|  |  |
| --- | --- |
| **Государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «Тугулымская центральная районная больница»** | **СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА** |
| **Название:** Меры по выявлению и ведению старческой астении и других гериатрических синдромов у пациентов пожилого и старческого возраста при оказании первичной медико-санитарной помощи | Подразделение: Амбулаторно-поликлиническое |
| Действует с «19» июня 2025 г. | Вводится впервые |  | Дата следующего пересмотра: 2027 г |
| Составил: Врач-гериатр Шинкоренко И.Н. | УтвердилГлавный врач ГАУЗ СО «Тугулымская ЦРБ»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ С.А.Гультяев«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 г. |

1. Цели и сфера применения.

Настоящая СОП создана с целью - предоставить врачам первичного звена здравоохранения базовые знания по вопросам профилактики, диагностики и ведения старческой астении, во взаимодействии с врачом гериатром.

2. Нормативные документы

* Приказ Министерства здравоохранений Свердловской области от 10.03.2025 г №505-п №Об утверждении Плана мероприятий по снижению смертности граждан пожилого и старческого возраста в Свердловской области а 2025-2027 г»
* Методические рекомендации по выявлению и ведению старческой астении и других гериатрических синдромов у пациентов пожилого и старческого возраста при оказании первичной медико-санитарной помощи от 28.05.2025 г.
* Клинические рекомендации «Старческая астения», 2024 г.

3. АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ВЕДЕНИЯ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

 Скрининг СА (старческой астении) с использованием шкалы «Возраст не помеха» проводится у всех пациентов 60 лет и старше при обращении к врачу терапевту/врачу общей практики. Кроме того, скрининг СА проводится при анкетировании в рамках ПМО/ДОГВН.

 Скрининг СА проводится 1 раз год.

 Пациент с результатом скрининга по опроснику «Возраст не помеха» 5-7 баллов маршрутизируется к врачу-гериатру для выполнения комплексной гериатрической оценки с целью диагностики СА и разработки индивидуального плана ведения пациента. Врач-терапевт/врач общей практики (семейный врач) выполняет индивидуальный план лечения пациентов со старческой астенией с учетом рекомендаций врача-гериатра и выявленных гериатрических синдромов.

 Врач-терапевт/врач общей практики (семейный врач) наблюдает пациентов со старческой астенией, включая осмотр пациента на дому (не реже 1 посещения в 3 месяца для медицинской сестры участковой и 1 посещения в 6 месяцев для врача); при необходимости организует консультацию врача-гериатра на дому.

 Ведение пациента с СА основано на принципах мультидисциплинарной команды, включающей врача-терапевта/врача общей практики (семейного врача), врача-гериатра и других специалистов в зависимости от выявленных гериатрических синдромов и заболеваний.

 Развитие СА требует адаптации терапевтических стратегий и целевых уровней АД, ХСЛНП, гликированного гемоглобина, индекса массы тела.

 Опросник «Возраст не помеха» позволяет выявить гериатрические синдромы, для коррекции которых пациент может быть маршрутизирован к соответствующим врачам специалистам, в том числе в рамках второго этапа диспансеризации.



**ДЕЙСТВИЯ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА/ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ (СЕМЕЙНОГО ВРАЧА)**

**ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ ПО ДАННЫМ ОПРОСНИКА**

**«ВОЗРАСТ НЕ ПОМЕХА»**

**Ответ ДА на вопрос шкалы «Возраст не помеха»: «Похудели ли Вы на 5 кг и более за последние 6 месяцев?»**

Вероятные гериатрические синдромы:

- синдром снижения массы тела вследствие недостаточности питания,

- саркопения,

-социальная изоляция

-вероятная депрессия (особенно при положительном ответе на вопрос «Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель?

Причины:

Медицинские: отсутствие аппетита, изменения вкусового и обонятельного рецепторных аппаратов, побочные эффекты лекарственных препаратов, предшествующее назначение низкокалорийной диеты, проблемы с жеванием, адентия, неадекватные протезы, заболевания полости рта, дисфагия, снижение физической активности, нарушения функционирования верхних конечностей, ограниченная мобильность, онкологические заболевания, острые и хронические заболевания/травмы, болевой синдром, снижение инструментальной активности и др.

Психоэмоциональные: депрессия, нарушение когнитивных функций

Социальные: низкий уровень дохода, социальная изоляция, соблюдение религиозного поста.

При анализе причин снижения массы тела учесть вероятность онкологического заболевания.

Что делать?

Анализ вероятных причин для определения показаний для консультации врача-эндокринолога, врача-диетолога, врача-гастроэнтеролога, врача-онколога, врача-гериатра, врача-стоматолога.

Коррекция выявленных причин, например, зубопротезирование.

Рекомендации по рациональному питанию в пожилом возрасте: энергетическая ценность рациона питания для лиц старше 65 лет должна составлять 1600 ккал/сут. для женщин и 1800 ккал/сут. для мужчин. Режим питания должен обязательно включать три основных приема пищи (завтрак, обед и ужин), которые могут быть дополнены двумя дополнительными (с учетом заболеваний или режима дня). Общий водный режим оставляет не менее 1,5 л (с учетом блюд и продуктов рациона), при этом на питьевой режим в чистом виде должно приходиться не менее 800 мл. Потребность в белке у пожилого человека выше, чем у людей молодого и среднего возраста и составляет 1-1,2 г/кг/сут. с пропорцией 1:1 между животными и растительными белками.

Анализ лекарственных назначений на предмет нежелательных эффектов лекарственных препаратов, влияния лекарственных препаратов на аппетит и усвоение питательных веществ.

Направить к врачу гериатру при подозрении на наличие недостаточности питания (снижение массы тела >5% в течение предшествующих 6 мес. или >10% за период более 6 месяцев и/или индекс массы тела <20 кг/м2 если пациент младше 70 лет/ <22 кг/м2. если пациент старше 70 лет (Для лиц азиатской расы: <18.5 кг/м2 если пациент младше 70 лет/<20 кг/м2, если пациент старше 70 лет) для дальнейшей диагностики недостаточности питания и решения вопроса о назначении нутритивной поддержки (сипингов).

Направление информации в социальные службы при необходимости помощи в приобретении продуктов питания.

**Ответ ДА на вопрос шкалы «Возраст не помеха»: «Испытываете ли Вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения или слуха?»**

Вероятные гериатрические синдромы:

- снижение зрения,

- снижение слуха.

Маршрутизация:

-врач-офтальмолог, - врач-оториноларинголог (сурдолог)

**Ответ ДА на вопрос шкалы «Возраст не помеха»: «Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель?»**

Вероятные гериатрические синдромы:

- депрессия,

- тревога.

Что делать?

 -Анализ лекарственных назначений на предмет нежелательных явлений лекарственных препаратов.

Маршрутизация:

- врач-невролог или врач-гериатр,

- врач-психиатр (по показаниям).

**Ответ ДА на вопрос шкалы «Возраст не помеха»: «Испытываете ли Вы трудности при перемещении по дому или на улице (ходьба до 100 метров или подъем на 1 лестничный пролет)?»**

Вероятный гериатрический синдром:

- снижение мобильности,

- возможное проявление начала утраты автономности

Причины: многофакторный гериатрический синдром, потенциально связанный с хроническими неинфекционными заболеваниями (заболевания костно-мышечной системы, заболевания сердечно-сосудистой системы, заболевания нервной системы, перенесенный инсульт, и др.), полиморбидностью, саркопенией, хроническим болевым синдромом, когнитивными нарушениями, сенсорными дефицитами.

Что делать?

-Анализ тяжести качеств контроля имеющихся заболеваний, при необходимости – коррекция их лечения.

- Оценка потребности о вспомогательных средствах,

- оценка потребности в социальной помощи.

Коррекция других выявленных гериатрических синдромов (во взаимодействии с врачом гериатром и другими врачами-специалистами).

Маршрутизация - врач-гериатр (при вероятной старческой астении).

**Ответ ДА на вопрос шкалы «Возраст не помеха»: «Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?»**

Вероятные гериатрические синдромы:

- когнитивное расстройство.

Причины:

- хроническая ишемия головного мозга,

- Болезнь Альцгеймера.

Что делать?

Целесообразно выполнение теста Мини-Ког:

Шаг 1. Проинструктируйте пациента: «Повторите три слова: лимон, ключ, шар». Слова должны произноситься максимально четко и разборчиво, со скоростью 1 слово в секунду. После того как пациент повторил все три слова, попросите его: «Запомните эти слова. Повторите их еще один раз». Добиваемся того, чтобы пациент самостоятельно вспомнил все три слова. При необходимости повторяем ему слова до 5 раз.

Шаг 2. Проинструктируйте пациента: «Нарисуйте, пожалуйста, круглые часы с цифрами на циферблате и со стрелками. Все цифры должны стоять на своих местах, а стрелки должны указывать на 13:45». Пациент должен самостоятельно нарисовать круг, расставить цифры, изобразить стрелки. Подсказки не допускаются. Пациент не должен смотреть на реальные часы у себя на руке или на стене. Вместо 13:45 можно попросить поставить стрелки на любое другое время.

Шаг 3. Проинструктируйте пациента: «Теперь давайте вспомним три слова, которые мы учили в начале». Если пациент самостоятельно не может вспомнить слова, можно предложить подсказку. Например: «Вы запоминали еще какой-то фрукт… инструмент… геометрическую фигуру» Ключ (интерпретация): пациент получает по одному баллу за каждое слово, повторенное без подсказки (всего 0-3 балла). Результат теста рисования часов может составлять от 0 до 2 баллов: 1 балл – все цифры расставлены в правильном порядке и приблизительно на то место, которое они занимают на циферблате; 1 балл – стрелки указывают правильное время; длина стрелок (часовая, минутная) не оценивается. Неспособность или отказ нарисовать часы – 0 баллов. Таким образом, общий результат составляет от 0 до 5 баллов. Если набрано менее 3 баллов, это основание предположить деменцию. Результат менее 4 баллов свидетельствует о необходимости более глубокого обследования когнитивных функций.

Маршрутизация:

- при результате теста Мини-Ког менее 4 баллов: врач-невролог, врач-гериатр, врач-психиатр.

- Анализ контроля факторов риска, наиболее значимых для состояния когнитивных функций (АГ, дислипидемия, СД), коррекция терапии при необходимости

**Ответ ДА на вопрос шкалы «Возраст не помеха»: «Страдаете ли Вы недержанием мочи?»**

Вероятный гериатрический синдром: - нарушение мочеиспускания (недержание мочи).

Причины:

- Ургентное недержание мочи,

- Стрессовое недержание мочи,

- недержание мочи при переполнении мочевого пузыря,

- Смешанное недержание мочи,

- Обструкция мочевыводящих путей (доброкачественная гиперплазия предстательной железы.

Что делать?

- Дополнительный опрос для оценки типа нарушения мочеиспускания и маршрутизации пациента:

1. Бывает ли у Вас ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря после мочеиспускания?

2. Имеется ли у Вас прерывистое мочеиспускание?

3. Бывает ли у Вас слабая струя мочи?

4. Бывает ли, что Вам приходится натуживаться, чтобы начать мочеиспускание?

5. Бывает ли у Вас потеря мочи при физическом напряжении?

6. Бывает ли у Вас потребность мочиться раньше, чем через 2 часа после последнего мочеиспускания?

7. Бывает ли Вам трудно временно воздерживаться от мочеиспускания?

8. Встаете ли Вы с постели чаще одного раза, чтобы помочиться после того, как легли спать, до момента, когда вам приходится вставать утром?

9. Имеет ли место постоянное недержание (упускание, подтекание) мочи между мочеиспусканиями?

Маршрутизация:

- Ответ «Да» на вопросы 1-4 указывает на возможную обструкцию мочевыводящих путей. - Ответ «Да» на вопросы 5 и 9 (признаки стрессового недержания мочи) — направить к врачу урологу (при ответе да на вопрос 5 для женщин возможна консультация врача акушера-гинеколога).

- Ответ «Да» на вопросы 6-8 — направить на ультразвуковое исследование с определением объема остаточной мочи. При наличии остаточной мочи в объеме более 100 мл. – консультация врача-уролога. При наличии остаточной мочи в объеме менее 100 мл. – начать лечение мирабегроном 50 мг 1 раз в сутки, консультация врача-уролога в плановом порядке

**Ответ ДА на вопрос шкалы «Возраст не помеха»: «Были ли у Вас в течение последнего года травмы, связанные с падением, или падения без травм?»**

Гериатрический синдром: Падения.

Причины: падения – многофакторный гериатрический синдром.

Факторы, участвующие в этиопатогенезе падений у пациентов пожилого и старческого возраста и причины падений:

Биологические факторы (физиологические, возраст-ассоциированные изменения):

Зрение (снижение остроты зрения, особенно в вечернее время и ночью; пресбиопия; нарушения аккомодации; снижение способности различать цвета; снижение переносимости яркого света).

Слух (снижение восприятия звука различных частот на различном расстоянии; снижение способности различать голоса при разговоре; снижение восприятия тонов).

Центральная нервная система (снижение тактильной, вибрационной и температурной чувствительности, увеличение не стабильности при ходьбе и стоянии, нарушение моторного ответа с замедлением реакции, вестибулярные нарушения, нарушения равновесия).

Костно-мышечная система (снижение мышечной силы , снижение объема движений в суставах).

Нервная система (деменция, инсульт и его последствия, транзиторная ишемическая атака, болезнь Паркинсона и паркинсонизм, делирий, синдром гиперчувствительности каротидного синуса, головокружения, вестибулярные нарушения, эпилепсия).

Сердечно-сосудистая система (инфаркт миокарда, ортостатическая гипотония, нарушения сердечного ритма, заболевания сердца, постпрандиальные синкопальные состояния).

Эндокринные нарушения и нарушения гомеостаза (гипогликемия, заболевания щитовидной железы, анемия, гипокальциемия, гипо- и гипернатриемия, дегидратация, гипервентиляция).

Пищеварительная система (диарея, желудочно-кишечные кровотечения).

Мочеполовая система (гипотония/синкопальные состояния, ассоциированные с никтурией), недержание мочи.

Костно-мышечная система (саркопения, дегенеративные изменения суставов, деформация позвоночника, остеопороз, низкоэнергетические переломы, миопатии).

Психоэмоциональные нарушения (депрессия, тревога, страх падений).

Ятрогенные (полипрагмазия).

Поведенческие факторы: Вредные привычки и поведение (избыточные потребления алкоголя, недостаточная физическая активность, курение, прием большого количества лекарств, в том числе безрецептурных препаратов).

Внешние факторы: факторы окружающей среды, создающие условия для падения (ступеньки и их недостаточная ширина, препятствия на пути человека — посторонние предметы, провода, пороги и т. д., скользкая поверхность пола, отсутствие поручней, недостаточное освещение в квартире или доме, неадекватная мебель (высокая кровать, неустойчивый стул), неудобная обувь).

Социальноэкономические факторы (социальная изоляция, одинокое проживание, финансовые проблемы).

Что делать? Оценивать риск падений на каждом визите пациента путем получения ответа на следующие вопросы (любой ответ «ДА» – высокий риск падений, необходим анализ причин):

1) Были ли у Вас в течение последнего года травмы, связанные с падением, или падения без травм после предыдущего визита?

2) Чувствуете ли Вы неустойчивость, когда встаете или идете?

3) Боитесь ли Вы падения?

- Проанализировать возможные причины падений,

- Оценить нарушение походки,

- Оценить наличие и качество коррекции сенсорных дефицитов,

- Оценить наличие ортостатической гипотонии,

- Проанализировать лекарственные назначения с акцентом на риск падений (антихолинергическая нагрузка, гипотония, центральные эффекты лекарственных препаратов). - Диагностика и лечение остеопороза: оценить анамнез переломов, осложняющих остеопороз, 10-летний риск переломов по алгоритму FRAX (https://frax.shef.ac.uk/FRAX/tool.aspx?lang=rs), назначить антиостеопоротическую терапию при наличии показаний. -Дать пациенту общие и дифференцированные (в зависимости от выявленных факторов, ассоциированных с падениями) рекомендации по профилактике падений.

Маршрутизация: врач-гериатр при наличии показаний (повторные падения в течение года, вероятная старческая астения). Врачи-специалисты в зависимости от выявленных потенциально устранимых факторов риска падений.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ СО СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИЕЙ И

СОПУТСТВУЮЩИМИ ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ

ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, А ТАКЖЕ ФАКТОРАМИ РИСКА ИХ РАЗВИТИЯ

Курение:

Пожилые пациенты менее внимательны к доводам о вреде курения, склонны недооценивать опасность курения, нередко негативно и пессимистически воспринимают собственное старение и склонны к продолжению курения. Необходимо акцентировать внимание пациентов и их родственников/лиц, осуществляющих уход, что продолжение курения ассоциировано с более тяжелым течением возраст-ассоциированных заболеваний, таких как сахарный диабет, остеопороз, болезни органов дыхания, в том числе пневмонии. Табакокурение может снижать эффективность лекарственных препаратов, прием которых необходим многим пациентам пожилого возраста, повышает риск падений.

Масса тела:

Низкая масса тела особого внимания у пожилых требует, поскольку значения индекса массы тела (ИМТ) <20 азиатской расы соответственно <18.5 кг /м2 и <20 кг /м2 ) являются фенотипическими признаками синдрома недостаточности питания (мальнутриции). При ИМТ <18,5 кг/м2 требуется вмешательство лечащего врача по выяснению причин снижения массы тела и коррекции пищевого поведения, направление пациента на консультацию к врачу-диетологу, врачу-гериатру, врачу-онкологу. При снижении веса на 5 кг (для лиц с исходной массой тела 70 кг и выше) или на 5% от исходного веса (для лиц с массой тела ниже 70 кг) за последние 3 месяца, необходимо проведение обследования для уточнения причины снижения массы тела и исключения развития саркопении, недостаточности питания, онкологических заболеваний.

Избыточная масса тела и ожирение: Снижение массы тела показано всем пациентам, имеющим ожирение, а также пациентам с избыточной массой тела и наличием одного и более факторов риска ССЗ или с наличием сопутствующих заболеваний, течение которых ассоциировано с ожирением. Следует акцентировать внимание пациента на недопустимости самостоятельного выбора «особых» диет. У пациентов до 75 лет без гериатрических синдромов при ИМТ 25-30 кг/м2 и отсутствии сопутствующих ХНИЗ (АГ, СД и др.) рекомендуется немедикаментозная коррекция массы тела. При наличии сопутствующих ХНИЗ и/или ИМТ более 27 кг/м2 немедикаментозные методы необходимо сочетать с назначением медикаментозной терапии, направленной на снижение массы тела. Лечение избыточной массы тела и ожирения осуществляется в соответствии с клиническими рекомендациями «Ожирение» . Немедикаментозная терапия(изменение образа жизни посредством коррекции питания и расширения объема физических нагрузок) является основой лечения ожирения и рекомендуется как первый, обязательный и постоянный этап лечения ожирения. Всем пациентам страдающим ожирением, с целью снижения массы тела рекомендуется гипокалорийная диета (дефицит 500-700 ккал от физиологической потребности с учетом массы тела, возраста и пола), сбалансированная по пищевым ингредиентам; на этапе поддержания достигнутой массы тела – сбалансированная по пищевым ингредиентам эукалорийная диета. Физическая активность рекомендуется как неотъемлемая часть лечения ожирения и поддержания достигнутой в процессе лечения массы тела. Всем лицам с избыточной массой тела и ожирением показаны регулярные аэробные физические упражнения продолжительностью не менее 150 минут в неделю; назначение немедикаментозной терапии ожирения рекомендовано при ИМТ ≥30 кг/м2 или при ИМТ ≥27 кг/м2 при наличии факторов риска и/или коморбидных заболеваний; оценку эффективностилекарственной терапии ожирения рекомендуется проводить спустя 3 месяца после начала лечения. Неэффективным может считаться снижение массы тела менее чем на 5% от исходной в течение 3 месяцев. У пациентов старческого возраста (75 лет и старше) или с гериатрическими синдромами, особенно при подозрении на наличие синдрома старческой астении, с избыточной массой телом и ожирением необходимо следовать КР «Старческая астения». Не рекомендуется снижение при ИМТ 25-35,9 кг/м2 в виду увеличения риска развития гериатрических синдромов и неблагоприятных исходов; в отличие от людей среднего возраста у пожилых людей повышение ИМТ до 25-29,9 кг/м² по сравнению с его нормальными значениями ассоциировано со снижением, а не повышением риска смерти; избыточная масса тела ассоциирована с большей минеральной плотностью кости, меньшим риском остеопороза и перелома бедренной кости, в то время как снижение массы тела ассоциировано со снижением костной массы; у лиц старческого возраста любая потеря веса (намеренная или нет) может иметь потенциально опасные последствия в виде развития и/или прогрессирования саркопении, мальнутриции, потери костной массы и повышения смертности; если преимущества стратегии снижения массы тела очевидны, наиболее приемлемый терапевтический подход состоит в умеренном ограничении энергетической ценности рациона, ориентированном на умеренное снижение веса;

Артериальная гипертензия

Лечение АГ осуществляется в соответствии с клиническими рекомендациями «Артериальная гипертензия у взрослых» с учетом наличия СА. Рекомендуется начать антигипертензивную терапию у пациентов с АГ в возрасте до 79 лет при уровне САД ≥140 и/или ДАД ≥90 мм рт.ст.; Рекомендуется начать антигипертензивную терапию у пациентов с АГ в возрасте ≥80 лет при уровне САД ≥160 мм рт.ст. Можно рассмотреть более низкие значения САД (140-159 мм рт.ст.) для инициации антигипертензивной терапии. У пациентов с синдромом старческой астении при определении показаний для начала антигипертензивной терапии на основании САД и ДАД целесообразен индивидуальный подход. У пациентов ≥80 лет не рекомендуется отменять антигипертензивную лекарственную терапию, при условии, что эта терапия хорошо переносится, не сопровождается ортостатической гипотонией, развитием/усугублением гериатрических синдромов и снижением функционального статуса в связи с доказанными преимуществами в отношении сердечнососудистой смертности.

Целевые уровни АД:

- всем пациентам с АГ, получающим лечение, независимо от возраста и степени риска, рекомендуется в качестве первого целевого уровня снижать АД до значений <140/90 мм рт. ст., а при условии хорошей переносимости — до целевого уровня 130/80 мм рт. ст. или ниже, в связи с доказанными преимуществами в плане снижения риска сердечно-сосудистых осложнений;

- пациентам в возрасте 65-79 лет без старческой астении, получающим антигипертензивную терапию, вне зависимости от уровня сердечно-сосудистого риска и наличия сердечно-сосудистых заболеваний рекомендуется снижать САД первично до целевых значений <140 мм рт. ст., а при условии хорошей переносимости до <130 мм рт.ст.;

- пациентам в возрасте 65-79 лет с изолированной систолической артериальной гипертензией, рекомендуется снижать САД первично до целевых значений 140-150 мм рт. ст., а при условии хорошей переносимости до 130-139 мм рт.ст., но с осторожностью, если исходное ДАД <70 мм рт.ст. - пациентам в возрасте > 80 лет с изолированной систолической артериальной гипертензией, рекомендуется снижать САД первично до целевых значений 140-150 мм рт. ст., а при условии хорошей переносимости до 130-139 мм рт.ст., но с осторожностью, если исходное ДАД <70 мм рт.ст. У большинства пациентов с синдромом старческой астении, а также у пациентов старше 80 лет рекомендована инициация антигипертензивной терапии с монотерапии.

- В целом у пациентов с синдромом старческой астении рекомендован индивидуальный подход. Не рекомендуется снижать САД менее 120 мм рт.ст. Целевое АД у пожилых пациентов с умеренной/тяжелой старческой астенией определяется индивидуально врачом-гериатром на основании комплексной гериатрической оценки. При проведении антигипертензивной терапии обязателен контроль ортостатического изменения АД. Ортостатической гипотонией считается снижение систолического АД на 20 мм рт.ст. и более и/или диастолического АД на 10 мм рт.ст. и более при переходе в вертикальное положение через 1-2 минуты. Особого внимания требует симптомная ортостатическая гипотония. У пациентов с высоким исходным уровнем АД в положении лежа или сидя и бессимптомным ортостатическим снижением АД как правило целесообразно усиление антигипертензивной терапии с целью достижения целевого АД (с учетом переносимости). Достижение целевого АД уменьшает выраженность ортостатической реакции АД.

Дислипидемия

С целью вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний всем пациентам показано назначение гиполипидемической терапии с достижением целевых уровней ХС-ЛНП. У пациентов пожилого и старческого возраста возможно использование комбинированной терапии статином и эзетимиба. Не рекомендуется начало гиполипидемической терапии с целью первичной профилактики сердечно-сосудистых событий пациентам старше 75 лет. Однако, если пациент уже принимает гиполипидемическую терапию и хорошо ее переносит, прием следует продолжить.

Гипергликемия/сахарный диабет

Рекомендуемый целевой уровень у функционально независимых пациентов HbA1c <7,5% при отсутствии атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний и/или риска тяжелой гипогликемии. При наличии атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний и/или риске тяжелой гипогликемии целевой уровень HbA1c <8,0%. При наличии старческой астении и деменции целевой уровень HbA1c <8,5%. Для лечения СД 2 типа у пациентов пожилого и старческого возраста могут быть использованы метформин, ингибиторы дипептидилпептидазы-4 (DDP-4) (алоглиптин, вилдаглиптин, линаглиптин, саксаглиптин, ситаглиптин) или аналоги глюкагоноподобного пептида-1 (GLP-1) (инсулин гларгин + ликсисенатид) как наиболее безопасные в отношении развития гипогликемии. Производные сульфонилмочевины следует назначать с осторожностью изза увеличения риска гипогликемии по мере старения. Глибенкламид не рекомендован пациентам старше 60 лет. Ингибиторы натрийзависимого переносчика глюкозы 2-го типа (эмпаглифлозин, дапаглифлозин) применяются с осторожностью, их не следует применять с диуретиками вследствие опасности развития гиповолемии и ортостатической гипотонии. Лечение проводится в соответствии с рекомендациями врача-эндокринолога

4. Лист ознакомления:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | должность | ФИО | подпись |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |