

# ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С СИНДРОМОМ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ И СТАЦИОНАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ Г. МОСКВЫ (АЛГОРИТМ КГО-УПРАВЛЯЕМОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА)

DOI: 10.37586/2686-8636-3-2023-188-194

УДК: 616-08-039.57

Труханов А.В.<sup>1</sup>, Рунихина Н.К.<sup>1</sup>, Решетова А.А.<sup>2</sup>, Ткачева О.Н.<sup>1</sup>, Котовская Ю.В.<sup>1</sup>, Шарашкина Н.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Российский геронтологический научно-клинический центр, Москва, Россия

<sup>2</sup> ГБУЗ «Городская поликлиника № 22» ДЗМ, Москва, Россия

## Резюме

Данная публикация направлена на совершенствование ведения пациентов пожилого и старческого возраста в амбулаторно-поликлинических и стационарных медицинских организациях г. Москвы. Представленный в статье алгоритм лечебно-профилактических мероприятий позволяет врачу-гериатру, в соответствии с доменами КГО и возможными клиническими ситуациями, оперативно и максимально эффективно составить план ведения пациента по результатам КГО и на основании действующих клинических рекомендаций.

**Ключевые слова:** комплексная гериатрическая оценка; КГО; старческая астения; организация; клинические рекомендации; план мероприятий; гериатрическая помощь; пациенты пожилого и старческого возраста.

**Для цитирования:** Труханов А.В., Рунихина Н.К., Решетова А.А., Ткачева О.Н., Котовская Ю.В., Шарашкина Н.В. Ведение пациентов пожилого и старческого возраста с синдромом старческой астении в условиях амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений г. Москвы (алгоритм КГО-управляемого ведения пациентов пожилого и старческого возраста). *Российский журнал гериатрической медицины*. 2023; 3(15): 188–194. DOI: 10.37586/2686-8636-3-2023-188-194

## MANAGING OLDER AND OLDEST-OLD WITH FRAILTY IN OUTPATIENT AND INPATIENT CLINICS OF MOSCOW (TREATMENT ALGORITHM BASED ON CGA RRESULTS)

Trukhanov A.V.<sup>1</sup>, Runikhina N.K.<sup>1</sup>, Reshetova A.A.<sup>2</sup>, Tkacheva O.N.<sup>1</sup>, Kotovskaya Yu.V.<sup>1</sup>, Sharashkina N.V.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Russian Gerontology Research and Clinical Centre, Pirogov National Research Medical University, Moscow, Russia

<sup>2</sup> City Polyclinic № 22, Moscow, Russia

## Abstract

The article is aimed at improving the management of older and oldest-older in outpatient and inpatient medical facilities of Moscow. Represented algorithm of therapeutic and preventive measures allows the geriatrician, in accordance with CGA domains and possible clinical situations, to timely and efficiently draw up a patient management plan based on the results of CGA and current clinical guidelines.

**Keywords:** Comprehensive Geriatric Assessment; CGA; frailty; organization; clinical guidelines; measures plan; geriatric care; older and oldest-older patients.

**For citation:** Trukhanov A.V., Runikhina N.K., Reshetova A.A., Tkacheva O.N., Kotovskaya Yu.V., Sharashkina N.V. Managing Older and Oldest-Old with Frailty in Outpatient and Inpatient Clinics of Moscow (Treatment Algorithm Based on CGA Rresults). *Russian Journal of Geriatric Medicine*. 2023; 3(15): 188–194. DOI: 10.37586/2686-8636-3-2023-188-194

Совершенствование ведения пациентов пожилого и старческого возраста в амбулаторно-поликлинических и стационарных медицинских организациях для предупреждения развития осложнений и прогрессирования основных заболеваний, а также предупреждения развития старческой астении, других гериатрических синдромов, функциональных нарушений, зависимости от посторонней помощи и ухода.

Численность населения г. Москвы в возрасте 60 лет и старше неуклонно растет. На 1 января 2022 года в Москве проживало 3219,9 тыс. человек в возрасте 60 лет и старше, что составляет 25,5% от общей численности населения (по данным Росстата). Расчетная численность граждан (мужчин и женщин) в возрасте 60 лет и старше при среднем темпе прироста к 2036 году — 4 268 846 человек, и достигнет 30,7% от общей численности населения (по данным НИИОИЗМ ДЗМ).

Пожилые пациенты являются наиболее уязвимой группой пациентов в связи с высокой заболеваемостью, наличием мультиморбидности, гериатрических синдромов, повышенным риском развития осложнений, риском ухудшения функционального статуса, потери автономности и высокой смертности.

Распространенность хронических неинфекционных заболеваний (далее — ХНИЗ) и их сочетаний увеличивается с возрастом [2]. Самая высокая частота сочетанной патологии наблюдается в возрастной группе 85 лет и старше и составляет >70% у мужчин и 80% у женщин, а наличие сочетанной патологии увеличивает риск смерти более, чем в 5 раз [3,4].

По данным ВОЗ от ХНИЗ ежегодно в мире умирает 41 млн человек, что составляет 71% всех случаев смерти, из них >15 млн человек умирают в возрасте от 30 до 69 лет [5].

К ХНИЗ, являющимся основными причинами преждевременной смертности населения, относятся: сердечно-сосудистые заболевания, прежде всего связанные или обусловленные атеросклеротическим заболеванием сердечно-сосудистой системы, артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные болезни, от которых в мире умирает 17,9 млн человек ежегодно; злокачественные новообразования — 9,3 млн смертей; хронические респираторные заболевания, прежде всего хроническая обструктивная болезнь легких и бронхиальная астма — 4,1 млн смертей; сахарный диабет — 1,5 млн смертей [5].

Более 80% всех случаев преждевременной смерти от ХНИЗ приходится именно на эти четыре группы заболеваний, имеющие общие управляемые или модифицируемые факторы риска (курение, физическая активность, диета, алкоголь, пищевая соль), негативно влияющие на развитие и течение заболеваний [6]. Превентивные меры

общественного здравоохранения во многих странах в течение последних десятилетий были сосредоточены на этих группах заболеваний и факторах риска. Однако сейчас становится очевидным недостаточность мер «стандартного» подхода к предупреждению заболеваемости и снижению смертности в условиях увеличения числа и доли граждан старшего возраста. Случаи неврологических заболеваний, психических нарушений (депрессии), заболеваний опорно-двигательного аппарата, сенсорные дефициты вносят существенный вклад в уровень заболеваемости населения и должны быть учтены в комплексных программах с акцентом на предупреждение развития функциональных нарушений и инвалидности.

В структуре общей заболеваемости г. Москвы у лиц старше трудоспособного возраста первые пять позиций (по убывающей) занимают болезни кровообращения (31,0%), болезни органов дыхания (10,6%), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (10,0%), болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (7,5%), болезни мочеполовой системы (7,3%) (по форме ФСН № 12 за 2021 год).

Характерная для пожилого возраста высокая заболеваемость и мультиморбидность у лиц пожилого возраста связана с преждевременным старением и развитием гериатрических синдромов. Исследования демонстрируют тесные ассоциации гериатрических синдромов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сахарным диабетом, хронической болезнью почек, заболеваниями суставов и нижних отделов дыхательных путей, онкологическими заболеваниями [7].

Старческая астения (далее — СА) — это основной гериатрический синдром, характеризующийся возраст-ассоциированным снижением физиологического резерва и функций многих систем организма, приводящий к повышенной уязвимости организма пожилого человека к воздействию эндо- и экзогенных факторов и высокому риску развития неблагоприятных исходов для здоровья, потери автономности и смерти.

Диагностика синдрома СА состоит из двух этапов:

1. Скрининг старческой астении (выполняется любым медицинским работником, контактирующим с пациентом 60 лет и старше, в первую очередь врачом общей практики, врачом терапевтом-участковым, семейным врачом).

2. Комплексная гериатрическая оценка (далее — КГО) (выполняется врачом-гериатром, медицинской сестрой и другими участниками мультидисциплинарной команды).

КГО — многомерный междисциплинарный диагностический процесс, включающий оценку физического и психоэмоционального статуса, функциональных возможностей и социальных проблем

пожилого человека, с целью разработки плана лечения и наблюдения, направленного на восстановление или поддержание уровня его функциональной активности [1].

Распространенность синдрома СА среди амбулаторных пациентов пожилого возраста по данным ряда авторов варьирует от 8,9 до 26% и зависит от способа диагностики (справочно: для расчета при планировании научных исследований, а также потребности в гериатрической помощи принимаются значения 18–20%). Распространенность старческой астении увеличивается в более старших группах (с увеличением возраста ежегодно на 3%), достигает 40–44% в возрасте 90–95 лет [9]. Коморбидные заболевания повышают вероятность развития старческой астении. Так, у пациентов с новообразованиями старческая астения присутствует приблизительно в 40% случаев, при хронической сердечной недостаточности — в 45%. Среди институализированных пациентов распространенность старческой астении достигает 52%. Распространенность преастении варьирует в пределах 40–60% [11].

Хронические неинфекционные заболевания в сочетании со СА и другими гериатрическими синдромами (падения, недержание мочи, головокружение, обмороки, когнитивные дефициты) оказывают существенное влияние и нагрузку на системы здравоохранения и социального обеспечения. Расходы на медицинскую помощь и госпитализацию больных, которую можно было бы предотвратить, резко возрастают с увеличением числа сочетанных заболеваний (коморбидности) [8].

В структуре всех граждан пожилого и старческого возраста можно выделить группы пациентов для оказания медицинской помощи и ухода на основе медицинских, функциональных и социально-экономических данных: «крепкие» (42%), пациенты с преастенией (36%), пациенты со СА (22%) (из которых 8% имеют тяжелую и очень тяжелую СА) [10].

«Крепкие» пациенты — это активные, энергичные граждане с высоким уровнем мотивации. Они не имеют ограничений в физической активности и независимы от посторонней помощи. Свое состояние здоровья они оценивают как отличное и хорошее.

Пациенты с преастенией, несмотря на независимость от посторонней помощи, имеют ограничения в физической активности. Отмечаются жалобы на медлительность, повышенную утомляемость. Может потребоваться помощь при необходимости добраться до мест, расположенных вне привычной дистанции. Базовая функциональная активность (далее — БФА) сохранена. БФА — это способность человека самостоятельно выполнять элементарные действия по самообслуживанию (персональная гигиена, прием пищи, одевание, прием ванны, посещение туалета, перемещение на небольшие

расстояния, подъем по лестнице, контролирование мочеиспускания и дефекации) [1].

Пациенты со СА нуждаются в помощи почти во всех видах инструментальной функциональной активности и ведении домашнего хозяйства. Имеются проблемы с подъемом по лестнице, зависимы от посторонней помощи при выполнении гигиенических мероприятий, одевании, приготовлении пищи (БФА умеренно снижена).

Пациенты с тяжелой и очень тяжелой СА полностью зависят от посторонней помощи — физически и/или когнитивно. В целом состояние тяжелых пациентов может быть относительно стабильным. Риск смерти в течение ближайших 6 месяцев невысокий, однако любой стресс ухудшает состояние этих пациентов, им тяжело восстановиться даже после легкой болезни. Пациенты с очень тяжелой СА приближаются к концу жизни, с ожидаемой продолжительностью жизни менее 6 месяцев (БФА значительно снижена) [4].

Индивидуальный подход к ведению пациентов пожилого и старческого возраста является важной, специфической целью организации деятельности врачей-гериатров. Основное направление деятельности заключается в поддержании, а также, по возможности, улучшении функционального статуса пациентов с сохранением автономности в течение как можно более длительного времени путем надежного и безопасного контроля имеющихся заболеваний, профилактики прогрессирования существующих и появления новых гериатрических синдромов.

План долговременного ведения гериатрического пациента составляется по результатам КГО.

Ниже приводится краткий алгоритм составления плана лечебных мероприятий в соответствии с доменами КГО и возможными клиническими ситуациями (Таблица 1).

План мероприятий представлен в соответствии с действующими клиническими рекомендациями («Старческая астения» [1], «Когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста» [12], «Недостаточность питания (мальнутриция) у пациентов пожилого и старческого возраста» [13], «Падения у пациентов пожилого и старческого возраста» [14], «Хроническая боль у пациентов пожилого и старческого возраста» [15]) и с учетом критериев оценки качества оказания медицинской помощи при СА.

Обязательным условием составления плана по результатам КГО является оценка многих областей состояния здоровья и функциональных нарушений. В отличие от оценки потребностей по конкретной клинической проблеме, которая может быть сосредоточена на одном заболевании или синдроме и путях его лечения, КГО требует обзора всех доменов. Механизм КГО заключается в преобразовании нескольких доменных оценок или записей специалистов в систематическое

Таблица 1.

## План лечебно-профилактических мероприятий по результатам КГО

	Процедура	Инструменты	Рекомендации
<b>1.</b>	<b>Физический статус</b>		
1.1.	Сбор анамнеза заболевания.	1. Опрос пациента. 2. Изучение медицинской документации. 3. Опрос опекуна, родственников, сиделки.	Рекомендованы дополнительные обследования, консультации специалистов согласно имеющейся патологии в соответствии с клиническими рекомендациями.
1.2.	Анализ принимаемых пациентом лекарственных средств. Предупреждение полипрагмазии.	1. Оценка принимаемых пациентом лекарственных средств с использованием STOPP/START-критериев. 2. Оценка по критериям Бирса. 3. Соответствие клиническим рекомендациям.	1. Обсуждение схемы лечения с пациентом. 2. Подбор дозы лекарственных средств с учетом эффективности и доступности. 3. Определение сроков длительности лекарственной терапии. 4. Замена симптоматического лечения на нелекарственные методы лечения.
1.3.	Проведение антропометрических исследований.	1. Измерение роста. 2. Измерение веса. 3. Расчет индекса массы тела (ИМТ).	1. При ИМТ > 35 — диета с ограничением калорийности. 2. При ИМТ < 18 — консультация по питанию (белок 1,5 г на 1 кг массы тела). 3. При снижении роста пациента на 4 см и более в сравнении с ростом в возрасте 20-25 лет — рекомендовано проведение денситометрии.
1.4.	Оценка питания		
1.4.1.	Оценка недостаточности или риска дефицита питания.	1. Сбор и анализ данных анамнеза, физикального обследования и результатов лабораторных исследований. 2. Краткая шкала оценки питания (Mini Nutritional Assessment, MNA).	При дефиците питания: 1. Консультация по питанию (белок 1,5 г на 1 кг массы тела, водно-питьевой режим не менее 1,5 л воды в сутки), индивидуальный план питания. 2. Контроль массы тела. 3. Консультация по вопросам использования ПЭП (пероральное энтеральное питание). 4. Обучение лиц, осуществляющих уход (родственники, опекуны, сиделки), вопросам здорового питания.
1.4.2.	Оценка состояния ротовой полости, жевания.	1. Осмотр. 2. Сбор анамнеза.	При отсутствии ухода либо недостаточной гигиене полости рта: 1. Рекомендации по гигиене полости рта. 2. Консультация и лечение у врача-стоматолога. 3. Зубопротезирование.
1.4.3.	Оценка глотания.	1. Сбор анамнеза (опрос). 2. Тест оценки глотания с продуктами различной плотности и объема (VVT).	При дисфагии: 1. Консультация по питанию, рекомендации по способу приготовления пищи, подбор продуктов питания. 3. Обучение лиц, осуществляющих уход (родственники, опекуны, сиделки), правилам кормления. 4. Использование загустителей пищи. 5. Блендирование пищи. 6. Речевые упражнения.
1.5.	Измерение артериального давления (далее — АД).	1. Определение АД на правой руке. 2. Определение АД на левой руке.	При выявлении артериальной гипертонии — ведение пациента в соответствии с клиническими рекомендациями.
1.6.	Выполнение ортостатической пробы.	1. Измерение АД в положение лежа и стоя. 2. Измерение ЧСС в положение лежа и стоя.	При выявлении гипотонии: 1. Анализ лекарственных средств, имеющих риск развития ортостатических реакций (вазодилаторы, антигипертензивные препараты, диуретики и т.д.), коррекция терапии. 2. Рекомендации по соблюдению водно-солевого режима (прием жидкости до 1,5 л в сутки). 3. Рекомендации по образу жизни (медленный подъем с постели, подбор индивидуального рациона питания, нормализация двигательного режима, подъем головной части кровати пациента). 4. Использование компрессионного белья на нижние конечности (гольфы, чулки, бинтование). 5. Лекарственная терапия (мидодрин, атропин, преднизолон, мезатон) по показаниям.

	Процедура	Инструменты	Рекомендации
1.7.	Оценка зрения.	Определение остроты зрения с использованием таблицы Розенбаума.	При нарушении и отсутствии коррекции рекомендована консультация врача-офтальмолога.
1.8.	Оценка слуха.	Определение остроты слуха с использованием аудиометрии.	При нарушении и отсутствии коррекции рекомендована консультация врача-сурдолога-оториноларинголога.
1.9.	Оценка 10-летнего риска остеопоротических переломов с использованием шкалы FRAX.	Шкала оценки риска переломов FRAX (fracture risk assessment tool).	При высоком риске переломов: 1. Выполнение денситометрии. 2. Оценка уровня кальция, фосфора, креатинина, витамина D в крови. 3. Назначение антиостеопоротических препаратов, препаратов кальция и витамина D.
1.10.	Оценка риска падений.	1. Шкала Морсе (для госпитализированных пациентов). 2. Тест «Встань и иди». 3. Проверка (осмотр помещения) безопасности условий проживания.	При высоком риске падений: 1. Регулярная физическая активность, силовые упражнения на группы мышц нижних конечностей, ЛФК, консультирование по вопросам рационального питания (белок 1,5 г на 1 кг массы тела). 2. Контроль витамина D. 3. Рекомендована дополнительная консультация врачей специалистов. 4. Корректировка лекарственной терапии (отказ от седативных ЛП, нейролептиков и т.д.). 5. Коррекция сенсорных дефицитов (очки, слуховые аппараты). 6. Рекомендации по использованию вспомогательных средств передвижения (трости, костыли, ходунки, коляски). 7. Консультирование по вопросам подбора обуви. 8. Установка системы «тревожной кнопки». 9. Назначение антиостеопоротических препаратов, препаратов кальция и витамина D. 10. Консультирование пациентов и их родственников по вопросам организации безопасных условий проживания.
<b>2. Функциональный статус</b>			
2.1.	Оценка мобильности, равновесия и мышечной активности.	1. Краткая батарея тестов физического функционирования. 2. Тест «Встань и иди».	При нарушении мобильности: 1. Рекомендована функциональная активность. 2. Консультация врача лечебной физкультуры (ЛФК) для подбора индивидуальной программы тренировки, комплексы физических упражнений. 3. Диета: потребление белка 1,5 г на 1 кг массы тела ежедневно.
2.2.	Оценка функциональной и инструментальной активности.	1. Шкала Бартел. 2 Шкала Лоутона.	При снижении активности: 1. При результате 100-95 баллов: ЛФК, функциональная активность, небольшая помощь в ежедневной активности. 2. При результате 20-60 баллов: ЛФК, функциональная активность, помощь в личной гигиене, принятии пищи, при кормлении. 3. При результате <20 баллов: помощь при кормлении, в личной гигиене, предупреждении пролежней. 4. Решение вопроса о предоставлении индивидуальных средств передвижения и личной гигиены (участие социальной службы). 5. Рекомендации по возможному включению пациента в систему долговременного ухода (СДУ).
<b>3. Психоэмоциональный статус</b>			
3.1.	Оценка психического статуса.	Краткая шкала оценки психического статуса Mini Mental State Examination (MMSE).	При выявлении умеренных когнитивных расстройств: 1. Рекомендации по когнитивному тренингу. 2. Рекомендации по физической активности. 3. Рекомендации по питанию.  При выявлении тяжелых когнитивных расстройств: 1. Рекомендована дополнительная консультация врача-невролога (возможно, психиатра).

	Процедура	Инструменты	Рекомендации
			2. Подбор медикаментозной терапии. 3. Консультация специалиста по социальной работе. 4. Работа с родственниками, опекунами.
3.2.	Оценка наличия когнитивных расстройств.	1. Тест Мини-Ког (Mini-Cog). 2. MoCA-тест с использованием Монреальской шкалы. 3. Сбор жалоб и анамнеза не только у пациентов, но и у информаторов.	При наличии когнитивных расстройств: 1. Консультация врача-невролога (возможно, психиатра). 2. Подбор, коррекция терапии. 3. Рекомендации по когнитивному тренингу. 4. Рекомендации по физической активности, ЛФК. 5. Рекомендации по питанию. 6. Консультация специалиста по социальной помощи пациентам с тяжелыми когнитивными расстройствами. 7. Работа с родственниками, опекунами. 8. Пациентам с деменцией и ухаживающим за ними лицам рекомендовано клинико-психологическое консультирование.
3.3.	Оценка эмоционального статуса.	Шкала оценки состояния здоровья («Patient Health Questionnaire», PHQ-9).	При наличии депрессии: 1. Консультация психолога. 2. Консультация сомнолога. 3. Когнитивный тренинг. 4. Индивидуальный подбор программы повседневной деятельности пациента. 5. В тяжелых случаях подбор антидепрессантов.
3.4.	Оценка делирия.	Шкала оценки спутанности сознания (Confusion Assessment Method, CAM).	При наличии признаков делирия рекомендована дополнительная консультация врача-невролога, психиатра.
3.5.	Оценка наличия хронической боли.	1. Сбор анамнеза и скрининг хронической боли. 2. Визуально-аналоговая шкала боли (ВАШ). 3. Оценка невропатической боли по шкале DN4 (Douleur Neuropathique en 4 Questions).	При наличии хронической боли: 1. Рекомендована дополнительная консультация врачей специалистов. 2. Лекарственная терапия (парацетамол, нестероидные противовоспалительные препараты, прегабалин, габапентин, дулоксетин, лидокаин). 3. Контроль обезболивающей терапии.
3.6.	Оценка вероятности саркопении.	Скрининг саркопении согласно алгоритму (опросник SARC-F).	При наличии саркопении: 1. Консультация врача-диетолога, врача-онколога. 2. Подбор рационального питания (потребление белка до 1,5 г на 1 кг массы тела в сутки, водно-питьевой режим не менее 1,5 л воды в сутки). 3. Рекомендована функциональная активность. 4. Дополнительная консультация врача ЛФК для подбора индивидуальной программы тренировки, комплексов физических упражнений. 5. Консультация по вопросам организации безопасных условий проживания.
<b>4.</b>	<b>Социальный статус</b>		
4.1.	Оценка потребности пациента в социальном обслуживании и долговременном уходе.	Сбор информации относительно социально-бытовых условий, наличия родственников, возможностей ухода.	При наличии потребности в уходе: 1. Передача информации в социальную службу. 2. Организация ухода (совместно с социальной службой). 3. Рекомендации по включению пациента в систему долговременного ухода (СДУ).

представление о состоянии здоровья человека и подведении итогов всех наблюдений, информации и знаний о пожилом человеке, а также в понимании ограничений и сильных сторон человека. Сбор мнений членов семьи или ухаживающего персонала с использованием их в основном в качестве источника информации во время междисциплинарных встреч для лучшего понимания личности пациента (а не набора диагнозов и оценок) является важным этапом составления долгосрочного плана

ведения пациента со СА. Межпрофессиональная команда формирует общее представление о приоритетах оказания помощи, составляет конкретный план мероприятий с четко обозначенными целями, с определением сроков их достижения и формата ухода. Ключевыми элементами комплексных программ являются индивидуально подобранные схемы лекарственной терапии, предупреждение полипрагмазии, адаптированная физическая активность, предоставление социальной помощи.

Очевидно, что комплексный подход к оценке состояния пожилого человека способен повысить эффективность медицинской помощи в целом и оптимизировать лечение каждого пациента. Многофакторные индивидуальные вмешательства, сочетающие физические упражнения, лекарственную терапию, питание и когнитивные тренировки, улучшают функциональную активность и общее состояние здоровья пациентов со СА.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Клинические рекомендации по старческой астении. Ткачева О.Н., Котовская Ю.В., Рунихина Н.К., Фролова Е.В., Наумов А.В., Воробьева Н.М., Остапенко В.С., Мхитарян Э.А., Шарашкина Н.В., Тюхменев Е.А., Переверзев А.П., Дудинская Е.Н. Клинические рекомендации «Старческая астения». Российский журнал гериатрической медицины. 2020;(1):11–46. <https://doi.org/10.37586/2686-8636-1-2020-11-46>
2. Yarnall A.J., Sayer A.A., Clegg A., Rockwood K., Parker S., Hindle J.V. New horizons in multimorbidity in older adults. *Age Ageing*. 2017;46(6):882–888. DOI: 10.1093/ageing/afx150.
3. Kirchberger I., Meisinger C., Heier M., et al. Patterns of multimorbidity in the aged population. Results from the KORA-Age study. *PLoS One*. 2012;7(4): e30556. DOI: 10.1371/journal.pone.0030556.
4. Shalnova S.A., Yarovaya E.V., Makarova Yu.K., et al. Are Russian Men with Intermittent Claudication and/or Angina Pectoris Have the Same Cardiovascular and All-Cause Mortality Risks? The Data of the Prospective Population-Based Study. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2020;16(5):787–97. (In Russ.) Шальнова С.А., Яровая Е.В., Макарова Ю.К. и др. Одинаков ли риск смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и от всех причин у российских мужчин со стенокардией и/или с перемежающейся хромотой? Данные популяционного проспективного исследования. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии*. 2020;16(5):787–97.
5. WHO. Noncommunicable Diseases: Mortality (2019). [https://www.who.int/gho/ncd/mortality\\_morbidity/en/](https://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/en/)
6. Uropean Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. A course for recovery. 2006. (In Russ.) Европейская стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями. Курс на оздоровление. 2006. [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/76528/E89306R.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/76528/E89306R.pdf)
7. Weiss O.C. Frailty and Chronic Diseases in Older Adults // *Clin. Geriatr. Med.* — 2011. — Vol.27. — P. 39–52.
8. Inouye S.K., Studenski S., Tinetti M.E., Kuchel G.A. Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *J Am Geriatr Soc*. 2007;55: 780–791.
9. Leveille S.G., Penninx B.W.J.H., Melzer D., et al. Sex differences in the prevalence of mobility disability in old age: the dynamics of incidence, recovery and mortality. *J Gerontol: Psychol Sci Soc Sci*. 2000;55B:S41–S50.
10. Liotta G., Roller-Wirnsberger R., Iaccarino G., et al. From the bench to practice — Field integration of community-based services for older citizens with different levels of functional limitation across European Regions. *Transl Med UniSa*. 2020;23:1–8. Published 2020 Oct 1. DOI: 10.37825/2239-9747.1020.
11. Остапенко В.С. Распространенность и структура гериатрических синдромов у пациентов амбулаторно-поликлинических учреждений г.: авторефер. дис. канд. мед. наук / В.С. Остапенко. — М.: 2017. — 157 с.
12. Боголепова А.Н., Васенина Е.Е., Гомзякова Н.А., Гусев Е.И., Дудченко Н.Г., Емелин А.Ю., Залуцкая Н.М., Исаев Р.И., Котовская Ю.В., Левин О.С., Литвиненко И.В., Лобзин В.Ю., Мартынов М.Ю., Мхитарян Э.А., Незнамов Н.Г., Пальчикова Е.И., Ткачева О.Н., Чердак М.А., Чимагомедова А.Ш., Яхно Н.Н. Клинические рекомендации «Когнитивные расстройства у пациентов пожилого и старческого возраста». *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2021;121(10–3):6–137. <https://doi.org/10.17116/jnevro20211211036>
13. Ткачева О.Н., Тутельян В.А., Шестопалов А.Е., Котовская Ю.В., Стародубова А.В., Погожева А.В., Остапенко В.С., Рунихина Н.К., Шарашкина Н.В., Крылов К.Ю., Вараева Ю.Р., Герасименко О.Н., Горобей А.М., Ливанцова Е.Н., Переверзев А.П., Шпагина Л.А. Недостаточность питания (мальнутриция) у пациентов пожилого и старческого возраста. Клинические рекомендации. Российский журнал гериатрической медицины. 2021;(1):15–34. <https://doi.org/10.37586/2686-8636-1-2021-15-34>
14. Ткачева О.Н., Котовская Ю.В., Мильто А.С., Рунихина Н.К., Фролова Е.В., Наумов А.В., Дудинская Е.Н., Мачехина Л.В., Воробьева Н.М., Розанов А.В., Остапенко В.С., Мхитарян Э.А., Шарашкина Н.В., Ховасова Н.О., Тюхменев Е.А., Бабенко И.В., Лесняк О.М., Белова К.Ю., Евстигнеева Л.П., Ершова О.Б. Падения у пациентов пожилого и старческого возраста. Клинические рекомендации. Российский журнал гериатрической медицины. 2021;(2):153–185. <https://doi.org/10.37586/2686-8636-2-2021-148-174>
15. Ткачева О.Н., Наумов А.В., Котовская Ю.В., Рунихина Н.К., Мильто А.С., Алексанян Л.А., Ховасова Н.О., Мороз В.И., Маневич Т.М., Розанов А.В., Остапенко В.С., Мешков А.Д. Хроническая боль у пациентов пожилого и старческого возраста. Клинические рекомендации. Российский журнал гериатрической медицины. 2021;(3):275–320. <https://doi.org/10.37586/2686-8636-3-2021-275-312>