

<https://doi.org/10.29296/25877305-2021-06-16>

Классификация депрескрайбинга и его применение у пожилого пациента с когнитивными нарушениями

Г.С. Краснов¹,
С.В. Булгакова¹, доктор медицинских наук, доцент,
Е.В. Тренева¹, кандидат медицинских наук, доцент,
Н.О. Захарова¹, доктор медицинских наук, профессор,
А.В. Николаева¹, кандидат медицинских наук, доцент,
О.А. Рождественская², кандидат медицинских наук
¹Самарский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения России
²Академия постдипломного образования Федерального
научно-клинического центра Федерального
медико-биологического агентства России, Москва
E-mail: gerogap@gmail.com

Депрескрайбинг антигипертензивных препаратов – запланированный или ситуационный процесс отмены, замены и снижения дозы, адекватно контролируемый врачом. В статье рассматривается случай применения депрескрайбинга с помощью STOPP/START-критериев и экспертной оценки в стационаре, а также приводится сравнительная оценка данных пациента при поступлении в госпиталь и перед его выпиской.

Ключевые слова: депрескрайбинг, полиморбидность, полипрагмазия.

Для цитирования: Краснов Г.С., Булгакова С.В., Тренева Е.В. Классификация депрескрайбинга и его применение у пожилого пациента с когнитивными нарушениями. Врач. 2021; 32 (6): 82–85. <https://doi.org/10.29296/25877305-2021-06-16>

Существует >24 определений полипрагмазии [1]. В России принято считать, что полипрагмазия – это прием ≥ 5 лекарственных препаратов (ЛП) и (или) прием большего числа ЛП, чем требует клиническая ситуация [1]. Распространенность полипрагмазии растет во всем мире. Так, в Ирландии за 15 лет она выросла с 11,4 до 20,8% [1], в Испании в группе пациентов старше 65 лет частота полипрагмазии составляет 36,37% [2].

Депрескрайбинг – это запланированный или ситуационный процесс снижения дозы, отмены или замены ЛП с целью повышения уровня безопасности пациента [3]. Можно выделить полидепрескрайбинг и изолированный депрескрайбинг.

Полидепрескрайбинг характеризуется системным подходом к отмене у пациента нескольких ЛП из разных групп. При полидепрескрайбинге используют критерии Бирса, STOPP/START-критерии, классификаторы FORTA, HARM и т.д. [4–7], также возможно использование экспертной оценки.

Изолированный депрескрайбинг. Под изолированным депрескрайбингом подразумевается отмена у пациента отдельного класса препаратов. Оптимальный путь для изолированного депрескрайбинга – это разработка соответствующих клинических рекомендаций и протоколов. Так, в Канаде разработаны методические рекомендации, охватывающие 4 группы ЛП [8–11], в Австралии – для 1-й группы ЛП [12], в России разработан протокол депрескрайбинга для ингибиторов протонной помпы [3].

В ряде исследований [13, 14] отмечено влияние полипрагмазии на ментальные показатели и когнитивные функции, а также показано, что когнитивные функции могут улучшаться, а прогрессирование деменции замедляться при снижении числа принимаемых ЛП.

Приведем клинический случай, в котором пациентке проведен депрескрайбинг с использованием:

- экспертной оценки назначений;
- листа STOPP;
- изолированного депрескрайбинга.

Анализ листа назначений проводился 2 специалистами. Критериями отмены были:

- отсутствие четких показаний для назначения ЛП;
- наличие противопоказаний;
- неэффективность применения ЛП. До и после депрескрайбинга (в начале и в конце госпитализации) проводились тесты для оценки когнитивных функций: MMSE, МОСА, тест 12 слов, тест рисования часов.

От пациентки получено информированное согласие на проведение вмешательств при поступлении в стационар.

Пациентка Г., 68 лет, поступила в геронтологическое отделение с жалобами на повышение АД до 170/130 мм рт. ст.; неустойчивость при ходьбе; одышка при прохождении 2 лестничных пролетов; иррадирующая боль в спине во всех отделах позвоночника; симптомы поражения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (изжога, горечь во рту до приема пищи, метеоризм, боль в правом подреберье); снижение слуха и зрения; дневная и ночная потливость.

В анамнезе: длительная гипертоническая болезнь с подъемом систолического АД (САД) до 170/130 мм рт. ст.; сахарный диабет типа 2 (СД2); хронический холецистит; дорсопатия; хронический болевой синдром; пластика грыжи межпозвоночного диска шейного отдела; хронический цистит; хронический лимфолейкоз (на момент госпитализации – стадия ремиссии); гистерэктомия + малинизация культи матки (операция в 1997 г.); хроническая болезнь почек (ХБП) С3а стадии, гастропатия, ассоциированная с приемом нестероидных противовоспалительных препара-

тов (НПВП) (по данным гастроскопии и анамнеза). Пациентка находилась под амбулаторным наблюдением гематолога.

При поступлении в отделение 14.12.20 проведен анализ принимаемых пациенткой средств (табл. 1).

После оценки и депрескрайбинга пациентке назначены лизиноприл 20 мг (по 1/2 таблетки 2 раза в день; показание – гипертоническая болезнь) и омега-3 – 20 мг (по 1 таблетке 2 раза в день за 30 мин до еды; показание – гастропатия), продолжен прием метформина – 850 мг (1 таблетка на ночь), гликлазида МВ – 60 мг (1 таблетка утром), а также применение местно крема ибупрофена по требованию. Также проводились занятия с инструктором ЛФК. Суммарно отменены 11 средств (ЛП и БАД), добавлены 2 ЛП по показаниям, продолжен прием 2 ЛП, а также сохранен прием по требованию одного местного ЛП.

Пациентка до и после депрескрайбинга (в начале и в конце госпитализации) заполняла тесты для оценки когнитивных функций: MMSE, МОСА, тест 12 слов, тест рисования часов, результаты которого приведены в табл. 2.

Врачами отмечались следующие клинические изменения:

1. Пациентка благоприятно восприняла отказ от приема ряда препаратов из-за снижения интенсивности болевого синдрома.

2. При поступлении в стационар пациентка не могла вставать без помощи рук и ходить по коридору без трости. Через 2 дня после депрескрайбинга пациентка вставала с постели без помощи рук и могла передвигаться по отделению без трости. Посещала занятия ЛФК.

3. Субъективно у пациентки улучшилось настроение, снизилась интенсивность головокружения, исчезла боль в эпигастрии после еды (объективно – при пальпации).

Пациентке даны рекомендации по дальнейшему лечению и депрескрайбингу ингибитора протонной помпы омега-3 согласно клиническим рекомендациям [3]: омега-3 20 мг по 1 таблетке 2 раза в день за 30 мин до еды, через 3 нед – по 1 таблетке в день, еще через 3 нед – по 1 таблетке 10 мг/день в течение 3 нед, затем – прекратить лечение.

Пациентка была выписана из стационара с клиническим улучшением.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Для реализации концепции депрескрайбинга необходимо тщательно собирать лекарственный анамнез. Нужно требовать от пациента приносить на прием / госпитализацию все принимаемые средства. Необходимо применять немедикаментозные методы лечения

Таблица 1

Описание алгоритма оценки и обоснование депрескрайбинга каждого из препаратов

Table 1

Description of the evaluation algorithm and justification for deprescribing each of the drugs

ЛП, доза	Экспертное заключение	Результат
<i>Постоянно принимаемые ЛП</i>		
Мелоксикам 15 мг на ночь (1 таблетка)	АГ 2–3 степени (STOPP-критерий)	Отмена
Метформин 850 мг на ночь (1 таблетка)	ЛП выбора для лечения СД у пожилых	Продолжить прием
Гликлазид МВ 60 мг утром	Продолжить прием в связи с достижением целевых цифр гликемии и отсутствием данных за гипогликемию	Продолжить прием
Толперизон 150 мг по 1 таблетке 2 раза в день	Неэффективность, сохранение хронической боли, потенциальное повышение риска падений	Отмена, занятие с инструктором ЛФК
Триметазидин 20 мг по 2 таблетки утром и вечером	Отсутствие четких показаний	Отмена
Бетагистин 24 мг по 1 таблетки 2 раза в день	Отсутствие клинического эффекта	Отмена
Крем ибупрофен местно 1 раз вечером	Пациентка отмечает клинический эффект от применения	Разрешено применение по требованию
Крем «Софья. Экстракт пиявки» местно 1 раз вечером (14 лекарственных формул)	Отсутствие доказательств о вреде и пользе препарата	Отмена
БАД «Вечернее биокоор»	Отсутствие доказательств о вреде и пользе препарата	Отмена
Метамизол натрия + питофенона гидрохлорид + фенпиривия бромид 500 мг/5 мг/0,1 мг	АГ 2–3 степени (STOPP-критерий)	Отмена
<i>Периодически применяемые ЛП (2–3 раза в неделю)</i>		
АСК 240 мг + парацетамол + кофеин 200 мг/200 мг/40 мг	АСК>150 мг/сут, АГ 2–3 степени (STOPP-критерий)	Отмена
Доксиламин 15 мг при нарушениях сна	Принято решение оценить сон без снотворных	Отмена
Сеннозиды А и В при запорах, 13,5 мг	Отсутствие объективных данных о запорах, полипрагмазия	Отмена
Активированный уголь + желчь + крапивы двудомной листья + чеснока посевного луковицы 25/80/5/40 мг	Отсутствие доказательств о вреде и пользе препарата, полипрагмазия	Отмена
Примечание. АГ – артериальная гипертензия; АСК – ацетилсалициловая кислота; ЛФК – лечебная физкультура; БАД – биологически активная добавка.		

(ЛФК, эрго-, физиотерапия) для избегания риска полипрагмазии. Госпитальное и первичное звенья должны тесно взаимодействовать для успешного ведения таких пациентов.

Улучшение когнитивных функций регистрировалось в ряде исследований с применением полидепрескрайбинга [13, 14]. D. Garfinkel связывал это с неизученным влиянием ЛП и их комбинаций на когнитивные функции: «Улучшения настолько сильно впечатляют пациентов, что они готовы "расширить терапевтическое окно" полидепрескрайбинга», — пишет он в своей работе. При этом для практического применения стоит отметить необходимость разработки более точной и подробной системы оценки побочных эффектов и динамики клинического улучшения состояния пациента после проведения депрескрайбинга.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.



Исследование не имело спонсорской поддержки.

Оценка когнитивных функций пациентки до и после депрескрайбинга

Таблица 2

Assessment of the female patient's cognitive functions before and after deprescribing

Table 2

Тест	2-й день госпитализации (16.12.20)	7-й день госпитализации (21.12.20)
MMSE	27/30	29/30
МОСА	21/30	25/30
Тест 12 слов	2+2,0+2	4+2,5+2
Тест «Рисование часов»	 (15.12.20)	

Литература/Reference

1. Сычев Д.А. Полипрагмазия в клинической практике: проблема и способы решения. Учебное пособие, 2-е изд., испр. и доп. СПб: ЦОП «Профессия», 2018; 272 с. [Sychev D.A. Polipragmaziya v klinicheskoi praktike: problema i sposoby resheniya. Uchebnoe posobie, 2-e izd., ispr. i dop. SPb: TsOP «Professiya», 2018; 272 p. (in Russ.).]

2. Martin-Pérez M., López de Andrés A., Hernández-Barrera V. et al. Prevalence of polypharmacy among the population older than 65 years in Spain: Analysis of the 2006 and 2011/12 National Health Surveys. [Article in Spanish]. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2017; 52 (1): 2–8. DOI: 10.1016/j.regg.2016.07.006

3. Депрескрайбинг ингибиторов протонной помпы у пациентов пожилого и старческого возраста. Проект протокола [Depreskraibing ingibitorov protonnoi pompy u patsientov pozhilogo i starcheskogo vozrasta. Proekt protokola (in Russ.)]. URL: https://rgnkc.ru/images/pdf_documets/Depreskraibing/Depreskraibing_2_0_1.pdf

4. Fick D.M., Semla T.P., Steinman M. et al. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc.* 2019; 67 (4): 674–94. DOI: 10.1111/jgs.15767

5. O'Mahony D., O'Sullivan D., Byrne S. et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age Ageing.* 2014; 44 (2): 213–8. DOI: 10.1093/ageing/afu145

6. Pazan F., Weiss C., Wehling M. FORTA. The EURO-FORTA (Fit fOR The Aged) List: International Consensus Validation of a Clinical Tool for Improved Drug Treatment in Older People. *Drugs Aging.* 2018; 35 (1): 61–71. DOI: 10.1007/s40266-017-0514-2

7. Warlé-van Herwaarden M.F., Kramers C., Sturkenboom M.C. et al. Dutch HARM-Wrestling Task Force. Targeting outpatient drug safety: recommendations of the Dutch HARM-Wrestling Task Force. *Drug Saf.* 2012; 35 (3): 245–59. DOI: 10.2165/11596000-000000000-00000

8. Koponen M., Taipale H., Lavikainen P. et al. Risk of mortality associated with antipsychotic monotherapy and polypharmacy among community-dwelling persons with Alzheimer's disease. *J Alzheimers Dis.* 2017; 56: 107–18. DOI: 10.3233/JAD-160671

9. Koponen M., Taipale H., Tanskanen A. et al. Long-term use of antipsychotics among community-dwelling persons with Alzheimers disease: A nationwide register-based study. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2015; 25: 1706–13. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2015.07.008

10. Liperoti R., Sganga F., Landi F. et al. Antipsychotic drug interactions and mortality among nursing home residents with cognitive impairment. *J Clin Psychiatry.* 2017; 78: e76–e82. DOI: 10.4088/JCP.15m10303

11. Pariente A., Fourrier-Reglat A., Ducruet T. et al. Antipsychotic use and myocardial infarction in older patients with treated dementia. *Arch Intern Med.* 2012; 172 (8): 648–53. DOI: 10.1001/archinternmed.2012.28

12. Proton Pump Inhibitors – How much for how long? URL: <https://www.veteransmates.net.au/topic-32>

13. Garfinkel D., Mangin D. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults: addressing polypharmacy. *Arch Intern Med.* 2010; 170: 1648–54. DOI: 10.1001/archinternmed.2010.355

14. Garfinkel D. Poly-de-prescribing to treat polypharmacy: efficacy and safety. *Ther Adv Drug Saf.* 2017; 9 (1): 25–43. DOI: 10.1177/2042098617736192

CLASSIFICATION OF DEPRESCRIBING AND ITS USE IN AN ELDERLY PATIENT WITH COGNITIVE IMPAIRMENT

G. Krasnov¹; Associate Professor **S. Bulgakova**¹, MD; Associate Professor **E. Treneva**¹, Candidate of Medical Sciences; Professor **N. Zakharova**¹, MD; Associate Professor **A. Nikolaeva**¹, Candidate of Medical Sciences; **O. Rozhdestvenskaya**², Candidate of Medical Sciences

¹Samara State Medical University, Ministry of Health of Russia

²Academy of Postgraduate Education, Federal Research and Clinical Center, Federal Biomedical Agency of Russia, Moscow

Deprescribing antihypertensive agents is a planned or situational process of discontinuation, replacement, and dose reduction, which is adequately controlled by a physician. The paper considers a case of deprescribing using the STOPP/START criteria and expert evaluation in the hospital, and also provides a comparative assessment of the patient's data at the hospital admission and before his discharge.

Key words: deprescribing, polymorbidity, polypragmasia.

For citation: Krasnov G., Associate Professor Bulgakova S., Treneva E. et al. Classification of deprescribing and its use in an elderly patient with cognitive impairment. *Vrach.* 2021; 32 (6): 82–85. <https://doi.org/10.29296/25877305-2021-06-16>