

ПАДІННЯ В ПОХИЛОМУ ВІЦІ: оцінювання ризику, аспекти профілактики й менеджменту

Л.М. Єна, Г.М. Христофорова, Л.В. Бевзюк,
ДУ «Інститут геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова НАМН України», м. Київ

Продовження. Початок в номері 8 (163), 2025

Перш ніж призначати потенційно небезпечні щодо ризику падінь лікарські засоби, наполегливо рекомендовано оцінити історію та ймовірність падінь. Для цього використовуються скринінгові інструменти, що включають перелік препаратів, які підвищують ризик падінь у літніх людей. Так, STOPP / START, STOPPFall, STOPPFrail, Beers Criteria, FORTA або Web-based Meds 75+ Guide слугують для визначення пов'язаного із прийманням ліків ризику падіння і потреби у їх відміні. Інтерактивна онлайн-версія STOPPFall доступна на сайті www.eugms.org.

Когнітивне оцінювання

Оцінювання когнітивних функцій є компонентом багатого факторного аналізу ймовірності падінь в осіб старшого віку. Деменція та помірні когнітивні порушення подвоюють ризик падінь і пов'язаних із ними травм, як-от переломи стегна, рук, травми голови тощо. Порушення когнітивних функцій, особливо виконавчої, навіть за відсутності очевидного когнітивного зниження або діагнозу деменції асоційоване з підвищеним ризиком падінь. Оскільки виконавча дисфункція демонструє тісний зв'язок із падіннями, при обстеженні пацієнтів доречно використовувати монреальську шкалу оцінки когнітивних функцій (MoCA) або тест на прокладання маршруту, частину В (TMT-B).

Занепокоєння із приводу падінь

Оцінювання страху із приводу падіння проводять із використанням стандартизованих інструментів, як-от шкала ефективності падінь (FES-I) або її короткий варіант. Вони є надійними методами не тільки для літніх людей, які проживають у громаді, але й для осіб із захворюваннями, що супроводжуються підвищеним ризиком падінь (зокрема при розсіяному склерозі, інсульті, вестибулярних розладах, хворобі Паркінсона). Шкали доступні на сайті www.fes-i.org. Обґрунтовано поєднувати анкетування з оцінюванням рівноваги та/або ходьби. Занепокоєння / страх щодо падіння показує неоднорідні результати прогнозування у громаді. Водночас цей психологічний

стан погіршує якість життя та негативно впливає на готовність до різних втручань (збільшення фізичної активності, виконання комплексу вправ), що у підсумку знижує ефективність лікування.

Оцінювання серцево-судинної системи

Рекомендовано проводити рутинне обстеження, яке включає анамнез, фізикальний огляд, визначення артеріального тиску (АТ) у положеннях лежачи та стоячи, електрокардіограму в 12 відведеннях. За відсутності порушень після початкового оцінювання серцево-судинної (СС) системи продовження досліджень не вважається доцільним, за виключенням перевірки щодо можливого синкопе. У такому разі подальший алгоритм досліджень має бути таким, як із приводу синкопе, на додаток до багатого факторного аналізу ризику падіння. Обстеження проводиться відповідно до рекомендацій Європейського товариства кардіологів (ESC) щодо діагностики та лікування синкопе (Brignole et al. 2018).

Повторні незрозумілі падіння найчастіше пов'язані з СС-порушеннями. За рейтингом частоти це:

- ортостатична гіпотензія;
- вазовагальний синдром;
- гіперчутливість каротидного синуса;
- брадиаритмії;
- передсердні / шлуночкові тахіаритмії.

Для діагностики ортостатичної гіпотензії першочергово виконується активний ортостатичний тест. Початковий АТ реєструється через принаймні 5 хв перебування у положенні лежачи на спині; наступне вимірювання у положенні стоячи проводиться якомога швидше (40-60 с), після чого йде серія повторних вимірювань із 1-хвилинними інтервалами протягом 3 або 5 хв, якщо симптоми вказують на можливість відстроченої реакції, як при нейрогенній ортостатичній гіпотензії (Єна, Гаркавенко, 2023).

Якщо є підозра на ортостатичну гіпотензію, але вона не виявляється за допомогою активного ортостатичного тесту, рекомендоване виконання пасивного тілт-тесту. Він релевантний також у разі вазовагального синкопе і відстроченої ортостатичної гіпотензії.

Медикаменти, що підвищують ризик падінь**Високий ризик**

- α -адреноблокатори
- Інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту
- Антиангінальні засоби (нітрати, нікорандил)
- Протинападкові препарати (карбамазепін, фенобарбітал, фенітоїн)
- Антипсихотики (хлорпромазин, флуфеназин, галоперидол, оланзапін, рисперидон, кветіапін)
- Бензодіазепіни
- β -адреноблокатори (зокрема очні краплі з тімололом)
- Агоністи центральних α_2 -рецепторів (клонідин, моксонідин)
- Агоністи дофамінових рецепторів
- Інгібітори моноаміноксидази (зокрема MAO-B)
- Седативні антидепресанти
- Z-препарати (зопіклон, золпідем)

Помірний ризик

- Блокатори рецепторів ангіотензину II
- Антиаритміки (аміодарон, дигоксин, флекаїнід)
- Протинападкові препарати (габапентин, вальпроат натрію)
- Блокатори кальцієвих каналів
- Петльові діуретики (буметанід, фуросемід)
- Міорелаксанти
- Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну

Можливий ризик

- Інгібітори ацетилхолінестерази
- Протинападкові препарати (ламотриджин, леветирacetам, прегабалін, топірамат)
- Антипсихотики (прохлорперазин)
- Антигістамінні засоби (цинаризин, хлорфенамін, гідроксизин, прометазин, тримепразин)
- Антихолінергічні ліки (оксибутинін, соліфенацин, толтеродин)

Ортостатична гіпотензія найчастіше виникає у літніх осіб з артеріальною гіпертензією, внаслідок дегідратації, приймання певних медикаментів, при вегетативній дисфункції, полінейропатії, α -синуклеопатіях (як-от хвороба Паркінсона, деменція із тільцями Леві або мультисистемна атрофія), немічності, мультиморбідності, поліфармації тощо. У разі підозри на аритмію як причину падінь або синкопе показаний тривалий амбулаторний електрокардіографічний моніторинг. Літні пацієнти із підозрою на синкопе або нез'ясованими синкопе чи падіннями, в яких потрібно провести тести із масажем каротидного синуса та нахилом столу, мають бути скеровані до відповідного спеціаліста.

Оцінювання запаморочення і вестибулярних розладів

Слід регулярно запитувати пацієнтів про симптоми запаморочення та за потреби проводити обстеження для виявлення серцево-судинних, неврологічних та/або вестибулярних причин. Запаморочення є поширеною скаргою у людей старшого віку: реєструється висока частота як доброякісного пароксизмального позиційного запаморочення, так і вестибулярної дисфункції

в осіб із падіннями. Якщо у пацієнтів віком до 65 років характер розладів часто можна визначити за відчуттям запаморочення із чіткими позиційними або спровокованими рухами тригерами в анамнезі, то діагностика вестибулярної дисфункції є складнішою у літніх пацієнтів через більше різноманіття симптомів.

У разі скарг на запаморочення потрібен ретельний збір анамнезу щодо можливої наявності пресинкопе, нестійкості, атаксії. Рекомендоване проведення позиційних тестів для діагностики доброякісного пароксизмального позиційного запаморочення, як-от тести Дікса – Холпайка й імпульсного руху голови (НІТ), але їхня чутливість у літніх пацієнтів залишається нез'ясованою.

Оцінювання зору та слуху

Рекомендації щодо сенсорних дефіцитів однотипні: постановка питання про порушення зору і слуху, вимірювання їхньої гостроти. Офтальмологічний скринінг має включати визначення візуальної контрастної чутливості та сприйняття глибини. Наявність порушень діагностується за доступними методами, у разі потреби пацієнт скеровується до спеціаліста.

Обидва сенсорні дефіцити є важливими незалежними факторами ризику падінь і досить широко представлені у геронтологічній популяції. Літні люди потребують регулярних офтальмологічних оглядів та перегляду коректності окулярів. Зв'язки між втратою слуху й падіннями реалізуються також через супутню вестибулярну патологію та погіршення когнітивної компоненти у здатності до підтримання рівноваги, оскільки втрата слухового сприйняття веде до зниження просторового сприйняття. Загалом доступність оцінювання слуху та зору відіграє важливу роль у запобіганні падінням.

Симптоми порушення сечовипускання та оцінювання нетримання

Згідно із рекомендаціями експертів, літніх людей слід запитувати про симптоми порушення сечовипускання. Великий метааналіз даних чоловіків і жінок віком від 65 років виявив тісний зв'язок між падіннями і нетриманням сечі, незалежно від його характеру. Ніктурія підвищує ризик падінь у 1,2 раза, переломів — у 1,3 раза. Як скринінговий інструмент використовується опитувальник щодо нетримання сечі 3IQ, який, окрім факту наявності цієї дисфункції, може допомогти розрізнити стресове, імперативне та змішане нетримання. Анкета складається із трьох запитань і потребує близько 30 с для самостійного заповнення пацієнтом.

Оцінювання болю

Експерти радять запитати в осіб похилого віку про прояви болю, а потім провести його комплексне оцінювання. Біль є встановленим фактором ризику падіння. Болюві симптоми поширені у людей старшого віку: понад 60 % осіб, які живуть у громаді, скаржаться на біль, здебільшого у кількох місцях.

До виникнення болю у літніх людей призводять:

- найчастіше — артрит;
- інші хронічні стани — ускладнення цукрового діабету, онкопатології, інсульт в анамнезі.

Комплексне оцінювання болю включає визначення причини, типу (ноцицептивний, невропатичний) та інтенсивності за допомогою шкали оцінки болю для літніх людей.

Оцінювання навколишнього середовища

Активне виявлення екологічних небезпек для літніх людей у місцях їхнього проживання, з визначенням можливості їх усунення, є частиною багатофакторного оцінювання ризику падіння. Фактори навколишнього середовища включають небезпеку, пов'язану із зовнішнім середовищем, як-от слизькі сходи, погане освітлення, відсутність поручнів тощо, а також ризиковану поведінку, зокрема небезпечне вставання на стілець або драбину. Оцінювання навченим спеціалістом охоплює аналіз екологічних небезпек, функціональних можливостей і поведінки індивіда, розуміння впливу середовища на функції. Ключовим є використання спеціалізованих методів, як-от інструмент оцінки безпеки житла (WHA) і шкала поведінки при падіннях для літніх людей (FaB Scale). Також важливо проаналізувати відповідність і правильність використання допоміжних засобів для ходьби.

Оцінювання депресії

Відповідно до порад експертів, пацієнта слід запитати про симптоми депресії з подальшим оцінюванням психоемоційного стану та в разі потреби скерувати до спеціаліста. Депресія є найпоширенішим психоемоційним розладом й важливою причиною захворюваності та смертності у людей старшого віку в усьому світі. Депресія вражає приблизно 10–15 % людей, які проживають у громаді.

Нелікована депресія незалежно пов'язана із підвищенням ризику падіння на 37 %. Основними її механізмами є:

- психомоторна загальмованість;
- зниження фізичної спроможності;
- порушення ходи та рівноваги;
- порушення сну й концентрації уваги.

Психологічний фактор, а саме занепокоєння стосовно падіння, чинить негативний вплив на ходу і рівновагу й тим самим збільшує схильність до падінь у разі депресії. Використання антидепресантів також може бути причиною падіння. Антидепресанти входять до переліку потенційно небезпечних препаратів для людей старшого віку. Вони зумовлюють падіння через седатцію, порушення рівноваги, збільшення часу реакції, ортостатичну гіпотензію, гіпонатріємію, уповільнення серцевої провідності / аритмію та медикаментозний паркінсонізм. Для скринінгу найчастіше використовуються гериатрична шкала депресії (GDS; доступні варіанти із 30, 25 і 5 запитань) та госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS).

Оцінювання ризику переломів

Крихкість кісток є важливим чинником ризику переломів. З остеопоротичними переломами пов'язі висока захворюваність, смертність, використання медичних і соціальних послуг, фінансові витрати. Профілактика переломів передбачає виявлення осіб із високим ризиком падінь, крихкістю кісток (включно з остеопорозом), певними немедикаментозними і медикаментозними втручаннями. У дорослих із низькоенергетичними переломами

та осіб з остеопорозом необхідно проаналізувати ймовірність падінь; у разі помірного або високого ризику — перевірити стан кісток за національними протоколами із використанням спеціалізованих інструментів, як-от опитувальник для оцінювання ризику перелому кісток протягом наступних 10 років FRAX (український варіант), калькулятор ризику переломів за Гарваном (Garvan FRC) і QFracture, а також денситометрії кісток для підтвердження остеопорозу. Натепер доступні міжнародні рекомендації з лікування остеопорозу в жінок у постменопаузальному періоді (Kanis et al., 2019).

Оцінювання харчування, включно зі статусом вітаміну D

Характеристика стану харчування, зокрема споживання вітаміну D, є компонентом багатофакторного оцінювання ризику падінь, важливої для планування приймання добавок за потреби. Харчовий статус та індекс маси тіла (ІМТ) демонструють кореляцію із ризиком падінь у літніх людей. Встановлено U-подібний зв'язок між ІМТ і ризиком падінь: значення ІМТ у межах 24,5–30,0 асоційоване із найнижчим ризиком падіння.

Мальнутриція може бути наслідком наявних патологічних станів і чинником патологізації процесу старіння та фактором формування підвищеної смертності. В осіб із недостатньою вагою та недоїданням більша ймовірність падінь може бути спричинена саркопенією, порушенням рухливості та нестабільністю при ходьбі, а також гіршим функціональним і клінічним статусом. Надмірна маса тіла у людей з ожирінням негативно впливає на стабільність постави і фізичну активність. Скринінг мальнутриції проводять за допомогою валідованих інструментів, як-от коротка шкала оцінювання статусу харчування (MNA). Необхідна перевірка достатності споживання вітаміну D із визначенням рівня 25-гідроксिवітаміну D у сироватці крові й аналізом вживання психоактивних речовин та алкоголю за потреби.

Менеджмент та втручання

Індивідуальне оцінювання ризику падінь широко варіює залежно від легких для ідентифікації параметрів (проблем із зором, слухом, станом стоп) до більш складних, як-от контекст (що індивід має робити і в якому середовищі), поведінка (чи людина обережна, імпульсивна, непередбачувана) та тимчасові фактори (хвороба або відсутність звичної підтримки). У настанові, створеній під егідою Британського геронтологічного товариства (BGS), запропонований загальний первинний профілактичний підхід, який можна адаптувати до індивідуальних обставин і характеристик пацієнта M. Montero-Odasso et al. (2022).

Рекомендації щодо типів і обсягів звичайної фізичної активності та уникнення малорухомого способу життя надані в національних і міжнародних настановах, зокрема ВООЗ (WHO, 2020). У них реалізовано підхід, який базується на життєвому циклі, та особливу увагу приділено функціональній мобільності й падінням, а також розглядаються переваги різних видів діяльності та спорту. На додачу, рекомендовані заняття для поліпшення рівноваги і резистивні вправи двічі на тиждень. Лише загальна фізична активність (наприклад, ходьба) не вважається достатньою для запобігання падінням.

Низький ризик падінь. Прогнозована частота одного падіння протягом наступного року становить близько 20–30 %. Поради стосовно фізичної активності (безпечної мобільності, оптимізації фізичного функціонування з огляду на обставини, пріоритети, уподобання, ресурси), способу життя та харчування, включно зі споживанням вітаміну D, надаються навченим спеціалістом. Встановлене зниження падінь на тлі фізичної активності середньої/високої інтенсивності: фізична активність середньої інтенсивності має становити 150–300 хв, високої — 75–150 хв на тиждень. Позитивний ефект тренування визначається впливом на детренованість, немічність, саркопенію та стан СС-системи. Такі підходи до зміни поведінки індивіда, як-от інструктаж, нагляд, групова діяльність і навчальні матеріали, сприяють дотриманню рекомендацій щодо вправ і фізичної активності. У цій групі ризику рекомендовані періодичні перевірки зору та слуху, надання порад щодо догляду за ногами тощо. Для зменшення ймовірності переломів передбачаються діагностика й лікування остеопорозу.

Середній ризик падінь. Пропонується програма вправ на основі результатів індивідуального оцінювання. Комплекси вправ різняться залежно від індивідуального профілю пацієнта (що включає спосіб життя, фізичний статус, уподобання тощо) і проводяться під наглядом. Тренування спрямовані на поліпшення рівноваги (динамічної), що важливо для функціональних завдань у повсякденному житті. Це вправи з переходом із положення сидячи у положення стоячи, досягнення цілі у положенні стоячи, стояння із вужчою опорою, кроки та ходьба в різних напрямках, із різною швидкістю, у різному середовищі, виконання подвійних завдань. Можливо додавати обтяження. Вправи мають бути складними (для поліпшення нервової, м'язової та скелетної функції) та водночас безпечними із досяжними результатами для збереження мотивації. Комплекс вправ має регулярно переглядатися та вдосконалюватися для забезпечення оптимального рівня складності.

Високий ризик падінь: мультидоменні втручання. План запобігання падінням має базуватися на цілісній багатфакторній оцінці ризику падінь, із прийняттям спільного рішення для розробки узгоджених цілей і втручань. Враховуються не тільки клінічна характеристика, наявність факторів ризику інших геріатричних синдромів, але й пріоритети та ресурси як безпосередньо пацієнта, так і доглядальників (опікунів) для розробки реалістичного плану. Наполегливо рекомендовано при розробці індивідуальних планів враховувати цінності й переваги літньої людини. Щодо планів профілактики падінь для осіб із когнітивними порушеннями, варто враховувати точки зору пацієнтів та опікунів із метою забезпечення прихильності. Літню людину слід поінформувати як про переваги, так і про тягар терапії з метою профілактики падінь для здійснення усвідомленого вибору.

Компоненти втручань

Вправи та фізична активність

Для запобігання падінню, незалежно від рівня ризику та віку пацієнта, програми мають включати вправи на рівновагу та щоденне функціонування (наприклад,

сидіти/стояти, степінг). Заняття слід проводити тричі або частіше на тиждень; вони мають бути індивідуальними, із наростанням інтенсивності та тривати принаймні 12 тижнів і довше для досягнення кращого результату. У багатокомпонентних комплексах функціональні та вправи на рівновагу комбінуються із силовими, гімнастикою тай-чі та/або додатково індивідуальними прогресивними силовими тренуваннями з опором.

Фізичні вправи адекватної інтенсивності та тривалості слід виконувати із дотриманням безпеки і врахуванням функціонального статусу. Вони мають проводитися підготовленими спеціалістами (як-от фізіотерапевти, фахівці з лікувальної фізкультури, кінезіологи, навчені інструктори), здатними адаптувати тренування до функціонального стану та наявних захворювань. Складність та інтенсивність вправ поступово підвищують і при досягненні плато підтримують. Важливо продовжити індивідуальну фізичну діяльність після закінчення програми, оскільки набуті переваги втрачаються після припинення. Якщо виконання вправ припинене, зокрема через проблеми зі здоров'ям, слід заохочувати пацієнтів повернутися, а програми — адаптувати за складністю та інтенсивністю. Тренування можна проводити на основі групових занять чи індивідуальної домашньої програми (або поєднання обох опцій). Для осіб зі значущими когнітивними порушеннями, дуже високим ризиком падіння або немічністю заняття варто проводити у менших групах чи індивідуально.

Важливим аспектом профілактики падінь є уникнення «довгого лежання», неможливості встати з підлоги після падіння. Кожна 8-ма літня людина після падіння залишається лежати на підлозі більш ніж 1 год, а у віці від 90 років близько 80 % осіб взагалі не можуть піднятися. Така ситуація асоційована зі зневодненням, електролітними порушеннями, нирковою недостатністю, гіпотермією, пневмонією та інфекціями сечовивідних шляхів, пошкодженням шкіри і болем, зниженням рухливості й обмеженнями активності через страх повторного падіння. Відновлення навички піднімання з підлоги здійснюється шляхом відпрацювання кожного конкретного руху в «зворотному ланцюзі», де останній крок навчається першим. Літні люди мають бути навчені викликати допомогу через доступні системи сповіщення.

Медикаментозна терапія

Перегляд і виявлення потенційно небезпечних препаратів є обов'язковою компонентою мультидоменних заходів із запобігання падінням. Наполегливо рекомендовано до стратегії запобігання падінням для пацієнтів відділень тривалого догляду включати припинення призначення ліків, що підвищують ризик падіння.

При аналізі фармакотерапії (як-от рецептурні й безрецептурні засоби, харчові домішки, лікарські трави) береться до уваги характеристика літніх людей, зокрема:

- супутні захворювання;
- немічність та інші геріатричні синдроми;
- поліфармація;
- очікувана тривалість життя;
- особисті побажання.

Успішне впровадження рекомендацій забезпечується завдяки поліпшенню освіти літніх людей, членів сім'ї та медичних працівників, а також постійному моніторингу. Спільне прийняття рішень сприяє кращій поінформованості літніх людей, які в такому разі частіше обирають припинення вживання певних медикаментів.

Серцево-судинний контроль

Лікування наявної ортостатичної гіпотензії є обов'язковою складовою мультидоменного втручання. Це модифікація медикаментозної терапії з відміною препаратів, що можуть спричинити ортостатичне падіння АТ, регідратація, носіння компресійного одягу й ліки (найчастіше флудрокортизон і мідодрин). У літніх пацієнтів з артеріальною гіпертензією симптоми ортостатичної непереносимості можуть бути полегшені шляхом раціонального застосування антигіпертензивних засобів, повільного титрування доз та моніторингу симптомів і АТ після зміни ліків або дозування.

Лікування синкопе здійснюється згідно із національними рекомендаціями. Оскільки наявність більш ніж одного СС-фактора ризику падінь не є рідкістю, і важливо встановити чіткі причинно-наслідкові зв'язки, слід проводити корекцію усіх модифікованих факторів ризику кардіоваскулярних патологій. Втручання при брадикардичних розладах (як-от захворювання синусового вузла, порушення атріовентрикулярної провідності, вазовагальний синдром і синдром каротидного синуса) та тахіаритміях (фібриляції передсердь, надшлуночковий та шлуночковий тахікардії) включають перегляд препаратів, що порушують атріовентрикулярну провідність, антиаритмічних ліків і можуть передбачати імплантацію кардіостимуляторів та кардіовертерів-дефібриляторів відповідно до місцевих протоколів щодо синкопе.

Телемедицина й технологічні втручання

За рекомендаціями експертів, слід використовувати системи телемедицини та/або розумний дім (якщо вони доступні) у поєднанні з фізичними вправами як частину програм запобігання падінням. Натепер бракує доказової бази на підтвердження користі застосування пристроїв для запобігання падінню. Водночас нещодавній систематичний огляд і метааналіз виявив, що телездоров'я (телефонна освіта) у комбінації з фізичними вправами здатні знизити ризик падіння на 16 %, телемедицина — на 20 %. Тренування, які включали аеробні або силові вправи, виявилися ефективнішими у разі використання портативних пристроїв для моніторингу фізичної активності: це пов'язується із кращою прихильністю.

Екологічні інтервенції

Рекомендації щодо модифікації фізичного домашнього середовища літньої людини для профілактики падінь мають надаватися навченим клініцистом у межах багатодоменого втручання із профілактики падінь. Такі дії можуть зменшити ймовірність падіння вдома та поруч із ним і найбільш результативні у пацієнтів із групами найвищого ризику падіння.

Оцінювання навколишнього середовища слід пропонувати літнім особам:

- із високим ризиком падінь, особливо з історією падіння в минулому році, та порушенням повсякденної активності;
- у разі нещодавньої госпіталізації через падіння;
- при серйозних порушеннях зору.

У рандомізованих дослідженнях зміни зовнішнього середовища виявилися ефективнішими, коли процес оцінювання та втручання був чітко пристосований до обставин падінь. Результативність цієї компоненти профілактики падінь забезпечується залученням пацієнта до виявлення небезпеки і визначенням пріоритетності дій, навчання стосовно падінь, чіткого плану дій щодо усунення небезпек та модифікації ризикованої поведінки, а також подальшим спостереженням із метою корекції за потреби.

Корекція вестибулярних порушень

На думку експертів, корекцію вестибулярних порушень слід розглядати як частину багатфакторного підходу до профілактики падінь. Маневри зі зміною положення тіла і голови для репозиції отолітів є ефективним засобом лікування доброякісного пароксизмального положення та запаморочення, що можуть знизити частоту падінь. Вестибулярна реабілітаційна терапія покращує поставу та стабільність ходьби у випадках вестибулярної дисфункції, хоча оптимальні підходи досі не сформовані. Оскільки ризик заподіяння шкоди на тлі терапії є низьким, а ймовірність поліпшення якості життя потенційно висока, рекомендовано проводити лікування із залученням навченого медперсоналу. Така терапія дешева і може застосовуватися в умовах обмежених ресурсів.

Протибольові втручання

Адекватне лікування болю є частиною мультидоменного підходу до профілактики падінь. Полегшення болю може зменшити ймовірність падіння під час фізичної активності. Для мінімізації несприятливих подій необхідний індивідуальний підхід із реалізацією немедикаментозних і медикаментозних методів. Нефармакологічні підходи включають фізіотерапію та когнітивну поведінкову терапію.

Деякі анальгетики, зокрема опіоїди, підвищують ризик падіння. Механізми ризику падіння, пов'язані з опіоїдами у літніх людей, включають такі, як:

- седація;
- ортостатична гіпотензія;
- гіпонатріємія.

Хоча критерії STOPP/START пропонують використання опіоїдів за сильного болю, або коли парацетамол і нестероїдні протизапальні препарати неефективні, ці потенційні побічні ефекти необхідно передбачити, ідентифікувати та контролювати. Бажано уникати призначення слабких опіоїдів, оскільки ризик несприятливих явищ може переважати користь. За невропатичного болю лікування першої лінії включає селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну й норадреналіну, габапентиніди та трансдермальний лідокаїн або капсаїцин. Для всіх анальгетиків бажаний зважений підхід щодо дозування препаратів та їх титрування; слід контролювати ефективність і побічні реакції.

Таблиця 7. Інструменти вимірювання та підходи до багатофакторного оцінювання ризику падінь

Сфери оцінки	Фактор ризику	Вимірювання/підхід
Мобільність	Баланс	Тандемна позиція стоп у положенні стоячи, стояння на одній нозі. Згідно із показаннями — розширене оцінювання: за тестом Берга на рівновагу (BBS), субшкалою балансу за шкалою оцінювання рівноваги та ходи (POMA), та міні-тестом систем оцінювання балансу (Mini-BEST). Обґрунтоване скерування до фізіотерапевта
	Ходьба	Кількісне та якісне оцінювання ходьби на 4-метрову дистанцію (< 0,8 м/с), оцінювання за субшкалою ходьби шкали POMA, тестом Dual Task та тестом функціонального оцінювання ходи (FGA). Структурований підхід із використанням короткої батареї тестів фізичної активності (SPPB), тесту TUG, зокрема з якісним оцінюванням
	Сила м'язів	Кількісне оцінювання із застосуванням, наприклад, вимірювання сили кистей рук. За показаннями — оцінювання структури специфічних груп м'язів за шкалою Ради медичних досліджень (MRC)
	Допоміжні засоби для ходьби	За потреби — оцінювання доречності та правильності використання допоміжного засобу для ходьби, включно із можливими механічними дефектами
	Взуття та проблеми зі стопою	Перевірка потенційно невідповідного взуття та огляд стоп. Оцінювання можливих проблем зі стопами. Обґрунтоване скерування до ортопеда/подолога
Сенсорні функції	Страх падіння	Оцінювання страху падіння за шкалою ефективності падінь (FES-I) або її короткою версією. За показаннями — оцінювання тривожного розладу, бажано за госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS). Обґрунтоване скерування до фахівця
	Запаморочення / вестибулярні порушення	Збір анамнезу та за показаннями — оцінювання за тестами Дікса – Холпайка й імпульсного руху голови (HIT). Обґрунтоване скерування до ЛОР-спеціаліста
	Зір	Аналіз скарг (медична історія). Об'єктивне оцінювання гостроти та проблем зору і відповідності окулярів (включно мульти-/біфокальних). Обґрунтоване скерування до офтальмолога або оптометриста
Активність у повсякденному житті	Слух	Аналіз скарг (медична історія). Об'єктивне оцінювання порушень слуху. За показаннями — аудіограма, консультація ЛОР-спеціаліста
	Функціональна здатність	Оцінювання за шкалами базової (ADL) та інструментальної активності (IADL), бажано за шкалою Katz (мешканців громади) або NEADL чи Barthel (персональний догляд, мешканців будинків престарілих)
Когнітивні функції	Когнітивні функції	Скринінг когнітивних розладів за допомогою тесту малювання годинника, монреальської шкали оцінювання когнітивних функцій (MoCA) або тесту на прокладання маршруту, частини В (TMT-B). За показаннями — додаткове тестування, зокрема повна батарея нейропсихологічних тестів
	Делірій	Структуроване оцінювання наявності марення, наприклад, за клінічним тестом для виявлення делірію (4AT), скринінговою шкалою спостереження марення (DOS) або методом оцінювання сплутаності свідомості (CAM) із клінічним судженням
	Поведінка	Оцінювання поведінки, бажано структуроване
Вегетативна функція	Ортостатична гіпотензія	Вимірювання артеріального тиску спочатку в положенні лежачи (після щонайменше 5 хв перебування у ліжку) і кілька разів стоячи. Бажано проводити вимірювання постійно або з інтервалом в 1 хв до принаймні 3 хв і оптимально 5 хв, контроль симптомів
	Нетримання сечі	Оцінювання за опитувальником щодо нетримання сечі 3IQ. Додаткове обстеження та/або скерування до уролога/гінеколога
Історія захворювання	Серцево-судинні розлади	Цілеспрямований збір анамнезу щодо серцево-судинних симптомів і захворювань, фізикальне обстеження, пошук ортостатичної гіпотензії, ЕКГ у 12 відведеннях. За показаннями — тестування на нахильному столі, включно із масажем каротидного синуса, амбулаторний моніторинг ЕКГ та/або артеріального тиску. Обґрунтоване скерування до кардіолога або спеціаліста із синкопе
	Супутні патології / атипові прояви захворювання	Клінічне геріатричне оцінювання (анамнез, фізикальне обстеження, лабораторні дослідження, тестування за показаннями) з особливою увагою до цукрового діабету, остеоартриту, неврологічних розладів, включно із хворобою Паркінсона, полінейропатією та інсульт, серцево-судинних патологій, когнітивних функцій, депресії, делірію, анемії, електролітичних порушень, захворювань щитовидної залози, немічності, саркопенії та ризику переломів (остеопорозу). Оцінювання потенційних атипових проявів гострих станів (пневмонія), особливо в умовах невідкладної допомоги
	Хвороба Паркінсона	Оцінювання проблем із рухливістю (ходьби, рівноваги, сили), когнітивних функцій та ортостатичної гіпотензії
	Депресивні розлади	Скринінг депресивного розладу (принаймні 2 скринінгові запитання), оцінювання за геріатричною шкалою депресії (GDS). Обґрунтоване скерування до спеціаліста
Фармакоаналіз	Медикаменти	Структурований огляд ліків, що включає розгляд припинення приймання психотропних, серцево-судинних та інших медикаментів, наприклад, за допомогою STOPPFall (інструмент скринінгу рецептів на ліки для літніх людей із високим ризиком падінь) або STEADI (зупинка нещасних випадків, смертей та травм у похилому віці)
Харчування	Харчовий статус	Скринінг мальнутриції (за шкалами MNA, MUST, MST) при ожирінні, саркопенії (зокрема за саркопенічного ожиріння), дефіциті вітамінів (D, B ₁ , B ₁₂ , фолієвої кислоти) і зловживанні психоактивними речовинами, а також за легкого або помірного вживання алкоголю
	Вітамін D	Оцінювання статусу вітаміну D відповідно до місцевих рекомендацій. У разі високого ризику дефіциту (в мешканців будинків для літніх людей, за постійного перебування вдома) вимірювання не показано, оскільки рекомендоване стандартне вживання добавок
Ризик навколишнього середовища	Навколишнє середовище	Рекомендована перевірка за допомогою інструменту оцінювання безпеки житла WHSA і шкалою поведінки при падіннях для літніх людей (FaB Scale). Доступні контрольні списки для самостійного оцінювання небезпеки вдома

Адаптовано за M. Montero-Odasso et al. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative // Age and Ageing, 2022; 51: 1–36

Занепокоєння щодо падіння

Рекомендовано фізичні вправи, когнітивно-поведінкову та/або трудотерапію (як частину міждисциплінарного підходу) для зменшення занепокоєння щодо падіння серед літніх людей, які проживають у громаді. Ефект розцінюється як малий або помірний. У двох нещодавніх систематичних оглядах було підкреслено, що контрольовані цілісні вправи, такі як пілатес або йога, мали найбільший ефект у зменшенні занепокоєння щодо падіння порівняно з іншими втручаннями.

Офтальмологічні інтервенції

Експерти радять включати до програми профілактики падіння лікування порушень зору. Дані рандомізованих контрольованих і проспективних досліджень засвідчують, що видалення катаракти на одному та обох очах для досягнення оптимального рівня зору активними літніми людьми, які уникають носіння мультифокальних окулярів на вулиці, є ефективним у запобіганні падінням. Зменшення середовищних небезпек вдома знижує ризик падіння в осіб похилого віку із серйозними порушеннями зору. Хоча оцінювання зору та надання нових окулярів покращують показники зорових тестів у літніх людей, які проживають у громаді, натеper не доведено, що вони зменшують імовірність падіння. Офтальмологи мають консультувати пацієнтів щодо можливого короткочасного зростання ризику падіння під час переходу до носіння нових окулярів.

Вживання вітаміну D

У разі високого ризику дефіциту вітаміну D літній людині слід рекомендувати щоденне приймання добавок вітаміну D відповідно до національних рекомендацій щодо харчування. Водночас поточні дані не підтверджують універсальності підходу із додаванням вітаміну D для запобігання падінням. Так, добавки вітаміну D у дозі ≥ 1000 МО щодня не зменшили падіння у літніх осіб, які проживали у громаді, що досягли середнього рівня 25-гідроксивітаміну D ≥ 30 нг/мл порівняно із тими, хто мав < 30 нг/мл. У багатьох дослідженнях щодо вітаміну D бракує інформації про цей показник, що обмежує

остаточні висновки стосовно фактичної користі таких добавок.

Немічні особи та ті, хто живе в будинках для людей похилого віку, частіше страждають на явний дефіцит вітаміну D, тож вживання добавок у цій категорії, імовірно, є корисним. Дані дослідження VITAL показують, що вживання 2000 або 4000 МО щодня нешкідливе. Для літніх людей із підвищеним ризиком дефіциту вітаміну D доцільно приймати 800–1000 МО вітаміну D на день відповідно до міжнародних настанов.

Слід зазначити, що у рекомендаціях M. Montero-Odasso et al. (2022) надано інформацію щодо профілактики падіння у стаціонарах та будинках для престарілих (всі мешканці мають вважатися групою високого ризику), специфічних клінічних популяцій з особливими, на додаток до загальних, факторами ризику і симптомами, що пов'язані з їхнім станом, як-от хвороба Паркінсона, перенесений інсульт, перелом шийки стегна, помірні когнітивні порушення тощо.

Ключові положення

1. Кількість людей старшого віку стрімко збільшується. Частота переломів і пов'язаних із ними травм, інвалідності та смерті прогресивно зростає з віком.
2. Активне виявлення осіб із підвищеним ризиком падіння є ефективною стратегією їх профілактики: більшості достатньо поставити просте запитання про падіння у минулому році.
3. Стратифікація пацієнтів за високим, середнім і низьким рівнем є основою для проведення діагностичних та лікувальних процедур.
4. Валідовані діагностичні інструменти і втручання охоплюють такі сфери (див. табл. 7):
 - компоненти фізичного стану і мобільності;
 - когнітивні функції;
 - сенсорні порушення;
 - психологічні негаразди;
 - визначені захворювання і специфічні клінічні стани;
 - небезпека, пов'язана із ліками;
 - фактори небезпеки зовнішнього середовища.

