### ПОРА ПРЕКРАТИТЬ - ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА, НЕ РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ПОЖИЛЫМ ЛЮДЯМ

**Использование этой группы медикаментов в условиях, соответствующих критериям, может вызвать у пожилых людей «сильные» побочные эффекты из-за взаимодействий «лекарство-болезнь», «лекарство-гериатрический синдром» и/или «лекарство-лекарство» и характеризуется как «потенциально несоответствующее употребление лекарств». Врачи-клиницисты должны принимать решение, исходя из потенциальной пользы и вреда препарата для пациента (баланс пользы и вреда) и целей лечения, определенных в соответствии с предпочтениями пациента/лица, осуществляющего уход. В некоторых случаях врачи-клиницисты могут счесть целесообразным использование этой группы препаратов. Выбирая эти препараты, их следует использовать с осторожностью и внимательно следить за клиническими проявлениями на предмет наличия побочных эффектов.**

### *Для облегчения клинического использования к некоторым критериям добавлены пояснения, выделенные курсивом с префиксом \*.*

### *Ссылки относятся к критериям и пояснениям, если таковые имеются.*

**Критерии НЕОБХОДИМОСТИ ПРЕКРАТИТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ (со ссылками и объяснениями)**

**A: Критерии сердечно-сосудистой системы.**

**A1. Использование дигоксина на первом этапе лечения ФП нецелесообразно.**

\* *Дигоксин при ФП можно использовать в случаях непереносимости бета-адреноблокаторов и блокаторов кальциевых каналов (например, гипотония) или в комбинированной терапии, когда этих методов лечения недостаточно.*

**A2. Использование дигоксина в дозах выше 0,125 мг/сут. нецелесообразно (риск токсичности).**

**A3. Дигоксин не подходит для применения при сердечной недостаточности с сохраненной (нормальной) ФВ.**

*\* Дигоксин может быть показан при сопутствующей ФП (см. A1).*

**A4. Использование дилтиазема или верапамила не рекомендуется при сердечной недостаточности с низким ФВ.**

**A5. Не рекомендуется начинать терапию, ограничивающую частоту сердечных сокращений (бета-адреноблокаторы, верапамил, дилтиазем, дигоксин), пациентам с брадикардией (<50/мин), блокадой сердца 2-го типа или полной блокадой сердца.**

\* *Бета-адреноблокаторы относительно противопоказаны в случаях с интервалом PR> 240 мс. Пациентам, которые в настоящее время принимают бета-адреноблокаторы, дилтиазем, верапамил, дигоксин, снижение дозы следует проводить при наличии брадикардии (<50/мин).*

**A6. Петлевые диуретики не подходят при отеке лодыжки без клинических, биохимических или радиологических признаков сердечной недостаточности, печеночной недостаточности, нефротического синдрома или почечной недостаточности (обычно более уместны отдых с поднятыми вверх ногами и/или компрессионные чулки).**

**A7. Несмотря на отсутствие конкретных указаний, бета-адреноблокаторы не подходят для терапии первой линии эссенциальной ГТ (из-за повышенного риска сердечной блокады, утомляемости, сексуальной дисфункции и меньшей эффективности в предотвращении инсульта; кроме того, функция β-адренорецепторов снижается с возрастом).**

**A8. У пациентов с недержанием мочи использование диуретиков не подходит для терапии первой линии эссенциальной ГТ (это может ухудшить качество жизни из-за усиления недержания мочи и чувства позывов, учащения падений).**

*\* В целом диуретики у пожилых людей могут уменьшать объем/ увеличивать частоту мочеиспускания, вызывать ощущение сдавливания, ухудшая качество жизни, также могут спровоцировать падение. В связи с этим, следует внимательно следить за случаями использования диуретиков.*

**A9. Для лечения ГТ не подходит использование блокаторов альфа-1 или гипотензивных средств центрального действия (например, метилдопы, рилменидина, резерпина) за исключением случаев, когда другие классы гипотензивных средств не переносятся или неэффективны** (**альфа-1-блокаторы могут вызвать сердечную недостаточность и учащение сердечно-сосудистых событий, ортостатическую гипотензию, падения, обмороки, усиление недержания мочи у женщин, антигипертензивные средства центрального действия могут вызвать побочные эффекты со стороны ЦНС, седативный эффект, депрессию, паркинсонизм и ортостатическую гипотензию, брадикардию).**

**A10. Сосудорасширяющие гипотензивные средства (альфа-1-блокаторы)/нитраты не подходят пациентам с ортостатической гипотензией (снижение систолического артериального давления на >=20 мм рт.ст. или снижение диастолического артериального давления >=10 мм рт.ст.) - риск усиления ортостатической гипотензии.**

*\* Использование сосудорасширяющих гипотензивных средств при наличии ортостатической гипотензии может быть целесообразным только в том случае, если тяжелая ГТ в положении лежа на спине не может контролироваться другими гипотензивными средствами. При их использовании одновременно должны применяться защитные меры против ортостатической гипотензии. При наличии ортостатической гипотензии все гипотензивные средства следует оценивать на предмет снижения дозы.*

**A11. Пациентам с ортостатической гипотензией/когнитивными нарушениями (например, деменцией) /функциональными ограничениями/низкой продолжительностью жизни (<2 лет) /высоким риском падения не подходит жесткий контроль артериального давления (<140/90 мм рт. ст.).**

**A12. Флюдрокортизон не подходит для лечения ортостатической гипотензии без исключения вторичных факторов и применения немедикаментозных подходов.**

*\* Немедикаментозные подходы к лечению ортостатической гипотензии включают в себя: медленное вставание, упражнения на сопротивление для нижних конечностей, ношение компрессионных чулок, адекватное потребление жидкости [2–3 л/день], отказ от алкоголя, частый прием пищи небольшими порциями, адекватное потребление соли [6-10 г/день], воздержание от потребления богатых углеводами продуктов, воздержание от интенсивных упражнений в жаркую погоду, в лежачем положении голова поднята на 30-45 градусов.*

**A13. Пациентам с ГТ не рекомендуется использование бета-адреноблокатора и комбинации верапамила/дилтиазема (риск сердечной блокады).**

*\* При лечении ГТ у пожилых людей обычно предпочтительнее дигидропиридиновая группа блокаторов кальциевых каналов длительного действия (использование верапамила/дилтиазема может увеличить риск сердечной блокады).*

*\* Комбинация бета-адреноблокаторов с верапамилом/дилтиаземом может быть уместной в некоторых случаях наджелудочковой тахикардии. В этом случае их следует использовать с осторожностью.*

**A14. Не рекомендуется назначать блокаторы РАС (ингибитор АПФ, БРА, прямой ингибитор ренина) или калийсберегающие диуретики (спиронолактон, эплеренон, амилорид, триамтерен) в случаях, когда уровень калия в сыворотке превышает 5,5 мЭкв/л.**

\* *Если данная группа препаратов используется в случаях с уровнем калия выше 6 мЭкв/л, их следует отменить.*

*\* Комбинированное применение ингибиторов АПФ и БРА в антигипертензивных целях нецелесообразно.*

**A15. Нецелесообразно комбинировать блокаторы РАС (ИАПФ, БРА, прямой ингибитор ренина) и калийсберегающие диуретики (спиронолактон, эплеренон, амилорид, триамтерен) без контроля уровня калия в сыворотке крови (риск опасной гиперкалиемии).**

*\* Этот риск особенно высок у пациентов с сахарным диабетом, пациентов с почечной недостаточностью, пожилых людей и тех, кто принимает добавки с солями калия.*

**A16. Калийсберегающие препараты (антагонисты альдостерона, триамтерен, амилорид, ИАПФ, БРА) не подходят пациентам с СКФ <30 мл/мин/1,73 м2 и тем, у кого уровень калия в сыворотке крови невозможно тщательно контролировать (риск гиперкалиемии).**

**A17. Тиазидные диуретики не подходят для применения пациентами со значительной гипокалиемией (сывороточный K <3,0 мг/л), гипонатриемией (сывороточный Na <130 мЭкв/л), гиперкальциемией (скорректированный сывороточный Ca> 10,6 мг/дл) или подагрой в анамнезе.**

**A18. Применение НПВП не рекомендуется пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями (тяжелая артериальная гипертензия, сердечная недостаточность или перенесенный инфаркт миокарда, инсульт) - возрастание количества сердечно-сосудистых событий: риск инфаркта миокарда, инсульта, сердечной недостаточности и смерти).**

*\* В случаях, когда использование НПВП клинически показано, может быть предпочтительным краткосрочное применение с тщательным клиническим мониторингом и в минимально возможных дозах.*

*\* Хотя все НПВП опасны для сердечно-сосудистой системы, относительно безопасными могут быть напроксен и ибупрофен.*

*\* Если НПВП назначают пациенту, принимающему аспирин, может быть более целесообразным вводить его не менее чем через 2 часа после приема аспирина.*

**A19. Бета-адреноблокаторы не подходят пациентам с СД с частыми эпизодами гипогликемии (риск подавления гипогликемических симптомов).**

**A20. Использование неселективных бета-адреноблокаторов (пероральных или местных при глаукоме) не рекомендуется пациентам с астмой в анамнезе (риск усиления бронхоспазма).**

**A21. Хроническое использование аспирина в дозах выше 75-150 мг/день не подходит для первичной или вторичной защиты сердечно-сосудистой системы (нет доказанных дополнительных преимуществ и увеличивается риск кровотечения).**

**#A22. Использование аспирина, клопидогреля, дипиридамола и OAK (антагонистов витамина К, прямого ингибитора тромбина или ингибиторов фактора Ха) нецелесообразно при наличии значительного риска кровотечения (например, при неконтролируемой тяжелой АГ, кровоточащем диатезе, спонтанном значительном кровотечении) - высокий риск кровотечения.**

**A23. Одновременный прием аспирина и клопидогреля не подходит для вторичной профилактики инсульта, если нет конкретных показаний к этому.**

*\* Состояния, при которых уместно комбинированное применение аспирина + клопидогрела*

*1. Острый коронарный синдром или коронарное вмешательство в течение последних 12 месяцев (баллон и/или стент)*

*2. Перенесенное в течение последнего месяца вмешательство из-за заболевания периферических артерий.*

*установка стента (в связи со стенозом сонной артерии / заболеванием артерии нижних конечностей) в течение последнего месяца*

*установка баллона на нижнюю конечность в течение последнего месяца*

*3. Перенесенный инсульт-ТИА в течение последних 3 недель - 3 месяцев*

*в течение 3 месяцев после инсульта или ТИА из-за внутричерепного атеросклероза*

*в течение 3 недель после легкого инсульта или ТИА*

**A24. Если нет дополнительных показаний к применению аспирина/клопидогреля пациентами, принимающими ОАК по поводу хронической ФП или по любой другой причине, нецелесообразно добавлять аспирин/ клопидогрель к лечению** (аспирин не дает дополнительных преимуществ)**.**

*\* Состояния, при которых уместно добавить аспирин/клопидогрель к лечению пациентов, принимающих ОАК, следующие:*

*1. Острый коронарный синдром или коронарное вмешательство в течение последних 12 месяцев (баллон и/или стент).*

*2. Перенесенное в течение последнего месяца вмешательство из-за заболевания периферических артерий.*

*установка стента (в связи со стенозом сонной артерии / заболеванием артерии нижних конечностей) в течение последнего месяца*

*установка баллона на нижнюю конечность в течение последнего месяца*

*\* Включение в лечение аспирина/клопидогреля не рекомендуется пациентам, принимающим ОАК, в следующих случаях:*

*1. Заболевания периферических артерий (стеноз сонной артерии, заболевание артерий нижних конечностей, внутримозговый атеросклероз), за исключением перечисленных выше состояний.*

*2. Стабильная ишемическая болезнь сердца (например, острый коронарный синдром более 12 месяцев назад или коронарное вмешательство)*

**A25. ОАК (антагонисты витамина К, прямые ингибиторы тромбина или ингибиторы фактора Ха) не подходят для использования более 6 месяцев при впервые возникшем тромбозе глубоких вен без постоянных факторов риска (отсутствие доказанных дополнительных преимуществ).**

**#A26. OAK (антагонисты витамина К, прямые ингибиторы тромбина или ингибиторы фактора Ха) не подходят для использования более 12 месяцев при впервые возникшей тромбоэмболии легочной артерии без постоянных факторов риска (отсутствие доказанных дополнительных преимуществ).**

**#A27. Монотерапия аспирином или клопидогрелом не подходит пациентам с хронической ФП, которым противопоказаны ОАК (антагонисты витамина К, прямые ингибиторы тромбина или ингибиторы фактора Ха).**

\* *Монотерапия аспирином или клопидогрелом не рекомендуется для профилактики инсульта у пациентов с ФП, это для них вредно.*

*\* Двойная антитромбоцитарная терапия также не рекомендуется пациентам с противопоказанными ОАК из-за риска кровотечения.*

*\* Этим пациентам в случаях с высоким риском инсульта может быть рекомендовано закрытие отростка левого предсердия.*

**A28. Дабигатран не подходит для пациентов с СКФ <30 мл/мин/1,73 м2.**

*\* Если СКФ <15 мл/мин/1,73 м2, то не следует использовать NOAC.*

*\* Несмотря на ограниченные данные о применении апиксабана, ривароксабана и эдоксабана у пациентов с СКФ 15–30 мл/мин/1,73 м2, их использование обычно не рекомендуется.*

*\* Антикоагулянты нельзя назначать при ФП с СКФ <30* мл/мин/1,73 м2*, пациентам с высоким риском падения или с опасным для жизни кровотечением, пациентам, которые не хотят рисковать из-за возможного кровотечения, пациентам, которым будет трудно контролировать МНО, пациентам с плохо контролируемой АГ.*

*\* Антикоагулянты не рекомендуются пациентам с ФП, находящимся на диализе [за исключением случаев очень высокого риска инсульта: тромб предсердия, предшествующий ТИА-инсульт, заболевание клапана: (умеренно тяжелый МС, протез клапана)]. Если показаны антикоагулянты, рекомендуется варфарин.*

*\* В случаях ФП с высоким риском инсульта, если нельзя использовать ОАК, может быть рекомендовано закрытие червеобразного отростка левого предсердия.*

*\* Эдоксабан не следует применять при СКФ >95 мл/мин/1,73 м2.*

**#A29. Варфарин не рекомендуется принимать пациентам с неклапанной ФП, которые недоедают или нерегулярно принимают пищу.**

**A30. Использование препаратов с узким терапевтическим индексом, таких как варфарин и дигоксин, не подходит пациентам, которые испытывают трудности с приемом и распознаванием своих лекарств (например, пациенты с когнитивными нарушениями) и не имеют помощников (например, лиц, осуществляющих уход) - риск опасной для жизни токсичности).**

**#A31. Прасугрел не подходит для пациентов в возрасте 75 лет и старше или тех, кто перенес ТИА/инсульт.**

**A32. Тиклопидин не подходит для использования в качестве антиагрегантов (клопидогрель, тикагрелор или прасугрель имеют более высокую эффективность, больше доказательств и меньше побочных эффектов).**

**A33. Применение дипиридамола короткого действия не подходит из-за антиагрегантного действия тромбоцитов (побочный эффект ортостатической гипотензии и наличие более эффективных средств).**

**A34. Использование статинов для первичной профилактики нецелесообразно у пожилых людей с низкой ожидаемой продолжительностью жизни (<2 лет) или развитой деменцией.**

**A35. При бессимптомной гиперурикемии (случаи без подагры или нефролитиаза) нецелесообразно начинать прием аллопуринола (нет доказательств пользы, риск побочных эффектов при использовании ингибиторов ксантиноксидазы) (нет доказательств того, что лечение снижает риск сердечно-сосудистых заболеваний или подагры)**

*\* Если уровень мочевой кислоты в сыворотке составляет >10 мг/дл у женщин и >13 мг/дл у мужчин, из-за риска возникновения хронического заболевания почек может быть рекомендована терапия, снижающая этот уровень.*

**B: Критерии центральной нервной системы.**

**B1. Использование трициклических антидепрессантов нецелесообразно (высокий антихолинергический эффект, ухудшение когнитивных функций, нарушение сердечной проводимости, ортостатическая гипотензия, задержка мочи, ухудшение простатизма, обострение узкоугольной глаукомы)**

**B2. Нецелесообразно отдавать предпочтение пароксетину, флуоксетину и флуваксамину при терапии первой линии в случаях, когда затем будет начато лечение СИОЗС (из-за высокого антихолинергического эффекта пароксетина, длительного периода полувыведения флуоксетина, частых случаев лекарственного взаимодействия флуоксетина и флувакамина).**

**B3. Пациентам с недавней или текущей значительной гипонатриемией (сывороточный Na <130 мЭкв/л) нецелесообразно назначение СИОЗС (повышенный риск гипонатриемии при применении СИОЗС).**

*\* Факторами риска развития гипонатриемии при приеме СИОЗС являются пожилой возраст, женский пол, сопутствующий прием диуретиков, низкая масса тела и низкий исходный уровень Na.*

*\* Пациенты, которые начали принимать СИОЗС или те, у кого была увеличена дозировка, должны быть проинформированы о клинических проявлениях гипонатриемии. Первые 4 недели - самое рискованное время.*

*\* Для пациентам с риском гипонатриемии может быть целесообразно предпочесть миртазапин или бупропион СИОЗС.*

**#B4. Использование ИОЗН нецелесообразно при неконтролируемой гипертензии.**

*\* Побочный эффект венлафаксина в виде ГТ более выражен, чем дулоксетина.*

*\* Побочный эффект венлафаксина в виде ГТ более выражен при дозах >300 мг/сут.*

**B5. Применение дулоксетина нецелесообразно у пациентов с СКФ <30 мл/мин/1,73 м2 (усиление побочного действия со стороны ЖКТ).** \* *Использование других распространенных антидепрессантов в случае почечной недостаточности:*

*Циталопрам и эсциталопрам: при почечной недостаточности легкой и средней степени тяжести коррекции дозы не требуется. При тяжелой (СКФ <20 мл/мин/1,73 м2) почечной недостаточности коррекции дозы не требуется, но ее следует применять с осторожностью.*

*Сертралин: при почечной недостаточности коррекции дозы не требуется.*

*Пароксетин: если СКФ <30* мл/мин/1,73 м2*, максимальная доза в таблетках с немедленным высвобождением, составляет 40 мг, максимальная доза в препаратах с пролонгированным высвобождением - 50 мг в день.*

*Венлафаксин: если СКФ <30* мл/мин/1,73 м2*, дозу препаратов с пролонгированным высвобождением следует снизить на 50%, а если СКФ составляет 10-75* мл/мин/1,73 м2*, дозу препаратов с немедленным высвобождением следует уменьшить на 25%.*

*Миртазапин: при почечной недостаточности коррекции дозы не требуется, но при средней и тяжелой почечной недостаточности препарат следует применять с осторожностью.*

*Агомелатин: при почечной недостаточности коррекции дозы не требуется.*

*Вортиоксетин: при почечной недостаточности коррекции дозы не требуется.*

**B6. В случае СКФ <60 мл/мин/1,73 м2 применение прегабалина и габапентина без снижения дозы нецелесообразно.**

**B7. Для пациентов с делирием или деменцией использование препаратов с высоким антихолинергическим действием (амитриптилина, пароксетина, дицикломина, L-гиосциамина, тиоридазина, хлорпромазина, клозапина, оланзапина, антимускариновых препаратов, блокаторов рецепторов H1, особенно блокаторов рецепторов H1 1-го поколения (дифенгидрамина, ципроцептирамина) нецелесообразно (риск ухудшения когнитивных функций).**<http://www.uptodate.com/contents/olanzapine-drug-information?source=see_link>

*\* У пациентов с такими проявлениями экстрапирамидной системы (симптомы паркинсонизма), как деменция Паркинсона и деменция с тельцами Леви, в клинической практике может потребоваться использование клозапина для лечения тяжелых поведенческих симптомов деменции/делирия. В этом случае его следует использовать в течение как можно более короткого времени, в минимальной дозе и при тщательном мониторинге когнитивных функций.*

*\* У пациентов с такими проявлениями экстрапирамидной системы (симптомов паркинсонизма), как деменция Паркинсона и деменция с тельцами Леви, лечение кветиапином целесообразно в качестве терапии первой линии перед назначения клозапина, если использование нейролептиков необходимо из-за серьезных поведенческих симптомов.*

*\* Лечение клозапином/кветиапином следует начинать с дозы 12,5 мг, следует тщательно контролировать побочные эффекты и при необходимости увеличивать дозу до 12,5-25 мг. После достижения контроля над симптомами дозу следует попытаться уменьшить и прекратить прием в течение нескольких недель.*

**B8. Использование антихолинергических средств при лечении болезни Паркинсона нецелесообразно (повышенный риск побочных эффектов; есть варианты лекарств, которые более эффективны и имеют меньше побочных эффектов).**

**B9. Антихолинергические препараты не подходят для лечения экстрапирамидных побочных эффектов нейролептиков (риск антихолинергической токсичности).**

**B10. Использование нейролептиков/антипсихотиков не подходит пациентам с деменцией, за исключением случаев, когда для облегчения поведенческих и психологических симптомов немедикаментозное лечение неэффективно, а симптомы являются серьезными (повышенный риск инсульта, сердечной недостаточности, пневмонии, смерти).**

*\* В случаях, когда немедикаментозное лечение для облегчения поведенческих и психологических симптомов у пациентов с деменцией неэффективно, а симптомы тяжелые, можно использовать нейролептики/антипсихотики в самой низкой дозе, которая обеспечивает контроль симптомов, и назначать их на кратчайший срок.*

*\* Первичный подход к облегчению поведенческих и психологических симптомов у пациентов с деменцией - это оптимальное лечение деменции (ХЭИ/мемантин). Затем можно попробовать выбранные СИОЗС (особенно циталопрам).*

*\* Имеется противоречивая информация относительно эффективности сертралина, тразадона и мелатонина в облегчении поведенческих и психологических симптомов у пациентов с деменцией.*

**B11. Использование нейролептиков/антипсихотиков в снотворных целях нецелесообразно (повышенная спутанность сознания, гипотензия, экстрапирамидные побочные эффекты, риск падения).**

\* *При лечении бессонницы у пожилых людей в первую очередь следует применять правила гигиены сна и когнитивно-поведенческую терапию.*

*\* Если для лечения бессонницы у пожилых людей требуется фармакотерапия, можно использовать мелатонин, агонист рецепторов мелатонина рамелтеон. Если есть сопутствующая депрессия, можно рассмотреть использование седативных антидепрессантов (миртазапин, тразадон, агомелатин).*

**B12. Использование нейролептиков/антипсихотиков (кроме кветиапина или клозапина) нецелесообразно у пациентов с паркинсонизмом или деменцией с тельцами Леви (риск тяжелых экстрапирамидных симптомов).**

**B13. Использование нейролептиков/антипсихотиков (экстрапирамидные побочные эффекты), бензодиазепинов (седативный эффект, нарушение равновесия) и снотворных средств Z-типа, например, зопиклона, золпидема, залеплона (длительная седация в течение дня, атаксия) не рекомендуется пациентам с высоким риском падения.**

*\* В основном к этой группе лекарственных средств относятся препараты, повышающие риск падения у пожилых людей. По возможности следует избегать его использования пожилыми людьми.*

**B14. Использование бензодиазепинов более 4 недель нецелесообразно (длительная седация, спутанность сознания, нарушение равновесия, падение, риск дорожно-транспортных происшествий).**

*\* В целом следует избегать использования бензодиазепинов из-за их высокого потенциала побочных эффектов.*

*\* Бензодиазепины короткого действия можно использовать с осторожностью и в течение короткого времени (<4 недель) по клиническим показаниям (например, лоразепам можно назначать при возбуждении, связанном с деменцией).*

*\* Клоназепам, один из бензодиазепинов длительного действия, можно назначать некоторым пациентам при расстройстве поведения во сне в фазе быстрого сна, которое невозможно контролировать с помощью других препаратов, но в этом случае следует проводить тщательный клинический мониторинг.*

*\* Все бензодиазепины, применяемые в течение 2 недель или более, следует отменять постепенно, а не внезапно, чтобы не вызвать «бензодиазепиновый абстинентный синдром».*

**B15. Бензодиазепины не подходят для использования при острой и хронической дыхательной недостаточности (PO2 <60 мм рт. ст. и/или PCO2> 50 мм рт. ст.) - повышенный риск дыхательной недостаточности.**

**B16. ХЭИ не подходит для использования пациентами со стойкой брадикардией (<50/мин), блокадой сердца 2-й или 3-й степени или необъяснимым обмороком, пациентами с удлиненным QTc (>470 мсек у женщин, >450 мсек у мужчин) - риск нарушения сердечной проводимости, обморока, получения травмы.**

*\* Прием ХЭИ можно начинать бессимптомным пациентам с ЧСС 50-60/мин. Частоту пульса и симптомы следует проверять через 1 неделю после начала лечения или увеличения дозы.*

*\* Его можно использовать с осторожностью, если частота пульса не <50/мин и нет никаких симптомов у тех, кто принимает сопутствующие лекарства, ограничивающие частоту сердечных сокращений. ХЭИ следует применять с осторожностью пациентам с БЛНПГ или ФП, пациенты должны находиться под наблюдением.*

*ХЭИ следует использовать с осторожностью у пациентов с ХОБЛ или астмой. Это может усугубить бронхоспазм, следует наблюдать.*

*\* ХЭИ следует применять с осторожностью пациентам с язвой желудка в анамнезе и тем, кто принимает нестероидные противовоспалительные препараты. Эти пациенты должны наблюдаться на предмет желудочно-кишечных кровотечений.*

**B17. Использование леводопы или агонистов дофамина не подходит для лечения эссенциального тремора (эффективность не доказана).**

**B18. Непрерывный и длительный прием таких препаратов, как бетагистин, триметазидин, дименгидринат, не подходит для лечения головокружения (отсутствие доказанных положительных эффектов).**

**#B19. Циннаризин не подходит для использования (экстрапирамидные побочные эффекты, ограниченное применение).**

**B20. Пирацетам не подходит для использования, кроме как для лечения миоклонических судорог (из-за отсутствия доказанной клинической эффективности, дороговизны и возможности побочных эффектов).**

*\* Учитывая соотношение пользы и вреда, его можно использовать для пациентов, которые, как полагают, имеют получают симптоматическую пользу от лечения пирацетамом,*

*\* Есть исследования, показывающие, что пирацетам может иметь ограниченную пользу при лечении острой афазии после инсульта.*

**B21. Карбамазепин, фенитоин, фенобарбитал или вальпроат не подходят для использования при хроническом лечении эпилепсии (из-за их отрицательного воздействия на витамин D, индукцию ферментов, риск падения, также существуют более безопасные альтернативы).**

*\* При лечении хронической эпилепсии у пожилых людей могут быть предпочтительнее такие новые агенты, как леватирацетам, ламотриджин, габапентин.*

**B22. Трамадол, нейролептики/антипсихотики (клозапин, оланзапин, хлорпромазин, тиоридазин), бупропион и мапротилин не подходят для пациентов с эпилепсией.**

**B23. Противоэпилептическая терапия для профилактики судорог в связи с наличием ишемического/геморрагического инсульта не подходит пациентам, у которых ранее не было судорог.**

**B24. Применение циталопрама в дозах выше 20 мг/день и эсциталопрама более 10 мг/день у пожилых людей нецелесообразно (из-за риска удлинения интервала QTc).**

**С: Критерии пищеварительной системы.**

**C1. Одновременное применение НПВП с OAK (антагонисты витамина К, прямые ингибиторы тромбина, ингибиторы фактора Ха) нецелесообразно (риск желудочно-кишечного кровотечения).**

**C2. Аспирин, клопидогрель, НПВП или стероиды не подходят пациентам с язвой в анамнезе, пациентам, получающими дополнительную антитромбоцитарную терапию, сопутствующие антикоагулянты, принимающим стероиды, пациентам с симптомами диспепсии-ГЭР, без введения ИПП.**

*\* Рекомендуемое количество ИПП при использовании для профилактики - это большая доза, назначаемая один раз в день.*

*\* При сопутствующих состояниях, отличных от диспепсии, целесообразно продолжить прием высоких доз ИПП.*

*\* Из-за наличия диспепсии, сопровождающей прием вышеуказанных препаратов, в случаях с показанием ИПП может быть целесообразным использовать высокую дозу ИПП на некоторое время и снизить до самой низкой дозы, при которой у пациента не повторяются симптомы.*

*\* ИПП требуется пожилым людям, которые постоянно принимают НПВП. При хроническом применении НПВП пожилыми людьми следует назначать ИПП/мизопростол даже при отсутствии вышеупомянутых факторов риска.*

*\* Пожилым людям, принимающим НПВП кратковременного действия, может быть целесообразно назначать сопутствующие ИПП, даже если вышеупомянутые факторы риска отсутствуют.*

*\* Пожилым людям, принимающим только антиагрегантные дозы аспирина или клопидогрела, вероятно, нет необходимости применять ИПП, если не присутствует ни один из вышеперечисленных факторов риска.*

*\* Есть исследования, показывающие, что эффективность ИПП снижается при использовании вместе с клопидогрелом. Однако четких рекомендаций по этому поводу сделать нельзя.*

*\* Если есть показания к применению ИПП пациентами, принимающими варфарин, следует предпочесть ИПП, отличные от омепразола (омепразол повышает уровень варфарина).*

*\* Мизопростол или блокаторы Н2-рецепторов в высоких дозах также могут быть предпочтительнее лечения ИПП.*

**#C3. Нецелесообразно начинать прием аспирина или НПВП при хроническом применении без тестирования на Helicobacter pylori пациентам с (осложненной или неосложненной) язвенной болезнью желудка или двенадцатиперстной кишки в анамнезе.**

*\* При Helicobacter pylori (+) следует назначить эрадикационную терапию.*

*\* Если пациент в течение некоторого времени принимал аспирин/НПВП, ожидаемая польза от эрадикационной терапии H. pylori невысока, но эрадикация обычно предпочтительна, если она прошла скрининг и оказалась положительной на практике.*

*\* В группах населения с высокой распространенностью H. pylori перед началом постоянного приема аспирина/НПВП может быть применим подход «пробного лечения» даже в тех случаях, когда в анамнезе не было язвенной болезни.*

*\* Даже если в анамнезе имеется (осложненная или неосложненная) язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки, пациентам которые начнут постояный прием клопидогреля, не рекомендуется проводить тест на H. pylori и/или эрадикационное лечение H. pylori (теоретическое или практическое применение).*

**C4. Использование ИПП в полной терапевтической дозе более 8-12 недель нецелесообразно при лечении неосложненной язвенной болезни или эрозивного пептического эзофагита (показано снижение дозы или более короткий перерыв).**

*\* Период терапевтического дозирования 8-12 недель не включает в себя продолжительность терапии ИПП для эрадикации H. pylori.*

*\* Чтобы избежать эффекта отскока в период прекращения приема, целесообразно сократить ИЦП путем постепенного сужения. (например, половина дозы в течение 1 недели, через день в течение 1 недели, затем прекращение).*

**C5. Использование ИПП нецелесообразно из-за использования нескольких препаратов (не имеет пользы, несет потенциальный вред)**

\* *Среди показаний к применению ИПП нет указания на «многократное употребление лекарственных средств». С другой стороны, постоянное использование ИПП является фактором риска хронической почечной недостаточности, переломов, повышенного риска деменции, увеличения частоты инфекции C. difficile, дефицита витамина B12, гипомагниемии, кишечных инфекций - избыточного бактериального роста.*

**C6. Использование спазмолитиков (например, гиосциамина) с антихолинергическим действием нецелесообразно [из-за усиления антихолинергических побочных эффектов (головокружение, снижение когнитивных способностей, помутнение зрения, аритмия, вздутие живота-запор) и ограниченного применения у пожилых людей.]**

**C7. У пациентов с хроническим запором использование препаратов, которые могут вызвать запор (препараты с высоким антихолинергическим действием, пероральное железо, опиоиды, верапамил, антациды алюминия) нецелесообразно (риск усиленного запора), если есть альтернативы, не имеющие этого побочного эффекта.**

*\* Антигипертензивные средства, блокирующие кальциевые каналы, за исключением верапамила, также могут вызывать запор. Однако этот эффект более выражен у верапамила и нифедипина.*

**C8. Использование метоклопрамида или триметобензамида в качестве первой линии противорвотного лечения у пожилых людей нецелесообразно (из-за экстрапирамидных побочных эффектов, побочных эффектов беспокойства).**

*\* Антагонисты серотониновых рецепторов 5HT3 в качестве противорвотных средств являются наиболее безопасными препаратами для пожилых людей.*

*\* Метоклопрамид и триметобензамид противопоказаны пациентам с паркинсонизмом.*

**C9. Использование препаратов магния в качестве слабительных или антацидов нецелесообразно у пациентов с СКФ <30 мл/мин/1,73 м2 (риск гипермагниемии).**

**D: Критерии дыхательной системы.**

**D1. Применение антимускариновых бронходилататоров (ипратропиум, тиотропий) не рекомендуется пациентам с узкоугольной глаукомой или обструкцией оттока мочи (риск обострения глаукомы и задержки мочи).**

*\* Симптомы обструктивных СНМП (симптомы нижних мочевыводящих путей), сопровождающие доброкачественную гиперплазию простаты, часто встречаются у пожилых мужчин. В случаях с легкими обструктивными симптомами врач может использовать антимускариновые бронходилататоры под тщательным клиническим наблюдением. Что касается побочных эффектов задержки мочи, случаи с PMR> 150 мл особенно опасны. (Не подходит для случаев с объемом> 150 мл)*

**D2. Теофиллин не подходит для поддерживающего лечения ХОБЛ или бронхиаленовой астмы (из-за узкого терапевтического индекса и высокого риска бессонницы, аритмии у пожилых людей).**

**D3. Использование системных кортикостероидов вместо ингаляционных кортикостероидов не подходит для поддерживающей терапии при умеренно тяжелой ХОБЛ (длительное ненужное воздействие системных кортикостероидов, доступны эффективные ингаляционные методы лечения).**

**E: Критерии костно-мышечной системы и обезболивающие препараты.**

**E1. Нецелесообразно использовать НПВП дольше 3 месяцев при наличии альтернативного лечения.**

\* *При остеоартрите и простой боли (опорно-двигательный аппарат, головная боль и т. д.) сначала следует применять лечение парацетамолом (можно рассмотреть комбинацию лечения парацетамолом с метамизолом, низкими дозами кодеина/трамадола).*

*\* Пациенты, принимающие НПВП, должны тщательно контролироваться с точки зрения побочных эффектов (нефропатия, АГ, сердечная недостаточность, сердечно-сосудистые события).*

\* *В случае использования НПВП индометацину не следует отдавать предпочтение (больше побочных эффектов со стороны ЦНС и других систем у пожилых людей по сравнению с другими НПВП).*

*\* В случаях, когда требуется хроническое применение НПВП, в дополнение к ним следует использовать ИПП/мизопростол.*

**E2. НПВП не подходят для пациентов с СКФ <50 мл/мин/1,73 м2 (риск ухудшения функции почек).**

**E3. Системное использование стероидов не подходит для лечения остеоартрита (риск побочных эффектов при применении системных кортикостероидов).**

**E4. Использование монотерапии кортикостероидами более 3 месяцев при ревматоидном артрите нецелесообразно (риск побочных эффектов при применении системных кортикостероидов).**

**E5. Длительное применение НПВП или колхицина не подходит для хронического лечения подагры, если только использование ингибиторов ксантиноксидазы (например, аллопуринола, фебуксостата) не противопоказано (ингибиторы ксантиноксидазы являются препаратами первого выбора для профилактики подагры).**

**E6. Колхицин не подходит для пациентов с СКФ <10 мл/мин/1,73 м2 (риск токсичности колхицина).**

**E7. Метотрексат не подходит для пациентов с СКФ <30 мл/мин/1,73 м2.**

**E8. Использование меперидина для лечения боли нецелесообразно (повышенная нейротоксичность, риск делирия по сравнению с другими опиоидами; существуют более надежные альтернативы. Его использование рискованно, особенно при почечной недостаточности)**

**E9. Трамадол с пролонгированным высвобождением не подходит для пациентов с СКФ <30 мл/мин/1,7 м2.**

*\* Следует уменьшить дозу трамадола с немедленным высвобождением.*

**E10. Опиоиды не подходят для постоянного употребления без сопутствующего приема слабительных (риск сильного запора).**

**E11. Использование системных миорелаксантов (скелетных мышц) (тиоколхикозид, тизанидин, хлорзоксазон, каризопродол, хлорфенезина карбамат, циклобензаприн, метаксалон, метокарбамол и орфенадрин ... и т. д.) не подходит при мышечно-скелетной боли, головокружении, головокружении. запор из-за побочных когнитивных эффектов).**

\* *При приеме тизанидина также очевиден риск гипотензии.*

**#E12. Нецелесообразно начинать лечение остеопороза без исключения остеомаляции.**

**E13. Прерывистое обычное употребление высоких доз (300000 МЕ) витамина D не подходит для «поддерживающего» лечения витамином D (повышенный риск падений, отсутствие дополнительных преимуществ для опорно-двигательного аппарата).**

*\* Демонстрируются отрицательные результаты применения обычных высоких доз витамина D в «поддерживающей» терапии.*

*\* Не сообщалось об отрицательных результатах, связанных с применением обычных высоких доз витамина D в «заместительной» терапии. Однако из-за принципа «начинать с небольшого количества - увеличивать медленно», который обычно применим при приеме лекарств у пожилых людей, может оказаться целесообразным постепенно применять «заместительную» терапию витамином D.*

**E14. При гиперфосфатемии и/или гиперкальциемии использование активного (кальцитриол) (1-25 (ОН) 2холекальциферол) или обычного (25 (ОН) холекальциферол) витамина D нецелесообразно.**

**E15. Пероральный прием бисфосфонатов не рекомендуется пациентам с заболеваниями верхних отделов ЖКТ в анамнезе (например, дисфагией, эзофагитом, язвенной болезнью, кровотечением из верхних отделов желудочно-кишечного тракта или ГЭР, не контролируемым лечением) и/или пациентам, которые физически не могут стоять в вертикальном положении (эзофагит, пищевод язва, рецидив структуры пищевода / риск обострения).**

*\* Пероральные бисфосфонаты можно использовать с осторожностью в присутствии хорошо контролируемого ГЭР.*

**E16. Бисфосфонаты не подходят пациентам с СКФ <30 мл/мин/1,73 м2 (повышенный риск острой почечной недостаточности).**

*\* Пороговая СКФ выше для золедроната и алендроната (<35 мл/мин/1,73 м2).*

**E17. Использование золедроната, деносумаба или терипаратида нецелесообразно без определения уровня кальция в сыворотке до лечения и обеспечения адекватного потребления кальция/витамина D.**

**F: Критерии мочеполовой системы.**

**F1. У мужчин с симптомами СНМП из-за доброкачественной гиперплазии простаты, если PMR >150 мл, применение антихолинергических препаратов для лечения мочевого пузыря нецелесообразно.**

*\* У мужчин более старшего возраста следует подвергнуть сомнению симптомы СНМП и во всех случаях определять PMR, прежде чем назначать антихолинергические препараты, направленные на лечение гиперактивного мочевого пузыря.*

**F2. Антихолинергические препараты, направленные на мочевой пузырь, не подходят пациентам с хронической узкоугольной глаукомой.**

*\* Перед началом приема антихолинергических препаратов для мочевого пузыря следует выяснить историю глаукомы.*

*\* Антихолинергические препараты, направленные на мочевой пузырь, не противопоказаны, если глаукома узкоугольной формы лечилась с помощью лазерной иридотомии.*

*\* Антихолинергические препараты для мочевого пузыря не противопоказаны при открытоугольной глаукоме.*

**F3. Применение антихолинергических препаратов для лечения мочевого пузыря у пожилых людей с гиперплазией предстательной железы (риск обструкции), с осложнениями сахарного диабета (риск нейрогенной дисфункции мочевого пузыря) или с ослабленным здоровьем нецелесообразно без определения PMR (риск задержки мочи и постренальной почечной недостаточности).**

**F4. Ингибиторы 5 (например, силденафил, тадалафил, варденафил) не подходят пациентам с артериальным давлением <90/50 мм рт. ст. или >170/100 мм рт. ст., с нестабильной стенокардией/стенокардией во время полового акта/сердечной недостаточностью 4 класса по NYHA/принимающим нитратную терапию по поводу стенокардии/получающим терапию блокаторами альфа-1/имеющим в анамнезе инфаркт миокарда (<3 месяцев)/инсульт (<6 месяцев).**

**F5. Неуселективные альфа-1-блокаторы (например, доксазозин, теразозин) не подходят для лечения симптомов СНМП, вызванных доброкачественной гиперплазией предстательной железы, у пациентов с ортостатической гипотензией (усиление ортостатической гипотензии, обмороки и падения).**

*\* Уроселективным агентом с наименьшим риском ортостатической гипотензии является силодозин, аналогичный плацебо.*

*\* Пациенты пожилого возраста, принимающие неуроселективные блокаторы альфа-1, должны быть проинформированы о риске ортостатической гипотензии.*

**F6. Использование антибиотиков нецелесообразно при бессимптомной бактериурии, за исключением урологических вмешательств, которые могут повредить слизистую.**

*\* Бессимптомная бактериурия должна быть проверена и вылечена перед урологическими вмешательствами, которые могут повредить слизистую.*

*\* Не рекомендуется проводить скрининг и/или лечение бессимптомной бактериурии у следующих групп пациентов:*

*Пациенты без факторов риска*

*Пациенты с хорошо контролируемым диабетом*

*Пациенты, проживающие в доме престарелых*

*Пациенты с дисфункцией / реконструкцией нижних мочевыводящих путей*

*Пациенты с рецидивирующими инфекциями мочевыводящих путей*

*Перед операциями по артропластике*

*Пациенты с мочевым катетером*

**F7. Нитрофурантоин не подходит для пациентов с СКФ <30 мл/мин/1,73 м2.**

\* *Длительное использование нитрофурантоина для подавления лечения инфекций мочевыводящих путей не подходит пожилым людям (из-за риска необратимого фиброза легких, токсичности для печени и периферической невропатии).*

**G: Критерии эндокринной системы.**

**G1. Жесткий контроль уровня глюкозы в крови (HbA1C <7%) не подходит пациентам с низкой ожидаемой продолжительностью жизни (<5 лет), с падением или когнитивными нарушениями в анамнезе.**

**#G2. Использование метформина ослабленными или истощенными пожилыми людьми не рекомендуется (из-за побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта и анорексического эффекта метформина).**

*\* Решение об использовании метформина в случаях с риском недоедания следует принимать с учетом баланса пользы и вреда.*

**G3. Метформин не подходит для пациентов с СКФ <30 мл/мин/1,73 м2 (риск лактоацидоза).**

*\* Дозу метформина следует снизить на 50% для пациентов с СКФ 30-45 мл/мин/1,73 м2.*

*\* Использование метформина также не подходит при других состояниях, повышающих риск лактоацидоза (сердечная недостаточность, печеночная недостаточность, шок или стойкая гемодинамическая нестабильность, ХОБЛ, гипоксия).*

**G4. Сульфанилмочевины пролонгированного действия, такие как глибенкламид и хлорпропамид, не подходят пациентам с СД 2 типа (длительный риск гипогликемии).**

**G5. Использование тиазолидиндионов (розиглитазон, пиоглитазон) не подходит пациентам с задокументированной сердечной недостаточностью/наличием переломов в прошлом/повышенным риском переломов/ раком мочевого пузыря в анамнезе или находящимся на терапии инсулином (обострение сердечной недостаточности, увеличение риска переломов и рака мочевого пузыря).**

**G6. Использование саксаглиптина не рекомендуется пациентам с сердечной недостаточностью.**

**G7. Канаглифлозин не подходит для пациентов с диабетом, осложнением ампутации нижних конечностей/тяжелым заболеванием периферических артерий/рецидивирующей инфекцией мочевыводящих путей/мочеполовой инфекцией.**

\* *Ингибиторы SGLT-2 пожилым пациентам обычно следует применять с осторожностью, поскольку они могут вызвать обезвоживание, ургентное недержание мочи и диабетический кетоацидоз.*

**G8. Нецелесообразно использовать ингибиторы SGLT-2 в случаях, когда СКФ <45 мл/мин/1,73 м2.**

*\* Канаглифлозин, эмпаглифлозин и эртуглифлозин не подходят для использования при СКФ <45 мл/мин/1,73 м2, в первую очередь из-за снижения эффективности.*

*\* Дапаглифлозин не подходит для случаев со СКФ <60 мл/мин/1,73 м2 из-за его пониженного эффекта.*

*\* Использование ингибиторов SGLT-2 может быть рассмотрено для лечения нефропатии (экскреция альбумина с мочой> 300 мг/день) у пациентов с СКФ 30-60 мл/мин/1,73 м2.*

**G9. Использование андрогенов нецелесообразно при низком уровне тестостерона в сыворотке, который не сопровождается симптомами и признаками, связанными с дефицитом андрогенов.**

\* *Диагноз гипогонадизма ставится при наличии стойкого низкого уровня тестостерона в сыворотке с симптомами и признаками андрогенной недостаточности.*

**G10. Системное применение эстрогенов не рекомендуется пациентам с раком груди или венозной тромбоэмболией в анамнезе.**

*\* Пациентам с раком груди или венозной тромбоэмболией в анамнезе вагинальный эстроген можно назначать после негормонального лечения, учитывая баланс пользы и риска, при таких урогенитальных симптомах, как атрофический вагинит.*

**G11. Использование эстрогенов без одновременного приема прогестерона не рекомендуется женщинам с неповрежденной маткой (риск рака эндометрия).**

**G12. Использование мегестрола в качестве усилителя аппетита не подходит (минимальное влияние на вес, протромботические побочные эффекты).**

**G13. У пожилых людей с субклиническим гипотиреозом (ТТГ: 4-10 мМЕ/л fT4: N) использование гормонов щитовидной железы нецелесообразно (нет дополнительных преимуществ, потенциальный риск таких побочных эффектов, как фибрилляция предсердий и остеопороз).**

**H: Антимускариновая-антихолинергическая нагрузка**

**H1. [Трициклические антидепрессанты, хлорпромазин, тиоридазин, клозапин, оланзапин, гиосцин, пероральный оксибутинин, антигистаминные препараты 1-го поколения (фенирамин, хлорфенирамин, гидроксизин, ципрогептадин, дименгидринат, дифенгидрамин, меклизин и др.)]**

**Падение/запор/узкоугольная глаукома/деменция/делирий/задержка мочи/обструктивные симптомы СНМП у мужчин/одновременный прием препаратов с высоким антихолинергическим действием.**

*\* В целом, пожилым людям не стоит отдавать предпочтение препаратам с высоким антихолинергическим действием, а в случае клинической необходимости следует внимательно следить за побочными эффектами.*

*\* Парентеральное применение антигистаминных препаратов 1-го поколения целесообразно при наличии острой аллергической реакции.*

**J: Дополнения.**

**J1. Использование экстракта гинкго билоба нецелесообразно в случаях с риском кровотечения (применение антикоагулянтов, применение НПВП, значительные кровотечения в анамнезе).**

\* *Риск кровотечения увеличивается при использовании аспирина вместе с гинкго билоба, возможно, будет более целесообразным не использовать их вместе.*

**J2. Зверобой (продырявленный) не подходит для системного применения пациентами, принимающими антидепрессанты (особенно с риском серотонинергического синдрома с СИОЗС), и пациентами, принимающими препараты, метаболизируемые цитохромом p450 (например, дигоксин, теофиллин, варфарин, карбамазепин, фенитоин, фенобарбитал) - зверобой активирует цитохром p450.**

**#J3. Добавки не подходят пациентам, принимающим варфарин (из-за возможного повышенного риска кровотечения)**

\* *Многие пероральные добавки (например, женьшень, чеснок, куркума, имбирь, дьявольский коготь, зверобой, коэнзим Q10, зеленый чай и т. д.) могут увеличить риск кровотечения за счет усиления антикоагулянтного эффекта варфарина.*

# Критерии по которым в панельном исследовании #International Delphi отсутствует консенсус

|  |
| --- |
| **Сокращения:**  AF: Мерцательная аритмия.  ИАПФ: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента |
| БРА: блокаторы рецепторов ангиотензина |
| ИАЭ: ингибиторы ацетилхолинэстеразы  DM: сахарный диабет |
| ФВ: Фракция выброса |
| рСКФ: расчетная Скорость клубочковой фильтрации |
| FDA: Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США |
| ЖКТ: Желудочно-кишечный тракт |
| ТИА: Преходящая ишемическая атака  ГЭР: Гастроэзофагеальный рефлюкс. |
| Рецептор H1: H1-гистаминовый рецептор  HT: Гипертония |
| INR: Международное нормализованное соотношение |
| ХОБЛ: хроническая обструктивная болезнь легких |
| СНМП: Симптомы нижних мочевых путей |
| Mİ: Инфаркт миокарда  ЦНС: Центральная нервная система |
| НПВП: нестероидные противовоспалительные препараты |
| NYHA: Нью-Йоркская кардиологическая ассоциация |
| OAC: Пероральный антикоагулянт |
| PMR: Остатки после мочеиспускания |
| pO2: Парциальное давление кислорода |
| ИПП: ингибиторы протонной помпы |
| QTc: Корригированный интервал QT |
| РАС: ренин-ангиотензиновая система |
| SGLT-2: Котранспортер натрия-глюкозы-2 |
| СИОЗСиН: Ингибиторы обратного захвата серотонина-норадреналина |
| СИОЗС: Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина |
| ТТГ: Тиреотропный гормон. |