

ПРОФИЛАТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ

Физическая активность

Рекомендации	Описание
Длительность и условия выполнения физических упражнений	• Объем физических нагрузок и упражнений должен соответствовать возможностям и состоянию здоровья пожилых людей. • Исключить упражнения на задержку дыхания, натуживание, с вращением головы и длительным наклоном головы вниз, подскоками и т.п. • Начало с разминки (медленная ходьба и легкие потягивания). • Упражнения следует выполнять сериями продолжительностью не менее 10 минут. • Продолжительность занятия должна постепенно (в течение 2-3 недель) увеличиваться до 30 минут в день. • Хронические заболевания вне обострения не являются противопоказанием для физических упражнений. • Целесообразна консультация специалиста по лечебной физкультуре, возможно, врача-реабилитолога для разработки индивидуальной программы физической активности
Аэробная физическая активность	• Средней интенсивности не менее 150 минут в неделю или • Высокой интенсивности не менее 75 минут в неделю • В зависимости от состояния здоровья рекомендации могут включать ходьбу по ровной местности, скандинавскую ходьбу, плавание, тренировки на велотренажере, беговой дорожке и др., ежедневную утреннюю гимнастику
Силовые физические упражнения	• 2-3 раза в неделю, цель – не менее 10 минут на подход • Примеры: полуприседания (5-15 повторов), подъем на носки с попыткой как можно дольше удерживаться в данном положении (цель – 10-20 подъемов, можно выполнять с опорой), подъем веса от 500 до 1000 г не менее 10 раз в комфортной для пациента позе и режиме выполнения
Упражнения для тренировки равновесия	• 3 и более дней в неделю • Продолжительность до 30 минут • Примеры: ходьба назад, ходьба боком, ходьба на носках. В начальный период выполнения этих упражнений можно использовать стабильную опору

Питание

Рекомендации	Описание
Режим питания	• Три основных приема пищи (завтрак, обед и ужин), которые могут быть дополнены двумя дополнительными (с учетом заболеваний или режима дня)
Общий водный режим	• Не менее 1,5 л (с учетом блюд и продуктов рациона), при этом на питьевой режим в чистом виде должно приходиться не менее 800 мл
Энергетическая ценность рациона питания	• 1600 ккал/сут для женщин и 1800 ккал/сут для мужчин

Способы кулинарной обработки	• Предпочтительны щадящие режимы (отваривание, запекание, припускание, тушение, приготовление на пару, аэрогриль и др.)
Белок	• Потребность в белке у пожилого человека выше, чем у людей молодого и среднего возраста в виду повышения риска развития саркопении (снижения мышечной массы) и составляет 1-1,2 г/кг/сут. с пропорцией 1:1 между животными и растительными белками. • Ежедневное употребление животного белка. • Оптимальные источники животного белка: молочные продукты, рыба, птица (курица, индейка), говядина, телятина, крольчатина. • Источники растительного белка: крупы, бобовые, семена, орехи. • Введение в рацион дополнительных источников белка, если пациент не употребляет животный белок в достаточном количестве (сиппинги), или подбор специализированного рациона питания для обеспечения необходимого уровня потребления белка на необходимом уровне
Жиры	• 25-30% от суточной калорийности, треть – насыщенные жиры, две трети – равные доли моно- и полиненасыщенных жирных кислот. • Растительные жиры: оливковое, подсолнечное и льняное масла в количестве 25-30 мл в день (2 столовые ложки). • Ограничить употребление продуктов с высоким содержанием насыщенных жиров (пальмовое и кокосовое масла) и промышленных транс-жирных кислот: переработанные пищевые продукты, еда быстрого приготовления, жареная во фритюре пища, замороженные пицца и пироги, печенье, маргарин и бутербродные смеси
Углеводы	• Предпочтительны «сложные» углеводы: крупы из цельных злаков (овсяные хлопья «Геркулес», цельная греча, нешлифованный рис, непереработанная кукуруза, просо, овес, пшеница, полба, булгур), бобовые, грибы, хлеб грубого помола с добавлением отрубей. • Овощи, фрукты, ягоды и орехи. Рекомендуются ежедневно не менее 5 порций овощей и фруктов (500 г/сут.). • Ограничить потребление крахмалсодержащих продуктов (рафинированного белого риса, макаронных изделий, манной крупы) и корнеплодов (картофель, батати др.)
Молочные продукты	• Не менее трех порций в день. • Предпочтительны молочные продукты без дополнительных вкусовых добавок, так как они содержат добавленные сахар и/или насыщенные жиры. • В виду возможной вторичной лактозной недостаточности у пожилых людей предпочтительны творог, сыр, йогурт, кефир
Сахар	• Потребление сахара в чистом виде следует ограничивать: не более 25 г/сутки, примерно 6 чайных ложек без верха • Оптимальными источниками свободных сахаров являются фрукты, ягоды и овощи

Соль	• Потребление поваренной соли должно составлять до 5,0 г в сутки, включая все количество соли, содержащееся в блюдах и продуктах. • Если пожилой человек ранее не придерживался указанного уровня потребления соли, не следует вводить его резкие ограничения. • Целесообразно рекомендовать отказаться от продуктов с высоким содержанием соли: копчености, колбасные изделия, консервированные продукты и соусы, исключить досаливание уже готового блюда
------	---

Организация безопасного быта

Рекомендации должны быть даны всем пожилым людям, особенно пациентам с падениями в анамнезе:

- Убрать посторонние предметы с пола, включая провода, о которые можно споткнуться.
- Убрать скользкие коврики или закрепить их на полу.
- Предупредить возможность споткнуться о край ковра, порожки.
- Использовать нескользящий коврик для дна ванной, душевой кабины.
- Пол в ванной комнате должен быть нескользким.
- Оборудовать ванну и пространство рядом с унитазом поручнями.
- Обеспечить достаточное освещение: повесить ночник в спальне так, чтобы путь от кровати до ванной/туалета был хорошо освещен.
- При необходимости использовать устойчивую стремянку, а не стул/табурет/стол.

Когнитивный тренинг

Примеры упражнений для когнитивного тренинга:

- заучивание стихов, песен;
- игра на музыкальных инструментах;
- рисование;
- решение логических задач;
- разгадывание кроссвордов.

Может быть рекомендовано обращение в центры социального обслуживания для организации досуга и повышения социальной активности.

Профилактика падений

Всем пациентам пожилого возраста с целью профилактики падений следует дать рекомендации по:

- физической активности;

- физическим упражнения для тренировки баланса;
- организации безопасного быта;
- питанию;
- когнитивному тренингу.

Дополнительные рекомендации с учетом выявленных индивидуальных факторов риска дает лечащий врач или врач-гериатр.

Профилактика переломов

У всех пациентов пожилого возраста должен быть собран анамнез переломов, осложняющих остеопороз, и оценен 10-летний риск переломов по алгоритму FRAX (<https://frax.shef.ac.uk/FRAX/tool.aspx?lang=rs>).

Пациентам с анамнезом перелома, 10-летним риском переломов по алгоритму FRAX в «красной» зоне устанавливается диагноз остеопороза и показано назначение антиостеопоротической терапии в соответствии с клиническими рекомендациями «Остеопороз», «Старческая астения».

Диагноз остеопороза должен быть установлен пациентам после низкоэнергетического перелома вследствие остеопороза, в том числе пациентам после хирургического лечения по поводу перелома проксимального отдела бедренной кости. С целью профилактики повторного перелома должна быть назначена патогенетическая терапия остеопороза (оптимально – в течение первого месяца после хирургического лечения перелома проксимального отдела бедренной кости).

Пациента с 10-летним риском переломов по алгоритму FRAX в желтой зоне необходимо направить на остеоденситометрию для установления диагноза остеопороза и решения вопроса о необходимости антиостеопоротической терапии.

Антиостеопоротическую терапию назначает врач-терапевт или специалист по остеопорозу (врач-ревматолог, врач-гериатр, врач-эндокринолог).

При отсутствии противопоказаний пациентам с остеопорозом должна быть назначена патогенетическая терапия остеопороза: один из антирезорбтивных препаратов (алендроновая кислота 70 мг 1 раз в 7 дней, золедроновая кислота 5 мг/10 мл в/в 1 раз в год или деносумаб 60 мг п/к 1 раз в 6 мес.). Патогенетическая терапия остеопороза назначается обязательно в сочетании с препаратами витамина D (доза определяется уровнем витамина D (25(OH)D в крови) и препаратами кальция.

Рекомендуется назначение костно-анаболической терапии терипаратидом 20 мкг 1 раз в сутки сроком на 24 мес. с последующим переходом на антирезорбтивную терапию пациентам с анамнезом переломов вследствие остеопороза (особенно тел позвонков или проксимального отдела бедренной

кости), не получавшим ранее антирезорбтивную терапию. Терапия терипаратидом также рекомендуется пациентам с синдромом старческой астении и тяжелым остеопорозом с неэффективностью антирезорбтивной терапии и наличием предшествующих низкоэнергетических переломов вследствие остеопороза.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ СО СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИЕЙ И СОПУТСТВУЮЩИМИ ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, А ТАКЖЕ ФАКТОРАМИ РИСКА ИХ РАЗВИТИЯ

Курение

Пожилые пациенты менее внимательны к доводам о вреде курения, склонны недооценивать опасность курения, нередко негативно и пессимистически воспринимают собственное старение и склонны к продолжению курения. Необходимо акцентировать внимание пациентов и их родственников/лиц, осуществляющих уход, что продолжение курения ассоциировано с более тяжелым течением возраст-ассоциированных заболеваний, таких как сахарный диабет, остеопороз, болезни органов дыхания, в том числе пневмонии. Табакокурение может снижать эффективность лекарственных препаратов, прием которых необходим многим пациентам пожилого возраста, повышает риск падений.

Масса тела

Низкая масса тела особого внимания у пожилых требует, поскольку значения индекса массы тела (ИМТ) $<20 \text{ кг/м}^2$ у пациентов младше 70 лет/ $<22 \text{ кг/м}^2$ у пациентов 70 лет и старше (для лиц азиатской расы соответственно $<18.5 \text{ кг/м}^2$ и $<20 \text{ кг/м}^2$) являются фенотипическими признаками синдрома недостаточности питания (мальнутриции) (КР «Недостаточность питания (мальнутриция) у пациентов пожилого и старческого возраста» https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/615_2 (14.04.2025)).

При ИМТ $<18,5 \text{ кг/м}^2$ требуется вмешательство лечащего врача по выяснению причин снижения массы тела и коррекции пищевого поведения, направление пациента на консультацию к врачу-диетологу, врачу-гериатру, врачу-онкологу.

При снижении веса на 5 кг (для лиц с исходной массой тела 70 кг и выше) или на 5% от исходного веса (для лиц с массой тела ниже 70 кг) за последние 3 месяца, необходимо проведение обследования для уточнения причины снижения массы тела и исключения развития саркопении, недостаточности питания, онкологических заболеваний.

Избыточная масса тела и ожирение

Снижение массы тела показано всем пациентам, имеющим ожирение, а также пациентам с избыточной массой тела и наличием одного и более факторов риска ССЗ или с наличием сопутствующих заболеваний, течение которых ассоциировано с ожирением.

Следует акцентировать внимание пациента на недопустимости самостоятельного выбора «особых» диет.

У пациентов до 75 лет без гериатрических синдромов при ИМТ $25\text{--}30 \text{ кг/м}^2$ и отсутствии сопутствующих ХНИЗ (АГ, СД и др.) рекомендуется немедикаментозная коррекция массы тела. При наличии сопутствующих ХНИЗ и/или ИМТ более 27 кг/м^2 немедикаментозные методы

необходимо сочетать с назначением медикаментозной терапии, направленной на снижение массы тела. Лечение избыточной массы тела и ожирения осуществляется в соответствии с клиническими рекомендациями «Ожирение» https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/28_3 (29.04.2025):

- немедикаментозная терапия (изменение образа жизни посредством коррекции питания и расширения объема физических нагрузок) является основой лечения ожирения и рекомендуется как первый, обязательный и постоянный этап лечения ожирения;
- всем пациентам, страдающим ожирением, с целью снижения массы тела рекомендуется гипокалорийная диета (дефицит 500-700 ккал от физиологической потребности с учетом массы тела, возраста и пола), сбалансированная по пищевым ингредиентам; на этапе поддержания достигнутой массы тела – сбалансированная по пищевым ингредиентам эукалорийная диета;
- физическая активность рекомендуется как неотъемлемая часть лечения ожирения и поддержания достигнутой в процессе лечения массы тела. Всем лицам с избыточной массой тела и ожирением показаны регулярные аэробные физические упражнения продолжительностью не менее 150 минут в неделю;
- назначение медикаментозной терапии ожирения рекомендовано при $ИМТ \geq 30 \text{ кг/м}^2$ или при $ИМТ \geq 27 \text{ кг/м}^2$ при наличии факторов риска и/или коморбидных заболеваний;
- оценку эффективности лекарственной терапии ожирения рекомендуется проводить спустя 3 месяца после начала лечения. Неэффективным может считаться снижение массы тела менее чем на 5% от исходной в течение 3 месяцев.

У пациентов старческого возраста (75 лет и старше) или с гериатрическими синдромами, особенно при подозрении на наличие синдрома старческой астении, с избыточной массой телом и ожирением необходимо следовать КР «Старческая астения» https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/613_2 (14.04.2025):

- не рекомендуется снижение при $ИМТ 25-35,9 \text{ кг/м}^2$ в виду увеличения риска развития гериатрических синдромов и неблагоприятных исходов;
- в отличие от людей среднего возраста, у пожилых людей повышение $ИМТ$ до $25-29,9 \text{ кг/м}^2$ по сравнению с его нормальными значениями ассоциировано со снижением, а не повышением риска смерти;
- избыточная масса тела ассоциирована с большей минеральной плотностью кости, меньшим риском остеопороза и перелома бедренной кости, в то время как снижение массы тела ассоциировано со снижением костной массы;
- у лиц старческого возраста любая потеря веса (намеренная или нет) может иметь потенциально опасные последствия в виде развития и/или прогрессирования саркопении, мальнутриции, потери костной массы и повышения смертности;

- если преимущества стратегии снижения массы тела очевидны, наиболее приемлемый терапевтический подход состоит в умеренном ограничении энергетической ценности рациона, ориентированном на умеренное снижение веса;
- оценку преимуществ вмешательств у пациентов со старческой астенией и ожирением следует проводить на основании изменения состава тела и улучшения функциональных возможностей, а не на основании снижения веса. Потребление белка при этом должно составлять не менее 1 г/кг массы тела/сутки, сопровождаться адекватным потреблением микроэлементов и обязательно сочетаться с регулярной физической активностью.

Артериальная гипертензия

Лечение АГ осуществляется в соответствии с клиническими рекомендациями «Артериальная гипертензия у взрослых» с учетом наличия СА https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/62_3 (29.04.2025):

- рекомендуется начать антигипертензивную терапию у пациентов с АГ в возрасте до 79 лет при уровне САД ≥ 140 и/или ДАД ≥ 90 мм рт.ст.;
- рекомендуется начать антигипертензивную терапию у пациентов с АГ в возрасте ≥ 80 лет при уровне САД ≥ 160 мм рт.ст.

Можно рассмотреть более низкие значения САД (140-159 мм рт.ст.) для инициации антигипертензивной терапии. У пациентов с синдромом старческой астении при определении показаний для начала антигипертензивной терапии на основании САД и ДАД целесообразен индивидуальный подход.

У пациентов ≥ 80 лет не рекомендуется отменять антигипертензивную лекарственную терапию, при условии, что эта терапия хорошо переносится, не сопровождается ортостатической гипотонией, развитием/усугублением гериатрических синдромов и снижением функционального статуса в связи с доказанными преимуществами в отношении сердечно-сосудистой смертности.

Целевые уровни АД:

- всем пациентам с АГ, получающим лечение, независимо от возраста и степени риска, рекомендуется в качестве первого целевого уровня снижать АД до значений $< 140/90$ мм рт. ст., а при условии хорошей переносимости — до целевого уровня $130/80$ мм рт. ст. или ниже, в связи с доказанными преимуществами в плане снижения риска сердечно-сосудистых осложнений;
- пациентам в возрасте 65-79 лет без старческой астении, получающим антигипертензивную терапию, вне зависимости от уровня сердечно-сосудистого риска и наличия сердечно-сосудистых заболеваний рекомендуется снижать САД первично до целевых значений < 140 мм рт. ст., а при условии хорошей переносимости до < 130 мм рт.ст.;

- пациентам в возрасте 65-79 лет с изолированной систолической артериальной гипертензией, рекомендуется снижать САД первично до целевых значений 140-150 мм рт. ст., а при условии хорошей переносимости до 130-139 мм рт.ст., но с осторожностью, если исходное ДАД <70 мм рт.ст.
- пациентам в возрасте ≥ 80 лет с изолированной систолической артериальной гипертензией, рекомендуется снижать САД первично до целевых значений 140-150 мм рт. ст., а при условии хорошей переносимости до 130-139 мм рт.ст., но с осторожностью, если исходное ДАД <70 мм рт.ст.

У большинства пациентов с синдромом старческой астении, а также у пациентов старше 80 лет рекомендована инициация антигипертензивной терапии с монотерапии. В целом у пациентов с синдромом старческой астении рекомендован индивидуальный подход.

Не рекомендуется снижать САД менее 120 мм рт.ст.

Целевое АД у пожилых пациентов с умеренной/тяжелой старческой астенией определяется индивидуально врачом-гериатром на основании комплексной гериатрической оценки.

При проведении антигипертензивной терапии обязателен контроль ортостатического изменения АД. Ортостатической гипотонией считается снижение систолического АД на 20 мм рт.ст. и более и/или диастолического АД на 10 мм рт.ст. и более при переходе в вертикальное положение через 1-2 минуты. Особого внимания требует симптомная ортостатическая гипотония. У пациентов с высоким исходным уровнем АД в положении лежа или сидя и бессимптомным ортостатическим снижением АД как правило целесообразно усиление антигипертензивной терапии с целью достижения целевого АД (с учетом переносимости). Достижение целевого АД уменьшает выраженность ортостатической реакции АД.

Дислипидемия

С целью вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний всем пациентам показано назначение гиполипидемической терапии с достижением целевых уровней ХС-ЛНП.

У пациентов пожилого и старческого возраста возможно использование комбинированной терапии статином и эзетимиба.

Не рекомендуется начало гиполипидемической терапии с целью первичной профилактики сердечно-сосудистых событий пациентам старше 75 лет. Однако, если пациент уже принимает гиполипидемическую терапию и хорошо ее переносит, прием следует продолжить.

Гипергликемия/сахарный диабет

Рекомендуемый целевой уровень у функционально независимых пациентов HbA1c <7,5% при отсутствии атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний и/или риска тяжелой гипогликемии.

При наличии атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний и/или риске тяжелой гипогликемии целевой уровень HbA1c <8,0%.

При наличии старческой астении и деменции целевой уровень HbA1c <8,5%.

Для лечения СД 2 типа у пациентов пожилого и старческого возраста могут быть использованы метформин, ингибиторы дипептидилпептидазы-4 (DDP-4) (алоглиптин, вилдаглиптин, линаглиптин, саксаглиптин, ситаглиптин) или аналоги глюкагоноподобного пептида-1 (GLP-1) (инсулин гларгин + ликсисенатид) как наиболее безопасные в отношении развития гипогликемии. Производные сульфонилмочевины следует назначать с осторожностью из-за увеличения риска гипогликемии по мере старения. Глибенкламид не рекомендован пациентам старше 60 лет. Ингибиторы натрийзависимого переносчика глюкозы 2-го типа (эмпаглифлозин, дапаглифлозин) применяются с осторожностью, их не следует применять с диуретиками вследствие опасности развития гиповолемии и ортостатической гипотонии. Лечение проводится в соответствии с рекомендациями врача-эндокринолога.

ПРИЛОЖЕНИЯ

МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

ПАМЯТКА «КАК ПРАВИЛЬНО ПРИНИМАТЬ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ»

- Принимайте лекарства только по назначению врача, а не по совету соседей или средств массовой информации (даже, если это передача о здоровье). Только лечащий врач обладает полной информацией о Вашем здоровье, которая поможет подобрать эффективное и безопасное лечение.

- Не рассчитывайте на «пилюлю от всех болезней». Некоторые проблемы со здоровьем проходят без лечения или решаются с помощью других методов лечения без применения лекарств. Обсудите со своим лечащим врачом, как Вам лучше бороться с проблемами со здоровьем и рассмотрите все варианты лечения.

- Информировать врача обо всех препаратах, которые Вы принимаете, включая безрецептурные препараты, пищевые добавки и растительные лекарственные препараты.

- Информировать врача обо всех случаях аллергии или нежелательных реакций на лекарственные препараты, которые отмечались у Вас в прошлом.

- Сообщайте врачу обо всех проблемах, которые возникли после начала приема нового для Вас лекарства.

- Если Вы находились на стационарном лечении, предшествующее лечение могло быть изменено. Надо знать, какие препараты следует принимать после выписки. Эту информацию Вы получите у своего лечащего врача.

- Не прекращайте прием назначенных Вам лекарств без предварительного обсуждения с лечащим врачом. Перед началом приема безрецептурного препарата, добавки или растительного лекарственного средства проконсультируйтесь со своим лечащим врачом или фармацевтом, чтобы быть уверенным в безопасности препарата или средства.

- Уточните у врача, при необходимости – запишите:
 - название лекарственных препаратов;
 - по какому поводу Вы принимаете каждый из назначенных препаратов;
 - как следует принимать лекарство (доза, время, кратность и длительность приема, влияние приема пищи);
 - каковы наиболее частые и наиболее серьезные побочные эффекты препарата;
 - что следует делать, если возникнут проблемы, связанные с приемом препарата;
 - что следует делать, если пропущен очередной прием.

ФИЗИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ ПРИ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ГИПОТОНИИ

Упражнение	Описание выполнения упражнения	Визуальный пример
Скрещивание ног с напряжением мышц	В положении стоя, ноги на ширине плеч, переместите вес на одну ногу, (например, правую), скрестите ноги поместив левую ногу правее правой спереди, Напрягите мышцы бедер, слегка сжав ноги вместе. Одновременно напрягите мышцы живота, втянув его немного внутрь и вверх. Старайтесь дышать нормально, не задерживая дыхание. Поддерживайте напряжение мышц на комфортном уровне. Для лучшего баланса слегка согните колени Упражнение может выполняться лежа	
Скрещивание ног в положении сидя	Сидя на стуле положить одну ногу на другую, так чтобы нижняя треть голени одной ноги лежала на нижней трети передней поверхности бедра другой	

Положение на корточках	Из положения стоя, ноги на ширине плеч, слегка согнув ноги в коленях, начните медленно опускаться вниз. Старайтесь держать спину прямой, немного наклоняясь вперед. Опускайтесь до тех пор, пока бедра не станут параллельны полу Пятки должны оставаться на полу (если сложно, пятки можно немного приподнять). Для равновесия можно слегка вытянуть руки вперед. В нижней точке вы должны чувствовать себя устойчиво и комфортно Главное - двигайтесь плавно и делайте то, что комфортно для вашего тела. Если чувствуете боль в коленях или неустойчивость, можно опираться рукой о стену или другую опору.	
Стоя, подняв одну ногу на стул	Из позиции стоя, ноги на ширине плеч, перенести центр тяжести одной ноги на другую (например, на правую), поднять другую ногу (например, левую) и поставить на стул/табуретку высотой 40-50 см. сложить руки на груди, положить руки сложенные руки (наклонившись вперед) на колено.	

Источник: W. Wieling, N. van Dijk, R. D. Thijs, F. J. de Lange, C. T. Paul Krediet, J. R. Halliwill. Physical countermeasures to increase orthostatic tolerance. <https://doi.org/10.1111/joim.12249>

Материалы Официального портала Минздрава России о Вашем здоровье

<https://www.takzdorovo.ru/>



**Информация для пациентов «Как сохранить здоровье в пожилом возрасте:
профилактика хронических заболеваний»**

<https://www.takzdorovo.ru/stati/kak-sokhranit-zdorove-v-pozhilom-vozhraсте-profilaktika-khronicheskikh-zabolevaniy/>



**Информация для пациентов «Сохрани шейку бедра смолоду. Как предотвратить
возрастную хрупкость костей»**

<https://www.takzdorovo.ru/stati/sokhrani-sheyku-bedra-smolodu-kak-predotvratit-vozhraстную-khrupkost-kostey/>



Информация для пациентов «Остеопороз»

<https://www.takzdorovo.ru/zabolevaniya/osteoporoz/>



АЗБУКА ЗДОРОВЬЯ

Методические рекомендации «В помощь пожилому человеку и его близким: азбука здоровья»

https://rgnkc.ru/upload/files/patsientam/Azbuka_zdorovya_blok_print.pdf



СБОРНИК БАЗОВЫХ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ ДЛЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Руководство по физической активности в домашних условиях

https://rgnkc.ru/upload/files/patsientam/HEPOP_ALL_PACKS.pdf



КОГНИТИВНЫЙ ТРЕНИНГ

Методическое пособие «Когнитивный тренинг для пациентов с умеренными когнитивными расстройствами»

<https://rgnkc.ru/fp-starshee-pokolenie/programma-profilaktiki-kognitivnykh-narusheniy-u-lits-pozhilogo-i-starcheskogo-vozrasta/3.pdf>

