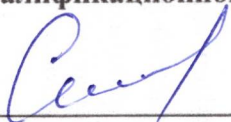


МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АМУРСКОЙ
ОБЛАСТИ
АМУРСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА
(ГАУЗ АО «АОКБ»)

**ПЕРИОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И
СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**
(Информационно-методическое письмо)

Подготовили:

Заведующий отделением
анестезиологии-реанимации центра
анестезиологии и реанимации
ГАУЗ АО «АОКБ», врач высшей
квалификационной категории



С.А. Лежак

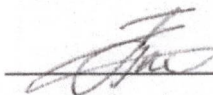
Врач анестезиолог-реаниматолог
ГАУЗ АО «АОКБ»



М. В. Чуднова

Согласовано:

Главный внештатный специалист
по анестезиологии-реаниматологии
министерства здравоохранения
Амурской области



Р.С. Петренко

Благовещенск, 2023г.

Уважаемые коллеги!

Организационно-методическое отделение ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница» направляет вам информационно-методическое письмо:

«ПЕРИОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА»

В информационно-методическом письме представлены основные характеристики возрастных изменений, влияющих на проведение анестезии и интенсивной терапии у этого контингента больных. Указаны ведущие клинические симптомы и синдромы, наиболее важные для прогнозирования неблагоприятного течения периоперационного периода, в том числе старческая астения, нутритивная недостаточность, когнитивная дисфункция. Описаны основы периоперационного ведения и подходы к выбору метода анестезии у пациентов старшей возрастной группы в зависимости от особенностей хирургических вмешательств и характера сопутствующей патологии.

Информационно-методическое письмо рекомендовано для анестезиологов-реаниматологов, хирургов.

ПЕРИОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

(Информационно-методическое письмо)

Старение — это закономерно развивающийся разрушительный биологический процесс ограничения адаптации организма, это процесс, увеличивающий вероятность смерти, сокращающий продолжительность жизни, способствующий появлению возрастной патологии при первичном изменении в наследственном аппарате.

Количество людей старше 65 лет в РФ на 2022 г составляло 23 252 297 чел. В настоящее время каждый седьмой россиянин, т.е. 16,0% (на 1 января 2022 г) жителей страны, находится в возрасте 65 лет и более.

Общеизвестно, что по сравнению с молодыми пациентами, люди старше 60 лет имеют более высокий риск развития неблагоприятных послеоперационных исходов, в результате связанного с возрастом снижения физиологических функций, наличия нескольких сопутствующих заболеваний, полипрагмазии, когнитивной дисфункции и специфических гериатрических синдромов, таких как хрупкость. Так, более 25% этой категории лиц имеют по несколько хронических заболеваний сердечно-сосудистой, нервной, эндокринной, кроветворной, опорно-двигательной систем, органов дыхания, пищеварения и др. В процессе старения наступает также снижение и некоторое извращение обменных процессов, уменьшение реактивности организма. Все вышесказанное, наряду с объемом оперативного вмешательства увеличивает риск развития послеоперационных осложнений и периоперационной летальности.

1.Предоперационное обследование

1.1 Нейропсихологическая оценка

- У пациентов пожилого и старческого возраста в предоперационный период рекомендуется применение теста Mini-cog (Мини-Ког) для скрининга деменции.

Приложение Г2. Инструкция по выполнению теста Мини-Ког

	Инструкция	Комментарии
Шаг 1	Скажите пациенту: «Слушайте меня внимательно. Сейчас я назову 3 слова, а Вам нужно будет повторить их за мной и запомнить. Позже я у Вас их спрошу». Четко произнесите 3 слова: ключ, лимон, флаг. Если пациент не повторил всех 3-х слов, повторите слова еще раз. Если пациент не может повторить всех 3-х слов после 3-х попыток, перейдите к Шагу 2.	Баллы не начисляются
Шаг 2	Скажите пациенту: «Далее я хочу, чтобы вы нарисовали круглые часы. Расставьте все цифры, которые должны быть на циферблате». После завершения попросите пациента изобразить стрелки так, чтобы они показывали время 11 часов 10 минут.	Правильно нарисованные часы = 2 балла. (Правильно нарисованные часы содержат все необходимые цифры в правильной последовательности без дублирования; числа 12,3,6,9 расположены в соответствующих местах. Стрелки указывают на цифры 11 и 2 (11:10). Длина стрелок не учитывается. Неспособность правильно нарисовать часы или отказ = 0 баллов
Шаг 3	Попросите пациента вспомнить 3 слова из Шага 1.	За каждое воспроизведенное слово в Шаге 3 пациент получает по 1 баллу. Если не вспомнил ни 1 слова – 0 баллов
Интерпретация: Общее количество баллов за тест от 0 до 5. В случае, если пациент набрал 4 или 5 баллов – вероятность наличия тяжелых когнитивных нарушений низкая. Если пациент набрал 0,1,2 или 3 балла – вероятность наличия тяжелых когнитивных нарушений высокая.		

1.2. Оценка функциональной активности и риска падений.

- Функциональная активность характеризует способность человека самостоятельно выполнять действия по самообслуживанию. Зависимость от посторонней помощи является сильнейшим предиктором послеоперационной летальности. Снижение мобильности является предиктором зависимости, инвалидизации, когнитивного снижения, падений, госпитализаций, а также общей смертности.

Базовая функциональная активность - способность человека самостоятельно выполнять элементарные действия по самообслуживанию (персональная гигиена, прием пищи, одевание, прием ванны, посещение туалета, перемещение на небольшие расстояния, подъем по лестнице, контролирование мочеиспускания и дефекации).

Инструментальная функциональная активность - способность человека самостоятельно выполнять более сложные действия по самообслуживанию (пользование телефоном, покупки, приготовление пищи, работа по дому, пользование транспортом, стирка, уборка, прием лекарственных препаратов, контроль финансов).

У пациентов пожилого и старческого возраста для оценки базовой функциональной активности чаще всего применяют шкалу Бартел, а для оценки функциональной активности - шкалу Лоутона.

Для оценки мобильности пациента и риска падений основным инструментом является тест «Встань и иди».

1.3 Оценка старческой астении

Старческая астения (СА) – ключевой гериатрический синдром (ГС), характеризующийся возраст-ассоциированным снижением физиологического резерва и функций многих систем организма, приводящий к повышенной уязвимости организма пожилого человека к воздействию эндо- и экзогенных факторов, с высоким риском развития неблагоприятных исходов для здоровья, потери автономности и смерти. Синдром СА тесно связан с другими ГС и с полиморбидностью, может быть потенциально обратим и влияет на тактику ведения пациента.

Пациенты пожилого и старческого возраста могут иметь ряд неспецифических признаков и симптомов, указывающих на возможное наличие синдрома СА или повышенный риск его формирования (см. Приложение Г6). Наиболее значимыми признаками СА являются непреднамеренное снижение веса на 4,5 кг и более за прошедший год, падения, недержание мочи, развитие делирия, деменция, зависимость от посторонней помощи, значительное ограничение мобильности.

Приложение Г6. Признаки и симптомы синдрома старческой астении

1. Медицинские:	<ul style="list-style-type: none"> • непреднамеренная потеря веса * (особенно $\geq 4,5$ кг за прошедший год) • недержание мочи * • потеря аппетита • потеря мышечной массы / силы (саркопения) • остеопороз • снижение зрения / слуха • хроническая боль • повторные вызовы скорой медицинской помощи / госпитализации
2. Функциональные:	<ul style="list-style-type: none"> • зависимость от посторонней помощи* • значительное ограничение мобильности* • недавнее (не) падение (я) *, страх падений • нарушение равновесия • повышенная утомляемость • снижение физической активности / выносливости
3. Психо-эмоциональные:	<ul style="list-style-type: none"> • делирий * • когнитивные нарушения / деменция * • депрессия • поведенческие нарушения • нарушенный режим сон/бодрствование
4. Лекарства и алкоголь:	<ul style="list-style-type: none"> • наличие у пациента факторов**, предрасполагающих к развитию нежелательных лекарственных реакций* • полипрагмазия • увеличение потребления алкоголя
5. Социальные факторы:	<ul style="list-style-type: none"> • социальная изоляция • изменение жизненных обстоятельств • изменение в поддержке семьи / опекуна • пребывание ухаживающего лица в состоянии стресса

**Признаки, свидетельствующие о более высокой вероятности наличия у пациента синдрома старческой астении*

***К факторам, предрасполагающим к развитию нежелательных лекарственных реакций, относятся: наличие ≥ 4 хронических заболеваний, хроническая сердечная недостаточность, заболевания печени, полипрагмазия, анамнез нежелательных побочных реакций*

Диагностика синдрома СА состоит из двух этапов:

1. скрининг старческой астении (выполняется любым медицинским работником, контактирующим с пациентом 65 лет и старше, в первую очередь - врачом общей практики, врачом терапевтом-участковым, семейным врачом);

2. комплексная гериатрическая оценка (выполняется врачом-гериатром, медицинской сестрой и другими участниками мультидисциплинарной команды).

• У пациентов с симптомами и/или признаками старческой астении рекомендовано использовать опросник «Возраст не помеха» для скрининга синдрома старческой астении.

Приложение Г7. Опросник «Возраст не помеха»

№	Вопросы	Ответ
1	Похудели ли Вы на 5 кг и более за последние 6 месяцев?*	да/нет
2	Испытываете ли Вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения или слуха?	да/нет
3	Были ли у Вас в течение последнего года травмы, связанные с падением?	да/нет
4	Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель?	да/нет
5	Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?	да/нет
6	Страдаете ли Вы недержанием мочи?	да/нет
7	Испытываете ли Вы трудности в перемещении по дому или на улице? (Ходьба до 100 метров или подъем на 1 лестничный пролет)	да/нет

**Имеется в виду непреднамеренное снижение веса. Если пациент похудел намеренно - за счет соблюдения специальной диеты или регулярной физической активности, балл не засчитывается.
За каждый положительный ответ начисляется 1 балл.*

1.4 Диагностика нутритивной недостаточности

Недостаточность питания увеличивает риск послеоперационных осложнений – раневых инфекций, пневмонии, инфекции мочевыводящих путей. Определение недостаточности питания у гериатрических пациентов является необходимой частью предоперационной оценки.

- У пожилых пациентов и пациентов старческого возраста рекомендуется производить оценку нутритивного статуса с помощью шкалы MNA (mini-nutritional assessment).

1.5 Оценка сердечно-сосудистого риска

- У пациентов пожилого и старческого возраста рекомендуется производить предоперационную оценку риска сердечно-сосудистых осложнений с применением индекса сердечно-сосудистого риска Lee.

Приложение Г10. Индекс сердечно-сосудистого риска (индекс Lee)

Параметр	Баллы
Хирургическое вмешательство высокого риска (аневризма брюшного отдела аорты, периферические сосудистые операции, торакотомия, большие абдоминальные операции)	1
Ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда в анамнезе, положительный стресс-тест в анамнезе, текущие жалобы на стенокардию, терапия нитратами, зубец Q на ЭКГ)	1
Застойная сердечная недостаточность (анамнез застойной сердечной недостаточности, отек легкого в анамнезе, ночная одышка, влажные хрипы и ритм галопа, усиленный легочный рисунок на рентгенограмме)	1
Цереброваскулярные заболевания (инсульт или транзиторная ишемическая атака в анамнезе)	1
Инсулин-зависимый сахарный диабет	1
Креатинин сыворотки более 177 мкмоль/л	1

Отсутствие факторов риска согласно индексу Lee независимо от возраста свидетельствует о низком риске периоперационных неблагоприятных сердечно-сосудистых инцидентов при внесердечных операциях. Сумма баллов 1 и более означает наличие высокого риска кардиальных осложнений.

1.6. Оценка респираторного риска и профилактика легочных осложнений

Гериатрические пациенты находятся в группе риска развития послеоперационных легочных осложнений (пневмония, дыхательная недостаточность). Эти осложнения повышают риск отдаленной смертности после операции. Дополнительно, пожилой и старческий возраст являются независимыми от риска респираторных осложнений после корректировки показателей сопутствующих заболеваний. Наиболее современным инструментом предоперационной оценки является шкала риска послеоперационной дыхательной недостаточности.

- У пациентов пожилого и старческого возраста рекомендуется оценивать респираторный риск с помощью шкалы риска послеоперационной дыхательной недостаточности. Гериатрические пациенты находятся в группе риска развития послеоперационных легочных осложнений (пневмония, дыхательная недостаточность). Эти осложнения повышают риск отдаленной смертности после операции.

**Приложение Г11. Шкала оценки риска послеоперационной
дыхательной недостаточности**

Фактор риска	Баллы
Связанные с состоянием пациента	
Предоперационная сатурация кислорода в крови	
>96%	0
91-95%	7
≤90%	10
Симптомы респираторного заболевания (по крайней мере, один)	10
Застойная сердечная недостаточность по классификации NYHA	
Нет	0
I класс	3
≥ II класс	8
Хроническое заболевание печени	7
Экстренная операция	12
Локализация	
Периферические операции	0
Лапаро-/торакоскопические операции	3
Лапаротомия	7
Торакотомия	12
Длительность	
≤ 2 часов	0
2-3 часа	5
>3 часов	10

NYHA – New-York Heart Association

При результате менее 12 баллов риск развития дыхательной недостаточности низкий (1,1%), от 12 до 22 – средний (4,6%), 23 и более – высокий (18,8%).

2. Интраоперационное ведение

2.1 Коррекция фармакологической терапии

Полипрагмазия – значимый фактор риска возникновения нежелательных реакций. Под полипрагмазией подразумевается прием более 4-х препаратов одновременно. Из-за снижения с возрастом функциональных резервов происходит повышение чувствительности пациентов к лекарственным препаратам, что увеличивает вероятность развития побочных эффектов. В этой связи, гериатрические пациенты требуют индивидуального подхода к фармакотерапии.

- У пациентов пожилого и старческого возраста рекомендуется в предоперационный период документировать полный список принимаемых лекарств, включая безрецептурные препараты, пищевые добавки, витамины и растительные препараты.

2.2. Интраоперационный мониторинг

- У пациентов пожилого и старческого возраста при операциях высокого риска рекомендуется инвазивный мониторинг артериального давления с целью снижения риска развития кардиальных и неврологических осложнений.
- У пациентов пожилого и старческого возраста при операциях высокого риска рекомендуется мониторинг нервно-мышечной проводимости.
- У пациентов пожилого и старческого возраста рекомендуется мониторинг глубины анестезии.

2.3. Термометрия и профилактика гипотермии

- У пациентов пожилого и старческого возраста рекомендуется коррекция и профилактика гипотермии на протяжении всего периоперационного периода.

2.4. Коррекция дозы препаратов для анестезии

С возрастом изменяются фармакодинамика и фармакокинетика, поэтому для достижения клинического эффекта обычно необходимы меньшие дозы лекарственных средств. Продолжительность действия препаратов при старении удлиняется, вследствие чего доза должна тщательно титроваться, с соблюдением принципа "начать с низких доз - повышать медленно". Особое внимание следует уделять гипнотическим средствам: дозы, необходимые для индукции анестезии ниже, а время начала длиннее. Возрастные изменения фармакокинетики и фармакодинамики всех анестетиков делают пациентов чувствительнее к относительной передозировке, что приводит к угнетению функции миокарда, снижению АД и задержке послеоперационного пробуждения.

- У пациентов пожилого и старческого возраста рекомендуется снижение индукционной дозы пропофола на 20%, необходимо более длительное время для достижения достаточной глубины анестезии, а также замедлено пробуждение. Этот отрицательный гемодинамический эффект пропофола сводится к минимуму медленной инфузией препарата.

- У пациентов пожилого и старческого возраста рекомендуется снижение дозы производных бензодиазепина.

В связи с тем, что с возрастом клиренс мидазолама из-за снижения функций печени уменьшается на 30%, пациенты пожилого и старческого возраста значительно более чувствительны к данному препарату, чем молодые. Кроме того, метаболит мидазолама – гидроксимидазолам - фармакологически активен, выводится из организма почками и может накапливаться при снижении их функции. Его эффект длится гораздо дольше и потенциально может способствовать развитию послеоперационного делирия. Таким образом, использование производных бензодиазепина требует большей осторожности, что диктует снижение дозы на 75%.

- У пациентов пожилого и старческого возраста рекомендуется снижение дозы опиоидных анальгетиков.

- У пациентов пожилого и старческого возраста рекомендуется применять миорелаксанты, метаболизм которых не зависит от функции печени и почек -

атракурия безилат и цисатракурия безилат или сочетание рокурония бромида и сугаммадекса.

2.5. Инфузионно-трансфузионная терапия

- У пациентов пожилого и старческого возраста при обширных некардиальных операциях рекомендуется инфузионная стратегия поддержания «нулевого баланса» и целевая инфузионная терапия. Инфузионная терапия должна быть индивидуализирована в соответствии с видом анестезии (регионарная или общая), объемом потерь жидкости и плазмы и индивидуальной толерантности к водной нагрузке. Для предупреждения гиповолемии перед плановыми операциями следует избегать продолжительного предоперационного голодания, допускается прием прозрачных жидкостей за 2 часа до начала операции.
- У пациентов пожилого и старческого возраста рекомендуется инфузия растворов параллельно с адренергическими и дофаминергическими средствами для предотвращения и коррекции гипотензии, индуцированной нейроаксиальной блокадой.

2.6. Позиционирование

- У пациентов пожилого и старческого возраста позиционирование, а также удаление прикрепленных к коже элементов, например, электрода диатермокоагуляции, повязки, закрывающей глаза, и перевязочных материалов рекомендуется выполнять с осторожностью ввиду высокого риска травматизации.

2.7. Выбор метода анестезии

- У пациентов пожилого и старческого возраста рекомендуется применение методик регионарной анестезии при ортопедических операциях.
- У пациентов пожилого и старческого возраста рекомендуется применение эпидуральной анальгезии при обширных абдоминальных операциях.

3. Ведение в послеоперационный период

3.1. Послеоперационное обезболивание

- У пациентов пожилого и старческого возраста рекомендуется мультимодальная анальгезия. Оптимальной является комбинация парацетамола с нестероидными противовоспалительными препаратами. В частности, особое внимание должно быть уделено пациентам, которым не хватает коммуникационных возможностей, так как они могут быть не в состоянии выразить свои жалобы по поводу боли (например, пациент с тяжелой деменцией, или пациент, перенесший тяжелый инсульт). В целях повышения качества обезболивания и уменьшения риска побочных эффектов опиоидных анальгетиков важно использовать мультимодальный подход, в том числе, сочетанное применение внутривенной контролируемой пациентом анальгезии, нестероидных противовоспалительных препаратов и методик регионарной анальгезии. Парацетамол является безопасным препаратом первой линии, однако его следует рассматривать как препарат, используемый в комбинации

с другими. Оптимальной является комбинация парацетамола с нестероидными противовоспалительными препаратами. При этом необходимо помнить о противопоказаниях к назначению нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), у пациентов пожилого и старческого возраста. К ним относят снижение клиренса креатинина менее 50 мл/мин, гиповолемию любого генеза, наличие ранее перенесенного инфаркта миокарда. Для большинства НПВС рекомендуемая длительность назначения в послеоперационный период ограничивается 3 сутками. Морфин остается «золотым стандартом» послеоперационной опиоидной анальгезии, но к его назначению следует подходить осторожно, (только при боли интенсивностью >7 баллов по 10 бальной визуально-аналоговой шкале), особенно у пациентов с нарушенной функцией почек, дыхательной дисфункцией и наличием когнитивных нарушений.

- У пациентов пожилого и старческого возраста с тяжелой когнитивной дисфункцией рекомендуется шкала BPS (Behavioral pain score) для оценки болевого синдрома.

Приложение Г12. Шкала оценки болевого синдрома BPS

Баллы	0	1	2
Лицо	Мышцы лица расслаблены	Мимические мышцы напряжены, хмурый взгляд	Сжатые челюсти, гримаса боли
Беспокойство	Пациент расслаблен, движения нормальные	Нечастые беспокойные движения, смена положения тела	Частые беспокойные движения, включая голову, постоянные смены положения тела
Мышечный тонус	Нормальный мышечный тонус	Повышенный тонус, сгибание пальцев рук и ног	Мышечная ригидность
Речь	Никаких посторонних звуков	Редкие стоны, крики, хныканье и ворчание	Частые или постоянные стоны, крики, хныканье и ворчание
Контактность, управляемость	Спокоен, охотно сотрудничает	Возможно успокоить словом, выполняет предписания персонала	Трудно успокоить словом, негативное отношение к персоналу, не выполняет предписания

Слабая боль — 1—4 балла, умеренная боль (5—6 баллов), сильная боль (7—10 баллов)

3.2. Профилактика и лечение послеоперационного делирия и послеоперационной когнитивной дисфункции

- У пациентов пожилого и старческого возраста в течение всего периоперационного периода рекомендуется применять меры по профилактике послеоперационного делирия. К нефармакологическим мероприятиям, направленным на предупреждение развития делирия, относятся ежедневная физическая активность и когнитивная реориентация. Нахождение родственника у

постели пациента всегда, когда это только возможно, рекомендовано. Важно создать условия для улучшения сна, обеспечить раннюю активизацию и физическую активность, адаптацию при снижении слуха и зрения. В план мероприятий по предупреждению развития делирия включены: питание и восполнение потерь жидкости, контроль болевого синдрома, адекватное назначение лекарственных средств, адекватная оксигенация, профилактика запоров, а также минимализация воздействий на пациента всегда, когда это только возможно (например, периодическое снятие компрессионного трикотажа, провода ЭКГ-мониторов, удаление катетеров).

- У пациентов пожилого и старческого возраста рекомендуется проводить диагностику делирия с помощью любого скринингового теста ежедневно в течение 5 суток послеоперационного периода, начиная с момента поступления пациента в палату интенсивной терапии.

- У пациентов пожилого и старческого возраста рекомендуется применять галоперидол для лечения послеоперационного делирия. Препарат применяют методом титрования до достижения клинического эффекта.

- Пациентам пожилого и старческого возраста рекомендуется проводить клиничко-психологическое нейропсихологическое обследование с 7 суток после операции с помощью Монреальской шкалы оценки когнитивных функций с целью выявления ПОКД. Ряд рандомизированных исследований показал, что применение некоторых препаратов, таких, как лидокаин, магния сульфат, кетамин и дексаметазон, а также ишемическое прекондиционирование может потенциально снизить частоту ПОКД.

- У пациентов пожилого и старческого возраста в послеоперационный период рекомендуется проводить нутритивную поддержку, раннее энтеральное питание предпочтительно. Врач-анестезиолог-реаниматолог может способствовать раннему началу энтерального питания посредством адекватной инфузионной терапии, использования методик регионарной анестезии и снижения зависимости от послеоперационной опиоидной анальгезии, а также предотвращая возникновение послеоперационной тошноты и рвоты. Энтеральное питание улучшает результаты хирургического лечения пациентов по сравнению с парентеральным питанием. Восстановление питания важно также в профилактике пролежней, заживления ран. Включает оценку азотистого обмена, выбор продуктов с учетом оценки потребностей пациента, с необходимым количеством витаминов, минеральных и пищевых добавок. При необходимости рекомендовано применение зондового или парентерального питания.

Приложение Б. Алгоритм ведения пациента



Литература:

1. Приказ Минздрава России от 15.11.2012 N 919н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю анестезиология и реаниматология».

2. Заболотских И.Б., Горобец Е.С., Григорьев Е.В., и др. «Периоперационное ведение пациентов пожилого и старческого возраста. Методические рекомендации Общероссийской общественной организации Федерация анестезиологов и реаниматологов», 2021.

3. Заболотских И. Б., Горобец Е. С., Григорьев Е. В., Козлов И. А., Лебединский К. М., Мусаева Т. С. и др. «Периоперационное ведение гериатрических пациентов».