

УДК 616–053.9: 362.61

https://doi.org/10.33619/2414-2948/111/35

ЧАСТОТА И СОВПАДЕНИЕ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ У ПАЦИЕНТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП ПРИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В СТАЦИОНАР

©*Мусакеев А. О.*, ORCID: 0000-0002-0702-2785, SPIN-код: 6803-4239,
Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызстан, musadi@mail.ru

©*Мурзаибрагимова М. М.*, ORCID: 0009-0005-7463-4035, Клиническая больница
Управления делами Президента Кыргызской Республики,
г. Бишкек, Кыргызстан, meerim.murzaibragim@mail.ru

©*Смаилова Д. К.*, ORCID: 0000-0003-2151-7052, SPIN-код: 7586-1994,
Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызстан, dsmailova@inbox.ru

©*Нартаева А. К.*, ORCID: 0000-0002-0609-2503, SPIN-код: 4614-1608, канд. мед. наук,
Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызстан, nartaevaa@mail.ru

FREQUENCY AND OVERLAP OF GERIATRIC SYNDROMES IN PATIENTS ACCORDING TO AGE GROUPS DURING INPATIENT HOSPITALIZATION.

©*Musakeev A.*, ORCID: 0000-0002-0702-2785, SPIN-code: 6803-4239,
I. K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyzstan, musadi@mail.ru

©*Murzaibragimova M.*, ORCID: 0009-0005-7463-4035, Clinical Hospital of the Presidential
Administration of the Kyrgyzstan, Bishkek, Kyrgyzstan, meerim.murzaibragim@mail.ru

©*Smailova D.*, ORCID: 0000-0003-2151-7052, SPIN-code: 7586-1994,
I. K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyzstan dsmailova@inbox.ru

©*Nartaeva A.*, ORCID: 0000-0002-0609-2503, SPIN- code: 4614-1608, I. K. Akhunbaev Kyrgyz
State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyzstan. nartaevaa@mail.ru

Аннотация. Учитывая, что гериатрические синдромы являются значимыми причинами смертности, заболеваемости и увеличения расходов на здравоохранение, определена частота гериатрических синдромов, таких как недоедание, деменция, депрессия, падения, полипрагмазия и недержание мочи у 770 пожилых пациентов, которые были госпитализированы в клиническую больницу Управления делами при Президенте Кыргызской Республики и прошли комплексную гериатрическую оценку. Частота полипрагмазии составила 54,5%, недержания мочи 47,6%, недоедания 9,6%, депрессии 35,1%, деменции 21,6% и падений 33,6%. Все участники были разделены на две группы (60–74, 75–89), все синдромы значительно увеличивались с возрастом, за исключением депрессии. В 20% случаев в возрастной группе 60–74 лет было верифицировано два синдрома, в 48% случаев в возрасте 75–89 лет — более четырех синдромов одновременно. Частота и совпадение гериатрических синдромов, за исключением депрессии, увеличивается с возрастом.

Abstract. Given that geriatric syndromes are significant causes of mortality, morbidity and increased health care costs, we determined the frequency of geriatric syndromes such as malnutrition, dementia, depression, falls, polypragmasia and urinary incontinence in 770 elderly patients who were hospitalized in the Clinical Hospital of the Presidential Administration of the

Kyrgyz Republic and underwent a comprehensive geriatric evaluation. The frequency of polypragmasia was 54.5%, urinary incontinence 47.6%, malnutrition 9.6%, depression 35.1%, dementia 21.6%, and falls 33.6%. When all participants were divided into two groups (60-74, 75-89), all syndromes increased significantly with age except depression. While 20% of cases in the 60-74 age group had two syndromes verified, 48% of cases in the 75-89 age group had more than four syndromes simultaneously. The frequency and overlap of geriatric syndromes, except depression, increased with age.

Ключевые слова: гериатрические синдромы, дряхлость, саркопения, деменция, недоедание.

Keywords: Geriatric syndromes, frailty, sarcopenia, dementia, malnutrition.

Гериатрические синдромы являются довольно распространенными клиническими состояниями у пожилых людей, которые не попадают в конкретные категории заболеваний [1].

В клинической практике эти состояния, такие как когнитивные нарушения, падения, слабость, делирий, нарушения походки, недержание мочи, недоедание, боль, полипрагмазия, пролежни, саркопения, проблемы со сном и тремор, называются гериатрическими синдромами, и гериатры играют важную роль в их диагностике и лечении [2, 3].

С другой стороны, врачи, не являющиеся гериатрами и ухаживающие за пожилыми людьми, такие как терапевты, кардиологи, онкологи и неврологи, должны знать об этих синдромах. Частота гериатрических синдромов должна быть известна по возрастным группам, чтобы службы здравоохранения могли распознавать случаи и направлять пациентов в необходимые центры [4].

В Кыргызской Республике гериатрическая помощь населению оказывается на всех этапах оказания медицинской помощи, всеми специалистами и наравне со всеми пациентами. Неимение единой системы гериатрической помощи автоматически объясняет отсутствие каких-либо внедрений по геронтологиям. К этому следует добавить, что в стране до сих пор нет целостной системы профессиональной подготовки специалистов по гериатрии, которая должна охватывать не только медицинский персонал всех уровней, но и социальных работников. Нет образовательных программ по гериатрии до и после дипломной подготовки в рамках непрерывного медицинского образования. Отсутствует гериатрическая подготовка врачей первичного звена и медицинских сестер, на которых ложится основное бремя нагрузки. Данная ситуация, когда ежегодно наблюдается увеличение численности людей пожилого и старческого возраста, но не происходит необходимых изменений в подготовке кадров, направленных на оказание качественной специализированной медицинской и социальной помощи, может быть квалифицирована как критическая, призывающая к принятию эффективных комплексных мер [5].

Несмотря на данную ситуацию в последнее время активировались научные исследования, направленные на выявление основных хронических заболеваний и гериатрических синдромов, это началось среди подопечных социальных стационарных учреждений [6]. Но, до сих пор не было подобного рода исследований относительно пациентов, живущих у себя дома.

Целью данного исследования явилось изучение частоты ключевых гериатрических синдромов в зависимости от возрастных групп среди пожилых людей, живущих у себя дома при госпитализации в стационар.

Материал и методы

Была проведена комплексная гериатрическая оценка пациентов, госпитализированных в клинику больницы Управления делами Президента Кыргызской Республики в период с января 2022 г по январь 2023 г. В исследование были включены пациенты в возрасте ≥ 60 лет без критериев исключения. Исследование было одобрено локальным Комитетом по биоэтике неинтервенционных исследований Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева в качестве проспективного исследования.

Все участники предоставили письменное информированное согласие на использование своих медицинских записей.

Критерии исключения. Пациенты с тяжелым остеоартрозом или нервно-мышечным заболеванием, затрудняющим ходьбу, а также пациенты, лишенные возможности передвигаться. Пациенты, имеющие в анамнезе тяжелые заболевания, которые могут ухудшить общее состояние здоровья, такие как острое нарушение мозгового кровообращения, желудочно-кишечное кровотечение, сепсис, острый коронарный синдром и острая дыхательная недостаточность. Пациенты, злоупотребляющие алкоголем и наркотиками. Больные злокачественными новообразованиями (за исключением больных, находящихся в состоянии полной ремиссии в течение не менее 5 лет). Пациенты моложе 60 лет.

Характеристики пациентов. Регистрировалась информация о пациентах относительно возраста, пола, уровня образования, сопутствующих системных заболеваний и количества используемых препаратов. Пациенты были обследованы на наличие в анамнезе гипертонии, ишемической болезни сердца, сахарного диабета, заболевания периферических артерий и цереброваскулярных заболеваний. Пациенты, которые использовали антигипертензивные препараты или имели два отдельных значения артериального давления $>140/90$ мм рт. ст. при соответствующем измерении, считались имеющими гипертонию. Сахарный диабет определялся как уровень глюкозы в плазме натощак >126 мг/дл или $HbA1c >6,5\%$. Пациенты были окончательно разделены на три группы в зависимости от их возраста: 60–69 лет, 70–79 лет и ≥ 80 лет.

Комплексная гериатрическая оценка. Для оценки гериатрического статуса пациентов нами использовался специализированный гериатрический осмотр. Каждый показатель оценивался в баллах. Данные осмотра заносились в специально разработанную «Карту специализированного гериатрического осмотра» и обрабатывались с помощью оригинальной компьютерной программы «Оптимизация ухода в гериатрии в зависимости от степени старческой астении» [7].

Изучение когнитивного статуса при помощи опросника «Mini-mental state examination» [8].

Для оценки глобальной когнитивной функции пациентам были предоставлены краткая шкала оценки психического состояния и монреальская шкала оценки когнитивных способностей в соответствии с уровнем образования. Для оценки настроения использовалась шкала гериатрической депрессии. Повседневная деятельность оценивалась по шкале базовой активности повседневной жизни и шкале инструментальной активности повседневной жизни. Для оценки состояния питания был проведен тест краткой оценки питания (MNA) [9].

Диагностика гериатрических синдромов. Деменция и депрессия. Эти синдромы диагностировались в соответствии с критериями Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам, пятое издание (DSM-V). Падения. Результат считался положительным, если в течение предыдущего года у пациента были падения, за исключением спотыкания о ковер и поскользывания на мокром полу. Хрупкость. Для оценки

слабости использовалась модифицированная шкала физической слабости Фрида, которая определялась в соответствии с физической моделью и наличием трех или более из следующих критериев: потеря веса, истощение, низкая физическая активность, медлительность и слабость [10].

Низкая физическая активность считалась положительной у пациентов, которые проводили большую часть времени сидя или редко совершали короткие прогулки в течение последнего года, вместо использования Миннесотского опросника по досугу [11].

Недоедание. Европейское общество клинического питания и метаболизма рекомендует MNA в качестве скринингового инструмента для выявления недостаточности питания у пожилых людей [12]. Пациенты с оценкой MNA по краткой форме ≤ 7 баллов считаются имеющими недостаточность питания.

Полипрагмазия. Указывается как одновременное употребление пяти или более наркотиков [13].

Пролежни. Это определяется как локализованное повреждение кожи и/или подлежащей ткани, которое обычно возникает над костным выступом в результате давления или давления в сочетании со сдвигом и/или трением, что обычно происходит у неподвижных пациентов.

Недержание мочи. Его наличие считалось очевидным в случаях непроизвольного подтекания мочи в течение последних 3 месяцев, за исключением инфекции мочевыводящих путей [14].

Статистическую обработку результатов исследования проводили при помощи программы “SPSS”, версия 16.0 для Windows. Вычислялись показатели относительной величины. Для расчета достоверности различий средних величин полученных результатов, применялся t-критерий Стьюдента. Различия считались значимыми при достижении вероятности $p < 0,05$.

Результаты

Всего в исследование было включено 770 пациентов. Медианный возраст пациентов составил 76 лет, минимальный возраст — 60 лет, максимальный возраст — 89 лет. Средний возраст женщин и мужчин составил $74,39 \pm 9,41$ и $75,73 \pm 9,25$ лет соответственно. Среди них 65% пациентов были женщинами. Пациенты были разделены на две группы в зависимости от возраста: 60–74 и 75–89 лет. Всего в группы было включено 370 и 400 пациентов соответственно. Оценивались недержание мочи, падения, депрессия, деменция, полипрагмазия и недоедание. Демографические характеристики пациентов представлены в Таблице.

Таблица

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ

Характеристика пациентов	60-74 лет n=370	75-89 лет n=400	P
Пол (женщины, %)	54,3	60	0.32
Семейное положение (женат, %)	77,8	52,5	<0.01
Образование (%)	65,7	43,2	<0.01
Коморбидность (%)	64,6	80,2	<0.01
Артериальная гипертензия	70,5	85,7	<0.01
Остеоартрит и остеоартроз	48,9	63,3	<0.01
Болезни желудочно-кишечного тракта: гастрит, язвенная болезнь	32,7	46,3	<0.01
Ишемическая болезнь сердца	24,5	29,7	<0.01
Сахарный диабет	17,8	19,5	<0.26

Характеристика пациентов	60-74 лет n=370	75-89 лет n=400	P
Цереброваскулярные заболевания	8,4	17,2	<0.01
Заболевание периферических артерий	3,7	6,0	<0.01
Застойная сердечная недостаточность	3,2	6,5	<0.01
Хроническая обструктивная болезнь легких	6,2	10,2	<0.01
Индекс коморбидности Чарлсона	0,83±0,90	1,41±1,27	<0.01

Примечание: статистически достоверно $p < 0.01$

Как видно из Таблицы, основу хронических заболеваний у наших пациентов составили такие заболевания, как артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, застойная сердечная недостаточность, цереброваскулярные расстройства, остеоартрит, остеоартроз, гастрит, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, сахарный диабет и хроническая обструктивная болезнь легких.

При комплексной гериатрической оценке распространенность составила для полипрагмазии 55,9% и 78,5%, для недержания мочи — 10,8% и 37,7%, для недоедания — 10,5% и 20,5%, для депрессии — 27,3% и 31,2%, для деменции — 16,5% и 24,7%, для падений — 35,1% и 45,7% и для пролежней — 1,4% и 1,5% (Рисунок). Было обнаружено, что все гериатрические синдромы, за исключением депрессии и пролежней, значительно чаще встречаются с возрастом. Проанализированы гериатрические синдромы по полу и возрастным группам, то оказалось, что депрессия и слабость часто встречались у женщин, а деменция — у мужчин во всех возрастных группах.

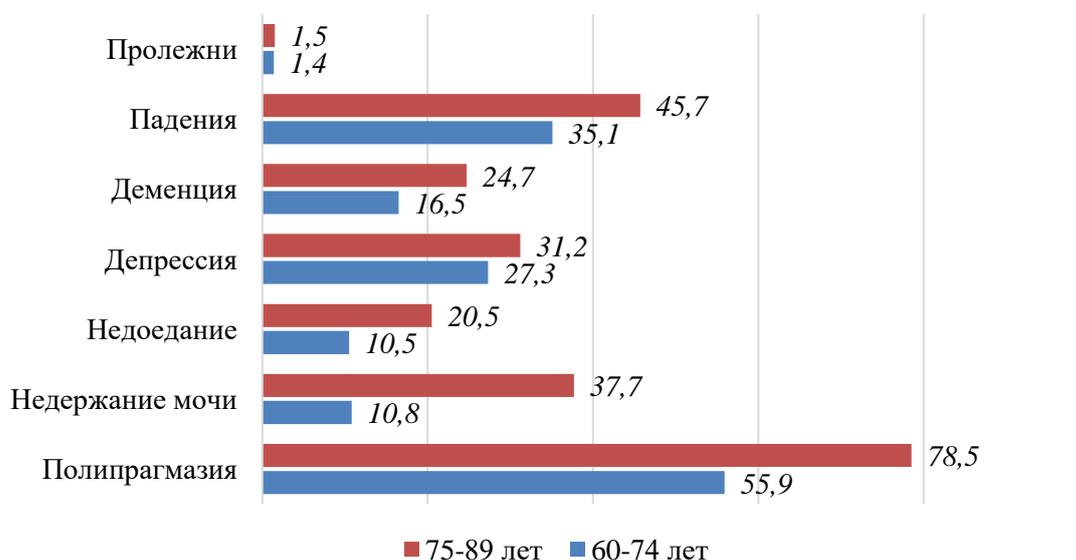


Рисунок. Распространенность гериатрических синдромов у госпитализированных пациентов

Обсуждение

Гериатрическая медицина имеет некоторые отличия от обычной медицины Гиппократа. Для пожилых людей важны индивидуальные цели, а не референтные интервалы. Гериатрические синдромы также отличаются от обычных синдромов, которые имеют много общих этиологических факторов или заболеваний, и гериатрические пациенты обычно страдают более чем от одного гериатрического синдрома одновременно [15]. Это исследование показывает частоту ключевых различных гериатрических синдромов одновременно в соответствии с возрастными группами. Было замечено, что частота всех

синдромов и совпадений увеличивалась с возрастом, за исключением пролежней и депрессии.

Распространенность полипрагмазии, деменции и недержания мочи, как было отмечено, согласуется с данными, полученными в литературе [16].

Утверждается, что синдромы встречаются чаще у подопечных социальных стационарных учреждений. Так, в исследовании Арстанбековой М. А. и соавторов (2022), синдром мальнутриции, определенный с помощью опросника Краткой оценки питания (MNA) у подопечных домов престарелых Кыргызстана, наблюдался у $54,9 \pm 4,6\%$ обследованных пациентов, риск развития синдрома выявлен у $23,6 \pm 3,2\%$ [17].

Уровень недоедания был аналогичен данным, полученным в литературе [18, 19].

Сообщалось, что распространенность пролежней составляет $4,5\%–18\%$ в госпитализированных и домах престарелых [19].

Синдром мальнутриции является одним из ведущих клинических и медико-социальных гериатрических синдромов, его выявление является важным компонентом современной гериатрии, что необходимо для разработки полноценных рекомендаций по его диетической коррекции [6].

Синдром мальнутриции, определен с помощью опросника, наблюдался у $54,9 \pm 4,6\%$ обследованных пациентов, риск развития синдрома выявлен у $23,6 \pm 3,2\%$. Синдром мальнутриции является одним из ведущих клинических медико-социальных гериатрических синдромов, его выявление является важным компонентом современной гериатрии, что необходимо для разработки полноценных рекомендаций по его диетической коррекции [6].

Синдром мальнутриции, определенный с помощью Мини-опросника оценки питания (MNA), наблюдался у $54,9 \pm 4,6\%$ обследованных пациентов, риск развития синдрома выявлен у $23,6 \pm 3,2\%$

Гериатрическая депрессия — частый синдром, связанный с повышенной инвалидностью, смертностью и ухудшением состояния здоровья пациентов. Прогрессирующий возраст, женский пол, потеря супруга, изменения в социальной и деловой жизни, низкий доход, уровень образования и повышенная коморбидность связаны с депрессивным настроением. Распространенность указывается в литературе как от 7% до 49% [20]. Распространенность составила 36% , и никакой связи с увеличением возраста не наблюдалось, что может быть объяснено предположениями Blazer D.G. (2010) о том, что частота депрессии снижается с возрастом из-за множества факторов, таких как снижение эмоциональной отзывчивости, повышение эмоционального контроля и психологическая иммунизация [21].

Пациенты подвержены повышенной коморбидности, полипрагмазии, дефициту питательных веществ, зрительным и слуховым расстройствам, снижению мышечной массы, проблемам с равновесием и когнитивным нарушениям [22].

Основу мультиморбидности составили такие заболевания, как артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, остеоартриты и остеоартрозы, заболевания желудочно-кишечного тракта и сахарный диабет. Сходные данные получены М. А. Арстанбековой и соавт. (2019), которые были получены при обследовании подопечных социальных стационарных учреждений [6].

Индексы мультиморбидности и связанной с ней коморбидности помогают прогнозировать госпитализацию, смертность и физическую функцию. В этом исследовании также показано, что частота коморбидных заболеваний, а также индекс коморбидности

увеличиваются с возрастом. Выявление и лечение этих ситуаций в раннем периоде предотвращает неблагоприятные исходы у пожилых людей.

Итак, показана частота гериатрических синдромов у пожилых людей в обществе в соответствии с возрастными группами. Эти пациенты и связанные с ними синдромы представляют интерес не только для гериатров, но также должны быть признаны на всех уровнях медицинских центров и всеми врачами, которые должны оценивать и лечить пожилых пациентов. Поэтому все образовательные программы, связанные с пожилыми людьми, должны включать эти основные темы. Гериатрические синдромы вызывают серьезную смертность и заболеваемость и увеличивают расходы на здравоохранение. Необходимы определение основного этиопатогенеза, точная диагностика и соответствующие рекомендации по лечению, а также должны быть созданы интегрированные системы здравоохранения для профилактики и лечения этих синдромов.

Список литературы:

1. Rikkert M. G. M. O. Conceptualizing geriatric syndromes // Oxford textbook of geriatric medicine. 2017. P. 355-362. <https://doi.org/10.1093/med/9780198701590.003.0048>
2. Inouye S. K., Studenski S., Tinetti M. E., Kuchel G. A. Geriatric Syndromes: Clinical, Research, and Policy Implications of a Core Geriatric Concept: (See Editorial Comments by Dr. William Hazzard on pp 794–796) // Journal of the American Geriatrics Society. 2007. V. 55. №5. P. 780-791. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01156.x>
3. Saraf A. A., Petersen A. W., Simmons S. F., Schnelle J. F., Bell S. P., Kripalani S., Vasilevskis E. E. Medications associated with geriatric syndromes and their prevalence in older hospitalized adults discharged to skilled nursing facilities // Journal of hospital medicine. 2016. V. 11. №10. P. 694-700. <https://doi.org/10.1002/jhm.2614>
4. Senn N., Monod S. Development of a comprehensive approach for the early diagnosis of geriatric syndromes in general practice // Frontiers in medicine. 2015. V. 2. P. 78. <https://doi.org/10.3389/fmed.2015.00078>
5. Маматов С. М., Арстанбекова М. А., Иманалиева Ф. Э., Канат К. Б. Состояние и перспективы геронтологии и гериатрии в Кыргызской Республике // Успехи геронтологии. 2020. Т. 33. №2. С. 391-396. <https://doi.org/10.34922/AE.2020.33.2.025>
6. Астанбекова М. А., Маматов С. М., Иманалиева Ф. Э. Социальные стационарные учреждения для пожилых людей Кыргызской Республики и состояние здоровья их подопечных // Клиническая геронтология. 2019. Т. 25. №9-10. С. 3-7.
7. Горелик С. Г., Ильницкий А. Н., Прощаев К. И., Богат С. В. Методическое руководство “Специализированный гериатрический осмотр”. 2015.
8. Pangman V. C., Sloan J., Guse L. An examination of psychometric properties of the mini-mental state examination and the standardized mini-mental state examination: implications for clinical practice // Applied nursing research. 2000. V. 13. №4. P. 209-213. <https://doi.org/10.1053/apnr.2000.9231>
9. Cederholm T. et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition // Clinical nutrition. 2017. V. 36. №1. P. 49-64. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.09.004>
10. Fried L. P., Tangen C. M., Walston J., Newman A. B., Hirsch C., Gottdiener J., McBurnie M. A. Frailty in older adults: evidence for a phenotype // The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences. 2001. V. 56. №3. P. M146-M157.
11. Cesari M., Leeuwenburgh C., Lauretani F., Onder G., Bandinelli S., Maraldi C., Ferrucci L. Frailty syndrome and skeletal muscle: results from the Invecchiare in Chianti study // The

American journal of clinical nutrition. 2006. V. 83. №5. P. 1142-1148.
<https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.M146>

12. Wunderle C., Gomes F., Schuetz P., Stumpf F., Austin P., Ballesteros-Pomar M. D., Bischoff S. C. ESPEN guideline on nutritional support for polymorbid medical inpatients // *Clinical nutrition*. 2023. V. 42. №9. P. 1545-1568. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2023.06.023>

13. Unutmaz G. D., Soysal P., Tuven B., Isik A. T. Costs of medication in older patients: before and after comprehensive geriatric assessment // *Clinical interventions in aging*. 2018. P. 607-613. <https://doi.org/10.2147/CIA.S159966>

14. Parazzini F., Cipriani S., de'Besi P., Lavezzari M., Artibani W. Urinary incontinence: frequency and diagnostic and therapeutic approach in general practice in Italy // *Archivio Italiano di Urologia, Andrologia: Organo Ufficiale [di] Societa Italiana di Ecografia Urologica e Nefrologica*. 2001. V. 73. №3. P. 160-167.

15. Rikkert M. O., Rigaud A. S., Van Hoeyweghen R. J., De Graaf J. Geriatric syndromes: medical misnomer or progress in geriatrics? // *Neth J Med*. 2003. V. 61. №3. P. 83-87.

16. Plassman B. L., Langa K. M., Fisher G. G., Heeringa S. G., Weir D. R., Ofstedal M. B., Wallace R. B. Prevalence of dementia in the United States: the aging, demographics, and memory study // *Neuroepidemiology*. 2007. V. 29. №1-2. P. 125-132. <https://doi.org/10.1159/000109998>

17. Arstanbekova M. A., Musakeev A. O., Turdaliev S. O., Azhimamotova R. M., Zikira kyzy R., Ymynapazova H. U., Mamatov S. M. The Frequency of the Main Geriatric Syndromes in Elderly Patients of the Social Institution of Kyrgyz Republic // *Advances in Gerontology*. 2022. V. 12. №1. P. 30-34. <https://doi.org/10.1134/S2079057022010027>

18. Win A. Z., Ceresa C., Arnold K., Allison T. A. High prevalence of malnutrition among elderly veterans in home based primary care // *The Journal of nutrition, health and aging*. 2017. V. 21. №6. P. 610-613. <https://doi.org/10.1007/s12603-017-0918-z>

19. Bredesen I. M., Bjørø K., Gunningberg L., Hofoss D. The prevalence, prevention and multilevel variance of pressure ulcers in Norwegian hospitals: a cross-sectional study // *International journal of nursing studies*. 2015. V. 52. №1. P. 149-156. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.005>

20. Blazer D. G. Depression in late life: review and commentary // *The journals of gerontology series A: Biological sciences and medical sciences*. 2003. V. 58. №3. P. M249-M265. <https://doi.org/10.1093/gerona/58.3.M249>

21. Blazer D. G. Protection from late life depression // *International Psychogeriatrics*. 2010. V. 22. №2. P. 171-173. <https://doi.org/10.1017/S1041610209990895>

22. Zahn J. M., Kim S. K. Systems biology of aging in four species // *Current opinion in biotechnology*. 2007. V. 18. №4. P. 355-359. <https://doi.org/10.1016/j.copbio.2007.07.004>

References:

1. Rikkert, M. G. O. (2017). Conceptualizing geriatric syndromes. *Oxford textbook of geriatric medicine*, 355-362. <https://doi.org/10.1093/med/9780198701590.003.0048>

2. Inouye, S. K., Studenski, S., Tinetti, M. E., & Kuchel, G. A. (2007). Geriatric Syndromes: Clinical, Research, and Policy Implications of a Core Geriatric Concept: (See Editorial Comments by Dr. William Hazzard on pp 794–796). *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(5), 780-791. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01156.x>

3. Saraf, A. A., Petersen, A. W., Simmons, S. F., Schnelle, J. F., Bell, S. P., Kripalani, S., ... & Vasilevskis, E. E. (2016). Medications associated with geriatric syndromes and their prevalence in older hospitalized adults discharged to skilled nursing facilities. *Journal of hospital medicine*, 11(10), 694-700. <https://doi.org/10.1002/jhm.2614>

4. Senn, N., & Monod, S. (2015). Development of a comprehensive approach for the early diagnosis of geriatric syndromes in general practice. *Frontiers in medicine*, 2, 78. <https://doi.org/10.3389/fmed.2015.00078>
5. Маматов, С. М., Арстанбекова, М. А., Иманалиева, Ф. Э., & Канат, К. Б. (2020). Состояние и перспективы геронтологии и гериатрии в Кыргызской Республике. *Успехи геронтологии*, 33(2), 391-396. <https://doi.org/10.34922/AE.2020.33.2.025>
6. Астанбекова, М. А., Маматов, С. М., & Иманалиева, Ф. Э. (2019). Социальные стационарные учреждения для пожилых людей Кыргызской Республики и состояние здоровья их подопечных. *Клиническая геронтология*, 25(9-10), 3-7.
7. Горелик, С. Г., Ильницкий, А. Н., Прощаев, К. И., & Богат, С. В. (2015). Методическое руководство "Специализированный гериатрический осмотр".
8. Pangman, V. C., Sloan, J., & Guse, L. (2000). An examination of psychometric properties of the mini-mental state examination and the standardized mini-mental state examination: implications for clinical practice. *Applied nursing research*, 13(4), 209-213. <https://doi.org/10.1053/apnr.2000.9231>
9. Cederholm, T., Barazzoni, R. O., Austin, P., Ballmer, P., Biolo, G. I., Bischoff, S. C., ... & Singer, P. (2017). ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clinical nutrition*, 36(1), 49-64. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.09.004>
10. Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., ... & McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3), M146-M157..
11. Cesari, M., Leeuwenburgh, C., Lauretani, F., Onder, G., Bandinelli, S., Maraldi, C., ... & Ferrucci, L. (2006). Frailty syndrome and skeletal muscle: results from the Invecchiare in Chianti study. *The American journal of clinical nutrition*, 83(5), 1142-1148. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.M146>
12. Wunderle, C., Gomes, F., Schuetz, P., Stumpf, F., Austin, P., Ballesteros-Pomar, M. D., ... & Bischoff, S. C. (2023). ESPEN guideline on nutritional support for polymorbid medical inpatients. *Clinical nutrition*, 42(9), 1545-1568. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2023.06.023>
13. Unutmaz, G. D., Soysal, P., Tuven, B., & Isik, A. T. (2018). Costs of medication in older patients: before and after comprehensive geriatric assessment. *Clinical interventions in aging*, 607-613. <https://doi.org/10.2147/CIA.S159966>
14. Parazzini, F., Cipriani, S., de'Besi, P., Lavezzari, M., & Artibani, W. (2001). Urinary incontinence: frequency and diagnostic and therapeutic approach in general practice in Italy. *Archivio Italiano di Urologia, Andrologia: Organo Ufficiale [di] Societa Italiana di Ecografia Urologica e Nefrologica*, 73(3), 160-167.
15. Rikkert, M. O., Rigaud, A. S., Van Hoeyweghen, R. J., & De Graaf, J. (2003). Geriatric syndromes: medical misnomer or progress in geriatrics?. *Neth J Med*, 61(3), 83-87.
16. Plassman, B. L., Langa, K. M., Fisher, G. G., Heeringa, S. G., Weir, D. R., Ofstedal, M. B., ... & Wallace, R. B. (2007). Prevalence of dementia in the United States: the aging, demographics, and memory study. *Neuroepidemiology*, 29(1-2), 125-132. <https://doi.org/10.1159/000109998>
17. Arstanbekova, M. A., Musakeev, A. O., Turdaliev, S. O., Azhimamotova, R. M., Zikirakyzy, R., Ymynapazova, H. U., & Mamatov, S. M. (2022). The Frequency of the Main Geriatric Syndromes in Elderly Patients of the Social Institution of Kyrgyz Republic. *Advances in Gerontology*, 12(1), 30-34. <https://doi.org/10.1134/S2079057022010027>

18. Win, A. Z., Ceresa, C., Arnold, K., & Allison, T. A. (2017). High prevalence of malnutrition among elderly veterans in home based primary care. *The Journal of nutrition, health and aging*, 21(6), 610-613. <https://doi.org/10.1007/s12603-017-0918-z>

19. Bredesen, I. M., Bjørø, K., Gunningberg, L., & Hofoss, D. (2015). The prevalence, prevention and multilevel variance of pressure ulcers in Norwegian hospitals: a cross-sectional study. *International journal of nursing studies*, 52(1), 149-156. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.005>

20. Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: review and commentary. *The journals of gerontology series A: Biological sciences and medical sciences*, 58(3), M249-M265. <https://doi.org/10.1093/gerona/58.3.M249>

21. Blazer, D. G. (2010). Protection from late life depression. *International Psychogeriatrics*, 22(2), 171-173. <https://doi.org/10.1017/S1041610209990895>

22. Zahn, J. M., & Kim, S. K. (2007). Systems biology of aging in four species. *Current opinion in biotechnology*, 18(4), 355-359. <https://doi.org/10.1016/j.copbio.2007.07.004>

Работа поступила
в редакцию 12.01.2025 г.

Принята к публикации
22.01.2025 г.

Ссылка для цитирования:

Мусакеев А. О., Мурзаibraгимова М. М., Смаилова Д. К., Нартаева А. К. Частота и совпадение гериатрических синдромов у пациентов в зависимости от возрастных групп при госпитализации в стационар // Бюллетень науки и практики. 2025. Т. 11. №2. С. 311-320. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/111/35>

Cite as (APA):

Musakeev, A., Murzaibraгимova, M., Smailova, D., & Nartaeva, A. (2025). Frequency and Overlap of Geriatric Syndromes in Patients According to Age Groups during Inpatient Hospitalization. *Bulletin of Science and Practice*, 11(2), 311-320. (in Russian). <https://doi.org/10.33619/2414-2948/111/35>