ТМТД как в отдельности, так и в сочетании с другими методами.

3.2.2 Риск падения

Снижение физических способностей у пожилых людей часто приводит к падениям и связанным с ними травмам. Около трети людей старше 65 лет, живущих дома, падают каждый год, и многие из них падают неоднократно (54, 55). Падение – ведущая причина госпитализации и смерти в результате травм. Каждые пять лет после достижения 60-летнего возраста значительно возрастает вероятность смертельного падения (56). Случайные падения связаны с сочетанием внешних (средовых) и внутренних (нарушение постурального контроля в результате расстройства органических систем) факторов. К внешним факторам относятся опасные элементы окружающей среды, такие как незакрепленные коврики, беспорядок, плохое освещение и неправильная обувь, в частности не подходящие, не держащиеся на ноге тапочки. Среди внутренних факторов – расстройства органических систем, влияющих

на постуральный контроль, включая сенсорную, опорно-двигательную и центральную нервную системы. Пожилые люди могут снизить риск падений при помощи упражнений, физиотерапии, оценки и адаптации домашней среды и отмены психотропных препаратов.

Рекомендации 9–12

9. Пожилым людям, подвергающимся риску падения, можно рекомендовать пересмотр медикаментозных назначений с отменой излишних или вредных препаратов.

Качество фактических данных: низкое

Степень рекомендации: условная

10. Пожилым людям, подвергающимся риску падения, следует рекомендовать комплексную программу физических упражнений (тренировка равновесия, силовые упражнения, упражнения на гибкость и функциональная тренировка).

Качество фактических данных: среднее

Степень рекомендации: настоятельная

11. После осмотра дома специалистом пожилым людям, подвергающимся риску падения, следует рекомендовать изменить домашнюю среду для устранения факторов, увеличивающих риск падения.

Качество фактических данных: среднее

Степень рекомендации: настоятельная

12. Для снижения риска и частоты падений среди пожилых людей можно рекомендовать многофакторные меры, включающие оценку и индивидуальные вмешательства.

Качество фактических данных: низкое

Степень рекомендации: условная

Комментарии к рекомендациям 9–12

- Пожилым людям, которые обращаются за медицинской помощью из-за падения, сообщают о неоднократных падениях за последний год или демонстрируют нарушения походки и/или равновесия, следует предлагать комплексную оценку рисков.

- Комплексная оценка может охватывать следующие аспекты: история падений; походка, равновесие, мобильность и мышечная слабость; риск остеопороза; страх падения, ухудшение зрения, когнитивные нарушения, результаты неврологического обследования; недержание мочи; опасные факторы домашней среды; результаты сердечно-сосудистого обследования; обзор лекарств.
- В каждый план ухода за пожилыми людьми, подверженными риску падений, должна быть включена комплексная программа упражнений, состоящая из тренировок с отягощением с увеличением нагрузки и других компонентов (тренировки равновесия, упражнений на гибкость и аэробных упражнений) (см. рекомендацию 1 о потере мобильности).
- Любой подход, ориентированный на предотвращение падений, должен включать выявление нарушений зрения у пожилых людей и направление на лечение. Например, для предотвращения падений у пожилых людей с катарактой рекомендуется немедленное проведение операции по удалению катаракты.
- Было показано, что пересмотр медикаментозных назначений, проведенный квалифицированным медицинским работником, особенно с целью сократить потребление психотропных препаратов, уменьшает вероятность падений. Пожилым людям следует рекомендовать сократить использование снотворных, в том числе безрецептурных препаратов, содержащих дифенгидрамин или другие антигистаминные вещества с седативным эффектом. Бензодиазепины и антидепрессанты также повышают риск падений.

Фактологическая база рекомендаций 9–12

Был найден один систематический обзор мер по снижению риска падений у пожилых людей, живущих дома (55). В обзоре было рассмотрено 159 рандомизированных контролируемых испытаний, общее число участников которых составило 79 193 человека. В большинстве испытаний мера по профилактике падений сравнивалась с отсутствием мер либо с мерой, которая не должна уменьшать риск падений.

Рекомендация 9. Пересмотр и отмена лекарственных назначений

Эффективность вмешательств, нацеленных на пересмотр лекарственных назначений (например, отмена

психотропных препаратов или проведение образовательных программ для семейных врачей), подтверждается ограниченным объемом данных. Только в одном испытании было показано, что отмена психотропных препаратов снижает частоту падений. Другое испытание продемонстрировало эффективность образовательных программ по анализу и пересмотру лекарственных назначений для врачей общей практики/ семейных врачей. Качество фактических данных было оценено как низкое.

Рекомендация 10. Комплексная программа упражнений

В 59 испытаниях (13 264 участника) оценивалось влияние физических упражнений на частоту падений у пожилых людей. Исследуемые меры, объединяющие два или более вида упражнений из перечисленных далее, были отнесены к многокомпонентным программам упражнений для групповых и индивидуальных занятий: походка, тренировка равновесия и функциональные тренировки; силовые тренировки и тренировки с отягощением; упражнения на гибкость; тайцзицюань; общая физическая активность; тренировка выносливости.

16 испытаний (3622 участника) показали положительное влияние многокомпонентных групповых упражнений на профилактику падений у пожилых людей. Качество фактических данных было оценено как низкое.

В пяти испытаниях (1563 участника) изучались групповые занятия по системе тайцзицюань. Эта мера снизила частоту падений и риск падения. Влияние упражнений тайцзицюань на частоту падений была выше в подгруппе, в которую не производился отбор участников на основании более высокого риска падения. Таким образом, тайцзицюань представляется более эффективным средством профилактики падений для людей, не подверженных высокому риску падения изначально. Общее качество фактических данных было оценено как низкое.

В восьми испытаниях с участниками проводились индивидуальные занятия на дому. Такие меры позволили добиться статистически значимого снижения частоты падений и риска падения. Испытание, посвященное роли упражнений на равновесие и силовых тренировок в поддержании способности выполнять повседневные задачи, показало статистически значимое сокращение частоты падений. Общее качество фактических данных было оценено как среднее.

Рекомендация 11. Изменение домашней среды

В шести испытаниях (4208 участников) изучалась эффективность мер по устранению опасных факторов в домашней среде для сокращения частоты падений и риска падения. Средний возраст участников испытания составил свыше 75 лет, а период последующего наблюдения – от 3 до 18 месяцев. В целом меры по оценке и видоизменению домашней среды показали свою эффективность в снижении частоты падений. Анализ по подгруппам выявил, что подобные меры эффективнее снижают частоту падений у пожилых людей, подверженных риску падения, если их осуществляет эрготерапевт, а не другой специалист (включая медсестер и специально обученных исследователей). Общее качество фактических данных было оценено как среднее.

Рекомендация 12. Многофакторные меры

В 19 испытаниях рассматривалась эффективность многофакторных вмешательств (оценка и направление на лечение или проведение активных вмешательств) для профилактики падений у пожилых людей. Многофакторные меры, сочетающие оценку и принятие индивидуальных мер и реализуемые обычно многодисциплинарной группой специалистов, оказались эффективным средством снижения частоты падений. Во всех испытаниях участвовали пожилые люди, живущие дома. Только одно испытание проводилось в стране со средним уровнем дохода (Таиланд); остальные 18 были проведены в странах с высоким уровнем дохода, в основном в Австралии, Дании, Канаде, Китае, Нидерландах, на Тайване, в Соединенном Королевстве, Соединенных Штатах Америки и Финляндии. Общее качество фактических данных было оценено как низкое.

Обоснование рекомендаций 9–12

Рекомендация 9. Пересмотр и отмена лекарственных назначений

Пересмотр назначенных психотропных препаратов и отмена препаратов для сокращения риска падений у пожилых людей обосновывается фактическими данными низкого качества. ГРР не смогла точно определить вред, связанный с этими мерами, поскольку ни в одном испытании не было заявлено о возможном вреде. Полипрагмазия признана одним из основных факторов риска падения. Обзор лекарственных назначений должен проводиться в рамках любой программы комплексной помощи, предусма-

тривающей снижение риска падения. Пересмотр назначенных препаратов, в частности отмена некоторых из них, требует консультации со специалистами (фармакологами, гериатрами, специалистами в области психического здоровья). ГРР признала, что эта рекомендация может быть менее осуществимой в условиях, когда ресурсы системы здравоохранения ограничены и работники первичной медико-санитарной помощи не располагают широкой поддержкой специалистов. С учетом низкого качества данных и потенциальных затруднений в реализации этих мер при нехватке специалистов ГРР вынесла условную рекомендацию.

Рекомендация 10. Комплексная программа упражнений

Использование комплексной программы упражнений для профилактики падений обосновывается фактическими данными среднего качества. Это соответствует патофизиологии падений и обусловлено прямой связью между падениями и возрастной потерей мышечной массы и силы. ГРР ранее уже вынесла на заседании по разработке рекомендаций настоятельную рекомендацию по использованию комплексной программы упражнений для обращения вспять снижения физической способности и, основываясь на обзоре фактических данных, оценила связанный с этой мерой уровень риска как крайне низкий. Члены ГРР заключили, что польза от предложенных мер перевешивает любой возможный вред при условии, что эти меры (в первую очередь силовые тренировки и упражнения на равновесие) реализуются специалистами, прошедшими надлежащую подготовку. ГРР считает, что меры по профилактике падений будут положительно встречены пожилыми людьми и организация упражнений станет приемлемой задачей для поставщиков помощи, вполне выполнимой в условиях местных сообществ. ГРР признала, что выполнение данной рекомендации может быть связано с большими ресурсозатратами, но их возможно снизить за счет передачи соответствующих функций неспециалистам и членам семьи (при условии проведения для них надлежащей подготовки). С учетом среднего качества фактических данных, большой потенциальной пользы и высокой приемлемости и практической ГРР вынесла настоятельную рекомендацию – в соответствии с предыдущей рекомендацией относительно физических упражнений для повышения мобильности.

Рекомендация 11. Изменение домашней среды

Использование оценки опасных факторов домашней среды и ее изменения для профилактики падений обосновывается фактическими данными среднего качества. Наиболее эффективно сочетание консультаций с просветительскими мероприятиями для повышения уверенности, улучшения понимания рисков и обеспечения безопасности дома. Состоялись длительные дебаты о том, кто должен проводить оценку опасных факторов домашней среды. Члены ГРР признали, что на практике эту роль может выполнять любой обученный специалист, а не только медицинский работник. В большинстве испытаний оценка проводилась подготовленными работниками здравоохранения, включая врачей, эрготерапевтов, медсестер, физиотерапевтов, социальных работников и специально подготовленных экспертов. ГРР признала, что в условиях ограниченных ресурсов имеется недостаток квалифицированных кадров (например, эрготерапевтов), что обуславливает высокую стоимость проведения надлежащих оценок силами таких специалистов. ГРР признала, что при достаточной подготовке медицинские работники, оказывающие неспециализированные медицинские услуги, также могут проводить оценку опасных факторов в домашней среде для подверженных риску пожилых людей. Учитывая среднее качество фактических данных и потенциал для передачи соответствующих функций неспециалистам, ГРР вынесла настоятельную рекомендацию.

Рекомендация 12. Многофакторные меры

Использование многофакторных мер по устранению факторов риска падения с целью снизить частоту падений среди пожилых людей, живущих в местных сообществах, обосновывается данными низкого качества. Дать конкретную рекомендацию в отношении рассмотренных компонентов на основании имеющихся данных затруднительно. Поэтому может быть разумно направлять пожилых людей на участие в мероприятиях, ориентированных на минимизацию известных факторов риска. ГРР признала, что многофакторные меры могут быть связаны с ресурсозатратами как для системы здравоохранения, так и для пациентов. Имеющейся фактологической базы недостаточно для оценки экономической эффективности предложенных мер. Однако, если для вмешательства будут отбираться пожилые люди, подверженные риску, многофакторные меры, вероятно, будут более

экономически эффективным решением по сравнению с отсутствием помощи. С учетом вышесказанного и учитывая низкое качество фактических данных, ГРР решила вынести условную рекомендацию.

3.3 Модуль III. Поддержка лиц, осуществляющих уход

По оценкам, во всем мире от посторонней помощи зависят 349 млн человек, из которых 5% (18 млн) – это дети младше 15 лет, а 29% (101 млн) – это люди в возрасте 60 лет и старше (57). Зависимость от посторонней помощи возникает, когда функциональная способность снизилась до такой степени, что человек уже не может самостоятельно выполнять основные задачи, необходимые в повседневной жизни. Сопутствующие хронические заболевания (мультиморбидность) часто обуславливают потребность пожилых людей в медицинской и социальной помощи (58). Такая помощь в большинстве стран оказывается лицами, осуществляющими неформальный уход (например, супругом(ой), взрослыми детьми или другими родственниками человека либо его друзьями), при этом чаще всего осуществляют уход женщины (59). Лица, ухаживающие за людьми с серьезным снижением индивидуальной жизнеспособности, подвергаются более высокому риску психологического стресса и депрессии (60). Во многих странах с низким и средним уровнем дохода формальная система долгосрочной помощи развита слабо, в результате чего выполнение функций по уходу ложится тяжелым бременем на женщин и других осуществляющих уход членов семьи, сильно сказываясь на их физическом, эмоциональном и экономическом состоянии.

Рекомендация 13

Для членов семьи и других лиц, осуществляющих неформальный уход за пожилыми людьми, зависимыми от посторонней помощи, следует проводить психологические вмешательства, подготовку и поддержку; это особенно актуально при высокой сложности и большом объеме необходимой помощи и/или при значительной нагрузке на лиц, осуществляющих уход.

Качество фактических данных: среднее
Степень рекомендации: настоятельная

Комментарии к рекомендации 13

- В центре внимания при реализации мер по поддержке должны быть те члены семьи, которые ухаживают за пожилым человеком больше всего. Во время первой встречи спросите пожилого человека, кто осуществляет основной уход.
- Помощь лицам, осуществляющим уход, должна оказываться работниками здравоохранения, прошедшими соответствующую подготовку и получающими поддержку и руководство в соответствии со степенью их участия.
- Необходимо выявлять психологический стресс и психосоциальное воздействие, испытываемые лицами, осуществляющими уход.
- Осуществляющим уход членам семьи, которые испытывают стресс, следует предложить оценку потребностей и доступ к психосоциальной поддержке, будь то в условиях первичной или вторичной медицинской помощи.
- Осуществляющие уход члены семьи, испытывающие высокую нагрузку, должны быть обследованы на предмет депрессии. Обратитесь к руководству программы ВОЗ mhGAP для получения информации об оценке и лечении депрессии (45).
- При оказании помощи лицам, осуществляющим уход, следует уделять основное внимание их выбору и делать акцент на повышении их благополучия.
- Лицам, осуществляющим уход, следует дать понять, что вы понимаете: что забота о людях, страдающих деменцией, может быть крайне психологически тяжелым и выматывающим делом. Однако важно содействовать тому, чтобы лица, осуществляющие уход, продолжали помогать пожилым людям, зависимым от посторонней помощи, не испытывая враждебности и не оставляя их без внимания.
- Лица, осуществляющие уход, могут научиться больше уважать достоинство пожилых людей, если будут максимально участвовать в принятии решений, касающихся их жизни.
- Лицам, осуществляющим уход, можно предоставлять обучение и поддержку для формирования определенных навыков, таких как работа со сложным поведением.

- По возможности следует рассмотреть варианты практической поддержки. Так, в подходящих случаях возможно кратковременное замещение лица, осуществляющего уход на дому: в течение какого-то время присматривать за пожилым человеком и заботиться о нем может другой член семьи или другой подходящий человек. Это поможет снять часть нагрузки с основного лица, осуществляющего уход, чтобы это лицо могло отдохнуть или заняться другими делами.
- Если это возможно, психологический стресс, испытываемый лицом, осуществляющим уход, может быть сокращен за счет поддержки и психологического консультирования, ориентированного на решение проблем.
- Можно выяснить, имеет ли человек право на какие-либо социальные льготы или другую социальную или финансовую поддержку. Такая поддержка может предоставляться государством или неправительственными организациями.

Фактологическая база рекомендации 13

Фактические данные по поддержке лиц, осуществляющих уход, были получены из трех систематических обзоров (61–63). В одном из них рассматривались 78 испытаний, посвященных шести различным вмешательствам, включая меры по психообразованию, поддерживающие меры, психотерапию, кратковременное замещение лица, осуществляющего уход, проведение обучения для лица, получающего уход, и многокомпонентные вмешательства (62). Эти испытания показали, что меры по поддержке лиц, осуществляющих уход, значительно улучшают ряд важных и критически важных показателей (бремя лиц, осуществляющих уход, депрессия, благополучие, способности/знания). В частности, организация психообразования для лиц, ухаживающих за пожилыми людьми с психическими расстройствами, значительно сократила нагрузку на лиц, осуществляющих уход, и расширила их способности и знания. Помогают снизить бремя ухода также поддерживающие меры (включая группы поддержки и дискуссионные группы, работающие под руководством специалистов или самих участников). Общее качество фактических данных было оценено как среднее.

Обоснование рекомендации 13

Использование психологических вмешательств, поддержки и обучения лиц, осуществляющих уход, для снижения лежащей на них нагрузки обосновано фактическими данными среднего качества. Значительное положительное влияние психологических вмешательств на критически важные факторы – время ухода и депрессию – было сочтено достаточным для обоснования рекомендации по этому вопросу. ГРР обсудила соотношение вреда и пользы. Ни в одном из испытаний не был выявлен какой-либо вред для пожилых людей, зависимых от посторонней помощи, или ухаживающих за ними лиц, который был бы напрямую связан с предлагаемым вмешательством. ГРР пришла к выводу о том, что эти вмешательства обладают ограниченным

потенциалом вреда. Такие вмешательства часто очень ресурсоемки и могут потребовать участия специалиста. ГРР признала, что реализация предложенных методов в условиях местных сообществ может быть затруднена. При этом члены ГРР сочли, что в тех местах, где реализация будет возможна, вмешательства будут положительно встречены лицами, обеспечивающими уход, и будут приемлемы для поставщиков услуг здравоохранения. С учетом соображений социальной справедливости, связанных с тем, что здоровью лиц, ухаживающими за пожилыми людьми, часто не уделяется должного внимания, а также с учетом среднего качества фактических данных ГРР вынесла настоятельную рекомендацию по психологическим вмешательствам для лиц, осуществляющих уход.

4 Реализация

Настоящие рекомендации должны выполняться с использованием ориентированного на потребности пожилых людей комплексного подхода. Обоснование этого подхода и соответствующая фактологическая база были представлены во *Всемирном докладе ВОЗ о старении и здоровье (1)*. ВОЗ называет данный вид медико-санитарной помощи, необходимый стареющему населению, комплексной помощью пожилым людям (КППЛ).

В целом КППЛ может предусматривать интеграцию на уровне политики или сектора (макроуровень), на организационном или профессиональном уровне (мезоуровень), а также на клиническом уровне или уровне мероприятий/вмешательств (микроуровень) (64, 65). Подход ВОЗ в отношении пожилых групп населения охватывает все эти уровни, но в качестве отправной точки используется интеграция на уровне помощи в местных сообществах.

Этот подход ориентирован на потребности человека и основан на понимании того, что пожилые люди – это не просто носители расстройств или состояний здоровья, а люди с уникальным опытом, потребностями и предпочтениями. КППЛ также учитывает контекст повседневной жизни людей, включая их близких и тех, кто участвует в их жизни в рамках местного сообщества.

Разработчики имели в виду, что важными элементами КППЛ для людей с хроническими и множественными заболеваниями являются вмешательства на уровне местных сообществ, а также следующее (66):

- комплексные планы оценки и ухода, которые доведены до сведения всех поставщиков услуг;
- общие цели лечения/помощи;
- надежные процедуры направления к специалистам и отслеживания состояния;
- участие местных сообществ и поддержка лиц, осуществляющих уход.

Эти руководящие принципы КППЛ соответствуют более широкой Рамочной основе ВОЗ по укреплению комплексных услуг здравоохранения, ориентированных на человека (20), которая была принята в 2016 г. Шестьдесят девятой сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения (67).

Пять этапов комплексной реализации рекомендаций по КППЛ приведены на рис. 2.

Комплексные оценки и планы ухода

Эффективные меры начинаются со всесторонней оценки индивидуальной жизнеспособности пожилого человека и соответствующих состояний, нарушений, видов поведения и рисков, которые могут повлиять на будущую функциональность, а также оценки окружающей среды человека. Эти оценки предусматривают не только традиционные сбор анамнеза и, при необходимости, физическое обследование, но также и тщательный анализ ценностей, приоритетов и предпочтений человека в отношении состояния его здоровья и управления им. Комплексные оценки и планы помощи должны способствовать выявлению состояний, обуславливающих такие нарушения, как гипертония, сахарный диабет и деменция, а также определению путей направления пациентов к специалистам и лечения.

Эта оценка чрезвычайно важна для разработки плана помощи и адаптации вмешательств, поскольку позволяет разработать их таким образом, чтобы они были приемлемыми и подходящими для пожилого человека. Всеобъемлющие оценки и планы помощи объединяют разных поставщиков услуг вокруг одной цели: поддерживать индивидуальную жизнеспособность и функциональную способность. Так возможно обеспечить реализацию необходимых последующих действий и установление связей между здравоохранением и социальным обслуживанием.

Руководство по реализации КППЛ, сопровождающее настоящий документ, посвящено именно этому процессу – разработке комплексного плана оценки и помощи пожилому человеку.

Рис. 2. Комплексная реализация КППЛ



Совместное принятие решений и постановка целей

Интеграция помощи может быть достигнута только в том случае, если службы здравоохранения и поставщики услуг работают для достижения единой цели – сохранения индивидуальной жизнеспособности и функциональной способности. Крайне важно, чтобы пожилой человек с самого начала был вовлечен в процесс принятия решений и постановки целей и чтобы цели устанавливались в соответствии с потребностями и предпочтениями человека.

Настоятельные рекомендации, мониторинг и поддержка

Регулярное и непрерывное наблюдение пожилых людей с интеграцией различных уровней помощи имеет важнейшее значение для осуществления мер, предлагаемых в настоящих рекомендациях. Такой подход способствует раннему выявлению осложнений или изменений в функциональности, что позволяет избежать возникновения ненужных экстренных ситуаций и связанной с ними неэффективности. Этот подход также создает платформу для контроля выполнения плана помощи и обеспечивает средства для организации дополнительной поддержки в случае необходимости. Последующее наблюдение и поддержка могут быть особенно важны при серьезных изменениях в статусе болезни, плане лечения или социальной роли/ситуации (например, при смене места жительства или смерти партнера).

Участие местного сообщества и поддержка лиц, осуществляющих уход

Уход может быть тяжелой задачей; лица, ухаживающие за людьми со значительно сниженной функциональностью, часто страдают от изоляции и подвергаются высокому риску психологического стресса и депрессии. В дополнение к приведенным в настоящем документе рекомендациям по поддержке лиц, осуществляющих уход, таким людям также необходима базовая информация о заболеваниях пожилого человека и помощь в развитии ряда практических навыков, таких как безопасное перемещение человека с кресла на кровать или помощь с принятием ванны. Пожилему человеку и/или лицу, осуществляющему уход, должна быть предоставлена информация о доступных им ресурсах на уровне местного сообщества. Необходимо изучить возможности для более непосредственного вовлечения местных сообществ и соседей в поддержку ухода, особенно путем поощрения местного волонтерства и предоставления возможности пожилым членам сообщества вносить свой вклад. Одним из механизмов, способных в этом помочь, являются ассоциации и группы пожилых людей.

На основе настоящих рекомендаций следует подготовить соответствующий национальный документ, который может удовлетворить потребности страны и ее служб здравоохранения. Штаб-квартира ВОЗ будет работать в тесном контакте с региональными бюро и страновыми офисами, а также с партнерами-исполнителями ВОЗ, чтобы обеспечить распространение и адаптацию этих рекомендаций к условиям конкретных стран, посредством проведения региональных и национальных совещаний.

При рассмотрении способов реализации этих рекомендаций необходимо проанализировать бюджетные и кадровые потребности, а также другие последствия для системы здравоохранения, чтобы определить, какие ресурсы и системы имеются в наличии и в каких областях потребуются дополнительные вложения. Могут потребоваться дополнительные ресурсы для подготовки работников здравоохранения, использования медицинских продуктов и технологий или адаптации информационных систем здравоохранения к сбору данных об индивидуальной жизнеспособности и функциональной способности.

Необходимо создать благоприятную среду для выполнения настоящих рекомендаций, в том числе путем оказания поддержки работникам здравоохранения в использовании основанных на фактических данных методов. В этом процессе важна роль местных профессиональных обществ, и следует поощрять инклюзивность и широкое участие.

Следует рассмотреть вопрос об учете вопросов старения и здоровья в национальной политике и планах. Создание и укрепление связей с другими программами в сфере здравоохранения и других сферах, направленными на достижение более широких целей, может значительно повысить устойчивость и эффективность.

В целях дополнительного содействия внедрению рекомендованных мер на уровне стран ВОЗ выпускает серию вспомогательных инструментов по клиническим аспектам и вопросам оказания услуг, связанным с реализацией настоящих рекомендаций по КППЛ.

5 Публикация, распространение и оценка

5.1 Публикация и распространение

Настоящие рекомендации следует распространять в печатном виде, а также в электронной форме путем ссылки на специальный раздел веб-сайта ВОЗ (<http://www.who.int/ageing/health-systems/icope>). Приведенная здесь информация организована в соответствии с приоритетами *Глобальной стратегии и плана действий ВОЗ по проблеме старения и здоровья (б)*. Все профили фактических данных доступны в Интернете; из них можно получить подробную информацию об имеющихся фактических данных и их качестве согласно системе GRADE (система оценки обоснованности научных рекомендаций), описательные характеристики фактических данных, не включенных в таблицы GRADE, а также сведения о факторах, связанных с ценностями, предпочтениями и осуществимостью мер.

Настоящие рекомендации по КППЛ дополняются рядом вспомогательных продуктов для содействия реализации модуля I (снижение физических и умственных способностей), модуля II (гериатрические синдромы) и модуля III (поддержка лиц, осуществляющих уход). Эти продукты включают в себя:

- руководство по реализации КППЛ, посвященное комплексной клинической помощи для пожилых людей, в котором представлены:
 - ▶ опозтапный метод определения ориентированных на потребности человека целей помощи, разработки комплексного плана помощи и поддержки самопомощи;
 - ▶ набор алгоритмов с цветовой кодировкой, которые помогут практикующему специалисту осуществить комплексный процесс оценки, классификации и ведения состояний, вызванных снижением физических и умственных способностей в пожилом возрасте;
- страновой инструментарий, содержащий руководящие указания по внедрению и оценке интегрированных медицинских и социальных услуг пожилым людям в местных сообществах;
- технология КППЛ для мобильных телефонов, предназначенная для работников здравоохранения и пожилых людей (инициатива ВОЗ mAgeing).

Эти руководящие материалы и продукты были разработаны на английском языке и подлежат переводу на другие официальные языки ВОЗ для более широкого распространения в сотрудничестве с региональными бюро ВОЗ.

Распространение будет поддерживаться публикацией отдельных систематических обзоров и фактических данных в рецензируемых журналах, а также презентациями и семинарами на ключевых конференциях и мероприятиях.

Эти руководящие материалы и продукты по КППЛ представляют собой ключевые инструменты для содействия реализации Глобальной стратегии и плана действий по проблеме старения и здоровья; мероприятия по их распространению были включены в план действий стратегии, утвержденный Всемирной ассамблеей здравоохранения в 2016 г. (19). В частности, план предусматривает пилотную реализацию и оценку настоящих рекомендаций в 20 странах к 2020 г.

5.2 Мониторинг и оценка

Мониторинг выполнения настоящих рекомендаций будет осуществляться на уровне местных сообществ и на уровне учреждений здравоохранения. Данные будут собираться при помощи опросов или актуализируемых перечней доступности услуг. В случаях, когда регулярный мониторинг не представляется возможным или целесообразным, могут проводиться специальные исследования. Должна быть разработана и включена в страновой инструментарий КППЛ система мониторинга и оценки, включающая список

основных показателей. Показатели будут измерять эффективность оказания услуг (ресурсы системы здравоохранения, процессы и результаты предоставления услуг), а также практическую осуществимость и приемлемость рекомендаций. Международная рабочая группа экспертов, в которую войдут представители регионов и стран ВОЗ, разработает систему мониторинга и оценки и будет осуществлять надзор за этой деятельностью. Более широкое участие заинтересованных сторон в разработке, реализации, мониторинге и оценке политики поможет обеспечить, чтобы программы, которые будут созданы в результате национальной адаптации настоящих рекомендаций, были легитимными, приемлемыми, эффективными и справедливыми и удовлетворяли потребности местных сообществ.

Промежуточные результаты для систем здравоохранения и воздействие вмешательств будут оцениваться при помощи глобального исследования ВОЗ по здоровому старению, которое также включено в *Глобальную стратегию и план действий ВОЗ по проблеме старения и здоровья*, утвержденные Всемирной ассамблеей здравоохранения (6). Глобальное исследование позволит получить информацию о состоянии здоровья населения стран, его потребностях в области здравоохранения и степени их удовлетворения. Эта информация послужит основой для международных сравнений и отправной точкой для оценки воздействия программы.

Департамент ВОЗ по вопросам старения и жизненного цикла будет работать в тесном сотрудничестве с Health Data Collaborative¹, чтобы обеспечить унификацию стандартов и инструментов и соответствие *глобальному справочному перечню 100 основных показателей здоровья ВОЗ 2015 г.* (68).

5.3 Дальнейший пересмотр и обновление

Департамент ВОЗ по вопросам старения и жизненного цикла будет регулярно следить за появлением новых фактических данных в приоритетных областях при содействии сотрудничающих центров ВОЗ. Департамент также будет регулярно собирать отзывы страновых групп по внедрению о продуктах по КППЛ.

Настоящие рекомендации по КППЛ будут обновлены через четыре года с применением столь же строгой методологии. ВОЗ приветствует предложения по любым дополнительным вопросам, которые следует рассмотреть на предмет включения в состав рекомендаций в будущем. Пожалуйста, отправьте их по электронной почте д-ру Islene Araujo de Carvalho: araujodecarvalho@who.int.

1 Более подробная информация представлена по адресу <http://www.healthdatacollaborative.org>.

Библиография

1. Всемирный доклад о старении и здоровье. Женева: Всемирная организация здравоохранения(ВОЗ); 2015 (<http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/ru/>, по состоянию на 12 декабря 2018 г.).
2. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World population ageing 2015. New York (NY): United Nations (ST/ESA/SER.A/390; http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf, по состоянию на 12 декабря 2018 г.).
3. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet*. 2013;381(9868):752–62. doi:10.1016/S0140-6736(12)62167-9.
4. Daniels R, van Rossum E, de Witte L, Kempen GI, van den Heuvel W. Interventions to prevent disability in frail community-dwelling elderly: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:278. doi:10.1186/1472-6963-8-278.
5. Daniels R, van Rossum E, Metzelthin S, Sipers W, Habets H, Hobma S, et al. A disability prevention programme for community-dwelling frail older persons. *Clin Rehabil*. 2011;25(11):963–74. doi:10.1177/0269215511410728.
6. Global strategy and action plan on ageing and health. In: WHO [веб-сайт]. Geneva: WHO; 2017 (<http://who.int/ageing/global-strategy>, по состоянию на 12 декабря 2018 г.).
7. Beard JR, Officer A, de Carvalho IA, Sadana R, Pot AM, Michel J-P, et al. The world report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *Lancet*. 2016;387(10033):2145–54. doi:10.1016/S0140-6736(15)00516-4.
8. Jotheeswaran AT, Bryce R, Prina M, Acosta D, Ferri CP, Guerra M, et al. Frailty and the prediction of dependence and mortality in low- and middle-income countries: a 10/66 population-based cohort study. *BMC Med*. 2015;13:138. doi:10.1186/s12916-015-0378-4.
9. Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T, Landi F, et al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing*. 2010;39(4):412–23. doi:10.1093/ageing/afq034.
10. Leong DP, Teo KK, Rangarajan S, Lopez-Jaramillo P, Avezum A Jr., Orlandini A, et al. Prognostic value of grip strength: findings from the Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) study. *Lancet*. 2015;386(9990):266–73. doi:10.1016/S0140-6736(14)62000-6.
11. Rantanen T, Volpato S, Ferrucci L, Heikkinen E, Fried LP, Guralnik JM. Handgrip strength and cause-specific and total mortality in older disabled women: exploring the mechanism. *J Am Geriatr Soc*. 2003;51(5):636–41. doi:10.1034/j.1600-0579.2003.00207.x.
12. Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, Uter W, Guigoz Y, Cederholm T, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA-SF): a practical tool for identification of nutritional status. *J Nutr Health Aging*. 2009;13(9):782–8.
13. Olusanya BO, Neumann KJ, Saunders JE. The global burden of disabling hearing impairment: a call to action. *Bull World Health Organ*. 2014;92(5):367–73. doi:10.2471/BLT.13.128728.
14. Pascolini D, Mariotti SP. Global estimates of visual impairment: 2010. *Br J Ophthalmol*. 2012;96(5):614–8. doi:10.1136/bjophthalmol-2011-300539.
15. Prince M, Jackson J, editors. World Alzheimer Report 2009. London: Alzheimer's Disease International; 2009 (<http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport.pdf>, по состоянию на 12 декабря 2018 г.).
16. Mavrodaris A, Powell J, Thorogood M. Prevalences of dementia and cognitive impairment among older people in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Bull World Health Organ*. 2013;91:773–83. doi:10.2471/BLT.13.118422.
17. Preventing suicide: a global imperative (executive summary). Geneva: WHO, 2014:WHO/MSD/MER/14.2 (https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/, по состоянию на 12 декабря 2018 г.).
18. Meeks TW, Vahia IV, Lavretsky H, Kulkarni G, Jeste DV. A tune in “a minor” can “b major”: a review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults. *J Affect Disord*. 2011;129(1–3):126–42. doi:10.1016/j.jad.2010.09.015.

19. Шестьдесят девятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, пункт 13.4 повестки дня. Глобальная стратегия и план действий по проблеме старения и здоровья на 2016–2020 гг.: на пути к миру, в котором каждый человек имеет возможность прожить долгую и здоровую жизнь. Женева: ВОЗ; 2016 (WHA69.3; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R3-ru.pdf, по состоянию на 12 декабря 2018 г.).
20. WHO framework on integrated people-centred health services. In: WHO [веб-сайт]. Geneva: WHO; 2017 (<http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care>, по состоянию на 12 декабря 2018 г.).
21. Lehmann U, Sanders D. Community health workers: what do we know about them? The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers. Geneva: WHO; 2007 (http://www.who.int/hrh/documents/community_health_workers.pdf, по состоянию на 12 декабря 2018 г.).
22. WHO handbook for guideline development – 2nd ed. Geneva: WHO; 2011 (http://www.who.int/publications/guidelines/handbook_2nd_ed.pdf, по состоянию на 12 декабря 2018 г.).
23. Cochrane PICO ontology. In: Cochrane linked data [веб-сайт]. London: The Cochrane Collaboration; 2017 (<http://linkeddata.cochrane.org/pico-ontology>, по состоянию на 12 декабря 2018 г.).
24. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction – GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol.* 2011;64(4):383–94. doi:10.1016/j.jclinepi.2010.04.026.
25. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ.* 2010;182(18):E839–42. doi:10.1503/cmaj.090449.
26. Mitra S, Sambamoorthi U. Disability prevalence among adults: estimates for 54 countries and progress toward a global estimate. *Disabil Rehabil.* 2014;36(11):940–7. doi:10.3109/09638288.2013.825333.
27. Глобальные рекомендации по физической активности для здоровья. Женева: ВОЗ; 2010 (http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/ru/, по состоянию на 12 декабря 2018 г.).
28. Bauer JM, Kaiser MJ, Anthony P, Guigoz Y, Sieber CC. The Mini Nutritional Assessment – its history, today's practice, and future perspectives. *Nutr Clin Pract.* 2008;23(4):388–96. doi:10.1177/0884533608321132.
29. Kabir ZN, Ferdous T, Cederholm T, Khanam MA, Streatfield K, Wahlin A. Mini nutritional assessment of rural elderly people in bangladesh: the impact of demographic, socio-economic and health factors. *Public Health Nutr.* 2006;9(8):968–74. doi:10.1017/PHN2006990.
30. Baldwin C, Weekes CE. Dietary advice with or without oral nutritional supplements for disease-related malnutrition in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(9):CD002008.
31. Milne AC, Potter J, Vivanti A, Avenell A. Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(2):CD003288.
32. Munk T, Tolstrup U, Beck AM, Holst M, Rasmussen HH, Hovhannisyanyan K, Thomsen T. Individualised dietary counselling for nutritionally at-risk older patients following discharge from acute hospital to home: a systematic review and meta-analysis. *J Hum Nutr Diet.* 2016;29(2):196–208. doi:10.1111/jhn.12307.
33. Prevention of blindness from diabetes mellitus: report of a WHO consultation held in Geneva, 9-11 November 2005. Geneva: WHO; 2006 (<http://www.who.int/blindness/Prevention%20of%20Blindness%20from%20Diabetes%20Mellitus-with-cover-small.pdf>, по состоянию на 12 декабря 2018 г.).
34. Prevention of blindness and visual impairment: priority eye diseases: refractive errors and low vision. In: World Health Organization [website]. Geneva: WHO; 2017 (<https://www.who.int/blindness/causes/priority/en/index4.html>, по состоянию на 12 декабря 2018 г.).
35. Smeeth L, Iliffe S. Community screening for visual impairment in the elderly. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;(3):CD001054.
36. Coleman AL, Yu F, Keeler E, Mangione CM. Treatment of uncorrected refractive error improves vision-specific quality of life. *J Am Geriatr Soc.* 2006;54(6):883–90. doi:10.1111/j.1532-5415.2006.00817.x.
37. Owsley C, McGwin G, Jr., Scilley K, Meek GC, Seker D, Dyer A. Effect of refractive error correction on health-related quality of life and depression in older nursing home residents. *Arch Ophthalmol.* 2007;125(11):1471–7. doi:10.1001/archophth.125.11.1471.
38. Foss AJE, Harwood RH, Osborn F, Gregson RM, Zaman A, Masud T. Falls and health status in elderly women following second eye cataract surgery: a randomised controlled trial. *Age Ageing.* 2006;35(1):66–71. doi:10.1093/ageing/afj005.
39. Harwood RH, Foss AJE, Osborn F, Gregson RM, Zaman A, Masud T. Falls and health status in elderly women following first eye cataract surgery: a randomised controlled trial. *Br J Ophthalmol.* 2005;89(1):53–9. doi:10.1136/bjo.2004.049478.
40. Laidlaw DAH, Harrad RA, Hopper CD, Whitaker A, Donovan JL, Brookes ST, et al. Randomised trial of effectiveness of second eye cataract surgery. *Lancet.* 1998;352(9132):925–9. doi:10.1016/S0140-6736(97)12536-3.

41. Guidelines for hearing aids and services for developing countries, second edition. Geneva: WHO; 2004 (http://www.who.int/pbd/deafness/en/hearing_aid_guide_en.pdf, по состоянию на 12 декабря 2018 г.).
42. Mulrow CD, Aguilar C, Endicott JE, Tuley MR, Velez R, Charlip WS, et al. Quality-of-life changes and hearing impairment: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 1990;113(3):188–94. doi:10.7326/0003-4819-113-3-188.
43. Yueh B, Souza PE, McDowell JA, Collins MP, Looovis CF, Hedrick SC, et al. Randomized trial of amplification strategies. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2001;127(10):1197–204. doi:10.1001/archotol.127.10.1197.
44. Kurz AF, Leucht S, Lautenschlager NT. The clinical significance of cognition-focused interventions for cognitively impaired older adults: a systematic review of randomized controlled trials. *Int Psychogeriatr.* 2011;23(9):1364–75. doi:10.1017/S1041610211001001.
45. Руководство mhGAP по оказанию помощи в связи с психическими и неврологическими расстройствами, а также расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, в неспециализированных учреждениях здравоохранения. Версия 2.0. Женева: ВОЗ; 2016 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/365979/WHO-mhGAPIG_tRu_final_web.pdf, по состоянию на 12 декабря 2018 г.).
46. Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2003;58(3):249–65.
47. Ekers D, Webster L, Van Straten A, Cuijpers P, Richards D, Gilbody S. Behavioural activation for depression; an update of meta-analysis of effectiveness and sub group analysis. *PLoS One.* 2014;9(6):e100100. doi:10.1371/journal.pone.0100100.
48. van Zoonen K, Buntrock C, Ebert DD, Smit F, Reynolds CF, 3rd, Beekman ATF, et al. Preventing the onset of major depressive disorder: a meta-analytic review of psychological interventions. *Int J Epidemiol.* 2014;43(2):318–29. doi:10.1093/ije/dyt175.
49. Prince M, Acosta D, Ferri CP, Guerra M, Huang Y, Jacob K, et al. The association between common physical impairments and dementia in low and middle income countries, and, among people with dementia, their association with cognitive function and disability. A 10/66 Dementia Research Group population-based study. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2011;26(5):511–9. doi:10.1002/gps.2558.
50. Regional Office for the Western Pacific. Ageing and Health: a health promotion approach for developing countries. Manila: WHO; 2003 (http://www.wpro.who.int/publications/docs/Ageing_and_Health.pdf, по состоянию на 12 декабря 2018 г.).
51. Smith AL, Wang P-C, Anger JT, Mangione CM, Trejo L, Rodriguez LV, et al. Correlates of urinary incontinence in community-dwelling older Latinos. *J Am Geriatr Soc.* 2010;58(6):1170–6. doi:10.1111/j.1532-5415.2010.02814.x.
52. Eustice S, Roe B, Paterson J. Prompted voiding for the management of urinary incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000(2):CD002113.
53. Dumoulin C, Hay-Smith J, Habée-Séguin GM, Mercier J. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women: a short version Cochrane systematic review with meta-analysis. *Neurourol Urodyn.* 2015;34(4):300–8. doi:10.1002/nau.22700.
54. Soriano TA, DeCherrie LV, Thomas DC. Falls in the community-dwelling older adult: a review for primary-care providers. *Clin Interv Aging.* 2007;2(4):545–53. doi:10.2147/CIA.S1080.
55. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(9):CD007146.
56. WHO global report on falls prevention in older age. Geneva: WHO; 2007 (http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf, по состоянию на 12 декабря 2018 г.).
57. Current and future long-term care needs. Geneva: WHO; 2002 (http://www.who.int/chp/knowledge/publications/ltc_needs.pdf, по состоянию на 12 декабря 2018 г.).
58. Fortin M, Soubhi H, Hudon C, Bayliss EA, van den Akker M. Multimorbidity's many challenges. *BMJ.* 2007;334(7602):1016–7. doi:10.1136/bmj.39201.463819.2C.
59. Alzheimer's Disease International, WHO. Supporting informal caregivers of people living with dementia. Thematic brief for the first WHO Ministerial Conference on Global Action Against Dementia, 16–17 March 2015. Geneva: WHO; 2015 (http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/dementia_thematicbrief_informal_care.pdf, по состоянию на 12 декабря 2018 г.).
60. Douglas SL, Daly BJ, Kelley CG, O'Toole E, Montenegro H. Impact of a disease management program upon caregivers of chronically critically ill patients. *Chest.* 2005;128(6):3925–36. doi:10.1378/chest.128.6.3925.
61. Shaw C, McNamara R, Abrams K, Cannings-John R, Hood K, Longo M, et al. Systematic review of respite care in the frail elderly. *Health Technol Assess.* 2009;13(20):1–224, iii. doi:10.3310/hta13200.
62. Sorensen S, Pinguart M, Duberstein P. How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *Gerontologist.* 2002;42(3):356–72. doi:10.1093/geront/42.3.356.

63. Mason A, Weatherly H, Spilsbury K, Golder S, Arksey H, Adamson J, Drummond M. The effectiveness and cost-effectiveness of respite for caregivers of frail older people. *J Am Geriatr Soc.* 2007;55(2):290–9. doi:10.1111/j.1532-5415.2006.01037.x.
64. Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *Int J Integr Care.* 2013;13:e010. doi:10.5334/ijic.886.
65. Curry N, Ham C. Clinical and service integration: the route to improved outcomes. London: The King's Fund; 2010 (<http://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/Clinical-and-service-integration-Natasha-Curry-Chris-Ham-22-November-2010.pdf>, по состоянию на 12 декабря 2018 г.).
66. Goodwin N, Sonola L, Thiel V, Kodner DL. Co-ordinated care for people with complex chronic conditions. London: The King's Fund; 2013 (http://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/co-ordinated-care-for-people-with-complex-chronic-conditions-kingsfund-oct13.pdf, по состоянию на 12 декабря 2018 г.).
67. Шестьдесят девятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, пункт 16.1 повестки дня. Укрепление механизма комплексного ориентированного на потребности людей медицинского обслуживания. Женева: ВОЗ; 2016 (WHA69.24; http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/253412/A69_R24-ru.pdf, по состоянию на 12 декабря 2018 г.).
68. 2015 global reference list of 100 core health indicators. Geneva: WHO; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/173589/1/WHO_HIS_HSI_2015.3_eng.pdf, по состоянию на 12 декабря 2018 г.).

Приложение 1. Члены группы по разработке рекомендаций

Emiliano Albanese, Сотрудничающий центр ВОЗ, Женевский университет, Женева, Швейцария

Olivier Bruyère, кафедра общественного здравоохранения, эпидемиологии и экономики здравоохранения, Льежский университет, Льеж, Бельгия

Matteo Cesari, отделение гериатрии, Больница Тулузского университета, Тулуза, Франция

Alan Dangour, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Лондон, Соединенное Королевство

Amit Dias, кафедра профилактической и социальной медицины, Гоанский медицинский колледж в Бамболиме, Гоа, Индия

Astrid Fletcher, факультет эпидемиологии и здоровья населения, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Лондон, Соединенное Королевство

Dorothy Forbes, факультет сестринского дела, Альбертский университет, Эдмонтонская клиническая академия здравоохранения, Эдмонтон, Канада

Anne Forster, профессор по постинсультной реабилитации, академическое подразделение по уходу за пожилыми людьми и их реабилитации, Университет Лидса, Лидс, Соединенное Королевство

Mariella Guerra, Институт памяти, депрессии и родственных расстройств, Лима, Перу

Jill Keeffe, Офтальмологический институт им. Л. В. Прасада, Сотрудничающий центр ВОЗ по профилактике слепоты, Хайдарабад, Индия

Ngaire Kerse, отделение здоровья населения, факультет медицинских наук и здравоохранения, Оклендский университет, Окленд, Новая Зеландия

Qurat ul Ain Khan, психиатрическое отделение, Больница Университета Ага-хана, Карачи, Пакистан

Chiungju Liu, отдел эрготерапии, факультет здравоохранения и реабилитации, Индианский университет, Индианаполис, Индиана, Соединенные Штаты Америки

Gudlavalleti V.S. Murthy, Индийский институт общественного здравоохранения, Хайдарабад, Мадхапур, Индия

Serah Nyambura Ndegwa, Университет Найроби, Найроби, Кения

Joseph G. Ouslander, заведующий кафедрой медицинских наук, Медицинский колледж им. Чарльза Шмидта, Флоридский Атлантический университет, Бока-Ратон, Соединенные Штаты Америки

Martin Prince (председатель ГРР), Институт психиатрии, психологии и нейронауки, Королевский колледж Лондона, Лондон, Соединенное Королевство

Jean-Yves Reginster, кафедра общественного здравоохранения, эпидемиологии и экономики здравоохранения, Льежский университет, Льеж, Бельгия

Luis Miguel F. Gutiérrez Robledo, Национальный институт гериатрии, Национальный институт медицины в Мехико, Мехико, Мексика

John F. Schnelle, Центр достойного старения, Центр гериатрических исследований, образования и клиники, Медицинский центр Университета Вандербильта, Нэшвилл, штат Теннесси, Соединенные Штаты Америки

Kelly Tremblay, Вашингтонский университет, Сиэтл, Соединенные Штаты Америки

Jean Woo, кафедра медицины и терапии и Институт старения, Китайский университет Гонконга, Гонконг, Китай

Приложение 2. Оценка наличия конфликтов интересов

Лица, участвовавшие в оценке наличия конфликтов интересов:

- John Beard, директор, Департамент по вопросам старения и жизненного цикла, штаб-квартира ВОЗ;
- Islene Araujo De Carvalho, старший советник по вопросам политики и стратегии, Департамент по вопросам старения и жизненного цикла, штаб-квартира ВОЗ;
- Nandi Siegfried, независимый консультант, методист по разработке рекомендаций;
- Jotheeswaran Amuthavalli Thiyagarajan, технический сотрудник, Департамент по вопросам старения и жизненного цикла, штаб-квартира ВОЗ;
- Martin Prince (председатель группы по разработке рекомендаций (ГРР)), профессор Института эпидемиологической психиатрии, услуг здравоохранения и демографических исследований, Королевский колледж Лондона, Лондон, Соединенное Королевство.

Ниже представлен протокол обсуждений с председателем ГРР по КППЛ и директором Департамента по вопросам старения и жизненного цикла относительно рассмотрения заявлений о наличии или отсутствии заинтересованности, поданных членами ГРР и внешними специалистами в рамках подготовки к заседанию ГРР в штаб-квартире ВОЗ в Женеве. В этом протоколе кратко излагаются согласованные последующие меры и предлагаемые действия для урегулирования заявленных конфликтов интересов.

- I. Работа ВОЗ по урегулированию известных и предполагаемых конфликтов интересов является предметом контроля. В рамках организации действуют пересмотренная Политика декларации заинтересованности для экспертов² и

Механизм взаимодействия с негосударственными структурами³.

- II. Проблема конфликта интересов носит субъективный характер, и очень важно, чтобы не только известные, но и предполагаемые конфликты интересов объявлялись и урегулировались надлежащим образом, особенно при разработке руководящих принципов ВОЗ.
- III. Заявления рассматриваются только членами руководящей группы ВОЗ по разработке рекомендаций; участники совещания получают исключительно краткую сводку о содержании заявлений.
- IV. Отдельные случаи, в которых объявлен потенциальный конфликт интересов, выносятся на обсуждение; согласованные решения и последующие меры будут кратко изложены ниже.
- V. Участники заседаний ГРР участвуют в своем личном качестве, а не в качестве представителей организаций.
- VI. Сотрудники Секретариата ВОЗ и внешние специалисты принимают участие в обсуждениях, по итогам которых принимаются решения (проводится голосование). Они не участвуют в закрытых заседаниях.

А. Члены ГРР и другие участвующие лица, не указавшие в своем заявлении потенциальных конфликтов интересов и в чьих резюме не было обнаружено признаков потенциального конфликта интересов

- Martin Prince, профессор Института эпидемиологической психиатрии, услуг здравоохранения и демографических исследований, Королевский колледж Лондона, Лондон, Соединенное Королевство

2 См. http://www.who.int/occupational_health/declaration_of_interest.pdf.

3 См. <https://www.who.int/about/partnerships/non-state-actors>.

- Emiliano Albanese, руководитель отдела охраны психического здоровья и старения, Сотрудничающий центр ВОЗ, Женевский университет, Женева, Швейцария
 - Olivier Bruyère, кафедра общественного здравоохранения, эпидемиологии и экономики здравоохранения, Льежский университет, Льеж, Бельгия
 - Kralj Carolina, Королевский колледж Лондона, Лондон, Соединенное Королевство
 - A.V. Deu, профессор и заведующий кафедрой гериатрии, Всеиндийский институт медицинских наук, Нью-Дели, Индия
 - Amit Dias, кафедра профилактической и социальной медицины, Гоанский медицинский колледж в Бамболиме, Гоа, Индия
 - Meredith Fendt-Newlin, отдел исследований в области кадрового обеспечения сферы социального обслуживания, Королевский колледж Лондона, Лондон, Соединенное Королевство
 - Astrid Fletcher, факультет эпидемиологии и здоровья населения, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Лондон, Соединенное Королевство
 - Dorothy Forbes, факультет сестринского дела, Альбертский университет, Эдмонтонская клиническая академия здравоохранения, Эдмонтон, Канада
 - Anne Forster, профессор по постинсультной реабилитации, факультет медицины и здравоохранения, Институт здравоохранения, Университет Лидса, Лидс, Соединенное Королевство
 - Mariella Guerra, Институт памяти, депрессии и родственных расстройств, Лима, Перу
 - Jill Keefe, Офтальмологический институт им. Л. В. Прасада, Сотрудничающий центр ВОЗ по профилактике слепоты, Хайдарабад, Индия
 - Qurat Khan, психиатрическое отделение, Больница Университета Ага-хана, Карачи, Пакистан
 - Gudlavalleti V.S. Murthy, Индийский институт общественного здравоохранения, Хайдарабад, Мадхасур, Индия
 - Joseph G. Ouslander, заведующий кафедрой медицинских наук, старший заместитель декана по гериатрическим программам, Медицинский колледж им. Чарлза Шмидта, Флоридский Атлантический университет, Бока-Ратон, Соединенные Штаты Америки
 - Minha Rajput-Ray, медицинский директор, программа по потребностям в области образования/инноваций в сфере питания, Глобальный центр по вопросам питания и здоровья, Кембридж, Соединенное Королевство
 - Sumantra Ray, ведущий врач (национальное обследование по вопросам питания), Совет медицинских исследований (исследования в области питания человека), Кембридж, Соединенное Королевство
 - Luis Miguel F. Gutiérrez Robledo, генеральный директор, Национальный институт гериатрии, Национальный институт медицины в Мехико, Мехико, Мексика
 - John F. Schnelle, профессор медицины, директор Центра достойного старения, Центр гериатрических исследований, образования и клиники, Центр достойного старения им. Вандербильта, Нэшвилл, штат Теннесси, Соединенные Штаты Америки
 - Alessandra Stella, независимый консультант, Рим, Италия
 - Richard Uwakwe, факультет медицины, Университет Ннамди Азикве (кампус в Нневи), Авка, Нигерия
 - Abebaw Fekadu Wassie, доцент, Аддис-Абебский университет, Колледж здравоохранения, кафедра психиатрии, Аддис-Абеба, Эфиопия
 - Jean Woo, кафедра медицины и терапии и Институт старения, Китайский университет Гонконга, Гонконг, Китай
- В. Члены ГРР, указавшие в своем заявлении потенциальный конфликт интересов, или в чьем резюме были обнаружены признаки потенциального конфликта интересов**
1. Olivier Bruyère, кафедра общественного здравоохранения, эпидемиологии и экономики здравоохранения, Льежский университет, Льеж, Бельгия
- В заявлении о заинтересованности профессор Bruyere не указал каких-либо потенциальных конфликтов интересов. Из его резюме следует, что он является членом научно-консультативного

совета Европейского общества по клиническим и экономическим аспектам остеопороза, остеоартрита и заболеваний опорно-двигательного аппарата (ESCEO).

ESCEO является некоммерческой организацией, задача которой – способствовать тесному сотрудничеству между клиническими исследователями, занимающимися заболеваниями костей, суставов и мышц, фармацевтическими компаниями, разрабатывающими новые препараты в этой области, регулирующими органами, ответственными за регистрацию таких препаратов, и разработчиками политики в сфере здравоохранения в целях интеграции лечения остеопороза и остеоартрита в рамках комплексного подхода к использованию медицинских ресурсов.

Цель ESCEO заключается в предоставлении практикующим специалистам самой актуальной клинической и экономической информации, позволяющей им организовывать свою повседневную практику с использованием подхода, основанного на фактических данных, и с учетом затрат. Финансовая информация содержится в годовом отчете организации⁴.

Меры: было решено, что выявленная заинтересованность незначительна или минимальна и вряд ли повлияет или будет разумно воспринята как влияющая на суждение профессора Bruyer при разработке настоящих рекомендаций. Дополнительных действий не требуется.

2. Alan Dangour, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Лондон, Соединенное Королевство

В своем заявлении д-р Dangour указал, что получил от Министерства здравоохранения Соединенного Королевства конкурсный грант (660 тыс. фунтов стерлингов) на проведение исследований в области питания пожилых людей. Он также представил экспертное заключение в то же министерство для анализа судебной практики по вопросам питания пожилых людей.

Меры: участие с устным раскрытием. Было сочтено, что заявленный фактор заинтересованности

является относительно незначительным и д-р Dangour должен продолжать участвовать в работе ГРР. В начале заседания ему было предложено устно раскрыть участие в указанных мероприятиях всем участникам.

3. Jean-Yves Reginster, кафедра общественного здравоохранения, Льежский университет, Льеж, Бельгия

Профессор Reginster заявил, что является президентом Европейского общества по клиническим и экономическим аспектам остеопороза, остеоартрита и заболеваний опорно-двигательного аппарата (ESCEO). ESCEO является некоммерческой организацией, задача которой – способствовать тесному сотрудничеству между клиническими исследователями, занимающимися заболеваниями костей, суставов и мышц, фармацевтическими компаниями, разрабатывающими новые препараты в этой области, регулирующими органами, ответственными за регистрацию таких препаратов, и разработчиками политики в сфере здравоохранения в целях интеграции лечения остеопороза и остеоартрита в рамках комплексного подхода к использованию медицинских ресурсов. Цель ESCEO заключается в предоставлении практикующим специалистам самой актуальной клинической и экономической информации, позволяющей им организовывать свою повседневную практику с использованием подхода, основанного на фактических данных, и с учетом затрат. Финансовая информация содержится в годовом отчете организации⁵.

Меры: частичное исключение. Было принято решение о том, что профессор Reginster может продолжать работу в качестве члена ГРР и участвовать в обсуждениях фактических данных по всем рекомендациям. Он не будет участвовать в процессе принятия решений (голосовании), связанных с разработкой итоговой рекомендации по дополнительному питанию для повышения массы мышечных тканей и увеличения мышечной силы. В начале заседания профессору Reginster было предложено устно раскрыть свою должность в ESCEO, свои научные интересы и заинтересованность своей организации в отношении реко-

4 См. <http://www.esceo.org/reports>.

5 См. <http://www.esceo.org/reports>.

мендаций, касающихся вмешательств в области питания, нацеленных на повышение массы мышечных тканей и увеличение мышечной силы.

4. Matteo Cesari, отделение гериатрии, Больница Тулузского университета, Тулуза, Франция

Профессор Cesari заявил, что выступает от имени компании Nestlé. Nestlé – ведущий производитель пищевых добавок для пожилых людей, учитывающих их уникальные питательные потребности. Небольшое число испытаний, включенных в обзоры, финансировалось компанией Nestlé или предусматривало оценку пользы пищевых добавок Nestlé для пожилых людей.

Меры: частичное исключение. Было решено, что профессор Cesari может являться членом ГРР и участвовать в обсуждениях фактических данных по всем рекомендациям. Он не участвовал в процессе принятия решений (голосовании), связанных с разработкой итоговой рекомендации о пероральном дополнительном питании для пожилых людей, страдающих от недоедания.

С. Внешние специалисты, не указавшие в своем заявлении потенциальных конфликтов интересов или чья заинтересованность была сочтена незначительной или минимальной

1. Nandi Siegfried, независимый консультант, методист по разработке рекомендаций

В заявлении о заинтересованности д-р Siegfried не указала каких-либо потенциальных конфликтов интересов. В ее резюме указано, что она предоставляла техническую поддержку, экспертные консультации и услуги по координации в рамках процессов разработки клинических рекомендаций ВОЗ в области ВИЧ/СПИДа и питания.

Меры: д-р Siegfried оказывала техническую поддержку, а потому не участвовала в закрытых заседаниях (в голосовании или составлении итоговых рекомендаций).

Приложение 3. Вопросы для исследования

1. Утрата мобильности

Приносят ли физические упражнения (тренировки с отягощением с постепенным увеличением нагрузки или комплексная программа упражнений) пользу или вред пожилым людям с ограниченной способностью выполнять повседневные задачи?

Популяция

- Проживающие дома пожилые люди с ограниченной способностью выполнять повседневные задачи

Вмешательство

- Тренировки с отягощением с постепенным увеличением нагрузки
- Физические упражнения (тренировка равновесия или многокомпонентная программа)
- Физическая реабилитация (в соответствии с потребностями конкретного пожилого человека)

Сравнение

- Отсутствие вмешательств
- Контрольная группа (низкая физическая активность или любое другое социальное или иное вмешательство)
- Обычный уход

Результаты

- Основной показатель функциональности (выше балл = лучше функциональность)
- Шкала физического функционирования в рамках краткой формы оценки здоровья (SF-36/SF-12)
- Показатель способности выполнять повседневные задачи
- Показатель уровня активности
- Основной показатель силы нижних конечностей
- Основной показатель аэробного функционирования
- Тест шестиминутной ходьбы (в метрах)
- Показатели равновесия (выше балл = равновесие лучше)

- Скорость ходьбы (в метрах в секунду)
- Прохождение расстояния на время (в секундах)
- Тест «Встань и иди» на время (в секундах)
- Время вставания из положения сидя на стуле
- Подъем по лестнице (в секундах)
- Вставание со стула за промежуток времени (количество раз)
- Жизненная активность (шкала «жизнеспособность плюс» опросника SF-36, выше балл = жизненная активность выше)
- Боль (выше балл = боль слабее, шкала «интенсивность боли» опросника SF-36)
- Смертность
- Нежелательные эффекты

2. Недоедание

Приносит ли назначение перорального дополнительного питания, предоставление диетологических консультаций или улучшение организации приемов пищи какую-либо пользу пожилым людям, страдающим от недоедания или подвергающимся такому риску?

Популяция

- Пожилые люди в возрасте от 60 лет (мужчины и женщины), подвергающиеся риску недоедания
- Пожилые люди в возрасте от 60 лет (мужчины и женщины), страдающие от недоедания

Вмешательство

- Пероральное дополнительное питание (макро- и микронутриенты)
- Диетологические консультации
- Меры по улучшению организации приемов пищи в целях увеличения потребления калорий

Сравнение

- Плацебо
- Обычный уход
- Контрольная группа (лист ожидания)

Результаты

- Критически важные: смертность, изменение массы тела
- Важные: сила схвата, способность выполнять повседневные задачи

Условия

- Первичная медико-санитарная помощь / местные сообщества

3. Нарушение зрения

Приносит ли выявление случаев нарушений зрения, предоставление помощи или направление на лечение пользу или вред пожилым людям со сниженным зрением по сравнению с контрольной группой?

Популяция

- Пожилые люди в возрасте от 60 лет (мужчины и женщины) с нарушениями рефракции или катарактой

Вмешательство

- Выявление случаев нарушений зрения и направление на коррекцию нарушений рефракции или катаракты
- Выявление случаев нарушений зрения и немедленное предоставление помощи в связи с нарушениями рефракции

Сравнение

- Обычный уход

Результаты

- Критически важные: острота зрения, обусловленное зрением качество жизни, субъективное улучшение
- Важные: социальное функционирование, депрессия

Условия

- Первичная медико-санитарная помощь / местные сообщества

4. Потеря слуха

Приносит ли выявление случаев нарушений слуха, предоставление слуховых аппаратов или вспомогательных слуховых устройств пользу или вред пожилым людям в возрасте от 60 лет с потерей слуха?

Популяция

- Пожилые люди в возрасте от 60 лет (мужчины и женщины) с потерей слуха

Вмешательство

- Скрининг и предоставление слуховых аппаратов или вспомогательных слуховых устройств
- Просветительские мероприятия для обеспечения более широкого использования слуховых аппаратов

Сравнение

- Направление на вмешательство, отсутствие услуг или отложенное вмешательство

Результаты

- Критически важные: улучшение коммуникативных функций, социальных функций, слуховых функций
- Важные: депрессия, качество жизни, использование стратегии устного общения, оценка по шкале субъективного снижения слуха

5. Когнитивные нарушения

Приносит ли когнитивная стимуляция, тренировка или реабилитация когнитивных функций пользу пожилым людям с когнитивными нарушениями или ранней стадией деменции?

Популяция

- Пожилые люди в возрасте от 60 лет (мужчины и женщины) с когнитивными нарушениями или легкими когнитивными нарушениями
- Пожилые люди в возрасте от 60 лет (мужчины и женщины) с ранней стадией болезни Альцгеймера и сосудистой деменцией

Вмешательство

- Когнитивная стимуляция
- Когнитивная тренировка
- Когнитивная реабилитация

Сравнение

- Отсутствие лечения / обычный уход / стандартное лечение
- Контрольная группа (лист ожидания)
- Активный контроль

Результаты

- Критически важные: оценка когнитивных функций по Краткой шкале оценки психического статуса (MMSE) и по когнитивной подшкале Шкалы оценки болезни Альцгеймера (ADAS-Cog), тест на немедленное и на отсроченное припоминание

6. Симптомы депрессии

Приносят ли психологические вмешательства (терапия поведенческой активации, когнитивно-поведенческая терапия, психообразовательная терапия, интерперсональная терапия, терапия, ориентированная на решение проблем, терапия по ступенчатому протоколу или терапия обзора жизни) пользу или вред пожилым людям с симптомами депрессии?

Популяция

- Пожилые люди в возрасте от 60 лет (мужчины и женщины) с симптомами депрессии как при наличии, так и при отсутствии официального диагноза (депрессивный эпизод или депрессивное расстройство)

Вмешательство

- Поведенческая активация, когнитивно-поведенческая терапия, психообразовательная терапия, интерперсональная терапия, терапия, ориентированная на решение проблем, терапия по пошаговому протоколу или терапия обзора жизни

Сравнение

- Обычный уход или нахождение в листе ожидания

Результаты

- Критически важные: симптомы депрессии, случаи клинически подтвержденной депрессии (депрессивный эпизод или большой депрессивный эпизод)

7. Недержание мочи

Приносят ли нефармакологические вмешательства (мочеиспускание по напоминанию, мочеиспускание по графику, тренировка мочевого пузыря, формирование новых привычек, тренировка мышц тазового дна) пользу или вред пожилым людям с недержанием мочи?

Популяция

- Пожилые люди с ургентным, стрессовым или смешанным недержанием мочи

Вмешательство

- Мочеиспускание по напоминанию
- Мочеиспускание по графику
- Тренировка мочевого пузыря
- Формирование новых привычек

- Тренировка мышц тазового дна

Сравнение

- Отсутствие вмешательства / обычный уход

Результаты

- Критически важные: доля среднего изменения частоты эпизодов недержания мочи, изменение средней доли положительных ежедневных проверок на недержание, число пациентов со снижением частоты недержания в дневное время, число пациентов со снижением частоты недержания в ночное время, число эпизодов недержания в сутки, средняя частота недержания в сутки, симптомы недержания мочи
- Важные: субъективное излечение, пользование туалетом по собственной инициативе, средняя процентная доля положительных проверок на недержание, число эпизодов недержания, urgency недержания, частота недержания, ноктурия, качество жизни

8. Риск падений

Приносят ли меры по профилактике падений пользу или вред пожилым людям (в возрасте 60 лет и старше), подвергающимся риску падения?

Популяция

- Пожилые люди в возрасте от 60 лет (мужчины и женщины), подвергающиеся риску падения

Вмешательство

- Многокомпонентная программа упражнений / силовые тренировки
- Оценка риска падения физиотерапевтом с целью разработать индивидуальную программу профилактики падений и травм
- Индивидуальная программа упражнений
- Пересмотр лекарственных назначений
- Отмена психотропных препаратов
- Многофакторные меры с комплексной гериатрической оценкой
- Устранение опасных факторов в домашней среде
- Ассистивные технологии (ходунки, слуховой аппарат, тревожная кнопка)
- Оценка обуви
- Установка кардиостимулятора (гиперчувствительность каротидного синуса)

Сравнение

- Обычный или стандартный уход
- Плацебо или отсутствие активных вмешательств
- Лист ожидания
- Активный контроль

Результаты

- Критически важные: частота падений

Условия

- Первичная медико-санитарная помощь / местные сообщества

9. Поддержка лиц, осуществляющих уход

Приносят ли меры по кратковременному замещению лиц, осуществляющих уход за зависимыми от посторонней помощи пожилыми людьми, пользу или вред этим лицам?

Популяция

- Члены семьи (мужчины и женщины), осуществляющие уход за зависимыми от посторонней помощи пожилыми людьми в возрасте 60 лет или старше

Вмешательство

- Меры по кратковременному замещению лиц, осуществляющих уход
- Психосоциальная поддержка
- Вмешательства с использованием современных технологий

Сравнение

- Обычный или стандартный уход
- Лист ожидания
- Активный контроль

Результаты

- Критически важные: время ухода, депрессия у лиц, осуществляющих уход, симптоматика у лиц, за которыми ухаживают
- Важные: благополучие, способности/знания, качество жизни, гнев, тревога

Приложение 4. Процесс изучения данных

ЭТАП ПЕРВЫЙ

Поиск

Для обобщения фактических данных мы провели комплексный поиск опубликованных систематических обзоров и рандомизированных контролируемых испытаний (РКИ) с использованием баз данных Cochrane Library, Embase, Ovid MEDLINE и PsycINFO⁶. По каждому из вопросов, выбранных для исследования (см. приложение 3), была разработана стратегия поиска. Подробные сведения о стратегиях поиска представлены в таблице GRADE (система оценки обоснованности научных рекомендаций) и в приложенных к настоящим рекомендациям⁷ профилях фактических данных, доступных по адресу <http://www.who.int/ageing/health-systems/icope>.

ШАГ ВТОРОЙ

Скрининг

Найденные ссылки были экспортированы в систему управления библиографической информацией, после чего были выявлены и удалены дубликаты. Затем были отобраны систематические обзоры и РКИ: сначала проверялись название и резюме статей, а затем их текст. Подробная информация о процессе поиска и количестве записей, извлеченных и оцененных на предмет соответствия критериям, представлена в блок-схеме PRISMA (предпочтительные элементы для представления систематических обзоров и метаанализов) по каждому вопросу PICO (популяция, вмешательство, сравнение, результат) в соответствующих профилях фактических данных GRADE.

ШАГ ТРЕТИЙ

Соответствие критериям

Отбирались систематические обзоры, в которых сообщалось о методологической оценке качества рассмотренных РКИ. Из 32 отобранных таким образом систематических обзоров 20 были опубликованы в период с 2011 по 2015 гг. и были актуализированы путем добавления новых РКИ, определенных в консультации с членами группы по разработке рекомендаций (ГРР). Остальные 12 систематических обзоров были опубликованы до 2011 г. и были актуализированы с помощью новых РКИ, выявленных при поиске на этапе скрининга.

ШАГ ЧЕТВЕРТЫЙ

Оценка качества охваченных исследований

Для оценки качества каждого отобранного систематического обзора использовался инструмент оценки AMSTAR (см. рис. 3). Ни один обзор не был исключен на основе точек отсечения в инструменте AMSTAR ввиду отсутствия рекомендованного порогового уровня для отделения высококачественных обзоров от обзоров низкого качества.

ШАГ ПЯТЫЙ

Метаанализ

При выявлении новых испытаний, включающих сопоставимые мероприятия и результаты, проводился метаанализ либо в качестве обновления анализа, содержащегося в существующем обзоре, либо в качестве нового метаанализа. Для расчета разности средних и стандартизированной разности средних в группах вмешательства и контроля

6 См.

– Cochrane Library (<http://www.cochranelibrary.com/cochrane-database-of-systematic-reviews>); – Embase (<http://www.elsevier.com/solutions/embase-biomedical-research>);

– Ovid MEDLINE (<http://ovid.com/site/catalog/databases/901.jsp>);

– PsycINFO (<http://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo/index.aspx>).

7 Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J et al. GRADE guidelines: 1. Introduction – GRADE evidence profiles and summary of findings tables. J Clin Epidemiol. 2011;64(4):383–94. doi:10.1016/j.jclinepi.2010.04.026.

использовалась программа Review Manager 5 (RevMan 5). Для дискретных показателей были представлены относительный риск или отношение шансов.

ШАГ ШЕСТОЙ

Оценка GRADE

Результаты метаанализа экспортировались в программу GRADE Profiler для оценки фактических данных⁸. Качество фактических данных оценивалось по шкале: очень низкое, низкое, среднее или высокое – в зависимости от ограничений рассмотренных исследований, в частности непоследовательности, косвенности, неточности и систематической ошибки публикации (publication bias). За

исключением одного кокрейновского обзора, ни в одном из отобранных систематических обзоров не проводилась оценка по системе GRADE, поэтому мы провели независимую оценку качества результатов каждого метаанализа с использованием программы GRADE Profiler.

ШАГ СЕДЬМОЙ

Отчетность

Итоговые результаты систематических обзоров, метаанализов и оценки фактических данных были обобщенно представлены в таблице 2×2, охватывающей все результаты и вмешательства, которая затем была рассмотрена членами ГПП.

8 GRADE's software for summary of findings tables, health technology assessment and guidelines [веб-сайт]. Hamilton (ON): McMaster University and Evidence Prime; 2015 (<http://gradepro.org>, по состоянию на 12 декабря 2018 г.).

Рис. 3. Оценка качества систематических обзоров с использованием 11 вопросов контрольного перечня AMSTAR⁹

Испытание ¹⁰	1. Был ли дизайн исследования заявлен заранее? 2. Были ли отбор исследований и/или извлечение данных выполнены независимо двумя исследователями? 3. Был ли отбор исследований и/или извлечение данных выполнен на основе критерия отбора исследований? 4. Были ли тип или язык публикации использованы в качестве критерия отбора исследований? 5. Перечислены ли все источники информации (включенные и исключенные)? 6. Дана ли характеристика включенным исследованиям? 7. Была ли проведена оценка методологического качества исследований? 8. Учтено ли обобщение результатов исследований в должной степени при формулировании выводов? 9. Была ли проведена оценка публикационного смещения? 10. Была ли проведена оценка публикационного смещения с помощью адекватных методов? 11. Заявлен ли конфликт интересов?											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Утрата мобильности	Cadore et al.	+	+	+	-	?	+	+	?	+	?	+
	Chou et al.	+	+	+	-	+	+	+	+	+	?	+
	Daniels et al.	+	+	+	+	-	+	+	-	+	+	+
	de Vries et al.	+	+	+	?	-	+	+	+	+	+	+
	Gine-Garriga et al.	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	?
	Howe et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Van Abbema.	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+
	Liu C et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Burton et al.	+	+	+	-	-	+	+	?	+	+	+
	Forbes et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Недоедание	Pitkala et al.	+	+	+	?	-	+	+	+	+	+	?
	Milne et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Baldwin et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Падения	Munk et al.	+	+	+	+	-	+	+	+	+	?	+
	Gillespie et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Когнитивные нарушения	Martin et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Kurz et al.	+	+	+	-	-	+	?	?	+	+	+
Субклиническая депрессия	Ekers et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Cuijpers et al.	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+
	van Zoonen et al.	+	+	?	?	-	+	+	?	+	+	+
Недержание мочи	Wallace et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Ostaszkievicz.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Eustice et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Ostaszkievicz et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Dumoulin et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Стресс лиц, осуществляющих уход	Mason et al.	+	+	+	+	-	+	+	?	+	+	+
	Shaw et al.	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+
	Sorensen et al.	+	+	+	+	?	+	+	-	+	+	-
	Pinquart et al.	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+
	Lopez-Hartmann et al.	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+
Нарушение зрения	Smeeth et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Потеря слуха	Barker et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

Легенда:
+ Да - Нет ? Неясно

⁹ Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. BMC Med Res Methodol. 2007;7(1):10. doi:10.1186/1471-2288-7-10.

¹⁰ Более подробные сведения об испытаниях см. в профилях данных по адресу <http://www.who.int/ageing/health-systems/icope>.

Глоссарий

Выявление случаев заболеваний — стратегия по направлению ресурсов на оказание помощи лицам или группам лиц, которые могут быть подвержены риску того или иного заболевания или неблагоприятного состояния здоровья. Такая стратегия предполагает активный и систематический поиск людей, входящих в группу риска, вместо ожидания возникновения у них симптомов или признаков активной фазы заболевания или нарушений здоровья.

Гериатрические синдромы — сложные состояния здоровья, которые обычно возникают только на поздних этапах жизни и не подпадают под отдельные категории заболеваний; часто являются следствием множества факторов и дисфункций многих органных систем.

Депрессивные симптомы — наличие дистресса или некоторой степени нарушения функционирования при отсутствии депрессивного эпизода/расстройства.

Диетологические консультации — рекомендации по здоровому питанию, призванные защитить людей от неполноценного питания и недоедания, а также от развития неинфекционных заболеваний.

Зависимость от посторонней помощи — состояние, в котором функциональная способность снижена до такого уровня, что человек больше не справляется с основными повседневными задачами без посторонней помощи.

Здоровое старение — процесс развития и поддержания индивидуальной жизнеспособности и функциональной способности, обеспечивающий благополучие в пожилом возрасте.

Индивидуальная жизнеспособность — совокупность физических и психических способностей человека, включая его психологические характеристики.

Когнитивная реабилитация — метод, направленный на максимальное восстановление возможностей памяти и когнитивных функций несмотря на наличие неврологических проблем. Когнитивная реабилитация предусматривает определение индивидуальных потребностей и целей и их достижение, что может потребовать использования различных приемов для усвоения новой информации или применения компенсаторных методов, таких как вспомогательные средства для запоминания.

Когнитивная стимуляция — участие в различных видах деятельности, направленных на улучшение когнитивных и социальных функций.

Когнитивная тренировка — реализуемая под руководством специалиста практика решения стандартизированных задач, направленных на усиление конкретных когнитивных функций.

Когнитивно-поведенческая терапия — вид психологической терапии, который включает в себя выявление и исправление ошибочных дезадаптивных убеждений и использование мысленных упражнений и реального опыта для сокращения симптомов и улучшения функционирования.

Когнитивные нарушения — утрата или аномалия функций внимания, памяти или когнитивных функций более высокого уровня.

- **Функции внимания** — это психические функции, которые позволяют сознанию сосредоточиться на том или ином внешнем стимуле или внутреннем переживании на определенный период времени.
- **Функции памяти** — это психические функции, отвечающие за регистрацию и хранение информации и извлечение ее по мере необходимости.

Когнитивные функции более высокого уровня, часто называемые исполнительными функциями, представляют собой психические функции, задейству-

ющие лобные доли мозга. Сюда относятся сложные виды целенаправленного поведения, в том числе принятие решений, абстрактное мышление, составление и осуществление планов, умственная гибкость и определение того, какое поведение уместно в той или иной ситуации.

Комплексная гериатрическая экспертиза — многокомпонентная оценка пожилого человека, охватывающая медицинские, физические, когнитивные, социальные и духовные аспекты; может также проводиться с использованием стандартизированных инструментов оценки и/или при содействии междисциплинарной группы специалистов.

Комплексная программа упражнений — программа упражнений, включающая в себя различные виды нагрузки, такие как силовые тренировки, аэробные упражнения, тренировку равновесия или упражнения на гибкость.

Кратковременное замещение лиц, осуществляющих уход — мера, дающая людям, ухаживающим за пожилыми людьми, возможность кратковременного отдыха для восстановления и поддержания собственного физического и психического здоровья.

Легкое когнитивное нарушение — нарушение, характеризующееся нарушением памяти, трудностями в обучении и снижением способности концентрироваться на задаче дольше, чем в течение короткого периода времени. Часто присутствует явное чувство умственной усталости при попытке выполнения умственных задач, а получение новых знаний и навыков представляется субъективно сложным, даже если объективно проходит успешно. Ни один из этих симптомов не является достаточно тяжелым, чтобы диагностировать деменцию или делирий.

Лицо, осуществляющее уход — человек, ухаживающий за другим человеком и помогающий ему. Сюда могут входить:

- помощь в уходе за собой, выполнении работы по дому, поддержании мобильности, участии в общественной жизни и содержательной деятельности;
- предоставление информации, консультаций и эмоциональной поддержки, защита интересов, содействие принятию решений и взаимной

поддержке сверстников, а также помощь в планировании ухода за собой в будущем;

- кратковременное замещение лиц, осуществляющих уход;
- участие в мероприятиях по укреплению индивидуальной жизнеспособности.

К лицам, осуществляющим уход, могут относиться члены семьи, друзья, соседи, добровольцы, социальные работники и работники здравоохранения.

Медицинские работники первичной медико-санитарной помощи — члены бригады по оказанию первичной медико-санитарной помощи — группы медицинских работников, дополняющих вклад друг друга, относящихся друг к другу со взаимным уважением и несущих общую ответственность за оказание помощи пациентам. Группы по оказанию первичной медико-санитарной помощи ориентированы на потребности пациента, поэтому их состав и организационная модель могут со временем меняться.

Медицинские работники, оказывающие неспециализированные медицинские услуги — врачи общей практики, семейные врачи, медсестры и другие медицинские работники, работающие с пациентами в медицинском центре или в составе медицинского коллектива, как правило, в учреждениях первичной медико-санитарной помощи.

Местный медицинский работник — лицо, работающее в рамках местного сообщества и обеспечивающее просвещение по вопросам здоровья, направление к специалистам и последующее наблюдение, ведение пациентов и базовую профилактическую медицинскую помощь, а также посещающее людей на дому. Такие работники помогают людям и семьям сориентироваться в системе здравоохранения и социальных услуг.

Многофакторная оценка — комплексная оценка для определения всех возможных факторов, способных вызывать тот или иной симптом или состояние.

Многофакторное вмешательство — вмешательство, направленное на устранение целого ряда нежелательных факторов; подход может включать изменение условий и просвещение или меры по минимизации факторов риска.

Мочеиспускание по напоминанию — нефармакологический способ лечения недержания мочи: метод поведенческой терапии, основанный на использовании устных напоминаний и положительного подкрепления, который используется как для людей с деменцией, так и для других пациентов.

Мультиморбидность — наличие двух или более хронических заболеваний у одного человека.

Нарушение зрения — утрата или расстройство сенсорных функций, связанных с восприятием наличия света или восприятием очертаний, формы, размера или цвета зрительных стимулов.

Недержание мочи: непроизвольное мочеиспускание. Большинство причин можно разделить на три типа:

- ургентное недержание мочи: непроизвольное мочеиспускание, связанное с внезапным позывом к опорожнению мочевого пузыря или следующее сразу после него;
- стрессовое недержание: непроизвольное мочеиспускание, происходящее при физических нагрузках, кашле или чихании;
- смешанное недержание мочи: сочетание ургентного и стрессового недержания мочи.

Недоедание — глобальная проблема, которая обычно вызвана нехваткой продовольствия или ограниченным ассортиментом продуктов, не обеспечивающим достаточное количество необходимых питательных веществ или других элементов, например белка, пищевых волокон и микронутриентов.

Неполноценное питание — дефицит, избыток или дисбаланс в потреблении человеком энергии и/или питательных веществ. Термин «неполноценное питание» охватывает две широкие группы состояний. Одна из них — недоедание, которое включает отставание в росте (слишком низкий рост для данного возраста), истощение (слишком низкая масса тела для данного роста), недостаточный вес (слишком низкая масса для данного возраста) и дефицит или недостаточность питательных микроэлементов (недостаток важных витаминов и минералов); другая — избыточный вес, ожирение и неинфекционные заболевания, связанные с питанием (такие как сердечные заболевания, инсульт, сахарный диабет и рак).

Падение — событие, в результате которого человек непреднамеренно оказывается лежащим на земле, полу или другой низкой поверхности.

Первичная медико-санитарная помощь — концепция, основанная на принципах социальной справедливости, участия, межсекторального взаимодействия, использования надлежащих технологий и центральной роли системы здравоохранения. Пациенты, как правило, имеют прямой доступ к этому звену медико-санитарной помощи без необходимости получать направление.

Поведенческая активация — метод поведенческой терапии для лечения депрессии, в рамках которого человеку помогают увеличить в своей жизни количество конструктивных занятий, приносящих удовлетворение.

Повседневные задачи — основные действия, необходимые в повседневной жизни, такие как прием ванны или душа, одевание, прием пищи, использование кровати (лечь, встать) или стула (сесть, встать), пользование туалетом и передвижение по дому.

Пожилой человек — человек, чей возраст превысил среднюю ожидаемую продолжительность жизни при рождении.

Потеря слуха — потеря или нарушение сенсорных функций, связанных с восприятием наличия звуков или позволяющих различить местоположение источника, высоту тона, громкость или тембр звука.

Психологическая терапия — один из индивидуализированных межличностных методов работы с психическими или психологическими расстройствами, проблемами или неблагоприятными ситуациями. В частности, существует когнитивно-поведенческая терапия, терапия, ориентированная на решение проблем, интерперсональная терапия и интегративные терапевтические методы.

Стратегия по организации приемов пищи — меры, направленные на оптимизацию процесса приема пищи, улучшение его субъективного восприятия или окружающей среды путем предоставления помощи (прямой или косвенной): поощрение к приему пищи, создание более стимулирующей среды для приема пищи, расширение доступа к пище, обеспечение более широкого выбора или наличия более привлекательной пищи (с визуальной или вкусовой точки зрения).

Стресс лиц, осуществляющих уход— совокупное воздействие физической, эмоциональной и экономической нагрузок, испытываемых лицами, осуществляющими уход.

Терапия, ориентированная на решение проблем— тип психологической терапии, в рамках которого человек систематически идентифицирует свои проблемы, придумывает для каждой проблемы альтернативные решения, выбирает лучшее, разрабатывает и реализует план, а затем оценивает, помогло ли это решить проблему.

Тренировка мочевого пузыря— форма поведенческой терапии для лечения недержания мочи, направленная на увеличение интервала между мочеиспусканиями. Эта методика включает в себя обучение пациентов, мочеиспускание по графику и позитивное подкрепление.

Тренировка мышц тазового дна (ТМТД)— упражнения, при которых производится сокращение и расслабление мышц таза, направленное на укрепление мышц и более эффективное закрытие уретры.

Тренировки с отягощением с постепенным увеличением нагрузки— тип упражнений, в котором мышечному усилию противодействует некая сила или сопротивление, которое постепенно наращивается по мере роста мышечной силы.

Услуги, ориентированные на потребности человека— подход к предоставлению помощи, при котором целенаправленно учитываются мнения людей, семей и местных сообществ и они рассматриваются не только как бенефициары, но и как участники систем здравоохранения и долгосрочного ухода, которые, в свою очередь, реагируют на потребности и предпочтения людей гуманным и целостным образом. Для обеспечения оказания помощи, ориентированной на потребности человека, необходимо, чтобы люди обладали знаниями и поддержкой, которые им требуются для принятия решений и участия в оказании им помощи. Помощь,

ориентированная на потребности человека, сосредоточена в большей степени на нуждах и ожиданиях людей в области здоровья, чем на болезнях.

Утрата мобильности— потеря или нарушение способности к какой-либо форме движения— к изменению положения тела или перемещению из одного места в другое, к переносу, перемещению предметов или манипулированию ими, к ходьбе, бегу или преодолению вертикальных препятствий либо к использованию тех или иных видов транспорта.

Физическая активность— любое движение тела, производимое скелетными мышцами, которое требует затрат энергии, включая активность во время работы, игры, выполнения работы по дому, путешествия или отдыха.

Физические упражнения— вид физической активности, который характеризуется запланированностью, структурированностью и повторением и направлен на улучшение или поддержание одного или нескольких аспектов физического развития.

Формирование новых привычек— форма помощи в пользовании туалетом, предоставляемая лицом, осуществляющим уход, взрослому человеку, страдающему недержанием мочи. Этот метод предусматривает определение естественного графика мочеиспускания человека и разработку индивидуального графика пользования туалетом, который позволит предупредить непроизвольное опорожнение мочевого пузыря.

Функциональная способность— сочетание и взаимодействие индивидуальной жизнеспособности человека с окружающей средой, в которой он живет.

Хроническое состояние— болезнь, расстройство, физическая или психологическая травма, которая носит хронический характер или имеет долгосрочные последствия.

Всемирная организация здравоохранения
Департамент по вопросам старения и жизненного цикла

Avenue Appia 20
1211 Geneva 27
Switzerland

Эл. почта: ageing@who.int
Веб-сайт: www.who.int/ageing



**Всемирная организация
здравоохранения**

ISBN 978-92-4-002411-3

