

УДК 616-053.9:616-001:615.8

## СИНДРОМ ПОСТПАДЕНИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА: РАБОЧИЕ КРИТЕРИИ, СТАДИЙНАЯ МОДЕЛЬ И АЛГОРИТМ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

<sup>1</sup>Никаноров В.Н., <sup>2,3</sup>Ильницкий А.Н., <sup>1</sup>Татарина О.В.

*<sup>1</sup>Государственное автономное учреждение Республики Саха (Якутия) «Республиканская клиническая больница № 3», г. Якутск*

*<sup>2</sup>АНО НИМЦ «Геронтология», г. Москва*

*<sup>3</sup>Академия постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, г. Москва*

**Введение.** После падения у части пациентов пожилого и старческого возраста сохраняются двигательные, эмоциональные и функциональные нарушения, которые не объясняются только травмой. В зарубежной литературе для описания этих состояний используются понятия post-fall syndrome, fear of falling, concerns about falling и psychomotor disadaptation syndrome. В отечественной литературе подробно разработаны вопросы синдрома падений и профилактики повторных событий, однако синдром постпадения как самостоятельная задача медицинской реабилитации представлен ограниченно. **Цель.** Обобщить современные данные о синдроме постпадения и на основе аналитического синтеза литературы обосновать авторские рабочие клинические критерии и стadiйную модель, определить тактику медицинской реабилитации и маршрутизацию пациента. **Материалы и методы.** Выполнен аналитический нарративный обзор публикаций PubMed/MEDLINE, Cochrane Library и российских рецензируемых журналов, клинических рекомендаций и нормативных документов. Основной период поиска — 2015–2026 гг.; более ранние работы включались для анализа исходных определений и валидированных инструментов. Тематический синтез охватывал клинический фенотип постпадения психомоторной дезадаптации, страх и избегание активности, функциональные последствия падений и подходы к реабилитации; на этой основе сформирована авторская рабочая модель. **Результаты.** Синдром постпадения предлагается определять как возникшее или усилившееся после индексного падения многокомпонентное состояние, при котором двигательно-постуральные нарушения и/или снижение физической уверенности сочетаются с эмоционально-когнитивными, функциональными или социальными ограничениями. На основе тематического сопоставления данных литературы выделены четыре домена синдрома, авторские рабочие диагностические критерии и стadiйная модель от предпадения уязвимости до хронической фиксации ограничений. Описаны реабилитационный потенциал, прогноз, факторы, ограничивающие реабилитацию, и алгоритм действий врача при выявлении признаков синдрома постпадения. **Заключение.** Синдром постпадения целесообразно рассматривать как самостоятельную цель медицинской реабилитации после исключения острых причин ухудшения. Предлагаемые критерии и сроки стadiй являются рабочей моделью и требуют проспективной клинической валидации.

**Ключевые слова:** синдром постпадения, падения, пожилой возраст, страх падения, медицинская реабилитация, реабилитационный потенциал, шкала реабилитационной маршрутизации

## POST-FALL SYNDROME IN OLDER ADULTS: WORKING CRITERIA, A STAGE-BASED MODEL AND A MEDICAL REHABILITATION ALGORITHM. A LITERATURE REVIEW

<sup>1</sup>Nikanorov V.N., <sup>2,3</sup>Ilnitskiy A.N., <sup>1</sup>Tatarinova O.V.

*<sup>1</sup>Republican Clinical Hospital No. 3 of the Republic of Sakha (Yakutia), Yakutsk*

*<sup>2</sup>Research Medical Centre «GERONTOLOGY», Moscow*

*<sup>3</sup>Academy of postgraduate education under FSBU FSCC of FMBA, Moscow*

**Introduction.** In some older adults, a fall is followed by persistent motor, emotional and functional limitations that cannot be explained by injury alone. International literature uses the terms post-fall syndrome, fear of falling,

concerns about falling and psychomotor disadaptation syndrome. Russian publications focus mainly on falls syndrome and prevention of recurrent falls, while post-fall syndrome has rarely been considered as a separate target of medical rehabilitation. **Objective.** To summarize current evidence on post-fall syndrome and, through an analytical synthesis of the literature, substantiate an author-developed set of working clinical criteria and a stage-based model, and to describe rehabilitation tactics and patient routing. **Materials and methods.** An analytical narrative review of PubMed/MEDLINE, Cochrane Library, Russian peer-reviewed journals, clinical guidelines and regulatory documents was performed. The main search period was 2015–2026; earlier publications were included for original definitions and validated assessment tools. The thematic synthesis covered the clinical phenotype of post-fall psychomotor disadaptation, fear and activity avoidance, functional consequences of falls, and rehabilitation approaches; these domains formed the basis of the author-developed working model. **Results.** Post-fall syndrome is proposed as a multidomain condition developing or worsening after an index fall, in which motor-postural impairment and/or reduced physical confidence are accompanied by emotional-cognitive, functional or social restrictions. The thematic synthesis yielded four domains, author-developed working diagnostic criteria and a stage-based model from pre-fall vulnerability to chronic fixation of limitations. Rehabilitation potential, prognosis, limiting factors and a practical clinical routing algorithm are presented. **Conclusion.** Post-fall syndrome can be considered a specific target of medical rehabilitation after acute causes of deterioration have been excluded. The proposed criteria and stage boundaries are a working model that requires prospective clinical validation.

Keywords: post-fall syndrome, falls, older adults, fear of falling, medical rehabilitation, rehabilitation potential, rehabilitation routing scale

## Введение

Падение в пожилом возрасте имеет значение не только как причина травмы. В клинических рекомендациях О.Н. Ткачевой и соавт. [5] и мировых рекомендациях М. Montero-Odasso и соавт. [16] подчеркивается, что последствия падений включают утрату мобильности, снижение самостоятельности и риск повторных событий. После завершения острого лечения у части пациентов сохраняются замедление ходьбы, неуверенность при вставании и поворотах, страх повторного падения, отказ от привычной активности и сокращение жизненного пространства.

По данным ВОЗ, наиболее тяжелые последствия падений наблюдаются в старших возрастных группах [18]. В российском эпидемиологическом исследовании ЭВКАЛИПТ Н.М. Воробьева и соавт. [1] показали связь падений и переломов со старческой астенией, снижением мобильности и другими гериатрическими синдромами. Д.П. Курмаев и соавт. [4] в 2025 г. выявили высокий уровень страха падения по Short FES-I у 60,8% из 360 обследованных лиц пожилого и старческого возраста, тогда как о падениях за предыдущие шесть месяцев сообщили 21,1% участников. Эти данные подтверждают необходимость раздельно оценивать факт падения, страх, двигательную функцию и ограничение активности.

В работах Р. Manckoundia и соавт. [13], М. Meyer и соавт. [15] и в современном обзоре А. Merendino и соавт. [14] post-fall syndrome рассматривается прежде всего в контексте психомоторной дезадаптации с постуральным нарушением, затруднением вертикализации и поведенческими изменениями. Одновременно в литературе используются понятия fear of falling, concerns about falling и falls efficacy. L. Yardley и соавт. [20] разработали FES-I для

оценки обеспокоенности падением, а К. Хауег и соавт. [11] подтвердили применимость шкалы у гериатрических пациентов, включая лиц с когнитивными нарушениями. Русскоязычная версия mFFABQ-R, адаптированная Т.К. Коновальчик и О.Ю. Стрижицкой [3], позволяет дополнительно оценивать избегание активности, связанное со страхом. Эти показатели описывают отдельные компоненты, но не весь синдром.

Анализ русскоязычных источников по падениям, старческой астении, страху падения и профилактике повторных событий [1–7] не выявил отдельной работы, в которой синдром постпадений одновременно рассматривался бы как объект медицинской реабилитации и были бы предложены его рабочие критерии, стадийная модель и алгоритм маршрутизации. Поэтому настоящая статья представляет системное обсуждение этой проблемы в русскоязычном реабилитационном контексте в пределах проведенного поиска; абсолютный библиографический приоритет не заявляется.

### **Цель**

Обобщить современные представления о синдроме постпадений у лиц пожилого и старческого возраста и на основе аналитического синтеза литературных данных обосновать авторские рабочие критерии и стадийную модель, а также определить основные принципы медицинской реабилитации и алгоритм маршрутизации пациента.

### **Материалы и методы**

Работа выполнена как аналитический нарративный обзор. Поиск проводили в PubMed/MEDLINE, Cochrane Library и российских рецензируемых изданиях; дополнительно анализировали российские клинические рекомендации и нормативные документы по медицинской реабилитации. Использовали термины post-fall syndrome, fear of falling, concerns about falling, falls efficacy, psychomotor disadaptation syndrome, older adults, frailty, rehabilitation и их русские эквиваленты. Основной период поиска составил 2015–2026 гг.; более ранние публикации включали, если они содержали исходные описания клинического фенотипа или валидированные инструменты. Для аналитического синтеза источники были сгруппированы в четыре тематических блока: клинический фенотип психомоторной дезадаптации [13–15], страх и избегание активности [2–4, 11, 19, 20], функциональные последствия и факторы риска падений [1, 5, 6, 16, 18], реабилитационные и профилактические вмешательства [5, 7, 10, 12, 16, 17]. Повторяющиеся признаки сопоставляли по доменам и по их связи с индексным падением и изменением исходного функционального уровня. На этой основе авторами сформированы рабочее определение, критерии и стадийная модель. Временные границы стадий имеют прагматический характер и не рассматриваются как валидированные диагностические пороги.

### **Определение и компоненты синдрома постпадений**

В российских клинических рекомендациях и международных руководствах падения рассматриваются как гериатрическая проблема, связанная с риском повторных событий и функциональных последствий [5, 16]. В работах Р. Manckoundia и соавт. [13], М. Meyer и соавт. [15] и обзоре А. Merendino и соавт. [14] post-fall syndrome описывается как комплекс нарушений, возникающих после падения. Поэтому синдром падений и синдром постпадений могут сочетаться, но отражают разные клинические аспекты.

На основе аналитического сопоставления описаний постпаденческой психомоторной дезадаптации, страха падения, избегания активности и функциональных последствий [3, 11, 13–16, 20] авторы предлагают следующее операциональное определение: синдром постпадений — возникшее или усилившееся после индексного падения многокомпонентное состояние, при котором двигательно-постуральные нарушения и/или снижение физической уверенности сочетаются с эмоционально-когнитивными, функциональными или социальными ограничениями и препятствуют возвращению к исходному уровню активности, предшествовавшему падению. Это определение является авторским и подлежит последующей клинической валидации.

Четырехдоменная структура также является результатом авторского тематического синтеза. Двигательно-постуральный домен основан на описаниях ретропульсии, нарушения вертикализации и ходьбы при психомоторной дезадаптации [13–15]. Эмоционально-когнитивный домен объединяет страх падения, снижение уверенности и избегание активности, представленные в работах по FES-I, mFFABQ-R и исследованиях страха падения [2–4, 11, 19, 20]. Функциональный домен отражает новую зависимость в мобильности, самообслуживании или инструментальной повседневной активности, а социально-средовой — сокращение жизненного пространства и ограничение участия; эти аспекты согласуются с современными рекомендациями по оценке последствий падений [5, 16, 18].

Классический тяжелый вариант постпаденческой психомоторной дезадаптации характеризуется выраженной ретропульсией, затруднением вертикализации и нарушением ходьбы [13–15]. Вместе с тем клинически значимые постпаденческие нарушения могут быть менее выраженными: пациент сохраняет ходьбу, но перестает выполнять значимые действия и не возвращается к исходному уровню участия.

### **Рабочие критерии синдрома постпадений**

Унифицированные диагностические критерии синдрома постпадений в современной литературе не представлены; это отмечается и в обзорной работе А. Merendino и соавт. [14]. С учетом клинических признаков, описанных Р. Manckoundia и соавт. [13], М. Meyer и соавт. [15], а также данных о страхе падения, избегании и функциональных последствиях [3, 11, 16, 20], авторами настоящей статьи предложены пять рабочих признаков для последующей клинической проверки.

1. Индексное падение или почти-падение, после которого появились либо усилились ограничения.

2. Подтвержденное ухудшение по сравнению с исходным уровнем функции или активности, предшествовавшим падению.

3. Признаки не менее чем в двух из четырех доменов; один из них должен быть двигательно-постуральным или функциональным.

4. Сохранение ограничений после стабилизации острой травмы или соматического состояния либо несоответствие их выраженности текущему функциональному состоянию пациента и установленному режиму двигательной активности.

5. Клинически значимое влияние на активность или участие: новое использование помощи, отказ от ранее доступного действия, сокращение жизненного пространства.

Изолированный страх без изменения поведения и функции не следует автоматически считать синдромом. Аналогично ограничение ходьбы, полностью объяснимое травмой и разрешенным режимом нагрузки, требует наблюдения, но само по себе не подтверждает постпаденческий синдром.

Альтернативные причины ухудшения должны быть исключены или скорректированы: нелеченая травма, делирий, острое нарушение мозгового кровообращения, декомпенсированное сердечно-сосудистое заболевание, инфекция, выраженная ортостатическая гипотензия, гипогликемия, лекарственные нежелательные эффекты и прогрессирующее неврологическое заболевание. Их наличие не исключает последующего формирования синдрома.

В рамках авторской рабочей модели по выраженности условно выделены легкий, умеренный и тяжелый варианты. Такая градация опирается на степень утраты мобильности и самостоятельности и сопоставлена с классическим тяжелым фенотипом психомоторной дезадаптации, описанным Р. Manckoundia и соавт. [13], А. Merendino и соавт. [14] и М. Meyer и соавт. [15]. При легком варианте сохраняются самостоятельная ходьба и базовое самообслуживание, но появляются избегание отдельных действий и объективное ухудшение мобильности. При умеренном варианте ограничены несколько видов активности, требуется

средство опоры или эпизодическая помощь, сокращено жизненное пространство. Тяжелый вариант характеризуется выраженным нарушением вертикализации или ходьбы и постоянной потребностью в помощи.

### **Медицинская реабилитация и возрастные особенности восстановления**

Медицинская реабилитация взрослых в Российской Федерации организуется в соответствии с приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 788н с последующими изменениями [8, 9]. Этапность и маршрутизация определяются выраженностью нарушений функционирования, медицинской стабильностью и потребностью пациента в помощи. Синдром постпадения не выделен в действующем Порядке как самостоятельная нозологическая единица, поэтому маршрут определяется основным заболеванием и текущим функциональным дефицитом.

Возрастные изменения саногенеза следует учитывать при выборе нагрузки и прогнозировании. В пожилом возрасте уменьшаются мышечная мощность и физиологический резерв, ухудшается сенсорная интеграция, чаще встречаются когнитивные нарушения, полиморбидность и полипрагмазия. Восстановление может идти медленнее, однако обучаемость и тренируемость сохраняются. Календарный возраст не является самостоятельным основанием для ограничения реабилитации [6, 16].

Реабилитационный потенциал отражает вероятность клинически значимого улучшения функционирования при проведении реабилитационных мероприятий. При его оценке учитывают исходный уровень мобильности до падения, обратимость нарушений, старческую астению, когнитивный статус, мотивацию, выраженность боли, переносимость нагрузки, поддержку семьи и безопасность среды [6, 8, 9, 16]. Низкий потенциал не означает отказ от реабилитации: меняются цели, которые могут включать безопасные перемещения, профилактику осложнений и снижение зависимости.

Реабилитационный прогноз должен связывать ожидаемый результат со сроком и учитывать медицинскую стабильность, исходную функцию и старческую астению [6, 8, 9, 16]. При синдроме постпадения его целесообразно формулировать через достижимую функцию: восстановление самостоятельного вставания, безопасной ходьбы в помещении, выхода из дома, возвращение к конкретной бытовой или социальной активности. Прогноз пересматривают по динамике в ходе реабилитации.

Факторы, ограничивающие активную реабилитацию, целесообразно разделять на медицинскую нестабильность и факторы, требующие адаптации программы [5, 6, 16]. К первой группе относятся острое сердечно-сосудистое или неврологическое событие, активная инфекция, выраженная дыхательная недостаточность, делирий, неконтролируемое

метаболическое нарушение, тяжелый болевой синдром и неуточненная травма. Ко второй относятся старческая астения, когнитивный дефицит, депрессия, сенсорные нарушения, дефицит питания, страх движения, архитектурные барьеры и недостаточная социальная поддержка. Эти состояния чаще изменяют интенсивность, формат и длительность программы, чем исключают ее проведение.

### **Периоды и стадии развития**

В анализируемой литературе не выявлено единой стадийной классификации синдрома постпадения. Представленная ниже последовательность является авторской рабочей моделью, сформированной путем сопоставления предпаденческой уязвимости и функциональных факторов риска [1, 5, 6, 16] с описаниями постпаденческой психомоторной дезадаптации [13–15] и хронического ограничения активности [14, 16, 19]. Модель предназначена для выбора тактики наблюдения и реабилитации; ее временные границы ориентировочны и должны соотноситься с тяжестью травмы, разрешенным режимом нагрузки и исходной функцией.

Стадия 0 — предпаденческая уязвимость. До индексного события уже присутствуют факторы риска: замедление ходьбы, мышечная слабость, нарушение равновесия, ортостатические реакции, сенсорный дефицит, когнитивные нарушения, старческая астения или предшествующий страх падения. Падение может быть первым клинически заметным проявлением накопленного функционального дефицита [1, 6].

Стадия 1 — острая постпаденческая реакция, обычно первые 72 часа. Ведущими являются последствия травмы, боль, испуг, медицинская нестабильность и вынужденное ограничение нагрузки. На этом этапе не следует диагностировать сформированный синдром; приоритет имеют выявление причины падения и безопасная ранняя мобилизация.

Стадия 2 — ранняя постпаденческая дезадаптация, ориентировочно от 3–4-го дня до 4 недель. Острая причина стабилизирована, однако пациент двигается меньше, чем позволяет состояние. Появляются осторожная походка, постоянный поиск опоры, отказ от самостоятельного вставания, выраженная неуверенность и зависимость от помощи. Ограничение активности в этот период ускоряет декондиционирование.

Стадия 3 — сформированный синдром, ориентировочно от 4 недель до 3 месяцев. Пациент не возвращается к предшествующей падению активности, сохраняются объективное ухудшение мобильности и избегание нескольких значимых действий. Возможны тревожно-избегающий, постурально-дезадаптационный, декондиционный и смешанный варианты.

Стадия 4 — хроническая фиксация, более 3 месяцев. Ограничения становятся устойчивой частью повседневного поведения; увеличивается зависимость, сокращается жизненное пространство, усиливаются саркопения, старческая астения и социальная

изоляция. Отсутствие повторных падений в такой ситуации может отражать не восстановление, а отказ от активности.

Повторное падение может вернуть пациента к более раннему этапу на более низком функциональном уровне. Поэтому стадийность следует рассматривать как динамическую модель, а не как необратимую последовательность.

### **Тактика медицинской реабилитации**

На стадии предпаденческой уязвимости основное значение имеют профилактика падений и увеличение функционального резерва. С. Sherrington и соавт. [17] показали эффективность программ упражнений, включающих тренировку равновесия и функциональные нагрузки; S. Norwell и соавт. [12] обобщили данные о многофакторных вмешательствах. Российский персонифицированный подход к профилактике повторных падений представлен Н.О. Ховасовой и соавт. [7]. Практическая программа может включать тренировку силы и равновесия, лекарственный обзор и коррекцию средовых факторов [5, 7, 12, 16, 17].

В остром периоде проводится диагностика травмы и причины падения, адекватное обезболивание, профилактика осложнений иммобилизации и ранняя мобилизация при отсутствии противопоказаний. Ограничение активности должно соответствовать медицинским показаниям и регулярно пересматриваться.

При ранней дезадаптации программа направлена на восстановление основных переходов и ходьбы: вставание, удержание равновесия, начало движения, поворот, посадка. Нагрузку увеличивают постепенно. Страх рассматривают в связи с конкретными действиями, а не как самостоятельную жалобу: задания выполняются в контролируемых условиях с последующим расширением самостоятельности.

При сформированном синдроме в рамках предлагаемой модели требуется мультидисциплинарная программа. Физический компонент включает тренировку силы, динамического равновесия, поворотов, преодоления препятствий, ходьбы по различным поверхностям и двойных задач. В обзоре С. Sherrington и соавт. [17] упражнения у пожилых людей, проживающих дома, снижали частоту падений приблизительно на 23%. Эти данные относятся прежде всего к профилактике падений и не являются прямым доказательством эффективности лечения сформированного синдрома постпадения, однако подтверждают значение систематической двигательной тренировки.

Эмоционально-когнитивный компонент предполагает уменьшение избегания и восстановление уверенности при движении. Для его оценки могут использоваться FES-I и Short FES-I [11, 20], а для оценки избегающего поведения — русскоязычная версия mFFABQ-

R [3]. J. Nap и соавт. [10] в метаанализе показали снижение страха падения на фоне программы Otago. В реабилитационной практике это обосновывает постепенное возвращение к значимым, но пугающим действиям; при этом прямые данные именно для валидированного синдрома постпадения пока ограничены.

Функциональные цели формулируют через конкретные действия, важные для пациента, а социально-средовой компонент включает оценку доступности и безопасности домашней и внешней среды. При хронической фиксации необходим более длительный курс с восстановлением активности малыми шагами; возможны амбулаторная, дневная и домашняя формы, а дистанционное сопровождение используется после очной оценки и обучения.

Эффективность следует оценивать не только по числу повторных падений. Включают объективную мобильность (TUG, SPPB, скорость ходьбы), FES-I или Short FES-I, избегание активности, повседневную самостоятельность, жизненное пространство и достижение индивидуальной цели. Отсутствие падений при одновременном снижении активности не следует считать полноценным восстановлением.

### **Маршрутизация и алгоритм действий врача при выявлении признаков синдрома постпадения**

Врач, выявивший ухудшение после падения — врач-терапевт, врач общей практики, врач-гериатр либо другой специалист, наблюдающий пациента, — должен исключить острое состояние, оценить новые функциональные ограничения и определить необходимость специализированной реабилитации. Такой междисциплинарный подход соответствует современным рекомендациям по ведению пациентов с падениями [5, 16]. Практический алгоритм включает пять последовательных блоков.

1. Исключить неотложную патологию и установить обстоятельства падения. Оценивают травму, потерю сознания, очаговую неврологическую симптоматику, боль в груди, нарушения ритма, ортостатические симптомы и метаболические причины. При медицинской нестабильности пациент направляется на профильное лечение.

2. Сравнить состояние с допаденческим уровнем. Уточняют прежнюю мобильность, средство опоры, самостоятельность, выходы из дома и необходимость помощи. Затем фиксируют новые ограничения после падения.

3. Провести краткий доменный скрининг. Оценивают походку и равновесие, страх и избегание, базовую и инструментальную повседневную активность, жизненное пространство. Для стандартизации используют FES-I/Short FES-I, TUG, SPPB или скорость ходьбы по доступности [3, 11, 20].

4. Выявить корректируемые факторы и определить реабилитационный потенциал. Проводят лекарственный обзор, оценивают ортостатическую реакцию, зрение, слух, боль, питание, средство опоры и домашнюю среду [5, 16]. Степень нарушения функционирования и ШРМ используют для выбора этапа медицинской реабилитации в соответствии с действующим в Российской Федерации Порядком организации медицинской реабилитации взрослых [8, 9].

5. Выбрать маршрут и организовать контроль. При легких нарушениях и безопасной самостоятельной ходьбе предпочтительна амбулаторная программа с повторной оценкой. При умеренном дефиците и потребности в регулярной помощи возможны дневной стационар или интенсивная амбулаторная программа. При тяжелом нарушении вертикализации и ходьбы, невозможности безопасного пребывания дома либо потребности в круглосуточном медицинском наблюдении требуется специализированный стационарный этап. В направлении следует указывать конкретные нарушения функции, а не только диагноз. Повторное падение или отсутствие ожидаемой динамики служит основанием для пересмотра причин и маршрута.

### **Обсуждение**

Предлагаемая модель не воспроизводит готовую классификацию из одного источника. Она получена путем тематического сопоставления трех групп данных: клинического фенотипа психомоторной дезадаптации, описанного Р. Manckoundia и соавт. [13], М. Meyer и соавт. [15] и А. Merendino и соавт. [14]; конструкта страха и избегания активности, изученного с помощью FES-I и mFFABQ-R [3, 11, 20]; а также данных о функциональных последствиях и факторах риска падений [1, 5, 16]. Такое объединение позволило сформулировать четыре домена, рабочие критерии и последовательность стадий. Модель расширяет классическое понимание синдрома постпадений, не ограничивая его тяжелым фенотипом психомоторной дезадаптации, и рассматривается как гипотеза для последующей клинической проверки.

Рабочие критерии требуют сочетания нескольких доменов, что снижает риск гипердиагностики при изолированном страхе или закономерном ограничении после травмы. Временные границы стадий не являются доказанными биологическими рубежами. Они предназначены для организации наблюдения и должны интерпретироваться с учетом разрешенного режима нагрузки, исходной старческой астении и динамики основного заболевания.

Ограничением обзора является его нарративный характер. Не проводились формальный метаанализ и оценка риска систематической ошибки всех включенных работ. Предложенные критерии требуют проверки воспроизводимости, чувствительности к изменениям и прогностической ценности. Перспективное исследование должно включать

раннюю оценку после индексного падения и повторные точки наблюдения с регистрацией функции, FES-I, жизненного пространства и повторных падений.

### **Заключение**

Синдром постпадения представляет собой многокомпонентное состояние после падения, при котором двигательно-постуральные нарушения и/или снижение физической уверенности сочетаются с эмоционально-когнитивными, функциональными или социальными ограничениями. Для практической работы предложены рабочие критерии и стадийная модель от предпаденческой уязвимости до хронической фиксации.

Медицинская реабилитация должна соответствовать стадии синдрома, реабилитационному потенциалу и медицинской стабильности пациента. Ключевыми направлениями являются ранняя мобилизация, тренировка силы и равновесия, восстановление значимых действий, коррекция страха и избегания, а также средовых и лекарственных факторов. Маршрутизация в Российской Федерации проводится по выраженности нарушения функционирования и ШРМ в рамках действующего Порядка медицинской реабилитации.

Предлагаемые критерии и сроки являются авторской рабочей моделью, сформированной путем тематического сопоставления повторяющихся признаков психомоторной дезадаптации, страха и избегания активности, функционального снижения и данных о последствиях падений [3, 11, 13–16, 20]. Она предназначена для формулирования проверяемой клинической гипотезы и требует проспективной валидации.

### **Список литературы**

1. Воробьева Н.М., Ховасова Н.О., Ткачева О.Н., Котовская Ю.В., Селезнева Е.В., Овчарова Л.Н. Падения и переломы у лиц старше 65 лет и их ассоциации с гериатрическими синдромами: данные российского эпидемиологического исследования ЭВКАЛИПТ // Российский журнал гериатрической медицины. 2021. № 2. С. 219–229. DOI: 10.37586/2686-8636-2-2021-209-219.
2. Коновальчик Т.К. Страх падения у лиц пожилого возраста с различными заболеваниями // Клиническая и специальная психология. 2024. Т. 13, № 4. С. 76–95. DOI: 10.17759/cpse.2024130404.
3. Коновальчик Т.К., Стрижицкая О.Ю. Адаптация методики «Модифицированный опросник избегающего поведения при страхе падения» (mFFABQ-R) для людей пожилого и старческого возраста на российской выборке // Консультативная психология и психотерапия. 2026. Т. 34, № 2. С. 40–60. DOI: 10.17759/cpp.2026340202.

4. Курмаев Д.П., Булгакова С.В., Тренева Е.В. и др. Факторы, влияющие на страх падения у людей пожилого и старческого возраста // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2025. № 1. С. 295–317. DOI: 10.24412/2312-2935-2025-1-295-317.
5. Ткачева О.Н., Котовская Ю.В., Мильто А.С. и др. Падения у пациентов пожилого и старческого возраста. Клинические рекомендации // Российский журнал гериатрической медицины. 2021. № 2. С. 153–185. DOI: 10.37586/2686-8636-2-2021-148-174.
6. Ткачева О.Н., Котовская Ю.В., Рунихина Н.К. и др. Клинические рекомендации «Старческая астения» // Российский журнал гериатрической медицины. 2020. № 1. С. 11–46. DOI: 10.37586/2686-8636-1-2020-11-46.
7. Ховасова Н.О., Наумов А.В., Ткачева О.Н., Мороз В.И. Комплексный персонифицированный протокол профилактики повторных падений у пациентов пожилого и старческого возраста // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2022. Т. 122, № 4. С. 67–74. DOI: 10.17116/jnevro202212204167.
8. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых» (зарегистрирован Минюстом России 25.09.2020, № 60039).
9. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16.09.2025 № 567н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 788н» (зарегистрирован Минюстом России 23.10.2025, № 83928).
10. Han J., Wang H., Ding Y. et al. Effect of Otago exercise on fear of falling in older adults: a systematic review and meta-analysis // BMC Sports Science, Medicine and Rehabilitation. 2024. Vol. 16. Art. 132. DOI: 10.1186/s13102-024-00917-2.
11. Hauer K., Yardley L., Beyer N. et al. Validation of the Falls Efficacy Scale and Falls Efficacy Scale International in geriatric patients with and without cognitive impairment: results of self-report and interview-based questionnaires // Gerontology. 2010. Vol. 56, No. 2. P. 190–199. DOI: 10.1159/000236027.
12. Hopewell S., Adedire O., Copsey B.J. et al. Multifactorial and multiple component interventions for preventing falls in older people living in the community // Cochrane Database of Systematic Reviews. 2018. No. 7. CD012221. DOI: 10.1002/14651858.CD012221.pub2.
13. Manckoundia P., Mourey F., Tavernier-Vidal B., Pfitzenmeyer P. Psychomotor disadaptation syndrome // La Revue de Médecine Interne. 2007. Vol. 28, No. 2. P. 79–85. DOI: 10.1016/j.revmed.2006.09.026.

14. Merendino A., Mourey F., Renoncourt T. et al. Psychomotor disadaptation syndrome: a scoping review // *European Geriatric Medicine*. 2025. Vol. 16, No. 3. P. 807–826. DOI: 10.1007/s41999-025-01176-1.
15. Meyer M., Constancias F., Vogel T., Kaltenbach G., Schmitt E. Gait disorder among elderly people, psychomotor disadaptation syndrome: post-fall syndrome, risk factors and follow-up — a cohort study of 70 patients // *Gerontology*. 2021. Vol. 67, No. 1. P. 17–24. DOI: 10.1159/000511356.
16. Montero-Odasso M., van der Velde N., Martin F.C. et al. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative // *Age and Ageing*. 2022. Vol. 51, No. 9. afac205. DOI: 10.1093/ageing/afac205.
17. Sherrington C., Fairhall N.J., Wallbank G.K. et al. Exercise for preventing falls in older people living in the community: an abridged Cochrane systematic review // *British Journal of Sports Medicine*. 2020. Vol. 54, No. 15. P. 885–891. DOI: 10.1136/bjsports-2019-101512.
18. World Health Organization. Falls. Geneva: WHO; 2021.
19. Xiong W., Wang D., Ren W. et al. The global prevalence of and risk factors for fear of falling among older adults: a systematic review and meta-analysis // *BMC Geriatrics*. 2024. Vol. 24. Art. 321. DOI: 10.1186/s12877-024-04882-w.
20. Yardley L., Beyer N., Hauer K. et al. Development and initial validation of the Falls Efficacy Scale-International (FES-I) // *Age and Ageing*. 2005. Vol. 34, No. 6. P. 614–619. DOI: 10.1093/ageing/afi196.

## References

1. Vorobyeva N.M., Khovasova N.O., Tkacheva O.N., Kotovskaya Yu.V., Selezneva E.V., Ovcharova L.N. Padeniya i perelomy u lits starshe 65 let i ikh assotsiatsii s geriatricheskimi sindromami: dannye rossiyskogo epidemiologicheskogo issledovaniya EVKALIPT [Falls and fractures in people over 65 years and their associations with geriatric syndromes: data from the Russian epidemiological study EVKALIPT]. *Rossiyskiy zhurnal geriatricheskoy meditsiny*. 2021;(2):219–229. DOI: 10.37586/2686-8636-2-2021-209-219.
2. Konovalchik T.K. Strakh padeniya u lits pozhilogo vozrasta s razlichnymi zabolevaniyami [Fear of falling in older adults with various diseases]. *Klinicheskaya i spetsialnaya psikhologiya*. 2024;13(4):76–95. DOI: 10.17759/cpse.2024130404.
3. Konovalchik T.K., Strizhitskaya O.Yu. Adaptatsiya metodiki “Modifitsirovannyi oprosnik izbegayushchego povedeniya pri strakhe padeniya” (mFFABQ-R) dlya lyudey pozhilogo i starcheskogo vozrasta na rossiyskoy vyborke [Adaptation of the Modified Fear of Falling Avoidance

- Behavior Questionnaire for older adults in a Russian sample]. *Konsultativnaya psikhologiya i psikhoterapiya*. 2026;34(2):40–60. DOI: 10.17759/cpp.2026340202.
4. Kurmaev D.P., Bulgakova S.V., Treneva E.V. et al. Faktory, vliyayushchie na strakh padeniya u lyudey pozhilogo i starcheskogo vozrasta [Factors associated with fear of falling in older adults]. *Sovremennye problemy zdravookhraneniya i meditsinskoj statistiki*. 2025;(1):295–317. DOI: 10.24412/2312-2935-2025-1-295-317.
5. Tkacheva O.N., Kotovskaya Yu.V., Milto A.S. et al. Padeniya u patsientov pozhilogo i starcheskogo vozrasta. Klinicheskie rekomendatsii [Falls in older patients. Clinical guidelines]. *Rossiyskiy zhurnal geriatricheskoy meditsiny*. 2021;(2):153–185. DOI: 10.37586/2686-8636-2-2021-148-174.
6. Tkacheva O.N., Kotovskaya Yu.V., Runikhina N.K. et al. Klinicheskie rekomendatsii “Starcheskaya asteniya” [Clinical guidelines “Frailty”]. *Rossiyskiy zhurnal geriatricheskoy meditsiny*. 2020;(1):11–46. DOI: 10.37586/2686-8636-1-2020-11-46.
7. Khovasova N.O., Naumov A.V., Tkacheva O.N., Moroz V.I. Kompleksnyy personifitsirovannyi protokol profilaktiki povtornykh padeniy u patsientov pozhilogo i starcheskogo vozrasta [Comprehensive personalized protocol for prevention of recurrent falls in older patients]. *Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii im. S.S. Korsakova*. 2022;122(4):67–74. DOI: 10.17116/jnevro202212204167.
8. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 788n dated 31 July 2020 “On approval of the Procedure for organizing medical rehabilitation of adults”.
9. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 567n dated 16 September 2025 “On amendments to Order No. 788n dated 31 July 2020”.
10. Han J., Wang H., Ding Y. et al. Effect of Otago exercise on fear of falling in older adults: a systematic review and meta-analysis. *BMC Sports Science, Medicine and Rehabilitation*. 2024;16:132. DOI: 10.1186/s13102-024-00917-2.
11. Hauer K., Yardley L., Beyer N. et al. Validation of the Falls Efficacy Scale and Falls Efficacy Scale International in geriatric patients with and without cognitive impairment: results of self-report and interview-based questionnaires. *Gerontology*. 2010;56(2):190–199. DOI: 10.1159/000236027.
12. Hopewell S., Adedire O., Copsey B.J. et al. Multifactorial and multiple component interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018;(7):CD012221. DOI: 10.1002/14651858.CD012221.pub2.
13. Manckoundia P., Mourey F., Tavernier-Vidal B., Pfitzenmeyer P. Psychomotor disadaptation syndrome. *La Revue de Médecine Interne*. 2007;28(2):79–85. DOI: 10.1016/j.revmed.2006.09.026.

14. Merendino A., Mourey F., Renoncourt T. et al. Psychomotor disadaptation syndrome: a scoping review. *European Geriatric Medicine*. 2025;16(3):807–826. DOI: 10.1007/s41999-025-01176-1.
15. Meyer M., Constancias F., Vogel T., Kaltenbach G., Schmitt E. Gait disorder among elderly people, psychomotor disadaptation syndrome: post-fall syndrome, risk factors and follow-up — a cohort study of 70 patients. *Gerontology*. 2021;67(1):17–24. DOI: 10.1159/000511356.
16. Montero-Odasso M., van der Velde N., Martin F.C. et al. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age and Ageing*. 2022;51(9):afac205. DOI: 10.1093/ageing/afac205.
17. Sherrington C., Fairhall N.J., Wallbank G.K. et al. Exercise for preventing falls in older people living in the community: an abridged Cochrane systematic review. *British Journal of Sports Medicine*. 2020;54(15):885–891. DOI: 10.1136/bjsports-2019-101512.
18. World Health Organization. Falls. Geneva: WHO; 2021.
19. Xiong W., Wang D., Ren W. et al. The global prevalence of and risk factors for fear of falling among older adults: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*. 2024;24:321. DOI: 10.1186/s12877-024-04882-w.
20. Yardley L., Beyer N., Hauer K. et al. Development and initial validation of the Falls Efficacy Scale-International (FES-I). *Age and Ageing*. 2005;34(6):614–619. DOI: 10.1093/ageing/afi196.