

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСНОВНЫХ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ГЕРИАТРА АМБУЛАТОРНОГО ЭТАПА И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ КОРРЕКЦИИ

М.В. Шлепцова¹, Е.В. Фролова²¹ СПбГБУЗ «Городская поликлиника № 14» Выборгского района, Санкт-Петербург, Россия;² ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

© М.В. Шлепцова, Е.В. Фролова, 2018

В статье анализируются результаты обследования сплошной выборки пациентов старше 60 лет, обратившихся к врачу-гериатру районной поликлиники в течение месяца. Проведена оценка гериатрических синдромов. Основными гериатрическими синдромами в этой популяции являются высокий риск падений, риск развития недостаточности питания, депрессия и когнитивные нарушения. Синдром старческой астении выявлен у 67 % пациентов, обратившихся за помощью к гериатру. Все обнаруженные синдромы обуславливали высокую зависимость от посторонней помощи. Врачом-гериатром были разработаны и даны рекомендации по коррекции статуса. Все мероприятия требуют организации мультидисциплинарной команды, в особенности взаимодействия социальной и медицинской служб.

Ключевые слова: гериатрические синдромы; комплексная гериатрическая оценка; синдром старческой астении.

PREVALENCE OF THE GERIATRIC SYNDROMES IN GERIATRIC PRACTICE IN OUTPATIENT CLINIC AND POSSIBLE WAYS OF ITS CORRECTION

M.V. Shleptsova¹, E.V. Frolova²¹ Polyclinic No 14 of Vyborgskiy District, St. Petersburg, Russia;² North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, St. Petersburg, Russia

The results of investigation of sample of 107 patients 60 years and older during one month are described. This sample was collected in geriatric outpatient departments. The prevalence of geriatric syndromes was assessed. The main geriatric syndromes revealed were high risk of falls, risk of malnutrition, depression and cognitive disorders. 67% of patients were frail. All geriatric syndromes caused high level of dependency. The geriatrician made recommendations for correction of main problems. All recommendations need to use multidisciplinary approach.

Keywords: geriatric syndromes; comprehensive geriatric assessment; frailty.

Актуальность

Старение ассоциируется с увеличением количества заболеваний и, как следствие, с полипрагмазией [1]. Гериатры часто пользуются понятием «гериатрический синдром» (ГС). Первоначально ГС определяли как «периодически развивающиеся у людей пожилого возраста состояния, которые могут быть спровоцированы инсультом и часто связаны с последующим функциональным снижением» [2]. Одно из последних определений ГС: «клинические состояния, развивающиеся в пожилом возрасте, широко распространенные и многофакторные, не вписывающиеся в категорию заболеваний, но связанные с множественными сопутствующими

заболеваниями и ассоциированные с неблагоприятными исходами, которые могут быть скорректированы только при использовании многомерного подхода» [3].

Падения, когнитивные и эмоциональные нарушения, недостаточность питания, старческая астения относятся к гериатрическим синдромам с высокой медико-социальной значимостью. Обратимость этих синдромов вызывает интерес к их изучению, так как простые профилактические мероприятия позволяют сохранить независимость пациентов, в том числе при тяжелом течении заболеваний, несмотря на невозможность выздоровления и возврата к прежнему функциональному статусу [4, 5].

При этом ни гериатрические синдромы, ни множественные заболевания не являются неотъемлемой составляющей старения. Такие понятия, как «активное долголетие» и «успешное старение», все шире используются в обществе при разработке стратегий действий, направленных на поддержание высокого качества жизни населения пожилого и старческого возраста. Выявление наиболее часто встречающихся синдромов необходимо для планирования дальнейшей работы, направленной на предупреждение преждевременного старения населения [4].

В связи с этим была поставлена **цель** — изучить структуру обращаемости и распространенность основных гериатрических синдромов у лиц старше 65 лет в практике врача-гериатра в районной поликлинике.

Материалы и методы

Исследование проводили на базе городской поликлиники № 14 Выборгского района Санкт-Петербурга. Активная застройка и заселение обслуживаемой территории происходило в 1960–1980 гг., что сказалось на половозрастной структуре населения. Из 72 тыс. прикрепленного населения больше половины составляют пенсионеры. Такие пациенты требуют иного подхода к оценке состояния здоровья, наблюдению и лечению. В поликлинике работают два врача-гериатра (совместители) и медицинская сестра, также совместитель. В обязанности медсестры входит ведение документации (журналы и оформление статистических талонов, заполнение формы № 30), с пациентами она не контактирует. Дополнительного оборудования в кабинетах не предусмотрено, для диагностического поиска используется оборудование базового учреждения. В поликлинике есть дневной стационар на 25 коек, отделение восстановительного лечения с залом ЛФК и тренажерным залом, также в штате поликлиники есть психотерапевт. При необходимости гериатрические пациенты могут быть направлены в дневной стационар, барокамеру при Городском консультативно-диагностическом центре № 1 (он расположен недалеко от поликлиники), в гериатрическую больницу № 1, в реабилитационные отделения СПбГБУ «Комплексный центр социального обслуживания населения Выборгского района» (СПбГБУ «КЦСОН Выборгского района») и/или в Центр Виктора Алексеева, где совет ветеранов Выборгского района оплачивает своим подопечным занятия физкультурой. Психотерапевтическую помощь, в том числе на дому, оказывают специалисты психоневрологического диспансера Выборгского района. В СПбГБУ «КЦСОН Выборгского района» имеется девять отделений для поддержки пожилых граждан.

В случае диагностики синдрома мальнутриции пациенты направляются в отделение дневного пребывания, где им предоставляется трехразовое горячее питание. При преобладании когнитивного синдрома пациентов направляют в социально-досуговые отделения. Там проводятся культурно-досуговые мероприятия: концерты, выставки, лекции, викторины, конкурсы, игры. В случае снижения способности к передвижению возможно направление в социально-реабилитационные отделения для занятий адаптивной физкультурой и скандинавской ходьбой.

Для исследования была организована сплошная выборка. С 19.12.17 по 19.01.18 данные скрининга вносили в базу данных. Фиксировали артериальное давление, пульс, количество принимаемых препаратов, намечали план ведения пациента.

Для выявления гериатрических синдромов выполняли следующие этапы гериатрической оценки [6]:

- 1) оценка способности пациентов к передвижению;
- 2) определение характера питания;
- 3) оценка когнитивных способностей пациентов;
- 4) оценка эмоционального состояния пациентов;
- 5) оценка независимости в повседневной жизни.

Кроме того, всем пациентам проводили скрининг старческой астении с помощью опросника «Возраст не помеха».

Поскольку площадь кабинета гериатра не позволяет проводить тест «Встань и иди», снижения способности к передвижению выявляли с помощью нескольких простых проб. По каждому пункту пациенту присваивались баллы.

При входе в кабинет у пациента оценивали походку: не изменена — 0 баллов, есть хромота — 1 балл, передвигается с тростью — 2 балла.

При сборе анамнеза выясняли, были ли у пациента переломы: не было — 0 баллов, до 60 лет — 2 балла, после 60 лет — 1 балл.

Во время осмотра проводили пробу Ромберга, а затем, если возможно, пациенту предлагали выполнить тест оценки баланса в тандемном шаге: 10 секунд и более — норма, 0 баллов; меньше 10 секунд — 1 балл. Тест «Тандемный шаг» позволяет оценить способность больного поддерживать вертикальное положение.

Затем все баллы суммировали: оценка больше 3 баллов указывала, что способность к передвижению снижена, возможен высокий риск падений.

Вероятность нарушений питания выясняли с помощью нескольких скрининговых вопросов, обычно рекомендуемых для быстрой оценки характера питания: непровольная потеря массы тела и адекватность приема пищи за последний

период, текущий индекс массы тела и тяжесть заболевания. Если результат составляет от 0 до 2 баллов, никаких действий не предпринимается, от 3 до 4 баллов — предполагается контроль, еженедельный осмотр и запись в график приема пищи, при результате 5 баллов — консультация специалиста [6, 7].

Когнитивные способности оценивали с помощью опросника «Краткая оценка психического статуса» (Mini Mental State Examination, MMSE) [6]. Ориентацию во времени и месте оценивали в процессе подписания информированного согласия: пациент должен написать фамилию, имя и отчество, дату рождения, свой адрес и указать дату подписания согласия. Там же пациент должен прочесть и выполнить инструкцию «Переверните страницу» и с другой стороны подписать согласие на обработку персональных данных. Пациент должен прочесть и переписать фразу «Претензий не имею». Оценку способности выполнять команды, предложенную в опроснике MMSE, мы проводим еще в ходе выполнения пробы Ромберга: встаньте спиной к стене, не касаясь стены, стопы — вместе. Это позволяет экономить время.

Психозомоциональное состояние оценивали с помощью гериатрической шкалы депрессии — GDS-15 [6].

Скрининг старческой астении проводили с использованием опросника «Возраст не помеха». Важно, что опросник валидизирован для российской популяции. Чаще всего применяли прямое анкетирование (вопросы задавал и оценивал врач). Название опросника «ВоЗРаСТ Не ПоМеХа» подсказывает параметры, требующие оценки: В — вес, ЗР — зрение, С — Слух, Т — травмы, Н — настроение, П — память, М — моча, Х — ходьба. За каждый ответ «да» начисляется 1 балл. 3 балла — высоковероятен синдром старческой астении, показана консультация гериатра с составлением индивидуального плана ведения пациента. 2 балла — вероятен синдром старческой астении («преастения»), консультация гериатра целесообразна. 0 баллов — нет синдрома старческой астении [8].

Результаты

В период с 19.12.17 по 19.01.18 осмотрено 107 обратившихся в поликлинику пациентов, 77 женщин и 30 мужчин, в возрасте от 65 до 92 лет.

Что служило поводом для обращения пациентов? Как они сами формулируют задачу и насколько запрос пациента соответствует выявленным проблемам?

Чаще всего пациенты идут за справкой, за рецептом, за направлением к специалистам и т. д. «Боль» и «кашель» — это две жалобы, которые занимают второе место в списке причин обращения к врачу (рис. 1). Возможно, это связано с сезоном года, поскольку исследование проводилось в декабре, а осенний и зимний периоды всегда характеризуются подъемом заболеваемости респираторной и опорно-двигательной патологией. Мужчин чаще, чем женщин, беспокоила одышка, а остальные жалобы женщины предъявляли чаще. Настораживает, что наши пациенты не приучены обращаться с профилактической целью: всего 9% обращений касались вопросов профилактики. Сезон вакцинации к моменту сбора данных исследования был закончен, и основными обращениями профилактического характера были просьбы о назначении анализов (МНО, глюкоза, гемоглобин). Кроме того, приходили жители, приглашенные для диспансеризации.

Была проанализирована фармакологическая терапия, которую получают пациенты. Из числа обратившихся большинство постоянно принимают лекарственные препараты (рис. 2). В основном это гипотензивные средства. При этом только у 20 человек зафиксировано АД до 130/80 мм рт. ст.

Оценка мобильности показала, что большая часть пациентов (77%) входит в группу «неустойчивых» с высоким риском падений и нуждается в профилактических мероприятиях для предотвращения возможных переломов и повреждений. Невелика доля тех, кого можно отнести к «падающим», но это обусловлено тем,

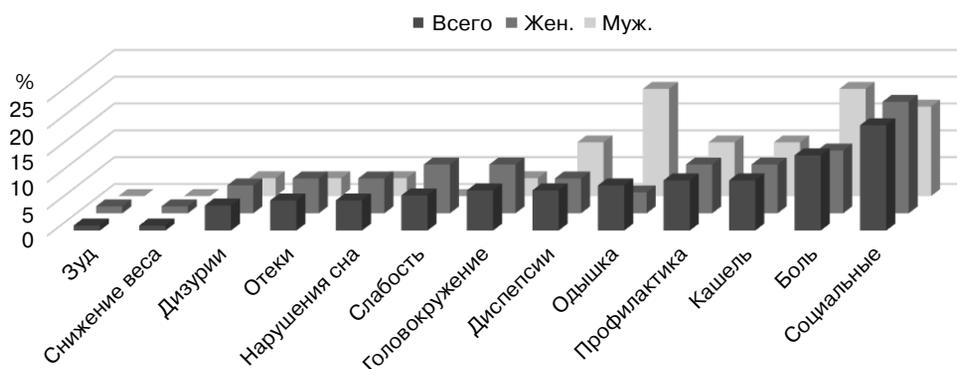


Рис. 1. Структура поводов обращений к гериатру

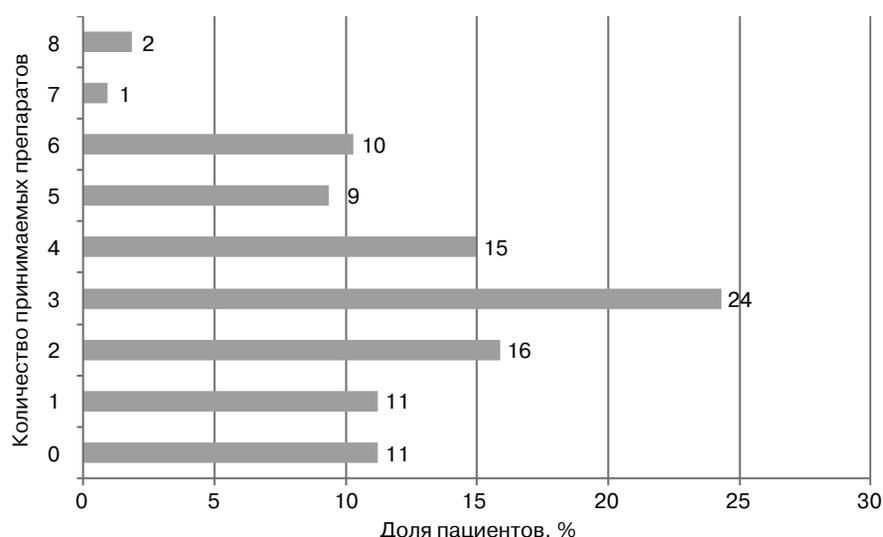


Рис. 2. Количество препаратов, принимаемых пациентами гериатра

что они редко выходят из дома, особенно зимой, и не приходят на прием к врачу. Мужчины более мобильны, но их меньшинство. Мало «устойчивых» (23 %), но это можно объяснить сезонными особенностями обращаемости: зимой часто обостряются заболевания опорно-двигательной системы, и эти больные имеют высокий риск падений (табл. 1).

Скрининговый анализ характера питания по Ноттингемскому опроснику показал, что 23 % пациентов нуждаются в контроле массы тела и питания, так как находятся в зоне риска развития мальнутриции, а 7 % набрали больше 5 баллов и нуждались в углубленном тестировании по питанию. Следует заметить, что только одна пациентка пришла с жалобами на снижение массы тела. Это подтверждает необходимость скрининга характера питания у всех обратившихся, так как сами пожилые люди редко обращают внимание на снижение массы тела и не считают это поводом для обращения к врачу. Пациентов с ИМТ ниже 18 кг/м² за время сбора материала зафиксировано не было. Больше всего из обратившихся было пациентов с избыточной массой тела (ИМТ от 25 до 30 кг/м²), 57 % всех мужчин и 51 % обратившихся женщин. У 16 % женщин и 13 % мужчин было установлено повышение ИМТ до степени

«ожирение I ст.», а у 6 % женщин и 3 % мужчин — ожирение II ст.

Нами также была проведена оценка когнитивного статуса пациентов, обратившихся на прием. Скрининг показал, что нормальные когнитивные способности сохранили только 14 % от всех обратившихся, у 30 % были отмечены умеренные когнитивные изменения, а у 33 % когнитивные нарушения, соответствующие деменции легкой степени. Деменция умеренной степени тяжести была выявлена у 23 % пациентов. Среди обратившихся за период сбора материала было два человека с тяжелой деменцией и два человека с делирием, но они были исключены из анализа, так как оценить остальные параметры их статуса было невозможно. Родственники больных с деменцией привели их для выписки рецепта на мемантин и для организации плановой госпитализации на отделение сестринского ухода с дальнейшим переводом в интернат. Родственники пациентов с делирием обратились в связи с необходимостью организации госпитализации.

Оценка эмоционального статуса пациентов показала, что у 30 % существует подозрение на депрессию и они нуждаются в углубленном консультировании специалиста. Вероятно, это потребует переоценки данных по когнитивному

Таблица 1

Доли больных с различным риском падений

Степень риска падений	Женщины, n (%)	Мужчины, n (%)	Всего, n (%)
Высокий риск (4 балла)	9 (12)	3 (10)	12 (11)
Умеренный риск (2–3 балла)	33 (42)	12 (30)	45 (42)
Низкий риск (1 балл)	29 (38)	8 (27)	37 (35)
Отсутствие риска (0 баллов)	6 (8)	7 (23)	13 (12)
Итого	77 (100)	30 (100)	107 (100)

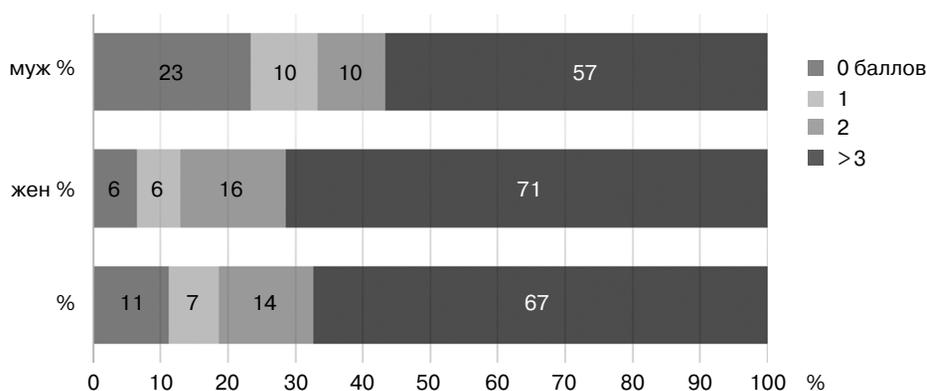


Рис. 3. Результаты скрининга обратившихся к гериатру пациентов на предмет старческой астении

статусу, и, возможно, что показатели состояния питания также могут быть связаны с высокой долей депрессии в изученной популяции.

С помощью анкеты «Индекс Бартел» мы оценили зависимость пациентов от посторонней помощи. Полностью независимы были 7% обратившихся, выраженная и умеренная зависимость установлена у 73%. В основном на прием приходят пациенты с умеренной и легкой зависимостью. Женщины более адаптированы, но среди них чаще встречаются тяжелые пациенты, с выраженной зависимостью. Обычно они приходят в сопровождении родственников. Пациенты с полной зависимостью (индекс Бартел менее 20) на прием не приходят — это не мобильные пациенты, не покидающие пределы квартиры, и сведения о них не вошли в данную работу.

Скрининг старческой астении проводили с использованием опросника «Возраст не помеха» (рис. 3) [8].

В соответствии с данными скрининга 67% пациентов набрали больше 3 баллов, то есть нуждаются в комплексной гериатрической оценке.

Обсуждение

Главной проблемой людей пожилого и старческого возраста, обратившихся к гериатру, оказалось снижение функциональной активности. 93% зависимы в своей ежедневной деятельности от посторонней помощи.

Нами также выявлены высокий риск падений (77%), мальнутриции (30%), когнитивные нарушения (56%) и депрессия (30%). Доля лиц с хрупкостью, или старческой астенией, составила 67%.

Это согласуется с данными других авторов, однако следует учесть, что наиболее тяжелые пациенты не обращаются в поликлинику, а вызывают врача на дом [4, 9].

Был разработан план возможной коррекции этих нарушений в амбулаторной практике с использованием доступных ресурсов поликлиники и социальных центров и составлением рекомендаций пациентам [5, 8, 10]. Эти рекомендации включают (рис. 4):

- 1) пересмотр медикаментозной терапии для исключения полипрагмазии;

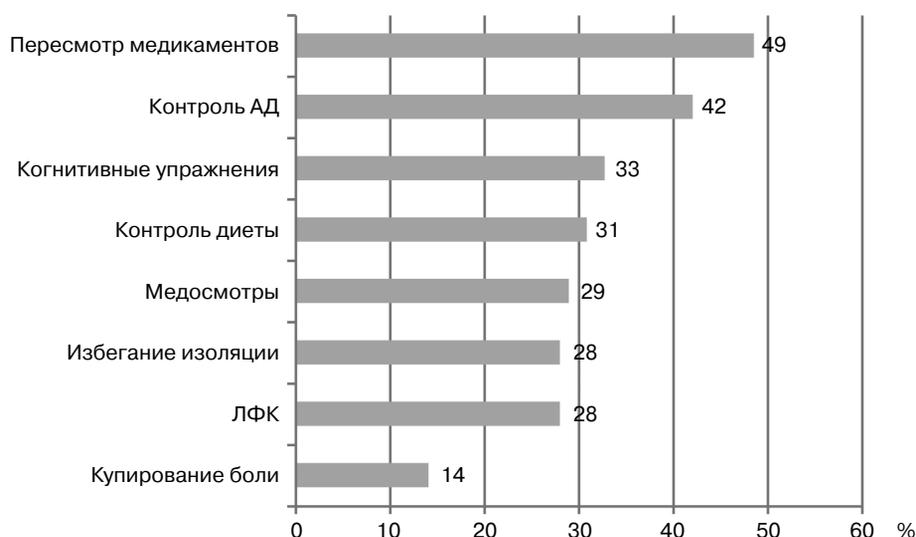


Рис. 4. Структура рекомендации по коррекции гериатрических синдромов

- 2) контроль артериального давления для исключения ортостатического эффекта и снижения риска падений;
- 3) упражнения с нагрузкой, аэробные упражнения 3–5 раз в неделю;
- 4) введение в рацион питания белка, витамина D (при необходимости);
- 5) увеличение калорийности пищи, контроль пищевого рациона;
- 6) избегание социальной изоляции (одиночества);
- 7) купирование боли;
- 8) регулярные медицинские осмотры.

Пересмотр списка медикаментов. Следует помнить, что клинические рекомендации по ведению конкретного состояния/заболевания базируются на данных исследований, полученных у пациентов с низким уровнем коморбидности, принимающих значительно меньшее число лекарственных препаратов. Поэтому необходимо тщательно взвешивать риск и пользу, которые потенциально получит пациент пожилого или старческого возраста с коморбидностью, при назначении лечения согласно рекомендациям по отдельному взятому состоянию. Более оптимальным является «пациент-ориентированный подход», при котором учитывают не столько сумму хронических заболеваний у пациента пожилого или старческого возраста, сколько его функциональную и когнитивную сохранность, зависимость от посторонней помощи, качество жизни. В рамках такого подхода при решении вопроса о назначении лечения принимают во внимание предпочтения, приоритеты и жизненные ориентиры пациента.

Контроль АД. Снижение систолического АД ниже 120–130 может быть связано с повышенным риском нежелательных исходов (феномен J-кривой). В ходе работы выявлен 51 человек (68 % «хрупких» пациентов) с некорректированным АД, причем АД ниже 130 мм рт. ст. отмечено у 17 %, а выше 150 мм рт. ст. — у 41 % от хрупких.

Контроль пищевого рациона включает в себя сбалансированное питание с низким содержанием жиров, натрия, обогащение пищи кальцием, адекватное употребление минералов и витаминов.

Регулярная физическая активность оказывает кардиопротективный эффект, уменьшает возрастозависимое снижение мышечной массы и плотности костной ткани, улучшает функциональную активность и повышает качество жизни.

Для лиц старшей возрастной группы полезны пешие прогулки, занятия физкультурой (упражнения в исходном положении стоя и при передвижении, включающие аэробику, гимнастику); езда на велосипеде; подвижные виды деятельности на воздухе.

Лицам пожилого и старческого возраста необходима тренировка равновесия (баланса) для уменьшения риска падений и возникновения переломов, включающая в себя индивидуально подобранные программы физических упражнений, обучение пациента правильно стоять и сидеть, держа спину прямо. Мероприятия, направленные на предупреждение падений, имеют большое значение в широкой клинической практике.

Для предупреждения падений необходимо регулярно проверять остроту зрения, подбирать очки, не злоупотреблять снотворными препаратами. Рекомендуется установить специальные перекладины в ванной для опоры, использовать резиновые нескользящие коврики, создать хорошее освещение в квартире, не ходить по квартире в темноте, не выходить из дома в гололедицу, не использовать стремянки или ступеньки, чтобы что-то достать.

Избегание изоляции. Поощрение участия в курсах психологического просвещения на базе центров социальной защиты, в коллективах художественной самодеятельности, посещение групп здоровья, работа по дому и на дачном участке, поддержка и понимание близкого окружения (семья, родственники, соседи, друзья) способствуют социальной активности пожилого человека.

Регулярные медицинские осмотры необходимы для своевременного выявления отклонений в здоровье, коррекции существующей или подбора новой терапии по показаниям. Для того чтобы избежать неблагоприятных последствий, важно выявить изменения на этапе преастении.

Заключение

Исследование в течение одного месяца сплошной выборки пациентов старше 60 лет, обратившихся к гериатру поликлиники, показало, что основными гериатрическими синдромами в этой популяции являются высокий риск падений, риск развития недостаточности питания, депрессия и когнитивные нарушения. Синдром старческой астении выявлен у 67 % обратившихся за помощью гериатра. Все выявленные синдромы обуславливали высокую зависимость от посторонней помощи: 93 % пациентов были зависимы в разной степени. Для коррекции гериатрических синдромов были разработаны и даны пациентам соответствующие рекомендации. Исследование продемонстрировало высокую потребность в организации мультидисциплинарной команды, включающей медицинских работников и представителей социальных служб, для решения проблем пациентов пожилого и старческого возраста.

Литература

1. Денисов И.Н., Симаненков В.И., Бакулин И.Г., и др. Коморбидная патология в клинической практике. Клинические рекомендации // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2017. – Т. 16. – № 6. – С. 5–56. [Denisov IN, Simanenkov VI, Bakulin IG, et al. Comorbidities in practice. Clinical guidelines. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2017;16(6):5-56. (In Russ.)]. doi: 10.15829/1728-8800-2017-6-5-56.
2. Reuben DB. Geriatrics syndromes. In: Geriatrics Review Syllabus. Ed by A.C. Beck. 2nd ed. New York: American Geriatrics Society; 1991. P. 117-231.
3. Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA. Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *J Am Geriatr Soc*. 2007;55(5):780-91. doi: 10.1111/j.1532-5415.2007.01156.x.
4. Чукаева И.И., Ларина В.Н. Возраст-ассоциированные состояния (гериатрические синдромы) в практике врача-терапевта поликлиники // Лечебное дело. – 2017. – № 1. – С. 6–15. [Chukaeva II, Larina VN. Geriatric Syndromes in a Primary Care Setting. *Lechebnoe delo*. 2017;(1):6-15. (In Russ.)]
5. Ткачева О.Н., Фролова Е.В., Турушева А.В., и др. Хрупкость, или Старческая астения. Диагностика хрупкости и ее клиническое значение // Гериатрия. Национальное руководство / Под ред. О.Н. Ткачевой, Е.В. Фроловой, Н.Н. Яхно. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – С. 28–40. [Tkacheva ON, Frolova EV, Turusheva AV, et al. Hrupkost', ili starcheskaya asteniya. Diagnostika hrupkosti i ee klinicheskoe znachenie. In: Geriatriya. Nacional'noe rukovodstvo. Ed by O.N. Tkachevoj, E.V. Frolovoj, N.N. Yahno. Moscow: GEHOTAR-Media; 2018. P. 28-40. (In Russ.)]
6. Фролова Е.В., Турушева А.В. Принцип и концепция гериатрической оценки // Гериатрия. Национальное руководство / Под ред. О.Н. Ткачевой, Е.В. Фроловой, Н.Н. Яхно. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – С. 40–46. [Frolova EV, Turusheva AV. Princip i koncepciya geriatricheskoj ocenki. In: Geriatriya. Nacional'noe rukovodstvo. Ed by O.N. Tkachevoj, E.V. Frolovoj, N.N. Yahno. Moscow: GEHOTAR-Media; 2018. P. 40-46. (In Russ.)]
7. Фролова Е.В., Турушева А.В. Нарушения питания у пожилых людей // Гериатрия. Национальное руководство / Под ред. О.Н. Ткачевой, Е.В. Фроловой, Н.Н. Яхно. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – С. 128–137. [Frolova EV, Turusheva AV. Narusheniya pitaniya u pozhilyh lyudej. In: Geriatriya. Nacional'noe rukovodstvo. Ed by O.N. Tkachevoj, E.V. Frolovoj, N.N. Yahno. Moscow: GEHOTAR-Media; 2018. P. 128-137 (In Russ.)]
8. Ткачева О.Н., Котовская Ю.В., Остапенко В.С., Шарашкина Н.В. Старческая астения: что необходимо знать о ней врачу первичного звена? // РМЖ. – 2017. – № 25. – С. 1820–1822. [Tkacheva ON, Kotovskaya YuV, Ostapenko VS, Sharashkina NV. Starcheskaya asteniya: chto neobhodimo znat' o nej vrachu pervichnogo zvena? *RMZH*. 2017;25:1820-1822. (In Russ.)]
9. Киселева Г.В., Рафальская К.А. Распространенность гериатрических синдромов у пациентов врача общей практики // Российский семейный врач. – 2017. – Т. 21. – № 4. – С. 21–28. [Kiseleva GV, Rafalskaya KA. The prevalence of geriatric syndromes in general practice. *Russian family doctor*. 2017;21(4):21-24. (In Russ.)]. doi: 10.17816/RFD2017421-28.
10. Мальцев С.Б. Оценка ежедневной активности, участия в жизни общества и качества жизни [Электронный ресурс]. – М., 2010. – 63 с. – Режим доступа: http://manuals.sdc-eu.info/library/12_t2.pdf (16.05.2014). [Mal'cev SB. Ocenka ezhednevnoj aktivnosti, uchastiya v zhizni obshchestva i kachestva zhizni [Elektronnyj resurs]. Moscow; 2010. 63 p. Rezhim dostupa: http://manuals.sdc-eu.info/library/12_t2.pdf (16.05.2014). (In Russ.)]

Для цитирования: Шлепцова М.В., Фролова Е.В. Распространенность основных гериатрических синдромов в практике врача-гериатра амбулаторного этапа и возможности их коррекции. – 2018. – Т. 22. – № 2. – С. 30–36. doi 10.17816/RFD2018230-36.

For citation: Shleptsova MV, Frolova EV. Prevalence of the geriatric syndromes in geriatric practice in outpatient clinic and possible ways of its correction. *Russian Family Doctor*. 2018;22(2):30-36. doi 10.17816/RFD2018230-36.

Информация об авторах

Маргарита Викторовна Шлепцова — врач-гериатр СПбГБУЗ «Городская поликлиника № 14» Выборгского района Санкт-Петербурга. E-mail: shleptsova0103@mail.ru.

Елена Владимировна Фролова — д-р мед. наук, профессор кафедры семейной медицины ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Минздрава России. E-mail: elena.frolova@sngmu.ru.

Information about the authors

Margarita V. Shleptsova — geriatrician of the polyclinic No 14 of Vyborgsky District of St. Petersburg. E-mail: shleptsova0103@mail.ru.

Elena V. Frolova — DSc, Professor of Family Medicine Department of North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov. E-mail: elena.frolova@sngmu.ru.