

Пациентка 78 лет с артериальной гипертонией, пароксизмальной фибрилляцией предсердий, хронической болезнью почек и гериатрическим синдромом.
Взгляд кардиолога и гериатра.

Светлана Вадимовна Виллевальде

д.м.н., профессор
начальник службы анализа и перспективного планирования
зав. кафедрой кардиологии ФГБУ "НМИЦ им. В.А. Алмазова" Минздрава России

Котовская Юлия Викторовна

д.м.н., профессор
Заместитель директора по научной работе
ОСП Российский геронтологический научно-клинический центр
ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

Пациентка 78 лет, пенсионерка, в прошлом инженер, на приеме у кардиолога поликлиники

Жалобы

- Перебои в работе сердца, утомляемость («стало меньше сил»), боли в коленных суставах, стопах

Анамнез

- Артериальная гипертония более 25 лет
- Пароксизмальная фибрилляция предсердий 2 года
- Указаний на стенокардию, инфаркт миокарда, инсульт нет
- Перелом проксимального отдела бедренной кости справа 3 года назад
- Протезирование правого тазобедренного сустава 3 года назад

Без вредных привычек

Питание:

«стараюсь питаться правильно». Тщательно следит за потреблением соли, овощей и фруктов. Воздерживается от употребления жирной пищи. Ограничивает сладости

Физическая активность:

ежедневные прогулки от 30 мин до 1,5 ч (по погоде, «как позволяют ноги»).

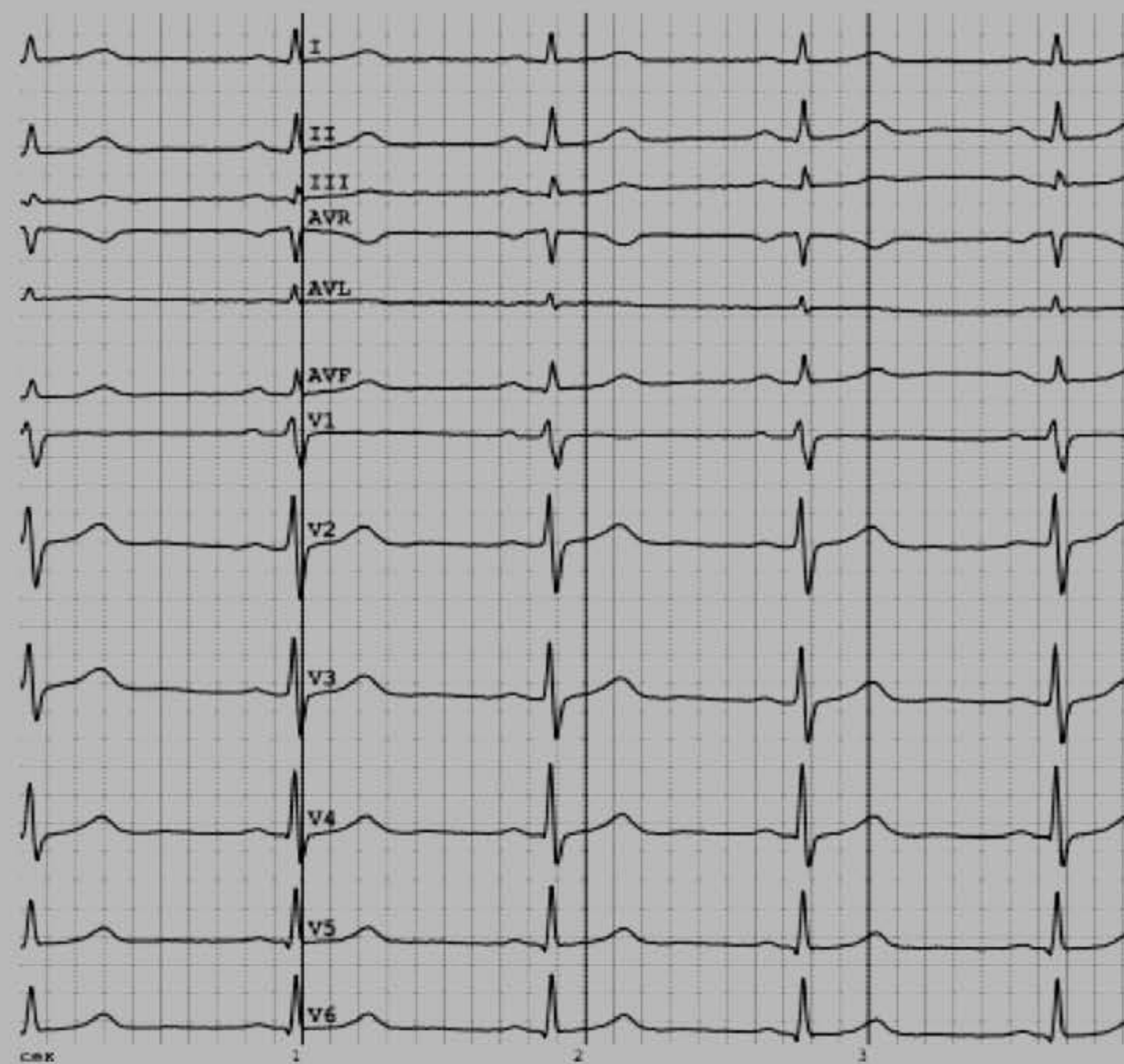
Физическое исследование (по записи в амбулаторной карте)

- Рост 167 см, вес 82,4, ИМТ 29,5 кг/м²
- Кожные покровы без особенностей
- Деформации коленных суставов, без признаков синовита. Вальгусная деформация стопы.
- ЧДД 17 в мин, дыхание везикулярное, хрипов нет
- Тоны сердца приглушены, ритмичные, систолический шум на верхушке. Шум над областью сонных и почечных артерий не выслушивается. ЧСС 68 уд/мин. АД сидя 154/76 мм рт. ст.
- Живот правильной формы, мягкий, безболезненный. Печень не увеличена
- Мочевыделительная система: патологии не выявлено
- ЦНС: жалобы на снижение памяти («иногда долго вспоминаю слова»). Наблюдается неврологом в связи с «хронической ишемией головного мозга, дисциркуляторной энцефалопатией». В остальном без явных патологических изменений.
- Снижение зрения (очки). Снижение слуха

Лабораторные данные

- Нь 118 г/л
- ОХС 4,8 ммоль/л, Тг 1,6 ммоль/л (ok), ХС-ЛВП 1,2 ммоль/л , ХС-ЛНП 2,9 ммоль/л
- Глюкоза 5,4 ммоль/, НьА1с 5,8%
- Креатинин 96 мкмоль/л, СКФ СКД ЕРІ 49 мл/мин/1,73 м²
- Мочевая кислота 437 мкмоль/л
- К 3,6 ммоль/л, Na 138 ммоль/л
- ТТГ 4,1 МЕ/л

ЭКГ



Эхокардиография

Аорта: 29 мм; стенки уплотнены, утолщены; восходящая аорта 30 мм

Левый желудочек: МЖП 12–10 мм, ЗС 11 мм, ММ 196.66 г, ИММ 114.87 г/м², КДР 47 мм, КСР 30 мм, КДО 101 мл, КСО 34 мл, УО 67 мл ФВ Симпсон 65 %, ФВ Тейхольц 66 %, ФУ 36 %, кинетика не изменена. Правый желудочек: парастернальная позиция 25 мм; 4-камерная 29 мм;

Правое предсердие: 35/46 мм

Легочная артерия: 22 мм; расчетное систолическое давление 32 мм рт. ст.

Аортальный клапан: створки фрагментарно кальцинированы; Vmax 1.37 м/с, dPmax 7.49 мм рт. ст. dPmean: 4.66 мм рт. ст., регургитация отсутствует

Митральный клапан: створки фрагментарно кальцинированы; Ve 0.84 м/с, Va 1.15 м/с, Ve/Va 0.73, Tdec 160 мс, E/Em 7.44; регургитация 1-й степени

Трикуспидальный клапан: створки не изменены; Vmax 0.55 м/с; dPmax 1.22 мм рт. ст.; регургитация 1-й степени dPtr 26.65 мм рт. ст.

Пульмональный клапан: Vmax 1.11 м/с; dPmax 4.93 мм рт. ст.; регургитация приклапанная

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Левый желудочек не расширен. Стенки его легко утолщены, расчетные показатели массы миокарда повышены (концентрическая ГЛЖ), S-образный изгиб, фиброз МЖП. Глобальная и локальная систолическая функция ЛЖ не нарушена. Диастолическая дисфункция ЛЖ (ригидный тип). Аорта не расширена в восходящем отделе, стенки ее уплотнены, утолщены. Уплотнены, утолщены, фрагментарно кальцинированы у оснований полулуния аортального клапана. Кровоток не ускорен. Размер и объем левого предсердия не увеличены. Уплотнены, утолщены створки митрального клапана, кальций в подклапанных структурах и хордах. Митральная регургитация 1-й степени. Правые камеры не расширены. Трикуспидальная регургитация 1-й степени. Легочная артерия не расширена. Пульмональная регургитация приклапанная. Расчетное систолическое давление в легочной артерии легко повышено.

Терапия

- Эналаприл по 10 мг утром и вечером
- Гидрохлоротиазид 25 мг утром
- Бисопролол 5 мг утром
- Ацетилсалициловая кислота 100 мг вечером
- Железа сульфат 1000 мг + Аскорбиновая кислота 60 мг утром
- Холина альфосцерат 400 мг утром, днем, вечером
- Нейромультивит (Витамины B6, B3, B12) утром
- Диклофенак 50 мг

Вопросы для обсуждения

- Полноценно ли собран анамнез и выполнено физическое исследование?
- Измерение АД: какая еще информация необходима?
- Дополнительные исследования?
- Целевое АД?
- Необходимость изменения лечения?

Клинические рекомендации «Старческая астения»

Рекомендации	Класс
Рекомендуется проводить скрининг синдрома старческой астении пациентов 60 лет и старше, обратившихся за медицинской помощью в учреждения амбулаторного или стационарного типа, с использованием опросника «Возраст не помеха»	A1

Опросник «Возраст не помеха». 1 балл за каждый ответ «да»

- Похудели ли вы на 5 кг и более за последние 6 месяцев? (Непреднамеренная потеря веса)
- Испытываете ли вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения или слуха?
- Были ли у вас в течение последнего года травмы, связанные с падением, или падения без травм?
- Чувствуете ли вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель?
- Есть ли у вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?
- Страдаете ли вы недержанием мочи?
- Испытываете ли вы трудности в перемещении по дому или на улице? (Ходьба до 100 метров или подъем на 1 лестничный пролет)

Алгоритм диагностики старческой астении:



Алгоритм диагностики старческой астении:



Физическое исследование

- Рост 167 см, вес 82,4, ИМТ 29,5 кг/м²
- Кожные покровы без особенностей
- Деформация коленных суставов без признаков синовита. Выраженная вальгусная деформация стопы.
- Дыхательная система: ЧДД 17 в мин, дыхание везикулярное, хрипов нет
- Сердечно-сосудистая система: тоны сердца приглушены, ритмичные, систолический шум на верхушке. Шум над областью сонных и почечных артерий не выслушивается. ЧСС 68 уд/мин. АД сидя 154/76 мм рт. ст.
- ЖКТ: живот правильной формы, мягкий, безболезненный. Печень не увеличена
- Мочевыделительная система: патологии не выявлено
- Центральная нервная система: жалобы на снижение памяти («иногда долго вспоминаю слова»). Наблюдается неврологом в связи с «хронической ишемией головного мозга, дисциркуляторной энцефалопатией». В остальном без явных патологических изменений.
- Органы чувств: снижение зрения (очки). Снижение слуха

Важные моменты физического исследования пожилого пациента:

- Рост и вес должны быть измерены, а не записаны со слов или переписаны из предыдущих данных медицинской документации
- Непреднамеренное снижение массы тела — важнейший признак гериатрических синдромов (старческой астении, саркопении, мальнутриции)
- Снижение роста — признак остеопороза и/или компрессионных переломов тел позвонков
- Клинические признаки остеопороза
 - уменьшение роста на 2 см и более за 1-3 года или на 4 см и более по сравнению с возрастом в 25 лет
 - выраженный грудной кифоз
 - уменьшение расстояния между нижними ребрами и крылом

Вопросы для обсуждения

- Полноценно ли собран анамнез и выполнено физическое исследование?
- Измерение АД: какая еще информация необходима?
- Дополнительные исследования?
- Целевое АД?
- Необходимость изменения лечения?

2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension

The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH)

4 Blood pressure measurement

4.1 Conventional office blood pressure measurement

Measure BP 1 min and 3 min after standing from a seated position in all patients at the first measurement to exclude orthostatic hypotension. Lying and standing BP measurements should also be considered in subsequent visits in older people, people with diabetes, and people with other conditions in which orthostatic hypotension may frequently occur.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Клинические рекомендации

Разработаны по поручению Минздрава России, утверждены Российским медицинским обществом по артериальной гипертензии и профильной комиссией по кардиологии

Для определения уровня АД следует выполнить не менее двух измерений с интервалом не менее 1 мин на каждой руке; при разнице АД > 5 мм рт. ст. производят дополнительное измерение; за конечное значение АД принимается среднее из 2-3 измерений. У пожилых людей, больных СД и пациентов с другими состояниями, которые могут сопровождаться ортостатической гипотонией, целесообразно измерять АД через 1 и 3 минуты после пребывания в положении стоя (ортостаз). Для более точного определения

Ортостатическая проба

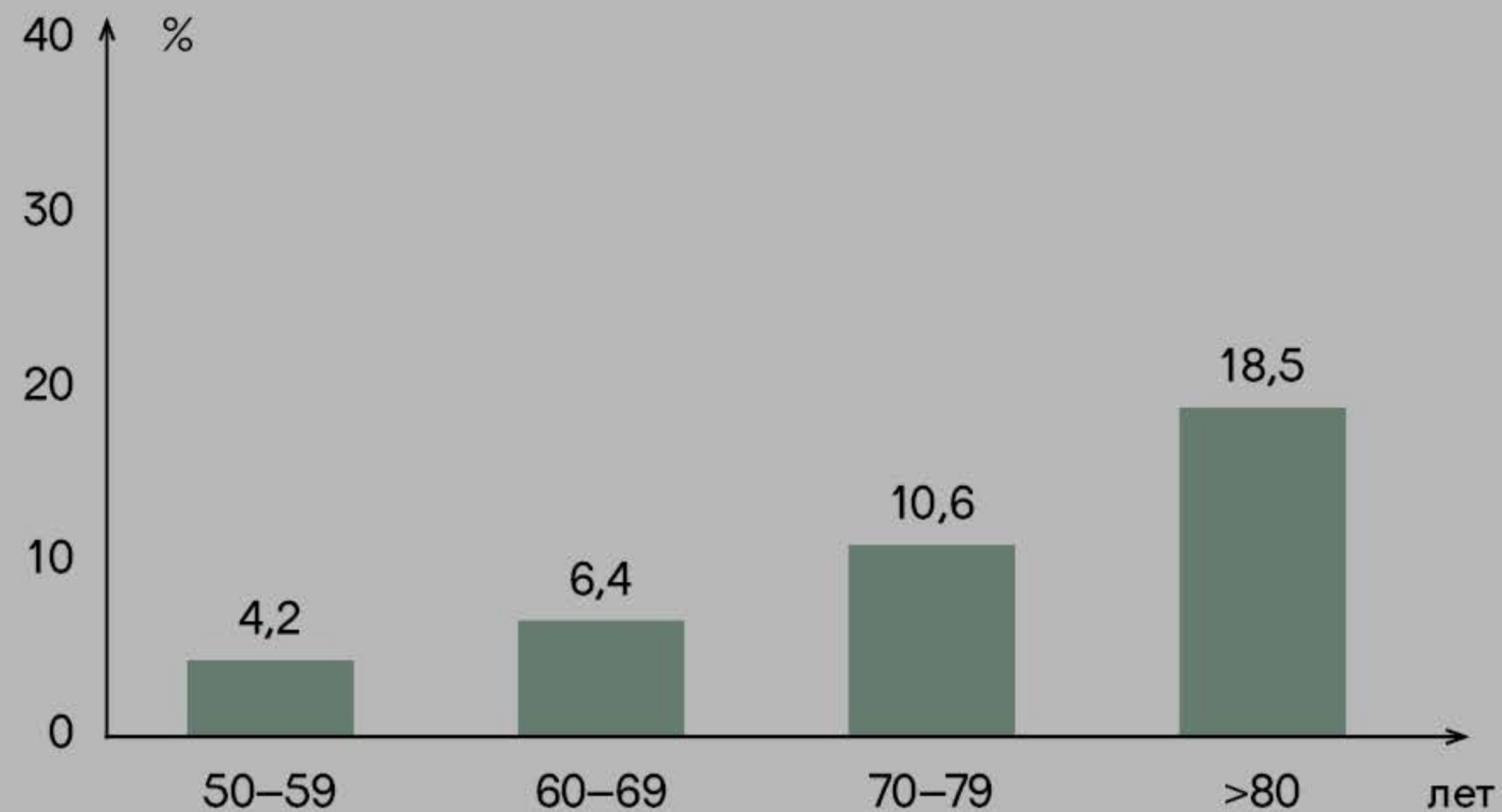
- 5–7 минут отдыха, в горизонтальном положении измерить АД
- Измерение АД и ЧСС 3 раза с интервалом 1 минута
- Переход пациента в вертикальное положение
- Измерение АД и ЧСС через 1, 2 и 3 минуты после перехода в вертикальное положение
- Зарегистрировать симптомы
- Критерии ортостатической гипотонии: снижение САД на 20 мм рт. ст. и более и/или ДАД на 10 мм рт. ст. и более

TILDA: Частота ортостатической гипотонии в пожилом и старческом возрасте

N=4475, репрезентативная когорта >50 лет. Измерение АД «от удара к удару»

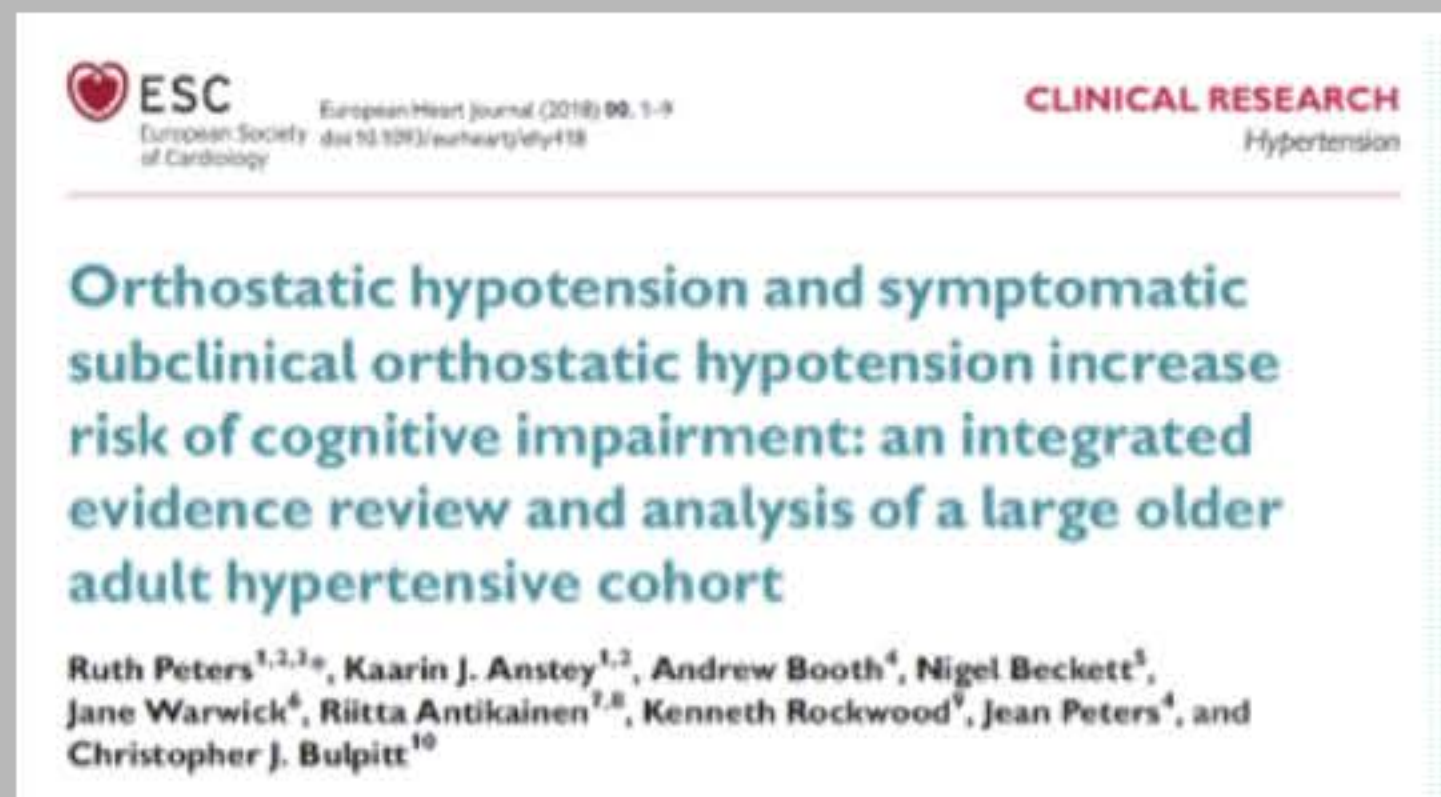
Ортостатическая гипотония — ↓АД на > 20/10 мм рт. ст. после перехода в вертикальное положение

Распространенность ОГ 6,9%



Finucane C et al Circulation. 2014;130:1780-1789

Ортостатическая гипотония и риск деменции



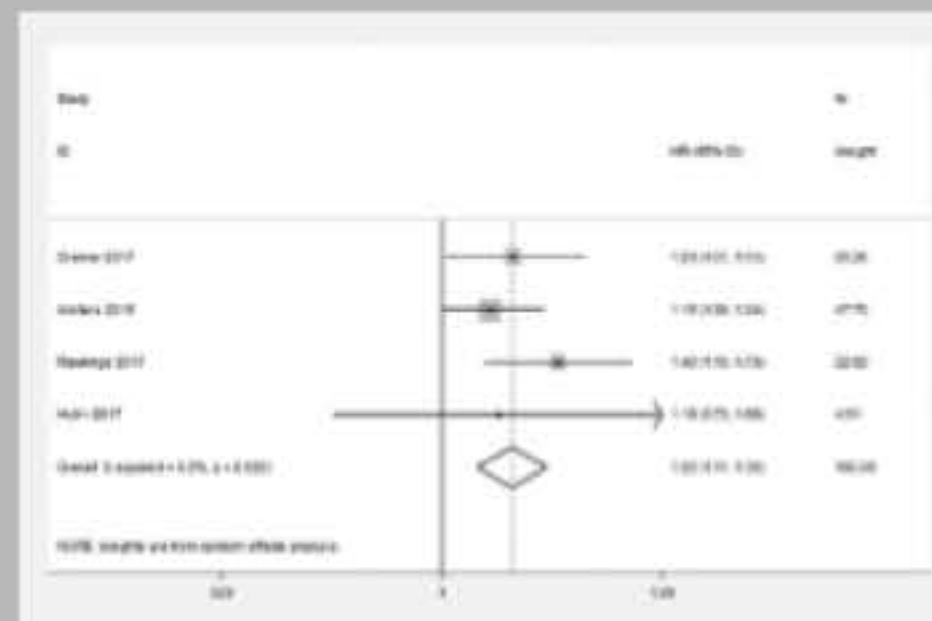
Rotterdam Study	1.15 (1.00–1.34)
3 City Study	1.19 (0.98–1.46)
Malmo" study	1.18 (0.73–1.89)
Swedish Good Aging in Skane Study	1.93 (1.19–3.14)
HYVET	1.34 (0.98–1.84)
Объединенные данные	1.21 (1.09–1.35)

Peters R et al Orthostatic hypotension and symptomatic subclinical orthostatic hypotension increase risk of cognitive impairment: an integrated evidence review and analysis of a large older adult hypertensive cohort. European Heart Journal (2018) 00, 1–9

Ортостатическая гипотония и риск деменции

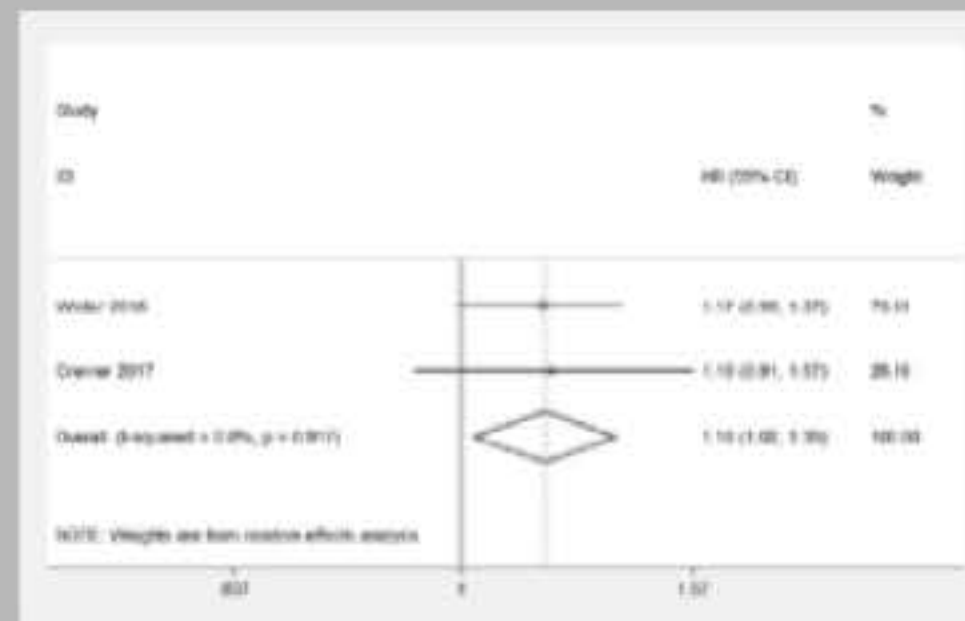
Метаанализ 5 проспективных когортных исследований, n=43,452
длительность наблюдения 6–28 лет

Все деменции



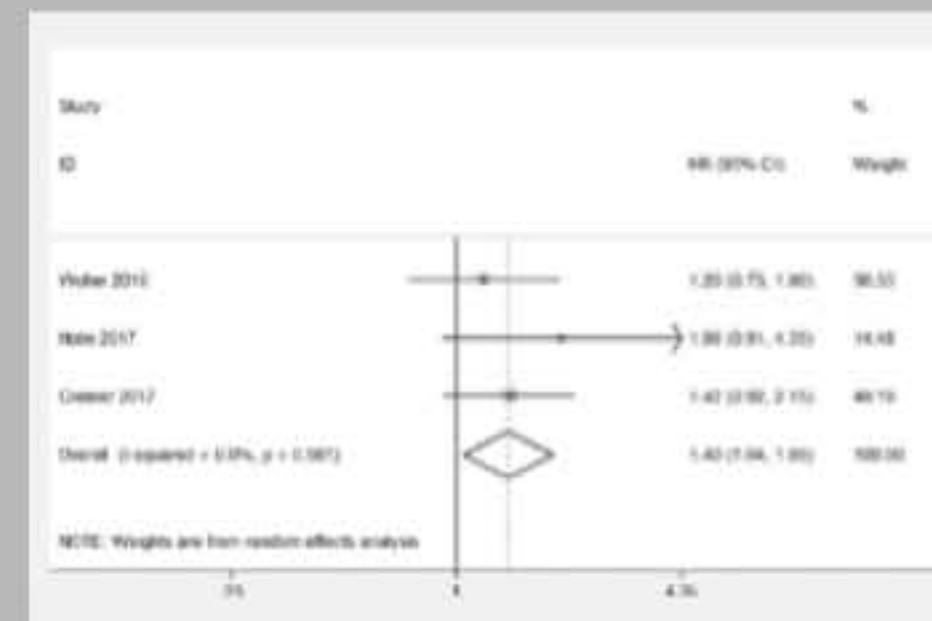
+22%

Болезнь Альцгеймера



+18%

Сосудистая деменция



+40%

Факторы, ассоциированные с ортостатической гипотонией в пожилом и старческом возрасте

- Лекарства
- Питание (мальнутриция?)
- Питьевой режим
- Резкое ограничение соли в пище
- ...

Когда оценивать ортостатическую гипотонию?

- До назначения антигипертензивной терапии
- После назначения антигипертензивной терапии
- При изменении антигипертензивной терапии

Вопросы для обсуждения

- Полноценно ли собран анамнез и выполнено физическое исследование?
- Измерение АД: какая еще информация необходима?
- Дополнительные исследования?
 - Есть ли ХБП — стойкость снижения СКФ?
 - Количественная оценка АУ?
 - Жалобы на утомляемость — есть ли СН?
 - Анемия — причины?
- Целевое АД?
- Необходимость изменения лечения?

Дополнительные исследования

- В амбулаторной карте 1 год назад креатинин 101 мкмоль/л, СКФ EPI 46 мл/мин/1,73 м²
- Выполнено А/Кр 16 мг/г

ХБП 3а, А1

Уровни клинического АД для начала антигипертензивной терапии



Возрастная группа	Уровень клинического САД (мм рт. ст.)					Уровень клинического ДАД (мм рт.ст.)
	АГ	+ СД	+ ХБП	+ ИБС	+ ОНМК/ТИА	
18–65 лет	≥140	≥140	≥140	≥140*	≥140*	≥90
65–79 лет	≥140	≥140	≥140	≥140*	≥140*	≥90
≥ 80 лет	≥160	≥160	≥160	≥160	≥160	≥90
Уровень клинического ДАД (мм рт. ст.)	≥90	≥90	≥90	≥90	≥90	

* Лечение в этих группах очень высокого риска можно рассмотреть при высоком нормальном САД (130–140 мм рт. ст.)

Вопросы для обсуждения

- Полноценно ли собран анамнез и выполнено физическое исследование?
- Измерение АД: какая еще информация необходима?
- Дополнительные исследования?
- Целевое АД?
- Необходимость изменения лечения?

Целевые диапазоны АД на фоне антигипертензивной терапии

Точно определить

- Цель
- Нижнюю границу безопасного снижения АД

ESC/ESH Guidelines

2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension
The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension

Целевой уровень клинического АД

Первоначальная цель лечения — снижение уровня АД <140/90 мм рт. ст. у всех пациентов, и при условии хорошей переносимости следующая цель <130/80 мм рт. ст. у большинства пациентов	I	A
У пациентов <65 лет, получающих медикаментозную АГТ, необходимо стремиться к диапазону САД 120–129 мм рт. ст. у большинства пациентов	I	A
У пожилых пациентов (≥65 лет) получающих АГТ:	I	A
– Целевой уровень АД в диапазоне 130–139 мм рт. ст		A
– Рекомендовано тщательное мониторирование побочных эффектов		C
– Данный целевой уровень рекомендован при любом СС риске у пациентов с наличием и отсутствием ССЗ		A
Целевой уровень ДАД <80 мм рт. ст. у всех пациентов, вне зависимости от риска и сопутствующих заболеваний	IIa	B

Целевые диапазоны АД

	АГ	+ СД	+ ХБП	+ ИБС	+ Инсульт/ТИА	
18–65 лет	Цель 130 или ниже, если переносимо Не ниже 120	Цель 130 или ниже, если переносимо Не ниже 120	<140 до 130 если переносимо	Цель 130 или ниже, если переносимо Не ниже 120	Цель 130 или ниже, если переносимо Не ниже 120	70–79
65–79 лет	130–139 при переносимости	130–139 при переносимости	130–139 при переносимости	130–139 при переносимости	130–139 при переносимости	70–79
≥ 80 лет	130–139 при переносимости	130–139 при переносимости	130–139 при переносимости	130–139 при переносимости	130–139 при переносимости	70–79
Целевое ДАД, мм рт. ст.	70–79	70–79	70–79	70–79	70–79	

АГ – артериальная гипертензия, ИБС – ишемическая болезнь сердца, СД – сахарный диабет, ХБП – хроническая болезнь почек, ТИА – транзиторная ишемическая атака, САД – систолическое артериальное давление, ДАД – диастолическое артериальное давление

B. Williams, G. Mancia et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. European Heart Journal, ehy339, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>, published 25.08.2018

Вопросы для обсуждения

- Полноценно ли собран анамнез и выполнено физическое исследование?
- Измерение АД: какая еще информация необходима?
- Дополнительные исследования?
- Целевое АД?
- Необходимость изменения лечения?

Терапия

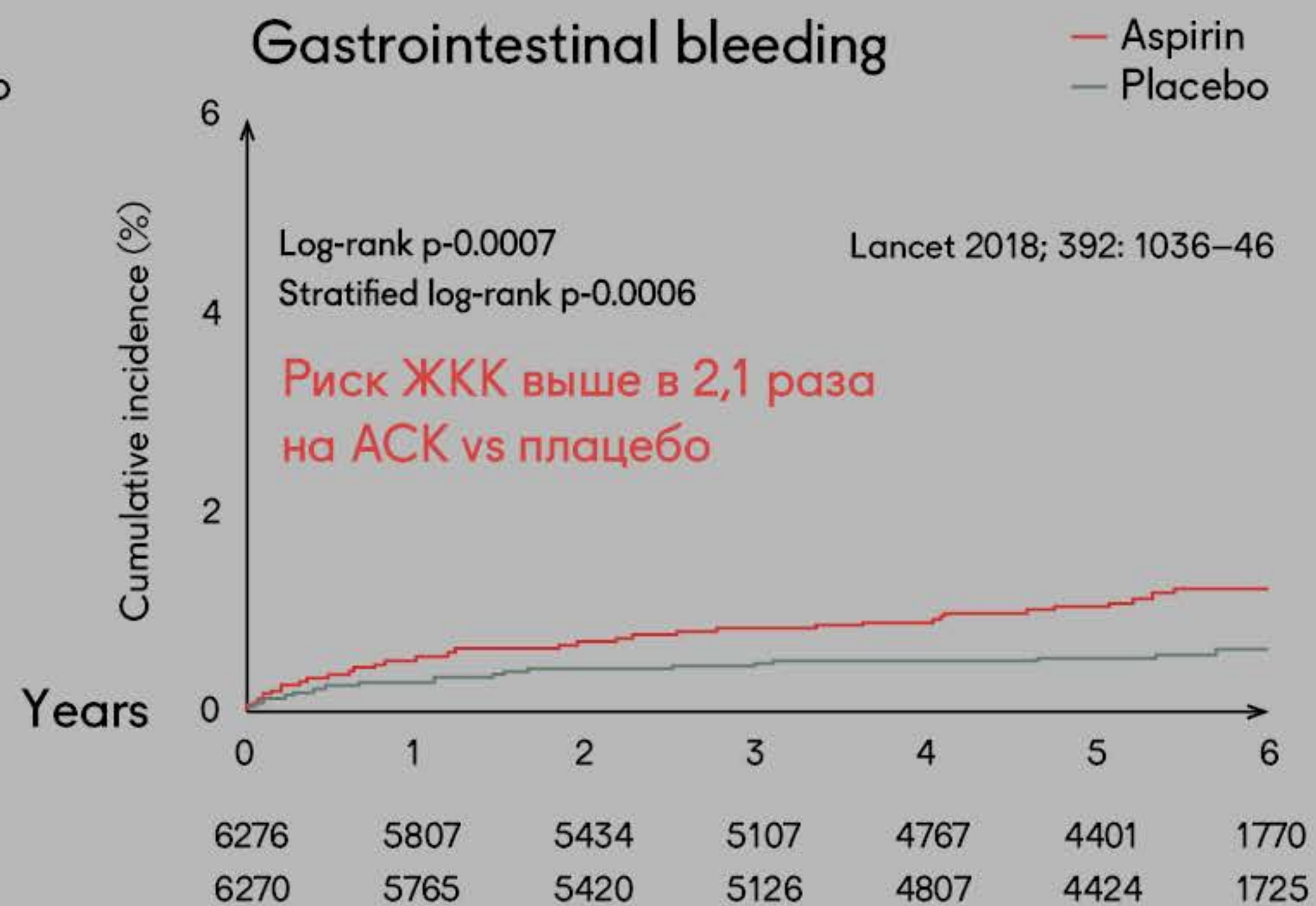
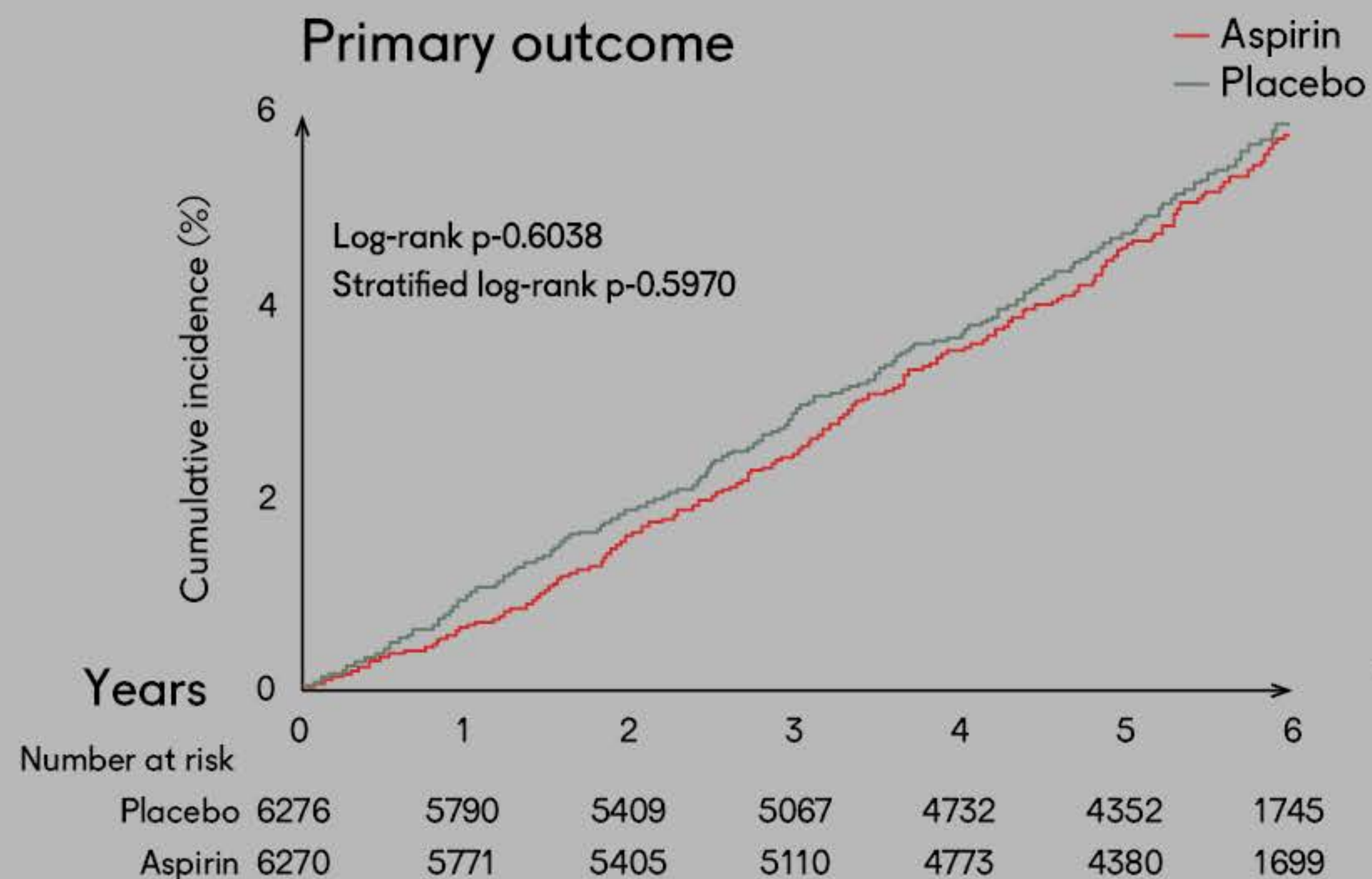
- Эналаприл по 10 мг утром и вечером
- Гидрохлоротиазид 25 мг утро (мочевая кислота, калий 3,6 ммоль/л)
- Бисопролол 5 мг утром
- Ацетилсалициловая кислота 100 мг вечер
- Железа сульфат 1000 мг + аскорбиновая кислота 60 мг утро
- Холина альфосцерат 400 мг утро, день, вечер
- Нейромультивит (витамины B6, B3, B12) утром
- Диклофенак 50 мг

Терапевтическая стратегия при АГ и ХБП

1 таблетка	Начальная терапия Двойная комбинация	ЦиАПФ или БРА + БКК или иАПФ или БРА + диуретик (или петлевой диуретик)*	Бета-блокаторы
1 таблетка	Шаг 2 Тройная комбинация	иАПФ или БРА + БКК + диуретик (или петлевой диуретик)*	Рассмотреть БАБ на каждом этапе лечения при определенных показаниях для их использования: ХСН, стенокардия, перенесенный ИМ, ФП или беременность/планирование беременности
1 таблетка 2 таблетки	Шаг 3 Тройная комбинация + спиронолактон или другой препарат	Резистентная АГ Добавить спиронолактон (25–50 мг 1 р/сут) или другой диуретик, альфа-блокатор или БАБ	Предупреждение: риск гиперкалиемии при использовании спиронолактона, особенно при рСКФ <45 мл/мин/1,73 м ² или исходном уровне калия ≥4,5 ммоль/л

Снижение рСКФ и повышение СКр ожидаемо у пациентов с ХБП, которые получают антигипертензивную терапию, особенно иАПФ или БРА, однако повышение СКр >30% требует тщательной оценки в отношении возможного реноваскулярного заболевания

* Использовать петлевой диуретик при рСКФ <30 мл/мин/1,73 м², поскольку ТД/тиазидоподобные диуретики существенно менее эффективны/неэффективны при снижении рСКФ до этого уровня

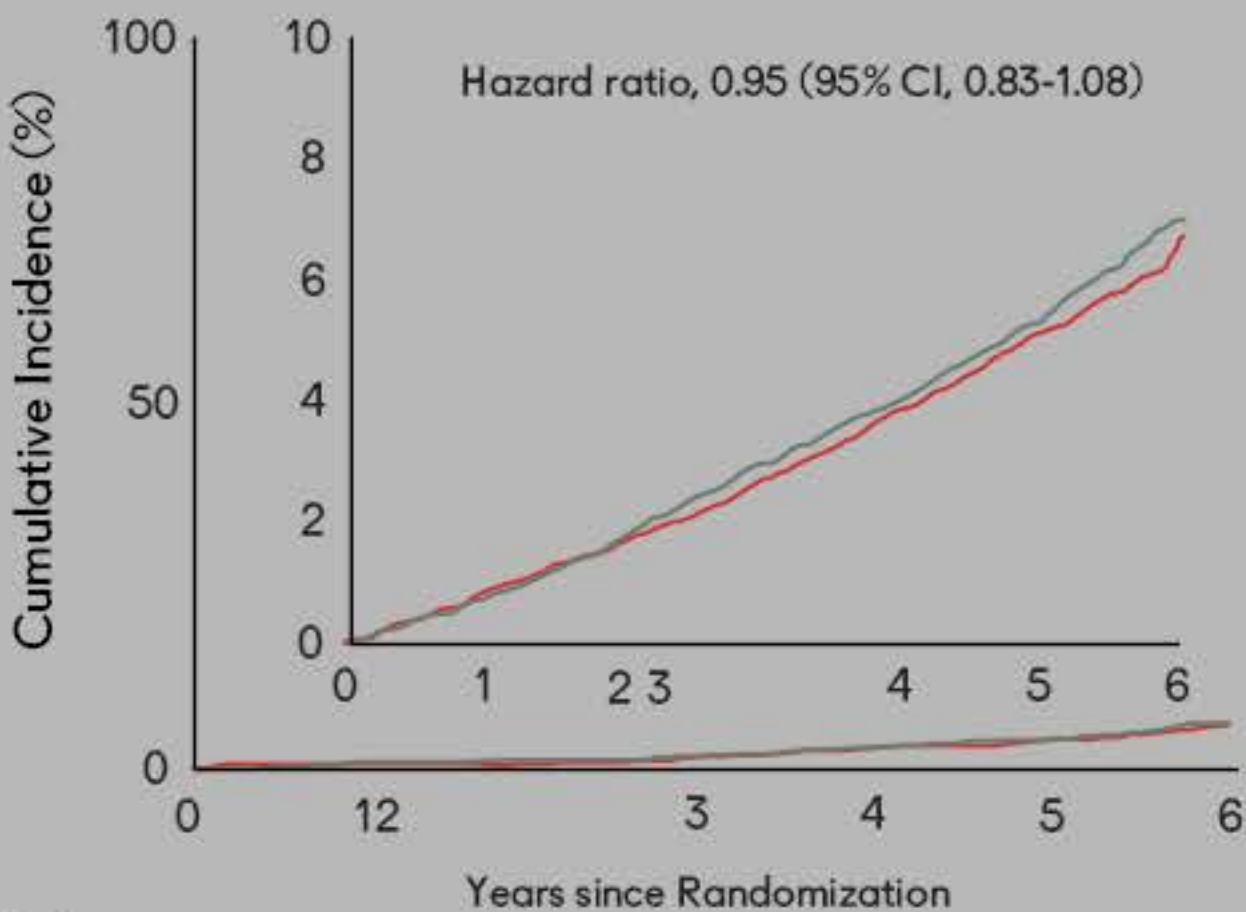


М 55 лет и старше, Ж 60 и старше, умеренный СС риск
 Не включали с высоким риском ЖКК или других кровотечений, СД
 Покрытая АСК 100 мг или плацебо
 Первичная КТ: СС смерть, ИМ, нестаб. стенокардия, инсульт или ТИА.
 Безопасность: ЖКК. Наблюдение 60 мес. Нет различий по эффективности.
 Мало событий (как при низком риске).

 Use of aspirin to reduce risk of initial vascular events in patients at moderate risk of cardiovascular disease (ARRIVE): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial

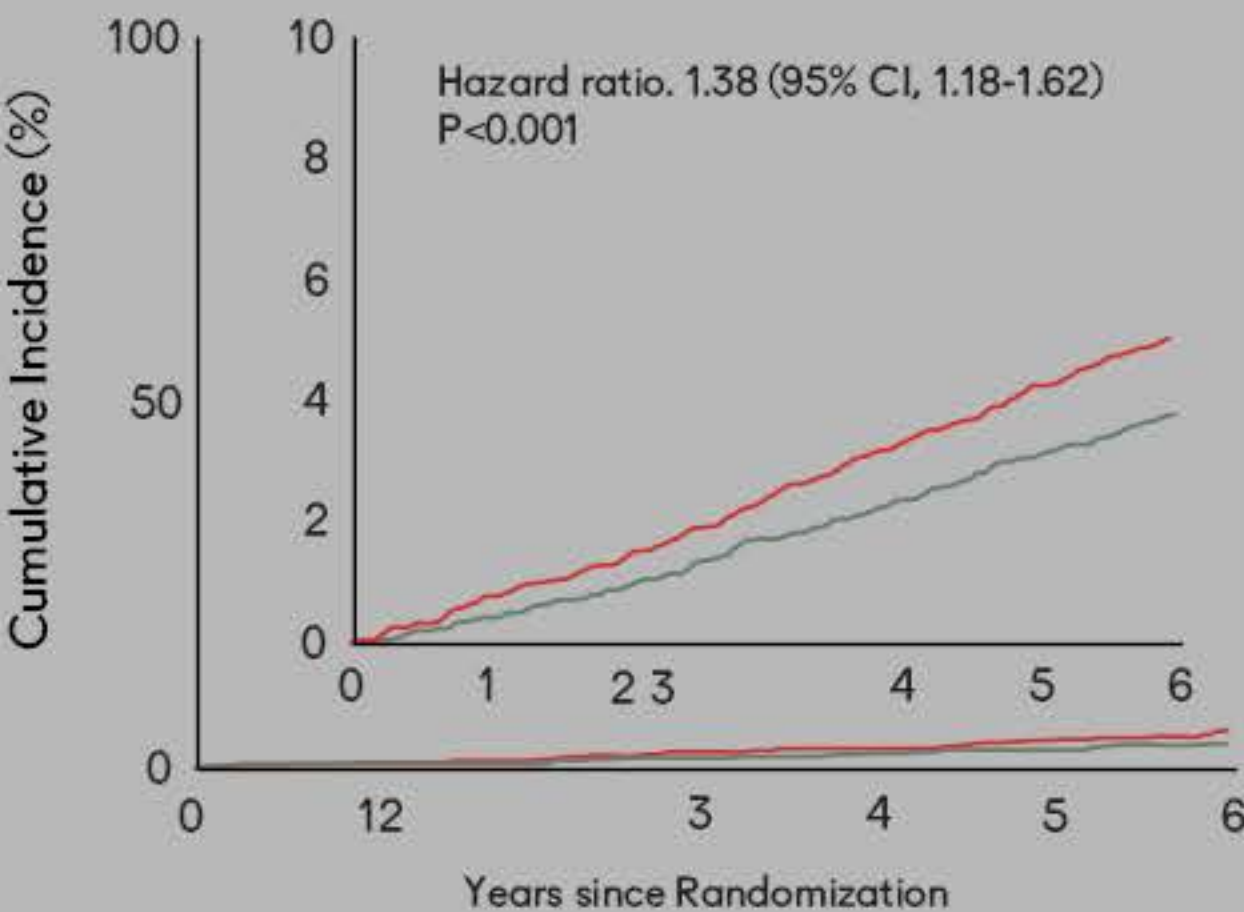
J. Michael Gaziano, Carlos Bruchman, Rosa Cappuccinelli, Claudio Ciavelli, Huabao Darius, Philip B. Gersh, George Howard, Thomas A. Pearson, Peter M. Rothwell, Luis Alvarado, Europe, Michael Tendera, Gianni Tognoni; the ARRIVE executive Committee

Кумулятивная частота ССЗ

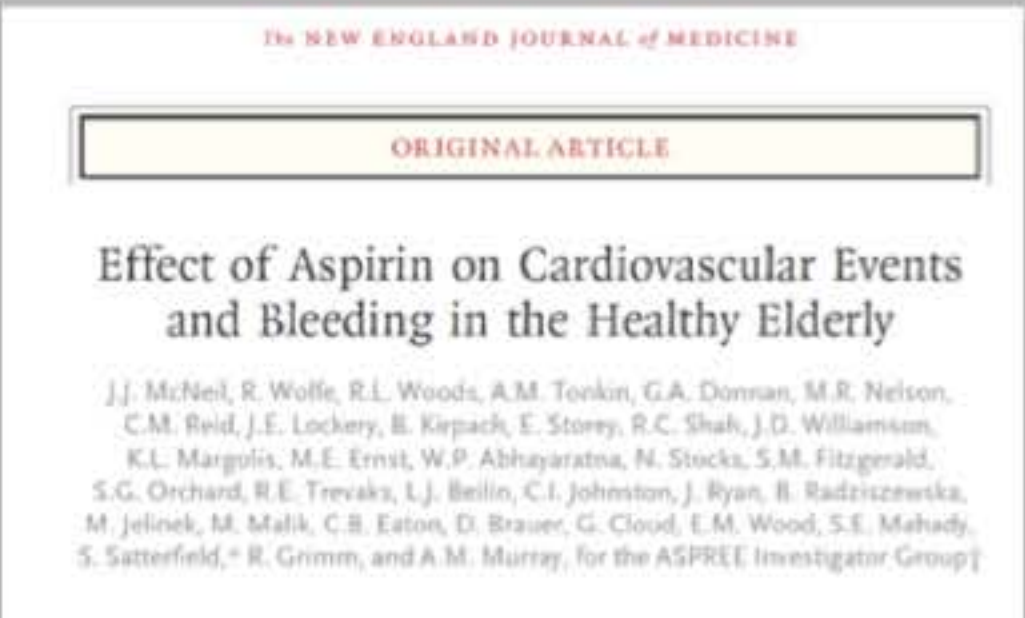


No. at Risk							
Aspirin	9525	9322	9068	7820	5827	3568	1234
Placebo	9589	9387	9119	7843	5839	3578	1223

Кумулятивная частота крупных кровотечений



No. at Risk							
Aspirin	9525	9337	9094	7833	5826	3574	1248
Placebo	9589	9424	9192	7930	5935	3632	1244



— Aspirin
— Placebo

N=19,114

70 лет и старше без ССЗ, деменции или зависимости от помощи окружающих

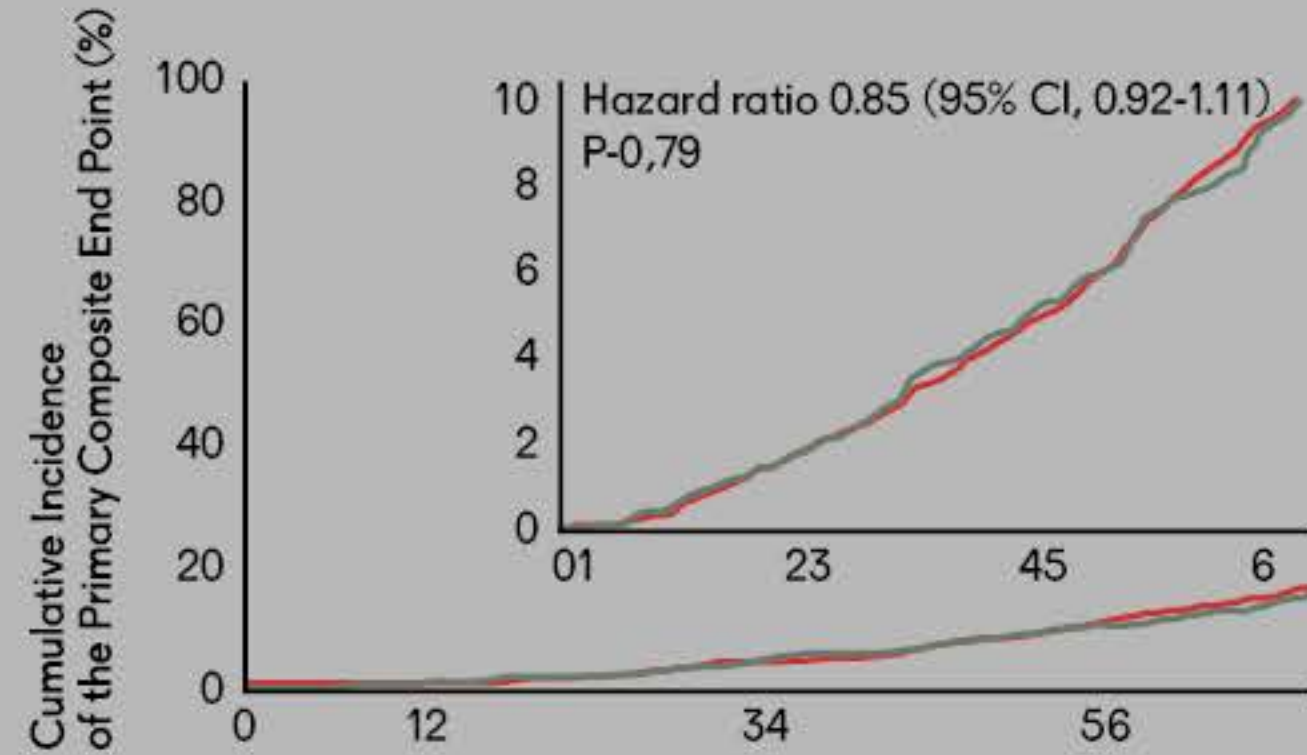
Аспирин, покрытый оболочкой, 100 мг или плацебо

Первичная КТ: смерть, деменция, физическая зависимость от помощи посторонних лиц

Вторичная КТ: крупное кровотечение или ССЗ (смертельная ИБС, несмертельный ИМ, смертельный или несмертельный инсульт, госпитализация в связи с СН

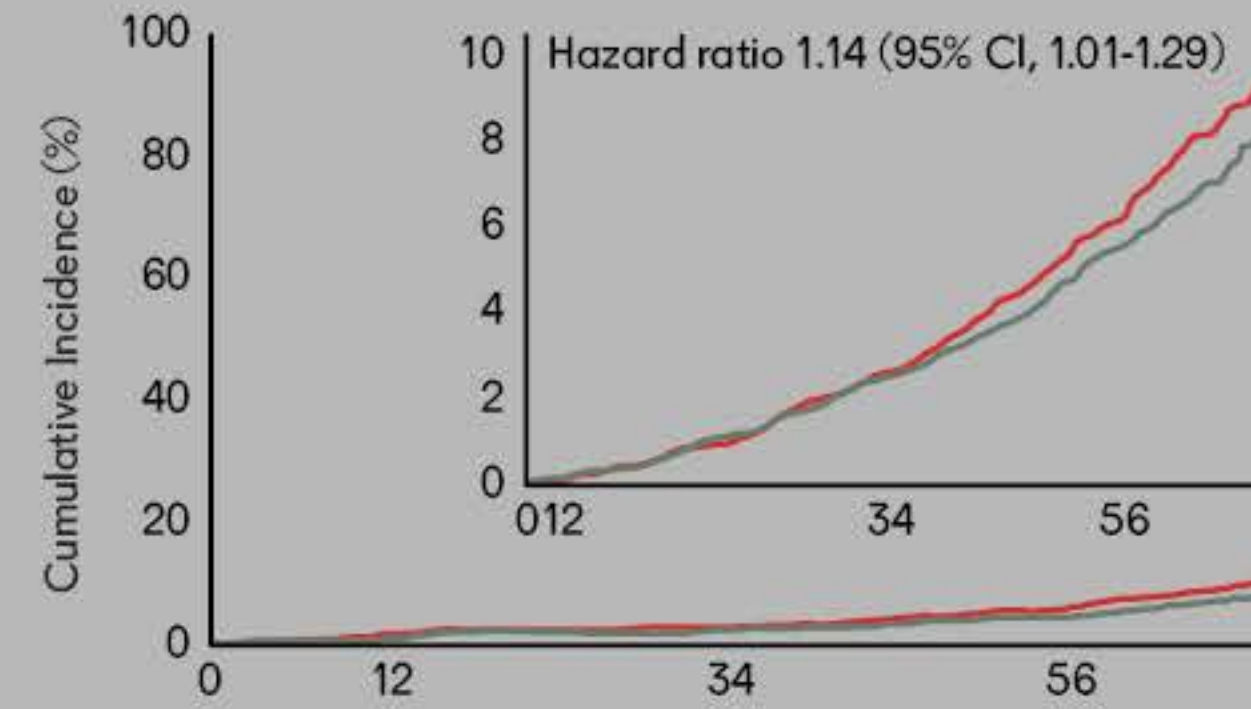
N Engl J Med. 2018 Oct 18;379(16):1509–1518

Кумулятивная частота первичной КТ

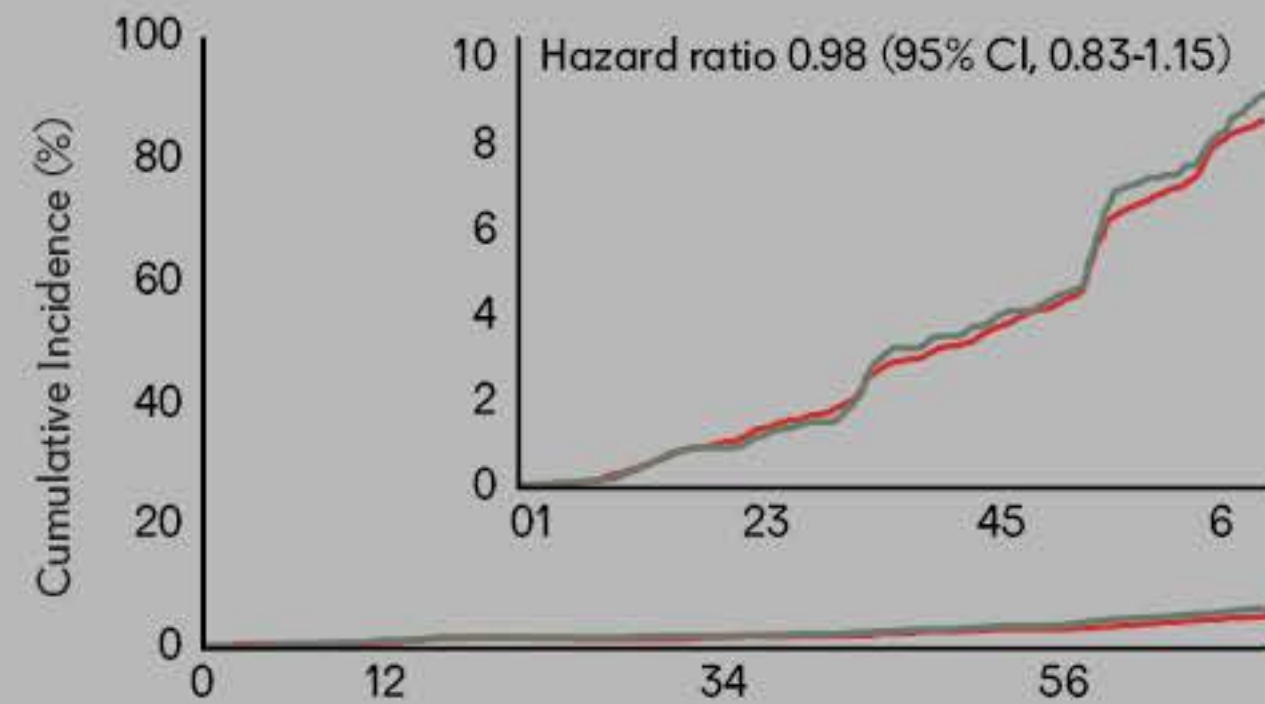


No. at Risk	0	12	24	36	48	60	72
Aspirin	9525	9432	9243	8026	6031	3763	1373
Placebo	9589	9484	9302	8077	6054	3790	1334

Общая смертность +4%

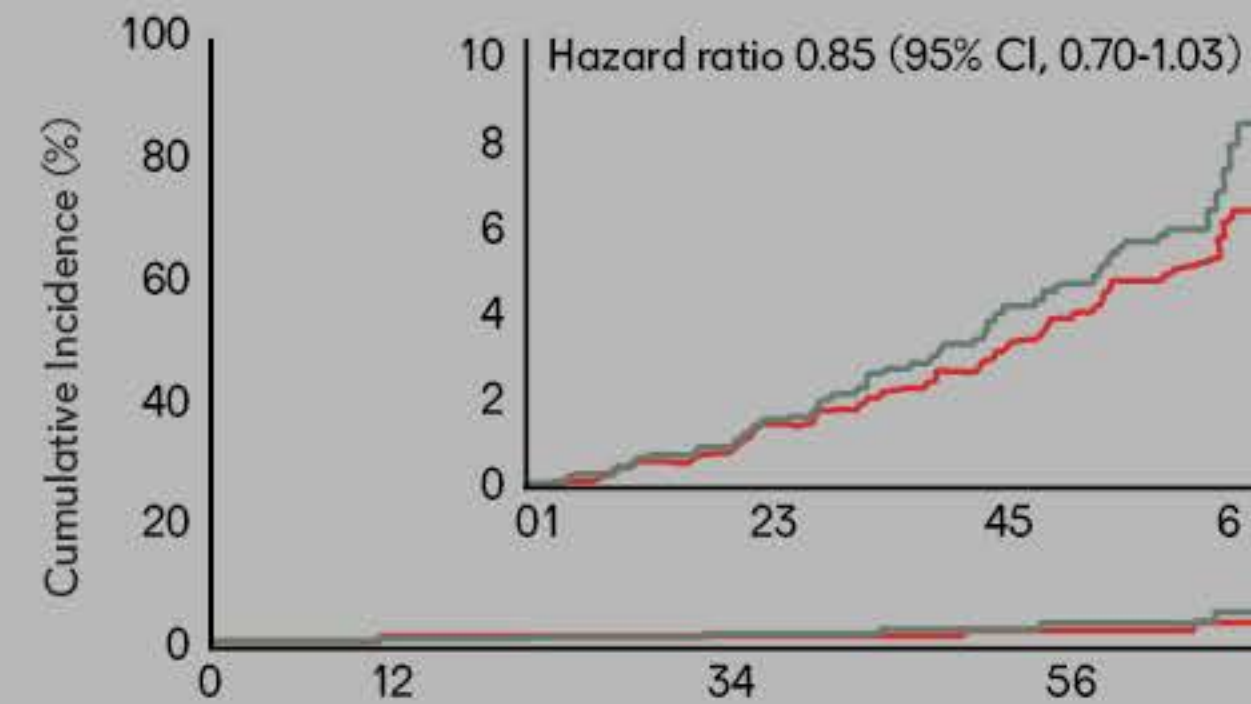


No. at Risk	0	12	24	36	48	60	72
Aspirin	9525	9481	9408	8286	6298	4016	1495
Placebo	9589	9545	9406	8369	6367	4077	1476



No. at Risk	0	12	24	36	48	60	72
Aspirin	9525	9384	9151	7897	5899	3393	1242
Placebo	9589	9433	9221	7948	5954	3634	1232

Деменция



No. at Risk	0	12	24	36	48	60	72
Aspirin	9525	9024	8599	6790	4782	2650	552
Placebo	9589	9128	8720	6868	4870	2706	573

Физическая зависимость от посторонней помощи

— Aspirin
— Placebo

McNeil J.J., et al.
for the ASPREE Investigator Group.
N Engl J Med 2018; 379:1499-1508 DOI:
10.1056/NEJMod1800722

Категории сердечно-сосудистого риска

Очень высокий риск

Зарегистрированное ССЗ. Наличие в анамнезе ИБС, инфаркта миокарда, острого коронарного синдрома, ишемического инсульта или атеросклеротического поражения периферических артерий.

Наличие значимой (стеноз 50%) или осложненной атеросклеротической бляшки любой локализации.

СД с поражением органов-мишеней, например, протеинурия, или с одним из ФР (курение, АГ, ДЛП).

ХБП тяжелой степени (скорость клубочковой фильтрации < 30 мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$)

10-летний риск фатального исхода ССЗ по SCORE $\geq 10\%$

Высокий риск

Уровень одного из ФР заметно повышен, в частности, холестерин > 8 ммоль/л (потенциальная семейная гиперхолестеринемия) или АД $> 180/110$ мм рт. ст.

Наличие необструктивной (стеноз 20–49%) атеросклеротической бляшки в любой локализации.

Большинство других пациентов с СД (некоторые молодые люди с диабетом 1-го типа могут быть с низким или умеренным риском).

Умеренная ХБП (СКФ 30–59 мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$).

10-летний риск фатального ССЗ по SCORE $> 5\%$ и 10%

Рекомендуемые целевые уровни ХС ЛНП в зависимости от категории риска

Рекомендации	Класс	Уровень
У пациентов очень высокого риска целевой уровень ХС ЛНП <1,5 ммоль/л или его снижение по меньшей мере на 50%, если уровень ХС ЛНП 1,5–3,5 ммоль/л	I	B
У пациентов высокого риска целевой уровень ХС ЛНП <25 ммоль/л или его снижение по меньшей мере на 50%, если уровень ХС ЛНП 2,5–5,0 ммоль/л	I	B
У пациентов умеренного и низкого риска целевой уровень ХС ЛНП <3,0 ммоль/л	IIa	C

Примечание: ХС ЛНП — холестерин липопротеидов низкой плотности.

Рекомендации по медикаментозной терапии гиперхолестеринемии

Рекомендации	Класс	Уровень
Назначить один из статинов до максимальной возможной или переносимой дозы для достижения целевого уровня ХС ЛНП	I	A
В случае непереносимости статина назначить эзетимиб	IIa	C
Если целевой уровень ХС ЛНП не достигнут, добавить к статинам эзетимиб	IIa	B
У пациентов с очень высоким риском и невозможностью достичь целевого уровня ХС ЛНП, несмотря на применение максимальной переносимой дозы статинов в монотерапии, или в комбинации с эзетимибом, или у пациентов с непереносимостью статинов назначить ингибитор PC5K9*	IIa	B

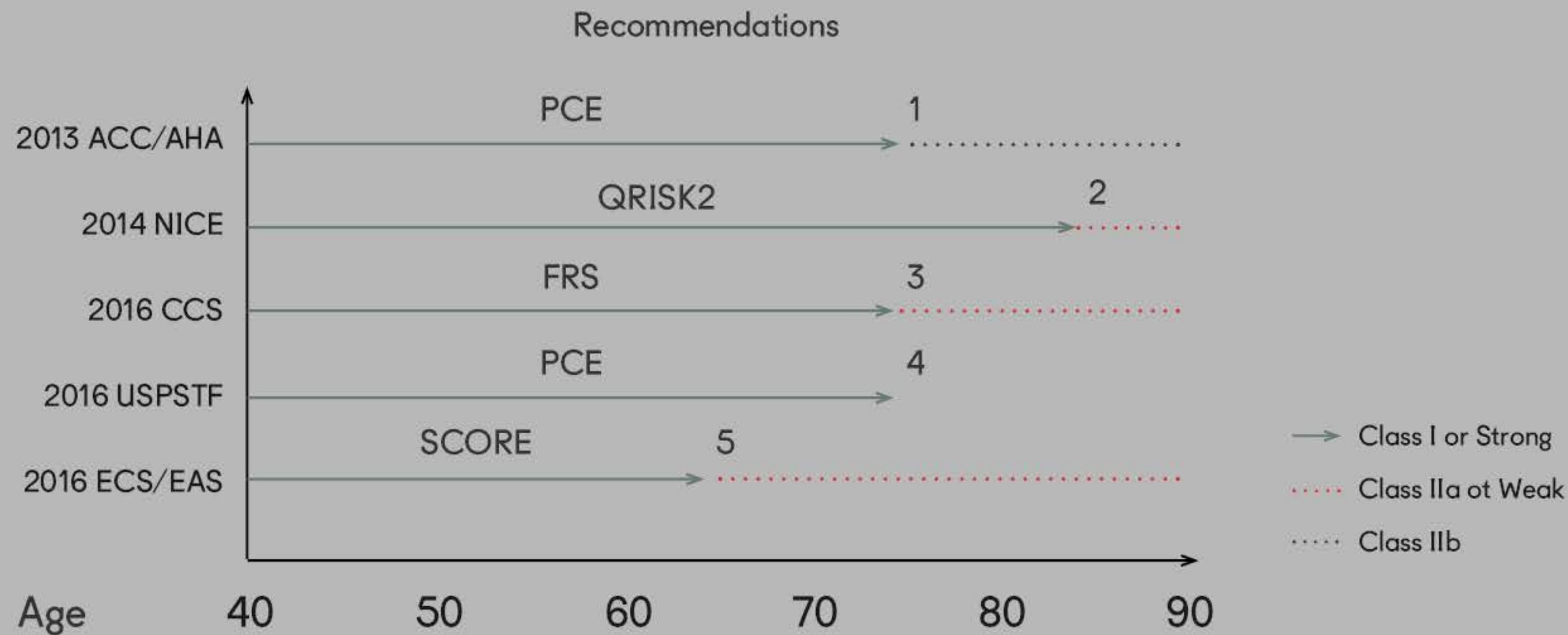
Примечание: ХС ЛНП — холестерин липопротеидов низкой плотности.

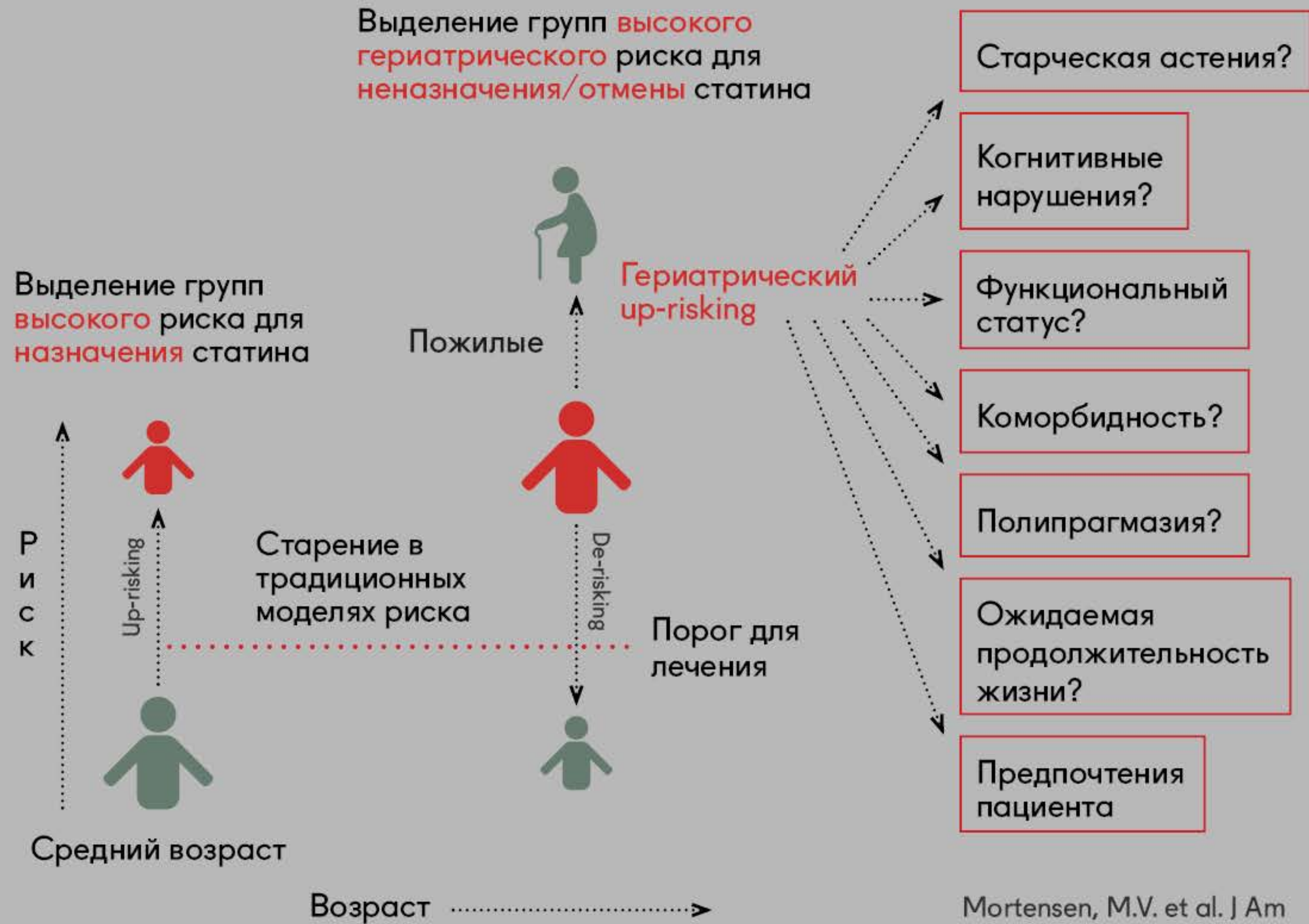
Рекомендации по лечению дислипидемии у пациентов пожилого возраста

Рекомендации	Класс	Уровень
Статины показаны пациентам пожилого возраста с ССЗ	I	A
Терапию рекомендуется начинать с низких доз, титруя ее до достижения целевого уровня ХС ЛНП	IIa	C
Назначение статинов может быть рассмотрено у пожилых пациентов, не страдающих ССЗ, но при наличии у них ФР (АГ, курение, СД и дислипидемия)	IIa	B

Нет единства рекомендаций по назначению статинов с целью первичной профилактики практически здоровым пациентам 75+

Шкалы оценки СС риска плохо валидированы для старших возрастных групп





Mortensen, M.V. et al. J Am Coll Cardiol. 2018;71(1):85–94.

АНА-2018: статины и первичная профилактика

- **Нет** контролируемых исследований у пациентов 75+
- **Нет** данных, поддерживающих начало терапии статинами у пациентов 75+, включая пациентов с СД
- **Врач должен понимать**, что получение пользы от статина может быть ограничено продолжительностью жизни и высокой подверженностью нежелательным эффектам

ХС-ЛНП >4,9 ммоль/л
Оценка риска не требуется.
Терапия статином высокой интенсивности (Класс I)

СД 40–75 лет
Оценка риска не требуется.
Терапия статином умеренной интенсивности (Класс I)

СД 40–75 лет
Оценить риск и рассмотреть
терапию статином высокой интенсивности (Класс IIa)

Возраст >75 лет
Клиническая оценка, обсуждение рисков

— не понятен порядок блоков в исходнике

STAREE (STAtins for Reducing Events in the Elderly)

- Первое в мире двойное слепое плацебо-контролируемое исследование влияния статинов на здоровое старение у лиц >70 лет
- Гипотеза: **лечение статином** (аторвастатин 40 мг) по сравнению с плацебо **не приведет к увеличению периода независимой жизни** у здоровых пожилых людей 70 лет и старше
- Две первичные комбинированные конечные точки
 - 1) Общая смертность, **деменция, зависимость от посторонней помощи**
 - 2) ИМ, инсульт, ССЗ
- 5 лет наблюдения
- Окончание ожидается в 2020 году



Терапия

- Эналаприл по 10 мг утром и вечером
- Гидрохлоротиазид 25 мг утром
- Бисопролол 5 мг утром
- Ацетилсалициловая кислота 100 мг вечером
- Железа сульфат 1000 мг + аскорбиновая кислота 60 мг утром
- Холина альфосцерат 400 мг утром, днем, вечером
- Нейромультивит (витамины B6, B3, B12) утром
- Диклофенак 50 мг

STOPP-критерии:

Инструмент скрининга потенциально неадекватных лекарственных назначений пожилым пациентам

80 критериев

START-критерии

Инструмент скрининга неоправданно НЕ назначенных ЛС пожилым пациентам

34 критерия

STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2

DENIS O'MAHONY^{1,2}, DAVID O'SULLIVAN³, STEPHEN BYRNE¹, MARE NOELLE O'CONNOR², CRISTIN RYAN⁴, PAUL GALLAGHER²

- Цель: предоставить ясные, основанные на данных доказательной медицины правила, как избежать потенциально неблагоприятного назначения или неоправданного неназначения ЛС и тем самым улучшить адекватность лекарственных назначений
- Предотвратить развитие НЯ
- Снизить стоимость медикаментозной терапии

STOPP-критерии, касающиеся назначения ЛС

- Любые препараты, не имеющие достаточной доказательной базы для их клинического использования
- Любое лекарственное средство, назначенное сверх рекомендуемой продолжительности применения, когда продолжительность лечения четко определена.
- Любые дублирующие назначения, например, два НПВП, СИОЗС, петлевых диуретика, ингибитора АПФ, антикоагулянты (оптимизация монотерапии в пределах одного класса лекарств должна проводиться до принятия решения о назначении нового ЛС)

Распределение STOPP/START-критериев по системам

СИСТЕМА	STOPP	START
Сердечно-сосудистая система/антитромбоцитарные препараты и антикоагулянты	24	8
ЦНС/психотропные препараты	13	6
Почки	6	
ЖКТ	4	2
Дыхательная система	5	3
Костно-мышечная система	9	7
Мочеполовая система	2	3
Эндокринная система	6	1
Препараты, предсказуемо повышающие риск падений	4	
Анальгетики	3	2
Вакцины		2
антимускариновые/антихолинергические препараты	1	

Функция почек как STOPP-критерий при назначении НПВС

- Назначение следующих препаратов потенциально некорректно у пожилых людей с острыми или хроническими заболеваниями почек со значением СКФ ниже определенного уровня (обращать внимание на инструкцию по применению лекарственного препарата)

...

НПВС, если СКФ < 50 мл / мин / 1.73 м^2 (риск ухудшения функции почек).

Необходимые лекарственные назначения

- Оральный антикоагулянт
- Витамин Д + препарат кальция (или комбинированный препарат)
- Антиостеопоротическая антирезорбтивная терапия

Необходимые лекарственные назначения

