

Научная статья

УДК 616—053.9

doi:10.25742/NRIPH.2024.01.009

К вопросу о структурировании гериатрической патологии

Михаил Александрович Якушин¹, Анна Владимировна Воробьева^{2✉},
Ольга Валентиновна Карпова³, Михаил Дмитриевич Васильев⁴

^{1–4}ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья
имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва, Российская Федерация;

¹Московский государственный областной университет, г. Москва, Российская Федерация; ГБУ города
Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента
Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Российская Федерация

¹yakushinma@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1198-1644>

²vorobievaanna2010@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-4609-5343> 3

³dr.ovkarpova@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9466-219X>

⁴m.vasilev@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1646-7345>

Аннотация. Несмотря на успехи развития отечественной гериатрии до сих пор не разработана классификация гериатрической патологии. Отсутствие классификации гериатрических синдромов и гериатрических болезней тормозит развитие гериатрии. В конце прошлого века, когда предпринималась серьезная попытка организации отечественной гериатрической службы, профиль гериатрического приема был определен как «оказание специализированной стационарной и консультативно-диагностической медицинской помощи населению пожилого и старческого возрастов и лицам с признаками преждевременного старения организма¹». О заболеваниях и патологических процессах, ассоциированных со старением, в приказе № 297 не было сказано ни слова, хотя в преамбуле к нему указывалось, что потребность в госпитализации по отдельным видам специализированной медицинской помощи (кардиология, эндокринология, пульмонология, урология, офтальмология, неврология, психиатрия и другие) для лиц старших возрастов в 1,5–3 раза превышает аналогичные показатели для трудоспособного населения. Отсутствие нозологической конкретизации гериатрического приема привело к бесконтрольному направлению в гериатрический кабинет всего потока возрастных пациентов. Авторами проведен анализ публикаций, анализ действующих профильных классификаций, а также анализ данных собственных исследований. Авторами разработан реестр семидесяти семи гериатрических болезней и синдромов, уточнены их критерии и причинно-следственные связи.

Ключевые слова: гериатрический синдром; гериатрическая болезнь; гериатрическая патология; гериатрия

Для цитирования: Якушин М. А., Воробьева А. В., Карпова О. В., Васильев М. Д. К вопросу о структурировании гериатрической патологии // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 1. С. 54—63. doi:10.25742/NRIPH.2024.01.009.

Original article

On the issue of structuring geriatric pathology

Mikhail A. Yakushin¹, Anna V. Vorobeva^{2✉}, Olga V. Karpova³, Mikhail D. Vasiliev⁴

^{1–4}N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russian Federation;

¹Moscow State Regional University, Moscow, Russian Federation; Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, Moscow, Russian Federation

¹yakushinma@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1198-1644>

²vorobievaanna2010@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-4609-5343> 3

³dr.ovkarpova@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9466-219X>

⁴m.vasilev@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1646-7345>

Annotation. Despite the success of the development of domestic geriatrics, a classification of geriatric pathology has not yet been developed. The lack of classification of geriatric syndromes and geriatric diseases inhibits the development of geriatrics. At the end of the last century, when a serious attempt was made to organize a domestic geriatric service, the profile of geriatric reception was defined as «providing specialized inpatient and consultative diagnostic medical care to the elderly and senile population and persons with signs of premature aging of the body.» Order No. 297 did not say a word about diseases and pathological processes associated with aging, although the preamble to it indicated that the need for hospitalization for certain types of specialized medical care (cardiology, endocrinology, pulmonology, urology, ophthalmology, neurology, psychiatry and others) for older people is 1.5–3 times higher than similar indicators for the able-bodied population. The lack of nosological specification of geriatric admission led to uncontrolled referral of the entire flow of age-related patients to the geriatric office.

¹Приказ Минздрава России от 28.07.1997 г. № 297 «О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возраста в РФ»

The authors carried out an analysis of publications, an analysis of existing profile classifications, as well as an analysis of their own research data. The authors have developed a register of seventy-seven geriatric diseases and syndromes, clarified their criteria and cause-and-effect relationships.

Key words: *geriatric syndrome; geriatric disease; geriatric pathology; geriatrics*

For citation: Yakushin M. A., Vorobeva A. V., Karpova O. V., Vasiliev M. D. On the issue of structuring geriatric pathology. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2024;(1):54–63. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2024.01.009.

Введение

Начиная с 2014 года, когда Правительством РФ были сформулированы основные положения стратегии действий в интересах граждан старших возрастных групп, отечественная гериатрия в своем развитии совершила качественный скачок². За короткий период удалось выстроить инфраструктуру гериатрической службы, внедрить в ее деятельность передовые технологии, создать методическую базу, подготовить специалистов. Однако некоторые стратегические вопросы остались нерешенными; в первую очередь это касается структурирования гериатрической патологии.

Диагностика и лечение профильной патологии является базовой задачей любой клинической специальности. Для гериатрии профильной патологией являются гериатрические синдромы (ГС) и гериатрические болезни (ГБ)³. Множество публикаций посвящено систематизации гериатрической патологии, изучению патогенеза и особенностей клинических проявлений старческих болезней. Почти каждая подобная статья оканчивается неким списком синдромов и (или) болезней, которые, по мнению авторов, следует относить к ГС и (или) ГБ. Основанием служат полученные в ходе исследования статистические данные, доказывающие широкую распространенность данной патологии среди населения старших возрастных групп. Одни болезни (синдромы) присутствуют в большинстве списков, другие — лишь в отдельных; единого же перечня — нет. Между тем, вопрос это принципиальный; гериатр, как и любой другой клиницист, обязан твердо знать границы своей компетенции.

Проблема в том, что ГС и ГБ — это не вновь открытые болезни, а всем хорошо известные; со времен Авиценны их успешно лечили врачи других специальностей; эти болезни входят в профильные классификации, стандарты, клинические рекомендации. Целесообразность их передачи в гериатрическую сферу деятельности медицинским сообществом воспринимается неоднозначно. Многие полагают, что гериатр не должен претендовать на ведение «основных» нейродегенеративных и сердечно-сосудистых заболеваний, поскольку не способен достичь необходимой для этого квалификации, что ему не сравняться с неврологом в лечении сенильной деменции или стать «конкурентом» отоларингологу в лечении пресбиопии. За советом пожилой пациент все-равно будет обращаться к узкому специалисту [1]. Действительно, ведение многих бо-

лезней, которые принято относить к старческим, например, дальнозоркости или катаракты, требует освоения узкопрофильных компетенций, в чем особого смысла нет, поскольку окулисты прекрасно справляются с их лечением. Тем важнее скорейшим образом определиться в вопросе разграничения сфер ответственности между гериатрами и врачами смежных специальностей.

Цель исследования

Оценить современное состояние классификации гериатрической патологии и сформировать ее современную структуру.

Материалы и методы исследования

Авторами проведен анализ публикаций, анализ действующих профильных классификаций, а также анализ данных собственного исследования, в котором были участниками 748 пациентов — 260 (34,8%) мужчин и 488 (65,2%) женщин, находившихся на лечении в многопрофильном медицинском учреждении — Московском областном госпитале для ветеранов войн.

Результаты и их обсуждение

В соответствии, с порядком оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия», основным маркером гериатрической патологии считается старческая астения (СА) — отечественный аналог синдрома старческой «хрупкости» (frailty, шифр по МКБ-10 R54)⁴. Подобный выбор объясняется тем, что большинство ГС и ГБ, помимо специфических признаков, проявляются симптомокомплексом СА: произвольное снижение веса на 4,5 кг и более за прошедший год, выраженное ограничение мобильности, зависимость от посторонней помощи, падения, недержание мочи, деменция, развитие делирия, не связанного с алкоголизмом. Подобно свистку на закипающем чайнике СА сигнализирует о том, что адаптационный резерв организма исчерпан, существует угроза здоровью, которую требуется срочно устранить. СА — это гериатрический «красный флажок», универсальный сигнал тревоги.

В клинических рекомендациях «Старческая астения» дано следующее определение ГС: «многофакторное возраст-ассоциированное клиническое состояние, ухудшающее качество жизни, повышающее риск неблагоприятных исходов (смерти, зависимости от посторонней помощи, повторных госпитализаций, потребности в долгосрочном уходе) и функциональных нарушений⁵». Помимо связи с возрас-

² Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения Российской Федерации до 2025 года, утвержденная распоряжением Правительства РФ от 05.02.2016 г. № 164-р.

³ Профессиональный стандарт 02.049 «врач-гериатр».

⁴ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 января 2016 г. № 38н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия».

том (возраст-ассоциированный) и многоликостью проявлений (различные функциональные нарушения) данное определение опирается на полимодальность патогенетических механизмов, приводящих к их развитию. На формирование ГС влияет множество факторов, сопряженных со старением организма, в том числе, преобладание дегенеративных процессов над репаративными, торможение различных видов обмена, прогрессирующее снижение кровообращения, ослабление иммунологической резистентности, гормональные сбои [2]. В пожилом возрасте все эти «многофакторные» клинические состояния переплетаются между собой, определяя специфику и полимодальность ГС. Подчеркивается, что от «обычного» клинического синдрома ГС отличается тем, что «не является проявлением патологии одного органа или системы организма, а отражает комплекс изменений в нескольких системах». В зависимости от комбинации патогенетических факторов, точек их приложения, распространенности и интенсивности, а также компенсаторных возможностей организма, клиника ГС может существенно варьировать [3].

Первую попытку классифицировать ГС предпринял В. Isaacs объединив пять, по его мнению, наиболее характерных для пожилого возраста синдромов, обозначив их, как «гиганты гериатрии»; в эту группу вошли: сенсорные дефициты (снижение зрения и (или) слуха), нарушение баланса и падения, недержание мочи и (или) кала, снижение когнитивных функций. Позже J. Morley пополнил группу «гигантов» саркопенией и старческой хрупкостью (Frailty), которая в отечественной интерпретации обозначается как СА и в иерархии ГС занимает главную нишу [4–5].

В дальнейшем в группу ГС «влились» запоры (констипационный синдром), делирий, депрессия, синдром поведенческих и психических нарушений у пациентов с деменцией, остеопороз, снижение мобильности, головокружение, ортостатический синдром (ортостатический гипотония, ортостатическая тахикардия), дегидратация, хронический болевой синдром⁴. В некоторых перечнях фигурируют пролежни, возрастной андрогенный дефицит [6], нарушение сна (инсомния) [7], синдром беспокойных ног [8], психологические проблемы, ассоциированные со старостью [9], нарушение терморегуляции [4], адентия [10].

На появление все новых и новых ГС профессиональное сообщество реагирует благосклонно, без особых дискуссий, следуя принципу «всех впускать, никого не выпускать». В результате — точное количество ГС неизвестно; по некоторым данным их 60 [8], по другим — 65 [6] и даже — 85 [11]. Причем, обозначая количество, авторы не оглашают весь список, ограничиваясь «наиболее распространенными» формами. «Авторские» перечни разнятся друг от друга как в количественном, так и в качественном отношении (табл. 1).

Таблица 1

Основные гериатрические синдромы*

Гериатрические синдромы / Geriatric syndromes	Источник литературы / References											
	12	13	4	9	10	14	15	8	16	17	11	6
Старческая астения / Senile asthenia	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Деменция / Dementia	+	+	+			+		+	+	+	+	
Делирий / Delirium	+	+							+			
Депрессия / Depression	+	+							+	+	+	+
Апатия / Apathy						+			+			+
Синдром поведенческих и психических нарушений у пациентов с деменцией / Syndrome of behavioral and mental disorders in patients with dementia	+											
Психологические проблемы / Psychological problems									+			
Нарушение поведения и адаптации / Violation of behavior and adaptation									+			
Остеопороз / Osteoporosis	+		+									
Саркопения / Sarcopenia	+		+			+		+	+	+	+	+
Функциональные нарушения / Functional disorders	+								+			
Снижение мобильности / Reduced mobility	+		+				+			+		+
Нарушение равновесия / Imbalance	+	+					+	+				
Падения / Falls	+	+	+			+	+	+	+	+	+	+
Головокружение / Dizziness	+	+					+		+			
Синкопальные состояния / Syncope states		+										
Оростатический синдром / Orthostatic syndrome	+											
Снижение зрения / Reduced vision	+	+				+	+		+	+	+	+
Снижение слуха / Hearing loss	+	+				+	+		+	+	+	+
Недержание мочи / Urinary incontinence	+	+				+		+	+	+	+	+
Недержание кала / Fecal incontinence	+	+				+			+	+	+	+
Констипационный синдром/запор / Constipation syndrome/constipation	+					+	+		+		+	
Мальнутриция / Malnutrition	+	+	+			+	+	+	+	+	+	+
Дегидратация / Dehydration	+					+						+
Хронический болевой синдром / Chronic pain syndrome	+					+			+			+
Нарушение глотания / Violation of swallowing		+										
Снижение аппетита / Decreased appetite							+					
Одышка / Shortness of breath		+										
Пролежни / Bedsores		+				+		+	+			+
Нарушение сна/инсомния / Sleep disturbance/insomnia	+	+	+			+	+	+				+
Синдром беспокойных ног / Restless legs syndrome		+	+									
Боль в ногах / Pain in the legs						+						
Адентия / Adentia						+						
Возрастной андрогенный дефицит / Age-related androgen deficiency											+	
Гипотермия / Hypothermia						+					+	
Нарушение терморегуляции / Violation of thermoregulation												
Потеря сознания / Loss of consciousness										+		
Синдром насилия над стариками / The syndrome of violence against the elderly						+			+			+
Утрата самообслуживания / Loss of self-service									+			
Зависимость от помощи / Dependence on help									+			
Самоизоляция / Self-isolation									+			
Нарушение семейных связей / Violation of family ties									+			

* По материалам публикаций / *Based on the materials of publications

Некоторые «кандидаты» в ГС из приведенного списка явно не соответствуют гериатрическим критериям, поскольку чаще наблюдаются при психиче-

⁴ Клинические рекомендации «Старческая астения», одобренные Научно-практическим советом Минздрава России, 2020.

Таблица 2

Основные гериатрические болезни

Возраст-ассоциированные заболевания / Age-associated diseases	Источники литературы / References							
	13	12	7	4	24	25	26	20
Артериальная гипертония / Arterial hypertension	+		+		+			
ХСН / Chronic heart failure	+		+					
Фибрилляция предсердий / Atrial fibrillation	+		+					
Остеoarthritis / Osteoarthritis	+							
Анемия / Anemia	+						+	
Сахарный диабет / Diabetes mellitus	+							
Гипотиреоз / Hypothyroidism	+							
ХОБЛ / Chronic obstructive pulmonary disease	+					+		
Заболевания стопы / Diseases of the foot	+							
Заболевания кисти / Diseases of the hand	+							
ИБС / Coronary heart disease					+			
ЦВБ / Cerebrovascular diseases		+			+			
ЖКБ / Cholelithiasis						+		
Паркинсонизм / Parkinsonism	+							
Хорея / Chorea	+							
Дистония / Dystonia	+							
Последствия инсульта / The consequences of a stroke		+						
Катаракта / Cataract				+				
Заболевания терапевтического профиля +СА / Diseases of the therapeutic profile +SA		+						
Некоторые заболевания невр. профиля+СА / Some diseases of the neurological profile + SA		+						
Нервно-мышечные болезни / Neuromuscular diseases		+						
Онкологические заболевания / Oncological diseases								+
Нейро-дегенеративные заболевания / Neuro-degenerative diseases								+
Патология опорно-двигательного аппарата / Pathology of the musculoskeletal system								+
Сердечно-сосудистые заболевания / Cardiovascular diseases								+

ских (апатия, психологические проблемы, нарушение поведения и адаптации), кардио-пульмонологических (одышка) и неврологических заболеваниях (нарушение глотания, потеря сознания, пролежни). Такие синдромы как «функциональные нарушения», «снижение аппетита», «гипотермия», «дегидратация» не имеют ни возрастной, ни нозологической привязки. Синдром «насилия над стариками», «утрата самообслуживания», «зависимость от помощи», «самоизоляция», «нарушение семейных связей» вообще не имеют медицинской коннотации и относятся скорее к социальным проблемам.

Отсутствует полная ясность и в классификации ГБ. Для их обозначения используется множество схожих терминов, отражающих связь с преклонным возрастом: старческие, возрастные, возраст-зависимые, возраст-ассоциированные, сенильные, пресби-патология. На то, что пожилые люди чаще болеют мочекаменной болезнью, катарактой, снижением слуха, болезнями суставов, бессонницей, обращал внимание еще Гиппократ в IV веке до н.э. [12]. Первое руководство по заболеваниям пожилого возраста было издано в 1914 г. в США. Первоначально выделение старческих болезней не имело прикладного значения, поскольку не подкреплялось спецификой их лечения. Лишь в конце XX века стали публиковаться наблюдения относительно особого влияния лекарств на старческий организм, что возобновило интерес к исследованию ГБ.

Большинство ГБ относятся к сердечно-сосудистым и нейродегенеративным, заболеваниям [13]. Часто к ним причисляют воспалительные заболевания желудочно-кишечного тракта, а также глаукому и катаракту [14]. Целый ряд исследователей, опираясь на данные статистики о возраст-зависимом увеличении заболеваемости, относят к ГБ артериальную гипертонию, ишемическую болезнь сердца и мозга, хроническую сердечную недостаточность, сахарный диабет, воспалительные заболевания нижних отделов дыхательных путей, хронические болезни почек и мочевыводящих путей, заболевания суставов (табл. 2) [15—16].

Особо diskutabelным является вопрос о включении в перечень ГБ онкологических заболеваний (ОЗ), которые по некоторым данным, встречаются более чем у 10% представителей пожилого и старческого возраста, что значительно превышает аналогичные показатели более молодых возрастных групп [17]. Поводов для направления пациента с ОЗ в гериатрический кабинет достаточно: патогномичные для онкологии прогрессирующее похудание, мальнутриция, саркопения, ограничение мобильности, недержание мочи соответствуют симптомокомплексу СА. Большинство экспертов-онкогеронтологов заостряют внимание на взаимосвязи рака и старения в том смысле, что возраст обязывает к онконастороженности. Поиск геропротекторной активности при выборе противоопухолевых препаратов не является обязательным. Ведение ракового больного должно ориентироваться исключительно на онкологические клинические рекомендации и стандарты. Отвлечение внимания на герои-

тропность может привести к упущению времени и шансов на выздоровление [18]. Следовательно, объединение онкологической патологии с гериатрической нецелесообразно. В то же время гериатр может подключиться к проведению симптоматического лечения, организации профилактических мер и реабилитации после хирургических вмешательств.

Не выдерживает критики включение в перечень ГБ целых групп болезней (заболевания терапевтического профиля, проявляющиеся СА, заболевания неврологического профиля, проявляющиеся СА, нервно-мышечные заболевания, нейро-дегенеративные заболевания, сердечно-сосудистые заболевания, патология опорно-двигательного аппарата, заболевания стопы и кисти, хорея, дистония, паркинсонизм, последствия инсульта) без их конкретизации, на том лишь основании, что отдельные формы этих групп в пожилом возрасте встречаются чаще, чем среди молодежи.

Сложности систематизации усугубляются отсутствием четкой дифференциации между ГС и ГБ. Даже Гиппократ смешивал артроз (болезнь) и бессонницу (синдром). Современные авторы продолжают ошибочно относить явные болезни (катаракта, паркинсонизм, хорея, дистония) к ГС, что создает путаницу. Мы полагаем, что установление причинно-следственных связей между ГБ и ГС является важнейшей задачей гериатрии. Очевидно, что ГБ в этом соотношении играют первичную роль: по сути, ГС

являются клиническим проявлением ГБ. Каждый ГС (в особенности такие «размытые» как «функциональные нарушения», «снижение мобильности», «головокружение») может являться следствием многих ГБ. Старческие болезни, формирующиеся вследствие влияния патогенетических факторов на органы и системы, проявляются симптомокомплексами, которые в совокупности формируют ГС; их специфика определяется профилем морбидности, т. е. «наложением» клиники одной болезни на другую.

Каждый врач хорошо знаком с относящейся к его специальности гериатрической патологией. Трудностей с диагностикой и лечением возрастных пациентов у невролога, офтальмолога, дерматолога и других специалистов обычно не возникает. В психиатрии даже выделен отдельный раздел «Гериатрическая психиатрия». Более того, у пожилого человека заранее предполагают наличие той или иной болезни по факту «возраста». Диагнозы «Атеросклероз», «ИБС», «Хроническая ишемия мозга» выставляются подчас «автоматически», формально, без должного обоснования. Восьмидесятилетний пациент с хорошей памятью и безукоризненным зрением является скорее исключением из правила, вызывает недоумение и потребность перепроверить результат.

В действующем порядке оказания гериатрической помощи допущенные ошибки частично устранены, благодаря введению в качестве фильтра гериатрического приема ГС и ГБ. Однако, до тех пор, пока каждая форма гериатрической патологии не займет свою конкретную нишу, проблему нельзя считать завершённой. Лишь классификация, одобренная профессиональным сообществом (в данном случае — Российской ассоциацией геронтологов и гериатров), способна закрепить сферу интересов и ответственность гериатра. Опирируя показателями заболеваемости, болезненности, инвалидизации, смертности по каждой гериатрической форме, можно уточнить потребность в гериатрической помощи и рациональную нагрузку на врача. Исходя из потребности, формируется должностной регламент и штатный состав гериатрических подразделений. ГС и ГБ — это фундамент функционирования гериатрической службы.

Неудовлетворительная проработка этого вопроса находит отражение в международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10), в которой «возрастные» коды практически отсутствуют. Исключение составляет старость (R54.), старческая атрофия (вялость) кожи (L57.4), старческая катаракта (H25.), старческая остеопороз (M83.1), сенильная дегенерация головного мозга (G31.1), пресбиакюзис (H91.1) и пресбиопия (H52.4). Семь шифров никак не отражают реального многообразия возрастной патологии.

«Белые пятна» в классификации негативно отражаются на обучающем процессе. В аккредитационных билетах по гериатрии, с одной стороны, фигурирует множество лишних, не имеющих гериатрической контекстуальности вопросов, касающихся

острых воспалительных заболеваний органов дыхания, пищеварения, сердечно-сосудистой системы, мочевыводящих путей, половых органов, которыми, в основном, страдают молодые люди. Большой раздел посвящен сугубо неврологическим проблемам — строению периферических нервов и сплетений, дугам сухожильных рефлексов, клинике полиневропатий, также не имеющим отношения к гериатрии. В билеты для будущих гериатров непонятно зачем включены вопросы о структуре детской заболеваемости и младенческой смертности. В то же время отсутствуют вопросы по метаболическому синдрому, который полностью подпадает под определение ГС; он формируется в результате системных нарушений гемодинамики и метаболизма, приводит к развитию возраст-ассоциированных клинических проявлений (сахарный диабет, артериальная гипертензия, окклюзирующе-стенозирующее поражение сосудов), ухудшает качество жизни и риск всевозможных осложнений и, без сомнений, создает непосредственную угрозу жизни [19].

На наш взгляд, для систематизации гериатрической патологии логично воспользоваться опытом структурирования детских болезней. В педиатрии, где возрастной ценз также является определяющим, болезни органов и систем объединены в автономные группы: «Детская кардиология, онкология, гематология, эндокринология, урология, хирургия, стоматология и т. д.». Неспецифическая патология в детском возрасте (болезни ЖКТ, сердца, легких и т. д.) более близка педиатру, нежели гастроэнтерологу, кардиологу, пульмонологу, поскольку круг дифференциального поиска, а, следовательно, и алгоритмы принятия врачебного решения в детском возрасте иные, нежели во взрослом. По этой же причине обычный невролог чувствует себя неловко, осматривая ребенка; перечень детских неврологических болезней не совпадает с перечнем заболеваний во взрослом возрасте. В детской практике используются особые «педиатрические» лекарства, совершенно отличный от взрослой практики принцип расчета дозы, оценки побочных эффектов и осложнений. Аналогичные отличия применимы к гериатрии: особый выбор лекарств в соответствии с принципом полимодальной мототерапии и гериотропностью, специфическое титрование дозы [20].

Нами проведен анализ профильных классификаций медицинских специальностей, объектом ведения которых являются пациенты старших возрастных групп; из этих классификаций вычленились и объединялись в отдельную группу болезни и синдромы, имеющие возрастную контекстуальность⁶.

Среди различных заболеваний с приставкой «старческий» мы обнаружили 67 ссылок, в том числе, 10 — в гериатрии (немоть, хрупкость, падения, дисбазия, пресбиатаксия, снижение мобильности, нарушение равновесия, саркопения, недостаточность питания, худоба), 15 — в руководствах по психиатрии (распад личности, маразм, слабоумие, де-

⁶ Старческий, сенильный, возрастной, возраст-ассоциированный, пресби-патология

Таблица 3

Болезни и синдромы, имеющие возрастную контекстуальность		
Специальность / Specialization	ГБ	ГС
Неврология / Neurology	Хорея / Chorea	Деменция; склероз; дегенерация головного мозга / Dementia; sclerosis; brain degeneration Тремор / Tremor Бессонница, инсомния / Insomnia Пресбивертиго, головокружение / Presbyvertigo, vertigo Пресбитиннитус, шум / Presbitinnitus, noise Походка / Gait
Психиатрия / Psychiatry	Шизофрения / Schizophrenia	Астения / Asthenia Распад личности, инволюция; дегенерация / Disintegration of personality, involution; degeneration Парафрения / Paraphrenia Конфабулез / Confabulation Маразм / Senility Психоз / Psychosis Делирий / Delirium Депрессия / Depression Суицид / Suicide Сварливый задор / Grumpy fervor Эгоизм / Selfishness
Дерматология / Dermatology	Кератома, папиллома, кератопапиллома, бородавка / Keratoma, papilloma, keratopapilloma, wart	Зуд / Itching Лентиги, пигментация, пятна / Lentigo, pigmentation, spots Гемангиома / Hemangioma Ксероз / Xerosis Эластоз / Elastosis Кожа / Skin Ногти / Nails Алопеция / Alopecia
Офтальмология / Ophthalmology	Дальнозоркость, пресбиопия / Farsightedness, presbyopia Катаракта / Cataract Глаукома / Glaucoma	Ретиношизис, расслоение сетчатки / Retinoschisis, retinal dissection Дуга роговицы / Corneal arch Макулодистрофия / Macular degeneration Макулярный разрыв, макулярное отверстие / Macular tear, macular hole Ангиома сетчатки / Retinal angioma Глаз / Eye Птоз / Ptosis Эктропион век, выворот век / Ectropion of the eyelid, eversion of the eyelid Стеноз аортального клапана, кальцинирующий стеноз устья аорты, порок / Aortic valve stenosis, calcifying aortic stenosis, malformation Ортостатическая гипотензия / Orthostatic hypotension Амилоидоз / Amyloidosis Запор / Constipation Артериит / Arteritis Сердце / Heart Внутрисердечный кальциноз / Intracardiac calcification Бляшки, друзы / Plaques, druze Гиперкифоз, горб / Hyperkyphosis, hump Гиперостоз позвоночника / Hyperostosis of the spine Спондилез / Spondylosis Перелом позвонков / Vertebral fracture Недержание кала / Fecal incontinence Тугоухость, глухота, пресбиакюзис / Hearing loss, deafness, presbyacusis Голос, хрипота / Voice, hoarseness
Терапия / Therapy		
Ортопедия / Orthopedics		
Хирургия / Surgery Отоларингология / Otolaryngology		
Эндокринология / Endocrinology Гематология / Hematology Гинекология / Gynecology Урология / Urology	Диабет / Diabetes Анемия / Anemia Кольпит / Colpitis Вагинит / Vaginitis Уретрит / Urethritis Пиелонефрит / Pyelonephritis	Остеопороз / Osteoporosis Гипотиреоз / Hypothyroidism Дизурия / Dysuria Недержание мочи / Urinary incontinence Аденция, полость рта / Adentia, oral cavity
Стоматология / Dentistry Гериатрия / Geriatrics		Немощь, хрупкость / Infirmary, fragility Падения, дисбазия, пресбиатаксия, снижение мобильности, нарушение равновесия / Falls, dysbasia, presbiataxia, decreased mobility, imbalance Саркопения, недостаточность питания, худоба / Sarcopenia, malnutrition, thinness
Итого / In total:	12	56
Всего / Generally:		68

менция, инволюция, дегенерация, психоз, парафрения, делирий, конфабулез, шизофрения, эгоизм, сварливый задор, депрессия, суицид), 6 — в неврологии (склероз, деменция, тремор, походка, бессонница, инсомния), 6 — в офтальмологии (глаз, даль-

нозоркость, катаракта, дуга роговицы, ангиома сетчатки, выворот век), 9 — в дерматологии (кожа, зуд, бородавки, кератома, кератопапиллома, пятна, пигментация, пурпура, лентиги), 2 — в урологии — (недержание мочи, дизурия), 2 — в гинекологии (коль-

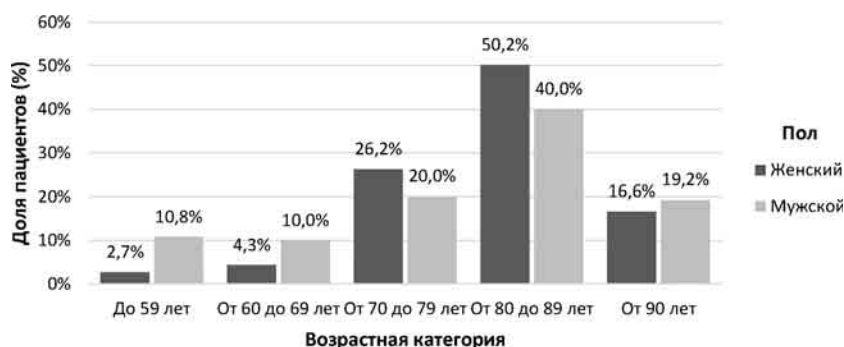


Рис. 1. Распределение пациентов по полу и возрасту.

пит, вагинит), 4 — в ортопедии (спондилез, гиперостоз позвоночника, гиперкифоз, горб), 4 — в терапии (запор, порок, стеноз аортального клапана, амилоидоз), 3 — в эндокринологии (диабет, остеопороз, гипотиреоз), 3 — в отоларингологии (голос, хрипота, тугоухость), 1 — в стоматологии (адентия), 1 — в хирургии (недержание кала); 1 — в гематологии (анемия).

53 формы обозначались термином «сенильный»: 6 — в психиатрии (маразм, деменция, слабоумие, психоз, делирий, депрессия), 9 — в неврологии (деменция, церебральный амилоидоз, дегенерация головного мозга, головокружение, дисбазия, хорей, тремор, бессонница, инсомния), 8 — в офтальмологии (макулодистрофия, макулярный разрыв, ретиношизис, расслоение сетчатки, катаракта, птоз, энтропион нижних век, дуга роговицы), 10 — в дерматологии (зуд, бородавки, кератома, гемангиома, ксероз, эластоз, ногти, пурпура, лентиги, алоpecia), 2 — в гинекологии (кольпит, вагинит), 2 — в ортопедии (гиперкифоз, перелом позвонков), 4 — в урологии — (уретрит, пиелонефрит, недержание мочи, дизурия), 8 — в терапии (сердце, внутрисердечный кальциноз, кальцинирующий стеноз устья аорты, стеноз аортального клапана, амилоидоз, артериит, бляшки, друзы), 3 — в эндокринологии (диабет, остеопороз, гипотиреоз), 1 — в стоматологии (адентия) (табл. 3).

Большинство указанных болезней и синдромов имеют обоюдную контекстуальность (старческий, сенильный); реже они ис-

пользуются в одном из двух контекстов.

К типичным формам гериатрической патологии традиционно относят пресбиопию и пресбиакюзис. В последние годы укоренились термины пресбиатаксия (старческая атаксия), пресбивертиго (старческое головокружение), пресбитиннитус (старческий шум в ушах).

Мы полагаем, не совсем корректно относить к ГС анатомические образования (кожа, ногти, глаз, сердце, полость рта, горб), которые в старости приобретают специфические отличия; то же самое касается меняющихся с возрастом функций (голос, походка, худоба). Данные расстройства являются, скорее, атрибутами стареющего организма и могут присутствовать у совершенно здорового пожилого человека.

Для уточнения распространенности ГБ нами проведено собственное исследование.

Его объектом стали 748 пациентов — 260 (34,8%) мужчин и 488 (65,2%) женщин, находившихся на лечении в многопрофильном медицинском учреждении — Московском областном госпи-



Рис. 2. Профиль morbидности пациентов.

*Исследования проводились в моногендерных группах.

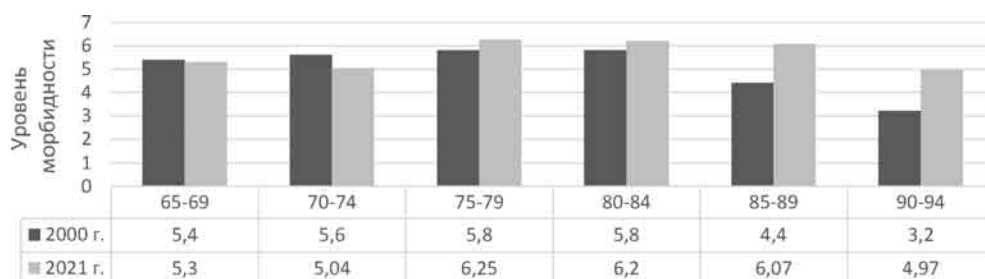


Рис. 3. Динамика morbидности.

Таблица 4

Реестр гериатрических болезней и синдромов

Специальность / Specialization	ГБ / GD	ГС / GS
Неврология / Neurology	Старческая хорея / Senile chorea Дисциркуляторная энцефалопатия, хроническая ишемия мозга / Dyscirculatory encephalopathy, chronic cerebral ischemia Сосудистый паркинсонизм / Vascular parkinsonism	Старческая деменция / Senile dementia Сенильный тремор / Senile tremor Старческая инсомния / Senile insomnia Пресбивертиго / Presby vertigo Пресбитиннитус / Presbitinnitus
Психиатрия / Psychiatry	Старческая шизофрения / Senile schizophrenia	Старческий психоз / Senile psychosis Старческая астения / Senile asthenia Старческий распад личности / Senile disintegration of personality Старческая парафрения / Senile paraphrenia Сенильный конфабулес / Senile confabulation Сенильный психоз / Senile psychosis Сенильный делирий / Senile delirium Старческая депрессия / Senile depression Сенильный суицид / Senile suicide Старческий эгоизм / Senile selfishness
Дерматология / Dermatology	Старческая кератопапиллома / Senile keratopapilloma	Сенильный зуд / Senile itch Старческое лентиго / Senile lentigo Старческая гемангиома / Senile hemangioma Сенильный ксероз / Senile xerosis Сенильный эластоз / Senile elastosis Старческая алопеция / Senile alopecia
Офтальмология / Ophthalmology	Пресбиопия / Presbyopia Старческая катаракта / Senile cataract Старческая глаукома / Senile glaucoma	Старческий ретиношизис / Senile retinoschisis Старческая дуга роговицы / Senile corneal arch Старческая макулодистрофия / Senile macular degeneration Макулярный разрыв / Macular rupture Старческая ангиома сетчатки / Senile retinal angioma Старческий Эктропион век / Senile entropion of the century Старческий стеноз аортального клапана / Senile aortic valve stenosis
Терапия / Therapy	Хроническая сердечная недостаточность / Chronic heart failure Фибрилляция предсердий / Atrial fibrillation Артериальная гипертензия / Arterial hypertension Стенокардия / Angina pectoris	Ортоstaticкая гипотензия / Orthostatic hypotension Старческий амилоидоз / Senile amyloidosis Старческий артериит / Senile arthritis Атеросклероз сосудов / Atherosclerosis of blood vessels Запор / Constipation
Гастроэнтерология / Gastroenterology	Хр. гастродуоденит / Chronic gastroduodenitis Хр. Панкреатит / Chronic pancreatitis Жировая дистрофия печени / Fatty liver dystrophy Желчекаменная болезнь / Cholelithiasis	Дисбактериоз кишечника / Intestinal dysbiosis
Ревматология / Rheumatology Ортопедия / Orthopedics	Деформирующий остеоартрит / Deforming osteoarthritis	Старческий гиперкифоз / Senile hyperkyphosis Старческий гиперостоз позвоночника / Senile hyperostosis of the spine Старческий спондилез / Senile spondylosis Старческий перелом позвонков / Senile vertebral fracture Старческое недержание кала / Senile fecal incontinence Пресбиакусис / Presbyacusis Старческая хрипота / Senile hoarseness
Хирургия / Surgery Отоларингология / Otolaryngology Эндокринология / Endocrinology	Сахарный диабет II типа / Type II diabetes mellitus	Старческий остеопороз / Senile osteoporosis Старческий гипотиреоз / Senile hypothyroidism Возрастной андрогенный дефицит / Age-related androgen deficiency
Гематология / Hematology Гинекология / Gynecology	Старческая анемия / Senile anemia Сенильный кольпит / Senile colpitis Сенильный вагинит / Prussic vaginitis	
Урология / Urology	Старческий уретрит / Senile urethritis Старческий пиелонефрит / Senile pyelonephritis	Старческое недержание мочи / Senile urinary incontinence
Стоматология / Dentistry Гериатрия / Geriatrics		Старческая адентия / Senile adentia Старческая хрупкость / Senile fragility Метаболический синдром / Metabolic syndrome Старческое нарушение терморегуляции / Senile thermoregulation disorder Старческий синдром падений / Senile falls syndrome Старческое снижение мобильности / Senile decline in mobility Старческая саркопения / Senile sarcopenia Хронический болевой синдром / Chronic pain syndrome Старческая боль в ногах / Senile leg pain
Итого / In total: Всего / Generally:	23	54

77

тале для ветеранов войн. Средний возраст анализируемой группы составил $80,9 \pm 10$ лет — от 50 до 99 лет.

Распределение пациентов по полу и возрасту представлено на рис. 1.

Между возрастным распределением мужчин и женщин обнаружены статически значимые различия ($p=0,002$, критерий Манна-Уитни). Средний возраст мужчин составил $78,6 \pm 12$ лет, женщин — $82,1 \pm 8,5$ лет.

Обследование пациентов проводилось в соответствии с клиническими рекомендациями и стандартами; применялись общепринятые лабораторные и инструментальные тесты. В случае необходимости к обследованию подключались узкопрофильные клиницисты.

У обследованных было выявлено 96 различных заболеваний; 22 из них встречались у каждого пятого пациента. Более чем у половины обследованных диагностирована пресбиопия, артериальная гипертензия (АГ), хроническая ишемия головного мозга (ХИГМ), дорсалгия, стенокардия, остеоартрит. Более чем у трети пациентов выявлена аденома или доброкачественная гиперплазия простаты (у мужчин), хронический панкреатит, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), хронический гастродуоденит, жировая дистрофия печени, катаракта (рис.2).

Необходимо отметить, что большинство обследованных страдали несколькими хроническими заболеваниями (индекс морбидности, в среднем составлял 5,3). Сравнивая данные 20-летней давности Л. Б. Лазебника по уровню морбидности обнаруживается позитивная динамика данного показателя в возрастных группах 65—74 года и обратная динамика в более старших возрастных группах (рис. 3).

Данная закономерность, на наш взгляд, обусловлена увеличением средней продолжительности жизни, которая за последние 20 лет выросла на 7 лет. Пик болезненности переместился вслед за постарением.

Заключение

Проведенный нами анализ публикаций (табл. 1—2), профильных классификаций (табл. 3), а также данные собственных исследований позволили систематизировать ГБ и ГС и структурировать их по отношению к отдельным врачебным специальностям (табл. 4).

Согласно п.9 порядка оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия» гериатрическая помощь оказывается врачом-гериатром совместно с врачами-специалистами³. Предлагаемое нами структурирование конкретизирует взаимоотношение гериатра и врачей сопряженных специальностей, принимающих участие в ведении пациентов старших возрастных групп.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Мякотных В. С., Мещанинов В. Н., Боровкова Т. А. и др. Теория и практика современной геронтологии. Место геронтологии как врачебной специальности. Екатеринбург: Информационно-издательский центр «Знак качества»; 2022.
2. Соловьёв И.А., Шапошников М. В., Мелерзанов А. В. и др. Старение как комплекс универсальных патофизиологических процессов. *Медицинский вестник Северного Кавказа*. 2019;14(1—2):272—278. DOI: 10.14300/mnnc.2019.14033
3. Котова А. С., Григорович М. С. Возможности персонализированного подхода к профилактике старческой астении на основе выявления и коррекции гериатрических синдромов и дефицитов. *Вятский медицинский вестник*. 2022;74(2):105—110. DOI: 10.24412/2220-7880-2022-2-105-110
4. Попова Е. В. Гериатрические синдромы у пациентов старческого возраста. *Современные проблемы здравоохранения и ме-*

- дицинской статистики*. 2021;(1):272—282. DOI: 10.24412/2312-2935-2021-00019
5. Ткачева О. Н., Котовская Ю. В., Рунихина Н. К. и др. Комплексное гериатрическое обследование у пациентов пожилого и старческого возраста с сердечно-сосудистыми заболеваниями. *Экспертное заключение Российской ассоциации геронтологов и гериатров*. 2021;61(5):71—78. DOI: 10.18087/cardio.2021.5.n1349
6. Пристром М. С., Штонда М. В., Семененков И. И. Гериатрический синдром «старческая астения» в терапевтической практике. *Медицинские новости*. 2022;(6):19—26.
7. Пономарева И. П. Боль в ногах как гериатрический синдром: его сонографические паттерны. *Научное обозрение. Медицинские науки*. 2021;(1):15—19. DOI: 10.17513/srms.1165
8. Борозенцева В. А., Борозенцев В. Ю., Почитаева И. П. и др. Синдром возрастной полости рта как компонент гериатрического статуса. *Научные результаты биомедицинских исследований*. 2021;(3):297—307. DOI: 10.18413/2658-6533-2021-7-3-0-8
9. Ткачева О. Н., Решетова А. А., Рунихина Н. К. и др. Сравнительный анализ структуры заболеваемости и гериатрических синдромов маломобильных и лежащих патронажных пациентов. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2022;(3):764—785. DOI: 10.24412/2312-2935-2022-3-764-785
10. Липатова Т. Е., Тюльтеяева Л. А., Денисова Т. П. и др. Старческая астения и артериальная гипертензия. *Саратовский научно-медицинский журнал*. 2019;15(3):757—763.
11. Ушакова Н. А., Щербакова Е. С., Ершов Н. С. Гериатрические синдромы в амбулаторной практике: их встречаемость и клинико-демографические особенности. *Смоленский медицинский альманах*. 2018;(2):143—146.
12. Ларина В. Н., Кудина Е. В., Головкин М. Г. и др. Встречаемость гериатрических синдромов у амбулаторных пациентов старшего возраста. *Лечебное дело*. 2019;(2):13—20.
13. Попов В. В., Новикова И. А., Трохова М. В. и др. Ранняя диагностика и профилактика возраст-ассоциированных нарушений у лиц пожилого и старческого возраста, проживающих на европейском севере России. *Профилактическая медицина*. 2019;3(22):73—78. DOI: 10.17116/profmed20192203173
14. Бахтина Ю. С., Григорович М. С., Федорев В. Н. Оценка гериатрического статуса как основа персонализированного подхода к ведению коморбидного пациента старческого возраста. *Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний*. 2021;2(10):118.
15. Дранкина О. М., Концевая А. В., Калинина А. М. и др. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в российской федерации. Национальное руководство. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2022;4(21):5—232. DOI: 10.15829/1728-8800-2022-3235
16. Мякотных В. С., Ямпольская В. В., Боровкова Т. А. О состоянии профессиональной подготовки и трудоустройства врачей-гериатров. *Медицина и организация здравоохранения*. 2021;6(4):60—71.
17. Сандаков Я. П., Рунихина Н. К., Решетова А. А. и др. Структура гериатрических синдромов у маломобильных пациентов патронажной службы диагностического центра № 3 Москвы. *Московская медицина*. 2019;(6):34: 88.
18. Лев И. В., Гурко Т. С., Титов А. А. и др. Гериатрический статус пациентов при сочетанной офтальмопатологии. *Интегративные тенденции в медицине и образовании*. 2021;(3):54—56.
19. Краснов Г. С., Давыдов И. В., Булгакова С. В. и др. Гериатрические синдромы, которые вызывают сложности во врачебной практике: результаты е-опроса, предлагаемые решения и депрескрайбинг. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2021;(4):157—170. DOI: 10.24412/2312-2935-2021-4-157-170
20. Лазебник Л. Б. Практическая гериатрия. Избранные клинические и организационные вопросы. М.: Боргес; 2002.

REFERENCES

1. Myakotnykh V. S., Meshchaninov V. N., Borovkova T. A. Theory and practice of modern gerontology. The place of gerontology as a medical specialty. Yekaterinburg: Information and publishing center «Quality Mark»; 2022 (in Russian).
2. Solov'ev I. A., Shaposhnikov M. V., Melersanov A. V. Aging as a complex of universal pathophysiological processes. *Medical Bulletin of the North Caucasus. [Meditsinskiy vestnik Severnogo Kavkaza]*. 2019;14(1—2):272—278 (in Russian). DOI: 10.14300/mnnc.2019.14033

3. Kotova A. S., Grigorovich M. S. The possibilities of a personalized approach to the prevention of senile asthenia based on the identification and correction of geriatric syndromes and deficits. *Vyatska Medical Bulletin. [Vyatskiy meditsinskiy vestnik]*. 2022;74(2):105—110 (in Russian). DOI: 10.24412/2220-7880-2022-2-105-110
4. Popova E. V. Geriatric syndromes in elderly patients. *Modern problems of healthcare and medical statistics. [Sovremennye problemy zdavookhraneniya i meditsinskoj statistiki]*. 2021;(1):272—282 (in Russian). DOI: 10.24411/2312-2935-2021-00019
5. Tkacheva O. N., Kotovskaya Yu. V., Runikhina N. K. i dr. Comprehensive geriatric examination in elderly and senile patients with cardiovascular diseases. *Expert opinion of the Russian Association of Gerontologists and Geriatricians. [Ekspertnoe zaklyuchenie Rossiyskoy assotsiatsii gerontologov i geriatrov]*. 2021;61(5):71—78 (in Russian). DOI: 10.18087/cardio.2021.5.n1349
6. Pristrom M. S., Shtonda M. V., Semenenkov I. I. Geriatric syndrome «senile asthenia» in therapeutic practice. *Medical news. [Meditsinskie novosti]*. 2022;(6):19—26 (in Russian).
7. Ponomareva I. P. Leg pain as a geriatric syndrome: its sonographic patterns. *Scientific review. Medical sciences. [Nauchnoe obozrenie. Meditsinskie nauki]*. 2021;(1):15—19 (in Russian). DOI: 10.17513/srms.1165
8. Borozentseva V. A., Borozentsev V. Yu., Pochitaeva I. P. Age-related oral cavity syndrome as a component of geriatric status. *Scientific results of biomedical research. [Nauchnye rezul'taty biomeditsinskikh issledovaniy]*. 2021;(3):297—307 (in Russian). DOI: 10.18413/2658-6533-2021-7-3-0-8
9. Tkacheva O. N., Reshetova A. A., Runikhina N. K. Comparative analysis of the structure of morbidity and geriatric syndromes of low mobility and bedridden nursing patients. *Modern problems of healthcare and medical statistics. [Sovremennye problemy zdavookhraneniya i meditsinskoj statistiki]*. 2022;(3):764—785 (in Russian). DOI: 10.24412/2312-2935-2022-3-764-785
10. Lipatova T. E., Tyul'tyaeva L. A., Denisova T. P. Senile asthenia and arterial hypertension. *Saratov Journal of Medical Science. [Saratovskiy nauchno-meditsinskiy zhurnal]*. 2019;15(3):757—763 (in Russian).
11. Ushakova N. A., Shcherbakova E. S., Ershov N. S. Geriatric syndromes in outpatient practice: their occurrence and clinical and demographic features. *Smolensk medical Almanac. [Smolenskiy meditsinskiy al'manakh]*. 2018;(2):143—146 (in Russian).
12. Larina V. N., Kudina E. V., Golovko M. G. i dr. The incidence of geriatric syndromes in older outpatient patients. *Medical business. [Lechebnoe delo]*. 2019;(2):13—20 (in Russian).
13. Popov V. V., Novikova I. A., Trokhova M. V. Early diagnosis and prevention of age-associated disorders in elderly and senile people living in the European north of Russia. *Preventive medicine. [Profilakticheskaya meditsina]*. 2019;3(22):73—78 (in Russian). DOI: 10.17116/profmed20192203173
14. Bakhtina Yu. S., Grigorovich M. S., Fedorets V. N. Assessment of geriatric status as the basis of a personalized approach to the management of an elderly comorbid patient. *Complex problems of cardiovascular diseases. [Kompleksnye problemy serdechno-sosudistyykh zabolevaniy]*. 2021;2(10):118 (in Russian).
15. Drapkina O. M., Kontsevaya A. V., Kalinina A. M. Prevention of chronic non-communicable diseases in the Russian Federation. *Cardiovascular therapy and prevention. [Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika]*. 2022;4(21):5—232 (in Russian). DOI: 10.15829/1728-8800-2022-3235
16. Myakotnykh V. S., Yampol'skaya V. V., Borovkova T. A. About the state of professional training and employment of geriatric doctors. *Medicine and healthcare organization. [Meditsina i organizatsiya zdavookhraneniya]*. 2021;6(4):60—71 (in Russian).
17. Sandakov Ya. P., Runikhina N. K., Reshetova A. A. The structure of geriatric syndromes in low-mobility patients of the patronage service of the diagnostic center No. 3 in Moscow. *Moscow medicine. [Moskovskaya meditsina]*. 2019;(6)34:88 (in Russian).
18. Lev I. V., Gurko T. S., Titov A. A. Geriatric status of patients with combined ophthalmopathology. *Integrative trends in medicine and education. [Integrativnye tendentsii v meditsine i obrazovanii]*. 2021;(3):54—56 (in Russian).
19. Krasnov G. S., Davydov I. V., Bulgakova S. V. Geriatric syndromes that cause difficulties in medical practice: the results of an e-survey, proposed solutions and deprescribing. *Modern problems of healthcare and medical statistics. [Sovremennye problemy zdavookhraneniya i meditsinskoj statistiki]*. 2021;(4):157—170 (in Russian). DOI: 10.24412/2312-2935-2021-4-157-170
20. Lazebnik L. B. Practical geriatrics. Selected clinical and organizational issues. M.: Borges; 2002. (in Russian).

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article.
The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 16.11.2023; одобрена после рецензирования 22.11.2023; принята к публикации 05.02.2024.
The article was submitted 16.11.2023; approved after reviewing 22.11.2023; accepted for publication 05.02.2023.