

# КОМПЛЕКСНАЯ ГЕРИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА – ОСНОВНОЙ ИНСТРУМЕНТ РАБОТЫ ВРАЧА-ГЕРИАТРА

DOI: 10.37586/2686-8636-4-2022-210-227

УДК: 616-071

Шарашкина Н.В., Ткачева О.Н., Рунихина Н.К., Арефьева М.С., Ерусланова К.А., Остапенко В.С., Котовская Ю.В.

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Российский геронтологический научно-клинический центр, Москва, Россия

## Резюме

Комплексная гериатрическая оценка — основной инструмент диагностики в работе врача гериатра, который также необходим для составления индивидуального плана ведения пожилого пациента. Отличительной особенностью гериатрического подхода является целостное восприятие всех потребностей пожилого человека — не только медицинских, но и функциональных, социальных. Главные цели КГО — совершенствование диагностики, оптимизация лечения, улучшение функционального состояния и качества жизни, включая условия проживания, использование медицинских служб, планирование долгосрочной поддержки пожилого человека. По результатам КГО разрабатывается комплексный подход к оказанию помощи пожилым пациентам, который должен помочь вернуть им независимость, способность к самообслуживанию, повысить качество жизни с помощью различных целенаправленных восстановительных мероприятий, а также позволит оптимизировать затраты здравоохранения, уменьшить риски, улучшить прогноз и увеличить продолжительность жизни пожилых пациентов.

**Ключевые слова:** комплексная гериатрическая оценка; гериатрические синдромы; функциональный статус; пожилой возраст.

**Для цитирования:** Шарашкина Н.В., Ткачева О.Н., Рунихина Н.К., Арефьева М.С., Ерусланова К.А., Остапенко В.С., Котовская Ю.В. Комплексная гериатрическая оценка — основной инструмент работы врача-гериатра. *Российский журнал гериатрической медицины*. 2022; 4(12): 210–227. DOI: 10.37586/2686-8636-4-2022-210-227

## COMPREHENSIVE GERIATRIC ASSESSMENT — THE MAIN TOOL FOR THE WORK OF A GERIATRICIAN

Sharashkina N.V., Tkacheva O.N., Runikhina N.K., Arefieva M.S., Eruslanova K.A., Ostapenko V.S., Kotovskaya Yu.V.

Pirogov National Research Medical University, Russian Gerontology Research and Clinical Centre, Moscow, Russia

## Abstract

A comprehensive geriatric assessment is the main diagnostic tool in the work of a geriatrician, which is also necessary for drawing up an individual plan for managing an older patient. A distinctive feature of the geriatric approach is a holistic perception of all the needs of an older person — not only medical, but also functional, social. The main goals of the CGA (comprehensive geriatric assessment) are to improve diagnostics, optimize treatment, and enhance the functional state and quality of life, including living conditions, the use of health-care services, and planning long-term support for older adults. Based on the results of the CGA, a comprehensive approach is being developed to provide assistance to older patients, which should help restore their independence, the ability to self-care, improve the quality of life through various targeted rehabilitation measures, as well as optimize healthcare costs, reduce risks, improve prognosis and increase life expectancy of the older patients.

**Keywords:** comprehensive geriatric assessment; geriatric syndromes; functional status; older age.

**For citation:** Sharashkina N.V., Tkacheva O.N., Runikhina N.K., Arefieva M.S., Eruslanova K.A., Ostapenko V.S., Kotovskaya Yu.V. Comprehensive geriatric assessment — the main tool for the work of a geriatrician. *Russian Journal of Geriatric Medicine*. 2022; 4(12): 210–227. DOI: 10.37586/2686-8636-4-2022-210-227

Развитие гериатрической службы является закономерным требованием нашего времени, обусловленным происходящими демографическими изменениями. Сейчас проблема лечения, социализации и поддержки пожилых людей актуальна для всего мира. В фокусе отдельного внимания

гериатрической службы находятся пациенты с различными заболеваниями и синдромами. Среди них выделяют возраст-ассоциированные заболевания, распространенность которых растет в геометрической прогрессии с увеличением продолжительности жизни человека: это сердечно-сосудистые,

онкологические заболевания, сахарный диабет, нейродегенеративные заболевания, заболевания костно-мышечной системы и другие [1]. Также среди проблем, ассоциированных с возрастом, актуальны гериатрические синдромы, которые включают в себя старческую астению, саркопению, сенсорные дефициты, синдром мальнутриции, пролежни, недержание мочи и кала, падения и нарушения ходьбы, головокружение и атаксию, болевой синдром, нарушения слуха и зрения, когнитивные нарушения; психические нарушения: деменция, депрессия, делирий, нарушения поведения и адаптации; социальные проблемы: утрата самообслуживания, зависимость от помощи других, социальная изоляция, подверженность насилию, нарушение семейных связей.

Известно, что гериатрические синдромы не только снижают качество жизни пожилых людей, но и повышают риск формирования зависимости от помощи окружающих, риск госпитализаций и риск смерти [2].

Известно более 60 гериатрических синдромов, наиболее распространенными из которых являются старческая астения, когнитивные нарушения, сенсорные дефициты. Большинство гериатрических синдромов остаются нераспознанными врачами первичного звена, а значит не осуществляются мероприятия по их коррекции и профилактике прогрессирования. Например, распространенные в пожилом возрасте когнитивные нарушения зачастую диагностируются на стадии тяжелой деменции, когда пожилой человек становится полностью зависимым от помощи окружающих. Отличительной особенностью гериатрического подхода является целостное восприятие всех потребностей пожилого человека — не только медицинских, но и функциональных, социальных.

В настоящее время для этих целей используют комплексную гериатрическую оценку состояния здоровья пожилого человека (КГО). КГО — это многомерный, междисциплинарный диагностический процесс для установления объема необходимой помощи, ее планирования и улучшения состояния здоровья пожилого человека.

Главные цели КГО — совершенствование диагностики, оптимизация лечения, улучшение функционального состояния и качества жизни, включая условия проживания, использование медицинских служб, планирование долгосрочной поддержки пожилого человека.

## ПРИНЦИПЫ КОМПЛЕКСНОЙ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ

КГО проводится в течение 1,5–2 часов, включает в себя оценку базовой и инструментальной активности в повседневной жизни, антропометрию, ортостатическую пробу, динамометрию, определение тестов для оценки мобильности и риска падений (скорость ходьбы, тесты на равновесие), оценку состояния питания, оценку когнитивных

функций, эмоционального состояния, определение безопасности лекарственной терапии.

Гериатр анализирует весь комплекс проблем пожилого человека, выделяет те сегменты, на которые можно влиять, и составляет план лечения. Важно понимать, в каких условиях живет человек, поддерживают ли его родственники, кто может помочь ему в быту, кто принесет лекарства и проконтролирует регулярность приема. По результатам комплексной гериатрической оценки врач-гериатр формирует долгосрочный индивидуальный план профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, социальной и психологической адаптации, а также определяет маршрутизацию пациента и решает вопросы о размещении пациента в доме престарелых, необходимости патронажа на дому, помощи в уходе. При необходимости больной сразу может быть направлен в стационарное отделение, максимально приспособленное к потребностям пожилых пациентов.

## СОСТАВ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ КОМАНДЫ

Ведение пожилых людей с совокупностью сложных медицинских, социальных и функциональных потребностей требует выполнения индивидуального плана лечения, профилактики, реабилитации и ухода, который разрабатывается по результатам КГО мультидисциплинарной командой врачей в составе врача-гериатра, врача-невролога, специалиста по социальной работе, медицинского психолога и других специалистов.

Круг медицинских работников варьируется в зависимости от параметров, предоставляемых отдельными программами КГО. Во многих случаях процесс КГО опирается на основную команду, состоящую из врача, медсестры и социального работника и, при необходимости, привлекает расширенную команду физиотерапевтов и эрготерапевтов, диетологов, фармацевтов, психиатров, психологов, стоматологов, сурдологов, ортопедов и офтальмологов.

## ГДЕ ПРОВОДИТСЯ КГО?

КГО может проводиться амбулаторно в гериатрическом кабинете, в гериатрическом отделении, на дому у пациента либо в стационаре.

В амбулаторных условиях рекомендовано выполнение комплексной гериатрической оценки в гериатрическом кабинете/отделении с возможным разделением на несколько визитов. Проведение КГО на амбулаторном этапе, соблюдение рекомендаций по лечению и профилактике пациентами с более высоким риском госпитализации привели к повышению продолжительности и качества их жизни [3].

При госпитализации пациента в гериатрическое отделение комплексную гериатрическую оценку рекомендуется проводить однократно.

Если комплексная гериатрическая оценка проводится в период госпитализации по поводу острого/обострения хронического заболевания, ее следует выполнять после стабилизации состояния перед выпиской пациента.

Проведение КГО на стационарном этапе показало, что программы КГО для пациентов, выписанных домой из отделений неотложной помощи, эффективны для сокращения последующих госпитализаций. Многочисленные исследования сравнивали эффект стационарной КГО с обычным лечением. Пациенты, получавшие КГО, с большей вероятностью продолжали жить без зависимости от посторонней помощи и с меньшей вероятностью попадали в больницы или дома престарелых в течение года после госпитализации [4].

### **КОМПЛЕКСНАЯ ГЕРИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА. ОСНОВНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ**

В процесс комплексной оценки вовлечено множество измеримых показателей, обычно формирующих несколько групп (домены) [5]:

- физическое здоровье;
- функциональный статус;
- когнитивный статус;
- психическое здоровье (когнитивный, эмоциональный статус);
- социальный статус.

Набор шкал и тестов, проводимых в рамках КГО, может меняться в зависимости от места проведения и состояния пациента.

Также рекомендуется проводить скрининг синдрома старческой астении с использованием опросника «Возраст не помеха» у пациентов 60 лет и старше, обратившихся за медицинской помощью в учреждения амбулаторного или стационарного типа, с целью выявления гериатрических синдромов и определения тактики ведения. Выявление синдрома старческой астении определяет прогноз для здоровья и жизни пациента пожилого возраста, тактику его ведения, потребность в посторонней помощи и в уходе. Скрининг на уровне первичного звена здравоохранения доказал свою эффективность для предотвращения снижения функционального статуса пациентов пожилого и старческого возраста [5,6].

**Показатели физического здоровья** — это данные традиционного анамнеза жизни, физического осмотра с обязательным проведением антропометрии и ортостатической пробы, динамометрии, лабораторных исследований; критерии тяжести отдельных заболеваний; оценка риска переломов.

Дополнительные компоненты могут также включать оценку следующих параметров:

- питание/изменение веса;
- недержание мочи;
- половая функция;
- сенсорные дефициты;

- состояние зубов/наличие зубных протезов;
- оценка нарушений сна;
- оценка болевого синдрома.

Оценка антропометрических показателей проводится с учетом общепринятых правил — измерение роста, веса, подсчет индекса массы тела. Также определяется окружность плеча и голени, толщина кожно-жировой складки, потеря массы тела и другие показатели [7].

Оценка лекарственного анамнеза включает в себя выявление назначения потенциально не рекомендованных лекарственных препаратов у пожилых людей и помогает снизить количество побочных эффектов медикаментозной терапии. В гериатрической практике для оптимизации фармакотерапии используются такие инструменты, как: STOPP/START-критерии для коррекции назначения лекарственных препаратов пожилым пациентам [8], критерии Бирса Американской гериатрической ассоциации [9] и другие.

Оценка сенсорных дефицитов включает в себя определение остроты зрения (например, по таблицам Розенбаума), а также проведение аудиометрии или исследование шепотной и разговорной речью для определения снижения слуха.

В качестве оценки риска переломов используется шкала FRAX, которая применяется у женщин в период постменопаузы и мужчин в возрасте 50 лет и старше. Данная оценочная шкала позволяет определить 10-летнюю вероятность основных остеопоротических переломов (клинически значимого перелома позвоночника, перелома дистального отдела предплечья, перелома проксимального отдела бедра или перелома плеча) и отдельно вероятность перелома проксимального отдела бедренной кости [10].

Проведение ортостатической пробы проходит следующим образом: после семи минут пребывания пациента в горизонтальном положении (лежа, без подушек под головой) проводится первое измерение артериального давления. Затем пациента просят принять вертикальное положение. Проводится второе измерение на первой минуте в положении стоя и последнее измерение АД после трех минут нахождения пациента в положении стоя. По разнице между частотой пульса лежа и стоя судят о реакции сердечно-сосудистой системы на нагрузку при изменении положения тела. Это позволяет оценивать функциональное состояние регуляторных механизмов и дает некоторое представление о тренированности организма [11].

Для оценки болевого синдрома используются такие инструменты, как: визуально-аналоговая шкала (представляет собой отрезок прямой длиной 10 см, его начало соответствует отсутствию болевого ощущения — «боли нет» а конечная точка отражает мучительную нестерпимую боль — «невыносимая боль»), опросник PAINAD для выявления и оценки интенсивности боли у пациентов

Таблица 1.

**ШКАЛЫ КОМПЛЕКСНОЙ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ**

Домен	Компоненты домена	Основные шкалы	Дополнительные шкалы	Примечание
Физическое здоровье	Лекарственная терапия	STOPP/START-критерии	Критерии Бирса. Стратегия «7 шагов». Шкала ACB	Шкала STOPP/START — скрининг. Стратегия «7 шагов» — для минимизации риска полипрагмазии. Шкала ACB — для минимизирования антихолинергической нагрузки
	Хронический болевой синдром	Визуально-аналоговая шкала	Шкала PAINAD. Шкала DN4	Опросник PAINAD — для выявления и оценки интенсивности боли у пациентов с деменцией (основан на наблюдении за пациентом). DN4 — опросник для выявления нейропатической боли
	Оценка питания	Шкала MNA	Шкала NRS-2002. Шкала MUST	Шкала MUST — скрининг недостаточности питания у лиц, проживающих дома. Шкала NRS-2002 — скрининг недостаточности питания у госпитализированных пациентов
Функциональный статус	Базовая функциональная активность	Индекс Бартел	Нет	Может проводить медицинская сестра
	Инструментальная функциональная активность	Шкала Лоутона	Нет	Может проводить медицинская сестра
	Мобильность	Краткая батарея тестов физического функционирования	Тест «Встань и иди». Определение скорости ходьбы на 4 метра	Может проводить медицинская сестра
	Мышечная сила	Кистевая динамометрия	Шкала оценки мышечной силы. Биоимпедансометрия	При подозрении на саркопению показано проведение биоимпедансометрии (для оценки мышечной массы)
	Риск падений	Шкала самооценки риска падений	Шкала Морсе	Шкала Морсе применяется для оценки риска падений у госпитализированных пациентов
Психоэмоциональный статус	Когнитивные функции	Тест рисования часов. Мини-Ког.	Краткая шкала оценки психического статуса. Монреальская шкала оценки когнитивных функций. Батарея тестов лобной дисфункции. Бостонский тест называния рисунков. Тест пяти слов.	Мини-Ког является скрининговым методом. Краткая шкала оценки психического статуса применяется для выявления выраженных когнитивных нарушений (деменции). Монреальская шкала оценки когнитивных функций была разработана как средство быстрой оценки умеренных когнитивных расстройств. Батарея тестов лобной дисфункции используется для скрининга деменций с преимущественным поражением лобных долей или подкорковых церебральных структур
	Эмоциональное состояние	Герiatricкая шкала депрессии. PHQ — 2/9. HADS	Шкала оценки здоровья. Корнельская шкала депрессии. Шкала CAM	Корнельская шкала депрессии используется при деменции. Для сбора анамнеза и симптомов используются внешние информаторы: персонал домов престарелых, родственники, ухаживающие лица. Шкала CAM — скрининговый метод выявления делирия
Социальный статус	Качество жизни, социальный анамнез	Шкала оценки потребности и объема социально-бытовой помощи и ухода	Шкала EQ-5D	Может проводить медицинская сестра. Детальную оценку проводит специалист по социальной работе, участвующий в КГО

Таблица 2.

## Скрининг по шкале «Возраст не помеха»

Вопрос	Ответ
Похудели ли вы на 5 кг и более за последние 6 месяцев? (вес)	да/нет
Испытываете ли вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения или слуха?	да/нет
Были ли у вас в течение последнего года травмы, связанные с падением?	да/нет
Чувствуете ли вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель? (настроение)	да/нет
Есть ли у вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?	да/нет
Страдаете ли вы недержанием мочи?	да/нет
Испытываете ли вы трудности в перемещении по дому или на улице? (ходьба до 100м/ подъем на 1 лестничный пролет)	да/нет

с деменцией (основан на наблюдении за пациентом) [12], опросник для выявления нейропатической боли DN4 и другие [13,14].

При оценке анамнеза и общего состояния пациента в качестве вспомогательного инструмента используются шкалы коморбидности. Коморбидность — сосуществование двух и/или более синдромов или заболеваний у одного пациента, патогенетически связанных между собой или совпадающих по времени. Одно из них создает условия для развития другого, первое является этапом развития второго. Оба состояния являются результатом патологического процесса, имеются единые механизмы патогенеза, а различия обусловлены влиянием внешних факторов. К инструментам определения коморбидности относятся: Индекс Чарльсон (Charlson), шкала CIRS (Cumulative Illness Rating Scale) и другие [15,16].

Для оценки питания используются такие опросники, как краткая шкала оценки питания (Mini Nutritional Assessment, MNA), которая состоит из скрининговой и основной части [17]. У госпитализированных пациентов проводится оценка нутриционного риска по шкале NRS-2002, состоящей из блоков первичного и финального скрининга. Если на все вопросы первого блока пациент ответил «Нет», то повторный скрининг проводится через неделю. При наличии ответа «Да» на любой вопрос продолжается скрининг по следующему блоку [18]. Для скрининга недостаточности питания у лиц, проживающих дома, ввиду низкой вероятности наличия искажающих факторов, рекомендуется универсальный скрининг недостаточности питания (Malnutrition Universal Screening Tool — MUST) [19,20].

### ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС

Данная группа сведений описывает функциональный статус с помощью таких показателей, как активность в повседневной жизни (Activities of Daily Living), инструментальная активность в повседневной жизни (Instrumental Activities of Daily Living), мобильность, риск падений.

Наиболее часто используемые показатели оценивают три уровня повседневной деятельности:

- активность в повседневной жизни (ADLs);
- инструментальная активность в повседневной жизни (IADLs);
- продвинутая активность в повседневной жизни (AADLs).

### БАЗОВАЯ АКТИВНОСТЬ В ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ (BASIC ADLs)

Базовая активность в повседневной жизни включает действия по уходу за собой, которые человек выполняет, чтобы оставаться независимым от посторонней помощи. К ним относятся: прием ванны, подъем по лестнице, личная гигиена (умывание, чистка зубов, бритье), одевание, посещение туалета, контроль мочеиспускания и дефекации, передвижение по ровной поверхности, вставание с постели, прием пищи. В таком порядке пациенты, как правило, теряют эти способности и восстанавливают их в обратном порядке во время реабилитации.

Неспособность выполнять эти действия указывает на необходимость помощи родственников, сиделки или, в некоторых случаях, помещения в дом престарелых. Появление зависимости от посторонней помощи у пожилых людей, живущих самостоятельно, а не в доме престарелых, возникает лишь в 10 процентах случаев [21]. Однако примерно у 20 процентов пожилых, находящихся в таких же условиях проживания, наблюдается снижение базовой активности, что может быть предвестником дальнейшего функционального спада и увеличения обращаемости за медицинской помощью [22]. У многих пациентов снижение базовой активности в повседневной жизни или повышение потребности в посторонней помощи возникают после перенесенной госпитализации [23].

### ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ В ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ (INSTRUMENTAL ADLs, IADL)

Это деятельность более высокого уровня, самостоятельно или с частичной помощью выполняемая которую, пожилые люди могут оставаться

Таблица 3.

**Краткая шкала оценки питания (MNA)**

А.	Снизилось ли за последние 3 месяца количество съедаемой пищи из-за потери аппетита, проблем с пищеварением, из-за сложностей при пережевывании и глотании?	0 = серьезное снижение количества съедаемой пищи; 1 = умеренное снижение количества съедаемой пищи; 2 = нет снижения количества съедаемой пищи
Б.	Потеря массы тела за последние 3 месяца	0 = потеря более 3 кг; 1 = не знаю; 2 = потеря от 1 до 3 кг; 3 = нет потери массы тела
В.	Подвижность	0 = прикован к кровати/стулу; 1 = способен встать с кровати /стула, но не выходит из дома; 2 = выходит из дома
Г.	Острое заболевание (психологический стресс) за последние 3 месяца	0 = да 2 = нет
Д.	Психоневрологические проблемы	0 = серьезное нарушение памяти или депрессия; 1 = умеренное нарушение памяти; 2 = нет нейропсихологических проблем
	Рост	
	Вес	
	ИМТ	
Е.	Индекс массы тела	0 = меньше 19; 1 = 19–24; 2 = 24–29; 3 = 30 и выше
Ж.	Живет независимо (не в доме престарелых или больнице)	0 = нет; 1 = да
З.	Принимает более трех лекарств в день	0 = да; 1 = нет
И.	Пролежни и язвы кожи	0 = да; 1 = нет
К.	Сколько раз в день пациент полноценно питается	0 = 1 раз; 1 = 2 раза; 2 = 3 раза
Л.	Маркеры потребления белковой пищи:	0 = если 0–1 ответ «да»; 0,5 = если 2 ответа «да»; 1 = если 3 ответа «да»
	одна порция молочных продуктов (1 порция = 1 стакан молока, 60 г творога, 30 г сыра, 3/4 стакана йогурта) в день (да / нет)	
	две или более порции бобовых и яиц в неделю (1 порция = 200 г бобовых, 1 яйцо) (да / нет)	
	мясо, рыба или птица каждый день (да / нет)	
М.	Съедает две или более порций фруктов или овощей в день (1 порция = 200 г овощей, 1 любой фрукт среднего размера)	0 = нет; 1 = да
Н.	Сколько жидкости выпивает в день	0 = меньше 3 стаканов; 0,5 = 3–5 стаканов; 1 = больше 5 стаканов
О.	Способ питания	0 = не способен есть без помощи; 1 = самостоятельно с небольшими трудностями; 2 = самостоятельно
П.	Самооценка состояния питания	0 = оценивает себя как плохо питающегося; 1 = оценивает свое состояние питания неопределенно; 2 = оценивает себя как не имеющего проблем с питанием
Р.	Состояние здоровья в сравнении с другими людьми своего возраста	0 = не такое хорошее; 0,5 = не знает; 1 = такое же хорошее; 2 = лучше
С.	Окружность по середине плеча, см	0 = менее 24; 0,5 = 24–26; 1 = 26 и больше
Т.	Окружность голени, см	0 = меньше 34; 1 = 34 и больше
Общий балл:		

Таблица 4.

**Активность в повседневной жизни  
(индекс Бартел)**

Прием пищи	10 — не нуждаюсь в помощи, способен самостоятельно пользоваться всеми необходимыми столовыми приборами; 5 — частично нуждаюсь в помощи, например при разрезании пищи; 0 — полностью зависю от окружающих (необходимо кормление с посторонней помощью)
Личная гигиена (умывание, чистка зубов, бритье)	5 — не нуждаюсь в помощи; 0 — нуждаюсь в помощи
Одевание	10 — не нуждаюсь в посторонней помощи; 5 — частично нуждаюсь в помощи, например при одевании обуви, застегивании пуговиц и т.д.; 0 — полностью нуждаюсь в посторонней помощи
Прием ванны	5 — принимаю ванну без посторонней помощи; 0 — нуждаюсь в посторонней помощи
Контроль мочеиспускания	10 — контроль мочеиспускания; 5 — случайные инциденты; 0 — недержание мочи
Контроль дефекации	10 — контроль дефекации; 5 — случайные инциденты/ запоры; 0 — постоянно нуждаюсь в помощи в связи с грубым нарушением тазовых функций
Посещение туалета	10 — не нуждаюсь в помощи; 5 — частично нуждаюсь в помощи (удержание равновесия, использование туалетной бумаги, снятие и одевание брюк и т.д.); 0 — нуждаюсь в использовании судна, утки
Вставание с постели	15 — не нуждаюсь в помощи; 10 — нуждаюсь в наблюдении или минимальной поддержке; 5 — могу сесть в постели, но для того, чтобы встать, нужна существенная поддержка; 0 — не способен встать с постели даже с посторонней помощью
Передвижение (кровать, стул)	15 — могу без посторонней помощи передвигаться на расстояния до 50 м; 10 — могу передвигаться с посторонней помощью в пределах 50 м; 5 — могу передвигаться с помощью инвалидной коляски; 0 — не способен к передвижению
Подъем по лестнице	10 — не нуждаюсь в помощи; 5 — нуждаюсь в наблюдении или поддержке; 0 — не способен подниматься по лестнице даже с поддержкой
Общий балл:	

независимыми в своих домах. Включает в себя: телефонные звонки, покупки, ведение домашнего быта, стирку, приготовление пищи, пользование транспортом, прием лекарств, финансовые операции. Зависимость в инструментальной активности среди самостоятельно живущих пожилых более распространена, чем зависимость при выполнении базовой деятельности (около 17 процентов пожилых нуждаются в помощи при выполнении как минимум одного пункта Instrumental ADLs) [24]. Прогрессирующая утрата большего числа функций инструментальной активности приводит к трудностям в ведении домашнего хозяйства. Некоторые социальные услуги (например, доставка еды, услуги домработниц, организация пассажирских перевозок) способствуют удовлетворению этих потребностей.

**ПРОДВИНУТАЯ АКТИВНОСТЬ  
В ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ  
(ADVANCED ACTIVITIES OF DAILY  
LIVING, AADLS)**

Продвинутая активность в повседневной жизни включает в себя задачи, требующие более высокого уровня когнитивных функций, социального взаимодействия и общественных отношений [25]. Например, профессиональная деятельность, путешествия, активные виды досуга. Продвинутая активность в повседневной жизни индивидуальна и необязательна. По сути, является «функциональной подписью», которая может со временем меняться из-за состояния здоровья или из-за личных предпочтений.

Оценка функционального статуса проводится на основании шкал и индексов, помогающих анализировать повседневную деятельность. Двумя

Таблица 5.

**Шкала Инструментальной и функциональной активности (шкала Лоутона)**

Телефонные звонки	Пользуется телефоном по собственной инициативе, набирает номера	1
	Набирает несколько известных номеров	1
	Отвечает на телефонные звонки, но сам номера не набирает	1
	Не пользуется телефоном вообще	0
Покупки	Совершает самостоятельно все необходимые покупки	1
	Совершает самостоятельно небольшие покупки	0
	Требуется сопровождение при любом посещении магазина	0
	Полностью не в состоянии делать покупки	0
Приготовление пищи	Планирует, готовит и подает необходимую пищу самостоятельно	1
	Готовит необходимую пищу, если ингредиенты были предоставлены	0
	Подогревает и подает пищу или готовит пищу, но не соблюдает необходимую диету	0
	Нуждается, чтобы кто-то приготовил и подал пищу	0
Ведение домашнего быта	Поддерживает дом в одиночку, за исключением редкой помощи при необходимости выполнения тяжелой работы	1
	Выполняет простые повседневные дела, такие как мытье посуды или заправка кровати	1
	Выполняет простые повседневные дела, но не в состоянии поддерживать необходимый уровень чистоты в доме	1
	Нужна помощь при выполнении всех домашних дел	1
	Не участвует ни в каких хозяйственных делах	0
Стирка	Самостоятельно стирает все необходимые вещи	1
	Стирает мелкие вещи, такие как носки, чулки	1
	Вся стирка должна осуществляться кем-то	0
Пользование транспортом	Самостоятельно пользуется общественным транспортом или водит машину	1
	Организует собственную поездку на такси, но не пользуется общественным транспортом	1
	Пользуется общественным транспортом, если кто-то при этом помогает или сопровождает	1
	Перемещается на такси или машине в сопровождении другого лица	0
	Не перемещается	0
Прием лекарств	Самостоятельно принимает необходимые лекарства в правильных дозировках и в правильное время	1
	Принимает лекарство, если оно было кем-то приготовлено для приема в необходимой дозе	0
	Не способен самостоятельно принимать лекарства	0
Финансовые операции	Самостоятельно контролирует финансовые вопросы (бюджет, проверка чеков, оплата за жилье, посещение банка), контролирует доходы	1
	Занимается ежедневными покупками, но нуждается в помощи с банковскими операциями и при осуществлении крупных покупок	1
	Не способен самостоятельно распоряжаться деньгами	0
ИТОГО		



часто используемыми инструментами оценки являются индекс Бартел [26] для оценки базовой активности в повседневной жизни и шкала Лоутона [27] для оценки инструментальной повседневной активности. Заполнение данных опросников пациентом или лицом, осуществляющим уход, перед посещением врача позволяет собрать информацию об активности пациента. Самостоятельная оценка этих параметров также позволяет определить потребность пожилых людей в уходе и посторонней помощи.

Продвинутую активность лучше всего определять, задавая открытые вопросы. Периодический анализ ответов на эти вопросы позволяет оценить продвинутую повседневную активность и отследить ее динамику. Однако снижение продвинутой активности в повседневной жизни может быть просто результатом личного выбора, поэтому стоит обращать внимание непосредственно на ускорение снижения данной деятельности или ее изменение из-за причин, связанных со здоровьем.

Также важен источник информации о функциональном состоянии. Многие люди склонны переоценивать свои способности, в то время как члены семьи могут недооценивать их. Врачебная оценка обеспечивает более объективный взгляд на возможности человека. Она помогает определить цели реабилитации и выраженность потребности пациента в уходе.

## ОЦЕНКА МОБИЛЬНОСТИ

Мобильность включает в себя широкий спектр действий, от перемещения по комнате до авиаперелетов. Таким образом, оценка может быть направлена на способность перемещаться на небольшие расстояния или на способность выходить за пределы постоянного местонахождения. На нижней границе спектра мобильности находится оценка походки, равновесия и риска падения. Мобильность в более широком географическом диапазоне находится на самом высоком уровне спектра.

Оценка должна начинаться с простого анамнеза. Рекомендуемые вопросы [28,29]:

- Испытываете ли вы трудности при подъеме на один лестничный пролет или при ходьбе до 400 метров?
- Стараетесь ли вы реже подниматься по лестнице или меньше перемещаться по дому/улице из-за ухудшения состояния здоровья?
- Нуждаетесь ли вы в наблюдении или поддержке при ходьбе/подъеме по лестнице?

## ОЦЕНКА ПОХОДКИ

Прямое качественное и количественное наблюдение за походкой является важным компонентом оценки, не требующим большого количества времени. Качественные аспекты включают оценку:

- длина шага (например, пятка одной ноги не доходит до уровня пальцев другой ноги);

- высота шага (например, ступни не отрываются от пола при ходьбе);
- слегка несвободная или нарушенная походка (ходит с остановками, шаги короткие, иногда с задержкой или не может встать, ходит опираясь, смотрит вниз);
- шаткость при ходьбе, наклон или заваливание в сторону;
- ритм и симметричность шага.

**Скорость походки** также является полезным маркером и коррелирует с риском повторных падений, а также хрупкостью и выживаемостью [30, 31].

Рекомендуемый метод исследования заключается в том, чтобы засесть время прохождения человеком четырехметрового маршрута [32]. Один раз — как можно быстрее, второй раз — в обычном темпе. Тест может проводиться средним медицинским персоналом. Для проведения необходимо отмерить расстояние 4 метра и использовать секундомер для подсчета времени. Пациенты, которым требуется более 13 секунд на прохождение 10 метров (скорость ходьбы 0,8 метра в секунду), более склонны к повторным падениям [30]. Пациенты, скорость походки которых превышает 0,8 метра в секунду, вероятно, проживут дольше средней ожидаемой продолжительности жизни, рассчитанной по возрасту и полу, в то время как те, у кого скорость ходьбы ниже 0,8 метра в секунду, вероятно, будут иметь более короткую продолжительность жизни [34]. Однако скрининговое значение скорости (1 м/с) легче запоминается и более практично для использования в клинической практике [33].

Медленная скорость ходьбы дает больше возможностей для начала профилактических мероприятий, поскольку увеличение скорости даже на 0,1 метра в секунду связано со снижением показателей смертности в течение восьми лет [34, 34]. Профилактические стратегии могут включать программы физических упражнений для пациентов с более высокой функциональностью или физическую реабилитацию для тех, у кого нарушения более выражены. В качестве примера в конкретных группах пациентов было показано, что упражнения на низкоуровневой беговой дорожке повышают скорость ходьбы у пациентов с болезнью Паркинсона [35], а силовые тренировки повышают скорость ходьбы у пациентов после инсульта [36]. Однако клиническая польза тестирования скорости походки в практических условиях еще не доказана и рекомендации о том, следует ли контролировать ее регулярно, не могут быть даны. Тем не менее это безопасная, простая и недорогая мера, которая может оказаться полезной при наблюдении за пациентами и предоставить некоторую прогностическую информацию [32].

**Тесты на равновесие** включают:

- способность стоять в положении «стопы вместе», полутандемном положении, тандемном

положении в течение 10 секунд и более — краткая батарея тестов физического функционирования (The Short Physical Performance Battery, SPPB) [37];

- способность удержать равновесие при толчковом тесте;
- устойчивость при повороте на 360 градусов.

При проведении тестов на равновесие врач или медицинская сестра должны находиться в таком положении, чтобы стабилизировать пациента, если маневр приведет к потере равновесия. Этого

можно достичь, стоя лицом к лицу и удерживая руки пациента. Но во время непосредственной оценки функциональных проб на равновесие руки пациента должны освободиться, при этом врач контролирует равновесие обследуемого. Аналогичным образом при проведении толчкового теста нужно находиться за спиной пациента: если толчок приведет к потере равновесия, находясь в такой позиции врач или медицинская сестра, смогут его стабилизировать.

Таблица 6.

**Краткая батарея тестов физического функционирования**

Тест	Время, секунды	Баллы	Результат
Положение «стопы вместе»	≥40	1	
	<40	0	
Полутандемное положение	≥40	1	
	<40	0	
Тандемное положение	≥40	2	
	3,0–9,99	1	
	≤2,99	0	
Ходьба на 4 м	≤4,81	4	
	4,82–6,20	3	
	6,21–8,70	2	
	≥8,71	1	
	не может выполнить	0	
Подъём со стула	≤11,19	4	
	11,20–13,69	3	
	13,70–16,69	2	
	≥16,70	1	
	Не может выполнить	0	
ИТОГО			

**МЫШЕЧНАЯ СИЛА**

Силу четырехглавой мышцы можно оценить, наблюдая за тем, как пожилой человек поднимается с жесткого стула без подлокотников без помощи рук. Исследования других групп мышц могут быть также важны, особенно при нейропатии или неврологических расстройствах, однако слабость именно четырехглавой мышцы наиболее тесно связана с падениями и переломом шейки бедра.

Тест «Встань и иди» сочетает в себе оценку мышечной силы и походки. Проверяется способность пациента встать со стула, пройти 3 метра, развернуться, пройти назад и снова сесть на стул. Пациенты, которым на прохождение теста требуется более 20 секунд, должны пройти дальнейшее обследование [38]. Однако этот тест не дает представления о качественных аспектах походки,

которые также могут помочь в диагностике и лечении. Кроме того, систематический обзор и метаанализ показали, что чувствительность теста всего 31 процент, а способность теста оценивать риск падений ограничена [39].

К методам оценки мышечной силы также относится динамометрия, выполняемая с помощью электронного или механического динамометра. Динамометр берут в руку циферблатом внутрь. Руку отводят от туловища до получения с ним прямого угла. Вторую руку отпускают вниз вдоль туловища. С максимальной силой сжимают динамометр в течение 3–5 секунд. Для получения более точных результатов рекомендуется проводить трехкратное измерение силы жатия на правой и левой руке.

У пациентов без первичной легочной патологии проводится определение пикового экспираторного

потока методом спирографии для оценки мышц, участвующих в акте дыхания.

Не менее важна оценка количества жировой и мышечной массы. Общепринятым методом является двухфотонная рентгеновская абсорбциометрия. И хотя КТ и МРТ являются золотым стандартом в диагностике патологического состояния мягких тканей, их использование ограничено в связи с высокой стоимостью обследования и повышенным уровнем ионизирующего облучения [40].

Еще один используемый метод — биоимпедансный анализ состава тела человека, который основан на измерении электрической проводимости различных тканей тела. Полученные показатели позволяют рассчитать характеристики состава тела, такие как жировая, безжировая, клеточная, скелетно-мышечная масса, объем и распределение воды в организме. По результатам исследования формируется диаграмма, на которой наглядно показаны все данные проведенного исследования, а также индивидуальные нормы, рассчитанные для конкретного пациента.

### ОЦЕНКА РИСКА ПАДЕНИЙ

Ежегодно падения происходят более чем у одной трети пожилых людей, проживающих вне дома престарелых, и падения независимо связаны с функциональным ухудшением [41]. Всех пожилых пациентов стоит опрашивать о падениях не реже одного раза в год, а ослабленных пожилых людей следует спрашивать о падениях при каждом посещении. Кроме того, вопрос о страхе падения может выявить пациентов с риском будущих падений. Оценка падений выходит за рамки оценки

мобильности, походки и включает в себя проведение ортостатической пробы, оценку зрения, полипрагмазии, осмотр стопы, а также тесты на равновесие и силу нижних конечностей [42].

Для оценки риска падений существуют специальные опросники:

- шкала Морсе, используемая в стационаре и включающая в себя пункты, учитывающие наличие падений в анамнезе, оценку походки, самостоятельность при ходьбе и другие [43];
- шкала Хопкинса, также используемая в стационаре и, в отличие от шкалы Морсе, учитывающая нарушения мочеиспускания и дефекации, лекарственную терапию [44];
- опросники для самооценки риска падения пациентом.

### ОЦЕНКА КОГНИТИВНОГО СТАТУСА

Когнитивные расстройства — субъективное и/или объективно выявляемое ухудшение когнитивных функций (внимания, памяти, речи, восприятия, праксиса, управляющих функций) по сравнению с исходным индивидуальным и/или средними возрастными и образовательными уровнями вследствие органической патологии головного мозга и нарушения его функции различной этиологии, влияющее на эффективность обучения, профессиональной, социальной и бытовой деятельности [45].

Для верификации и определения степени выраженности когнитивных расстройств у пациента обязательным является проведение специализированного нейропсихологического обследования.

Таблица 7.

Шкала Морсе

ВОПРОС	БАЛЛ
Падал ли в последние 3 месяца?	Нет — 0 баллов. Да — 25 баллов.
Есть ли сопутствующее заболевание?	Нет — 0 баллов. Да — 15 баллов.
Самостоятельность при ходьбе	
Принимает внутривенное вливание/принимает гепарин, фраксипарин	Нет — 0 баллов. Да — 20 баллов.
Походка	Нормальная (ходит свободно) — 0 баллов. Слегка несвободная (ходит с остановками, шаги короткие, иногда с задержкой) — 10 баллов. Нарушения (не может встать, ходит опираясь, смотрит вниз) — 20 баллов.
Психическое состояние	Знает свою способность двигаться — 0 баллов. Не знает или забывает, что нужна помощь при движении — 15 баллов.
ОБЩИЙ БАЛЛ	
ОЦЕНКА РИСКА:	0–24 балла — нет риска; 25–50 баллов — низкий риск; Более 51 балла — высокий риск.

Объем тестирования и выбор методик зависит от тяжести когнитивных расстройств, характера имеющихся нарушений, целей, стоящих перед исследователем. Подбор методик, опросников, тестов должен осуществляться таким образом, чтобы достаточно полно охватывать все сферы познавательной деятельности и в то же время быть доступным в рутинной практике. Среди широкого арсенала тестов, предлагаемых на сегодняшний день для диагностики когнитивных расстройств, большинство изначально были валидированы для диагностики когнитивных нарушений альцгеймеровского типа. Однако, учитывая полифункциональную направленность многих шкал, значительная часть тестов, верифицирующих БА, может применяться и при других состояниях. Для качественной оценки состояния пациента необходимо соблюдать ряд условий. Исследование состояния когнитивных функций должно проводиться в утренние часы в отдельном помещении при достаточном освещении и исключении внешних раздражителей.

Обследуемые должны слышать, понимать обращенную речь, иметь остроту зрения, достаточную для восприятия и выполнения заданий (допускается использование очков). При жалобах пациента на общую слабость, сонливость или другие признаки, временно ограничивающие выполнение заданий, необходимо предоставить ему отдых достаточной продолжительности или перенести исследование на другой день.

Для оценки когнитивного статуса используются:

**Тест рисования часов.** При проведении данного теста необходимо попросить пациента нарисовать круглый циферблат часов со всеми цифрами и указать выбранное вами время. В данном тесте, при правильном выполнении, начисляются 5 баллов за рисование циферблата и 5 баллов за расположение стрелок [46].

**Мини-Ког.** Данный тест является скрининговым методом для выявления тяжелых когнитивных нарушений. Его проведение требует немного времени, при этом показатели его чувствительности и специфичности очень высоки [47].

**Краткая шкала оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination, MMSE)** чаще применяется для выявления выраженных когнитивных нарушений (деменции) [48]. Данный опросник обладает малой чувствительностью для выявления умеренных когнитивных нарушений.

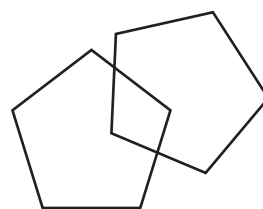
**Монреальская шкала оценки когнитивных функций (Montreal Cognitive Assessment, MoCA)** была разработана как средство быстрой оценки умеренных когнитивных расстройств. В данном опроснике оцениваются кратковременная память и воспоминание, пространственно-зрительные, исполнительные функции, фонемическая беглость, внимание, концентрация и рабочая память, абстрактное мышление, ориентация во времени и пространстве [49].

Таблица 8.

**Краткая шкала оценки психического статуса**

Проба	Оценка	Результат
Назовите дату (число, месяц, год, день недели, время года)	0-5	
Где мы находимся? (страна, область, город, клиника, этаж)	0-5	
Повторите три слова: карандаш, дом, копейка	0-3	
Серийный счет («от 100 отнять 7») — пять раз либо: Произнесите слово «земля» наоборот	0-5	
Припомните 3 слова (см. пункт 3)	0-3	
Показываем ручку и часы, спрашиваем: «Как это называется?»	0-2	
Просим повторить предложение: «Одно нынче лучше двух завтра»	0-1	
Выполнение 3-этапной команды: «Возьмите правой рукой лист бумаги, сложите его вдвое и положите на стол»	0-3	
Чтение: «Прочтите и выполните» 1. Закройте глаза 2. Напишите предложение	0-2	
3. Срисуйте рисунок (*см. ниже)	0-1	
Общий балл:	0-30	


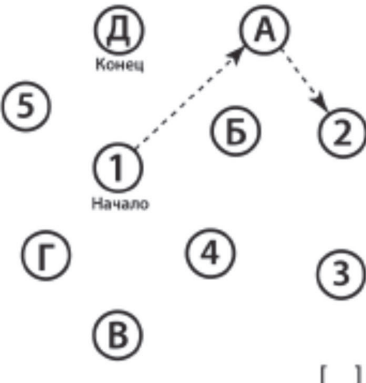

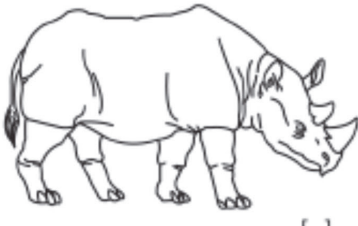
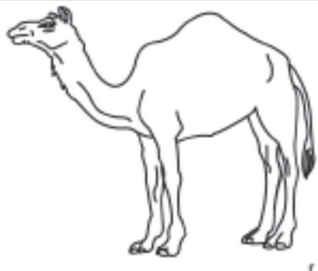
**НАПИШИТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, ЛЮБОЕ ПРЕДЛОЖЕНИЕ**



**Батарея тестов лобной дисфункции (Frontal Assessment Battery, FAB)** используется для скрининга деменций с преимущественным поражением лобных долей или подкорковых церебральных структур. В этих ситуациях чувствительность наиболее распространенного теста для оценки когнитивных функций — MMSE — может быть недостаточной. Пункты данного опросника — категоризация (обобщение), речевая активность (гибкость мышления), динамический праксис, простая и усложненные реакции выбора, исследование хватательных рефлексов [50].

Таблица 9.

Монреальская шкала оценки когнитивных функций

<b>Монреальская шкала оценки когнитивных функций</b>		ИМЯ: _____		Дата рождения: _____		Б.А./Л.В.			
		Образование: _____		Пол: _____		ДАТА: _____			
<b>Зрительно-конструктивные/исполнительные навыки</b>		Скопируйте куб 		Нарисуйте ЧАСЫ (Десять минут двенадцатого) (3 балла)		[ ] /5			
 [ ]		[ ]		[ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ]			
<b>НАЗЫВАНИЕ</b>		 [ ]		 [ ]		 [ ]			
<b>ПАМЯТЬ</b>		Прочтите список слов, испытуемый должен повторить их. Делайте 2 попытки. Попросите повторить слова через 5 минут.		ЛИЦО	БАРХАТ	ЦЕРКОВЬ	ФИАЛКА	КРАСНЫЙ	нет баллов
		Попытка 1		[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	
		Попытка 2		[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	
<b>ВНИМАНИЕ</b>		Прочтите список цифр (1 цифра/сек). Испытуемый должен повторить их в прямом порядке.		[ ] 2 1 8 5 4					
		Испытуемый должен повторить их в обратном порядке.		[ ] 7 4 2					___/2
		Прочтите ряд букв. Испытуемый должен хлопнуть рукой на каждую букву А. Нет баллов при > 2 ошибок.		[ ] ФБАВМНАА ЖКЛБАФАКДЕАААЖАМОФААБ					___/1
		Серийное вычитание по 7 из 100.		[ ] 93	[ ] 86	[ ] 79	[ ] 72	[ ] 65	___/3
		4-5 правильных отв.: 3 балла, 2-3 правильных отв.: 2 балла, 1 правильный отв.: 1 балл, 0 правильных отв.: 0 баллов.							
<b>РЕЧЬ</b>		Повторите: Я знаю только одно, что Иван – это тот, кто может сегодня помочь. [ ]							___/2
		Кошка всегда пряталась под диваном, когда собаки были в комнате. [ ]							
		Беглость речи/ за одну минуту назовите максимальное количество слов, начинающихся на букву Л		[ ] _____ (N ≥ 11 слов)					___/1
<b>АБСТРАКЦИЯ</b>		Что общего между словами, например, банан-яблоко = фрукты		[ ] повед - велосипед	[ ] часы - линейка				___/2
<b>ОТСРОЧЕННОЕ ВОСПРОИЗВЕДЕНИЕ</b>		Необходимо назвать слова БЕЗ ПОДСКАЗКИ		ЛИЦО [ ]	БАРХАТ [ ]	ЦЕРКОВЬ [ ]	ФИАЛКА [ ]	КРАСНЫЙ [ ]	Баллы только за слова БЕЗ ПОДСКАЗКИ
<b>ДОПОЛНИТЕЛЬНО ПО ЖЕЛАНИЮ</b>		Подсказка категории		[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	
		Множественный выбор		[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	
<b>ОРИЕНТАЦИЯ</b>		[ ] Дата [ ] Месяц [ ] Год [ ] День недели [ ] Место [ ] Город							___/6
© Z.Nasreddine MD Version 7.1		www.mocatest.org		Норма 26 / 30		КОЛИЧЕСТВО БАЛЛОВ		___/30	
Проведено: _____		перевод: Посохина О. В. Смирнова А. Ю.				Добавить 1 балл, если образование ≤ 12			

## ОЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ

Одной из ведущих проблем социальной дезадаптации пожилых является депрессия. Так, в популяции пациентов старше 60 лет у 19,9% мужчин и 43,3% женщин при скрининговом исследовании были обнаружены симптомы депрессии [51]. В рамках комплексного изучения здоровья пожилого человека оценка наличия и выраженности депрессии является необходимым условием.

Широко признанным скрининговым инструментом считается гериатрическая шкала депрессии (Geriatric Depression Scale, GDS), которую начали применять с 1983 г. Шкала состоит из нескольких

простых вопросов, на которые пациент отвечает самостоятельно, выбирая ответ, наиболее соответствующий самочувствию за последнюю неделю. В условиях ограниченного времени врач может задать всего один вопрос пациенту: «Чувствуете ли вы себя подавленным или печальным?». Исследования показали, что положительный ответ на этот вопрос с чувствительностью 78% и специфичностью 87% позволяет установить диагноз депрессии. GDS была хорошо валидирована в различных гериатрических популяциях, в том числе для определения депрессии в популяции амбулаторных пожилых пациентов [52]. Однако использование данной шкалы ограничено у пациентов с когнитивными нарушениями.

Таблица 10.

Гериатрическая шкала депрессии (GDS-15)

1	В целом, удовлетворены ли вы своей жизнью?		НЕТ
2	Вы бросили большую часть своих занятий и интересов?	ДА	
3	Вы чувствуете, что ваша жизнь пуста?	ДА	
4	Вам часто становится скучно?	ДА	
5	У вас хорошее настроение большую часть времени?		НЕТ
6	Вы опасаетесь, что с вами случится что-то плохое?	ДА	
7	Вы чувствуете себя счастливым большую часть времени?		НЕТ
8	Вы чувствуете себя беспомощным?	ДА	
9	Вы предпочитаете остаться дома, нежели выйти на улицу и заняться чем-нибудь новым?	ДА	
10	Считаете ли вы, что ваша память хуже, чем у других?	ДА	
11	Считаете ли вы, что жить – это прекрасно?		НЕТ
12	Чувствуете ли вы себя сейчас бесполезным?	ДА	
13	Чувствуете ли вы себя полным энергии и жизненной силы?		НЕТ
14	Ощущаете ли вы безнадежность той ситуации, в которой находитесь в настоящее время?	ДА	
15	Считаете ли вы, что окружающие вас люди живут более полноценной жизнью в сравнении с вами?	ДА	
	Общий балл:		

Кроме упомянутой гериатрической шкалы депрессии, используется также шкала PHQ-9, которая была валидирована в России [53].

Для пожилых людей, страдающих деменцией, рекомендуется применение Корнельской шкалы депрессии (Cornell Scale for Depression in Dementia, CSDD). Она используется как при легкой, так и при умеренной степени выраженности деменции. Для сбора анамнеза и симптомов используются внешние информаторы: персонал домов престарелых, родственники, ухаживающие лица. По шкале CSDD используется информация как от пациента, так и из внешних источников (члены семьи, лица, осуществляющие уход за пациентом, медицинские работники) [54].

## СОЦИАЛЬНАЯ И ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКИ

На благополучие пожилых людей большое влияние оказывают социальные факторы и факторы окружающей среды, особенно по мере роста заболеваемости и функциональных нарушений. Эти факторы включают окружающую среду, в которой живет человек, доступ к необходимым услугам и социальную поддержку как физических, так и эмоциональных потребностей. По отдельности и в сочетании эти факторы влияют на клиническое состояние пациента и доступные варианты лечения. Например, планирование выписки из стационара или послеоперационный уход для стабильного с медицинской точки зрения пациента зависят от уровня базовой и инструментальной

Таблица 11.

<b>Корнельская шкала депрессии</b>
Для объективной оценки состояния пациента могут быть использованы наблюдения людей, окружающих его в повседневной жизни. Каждый из ответов оценивается по трехбалльной шкале: 0 — при отсутствии признаков, 1 — при эпизодическом или незначительном их проявлении, 2 — при регулярном проявлении.
<b>А. Аффективные симптомы</b>
1. Тревога, озабоченность. Проявлялась ли за последнюю неделю тревога в поведении? Тревожился ли больной о чем-то, что обычно не вызывает у него тревоги? Проявля ли озабоченность в связи с незначительными событиями и безобидными ситуациями? 2. Печаль, слезливость. Находился ли больной в подавленном состоянии? Как долго продолжалось такое состояние? Случалось ли ему плакать? Сколько раз за последнюю неделю? 3. Отсутствие реакции на позитивные события. В состоянии ли больной обрадоваться приятным событиям или новостям? 4. Раздражительность. Насколько легко больной выходит из себя? Проявлялись ли у больного раздражительность и нетерпимость на этой неделе?
<b>Б. Поведенческие расстройства</b>
5. Возбуждение, беспокойство. Проявлял ли больной беспокойство, выражающееся в неспособности сидеть спокойно по меньшей мере один час? Отмечались ли такие признаки беспокойства, как заламывание рук, кусание губ, перебор волос? 6. Заторможенность (движения, речи, реакции). 7. Жалобы на физическое состояние. Жаловался ли больной чаще, чем обычно, на нарушенное пищеварение, запоры, диарею, мышечную боль, учащенное мочеиспускание, потливость, головные боли или другие проблемы? Насколько серьезны были эти жалобы? Часто ли случались? (Если проблемы затрагивают исключительно пищеварительный тракт, баллы не начисляются.) 8. Потеря интереса, отказ от привычных повседневных занятий. Как прошла последняя неделя? Занимался ли больной обычными делами? В нормальном объеме или меньше? (Если интерес к повседневным делам утрачен давно, баллы не начисляются.)
<b>В. Физические симптомы</b>
9. Снижение аппетита. Снижился ли аппетит за последнюю неделю? Приходилось ли убеждать больного поесть? (Если да, то ставится 2 балла). 10. Потеря веса. При потере больше двух килограммов ставится 2 балла. 11. Упадок сил, быстрая утомляемость. Как часто больной жаловался на усталость? Нуждался ли в дневном сне, вызванном усталостью? Испытывал ли тяжесть в конечностях? (Оценивается только в случае заметных изменений, прошедших за последний месяц.)
<b>Г. Циклические функции</b>
12. Суточные колебания настроения. Отмечалось ухудшение настроения? В какое время суток? Насколько серьезным было ухудшение по утрам? (Оценивается только ухудшение настроения в утренние часы.) 13. Проблемы засыпания, отход ко сну в более позднее время. (Ставится 1, если проблема возникала эпизодически, и 2, если проблема повторялась каждый вечер.) 14. Ночные пробуждения. Просыпался ли больной среди ночи? Как долго не мог после этого заснуть? Поднимался ли с постели? (Не оценивается, если больной просыпался, чтобы сходить в туалет. Один балл за нерегулярные и незначительные проявления, два балла за регулярное возникновение проблем.) 15. Преждевременные утренние пробуждения. Если они имели место, насколько раньше просыпался больной? Оставался ли в постели после утреннего пробуждения или поднимался? (Один балл, если больной просыпался раньше времени, но потом снова засыпал. Два балла за ранний подъем из-за невозможности уснуть.)
<b>Д. Идеаторные нарушения</b>
16. Суицидальные настроения. Выражал ли больной мысль о том, что жизнь не стоит того, чтобы жить? Проявлял ли суицидальные настроения? Совершал ли попытки причинить себе ущерб или покончить с жизнью? (Один балл за пассивную склонность к суицидальным настроениям, два балла за активные проявления.) 17. Снижение самооценки, ощущение вины, самобичевание. Проявлял ли больной склонность к самокритике? Оценивал ли производимые им действия как неудачные или неправильные? Выражал ли чувство вины за то, что сделал или не стал делать? (Один балл за снижение самооценки и самокритику. Два балла за чувство провала, неудачи и ощущение собственной никчемности.) 18. Пессимизм. Выражал ли больной ожидания худшего? Был ли в состоянии замечать ухудшения в ситуации? Оказывался ли восприимчив к позитивной поддержке со стороны близких? (Один балл за пессимизм, два балла за чувство безнадежности и неспособность принимать поддержку со стороны.) 19. Бред ущерба, болезни или нищеты. Высказывал ли больной странные идеи? Считает ли он свое заболевание наказанием свыше? Дает ли другие иррациональные объяснения проблеме? Верит ли он в несуществующие финансовые или иные материальные проблемы?

физической активности пациента или наличия адекватной помощи.

С функциональной точки зрения могут потребоваться изменения условий жизни пациента, такие как организация безопасного быта (например, установка поручней). С социальной точки зрения пациент может быть независимым в повседневной жизни (ADL), но зависимым в инструментальной активности ADL (IADL), и семья или друзья могут быть необходимы для приготовления пищи, покупок или помощи при использовании общественного транспорта на временной или постоянной основе.

При социальной оценке анализируются следующие параметры:

- семейный статус, наличие супруга/супруги или партнера;
- жилищные условия;
- финансовые возможности;
- рабочая активность, профессия в прошлом и настоящем;
- образование;
- типичные занятия и виды деятельности, любимые и обязательные, уборка дома, приготовление пищи, покупка продуктов;
- потребность в уходе, планирование помощи;
- потеря близких, психологические проблемы, умение справляться с ними;
- питание (питание предоставляется или индивидуально готовится; адекватность рациона);
- употребление алкоголя, наркотических веществ, курение.

Для получения этой информации используется опросник, заполняемый перед посещением.

Для пациентов с функциональными нарушениями или заболеваниями, требующими ухода, врач должен определить основной источник ухода: семья, друзья, социальный работник или сиделка. Следует контролировать стабильность системы ухода за пациентом и адекватность работы опекуна. Хотя шкалы оценки социальных связей были разработаны и использовались в исследовательских целях, они менее полезны в клинических условиях по сравнению с информацией, которую можно получить в ходе опроса пациента.

Другие важные аспекты — финансовая стабильность и безопасность — часто лучше оцениваются другими членами бригады здравоохранения, которые могут оценить состояние здоровья пациента на дому (например, социальными работниками, эрготерапевтами).

Следует уделить внимание и признакам возможного насилия над пожилым человеком.

В настоящее время существуют такие формулировки, как «жестокое обращение с пожилыми членами семьи», «насилие по отношению к пожилым», «пренебрежительное отношение к пожилым членам семьи». В ходе проведенного в 2017 г. анализа 52 исследований из 28 стран из различных

регионов было установлено, что за предыдущий год той или иной форме жестокого обращения подвергался каждый шестой (15,7%) человек в возрасте 60 лет и старше [55].

Единой классификации и единого определения видов насилия по отношению к пожилым не существует. Определение ВОЗ может послужить общей платформой для обсуждения плохого обращения в международном контексте: «Плохое обращение с пожилыми людьми — это совершение каких-либо разовых или повторяющихся актов или отсутствие надлежащих действий в рамках какой-либо среды, где предполагается наличие доверительных отношений, что причиняет вред пожилому человеку или вызывает у него стресс».

Выделяют следующие виды пренебрежительного отношения и насилия в отношении пожилых:

- физическое насилие;
- сексуальное насилие;
- медицинское насилие;
- психологическое (эмоциональное) насилие;
- экономическое насилие.

Для оценки социального статуса используются такие опросники, как шкала оценки потребности и объема социально-бытовой помощи и ухода, шкала EQ-5D [57] и другие.

## ОЦЕНКА ЖИЗНЕННОГО ПРОСТРАНСТВА

Многофакторные мероприятия по организации безопасной домашней обстановки должны осуществляться при участии врача-гериатра и других специалистов (медицинской сестры, специалиста по социальной работе) после оценки условий проживания пациента.

Рекомендации, которые могут быть даны:

- подбор удобной высоты мебели (кровати, кресел, унитаза и др.);
- обеспечение устойчивости мебели;
- установка поручней, особенно в санузле;
- использование нескользящих напольных покрытий;
- подбор напольного атравматичного покрытия (например, ковровин);
- устранение порогов там, где это возможно;
- достаточное, но не слишком яркое освещение;
- контрастные маркировки на лестницах и ступенях.

Всем пациентам пожилого и старческого возраста рекомендовано консультирование по вопросам подбора обуви [55].

Оценка безопасности условий проживания эффективна для снижения количества падений и числа падающих людей пожилого и старческого возраста. Включает в себя определение диапазона мобильности, наличие или отсутствие безопасной среды, условия проживания дома, окружающую обстановку вне дома: район проживания, расположение жилья относительно жизненно важных учреждений (поликлиник, аптеки, больницы, магазинов,



почты и пр.). Проверка сенсорного дефицита может начинаться от входной двери (например, реакция на звонок и громкость звонка у входной двери может характеризовать снижение слуха). В квартире необходимо оценить безопасность жизнедеятельности и наличие приспособлений для человека с дефицитом самообслуживания: наличие достаточного освещения, перил и ограждений, наличие препятствий, порогов или незакрепленных проводов и др. Особенности условий проживания, внешней среды и наличие сенсорных дефицитов необходимо отражать в осмотре, в дальнейшем эти сведения понадобятся для выполнения мероприятий по уходу.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По результатам КГО разрабатывается комплексный подход к оказанию помощи пожилым пациентам, который должен помочь вернуть им независимость, способность к самообслуживанию, повысить качество жизни с помощью различных целенаправленных восстановительных мероприятий.

Сопровождение пациента старческого возраста на всех этапах оказания медицинской помощи требует особого подхода, что позволит оптимизировать затраты здравоохранения, уменьшить риски, улучшить прогноз и продлить жизнь.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Zazzara MB, Vetrano DL, Carfi A, Onder G. Frailty and chronic disease. *Panminerva Med.* 2019 Dec;61(4):486–492. DOI: 10.23736/S0031-0808.19.03731-5. Epub 2019 Jul 30
2. Ostapenko V.S., Runikhina N.K., Sharashkina N.V. Prevalence of frailty and its correlation with chronic non-infectious diseases among outpatients in Moscow. *Russian Journal of Geriatric Medicine.* 2020;(2):131–137
3. Kang MG, Kang CH, Lee H, Yoo YC, Lee YR, Kim KI, Kim CH. A medical care model using comprehensive geriatric assessment for community-dwelling older Korean adults. *Arch Gerontol Geriatr.* 2020 Jul–Aug;89:104064. DOI: 10.1016/j.archger.2020.104064. Epub 2020 Apr 16.
4. Shepperd S, Butler C, Craddock-Bamford A, Ellis G, Gray A, Hemsley A, Khanna P, Langhorne P, Mort S, Ramsay S, Schiff R, Stott DJ, Wilkinson A, Yu LM, Young J. Is Comprehensive Geriatric Assessment Admission Avoidance Hospital at Home an Alternative to Hospital Admission for Older Persons?: A Randomized Trial. *Ann Intern Med.* 2021 Jul;
5. Ткачева О.Н., Котовская Ю.В., Рунихина Н.К., Фролова Е.В., Наумов А.В., Воробьева Н.М., Остапенко В.С., Мхитарян Э.А., Шарашкина Н.В., Тюхменев Е.А., Переверзев А.П., Дудинская Е.Н. Клинические рекомендации «Старческая астения». *Российский журнал гериатрической медицины.* 2020;(1):11–46. <https://doi.org/10.37586/2686-8636-1-2020-11-46>
6. Ткачева О.Н., Рунихина Н.К., Остапенко В.С., Шарашкина Н.В., Мхитарян Э.А., Онучина Ю.С., Лысенков С.Н. Валидация опросника для скрининга синдрома старческой астении в амбулаторной практике. *Успехи геронтологии.* — 2017. — Т. 30, № 2. — С. 236–242
7. Gaddey HL, Holder KK. Unintentional Weight Loss in Older Adults. *Am Fam Physician.* 2021 Jul 1;104(1):34–40
8. O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age Ageing.* 2015 Mar;44
9. By the 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use

in Older Adults. *J Am Geriatr Soc.* 2019 Apr;67(4):674–694. DOI: 10.1111/jgs.15767. Epub 2019 Jan 29. PMID: 30693946.

10. Watts NB, Lewiecki EM, Miller PD, Baim S. National Osteoporosis Foundation 2008 Clinician's Guide to Prevention and Treatment of Osteoporosis and the World Health Organization Fracture Risk Assessment Tool (FRAX): what they mean to the bone densitometrist and bone technologist. *J Clin Densitom.* 2008 Oct–Dec.

11. McDonagh STJ, Mejnzer N, Clark CE. Prevalence of postural hypotension in primary, community and institutional care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Fam Pract.* 2021 Jan.

12. Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *J Am Med Dir Assoc.* 2003 Jan–Feb.

13. Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, Boureau F, Brochet B, Bruxelle J, Cunin G, Fermanian J, Ginies P, Grun-Overdyking A, Jafari-Schluep H, Lantéri-Minet M, Laurent B, Mick G, Serrie A, Valade D, Vicaut E. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain.* 2005 Mar.

14. Ткачева О.Н., Наумов А.В., Котовская Ю.В., Рунихина Н.К., Мильто А.С., Алексанян Л.А., Ховасова Н.О., Мороз В.И., Маневич Т.М., Розанов А.В., Остапенко В.С., Мешков А.Д. Хроническая боль у пациентов пожилого и старческого возраста. Клинические рекомендации. *Российский журнал гериатрической медицины.* 2021;(3):275–320. <https://doi.org/10.37586/2686-8636-3-2021-275-312>

15. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis.* 1987.

16. Miller MD, Paradis CF, Houck PR, Mazumdar S, Stack JA, Rifai AH, Mulsant B, Reynolds CF 3rd. Rating chronic medical illness burden in geropsychiatric practice and research: application of the Cumulative Illness Rating Scale. *Psychiatry Res.* 1992 Mar.

17. Vellas B, Guigoz Y, Garry PJ, Nourhashemi F, Bannahum D, Lauque S, Albaredo JL. The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutrition.* 1999 Feb;15(2):116–22.

18. Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O, Stanga Z; Ad Hoc ESPEN Working Group. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. *Clin Nutr.* 2005 Jun.

19. Malnutrition Advisory Group (MAG). MAG!guidelines for detection and management of malnutrition. British Association for Parenteral and Enteral Nutrition. UK: Redditch; 2000.

20. Ткачева О.Н., Тутельян В.А., Шестопапов А.Е., Котовская Ю.В., Стародубова А.В., Погожева А.В., Остапенко В.С., Рунихина Н.К., Шарашкина Н.В., Крылов К.Ю., Вараева Ю.Р., Герасименко О.Н., Горобей А.М., Ливанцова Е.Н., Переверзев А.П., Шпагина Л.А. Недостаточность питания (мальнутриция) у пациентов пожилого и старческого возраста. Клинические рекомендации. *Российский журнал гериатрической медицины.* 2021;(1):15–34. <https://doi.org/10.37586/2686-8636-1-2021-15-34>

21. Fuller-Thomson E, Yu B, Nuru-Jeter A, et al. Basic ADL disability and functional limitation rates among older AMERICANS from 2000–2005: the end of the decline? *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2009; 64:1333.

22. Gill TM, Robison JT, Tinetti ME. Difficulty and dependence: two components of the disability continuum among community-living older persons. *Ann Intern Med* 1998; 128:96.

23. Inouye SK, Peduzzi PN, Robison JT, et al. Importance of functional measures in predicting mortality among older hospitalized patients. *JAMA* 1998; 279:1187.

24. Hung WW, Ross JS, Boockvar KS, Siu AL. Recent trends in chronic disease, impairment and disability among older adults in the United States. *BMC Geriatr* 2011; 11:47.

25. Reuben DB, Solomon DH. Assessment in geriatrics. Of caveats and names. *J Am Geriatr Soc* 1989; 37:570.

26. Mahoney fi, barthel dw. Functional evaluation: the barthel index. *Md state med j.* 1965 feb.

27. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969 Autumn.
28. Sehgal M, Jacobs J, Biggs WS. Mobility Assistive Device Use in Older Adults. *Am Fam Physician*. 2021 Jun 15;103(12):737–744.
29. Fillekes MP, Kim EK, Trunpf R, Zijlstra W, Giannouli E, Weibel R. Assessing Older Adults' Daily Mobility: A Comparison of GPS-Derived and Self-Reported Mobility Indicators. *Sensors (Basel)*. 2019 Oct 19;19(20):4551.
30. Luukinen H, Koski K, Laippala P, Kivelä SL. Predictors for recurrent falls among the home-dwelling elderly. *Scand J Prim Health Care* 1995; 13:294.
31. Pirker W, Katzenschlager R. Gait disorders in adults and the elderly: A clinical guide. *Wien Klin Wochenschr*. 2017 Feb;129(3–4):81–95. DOI: 10.1007/s00508-016-1096-4.
32. Mehmet H, Robinson SR, Yang AWH. Assessment of Gait Speed in Older Adults. *J Geriatr Phys Ther*. 2020 Jan/Mar;43(1):42–52.
33. Abellan van Kan G, Rolland Y, Houles M, et al. The assessment of frailty in older adults. *Clin Geriatr Med* 2010; 26:275.
34. Hardy SE, Perera S, Roumani YF, et al. Improvement in usual gait speed predicts better survival in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55:1727.
35. Feng YS, Yang SD, Tan ZX, Wang MM, Xing Y, Dong F, Zhang F. The benefits and mechanisms of exercise training for Parkinson's disease. *Life Sci*. 2020 Mar 15;245:117345.
36. Henderson RM, Leng XI, Chmelo EA, Brinkley TE, Lyles MF, Marsh AP, Nicklas BJ. Gait speed response to aerobic versus resistance exercise training in older adults. *Aging Clin Exp Res*. 2017 Oct;29(5):969–976.
37. Guralnik JM, Ferrucci L, Simonsick EM, Salive ME, Wallace RB. Lower-extremity function in persons over the age of 70 years as a predictor of subsequent disability. *N Engl J Med*. 1995 Mar 2.
38. Podsiadlo D, Richardson S. The timed «Up & Go»: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991;39:142.
39. Barry E, Galvin R, Keogh C, Horgan F, Fahey T. Is the Timed Up and Go test a useful predictor of risk of falls in community dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr*. 2014 Feb 4;14:14. DOI: 10.1186/1471-2318-14-14. PMID: 24484314; PMCID: PMC3924230.
40. Carnevale V, Castriotta V, Piscitelli PA, Nieddu L, Mattera M, Guglielmi G, Scillitani A. Assessment of Skeletal Muscle Mass in Older People: Comparison Between 2 Anthropometry-Based Methods and Dual-Energy X-ray Absorptiometry. *J Am Med Dir Assoc*. 2018 Sep;19(9):793–796.
41. Tinetti ME. Clinical practice. Preventing falls in elderly persons. *N Engl J Med* 2003; 348:42.
42. Ткачева О.Н., Котовская Ю.В., Мильго А.С., Рунихина Н.К., Фролова Е.В., Наумов А.В., Дудинская Е.Н., Мачехина Л.В., Воробьева Н.М., Розанов А.В., Остапенко В.С., Мхитарян Э.А., Шарашкина Н.В., Ховасова Н.О., Тюхменев Е.А., Бабенко И.В., Лесняк О.М., Белова К.Ю., Евстигнеева Л.П., Ершова О.Б. Падения у пациентов пожилого и старческого возраста. Клинические рекомендации. *Российский журнал гериатрической медицины*. 2021;(2):153–185. <https://doi.org/10.37586/2686-8636-2-2021-148-174>
43. Morse JM, Morse RM, Tylko S. Development of a scale to identify the fall-prone patient. *Can J Aging*. 1989;8(4):366–77.
44. Poe SS, Cvach M, Dawson PB, Straus H, Hill EE. The Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool: postimplementation evaluation. *J Nurs Care Qual*. 2007 Oct-Dec.
45. Клинические рекомендации «Когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста». Общероссийская общественная организация «Российская ассоциация геронтологов», общественная организация «Российское общество психиатров». 2021 г.
46. Nishiwaki Y, Breeze E, Smeeth L, Bulpitt CJ, Peters R, Fletcher AE. Validity of the Clock-Drawing Test as a screening tool for cognitive impairment in the elderly. *Am J Epidemiol*. 2004 Oct 15.
47. Borson S, Scanlan JM, Chen P, Ganguli M. The Mini-Cog as a screen for dementia: validation in a population-based sample. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:1451–1454.
48. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. «Mini-mental state». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975 Nov.
49. Ziad S, Nasreddine, Natalie A. Phillips, Valérie Bédirian, Simon Charbonneau, Victor Whitehead. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2005.
50. Dubois B, Slachevsky A, Litvan I, Pillon B. The FAB: a Frontal Assessment Battery at bedside. *Neurology*. 2000 Dec 12;55(14):1621–6.
51. Averina M. Nilssen O., Brenn T., et al. Social and lifestyle determinants of depression, anxiety, sleeping disorders and selfevaluated quality of life in Russia // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiology*. — 2005. — Vol. 40. — P. 511–518.
52. Sheikh, J. I., Yesavage, J. A. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version / J. I. Sheikh, J. A. Yesavage // *Clinical Gerontologist*. — 1986. — Vol.5. — P. 165–173
53. Kurt Kroenke, Robert L Spitzer and Janet B W Williams. The PHQ-9. Validity of a Brief Depression Severity Measure. *J Gen Intern Med*. 2001 Sep.
54. Alexopoulos GA, Abrams RC, Young RC & Shamoian CA: Cornell scale for depression in dementia. *Biol Psych*, 1988, 23:271–284.
55. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. *Lancet Glob Health*. 2017 Feb;5(2):e147–e156.
56. Ronthal M. Gait Disorders and Falls in the Elderly. *Med Clin North Am*. 2019 Mar;103(2):203–213. DOI: 10.1016/j.mcna.2018.10.010. Epub 2018 Dec 20. PMID: 30704677.
57. Rabin R, de Charro F. EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. *Ann Med*. 2001 Jul.